



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

JANAÍNA ALVES DA SILVEIRA HALLAIS

***“PODE O SUBALTERNO FALAR?” OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS À OFERTA DE
LIAN GONG POR AGENTES COMUNITÁRIAS/O DE SAÚDE***

***“CAN THE SUBALTERN SPEAK?” THE SENSES ATTRIBUTED TO LIAN
GONG'S OFFER BY COMMUNITY HEALTH WORKERS***

CAMPINAS

2020

JANAÍNA ALVES DA SILVEIRA HALLAIS

**“PODE O SUBALTERNO FALAR?” OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS À OFERTA DE
LIAN GONG POR AGENTES COMUNITÁRIAS/O DE SAÚDE**

**“CAN THE SUBALTERN SPEAK?” THE SENSES ATTRIBUTED TO LIAN
GONG'S OFFER BY COMMUNITY HEALTH WORKERS**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva na área de concentração de Ciências Sociais em Saúde.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA JANAÍNA ALVES DA SILVEIRA HALLAIS, E ORIENTADA PELO PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS.

CAMPINAS

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

H15p Hallais, Janaína Alves da Silveira, 1986-
"Pode o subalterno falar?" Os sentidos atribuídos à oferta de Lian Gong por Agentes Comunitárias/o de Saúde / Janaína Alves da Silveira Hallais. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Nelson Filice de Barros.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Terapias complementares. 3. Interculturalidade. 4. Conhecimentos. I. Barros, Nelson Filice de, 1968-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: "*Can the subaltern speak?*" The senses attributed to Lian Gong's offer by Community Health Workers

Palavras-chave em inglês:

Community health workers
Complementary therapies
Cultural competency
Knowledge

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Doutora em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Nelson Filice de Barros [Orientador]
Joana Raquel Santos de Almeida
Aline Veras Moraes Brilhante
Gustavo Tenório Cunha
Rafael Afonso da Silva

Data de defesa: 27-02-2020

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)
- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-6416-9559>
- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/6882134483479850>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

JANAÍNA ALVES DA SILVEIRA HALLAIS

ORIENTADOR: PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS

MEMBROS:

- 1. PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS (UNICAMP) – PRESIDENTE**
 - 2. PROF. DR^a. JOANA RAQUEL SANTOS DE ALMEIDA (UNIVERSITY OF BEDFORDSHIRE) - TITULAR**
 - 3. PROF^a. DR^a. ALINE VERAS MORAIS BRILHANTE (UNIFOR) - TITULAR**
 - 4. PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA (UNICAMP) – TITULAR**
 - 5. PROF. DR. RAFAEL AFONSO DA SILVA (UNICAMP) – TITULAR**
-

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data: 27/02/2020

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Para além do protocolo, agradeço pela concessão da bolsa institucional, sem a qual não seria possível me dedicar exclusivamente à pesquisa. Reconheço o privilégio de estar entre uma minoria que conseguiu seguir na Academia em um país tão desigual, principalmente no que diz respeito ao acesso à educação pública de qualidade. Dessa forma, agradeço também ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas e às/aos funcionárias/os da Faculdade de Ciências Médicas por oferecerem a estrutura e o auxílio necessário para a realização do doutorado.

Por mais que a escrita desta tese tenha sido um trabalho individual e quase solitário, esta pesquisa resulta de intenso trabalho de co-labor, no qual a produção de conhecimento foi co-construída a partir de encontros e afetações. Minha profunda gratidão à Madá, Maria, Maria Helena, Ita, Francine, Ismênia, Jô, Nil e ao Marcos pela interlocução, pela disponibilidade, pela confiança, pelo apoio e por compartilharem comigo – e com as leitoras e com os leitores desta tese – suas narrativas, suas experiências, seus saberes, os tensionamentos e os afetos vivenciados, seus conhecimentos, seus fazeres, suas resistências e seus enfrentamentos. Agradeço de coração pelo intenso aprendizado e pelas afetações produzidas desde os nossos encontros!

Ao querido professor Nelson Filice de Barros, orientador sempre presente no processo de (des)aprendizado com os estudos culturais, com os estudos decoloniais, com a metodologia-pedagogia de co-labor. Seu apoio, sua confiança e sua maneira de ensinar e orientar foram fundamentais para a minha formação acadêmica. Agradeço de coração pelo encontro com a decolonização do conhecimento e por me encorajar a descobrir e seguir por esse caminho! Chega ao fim um ciclo de sete anos de orientação e com isso uma nova trajetória se inicia...

À minha mãe e ao meu pai, Berenice e Roberto, que mesmo distantes fisicamente, sempre estiveram tão presentes me incentivando, me encorajando e me envolvendo com todo o amor do mundo. Ao Betinho, meu irmão(zinho) que sempre torceu por mim e que se faz presente em minha formação acadêmica desde quando

pegávamos o lendário 66 juntos, ele indo para a escola e eu indo para a faculdade. Valeu, xico!!! À vocês, todo o meu amor e gratidão pela família que somos. Agradeço de coração por todas as vibrações e manifestações de carinho e de cuidado (especialmente pelo milho!) que, sem dúvida, foram fundamentais para seguir pela pós-graduação!

Ao Hugo, companheiro de jornada, amor da minha vida, meu personal chef e com quem eu compartilho minhas alegrias, meus medos, meus planos, minhas conquistas e as melhores risadas. Esteve incondicionalmente ao meu lado e com ele comemoro a finalização de mais um ciclo de estudos e a abertura de um novo caminho. Que possamos seguir sempre juntos nessa jornada. Agradeço de coração por nosso encontro nessa vida!

À minha sogra Atsuko e ao meu sogro Nailto, que me acolhem em seus corações, sempre me apoiando em minhas escolhas e participando das minhas conquistas. Agradeço de coração pela família que nos tornamos!

À espiritualidade amiga e à Mariela, à Manu, à Sílvia, à Sâmia, à Valéria, à Roberta, ao Jaime, à Isa, à Goia e ao Ricardo que, de diferentes formas e em diferentes momentos, cuidaram de mim ao longo dessa jornada de doutorado. Em especial à Mariela, agradeço de coração pelo acolhimento, pela camomila, pelos sopros de ânimo e pela nossa amizade, que foram fundamentais para continuar seguindo mesmo quando eu não sabia mais por onde ir!

Aos encontros, às trocas e ao (des)aprendizado que foram proporcionados pela convivência com pesquisadoras e pesquisadores do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em diversos momentos ao longo da pós-graduação. Agradeço de coração à Rê, ao Marlon, à Flavinha, à Dani e ao Gustavo pela nossa amizade, pelas nossas risadas, pelas nossas conversas. Vocês trouxeram leveza à essa jornada de estudos, que a gente sabe que às vezes não é nada fácil. Especialmente à Flavinha e ao Gu, agradeço pela generosidade, pelo apoio, pelo acolhimento, pela partilha do aprendizado e pela leitura atenciosa dos textos quando eles ainda estavam em construção. Agradeço de coração por vocês estarem sempre ao meu lado, até mesmo durante as férias e em seus momentos de descanso.

À Krika, à Taluda e à Pérola, amores de quatro patas que, entres chegadas e partidas, sempre me esperaram para os melhores passeios, enchendo meu coração

de amor e alegria. Agradeço de coração por nossas infinitas andanças. Vocês são minhas amoras, meus raios de sol, meus iaiás, meus ioiôs.

RESUMO

Ao conduzirem grupos de práticas corporais como o Lian Gong, as/os Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACS) trabalham com um conjunto de saberes e constroem estratégias pedagógicas para o cuidado e para a produção de saúde que desafiam e inovam a ordem instituída pela racionalidade científico-biomédica. Entretanto, apesar de provocarem uma transformação potente no cuidado, muitas vezes os conhecimentos produzidos por estas/es profissionais são subalternizados pelos saberes técnicos-especializados nos espaços institucionalizados da saúde. O objetivo desta pesquisa foi conhecer as experiências de ACS instrutor/as de Lian Gong nos serviços de atenção básica de Campinas/SP, compreendendo como produzem conhecimento a partir desse lugar. O “fazer metodológico” que norteou a pesquisa está fundamentado na proposta da metodologia-pedagogia de co-labor, uma prática político-reflexiva que possibilita romper com o esquema do pensamento hegemônico da ciência contemporânea e privilegiar o processo dialógico na construção do conhecimento. Com isso, colocamos em perspectiva uma articulação de práticas e reflexões que estão orientadas pelos princípios da interculturalidade, da interepistemicidade e da decolonialidade, trazendo para o centro do debate: as experiências com a desconstrução de práticas teóricas-metodológicas de pesquisa; os processos de regulação e de representação cultural sobre a categoria profissional “agente comunitário de saúde” produzidas em documentos publicados pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, assim como em artigos científicos; e as construções identitárias a partir do “fazer-se” Agente Comunitário/a de Saúde no processo de trabalho em saúde. Foi possível compreender então que a subalternidade não é uma condição fixa para as/o ACS que participaram desta pesquisa. Há uma articulação de circunstâncias e de práticas de subalternização que estão em jogo no “fazer-se” ACS, como a etnicidade, o grau de escolaridade e a classe social. Contra práticas de subalternização, foi preciso não representar as/o agentes de saúde com nossas análises para então compreender os sentidos que as/o agentes de saúde atribuem às suas experiências, vivências, análises e reflexões em torno do trabalho com o lian gong e de questões outras que foram reveladas a partir dos nossos encontros.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Terapias Complementares; Interculturalidade; Conhecimento.

ABSTRACT

By conducting groups of bodily practices groups such as Lian Gong, Community Health Workers (CHW) work with a set of knowledge and build pedagogical strategies for care and health production that challenge and innovate the order established by scientific-biomedical rationality. However, despite causing a powerful transformation in care, often the knowledge produced by these professionals is subordinated to the technical expertise in institutionalised health spaces. The objective of this research was to get to know the experiences of Lian Gong's CHW instructors in the basic care services in Campinas/SP, understanding how they produce knowledge from this place. The "methodological doing" that guided the research is based on the proposal of the co-labor-pedagogy methodology, a political-reflexive practice that makes it possible to break with the hegemonic thinking scheme of contemporary science and privilege the dialogic process in the construction of knowledge. With this, we put into perspective an articulation of practices and reflections that are guided by the principles of interculturality, interepistemicity and decoloniality, bringing to the center of the debate: the experiences with the deconstruction of theoretical-methodological research practices; the processes of regulation and cultural representation on the professional category "community health agent" produced in documents published by the World Health Organization and the Ministry of Health, as well as in scientific articles; and identity constructions from the "making" CHW in the health work process. It was then possible to understand that subordination is not a fixed condition for the CHW who participated in this research. There is an articulation of circumstances and practices of subalternity that are at stake and, contrary to what I initially imagined, the scientific-biomedical rationality is only one of the backgrounds that runs through these dynamics. Against subalternization practices, it was necessary not to represent Community Health Workers with our analyses to then understand the meanings that health agents attribute to their experiences, experiences, analyses and reflections around the work with lian gong and other issues that were revealed from our meetings.

Keywords: Community Health Workers; Complementary Therapies; Cultural Competency; Knowledge.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitária/o de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CECO	Centro de Convivência
CETS	Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
COSEMS-SP	Congresso de Secretários Municipais de Saúde do estado de São Paulo
CS	Centro de Saúde
EC	Estudos Culturais
ED	Estudos Decoloniais
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitária/o de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETS	Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
CS	Centro de Saúde
EC	Estudos Culturais
ED	Estudos Decoloniais
ESF	Estratégia Saúde da Família
LAPACIS	Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde
LG	Lian Gong
MVE	Movimento Vital Expressivo
MS	Ministério da Saúde
MT/MCA	Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS Campinas	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
INTRODUÇÃO	19
Primeiras palavras, contextos e direções	19
O Lian Gong	28
Notas sobre os fundamentos metodológicos e teóricos da pesquisa	32
Estudos De(s)coloniais e o reconhecimento dos limites da pesquisa acadêmica	34
Estudos Culturais e o circuito da cultura como ferramenta analítica	37
Estrutura da tese	41
OBJETIVOS.....	42
METODOLOGIA.....	43
Abrindo caminhos: (des)encontros, deslocamentos, (des)aprendizagem	43
Contextos, práticas e possibilidades da pesquisa de co-labor	45
Construindo um caminho	47
Os três pilares do co-labor: interculturalidade, interepistemicidade e decolonialidade	48
“O que fazer com isso que agora sei?”	55
Situando o trabalho de campo e o processo dialógico de investigação	56
Capítulo 1 – Os caminhos percorridos, os encontros e as conversações: (des)aprendizados e reflexões sobre a experiência com o co-labor.....	59
Observações, interações e conversações extraoficiais	60
Capacitações, supervisões de Lian Gong e conversações	74
As experiências com as entrevistas: possibilidades e limitações	86
Capítulo 2 – As representações e as regulações culturais “dos” agentes comunitários de saúde no processo de trabalho em saúde.....	101
O desafio de se fundar na ambivalência: (in)definições acerca da racionalidade biomédica e da medicina ocidental contemporânea	101
Entre práticas e discursos: conceituando sistemas de representação e regulação cultural	106
Entre práticas, discursos e contingências: diálogos entre o discurso legal e o discurso objetivo	110
Capítulo 3 – O “fazer-se” Agente Comunitário/a de Saúde no processo de trabalho em saúde: reflexões a partir dos saberes, das experiências e das construções identitárias	132

Desde conversações e entrevistas: os sentidos atribuídos por Agentes “Comunitários” de Saúde ao processo de trabalho em saúde e suas trajetórias profissionais	137
CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
REFERÊNCIAS.....	172
ANEXOS	181
Anexo A – Autorização da Secretaria Municipal de Campinas	181
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM/UNICAMP	182
Anexo C – Roteiro de entrevistas elaborado em parceria com Claudia, Rosana, Helena e Raquel.....	189
Anexo D – Resposta da ACS Ruth sobre o que é a pedagogia “Griô”	193

APRESENTAÇÃO

“Tô bem de baixo prá poder subir
 Tô bem de cima prá poder cair
 Tô dividindo prá poder sobrar
 Desperdiçando prá poder faltar
 Devagarinho prá poder caber
 Bem de leve prá não perdoar
 Tô estudando prá saber ignorar
 Eu Tô aqui comendo para vomitar
 Eu Tô te explicando
 Prá te confundir
 Eu Tô te confundindo
 Prá te esclarecer
 Tô iluminado
 Prá poder cegar
 Tô ficando cego
 Prá poder guiar
 Suavemente prá poder rasgar
 Olho fechado prá te ver melhor
 Com alegria prá poder chorar
 Desesperado prá ter paciência
 Carinhoso prá poder ferir
 Lentamente prá não atrasar
 Atrás da vida prá poder morrer
 Eu Tô me despedindo prá poder voltar”
(Tô, Tom Zé)

Certa vez, durante a defesa de doutorado em Saúde Coletiva de uma amiga minha sobre as farmácias vivas no SUS, ouvi, com espanto, uma docente que integrava a banca examinadora recomendar a exclusão da narrativa sobre sua trajetória pessoal e relação com o “objeto de pesquisa”, pois isso não era “relevante para o leitor”. Ao meu ver, tal recomendação foi a expressão máxima do preceito da neutralidade científica que ainda persiste na produção de conhecimento acadêmico. Será que realmente é possível (e necessário) adotar uma postura de imparcialidade e de distanciamento pessoal, emocional e afetivo, deixando de lado nossas histórias, motivações e tantas outras subjetividades que atravessam nossas escolhas temáticas, teóricas e metodológicas? Defendendo a importância de assumir, contextualizar e problematizar o lugar a partir do qual falamos e produzimos conhecimento, apresento nos parágrafos a seguir uma narrativa que conta um pouco sobre os caminhos que marcaram minhas escolhas acadêmicas e que me levaram até o doutorado.

Minha relação com as práticas alternativas, integrativas e complementares em saúde e outras formas de cuidar que não se encaixam em conceitos ou “etiquetas institucionais” (1) começou na minha infância. Sou neta de uma baiana que tinha uma forte relação com guias espirituais e que carregava em suas memórias um conhecimento ancestral inestimável sobre plantas medicinais. Sou filha de mãe e pai que sempre valorizaram cuidados em saúde com homeopatia e remédios caseiros feitos pela minha vó Raimunda. Vi minha mãe praticando Lian Gong nos anos 90 assistindo Maria Lucia Lee pela TV Cultura (e seu gosto por esta prática ficou tão sério que em 2017 ela se formou instrutora). Dentre tantas experiências marcantes de quando eu era criança, sigo até hoje me cuidando com “cuidados alternativos” e sentindo em meu próprio corpo e em minha própria saúde os benefícios dos florais, do Movimento Vital Expressivo e da Aromaterapia, dentre tantas outras práticas.

Desde muito tempo eu gosto também de observar cenas do cotidiano e ouvir as pessoas falarem sobre suas vivências, seus olhares, seus saberes e fazeres. Acho que isso foi umas coisas que me inspiraram a escolha pelas Ciências Sociais. Quando ingressei na faculdade, imediatamente senti afinidade com a abordagem da antropologia, me identificando principalmente com as questões que envolviam pensar sobre as interações sociais, os grupos urbanos, a espacialidade e os percursos e deslocamentos diários e extraordinários “dos cidadãos”. Apesar de ter certeza que eu seguiria minha formação na Antropologia Social, acabei me deparando com outras possibilidades e oportunidades de pesquisa e então comecei a desbravar, “acidentalmente”, lugares epistemológicos totalmente desconhecidos por mim enquanto cientista social: o campo da saúde e, mais precisamente, a Saúde Coletiva. Ingressar nesta nova área me fez (re)aproximar de algo que eu já estava familiarizada desde antes da minha formação acadêmica-profissional: o Lian Gong.

Contudo, a travessia das Ciências Sociais para a Saúde Coletiva não fez com que eu deixasse para trás a noção de *sociabilidade*, tema comum à sociologia e que foi o pano de fundo da pesquisa de mestrado que realizei em dois grupos de Lian Gong e dois de Movimento Vital Expressivo em dois Centros de Saúde de Campinas. Na ocasião, a partir das conversas com instrutoras e instrutores destas práticas e da observação participante que realizei nos grupos ao longo de seis ou sete meses (entre os anos de 2014 e 2015), notei que as ACS ocupavam uma posição ambivalente no serviço de saúde: por um lado, eram protagonistas em seus grupos de práticas

corporais, eleitas por praticantes como profissionais de referência e de confiança. Por outro lado, as agentes relatavam que em suas relações com a equipe de saúde não era incomum não serem ouvidas quando reivindicavam maior apoio ao trabalho realizado com os grupos de práticas corporais.

Segui para o doutorado interessada em compreender essa ambivalência e querendo colocar em perspectiva as experiências profissionais e os saberes de ACS que conduzem grupos de Lian Gong em Campinas. Um conjunto de leituras foi importante para construir o projeto de doutorado e delinear as primeiras questões desta tese, que foram pensadas a partir da análise de publicações do Ministério da Saúde e da aproximação com referenciais dos Estudos Pós-Coloniais, especialmente com Gayatri Chakravorty Spivak (2), teórica indiana que lançou a pergunta “*Pode o subalterno falar?*” incorporada no título desta tese. Além de Spivak, também busquei embasamento em um artigo de Adelia Miglievich-Ribeiro para refletir sobre os “pensamentos produzidos nas bordas” (3) do campo da saúde.

No entanto, ainda que eu compreendesse o sentido crítico desta interrogação, a presença da palavra “subalterno” no título da tese me deixou desconfortável em várias situações e passei a me questionar constantemente o quanto que a minha pergunta de partida já partia de uma afirmação. Será mesmo que a subalternidade é uma condição dada, definitiva para as/os agentes de saúde? Por causa dessa inquietação, eu sempre me preocupava em explicar o porquê dessa palavra para quem eu apresentasse meu trabalho, principalmente para as/os ACS: apesar de soar estranho, tinha um fundamento teórico, era uma reflexão sobre a inserção de uma categoria profissional no SUS e a relação com o discurso dominante, que tenciona silenciar e impor ao “outro” uma condição subalterna. No fundo, confesso que nunca me contentei completamente com a justificativa que eu dava, mas levei bastante tempo para conseguir compreender esse meu desconforto.

Ao longo do doutorado, fui entrando em contato com referenciais teóricos e metodológicos dos Estudos Culturais e dos Estudos Decoloniais, cujos debates me ajudaram a ampliar o olhar para meu campo de pesquisa, não apenas no sentido de encontrar novas questões, mas de hipervisibilizar o que as minhas interlocutoras já me falavam sobre suas próprias experiências enquanto ACS e instrutoras de práticas corporais. De forma geral, o processo de (des)aprendizado com os EC e ED tem sido um processo árduo e muito prazeroso de desconstrução, de inquietação e de

deslocamentos. Dentre tantas (des)aprendizagens, percebi que, no anseio para confirmar minha hipótese, muitas vezes eu conduzi conversas com a intenção de encontrar as respostas que eu queria para as minhas perguntas, limitando assim o espaço para a interlocução com as participantes da pesquisa.

Os caminhos que percorri até aqui me provocaram, me tiraram da zona de conforto e me convidaram a sentir em meu próprio corpo a necessidade de compreender que um trabalho acadêmico não serve simplesmente para a obtenção de uma titulação – a pesquisa científica deve ser uma prática política também. Muitas andanças, pausas e mudanças foram necessárias. Por isso, o debate teórico e as escolhas metodológicas feitas ao longo deste percurso não se reduziram a uma tarefa protocolar para buscar o objetivo da minha investigação. De acordo com as reflexões lançadas pelo teórico cultural e sociólogo jamaicano Stuart Hall, com esta pesquisa eu pretendi produzir

“um tipo de trabalho político-intelectual orgânico, que não [se limitasse a] inscrever-se numa metanarrativa englobante de conhecimentos acabados, dentro de instituições. [Olhando para a teoria] não como vontade de verdade, mas a teoria como um conjunto de conhecimentos contestados, localizados e conjunturais, que têm de ser debatidos de um modo dialógico”. (4) (p.216-17)

Como uma pesquisadora em (des)construção, estou cada vez mais segura da importância do enfrentamento às mais variadas práticas acadêmicas-científicas de marginalização, invisibilização, silenciamento, exclusão e objetificação que expropriam pessoas “de fora” da academia dos lugares de onde, por excelência, produzem seus conhecimentos. Ainda que eu me solidarize ou sinta afinidade e cumplicidade com as ACS com as quais me aproximei ao longo dos últimos anos como pesquisadora, esses sentimentos não me autorizam a falar por elas. E aqui não se trata simplesmente de defender a *empatia*, palavra que tem sido comumente utilizada para forjar e instrumentalizar um processo de identificação onde (supostamente) é possível sentir o que “o outro” sente.

Acredito que, baseada muito mais em pressupostos individuais de compaixão e de outros valores morais do que realmente na construção de uma relação dialógica aberta para o aprendizado mútuo, a empatia se tornou uma prática tão corriqueira a ponto de uniformizar (e até mesmo suprimir) sentimentos, historicidades e posicionalidades. Em oposição ao universalismo forjado pela cultura colonialista, é imprescindível reconhecer “o problema de falar pelos outros” e debater isso em nossas

produções acadêmicas, expondo nossas limitações, dificuldades, vulnerabilidades, contradições, privilégios e contrassensos. Será mesmo que ser sensível a uma dor ou a uma luta é o suficiente para afirmar que estou produzindo conhecimento de forma engajada e completamente livre de reproduzir assimetrias?

Nesse sentido, penso que aqui seja mais apropriado falar sobre como, em larga medida, deixei-me *afetar* pelos encontros com as interlocutoras com as quais estive mais próxima durante a pesquisa, experimentando assim uma nova possibilidade de produção de conhecimento. Sem buscar um significado rígido para essa palavra, compreendo a afetação enquanto um exercício que convida, provoca e/ou mobiliza a uma transformação constante e intensa, um transformar que permite *ir além* das relações entre corpos-saberes que se estabelecem unicamente a partir da *reificação e do poder* (5). Nas palavras do antropólogo Pedro Paulo G. Pereira (5) “o afeto, corresponde, portanto, ao modo como problematizamos nossas afecções, nossas dores e prazeres; afecção é tudo aquilo que o corpo absorve no encontro com outros corpos” (p.178-79).

De tal modo, para compreender as experiências de ACS com o Lian Gong nos termos de um “evento de cultura contemporânea”, me propus a acolher meus estranhamentos e inquietações, olhar para a potência dos encontros interepistêmicos e investir na coprodução de conhecimento a partir do entrelaçamento entre múltiplos saberes, fazeres e vivências. Ao me permitir essa experiência, comecei a entender que já não se tratava mais de responder com precisão se “o subalterno” pode falar, mas sim refletir sobre a *subalternização*, uma vez que as próprias agentes de saúde – assim como o único profissional do gênero masculino que participou desta pesquisa – estavam me mostrando o tempo todo que, além da subalternidade não ser uma condição fixa, também não reside exclusivamente nas relações de poder entre diferentes saberes e categorias profissionais.

Reconhecendo o estatuto político e (inter)epistemológico das afetações, nesta tese preocupo-me não tanto com o “ponto de chegada”, mas com o caminho percorrido e com a proposta de construir um trabalho distanciado de “uma trajetória e estética linear estritamente acadêmica” (6) (p.31). Entre continuidades e rupturas, a trajetória da investigação foi/está marcada por deslocamentos que instigaram a desconstrução de práticas hegemônicas naturalizadas durante minha própria formação acadêmica, especialmente a revisão de “conceitos e categorias, bem como

métodos e roteiros pré-definidos” (6) (p.28). Para trazer os movimentos que marcaram a pesquisa, optamos por manter a pergunta de partida no título da tese – *pode o subalterno falar?* – e assim apresentar gradualmente as problematizações e (des)construções em torno dessa questão.

À medida em que Pereira (5) faz um convite sobre os alcances de uma *antropologia dos afetos*, quais são as implicações epistemológicas do “deixar-se afetar” para a produção de conhecimento (Gonçalves apud 7)?

INTRODUÇÃO

Primeiras palavras, contextos e direções

Os primeiros contornos desta tese começaram a ser traçados em 2015, quando eu ainda estava realizando o trabalho de campo da pesquisa de mestrado sobre a sociabilidade e produção de cuidado em grupos de Lian Gong (LG) e Movimento Vital Expressivo (MVE) em dois centros de saúde da rede de atenção básica de Campinas. Durante aproximadamente sete meses me aproximei bastante de Helena, da Teresa, do Milton e do Carlos, agentes comunitárias de saúde, educador social e auxiliar de enfermagem/enfermeiro, respectivamente, que dentre suas atividades, também conduzem grupos de práticas corporais.

Mais do que mediadoras/es ou informantes, as instrutoras e os instrutores dessas práticas se engajaram no meu trabalho de campo, contribuindo com seus olhares, saberes e experiências. Essas interações me ensinaram sobre a importância de trabalhar com os conhecimentos produzidos a partir de experiências e vivências do cotidiano dos serviços de saúde e que não estão conceituadas ou teorizadas na literatura científica, o que me provocou inquietações sobre a necessidade de ter que procurar referências bibliográficas acadêmicas para legitimar os “dados empíricos”.

Por causa da aproximação com as ACS e com os outros profissionais e do meu envolvimento nas atividades dos grupos de MVE e LG, fui observando novas questões que me chamaram atenção. Igualmente, minhas interlocutoras também me apresentaram algumas sugestões para a pesquisa cuja uma delas senti quase como um pedido de ajuda: elaborar um instrumento qualitativo de avaliação que fosse capaz de registrar os benefícios das práticas corporais para a saúde das/dos praticantes. Conversando com meu orientador sobre as questões pontuadas por minhas interlocutoras e os pontos que eu havia observado, fomos amadurecendo as ideias para um projeto de doutorado que contemplasse essas novas problemáticas.

Apesar da participação do Milton e do Carlos na pesquisa do mestrado, alguma coisa me chamava atenção para observar mais e mais a presença das agentes de saúde. Sem desconsiderar ou desvalorizar a importância dos homens como instrutores de práticas corporais, foram as narrativas das profissionais de saúde que me despertaram mais curiosidade e atenção, principalmente pela forma como me

apresentavam “o que faz” uma ACS e suas histórias com as práticas e com seus grupos.

As conversas estabelecidas formalmente nas entrevistas “oficiais”, orientadas por um roteiro, e informalmente, nas interações semanais com Helena e com Teresa, foram importantes para identificar um dos pressupostos desta tese, qual seja: é ao longo da experiência com seus grupos que as agentes de saúde se apropriam das práticas corporais e identificam seu potencial no cuidado em saúde, construindo diversos sentidos e significados e diferentes metodologias de trabalho, já que a condução dos grupos não segue um protocolo. O trabalho com o LG e MVE é uma construção que passa pelo próprio corpo das ACS, pelas suas histórias de vida, suas experiências profissionais (anteriores e atuais) e também pela interação que constroem com o grupo (e suas/seus participantes). Tais narrativas – que expressam o conhecimento e os saberes que essas mulheres produzem – não estão registradas (e quase ninguém pergunta sobre isso para elas).

Outro pressuposto que o trabalho de campo possibilitou foi perceber a posição ambivalente que as ACS/instrutoras de práticas corporais ocupam no serviço de saúde: por um lado, são protagonistas em seus grupos de práticas corporais, eleitas como profissionais de referência (e de confiança) pelas/os praticantes; por outro lado, na sua relação com a equipe multiprofissional, geralmente são silenciadas em suas reivindicações por maior apoio aos seus grupos. Em geral, esse silenciamento não é facilmente identificado, pois pode acontecer de forma indireta, velada, não verbal. Além disso, às vezes eu notava, a partir das falas das minhas interlocutoras, que as ações de silenciamento não são praticadas necessariamente por uma só pessoa ou por um grupo específico de profissionais, não sendo também ações constantes ou regulares. Apesar de não ter um padrão, o silenciamento (ou a tentativa de silenciar), de uma forma ou de outra, poderia acontecer.

Ainda que não fossem proibidas, de fato, de ofertarem essas atividades, não era raro Helena e Teresa enfrentarem algumas dificuldades no trabalho com os grupos. Era notável em nossas conversas o desejo delas por uma agenda mais flexível, na qual pudessem priorizar o trabalho com as práticas corporais – ampliando, inclusive, a oferta destas práticas para a população. Além disso, também gostariam de trabalhar em parceria com outras/os profissionais, tanto para que o grupo não precisasse ser suspenso quando uma das instrutoras precisasse se ausentar, como

para que Lian Gong fosse conduzido de forma mais segura, já que esta é uma prática que exige uma atenção maior com a postura corporal e a realização dos exercícios. Os trechos abaixo evidenciam (e denunciam) o silenciamento sofrido:

Helena: Eu tenho bastante capacitação em Qi Gong, da obesidade, lavagem da medula óssea, meditação, eu fiz uma parte do Tai Chi Chuan, só que assim, não tenho tempo pra tá fazendo os grupos. Eu teria bastantes grupos para fazer, só que não tenho espaço e nem tempo disponível, pelo menos por ora, para fazer essas outras capacitações. Eu terminei de fazer um curso de Shiatsu, que é massagem. A gente tem bastante coisa para tá aplicando para a população, mas falta tempo, falta espaço.

- **Teresa:** (...) Como é um grupo grande, na verdade eu tinha que estar trabalhando com uma outra pessoa capacitada. É uma coisa que eu peço muito. Mas infelizmente, têm capacitados aqui, muitos capacitados no Lian Gong, e eu estou lá sozinha.

- **Eu:** E porque essas pessoas tem a capacitação e não vão contigo?

- **Teresa:** É até complicado de fazer muito comentário, mas eu acho que seria uma falta de cobrança da parte aqui da coordenação. Eu, na minha opinião, eu acho que devia cobrar.

- **Eu:** Existe disponibilidade de horário?

- **Teresa:** Tem, isso a gente consegue fazer horário e dia, porque faz parte do trabalho. Então não tem nada que barre. Então ninguém está impedido de fazer, me ajudar. Inclusive faz questão [se referindo à coordenadora do serviço] que cada um tenha um grupo. Não é que cobram, mas teria que cada agente ter um grupo. É por isso que teve essas capacitação [do Lian Gong], para cada um fazer poder fazer seu grupo. Falta um pouco a cobrança.

Minhas interlocutoras também me explicaram que seria importante ter à disposição algum instrumento de avaliação para que os resultados dessas atividades pudessem ser compartilhados com os demais profissionais de saúde, com o fim de legitimar os grupos de práticas corporais enquanto recursos terapêuticos. Para elas essa seria uma estratégia possível para enfrentar situações em que há baixa aceitação por parte da equipe, contribuindo para o (re)conhecimento dos grupos de LG e MVE enquanto um trabalho orientado para o cuidado coletivo e para a promoção da saúde. Apesar de ofertarem essas atividades desde 2005 e de boa parte das/os praticantes participarem assiduamente do grupo desde sua criação, o número de encaminhamentos de usuárias/os pelos profissionais da medicina era inexpressivo. O que predominava eram praticantes que chegam por causa da propaganda “*boca-a-boca*” feita por pessoas que experimentaram das mais diversas formas os efeitos positivos das práticas corporais em suas vidas.

Dessa forma, a divulgação das práticas corporais pelos próprios praticantes torna-se uma importante forma de acesso às atividades, muito mais difundida do que entre profissionais de saúde, que pouco orientam os usuários do serviço sobre a oferta dessas práticas “não convencionais”. Helena explica que a baixa visibilidade

institucional destes grupos não está relacionada simplesmente à desvalorização das práticas corporais ou de uma questão de resistência contra o LG e MVE, mas envolve, especialmente, a forma como o próprio serviço de atenção básica tem funcionado e o desconhecimento sobre as atividades ofertadas:

(...) [eles não têm] o interesse de estar participando junto, talvez pela demanda que exista lá [no Centro de Saúde]. Porque lá é uma correria, é como se fosse um pronto atendimento, tudo o que chega na porta tem que ser atendido. Então as pessoas não têm muito tempo de estar vindo aqui, mal dá tempo de atender lá para vir aqui [no Centro de Convivência]. E o interesse de estar encaminhando, de estar mandando o pessoal para cá, de estar participando mais, conhecendo o trabalho. A realidade é essa, conhecer o que é feito aqui, quais são as vantagens, o que pode melhorar. É conhecer, ter conhecimento do que existe para poder estar encaminhando, orientando. Eu acho que falta conhecimento do que é feito. **(Helena, 2015)**

Sem esquecer o engajamento de profissionais de saúde e de movimentos sociais em experiências exitosas no/do SUS, também temos que olhar criticamente para os problemas que têm assolado a qualidade de acolhimento nos serviços de saúde na rede pública em Campinas nos últimos anos, em todos os níveis de atenção. Dentre os problemas recorrentes, destacam-se a má gestão dos recursos públicos; o desvio de verba em contratos fraudulentos com organizações sociais; número insuficiente de profissionais nas equipes de saúde e sobrecarga de trabalho; longas filas de espera por consultas e exames; escassez de materiais para fazer procedimentos básicos e essenciais; falta constante de medicamentos; infraestruturas precárias que dificultam e até comprometem os atendimentos (tanto individuais, como coletivos)¹.

São diversas e constantes as situações que limitam a garantia do direito à saúde prevista pela Constituição. Entretanto, mesmo diante do desinvestimento na saúde pública, os grupos de práticas corporais não devem ser vistos como um “*desvio de função*” ou como uma atividade “*que pode parar*” em detrimento de uma demanda considerada “*mais prioritária*”. Reflexo da articulação entre o crescente desinvestimento na saúde pública e o discurso biomédico hegemônico, a

¹ Para citar algumas notícias: “Moção de Apelo do Conselho Nacional de Saúde”: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/cms/mocoos/2015/Mocao_14_2015.pdf; “Caso Ouro Verde/Organização Social Vitale”: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2019/06/13/ouro-verde-campinas-estima-prejuizo-de-r-406-milhoes-e-cobra-ressarcimento-de-os.shtml>; “Suspensão de coleta de exames de rotina nos serviços de saúde”: <https://blogdarose.band.uol.com.br/prefeitura-suspende-coleta-de-exames-de-sangue-de-rotina/>; “Epidemia dengue 2019”: <http://www.campinas.sp.gov.br/noticias-integra.php?id=36421>.

normatização do que “deve ser” o trabalho “do” agente comunitário de saúde acaba por distinguir e valorar “aquilo que importa” daquilo que é considerado “menos importante”.

Para dar continuidade à essa discussão, na pesquisa de doutorado eu realizei o trabalho de campo principalmente em capacitações oferecidas para profissionais da saúde da rede de atenção básica de Campinas/SP, envolvendo também entrevistas e conversações com agentes de saúde. Apesar dos encontros e das interações que ocorreram durante as capacitações terem sido pontuais, esses momentos foram importantes para acompanhar relatos sobre as dificuldades que as ACS enfrentam nos serviços de saúde para manterem seus grupos e serem valorizadas por esse trabalho. Também percebi que são raros os espaços coletivos e dialógicos para a troca de saberes, de angústias, de dúvidas, das experiências exitosas e das dificuldades que acontecem no dia-a-dia, “*lá no cotidiano do serviço*”.

Conversando com Celina, ACS que conheci em uma capacitação promovida pela prefeitura, ela argumentou que o Lian Gong não está fora das atribuições da sua categoria profissional, “*pois ele é uma prática de educação em saúde e está lá no livrinho, o trabalho com educação em saúde*”. Entretanto, não é raro ser visto por outros profissionais como um “*grupinho*”, uma “*dancinha*”, ou como uma forma de “*ficar fora do serviço*”. Quase sempre a prioridade deve ser “*catar dengue*”, fazer cadastro, ficar na recepção e/ou acompanhar a equipe multiprofissional durante a visita domiciliar como “*um GPS*”. Cabe destacar que não se trata aqui de afirmar simplesmente que essas funções não são importantes, mas problematizar a forma como se prioriza uma atividade desvalorizando outra.

Durante as capacitações – quase sempre mediadas (e até mesmo vigiadas) por *especialistas* com outras formações profissionais – as ACS aproveitavam as poucas aberturas para exporem (mesmo que contidamente) as assimetrias entre o que está implementado (afinal, o LG e tantas outras práticas integrativas e complementares são uma realidade na rede pública de Campinas desde o início dos anos 2000) e aquilo que elas enfrentam “*na ponta do iceberg*” em suas rotinas laborais. Dentre os enfrentamentos mais comuns compartilhados nas capacitações as agentes justificavam suas escolhas em trabalhar com grupos de Lian Gong, falando sobre os resultados positivos em várias dimensões e enfatizando a contribuição para o funcionamento do serviço, tanto para os praticantes quanto para elas mesmas.

Ao relatarem suas experiências, as ACS enfatizaram que os benefícios do LG não se limitam à melhora das condições de saúde dos praticantes, como a diminuição das queixas de dores ou como a redução do consumo de medicamentos, mas repercutem também nas relações estabelecidas com os usuários e na “*disposição*” para lidarem com as tarefas do dia a dia:

- “[O grupo] Fortalece vínculo com os usuários, porque o ACS tem trabalhado só como extintor de incêndio.” (**Fala de uma ACS durante roda de apresentação na capacitação de Lian Gong**);

- “Se faz bem pra mim, faz bem pros pacientes também porque os pacientes são nosso reflexo.” (**Fala de uma ACS em um encontro da capacitação de Lian Gong**);

- “Poder fazer uma atividade agradável na unidade é excepcional.” (**Fala de uma ACS durante uma capacitação oferecida pelo CETS-SMS de Campinas**).

“*Ter disposição*” para lidar com os desafios impostos pela rotina de “*pronto atendimento*” que habitualmente rege o funcionamento dos serviços de saúde não é puro capricho ou uma forma de fugir das obrigações da profissão. De acordo com minhas interlocutoras, “*ter disposição*” é fundamental para realizar um trabalho que privilegia a produção de saúde e de cuidado (de si e coletivo) através do vínculo, da confiança, da troca, da brincadeira, dos laços de amizade, da consciência corporal, do movimento, dos afetos, da interação, do diálogo e da diversidade. Isso contribui para redimensionar as práticas de cuidado instituídas pelo princípio *fitness* (8,9) que rege a racionalidade biomédica, cujas condutas, orientadas por um discurso moralizante e normatizador, classificam e agrupam as pessoas conforme padrões de “normalidade” e “patologia” e de acordo com critérios essencialmente biológicos.

Atentar para esta conjuntura é relevante. Ao mesmo tempo em que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares inclui outras racionalidades médicas e práticas não convencionais ao Sistema Único de Saúde (SUS) e amplia a visão sobre o processo cuidado-saúde-doença, as práticas corporais estão implantadas na atenção primária enquanto recursos terapêuticos voltados, sobretudo, para o controle e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (10). Em Campinas, por exemplo, a Área Técnica da Saúde Integrativa da Secretaria Municipal de Saúde tem um protocolo de encaminhamentos no qual as práticas corporais são indicadas para o tratamento de dores musculoesqueléticas, problemas

respiratórios, hipertensão, diabetes, obesidade, patologias e transtornos psicoafetivos, osteoporose, entre outros diagnósticos (11).

No entanto, como já pontuado anteriormente, identificamos que os grupos de MVE e LG acolhem, majoritariamente, uma demanda espontânea que chega por meio de convite feito pelas próprias/os praticantes a/aos seus companheiros/as, suas/seus amigas/os, familiares e vizinhas(os) (12). Essa característica contribui para a permanência no grupo e para a constituição de grupos heterogêneos, com variadas idades, desejos, objetivos e condições de saúde, já que a maior parte das/dos praticantes não participa do grupo, necessariamente, por causa de encaminhamentos ou diagnósticos de enfermidades. Helena, interlocutora desde a pesquisa do mestrado, afirma: “às vezes, a pessoa não tem uma doença específica, é mais solidão, falta de sociabilidade. Então, é um caminho também, uma oportunidade de tá participando da sociedade como um todo. É uma forma de participação social” (Helena apud 12).

Observa-se, portanto, que as práticas corporais estão situadas entre duas culturas de cuidado. Uma pautada pelas lógicas prescritiva e medicalizante da racionalidade biomédica, que reforça rótulos e comportamentos associados ao discurso do risco, desvalorizando as subjetividades e colaborando para o controle e padronização dos corpos (13). E outra orientada pelo paradigma da *vitalidade* (8) e para a *convivialidade* (14), que estimula a produção de saúde e de cuidado com base no acolhimento, na solidariedade, na reciprocidade, na amizade e na “*participação social*”, como bem destacado por Helena (12).

Deste modo, é possível afirmar que as práticas corporais desenvolvidas na atenção básica reorientam a cultura de cuidado do paradigma biomédico a partir da introdução de elementos de outras racionalidades de cuidado, o que resulta na construção do *modelo de cuidado intercultural* (15). Este modelo é formado pelas noções de prática corporal-exercício físico, pelos princípios de wellness-fitness, pelas lógicas da convivialidade-utilitarismo, pelos valores da amorosidade-medicalização e pelas perspectivas da sociabilidade-biossociabilidade (12). Mais que uma aceitação da heterogeneidade, a interculturalidade implica em manter presentes as negociações, contradições, desencontros e desencaixes (16).

Esquemáticamente, este modelo de cuidado pode ser representado de acordo com a figura a seguir:

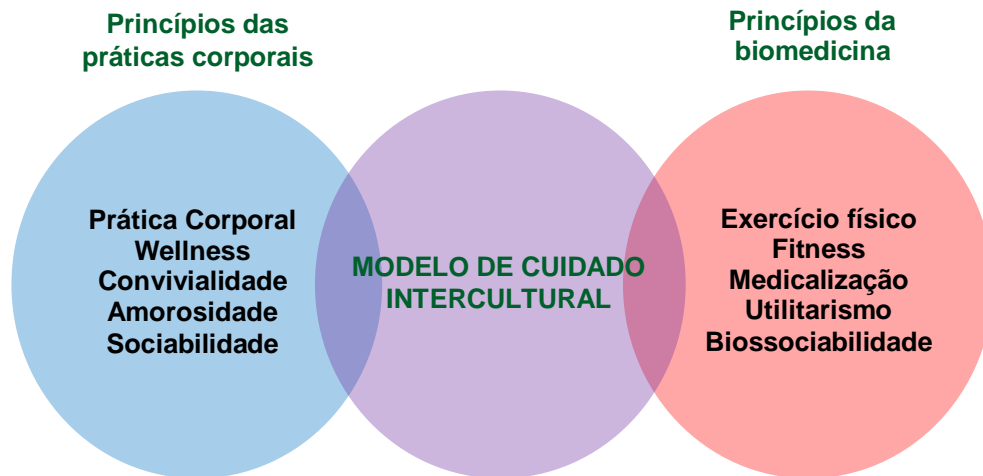


Figura 1 - Modelo de Cuidado Intercultural (15)

Ao conduzirem grupos de práticas corporais, as ACS-instrutoras de LG trabalham com um conjunto de tecnologias e constroem estratégias pedagógicas de cuidado e de produção de saúde que desafiam e inovam a ordem instituída pela lógica da ciência moderna, que hierarquiza saberes e valoriza o conhecimento científico em detrimento da pluralidade e da diversidade das experiências sociais. Assim, na medida em que essas profissionais desenvolvem ações que extrapolam os limites – físicos e epistemológicos – dos serviços de saúde, descortinam a pluralidade de sentidos, práticas, saberes e “fazeres” que permeiam o campo da saúde e avançam para além das certezas artificiais dos protocolos, evidências, prescrições e reificações produzidos pela medicina ocidental contemporânea (15).

No entanto, apesar de tais estratégias provocarem uma transformação potente no cuidado, muitas vezes os conhecimentos produzidos pelas agentes comunitárias de saúde são desvalorizados pelos saberes técnicos-especializados que prevalecem nos espaços institucionalizados da saúde. Dentro de uma estrutura de relações profissionais hierarquizadas e mediadas por discursos de saber-poder, a subalternidade – e, mais especificamente, a subalternização, a qual me dedicarei a refletir ao longo desta tese – é (re)produzida das mais variadas formas. Uma delas acontece quando regimes de representação desqualificam, dissimulam e até mesmo anulam todas e quaisquer experiências que se manifestam às margens das políticas regulatórias da ciência hegemônica.

De acordo com o Dicionário Michaelis, *subalterno* significa aquele que está sujeito ou sob as ordens de outro, ou, ainda, aquele que tem a autoridade ou graduação inferior à de outros. Na perspectiva dos estudos pós-coloniais, a crítica e teórica indiana Gayatri Chakravorty Spivak (2) recorre ao cientista político italiano Antonio Gramsci, e reflete que “subalterno” é aquele ou aquela pessoa cuja voz não pode ser ouvida, utilizando o termo para se referir “às camadas mais baixas da sociedade constituídas pelos modos específicos de exclusão dos mercados, da representação política e legal, e da possibilidade de se tornarem membros plenos no estrato social dominante” (p. 12), sendo o “sujeito subalterno” um produto do discurso hegemônico da razão ocidental (2).

Construindo uma minuciosa análise crítica sobre a representação do Terceiro Mundo pelo discurso ocidental, Spivak afirma que o principal compromisso do intelectual deve ser “conhecer o discurso do outro” (2) e garantir visibilidades e proporcionar a criação de espaços dialógicos para que os sujeitos representados como subalternos possam, de fato, falarem e serem ouvidos. Nesse sentido, a teórica argumenta que a proposta não é representar esses sujeitos, mas “trabalhar contra a subalternidade” (2) (p.14).

Adelia Maria Miglievich-Ribeiro (3) segue essa discussão, afirmando que, ao visibilizar os saberes ditos subalternos, coloca-se em perspectiva a força das múltiplas experiências dos sujeitos e suas singularidades, proporcionando a prática simétrica do diálogo e o descentramento do discurso científico hegemônico. Desta forma, a autora recorre à Boaventura de Sousa Santos, que reconhece a ambivalência e o híbrido como potências da *razão cosmopolita*, um tipo de racionalidade que atua contra a lógica moderna hegemônica que, ao operar a partir de dicotomias excludentes que esvaziam os sentidos e significados das realidades, produz opressão, silenciamento e inexistências (Boaventura apud 3) (p.69).

Assim, de acordo com Spivak e Miglievich-Ribeiro, enfatizar as experiências permite revelar as subjetividades de indivíduos grupos subalternos, não os encerrando em categorias monolíticas, como se compartilhassem uma única identidade (2,3). Há uma diversidade de fazeres e saberes na condução dos grupos de Lian Gong por ACS. E também há uma diversidade de práticas, atores (e por que não, atrizes!), sentidos, narrativas, posições e discursos envolvidos nesse contexto. Portanto, não tenho a pretensão de “dar voz” a esta categoria profissional – afinal,

elas já falam, agem, se mobilizam em seus cotidianos – mas compreender essa dinâmica desde suas próprias percepções sobre as experiências com grupos de LG, sobre os conhecimentos produzidos a partir de suas práticas cotidianas como ACS e sobre as interações com outras/os profissionais no dia-a-dia dos serviços de saúde.

O Lian Gong

O Lian Gong Shi Ba Fa (ou Lian Gong em 18 Terapias) é uma ginástica terapêutica voltada para a prevenção e tratamento de dores pescoço, ombros, cintura, pernas e doenças crônicas (17) e está presente na rede pública de saúde de Campinas desde 2002. Foi criado pelo médico ortopedista e mestre em MTC Zhuang Yuan Ming a partir de suas próprias experiências clínicas com técnicas como o dao-yin e o Tui-ná, além de vivências pessoais com artes marciais. Fundamentalmente, associa conceitos da Medicina Tradicional Chinesa, antigos exercícios terapêuticos e artes guerreiras tradicionais aos conhecimentos da moderna medicina ocidental (17, 18).

Esta prática corporal foi disseminada em 1974, em Shangai, e consiste em um conjunto de exercícios preventivos e curativos que trabalham, basicamente, síndromes musculoesqueléticas, o sistema cardiorrespiratório, os distúrbios do sistema gastrointestinal e o stress, recuperando e fortalecendo assim a resistência e a vitalidade do organismo² (19). Ao fazer uma análise sobre a origem milenar e o desenvolvimento dos exercícios terapêuticos chineses até os dias atuais, Lee (18) observa que

“O Dr. Zhuang, ao criar o *Lian Gong em 18 Terapias*, aplica o valor terapêutico do *dao-in* aos exercícios para o fortalecimento do corpo físico, voltados para as necessidades do homem contemporâneo. Assim, se acrescenta mais um elo nesta corrente que mantém vivo o conhecimento dos santos, sábios e médicos, para ajudar a humanidade”. (p.12)

Composto de três partes – Anterior, Posterior e I Qi Gong, cada uma com séries de 18 exercícios – é realizado ao som de uma música instrumental desenvolvida especialmente para esta prática, cujo ritmo marcial marca o tempo para a execução de cada um dos 54 movimentos (12). De modo descritivo, estes movimentos são

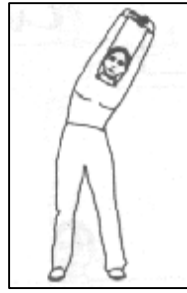
² Maria Lucia Lee (18) explica que, de acordo com os conceitos básicos da Medicina Tradicional Chinesa e dos Exercícios Terapêuticos Tradicionais, o objetivo do Lian Gong não é tratar doenças, mas sim equilibrar os fluxos de *essência vital* (qi) para a manutenção da saúde e fortalecimento da mente, do corpo e das emoções (p.11). Nesse sentido, “o qi é considerado uma substância fundamental para a manutenção da vida” (18) (p. 117).

amplos, firmes, suaves, e, – como aprendi na capacitação que acompanhei como pesquisadora – devem ser feitos com “intenção”, atendendo principalmente para o tônus muscular, para a postura e para a respiração. As imagens a seguir ilustram alguns exercícios (19,20):

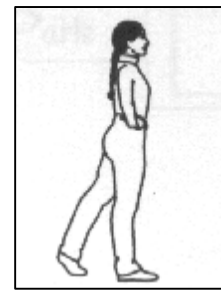
1ª Parte: “Anterior”



Levantar o Braço de Ferro



Empurrar o Céu e inclinar para o lado

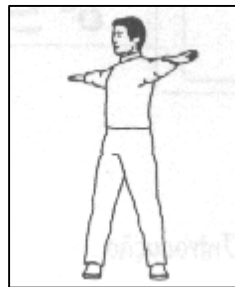


Passos marciais

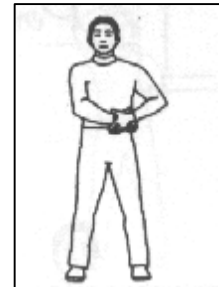
2ª Parte: “Posterior”



Cruzar as pernas e projetar a palma



Soltar os braços e girar a cintura

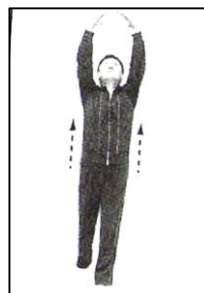


Massagear o peito e o abdome

3ª Parte: “I Qi Gong” – Continuação do Lian Gong



Respiração Natural



Avançar, Agachar e Eliminar o Qi nocivo



Levantar os Braços e Expandir

Por causa da sua notável eficácia para a manutenção da saúde, o LG logo foi reconhecido pelo Governo Central, Ministério da Saúde e dos Esportes da

República Popular da China, como um serviço de saúde pública, recebendo também prêmios de Progresso Científico e Pesquisa Científica com Resultados Relevantes em Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Ocidental, concedidos pelo Governo da cidade de Shangai (17). Além de seu país de origem, há registros da difusão do Lian Gong para o Japão, Indonésia, Estados Unidos, Canadá e Brasil (17).

Esta prática foi trazida para o Brasil pela professora de filosofia e artes corporais chinesas Maria Lucia Lee, em 1987. Em 1994, ela criou a Associação Brasileira de Lian Gong em 18 Terapias – Vida em Harmonia, filiada ao Shangai Municipal Lian Gong in 18 Exercises Association e, em 1996, difundiu a prática através de um programa exibido pela TV Cultura, onde ensinava os exercícios em parques da cidade de São Paulo (12). Segundo Lee (18), o LG pode ser uma alternativa à fisioterapia, e, “por ser de execução simples e prazerosa”, é uma prática que pode ser incorporada ao cotidiano das pessoas, não apenas para tratar problemas de saúde, mas também para estimular a cultura do autocuidado.

Em Campinas/SP, destaca-se a oferta desta ginástica chinesa na rede pública de serviços de saúde desde os anos 90, ainda de forma isolada em alguns serviços. Posteriormente foi implementada tanto em ambulatórios de especialidades, como principalmente em unidades básicas de saúde como um recurso terapêutico a partir da formação do Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas (GETRIS), que verificou a deficiência de serviços de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças relacionadas ao grupo musculoesquelético. Junto com outras práticas corporais como Movimento Vital Expressivo, a Yoga, a Dança Circular, Consciência Postural e o Tai chi Chuan, o Lian Gong integra as ações do Projeto Corpo em Movimento desde 2002, que atualmente é coordenado pela Área Técnica da Saúde Integrativa da Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação à oferta atual de grupos de lian gong no município, há algumas inconsistências nas informações, já que estas não são facilmente encontradas. Segundo dados na página eletrônica³ da SMS de Campinas, em 2017 a rede de atenção à saúde contabilizava a oferta de 54 grupos de Lian Gong distribuídos em 48 Centros de Saúde, além de um grupo ofertado em um parque público da cidade. Mais recentemente, o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - Janeiro a Agosto de 2019 registrou que no período da coleta de dados havia 24 serviços de saúde (23 CS

³ http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/integrativa/integr_grupos.htm

e 1 Academia da Saúde) ofertando pelo menos três tipos de práticas integrativas (sem especifica-las), indicando que os grupos de práticas corporais chinesas (Lian Gong, Chikung, Tai chi Chuan) somavam 11.626 participantes. Não há informações oficiais sobre a profissão das pessoas responsáveis pela condução dessas práticas corporais, mas, de acordo com as conversas que tive ao longo do trabalho de campo com trabalhadoras/es do SUS Campinas, foi unânime o reconhecimento de que a maioria das/os profissionais são ACS⁴.

É importante ressaltar que para garantir uma condução segura, preservar seus princípios e alcançar a qualidade e os benefícios proporcionados por esta ginástica chinesa, a oferta do LG requer capacitações e supervisões regulares para os profissionais, viabilizando assim um espaço de aprendizado, compartilhamento de experiências e troca de saberes. Entre os anos de 2017 e 2018 foram oferecidas duas agendas de capacitação e supervisão de Lian Gong graças às reivindicações dos próprios trabalhadores da rede pública de saúde de Campinas, já que os cursos de formação estavam suspensos há pelo menos três anos, segundo relatos feitos em conversas com responsáveis pela área da Saúde Integrativa, com ACS e com trabalhador/as de um distrito de saúde.

Dentre os motivos apontados por essas/es interlocutoras/es, destacam-se uma grave epidemia de dengue que afetou a cidade, em 2015, e posteriormente, em 2016, quando um decreto da Secretaria Municipal de Finanças determinou a interrupção de atividades que pudessem configurar como hora extra, incluindo eventuais capacitações. No entanto, a falta de investimento na capacitação e/ou supervisão de Lian Gong acarreta não apenas na dispersão de pessoas interessadas, mas também na improvisação para que os grupos já existentes não sejam interrompidos ou extintos quando há a necessidade de afastamento de instrutores já formados.

Apesar de ser importante considerar a capacidade criativa e adaptativa das profissionais que se dedicam aos grupos de práticas corporais, é necessário

⁴ Complementarmente, cabe destacar que acordo com os dados da pesquisa “As Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de Atenção Primária em Saúde na Região Metropolitana de Campinas/SP” analisados pela pesquisadora Márcia Cristina Soares de Oliveira (21) em sua dissertação de mestrado (2018), o Lian Gong foi identificado como a prática corporal mais disseminada nas unidades básicas de saúde (UBS) dos municípios que integram a referida região, sendo conduzida predominantemente por ACS. Segundo levantamento realizado pela pesquisa com coordenadoras/es de 236 serviços de saúde, das 117 UBS na RMC que ofertam alguma prática integrativa ou não convencionais de cuidado, verificou-se a oferta de LG em 98 destas.

problematizar quais são as condições de existência das atividades “não convencionais” dentro do SUS Campinas, lançando um olhar crítico para essa situação. Como bem destacado por uma ACS, a ausência de capacitações faz com que se invente “*um novo Lian Gong*”, principalmente quando as posturas e a execução de cada movimento não são devidamente ensinadas ou corrigidas.

Como bem explicado por Rogério, ACS que participou da pesquisa, não se trata de se preocupar exclusivamente com a perfeição da técnica, mas sim com o “*conhecimento daquilo que se está fazendo*”, já que o trabalho com esta prática corporal no SUS visa a ampliação das possibilidades terapêuticas e a oferta de um cuidado integral à saúde. Dessa forma, a capacitação profissional deve ser compreendida como parte do processo de implantação, implementação e valorização não só do Lian Gong, mas das práticas integrativas e complementares como um todo.

Notas sobre os fundamentos metodológicos e teóricos da pesquisa

As experiências metodológicas vivenciadas ao longo das etapas da pesquisa foram orientadas e discutidas inspiradas pelos “olhos teóricos” (22) dos Estudos Decoloniais e Estudos Culturais, áreas de conhecimento interdisciplinar que colocam em perspectiva questões como cultura, linguagem, poder, identidade e hegemonia a partir de um visão antiessencialista e não universalizante. Considerando a crítica à “certeza científica” e ao modo como a *verdade* comumente é tida como algo fixo e imutável (23) (p.19), os referenciais aqui utilizados contribuem para situar (e identificar) *quem, onde e em que situação* se fala, revelando, assim, a diversidade das *construções discursivas* tramadas por diferentes agentes sociais (23,24,25).

No contexto dessa investigação, a escolha pelos ED justifica-se pela sua fundamental importância para o aprendizado e experimentação da *metodologia-pedagogia de co-labor*, uma prática político-reflexiva que convida a “reconhecer a pluralidade dos saberes produzidos fora da academia” (26) (p.9). Entrelaçando-se a essa escolha, os EC contribuem de forma relevante porque, dentre suas perspectivas teóricas, considera que “a cultura depende de que seus participantes interpretem o que acontece ao seu redor e deem sentido às coisas”, já que “em toda cultura, há sempre uma grande diversidade de significados a respeito de qualquer tema e mais de uma maneira de representá-lo ou interpretá-lo” (27) (p.20).

A preferência por essas abordagens analíticas-reflexivas resulta de nossas inquietações – minhas e do meu orientador – sobre os limites e alcances da cultura científica ocidental contemporânea, sobre a posicionalidade de pesquisadoras/es e as formas como estabelecemos relações com as/os interlocutoras/es da pesquisa (28, 29). Fez parte desse processo de (des)aprendizagem a releitura e a discussão de textos antropológicos clássicos e contemporâneos que provocaram-nos um olhar de estranhamento quanto à forma como são construídos e como as vozes “nativas” são silenciadas e/ou representadas unilateralmente pelos/as pesquisadores/as. Sendo assim, a construção dessa tese inspira-se nas provocações lançadas por Salazar e Walsh (26) (p.11-2) que afirmam que para plantar as sementes do co-labor e cultivar uma nova forma de produção de conhecimento é fundamental:

- I. Investir na escrita sem autoria individual, assumindo o trabalho coletivo e colaborativo;
- II. Descentrar da linguagem escrita para investir na linguagem oral, aprendendo com as histórias/saberes que não estão organizados e estruturados pela lógica científica;
- III. Incorporar as reflexões dialógicas no texto escrito, usando-as como citações “não-acadêmicas”;
- IV. Usar artigos para indicar vozes femininas e masculinas, revertendo a cultura sexista predominante na comunicação, que habitualmente privilegia o referencial masculino como linguagem universal e (supostamente) neutra.

Sobre este último tópico, uma possibilidade apontada por Catherine Walsh é a flexão da letra *x* para referência coletiva de gêneros, empregada por homens e mulheres zapatistas como uma "linguagem desobediente e militante" (30) (p.25). Contudo, em uma pesquisa rápida pela internet, encontrei críticas e divergências sobre a utilização dessa linguagem, que é muito comum no ambiente virtual. Uma das ressalvas é em relação à dificuldade de pronúncia e leitura de palavras escritas com a supressão de gênero por pessoas com dislexia, deficiência visual e déficit de atenção, por exemplo (31,32). Há também debates que problematizam se o uso da letra *x* não denota uma simples neutralização ou abstração de gênero, correndo o risco de causar um essencialismo da(s) pessoa(s) que estamos nos referindo.

Apesar de reconhecer a importância e a necessidade de refletir sobre linguagem inclusiva, não darei conta de aprofundar essa questão, sobretudo por não me sentir tão apropriada dessa discussão. Esse é um dos limites que assumo como pesquisadora. Mesmo correndo riscos, a adoção do *x* para indicar presenças femininas e masculinas (lendo-se *a/as/e/es/o/os*) é uma escolha que faz parte da minha experiência com a metodologia-pedagogia de co-labor. No entanto, daremos preferência para a menção aos gêneros com o uso do caractere “barra” (/) entre os artigos e palavras que remetem a estas presenças no texto, especialmente para evitar desconforto visual durante a leitura da tese.

Escrever a tese observando a proposta do trabalho de co-labor foi uma experiência bastante interessante e desafiadora que exigiu, dentre muitos deslocamentos, a descolonização da própria forma que eu estava acostumada a escrever. Logo na construção da seção denominada “Metodologia”, por exemplo, foi preciso romper com termos e formas de produzir conhecimento que remetem a práticas científicas colonizadoras como “objeto de pesquisa”, “sujeitos da pesquisa”, “coleta de dados”, “resultados obtidos”, “dados empíricos” e “observação participante” para então pensar em novas possibilidades que, de fato, corresponderem à inovação metodológica a qual estávamos conhecendo, debatendo e experimentando.

Em relação ao rompimento com a cultura sexista na produção do conhecimento científico, ao mesmo tempo em que eu me sentia aliviada por não fazer desaparecer *quem* estava falando, eu também fiquei o tempo todo vigilante para não deixar escapar a marcação da presença coletiva de vozes femininas e masculinas no texto. De todo modo, esse exercício está em consonância não só com a proposta do co-labor, mas com a realidade da minha pesquisa: em sua grande maioria, minhas interlocutoras são mulheres. Sendo assim, não faria sentido eu me referir o tempo todo à elas como “**os** agentes comunitários de saúde”, deixando para trás questões de gênero que podem ser fundamentais para compreender a construção identitária das ACS e os efeitos das práticas de regulação cultural, por exemplo.

Estudos De(s)coloniais e o reconhecimento dos limites da pesquisa acadêmica

Não é tarefa fácil apresentar os estudos de(s)coloniais. No entanto, não pretendo aqui fazer uma revisão exaustiva sobre a origem e lugar epistêmico dos ED, sobretudo porque é um campo de investigação formado por diversas experiências,

vozes e intelectuais de dentro e de fora da academia. Por ser um campo plural e que se coloca contra o universalismo e abdica do status de disciplina (de um lugar institucional), seria incoerente buscar uma definição para esta “teoria prática” (6). Contudo, faz-se necessário apresentar “como pensa” o pensamento decolonial.

Inicialmente, expus as duas formas de escrita – *descolonial* e *decolonial* – pois ambas expressões aparecem nos textos que trabalhei ao longo do doutorado. Aparentemente, não há diferença conceitual no uso destas palavras. Entretanto, Catherine Walsh, Walter D. Mignolo e Eduardo Restrepo fazem uma distinção entre os termos, optando pela supressão do “s”. Walsh (30) explica que isso não denota uma assimilação da língua inglesa, mas sim um jogo linguístico intencional:

“No pretendemos simplemente desarmar, deshacer o revertir lo colonial. Es decir, pasar de un momento colonial a un no colonial, como que fuera posible que sus patrones y huellas desistan de existir. (...). Lo decolonial denota, entonces, un camino de lucha continuo en el cual se puede identificar, visibilizar y alentar “lugares” de exterioridad y construcciones alter-(n)ativas” (p.24-5).

Por compreender a importância dessa reflexão, nesta tese adotaremos a expressão *decolonial*. Catherine Walsh (30) afirma que “a decolonialidade não é uma teoria a ser seguida, mas um projeto para ser adotado” (p.67). É um “movimento de resistência – teórico, epistêmico, cultural, prático e político” – que se origina nos anos de 1990, com a crítica latino-americana à colonialidade do poder e à colonialidade do saber, formas de pensar e classificar o mundo impostas pela racionalidade ocidental (33,34,35). Antes de se preocupar em ser um método ou uma teoria propriamente dita – um conjunto de regras ou leis aplicáveis a uma área específica – o pensamento decolonial questiona e tensiona o que está estabelecido, consolidado, tido como certo e/ou resolvido.

Com o objetivo de se deslocar das “teorias situadas no Norte”, o projeto decolonial amadureceu seus debates e sua análise crítica sobre a importância de considerar as especificidades e diferenças na constituição sociohistórica, política, cultural e econômica dos países que integram a América Latina⁵. Quais os efeitos

⁵ Entre relações de troca e movimentos de aproximação, distanciamento, rupturas e re-definições do pensamento decolonial, há o consenso sobre a interlocução inicial com a teoria pós-colonial – sobretudo com os grupos sul asiáticos e latino-americanistas de estudos subalternos – e até mesmo com as discussões empreendidas pela vertente britânica dos estudos culturais (33,34,36,37). No entanto, também há críticas que afirmam a necessidade de problematizar essas referências de origem, pois, embora os debates intelectuais estivessem situados no Sul, “a teoria permaneceu sediada no Norte” (36) (p.116).

provocados pelo poder colonial, não só na época das grandes navegações, mas também na contemporaneidade? Dessa forma, a proposta é que os estudos decoloniais construam teorias e conceitos próprios, “a partir de” (desde) e “com” epistemologia(s) do Sul (34 e 36), reorientando assim a subordinação intelectual ao “sistema-mundo patriarcal/capitalista colonial/moderno europeu/euro-americano” (36)⁶.

Os ED denunciam e questionam a geopolítica de conhecimento produzida pelas tradições eurocêntricas das ciências humanas e sociais (33), que tendem a ocultar “o lugar geopolítico e corpopolítico do sujeito que fala” em nome de uma pretensa neutralidade e objetividade (36) (p.119). Posicionando-se contra regimes de representação e de construção de verdades impostas por forças hegemônicas que anulam e dissimulam sujeitos, histórias e experiências (37), o pensamento decolonial:

“possibilita o desvelar epistemológico das realidades silenciadas, a partir da voz e da luta dos sujeitos latino-americanos, enfrentando criticamente o paradigma moderno/colonial e as relações de colonialidade formadas nos movimentos hegemônicos mundiais, forjados no processo de colonização da América Latina”. (38) (p.15)

Enquanto um projeto engajado e comprometido em denunciar o olhar, os valores e a branquitude do intelectual-colonizador na produção de conhecimento (Lander apud 34;39), os ED colocam em questão que a produção de conhecimento acadêmico é uma prática contextualizada e situada. As agendas de pesquisa não são formadas aleatoriamente. Como cientistas, falamos a partir de um lugar, não apenas científico-institucional, mas também atravessado por subjetividades, identidades e tantas outras marcas que carregamos em nosso corpo. “Desde que perspectiva (disciplinar, étnica, genérica, sexual, nacional, etc.) produziremos tal conhecimento ou compreensão?” (34) (p.51).

Atentar para os encontros entre diferentes “lugares epistêmicos” que se dão no trabalho de campo é fundamental para não essencializar as identidades que estão em contato e não ignorar “as estruturas de poder/conhecimento colonial, a partir do qual o[s] sujeito[s] se pronuncia[m]” (36) (p.119). De tal modo, o exercício interepistêmico proposto pelo pensamento decolonial contribuiu para enfatizarmos as

⁶ Ramón Grosfoguel (36), sociólogo porto-riquenho, destaca que não há como romper ou viver fora deste sistema, efetivamente (p.137). Contudo, dialogando com Walter Dignolo, o sociólogo argumenta que o pensamento eurocêntrico pode ser confrontado a partir do *pensamento crítico de fronteira*, que “é a resposta epistêmica do subalterno ao projecto eurocêntrico da modernidade.” (36) (p.138).

experiências que acontecem nestes *encontros* enquanto produção de conhecimento por excelência, deixando de lado a preocupação em legitimar tudo aquilo que os saberes locais expressam com citações e referências produzidas por/nas instituições (37).

Estudos Culturais e o circuito da cultura como ferramenta analítica

Os estudos culturais são um campo de investigação formado nos anos de 1950, no Reino Unido, e seus precursores foram Richard Hoggart, Raymond Williams, E. P. Thompson e Stuart Hall, cujas formações e carreiras acadêmicas se associavam também a uma participação em movimentos sociais e políticos, sobretudo com o envolvimento com a classe operária inglesa no período pós-guerra (40). Em 1964, este campo de estudos passou a existir institucionalmente na Universidade de Birmingham, com a fundação do Center for Contemporary Cultural Studies (41).

De forma sucinta é possível afirmar os EC como um “campo intelectual diverso, interdisciplinar e político”, cujo corpo teórico é constituído por uma pluralidade de linhagens⁷ que, ao romper com paradigmas de disciplinas já estabelecidas, fornece um conjunto de ideias, imagens e práticas voltados para pensar múltiplos “aspectos culturais da sociedade” contemporânea (42,24,4,Hall apud 24,Hall et al. apud 43).

Em suas ideias iniciais, os EC colocaram em perspectiva as desigualdades e as contradições entre a elite dominante e a massa trabalhadora, inaugurando uma abordagem crítica acerca do conceito de cultura, até então bastante associado à uma noção de erudição e outros valores hegemônicos. Assim, a definição de *cultura* começa a ganhar novos contornos, sendo relacionada “a sentimentos, a emoções, a um senso de pertencimento, bem como a conceitos e a ideias”, não mais circunscrita à dicotomia “alta cultura” e “cultura popular” ou “baixa cultura” (27) (p.20).

Considerando a produção de conhecimento como uma prática política, conforme assinala Barker (24), não é à toa que os estudos culturais, em sua origem, construíram uma “nova formulação do sentido de cultura”, examinando a cultura contemporânea sob múltiplos aspectos, especialmente econômicos, políticos e sociais. Em oposição às análises funcionalistas e estruturalistas que tendem a lançar um olhar reducionista e economicista para a complexa articulação entre *cultura*,

⁷ Dentre as áreas que compõem os EC destacam-se: a crítica literária, a sociologia, a história, a economia política, a teoria da comunicação e a antropologia cultural (40,41).

política e sociedade, os EC se interessam pelas dinâmicas que permeiam, constituem e conectam estas três dimensões.

O campo dos estudos culturais extrapola e desmistifica abordagens conservadoras pautadas apenas em determinantes macroestruturais e frequentemente associadas à fixação da classe trabalhadora à cultura de massas, à manipulação, à alienação e à submissão (43,40). De tal modo coloca-se em questão a cultura enquanto um fenômeno social da ordem da experiência (40), trazendo para o centro do debate os costumes, conhecimentos, experiências e ideias produzidas por grupos e sujeitos marginalizados pelas estruturas dominantes (4,40).

Com o enfoque na cultura como “rede vivida de práticas e relações” cotidianas (43) (p.89) os EC ampliam o olhar para os *processos culturais* pelos quais os sentidos são construídos e circulam pela sociedade (44,45) compreendendo que essa dinâmica não é condicionada unicamente pelas forças hegemônicas, mas é tensionada por relações de troca, resistência, negociação e “inter-ação” (4,43). Dessa forma, dialogando com as ideias marxistas – mas sem se ater a elas – defendem que a “cultura não é um campo autônomo, nem determinado externamente, mas um local de diferenças e lutas sociais” (44) (p.39).

Portanto, a concepção de cultura trabalhada pelos EC diz respeito ao “processo social pelo qual as pessoas comunicam significados, fazem sentido do seu mundo, constroem suas identidades e definem suas crenças e valores” (46). O interesse aqui se volta, portanto, para as *práticas culturais*, pois reconhece-se que “são os participantes de uma cultura que dão sentido a indivíduos, objetos e acontecimentos. As coisas “em si” raramente – talvez nunca – têm um significado único, fixo e inalterável” (27) (p.20). Mais especificamente, Stuart Hall (27) argumenta que

“A cultura não é tanto um conjunto de coisas - romances e pinturas ou programas de TV e histórias em quadrinhos, mas sim um conjunto de práticas. Basicamente, a cultura diz respeito à produção e ao intercâmbio de sentidos - “o compartilhamento de significados” - entre os membros de um grupo ou sociedade. (...) Assim a cultura depende de que seus participantes interpretem o que acontece ao seu redor e “deem sentido” às coisas de forma semelhante”. (p. 21-22).

Para dar conta de explicar como e onde os sentidos são produzidos, Johnson (44) e Du Gay e colaboradorxs (1997, na primeira edição)⁸ desenvolveram

⁸ Entretanto, aqui utilizamos a edição publicada em 2013 (45).

um instrumento teórico-metodológico denominado *circuito da cultura*, uma ferramenta que contribui para visualizarmos os “usos” que os indivíduos fazem dos artefatos culturais, já que quem consome não apenas “recebe” a mensagem emitida pelos produtores, mas também pode (re)interpretar os *códigos culturais* a partir de seus próprios conceitos (44,45,27). Nesse contexto, o artefato cultural diz respeito ao “produto construído pela cultura onde os significados, signos e valores de um grupo, compõe sua rede de valor e representação cultural, deixando ele, de ser um objeto que existe por “si”, e passando a carregar um valor cultural que extrapola seus significados concretos.” (47) (p.34).

A análise propiciada pelos EC chama a atenção por superar paradigmas convencionais do campo das ciências sociais e humanas que afirmam que é durante o *processo de produção* que os artefatos são “codificados” com significados e usos particulares (45), denunciando, assim, que o consumo não é uma atividade passiva e/ou alienada. Exemplo disso é quando tais paradigmas se relacionam à análises sobre as estruturas do capitalismo ou aos estudos sobre a indústria cultural contemporânea. Dessa forma, Du Gay et al (45) refletem sobre a inter-relação entre cadeias de produção, padrões/práticas de consumo e construção identitária, sem perder de vista a articulação destes processos com a representação cultural e com os mecanismos de regulação.

Ao tomarem o walkman como objeto de investigação, Paul Du Gay em trabalho conjunto com Stuart Hall, Linda Janes, Anders Koed Madsen, Hugh Mackay e Keith Negus, identificaram cinco dimensões por onde os sentidos atribuídos aos artefatos culturais circulam: *representação, identidade, produção, consumo e regulação* (45) (p.xxx). Com isso, analisaram como tais dimensões “se sobrepõem e se articulam continuamente de diversas maneiras, de forma complexa e contingente”, sem necessariamente ter um ponto de partida ou um ponto de chegada fixado (45) (p.xxx). Para visualizar essa dinâmica, o circuito da cultura foi desenhado de acordo com a seguinte forma:

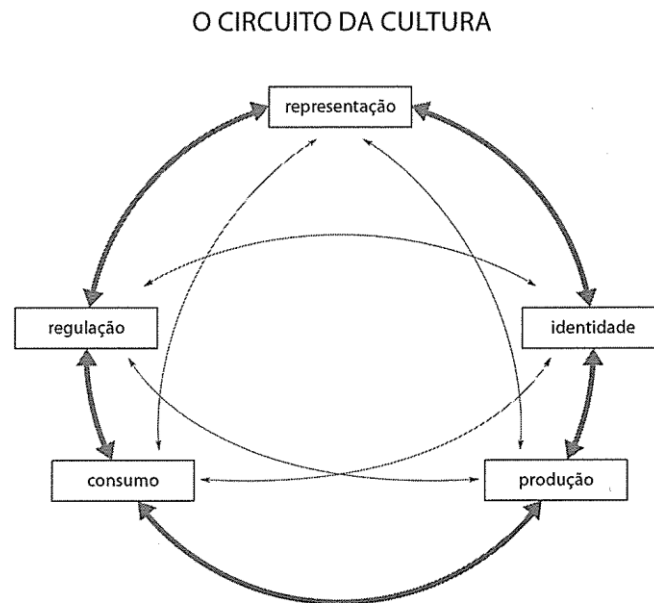


Figura 2 – Circuito da cultura (Du Gay et al, 1997). Fonte: Hall, 2016 (27).

É certo que “os estudos culturais não apresentam uma tradição na área da saúde da mesma forma como nas áreas de comunicação e mídia” (47) (p.39). Entretanto, é possível inquirir sobre o *conjunto de práticas* que constitui o campo da saúde, uma vez que a medicina – e tantos outros saberes que se (des)encontram neste campo – estão permeados por relações de poder. No artigo *Reading Cultural Studies of Medicine*, Bradley Lewis (48) considera que, embora o discurso científico (predominante na cultura biomédica) se declare como “objetivamente determinado pela natureza” (p. 10), os EC trabalham para desconstruir essa suposta neutralidade, evidenciando os aspectos sociais, culturais e políticos que estão por trás da associação entre ciência e medicina (48,47).

Cabe destacar que, no contexto da minha pesquisa, não busquei identificar a categoria profissional *agente comunitário de saúde* enquanto um artefato cultural, mas sim compreender a condução de grupos de Lian Gong por ACS enquanto um *evento de cultura contemporânea* no campo da saúde. Inspirada pelos EC, isso quer dizer que, ao olhar para um acontecimento – ou para um *evento contemporâneo* – busquei compreender as relações de poder que permeiam e marcam uma determinada prática cultural e quais discursos, significados e valores estão em jogo, sem perder de vista a sua articulação com fatores políticos, econômicos e sociais (45, 48,24).

Sem deixar a análise circunscrita ao circuito da cultura, esta tese trata, portanto, de compreender as práticas culturais de ACS que conduzem grupos de Lian Gong em serviços de saúde do SUS em Campinas, colocando em perspectiva os sentidos construídos por estas/es profissionais a partir de suas próprias experiências nos serviços de saúde.

Estrutura da tese

A tese está dividida em três capítulos. No capítulo 1, *Os caminhos percorridos, os encontros e as conversações: (des)aprendizados e reflexões sobre a experiência com o co-labor*, compartilho uma narrativa reflexiva sobre a experiência com a metodologia-pedagogia de co-labor e os percursos que se mostraram possíveis nesta pesquisa, destacando os encontros, as interações e as conversações com agentes comunitários/os de saúde a partir da minha participação em capacitações e eventos promovidos principalmente pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e também a partir da realização de entrevistas com estas/e profissionais.

O capítulo 2, *As representações e as regulações culturais “dos” agentes comunitários de saúde no processo de trabalho em saúde* apresenta uma discussão sobre os discursos *legal* e *objetivo* a partir de uma análise crítica de documentos institucionais que estabelecem diretrizes para a inserção de agentes “comunitários” de saúde no sistema de saúde e de artigos científicos que tratam sobre o (não)saber destes profissionais.

No capítulo 3, *O “fazer-se” ACS no processo de trabalho em saúde: reflexões a partir dos saberes, das experiências e das construções identitárias de agentes comunitários/o de saúde*, colocamos em perspectiva os sentidos atribuídos por ACS às suas experiências nos serviços de saúde, com a profissão e com a condução de grupos de Lian Gong, trazendo para o centro do debate o “fazer-se” enquanto uma construção permeada (e marcada) pela construção do vínculo com a comunidade, pela afetação, pela co-produção de práticas de saúde e de cuidado e também por outras arenas de conflito social – ou outras circunstâncias – que vão além do campo da saúde.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Compreender a produção de conhecimento de agentes comunitárixs de saúde instrutorxs de Lian Gong nos serviços de atenção básica de Campinas/SP.

Objetivos específicos

Desconstruir práticas coloniais teóricas-metodológicas de pesquisa.

Compreender as representações culturais e regulações sobre xs agentes comunitárixs de saúde.

Compreender as construções identitárias de agentes comunitárixs de saúde desde suas próprias trajetórias como profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Em atendimento às normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos da resolução 466/2012 CNS/MS, esta pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, sob o parecer nº 059/2016 (ANEXO A) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, sob o parecer nº 1.823.044 e CAAE 60820116.3.0000.5404 (ANEXO B). Orientado para trabalhar contra práticas de subalternização, este estudo foi realizado a partir de estratégias dialógicas e metodológicas para a co-construção de conhecimento a partir de conversações, entrevistas e da minha participação em capacitações oferecidas para profissionais de saúde do SUS Campinas.

Em interface com os objetivos apresentados anteriormente, o “fazer metodológico” que norteia esta pesquisa inspira-se na proposta da *metodologia-pedagogia de co-labor*, uma prática político-reflexiva que possibilita romper com o esquema do pensamento hegemônico da ciência contemporânea e que privilegia o processo dialógico na construção do conhecimento (26,25). Mais do que descrever de forma protocolar e instrumental os recursos metodológicos utilizados nesta pesquisa, as reflexões apresentadas a seguir têm como proposta colocar em perspectiva erros, acertos, limites, dúvidas, desafios, dificuldades e negociações que acontecem quando questionamos práticas hegemônicas naturalizadas na produção de conhecimento acadêmico.

Abrindo caminhos: (des)encontros, deslocamentos, (des)aprendizagem

Os métodos e as técnicas da pesquisa qualitativa, tais como entrevista, etnografia, grupo focal, observação participante, história oral, estudo de caso, entre outros, apresentam um caráter interacional e estão orientados para a compreensão de *aspectos subjetivos* (49), sejam eles individuais ou coletivos. No entanto, nota-se que suas abordagens estão majoritariamente estruturadas na lógica da ciência hegemônica, que prioriza o conhecimento especializado do/a pesquisador/a durante o processo de investigação e análise de dados. Para começar a desconstruir práticas teórico-metodológicas colonizadoras – e assim inovar epistêmica e ontologicamente o fazer científico (30) – foi necessário refletir sobre as seguintes questões: *como*,

quem e onde se (re)produz conhecimento? Juan Garcia Salazar e Catherine Walsh afirmam que:

“o conhecimento não se produz sozinho na academia, mas também na prática social, política e cultural; nos espaços não só individuais, mas também comunitários, coletivos e até intergeracionais, e para fins que nem sempre apontam para “a ciência”, mas para “as ciências” através da existência e da vida”. (26) (p.9)

Apesar da pesquisa social valorizar o “universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” (49) (p.21-2) de grupos sociais, todavia, o material empírico é submetido à uma sistematização que ordena, classifica e analisa as informações de acordo com uma linguagem especializada que se sobrepõe à outras linguagens e formas distintas de ser, conhecer e existir (6,26,25). Tal exclusividade subalterniza os saberes e experiências de pessoas consideradas “não especializados”, embora carreguem conhecimentos próprios e modos de ser, pensar e agir.

Eu, enquanto cientista social e pesquisadora, durante boa parte da minha formação acadêmica aprendi a *falar sobre* algo ou alguém a partir dos meus próprios referenciais (culturais, teóricos, metodológicos, etc.), representando “o outro” e categorizando suas práticas de acordo com aquilo que interpretamos sobre “ele” (“aquele” que não sou eu) e seus fazeres. De acordo com as reflexões lançadas pelas pesquisadoras Xochitl Leyva-Solano e Shannon Speed (25), é inegável que todas e todos nós estamos socialmente posicionadas/os em relação à classe social gênero, etnicidade, perspectiva política e ciclo de vida. Isso provoca implicações que tendem a dificultar o trabalho com os “diferentes saberes, igualmente válidos, [que] podem existir sobre o mesmo fenômeno social” (25) (p.73).

Dessa forma, os mitos da imparcialidade do/a investigador/a e da neutralidade científica são insustentáveis “já que todos temos um posicionamento social e isso afeta inevitavelmente nossas análises” (25) (p.73). Apesar do envolvimento com os “sujeitos” da pesquisa durante o trabalho de campo é comum que pesquisadorxs reivindiquem para si um distanciamento seguro entre o “eu” e o “outro”, garantido, principalmente, pelos muros institucionais das universidades e dos centros de pesquisa. Em seu texto “O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir e escrever”, Roberto Cardoso de Oliveira (50), afirma:

“O momento de escrever, marcado por uma interpretação de e no gabinete, faz com que aqueles dados sofram uma nova “refração”, uma vez que todo o processo de escrever, ou de inscrever as observações no discurso da

disciplina, está contaminado pelo contexto do being here - a saber, pelas conversas de corredor ou de restaurante, pelos debates realizados em congressos, pela atividade docente, pela pesquisa na biblioteca (...), enfim pelo ambiente acadêmico". (p.27)

Deparei-me então com questões que raras vezes foram exploradas – ou que, em alguns momentos, foram consideradas por professoras/es como problemas “resolvidos” e/ou “superados” – durante minha formação e desenvolvimento do trabalho acadêmico. Destaca-se uma pergunta: o que significa, de fato, a distinção entre “eu” e o “outro” e entre o “estar lá” e “estar aqui”? Olhar criticamente para esse tipo de relação estabelecida entre pesquisador e o “objeto”-“sujeito” de pesquisa é imprescindível para compreender a

“colonialidade do saber, a natureza extrativista e exploradora das pesquisas que extraem informações das comunidades indígenas para produzir livros que beneficiam apenas carreiras acadêmicas e universitárias sem devolver nada ou quase nada à comunidade”. (25) (p.68).

Na contramão das práticas instituídas pela cultura hegemônica acadêmica a pesquisa de co-labor é uma prática metodológica que privilegia “*um sentido de descolonização e ‘interculturalização’ da palavra*” (6) (p.26), permitindo pensar a pesquisa em interface com a política de produção de conhecimento em um processo contínuo de ação e reflexão (25). Assumir esse compromisso contribui para romper com a dicotomia “mundo do campo” e “mundo acadêmico”, fazendo cair por terra iniciativas que reduzem ou até mesmo apagam a diversidade e as diferenças nos modos de fazer e pensar.

Contextos, práticas e possibilidades da pesquisa de co-labor

Mas, afinal, o que significa a metodologia-pedagogia de co-labor? Leyva e Shannon Speed (25) apresentam a definição do dicionário da *Real Academia Española*: co-labor deriva do latim *collaborāre* e significa “*trabajar con otra u otras personas en la realización de una obra.*” (p. 66). A investigação colaborativa deve ser compreendida, portanto, como um “processo compartilhado” (25) construído com base no engajamento, no comprometimento e no compromisso político do/a pesquisador/a com os direitos de povos e comunidades tradicionais – dentre outros grupos que são social e intelectualmente marginalizados pelo discurso hegemônico – com a justiça social e com a democratização e a decolonização do conhecimento na pesquisa científica (51,25,26).

Nesse sentido, o termo *pedagogia* não deve ser pensado aqui circunscrito ao campo formal da educação ou aos espaços escolarizados (30), mas como uma abordagem que compreende um contexto de lutas e movimentos sociais protagonizados por povos indígenas e afrodescendentes contra a dominação colonial, que escravizou não apenas seus corpos, mas também expropriou suas identidades e suas formas de ser e de existir (30). A favor das memórias coletivas, esta pedagogia apresenta uma razão e diversos sentidos que são, ao mesmo tempo, político, social, cultural e existencial, sendo utilizada para se referir às “estratégias, práticas e metodologias de resistência” (30) (p.25) que desafiam “a razão única da modernidade ocidental e o poder colonial ainda presente” (30) (p.28).

Na América Latina, este tipo de pesquisa tem sido desenvolvida por *intelectuais-militantes* em colaboração com homens e mulheres afrodescendentes e indígenas, organizações e movimentos sociais e étnicos de vários países (30). Uma das práticas utilizadas para construir e desenvolver projetos participativos, em colaboração com pessoas e grupos de dentro e de fora da academia, são as oficinas de reflexão coletiva e os foros de diálogos (25,51,26), onde todos os participantes planejam, discutem e analisam o material obtido, elaborando conjuntamente os produtos finais da pesquisa (25).

Outro potencial da pesquisa de co-labor é a abertura para as “conversações”, reflexões dialógicas (26) que valorizam saberes e “práticas políticas, epistêmicas, vivenciais e existenciais que lutam por transformar os padrões de poder e os princípios sobre os quais o conhecimento, a humanidade e a própria existência têm sido circunscritos, controlados e subjugados” (30) (p.29). Portanto, a produção de conhecimento não fica exclusivamente condicionada a entrevistas e nem a anotações em diários de campo, que estão sob vários aspectos centralizadas e concentradas no olhar do/a investigador/a.

Orientada para a polifonia, para o aprendizado mútuo e para a premissa de que os conhecimentos e saberes que estão em contato e em diálogo na pesquisa têm o mesmo valor, cabe ressaltar que a investigação colaborativa não se desenvolve sem momentos de tensão, desconfiança, negociações, contradições, conflitos, mudanças e abertura de novos horizontes. Leyva-Solano e Speed (25), ao problematizarem sobre suas experiências com essa metodologia argumentam que, embora não seja possível unificar todas as ideias e posicionamentos dos “atores-sujeitos” que

participam da pesquisa, é fundamental reconhecer as diferenças e “colocar esse debate na mesa, [contribuindo] para um processo coletivo, reflexivo e crítico” (p.43).

Por ser uma metodologia-pedagogia em permanente construção, desconstrução e reconstrução (30), as reflexões aqui apresentadas sobre o trabalho de co-labor não pretendem ser uma “receita de bolo”, tampouco um protocolo a ser seguido: a própria metodologia-pedagogia desafia os manuais de pesquisa científica e faz uma “crítica à linearidade e pretensa universalidade ocidentais” impostas pela racionalidade científica (6) (p.33).

Construindo um caminho

No livro *Pensar sembrando/sembrar pensando com el Abuelo Zenón*, Salazar e Walsh (26) apresentam os saberes que estão enraizados na memória coletiva afroequatoriana do povo do norte de Esmeraldas, problematizando sobre os aspectos colonizadores que se reproduzem no âmbito científico-acadêmico. Para tanto, debatem sobre a importância e a necessidade em resgatar e valorizar a transmissão oral das histórias e do conhecimento ancestral como uma potente prática de resistência contra a colonização dos territórios e dos saberes tradicionais (26) (p.17 e 24).

As reflexões lançadas pelos autores sobre a pluralidade de saberes que se constituem dentro e fora da academia partem, principalmente, dos mandatos culturais dos antigos quilombos equatorianos, como o princípio filosófico “pensar semeando e semear pensando”⁹ e as pedagogias “casa adentro e casa fora” e “caminhar e andar/andar e caminhar”. Acreditamos que tais ensinamentos estão em consonância com a proposta da metodologia-pedagogia de co-labor e com os princípios de *interculturalidade*, *interepistemicidade* e *decolonialidade*, que vêm sendo trabalhados pelos Estudos Culturais. Para Walsh (30),

“mais do que “incluir” [outros saberes, racionalidades e formas de ser e existir] de forma multicultural, o esforço tem sido construir, posicionar e multiplicar pedagogias que visem pensar “desde” e “com”, incentivando processos e práticas “praxistas” de teorização – de pensar-fazer – e interculturalização que desafie radicalmente as pretensões teórico-conceituais e metodológico-acadêmico, incluindo seus pressupostos de objetividade, neutralidade, distanciamento e rigor”. (p.66).

⁹ *Pensar sembrando, sembrar pensando* é uma pedagogia de ação vital para o cultivo das raízes culturais semeadas pelos primeiros troncos familiares do povo afroesmeraldino. É uma filosofia que apresenta um sentido de resgate e preservação das raízes culturais deste povo de origem africana, e ensina sobre a importância de plantar e semear as sementes do território, do pertencimento e dos saberes ancestrais. (26)

A partir de leituras teóricas e experiências de co-labor, chegamos ao entendimento de que estes princípios compõem a metodologia-pedagogia de co-labor por serem sensíveis às abordagens alternativas que colocam no centro de suas preocupações as “contranarrativas” e uma diversidade de olhares, sentidos, sentimentos e formas de ser e pertencer (52). Dessa forma, são ferramentas que colaboram para que possamos nos engajar com o rompimento das estruturas impostas pelo “esquema acadêmico e a lógica ocidental de produção de conhecimento” (26) (p.11), que tendem a desvalorizar o que existe fora da validação científica, acadêmica ou erudita.

Os três pilares do co-labor: interculturalidade, interepistemicidade e decolonialidade

1. O exercício da interculturalidade

“La virtud de respetar al otro, al ser distinto, nace como principio de vida cuando nos hemos trajinado y mirado a nosotros mismos por dentro y por fuera.” Avô Zenón (26) (p.121)

De acordo com Walsh (53), a interculturalidade é um princípio ideológico apresentado pelo movimento indígena equatoriano no final dos anos de 1980 e está voltado para a “transformação das estruturas, instituições e relações da sociedade, não só para os povos indígenas, mas para o todo social” (p.95). Ao longo dos anos foi ganhando consistência como um *projeto e processo social, político, ético e epistêmico*, que diz respeito às “práticas e processos que questionam os legados eurocêntricos, coloniais e imperialistas, com o objetivo de transformar e construir condições radicalmente distintas de pensar, conhecer, ser, estar e con-viver.” (53) (p.95)

Mais do que um conceito, a interculturalidade é uma ferramenta que deve ser utilizada para questionar e desmontar as inequidades e as desigualdades “que nos impedem de alcançar uma relação harmônica e saudável entre diferentes” (54) (p.124). Para Salazar e Walsh, este princípio deve ser compreendido como um “exercício contra práticas de poder” (26). Dessa forma, é possível que as diferenças sejam reconhecidas em sua diversidade e não virem um fator de exclusão, de inferiorização, de marginalização e de negação de direitos e de existências.

Ampliando o debate para o campo da Saúde Coletiva, a aproximação pode ser feita através da pedagogia de Paulo Freire, cujas práticas estão orientadas para a construção de diálogos multiculturais e para a ressignificação de saberes através do encontro entre profissionais e usuários do SUS (55). Tendo o intelectual-militante pernambucano como referência em seus trabalhos, Walsh reflete que o exercício da interculturalidade deve ser priorizado nos espaços formais de ensino-aprendizagem como maneira de valorizar e incluir saberes e ensinamentos tradicionais, populares e ancestrais (56). Assim, ao reconhecer a potencialidade destes conteúdos culturais para os processos educativos, torna-se possível construir um “projeto de sociedade mais justa e democrática” (30,25,26).

No tocante às metodologias investigativas, a interculturalidade, enquanto uma ação política, pode ser aplicada na construção de relações dialógicas entre pesquisador/a e xs participantes da pesquisa, optando pela “heterogeneidade e [pela] intersecção de vozes e de práticas” (57) (p.9) na produção do conhecimento. Mais do que simplesmente incluir “o outro”, o engajamento nesse exercício compreende uma conduta baseada no reconhecimento de que “os diferentes são o que são, em relações de negociação, conflito e empréstimos recíprocos” (58) (p.17).

Em um artigo em que discutem os desafios do uso de grupos focais, Onocko-Campos e colaboradorxs (59) consideram a urgência em debater os potenciais e as limitações dessa técnica de coleta de dados e enfatizam a escassez de estudos que debatem estas questões, sobretudo quando realizada com pessoas com algum tipo de “deficiência psicossocial”. Xs pesquisadorxs que assinam o artigo compartilham suas experiências da condução de grupos focais com usuários de serviços de atenção psicossocial e refletem sobre a importância de priorizar abordagens orientadas para o desenvolvimento de “*habilidades intersubjetivas*”, baseadas em relações horizontais e no compromisso ético com xs participantes da pesquisa (59).

Embora o gerenciamento de grupos focais seja predominantemente mediado e regulado pelxs pesquisadorxs, é interessante destacar que Onocko-Campos et. al trazem um posicionamento favorável para que a condução desses grupos privilegie a escuta e a construção de espaços que viabilizem a diminuição de assimetrias entre participantes e pesquisadorxs na coprodução de narrativas, sem abandonar o compromisso com os protocolos necessários. Concluem que, ao passo

que xs pesquisadorxs adotam uma postura baseada na intersubjetividade e na ética para a condução de grupos focais, isso pode contribuir para uma importante transformação na forma como os serviços de saúde incorporam outros valores, tornando-se mais sensíveis para ouvir, dialogar e integrar as vozes dos usuários (59).

Para além do rigor metodológico com o conhecimento técnico-científico é imprescindível que os grupos focais assumam também um caráter político – sobretudo quando são desenvolvidos com grupos marginalizados – constituindo-se como um espaço no qual xs participantes possam “*recuperar a palavra*” (6) e se autorrepresentar, falando com suas próprias vozes (26) sobre as “experiências vividas” (59) e sobre aquilo que verdadeiramente pensam ou sentem sem que sejam representados, de forma unilateral, pelo discurso biomédico/hegemônico.

Nesse contexto, o exercício da interculturalidade, fundamental para a construção de uma abordagem orientada pela metodologia-pedagogia de co-labor, é uma forma potente de combater relações de poder que atuam como uma força mediadora e reguladora de identidades, práticas e saberes que tendem a ser vinculadas apenas com diagnósticos e enfermidades, reforçando um processo de objetificação e padronização dos corpos. Refletir criticamente sobre os desafios e as limitações das técnicas de coleta e análise de dados e de outros instrumentos teóricos e metodológicos de pesquisa contribui para redimensionar o “estatuto epistemológico” do conhecimento produzido pelxs participantes – “nossos” “sujeitos” da pesquisa –, reconhecendo a polifonia de vozes, experiências, vivências e perspectivas (60).

2. O exercício da interepistemicidade: a reflexão “*casa adentro y casa afuera*”

“En los espacios casa adentro donde todos y todas se pertenece a la raíz ancestral de origen, hablen con sus propias voces, usen las palabras que son comunes a todos y todas, para que ninguna voz se quede afuera, para que toda palabra sea sembrada, eche raíces y vuelva a ser semilla.” Avô Zenón (26) (p.29)

O mandato cultural *casa adentro e casa afuera* nos ensina sobre a importância de colocar em dúvida e reordenar tudo aquilo que está escrito e instituído pela historiografia oficial, que insiste em dissimular os processos de aculturação, desumanização e expropriação típicos dos projetos de colonização (26). É um saber ancestral que fala sobre a importância e a necessidade da construção, do resgate e do fortalecimento das identidades étnicas e culturais de grupos e comunidades que

sofreram (e ainda sofrem) com as imposições do poder dominante e com as mais diversas formas de injustiça social, como situações de marginalidade, de opressão e de exclusão social (26).

Pensar a história *casa adentro* é um exercício de *semeadura cultural*, um ato coletivo de luta e resistência que cultiva os ensinamentos ancestrais que contam as histórias negligenciadas *casa afuera* sobre os povos de origem africana desde os tempos da escravidão. Sem a intervenção das “lentes dos outros”, o cultivo das memórias coletivas faz com que a cosmovisão negada seja resgatada, preservada e ensinada com palavras que lhes são próprias (26). Ao contrário de serem expressões pitorescas, folclóricas, exóticas ou mera “diversão para alegrar o outro” (26), Salazar e Walsh afirmam que as músicas, as danças, os cânticos, as décimas, as adivinhações e tantos outros saberes “nativos” falam sobre afirmação, pertencimento, solidariedade, direitos ancestrais, insurgência e carregam consigo sentidos e significados que ordenam a vida material e espiritual das comunidades quilombolas (26).

Longe de se fechar apenas nos espaços *casa adentro*, essa filosofia abre-se *casa afuera* levando “uma série de conteúdos culturais e códigos próprios para sustentar diálogos e entendimentos com os outros, com aqueles que são diferentes, com aqueles que têm outros códigos” (26) (p.103), com o propósito de “conviver e respeitar as diferenças” (26) e promover diálogos interculturais. Superando tantas histórias negadas e protagonismos negligenciados, os mandatos culturais são pedagogias que “invocam conhecimentos subordinados produzidos no contexto de práticas de marginalização [que contribuem] para poder desestabilizar as práticas existentes de saber e assim cruzar os limites fictícios de exclusão e marginalização” (Alexander apud 30) (p.29-30).

Pensando a interface da metodologia-pedagogia de co-labor com estes ensinamentos ancestrais, é possível refletir sobre o princípio da *interepistemicidade*, um exercício cuja proposta é descortinar um horizonte de conhecimentos que são produzidos por “intelectuais não apenas provenientes da academia, mas também de movimentos e comunidades” (53) (p.95). Em outras palavras, a interepistemicidade é um projeto comprometido com a

“tarefa de inverter a geopolítica do conhecimento; em dar atenção à pluralidade de conhecimentos, lógica e racionalidade presentes historicamente subjugados e negados, e no esforço político-intelectual de criar relações, articulações e convergências entre eles” (53) (p.95).

Silveira et al. (61) apresentam uma reflexão metodológica valiosa para a proposta da interepistemicidade. Ao dissertarem sobre as interações entre agentes comunitários de saúde, pesquisadorxs e imigrantes no artigo “*O lugar dos trabalhadores de saúde nas pesquisas sobre processos migratórios internacionais e saúde*”, questionam: quais as implicações da participação de profissionais de saúde em pesquisas que têm como cenário serviços e espaços que constituem a rede de atenção básica? Mais do que simples mediadores ou informantes dxs pesquisadorxs, as/os ACS “não são alheios[as] ao processo de produção de conhecimento, mas atores no projeto relacional que os envolve como agentes (...) [e] que se entrelaçam nos acontecimentos cotidianos, ricos em detalhes e diversidades” (61) (p.5).

Ampliando esse debate é interessante refletir também sobre o contexto biomédico onde a maior parte das pesquisas de Saúde Coletiva se desenvolve. Fundamentada nas certezas (artificiais) dos protocolos, evidências, prescrições e reificações produzidos pela medicina ocidental contemporânea (15), a cultura biomédica é desafiada em sua suposta e idealizada uniformidade ao se deparar com diferentes sentidos, práticas, saberes e experiências que são construídas às margens do discurso dominante. Abandonar o lugar solitário do/a pesquisador/a para investir na prática de co-trabalho (62) e no reconhecimento dxs co-investigadorxs como “protagonistas das relações construídas no processo da pesquisa” (61) (p.7), faz com que as muitas formas de “ver e cuidar da vida” sejam colocadas em perspectiva, provocando um tensionamento nas técnicas legitimadas pela “verdade científica” (62).

Novos caminhos interepistêmicos à luz da metodologia-pedagogia de co-labor convidam para o centro do debate a complexa trama de relações, encontros, desencontros e entrelaçamentos que se dão nos processos de investigação. Colocar tais questões em perspectiva com a análise dos dados empíricos e incorporá-las, de fato, como parte constitutiva dos “resultados da pesquisa”, dá vida e movimento para a interlocução entre os agentes (e seus saberes e fazeres) de “dentro” e de “fora” da academia, desconstruindo práticas científicas hegemônicas e transformando o status de “sujeitos da pesquisa” em agentes do conhecimento.

3. O exercício da decolonialidade: a ação de *caminhar e andar/andar e caminhar*

“Una comunidad se puede pasar toda una vida trajinando por los caminos que las propuestas y proyectos, que para su desarrollo le muestran, pero eso no significa que la gente de la comunidad este andando el encuentro de su bienestar, puede que estén amarrados a la mijarra del trapiche.” Avô Zenón (26) (p.136)

Na tradição oral afroequatoriana, “caminar e andar, andar y caminar” é uma estratégia pedagógica utilizada por anciões e anciãs para dialogar com jovens e adultos da comunidade que buscam aprender sobre os saberes que estão guardados na memória coletiva (26). Contado em forma de adivinhação por um/a narrador/a e sem seguir um roteiro, este ensinamento convida à interação e à interlocução entre quem transmite e quem busca o saber, estimulando, assim, a participação dxs mais jovens na construção da narrativa (26).

Compreendida em sua ação e movimento, “caminhar com os pés e andar com a cabeça” (26) é uma pedagogia que contribui para, “construir e fortalecer um sentido de pertencimento, compreensão e envolvimento entre as novas gerações distanciadas – pela modernidade e pela tecnologia – da tradição oral e dos/das idosos/as” (26). Deste modo, Salazar e Walsh (26) enfatizam que

*“o ensinamento aqui é: aquele que quer andar ao encontro do bem-estar - ou melhor dizendo, do *estar bien colectivo* - deve fazê-lo com sua própria cabeça, do contrário, pode passar muitos anos caminhando como os bois, dando voltas amarrado ao moinho, sempre caminhando, mas sem andar adiante” (p.130).*

Este mandato ancestral apresenta uma reflexão crítica sobre as armadilhas e os perigos dos projetos neoliberais de desenvolvimento instituídos pelo Estado e por atividades econômicas extrativistas que estão na contramão dos projetos solidários de recuperação, preservação e fortalecimento da identidade étnico-cultural e do bem-estar coletivo das comunidades (26). É uma prática decolonial de existência que desafia a ordem imposta pelas estruturas dominantes do poder e reivindica o reconhecimento dos direitos dos povos como os verdadeiros donos dos territórios ancestrais, já que nessas terras estão plantadas suas raízes culturais (26).

À luz desse ensinamento, é pertinente pensar sobre a relevância da prática decolonial também na condução das técnicas e métodos de pesquisa e na análise dos dados empíricos. O quanto ainda caminhamos amarradx aos arreios do moinho, reproduzindo relações de poder em nossos trabalhos de campo e em nossas análises? O quanto temos andado em direção a uma política de produção de conhecimento que privilegie o diálogo com múltiplas formas de ser e de saber?

Para Walsh (53), a prática decolonial colabora especialmente para

“encorajar metodologias e pedagogias que, para usar as palavras de Jacqui Alexander, cruzam as fronteiras fictícias de exclusão e marginalização a fim de contribuir para a configuração de novas formas de ser e de saber enraizadas não na alteridade em si, mas nos princípios da inter-relação, complementaridade, comprometimento” (p.96).

Somando-se às propostas da interculturalidade e da inter-epistemicidade, a decolonialidade luta contra os regimes de saber-poder que legislam sobre os “pensamentos, práticas e experiências que, tanto no passado como no presente, têm se empenhado em desafiar a matriz colonial de poder e dominação” (53) (p.96), questionando as políticas regulatórias da ciência e a forma como subordinam e subalternizam tudo aquilo que suas normas classificam como diferente (53,57).

Estendendo esse debate para o campo da Saúde Coletiva, podemos tomar como referência o artigo “Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil” de Dourado et al (63). Xs autorxs compartilham reflexões sobre suas experiências em uma pesquisa realizada por uma equipe de pesquisadorxs das áreas de ciências sociais e saúde coletiva em parceria com militantes de movimentos sociais, travestis, transexuais e atores governamentais. A partir de uma abordagem etnoepidemiológica que articula métodos e técnicas quali-quantitativas, xs autorxs afirmam a importância de se pensar sobre os fenômenos de saúde-doença-cuidado para além dos marcadores biomédicos, ampliando o diálogo da epidemiologia com outros saberes e práticas socioculturais (63).

Ainda que Dourado e colaboradorxs argumentem que o investimento em metodologias híbridas entre os campos de conhecimento que constituem a Saúde Coletiva contribua para “viabilizar práticas de pesquisa mais inter/transdisciplinares e, por conseguinte, trânsitos e diálogos (possíveis) entre os sujeitos que participam desses processos” (63) (p.8), não podemos perder de vista que as “dicotomias tradicionais” entre homo/hetero, trans/cis, objetividade/subjetividade, qualitativo/quantitativo e outros “contrários” expressam “a complexidade dos processos de construção de autoridade e legitimidade científicas” (64) (p.470).

Isso é fundamental para problematizar os limites da produção científica e de seus respectivos conceitos e categorias, que tendem a “traduzir a diversidade de práticas e experiências das participantes da pesquisa” (63) (p.7), enquadrando suas identidades e singularidades em categorias monolíticas e forjando representações

que, sobretudo quando associadas ao discurso do risco, reforçam “condições de opressão, silenciamento e inexistências” às quais as travestis e transexuais estão submetidas. (63,3).

“Reconhecer que as “estratégias” de investigação científica não podem ser reduzidas a “modelos” fixos ou preestabelecidos” (63) (p.8) permite inverter a lógica hegemônica de produção científica e construir uma interlocução não apenas entre as disciplinas de dentro da academia, mas também (e principalmente) com aqueles saberes e práticas sociais que se manifestam no cotidiano de cada pessoa e nos mais variados espaços de resistência.

“O que fazer com isso que agora sei?”¹⁰

Cada princípio aqui apresentado – interculturalidade, interepistemicidade e decolonialidade – não são completamente estranhos ao campo da Saúde Coletiva porque muitxs pesquisadorxs (59,61,63,5,65,66,67) já têm compartilhado suas reflexões e inquietações sobre os desafios e os limites das metodologias com as quais desenvolvem seus trabalhos de campo, apontando a necessidade de repensarmos as nossas práticas de produção de conhecimento. A inovação que a metodologia-pedagogia de co-labor apresenta é a articulação destes três princípios em um corpo metodológico que hipervisibiliza a complexa trama de relações entre pesquisadorxs-interlocutorxs e os lugares onde se encontram, estimulando o (des)aprendizado como estratégia para pensarmos em deslocamentos, redefinições, rupturas, fissuras e bifurcações como forma de decolonizar o pensamento científico ocidental (26,68).

Estes princípios são experiências de investigação e de escrita que possibilitam a construção de pontes de diálogo e interlocução ao invés de muros, que separam, segregam e excluem saberes. Nesse sentido, é urgente abriremos espaço para debatermos sobre como – e com quem – produzimos conhecimento. A proposta não é simplesmente fazer a devolutiva dos achados de pesquisa para a sociedade, mas romper com práticas hegemônicas que excluem e produzem subalternidade, marginalidade e dominação. Trata-se, pois, de um compromisso contra as categorizações dominantes (57) e a natureza neocolonial da investigação científica (26).

¹⁰ Em referência ao livro de Daniel Munduruku - *Mundurukando 2: sobre vivências, piolhos e afetos: rodas de conversa com educadores*, 2017 (68).

Imersa no exercício de refletir sobre práticas e saberes colonizadores acolhi a missão de “experimental” a metodologia-pedagogia de co-labor no doutorado, reconhecendo o desafio (e a potência) de despertar para “um outro pensar e semear” (26). Assim, foi possível começar a desbravar um novo caminho de aprendizado, desaprendizado e reaprendizado sobre as práticas de pesquisa incorporadas ao longo de anos de formação acadêmica.

Situando o trabalho de campo e o processo dialógico de investigação

Entre os anos de 2017 e 2018 realizei trabalho de campo em capacitações e supervisões de Lian Gong promovidas pelo Departamento de Saúde/Área Técnica de Saúde Integrativa da SMS de Campinas, em parceria com o Centro de Educação dos Trabalhadores em Saúde do município. Na condição de pesquisadora-ouvinte, pude acompanhar as quatro etapas do processo formativo, cujo público-alvo foi trabalhadoras e trabalhadores da rede de atenção básica do SUS local que tivessem experiência e/ou interesse em trabalhar com grupos de práticas integrativas.

Acompanhar as capacitações e as supervisões foi importante para compreender a(s) dinâmica(s) de ensino e aprendizado desta prática corporal. Também foi possível escutar conversas e debates suscitados durante as aulas e encontros. Participar destes momentos foi crucial para que eu pudesse conhecer, me aproximar e interagir com parte das agentes comunitárias de saúde que acabei convidando para participar da pesquisa. Sem dúvidas, essa proximidade facilitou minha identificação como “pesquisadora da Unicamp”, permitindo até mesmo ser procurada por algumas ACS que queriam compartilhar suas experiências com grupos de práticas corporais.

Além dessas aproximações, cabe destacar outros momentos que constituíram a pesquisa. Em 2016, logo no primeiro ano do doutorado, tive a oportunidade de acompanhar um dos módulos de uma formação específica para ACS. Como ainda não tinha saído o parecer do Comitê de Ética – mas já tinha obtido autorização da Prefeitura para realizar a pesquisa – fui autorizada a participar de uma das turmas deste curso, mas com a recomendação de “apenas” observar, sem fazer perguntas para as facilitadoras ou entrevistar as ACS. Entretanto, foi difícil ficar alheia às situações que ali aconteceram, sobretudo quando houve um conflito entre uma das facilitadoras e a turma.

Durante este mesmo ano, também frequentei outros espaços de capacitação e formação onde convivi com muitas profissionais de saúde da rede pública de Campinas, mas dessa vez na condição de facilitadora e/ou aluna. Fiquei em contato constante com enfermeiras, médicas, agentes de saúde, auxiliares e técnicas de enfermagem. Ser doutoranda da UNICAMP, estar no LAPACIS, ser orientanda do professor “Nelsinho”, ter feito mestrado sobre os grupos de práticas corporais – e agora também participar dos espaços e dos encontros “da rede” – foram algumas condições que me permitiram ser “(re)conhecida” e ser “alvo” de muitas indagações e questionamentos sobre a minha formação e sobre meu trabalho.

Nos *encontros* com as agentes de saúde durante os diversos momentos do trabalho de campo foi possível estabelecer relações de proximidade que não se limitaram a um vínculo formal. Tais interações foram fundamentais para “provocar” *reflexões dialógicas* sobre as experiências de trabalho e de “tornar-se” agente comunitária de saúde e instrutora de Lian Gong, por exemplo. Sem a mediação de um roteiro e sem o conforto do registro desses diálogos em gravador de áudio (e, na maioria das vezes, sem nem mesmo tomar nota em diário de campo), as nossas conversas não seguiam protocolos e nem um assunto específico, mas quase sempre abordavam problemas enfrentados por essas profissionais em suas rotinas no centro de saúde.

Sem desconsiderar a importância das conversações para a pesquisa, também lancei mão de entrevistas enquanto uma prática metodológica, cujo roteiro foi construído em duas etapas: a primeira, de forma unilateral e centrada apenas na experiência da pesquisadora e outra revisada e discutida com a participação de quatro ACS durante encontros realizados fora dos espaços institucionais (capacitações e/ou centro de saúde). Com a proposta de decolonizar a metodologia da pesquisa, algumas entrevistas foram conduzidas por estas agentes de saúde, que aceitaram o convite para entrevistar umas às outras. As entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade de ambas as partes e, em alguns casos, em horários e locais que não eram do expediente de trabalho.

Concomitantemente, foi necessário dedicar-me à busca e leitura de documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, tais como portarias, legislações, diretrizes, manuais e conteúdo de capacitações voltadas para a categoria profissional

“agente comunitário de saúde”. Isso contribuiu para que eu pudesse conhecer a dimensão histórica-institucional e compreender como se deu a incorporação destas/es profissionais nas equipes de serviços do Sistema Único de Saúde, nos âmbitos mundial, nacional e local. Também fiz uma pesquisa bibliográfica (mas sem me ater a nenhum método) em livros e artigos científicos publicados no Brasil para conhecer quais tipos de debate existem sobre o papel e/ou perfil profissional destas/es trabalhadorxs.

Sem esquecer da metodologia-pedagogia de co-labor, as reflexões construídas a partir do *percurso investigativo* (6) (p.28) deste trabalho teve como principal preocupação não reforçar o distanciamento entre o que discurso hegemônico considera como “senso comum” e o que é estabelecido como “conhecimento técnico-científico”. Contra a (re)produção de subalternização, a abordagem empreendida pelos Estudos Culturais e pelos Estudos Decoloniais contribuíram para olhar para as experiências de ACS sem reduzi-las a análises objetivas, que tendem a desqualificar e descaracterizar os sentidos e significados compartilhados por quem participa da pesquisa.

Capítulo 1 – Os caminhos percorridos, os encontros e as conversações: (des)aprendizados e reflexões sobre a experiência com o co-labor

Neste capítulo compartilho uma narrativa reflexiva sobre a metodologia-pedagogia de co-labor e os percursos que se mostraram possíveis nesta pesquisa. Em constante experimentação, os caminhos foram sendo trilhados aos poucos, entrelaçando diferentes sensações, momentos e estratégias, onde contei com a interlocução, apoio, disponibilidade, confiança e paciência especialmente de ACS que compartilharam comigo suas experiências e saberes. Em meio à afobação, insegurança, confusão, entusiasmo e estranhamento diante de novos caminhos metodológicos, fui tentando dar os primeiros passos. O ponto de partida foi uma conversa que tive no começo de 2017 com meu orientador, aqui transcrita parcialmente:

- **Eu:** Sobre a análise, estas poderiam ser compartilhadas, talvez. Levar pra elas o conteúdo transcrito, o que acha? Mas a análise teórica não tem como deixar de fazer, pois a tese exige isso. O que me deixa bem confusa é: como fazer isso sem produzir subalternidade?

- **Nelson:** O que tem feito Walsh e outros pesquisadores decoloniais? Está na hora de sair da confusão para o caminho... Você é mulher e sofre todas as consequências de uma sociedade sexista, machista e patriarcal. O que faz para não ser subalterna?

(...)

- **Eu:** Também pensei em convida-las para escrevem diários ou narrativas, mas isso pode sobrecarrega-las, ser uma imposição...

- **Nelson:** Para protegi-las de uma possível sobrecarga (construída unilateralmente na sua perspectiva sobre o que são as ACS) você resolve impor a elas a sua visão... Não é exatamente isso que os colonizadores fizeram com os povos indígenas? Será que nenhuma delas toparia conduzir um grupo focal e você ficaria de observadora? Será que nenhuma delas toparia entrevistar outras agentes, discutir e depois você faria transcrição e discutiria as análises com elas? (...) O conhecimento que queremos é uma militância e não um exercício intelectual apenas.

Com essas diretrizes comecei a refletir sobre como fazer, o que olhar e o que buscar com a pesquisa orientada para o trabalho de co-labor. O fazer metodológico não seguiu protocolos: foi sendo construindo e experimentado a partir das relações desenvolvidas com agentes de saúde, com as quais eu estava mais em contato. Uma das minhas preocupações foi compartilhar com elas “novas” possibilidades metodológicas, para ver qual proposta seria mais interessante e adequada às suas rotinas, tanto laboral como pessoal/familiar. Entre orientações,

imersão em leituras o co-labor e estudos culturais e, claro, conversações com quatro ACS, uma das estratégias escolhidas foi convidá-las para entrevistarem umas às outras. Além disso, também transitei por capacitações e eventos institucionais nas quais pude interagir com muitos profissionais de saúde da rede de atenção básica de Campinas. Essas interações foram importantes e me ajudaram a ampliar o olhar para pressupostos que são caros a esta investigação.

Apesar da narrativa aqui apresentada ter sido construída a partir do meu olhar como pesquisadora, está fundamentada na intersecção de vozes e nos encontros proporcionados pelo trabalho de campo, seja no acompanhamento das capacitações, nas conversações e nas entrevistas com ACS. Para dar destaque a esses encontros nos textos a seguir colocarei as falas dxs meus/minhas interlocutorxs, registradas no meu diário de campo, entre “aspas” e em formato *itálico*. Sem esquecer do TCLE, os nomes dxs “participantes da pesquisa” foram substituídos por mim para garantir a confidencialidade das informações (mesmo sabendo que, apesar do cuidado, algumas pessoas poderão ser facilmente identificadas por quem é da rede SUS Campinas). Sem a pretensão de forjar uma linha cronológica dos acontecimentos (e sem querer privilegiar um em detrimento do outro), apresentarei uma reflexão sobre cada um dos cenários por onde me desloquei, costurando as experiências extraoficiais até as experimentações com as entrevistas.

Observações, interações e conversações extraoficiais

Ao ingressar na área da Saúde Coletiva fui adentrando espaços e conhecendo modos de pensar e agir até então desconhecidos por mim. Desde 2014, devido à minha pesquisa de mestrado sobre a sociabilidade nos grupos de práticas corporais e meu vínculo com o LAPACIS, fui me aproximando de trabalhadoras e trabalhadores da saúde, dentro e fora da UNICAMP. Assim, comecei a transitar por espaços que, até então, “apenas” como cientista social ou como usuária do SUS seriam inacessíveis para mim (pelo menos no meu imaginário sobre *o que é e quem atua* no “campo da saúde”). Desde então, a experiência mais efetiva foi como integrante do grupo condutor do *Curso de Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS*, entre os anos de 2015 e 2016.

Uma discussão recorrente nas reuniões de planejamento deste curso era sobre a importância de reconhecer os protagonismos locais, valorizando os trabalhos

já realizados, principalmente a atuação de ACS com grupos de práticas corporais. Entretanto, apesar da proposta de que o curso deveria ser construído coletivamente, a partir da demanda dos próprios trabalhadorxs, a abertura para a participação de ACS foi inexpressiva. Era muito comum a presença de apoiadorxs dos distritos de saúde, de médicxs, psicólogxs, enfermeirxs e, claro, a minha, como porta-vozes do trabalho com as práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde. Mas, o que pensavam as/os ACS sobre isso? Como poderiam contribuir na construção do curso a partir de seus conhecimentos e experiências com o Lian Gong ou o Movimento Vital Expressivo, por exemplo?

Além de ter tido a oportunidade de acompanhar *de perto e de dentro* (69) a construção desse curso – observando principalmente uma dinâmica que eu não estava familiarizada – também participei como facilitadora e ouvinte no processo formativo. Essa experiência foi importante para interagir com outras ACS e ampliar minha rede de contatos. Pude ouvir seus relatos sobre as principais dificuldades e enfrentamentos em relação à manutenção de seus grupos de práticas corporais. Também aprendi sobre como conduzem os grupos e como criam suas próprias tecnologias de cuidado. Sem dúvidas, isso contribuiu bastante para aumentar meu interesse em investigar os sentidos da oferta de Lian Gong, sendo constitutivo (e imprescindível) para o amadurecimento do projeto de doutorado.

Relendo os registros das reuniões no meu diário de campo e rememorando alguns encontros do processo formativo, comecei a refletir sobre as assimetrias que reproduzimos no grupo condutor. Ao compreender temáticas como grupalidade, convivência, acolhimento das diferenças e cuidado, a formação centralizou a condução dos encontros nas falas de “especialistas”. A maior parte do tempo “ensinamos” e falamos sobre assuntos que também eram de domínio de agentes de saúde que trabalham com grupos de práticas corporais há muitos anos. Tal crítica não é para reduzir a importância do curso em questão, mas necessária para colocar em perspectiva uma das (várias) formas de silenciamento sofrido por ACS na estrutura hierárquica de conhecimentos.

De modo geral, o objetivo do curso foi “ampliar e produzir novos olhares sobre as práticas integrativas e complementares em saúde, possibilitando a qualificação e a inovação das ações de cuidado no cotidiano dos serviços do SUS” (diário de campo e convite enviado para xs facilitadorxs). Seguindo o formato de

oficinas, a dinâmica do curso priorizou perguntas disparadoras que contemplassem tanto reflexões sobre os fundamentos teóricos e políticos das PIC, como também uma problematização sobre as dificuldades e contradições que xs trabalhadorxs encontravam para trabalhar com essas práticas no cotidiano dos serviços (70). De fato, foi a única vez que, dentre as capacitações da prefeitura que acompanhei, observei maior abertura para a discussão em pequenos grupos, não sobre as técnicas ou os conceitos em si, mas sobre as “experiências, sentimentos, expectativas e curiosidades em relação aos temas explorados” (diário de campo).

Em cada encontro eu ficava atenta ao debate estimulado durante e após a exposição dxs facilitadorxs e também às trocas que aconteciam no espaço onde o curso foi realizado (a hora do intervalo se mostrou bastante propícia para isso). Por não ser profissional de saúde e estar distante do cotidiano dos serviços foi uma oportunidade de conhecer um pouco das histórias, dos desafios, das potencialidades, dos problemas e das possibilidades do trabalho com as práticas integrativas no SUS Campinas. Se para mim era “óbvio” que os grupos de práticas corporais proporcionam encontros que produzem saúde e cuidado, ao longo da capacitação ficou mais explícito para mim o quanto essa “evidência” ainda era pouco debatida (e até mesmo problemática) no campo da saúde.

Para citar um exemplo: a partir dos relatos nas rodas de conversa fui percebendo que, assim como os grupos de práticas corporais que eu havia pesquisado no mestrado, o trabalho realizado com hortas comunitárias também contribui para a construção de vínculos horizontais entre usuários/as e profissionais de saúde. Além disso, também sofre com a falta de espaço físico nas unidades de saúde, um limitador para a oferta dessas atividades para a comunidade. Do mesmo modo requer ainda um “trabalho de formiguinha” para que, tanto a população, como os profissionais de saúde, tenham mais conhecimento sobre os benefícios para o cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais e produtos fitoterápicos.

Quando as discussões abordavam os “grupos de vivência” (como de lian gong, movimento vital expressivo, caminhada e qualidade de vida, para citar os mais populares) a participação das agentes de saúde era mais expressiva e elas lançavam questionamentos cujas respostas ou soluções não eram (e continuam não sendo) simples ou fáceis de serem resolvidas. Um dos tensionamentos mais recorrentes era em relação às contradições que envolvem a equação “potencialidades de cuidado

proporcionado aos praticantes de práticas corporais” x “invisibilidade/desvalorização do trabalho com os grupos de vivência dentro dos serviços de saúde”.

Embora fosse comum profissionais de nível superior afirmarem que xs ACS são “*agentes transformadores do cotidiano*” e que seu trabalho é fundamental – aparentemente numa tentativa de encorajar-lhes – esse elogio não garantia, de fato, apoio aos enfrentamentos feitos por agentes de saúde na defesa de seus grupos. Nesse sentido, compreendi o quanto a institucionalização das práticas corporais nos serviços de saúde ainda é fragmentada, ficando muito mais associada à vontade individual de determinado/a profissional de saúde do que efetivamente compreendida enquanto uma política pública.

Logo em seguida deste curso participei como ouvinte de um dos módulos de outra capacitação, dessa vez com a condição de “*apenas observar*” as aulas. A recomendação foi expressa: eu não poderia entrevistar as ACS e nem fazer perguntas para as facilitadoras. Foi a primeira vez que eu tive que lidar com restrições para realizar o trabalho de campo, pois, embora já tivesse obtido a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, meu projeto ainda estava em análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, foi difícil não me envolver (mesmo que contidamente) e passar a semana sem cometer um deslize (que poderia ter comprometido minha permanência em campo). Experimentei uma observação não muito participante, mas que me permitiu entrar em contato com questões sobre o trabalho dxs ACS que até então eu só conhecia a partir dos olhos teóricos de artigos científico e outras formas de publicação.

Conforme as orientações que recebi, no primeiro dia eu me apresentei e falei brevemente sobre a pesquisa, enfatizando que estava ali para observar a capacitação e que isso era uma das etapas da minha investigação. A forma como fui recebida pelas ACS e pelas facilitadoras foi bastante acolhedora. Já na primeira tarefa em grupo as agentes de saúde me incluíram na atividade, mas percebi que eu não tinha condições de contribuir para a discussão do estudo de caso. O meu desconhecimento sobre o tema era grande. Eu não sabia nada sobre o cotidiano e o processo de trabalho dessas profissionais. Realmente eu não poderia contribuir. Não me sentia apropriada (e nem autorizada) para falar sobre um universo que, para mim, era distante e desconhecido. Minha condição ali era de “participar-não-participando”.

Em alguns momentos senti que tal condição soara estranho para as agentes de saúde que me receberam em seus grupos de trabalho: mas o que eu fazia ali, afinal?

Como não tinha autorização para entrevistar as ACS eu não sabia como (e nem se eu realmente poderia) explicar sobre a minha condição e meus interesses, dúvidas, vontades e curiosidades. Quando me perguntavam se eu não participaria da atividade respondia que estava “só acompanhando” e ficava observando, “de longe”, a movimentação. Contudo, não consegui ficar quieta por muito tempo, sem perguntar nada pra ninguém. Era tudo muito novo para mim. Uma das minhas dúvidas era: como e quem participou da elaboração do curso? Quais eram e como os conteúdos foram definidos? Impulsivamente, sentindo que eu estava mais próxima de uma das facilitadoras, no meio da semana perguntei-lhe sobre a estrutura do curso e o conteúdo didático, para tentar entender melhor aquilo que estava observando. Recebi um silêncio incômodo como resposta...

Imediatamente a pessoa que me concedeu permissão para acompanhar a capacitação entrou em contato comigo por telefone para reforçar a condição de “não perguntar nada para ninguém”. Apesar de ter me advertido, a responsável geral pela capacitação foi atenciosa comigo ao me explicar que, como o material didático ainda estava em fase de revisão, a apostila utilizada pelas facilitadoras seria disponibilizada para consulta após a conclusão do processo formativo. Fiquei constrangida por ter quebrado um acordo e também por ter deixado a facilitadora desconfortável com meu questionamento. Não lembro nem se pedi desculpas pelo ocorrido, mas passei a ter mais cuidado e a me vigiar (com a sensação de que também estava sendo vigiada) para não cometer mais nenhum “vacilo” e perder a confiança que tinham em mim.

Dentro das minhas possibilidades segui com o trabalho de campo observando também meus próprios limites e dificuldades. Tentei me conformar que em outro momento eu teria acesso ao material da capacitação, mas consciente que isso não me daria acesso aos acontecimentos cotidianos, como as interações, os conflitos e os debates suscitados. Entretanto, de uma forma ou de outra, acompanhar um dos módulos da capacitação me ajudou a entender melhor determinados aspectos do processo de trabalho desta categoria profissional, dando mais consistência aos artigos e manuais técnicos que eu já tinha lido. Além disso, a observação das atividades e das tensões decorrentes foi importante para refletir sobre a presença dxs ACS nas equipes de saúde.

Na minha visão essa capacitação não foi um processo de aprendizado compartilhado. Os espaços de fala eram mediados e controlados por duas facilitadoras – ambas enfermeiras – na maior parte do tempo. Mesmo que um dos debates tivesse problematizado o “trabalho em equipe e as ferramentas utilizadas por ACS” em suas práticas cotidianas, coube às facilitadoras intervirem e reconstruírem os conceitos trazidos pelos “alunxs”, ensinando-lhes sobre suas atribuições e papéis nos serviços de saúde. Em contrapartida, as agentes de saúde questionavam entre si a forma como os temas eram abordados no módulo expondo as assimetrias entre a *teoria* e a *prática*. Falando a partir de seus próprios conhecimentos, a principal crítica das profissionais foi em relação à aplicabilidade da capacitação para as suas rotinas de trabalho em equipe.

Durante uma das atividades em grupo uma agente, aparentando desânimo com a condução da capacitação, comentou com as colegas que *“o aprendizado é adquirido no dia a dia do trabalho”*, argumentando que o mais difícil não era seguir o roteiro (referindo-se aos instrumentos de trabalho dos ACS, especificamente à visita domiciliar), mas sim resolver conjuntamente os casos mais complicados. Apoiando esse posicionamento outra agente de saúde enfatizou que *“o curso é muito legal, mas não adianta nada. A gente sabe o nosso papel, mas e as enfermeiras? Elas é que precisam saber e entender nosso trabalho”*.

Os estudos de caso utilizados ao longo do módulo que acompanhei provocaram inúmeros relatos sobre as relações com outros profissionais e os conflitos que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde, bem como no trabalho intersectorial com outros equipamentos situados no território onde atuam. Na maioria das vezes, as críticas mais elaboradas foram feitas nos grupos de trabalho e/ou durante os intervalos. Já no momento do debate geral, as ACS compartilhavam seus descontentamentos, mas “pisando em ovos” para evitar “maiores problemas” e conflitos com as facilitadoras. Mesmo assim, todo esse cuidado não evitou um desentendimento mais grave envolvendo uma das facilitadoras e duas agentes de saúde, quando estas se manifestaram para mostrar a inviabilidade de uma dinâmica de grupo que havia sido feita.

Numa tentativa de silenciar a agente de saúde que “insistia” em fazer-se ouvida – e que queria explicar sobre a assimetria existente na distribuição da palavra nas reuniões de sua equipe, argumentando que os exemplos utilizados no curso não

expressavam, de fato, a realidade do trabalho no cotidiano – uma das facilitadoras a interrompeu rudemente e disse ser necessário que “os ACS” desenvolvam *“traquejo para se colocarem diante dos outros profissionais”*, sendo imprescindível *“agir com nobreza, gentileza e delicadeza”*. Um silêncio pungente e inquietante tomou conta da sala, onde suspiros e feições de discordância foram expressos de forma velada e contida. Notavelmente, essa foi uma das respostas mais contundentes à pergunta de partida desta tese: *“pode o subalterno falar?”*. Eu senti meu corpo tremer e senti um vazio que me deixou sem ar... Fiquei atônita, olhando para os lados e olhando para o nada sem acreditar no que tinha acabado de ouvir. Na hora, este conflito não fora problematizado com a turma, tampouco houve um pedido de desculpas individual ou coletivo. Depois eu soube pelas meninas que no dia seguinte as facilitadoras conversaram diretamente com Gabriela, a ACS que foi silenciada.

Em outro momento, tendo como pano de fundo a questão da autonomia, as ações com as práticas corporais foram abordadas por duas ACS que me contaram duas experiências bem diferentes. Com um grupo de ginástica já consolidado, Marina começou a mesclar aulas de Movimento Vital Expressivo, esporadicamente. Diante da grande aceitação do grupo reorganizou sua agenda e passou a ofertar cada atividade uma vez por semana, atendendo aos pedidos dxs praticantes e sem esperar autorização da coordenação do serviço. Por outro lado, Celina falou sobre a dificuldade em trabalhar com grupos de práticas corporais já que não conseguira nem mesmo encontrar com a sua coordenadora para pedir que ela fizesse sua inscrição na capacitação do Lian Gong, que estava planejada para ser ofertada ainda em 2016. Por causa desse desencontro, ela temia perder a oportunidade e questionou: *“cadê a nossa autonomia que tanto falam aqui no curso?”*, referindo-se à alguma das dificuldades para poder fazer a capacitação na prática corporal.

Conversando mais sobre essa condição Celina me explicou sobre seu interesse em aprender o Lian Gong para retomar um grupo que tinha no seu serviço, argumentando que essa prática não era para ela (já que não se tratava de um interesse pessoal, para benefício próprio), mas sim para a população. Ainda argumentou que o Lian Gong não está fora das suas atribuições como ACS, *“pois ele é uma prática de educação em saúde e está lá no livrinho¹¹, o trabalho com educação em saúde”*. Entretanto, afirmou que não sentia que tinha apoio no serviço para ofertar

¹¹ Referindo-se à alguma publicação do Ministério da Saúde sobre o trabalho do agente comunitário de saúde.

atividades com essa abordagem, principalmente porque muitas vezes “o trabalho do ACS” fica limitado ao cadastramento de novos usuários, à atualização do cartão SUS e às ações regulares de combate à dengue.

Ao me contar sobre sua experiência como agente de saúde, Celina falou sobre a “*transformação do ACS*”, que acontece a partir da relação com a comunidade, tanto numa dimensão individual (nos encontros com cada usuário/a do serviço), quanto coletiva (nas atividades em grupo), enfatizando que “*quando se ensina, também se aprende*”¹². Para ela, “o ACS entra com seus próprios valores e no cotidiano vai aprendendo e mudando sua própria relação” com as pessoas, ressignificando suas abordagens e construindo suas próprias práticas de cuidado.

Ainda que tenhamos interagido por pouco tempo, Celina foi quem mais enfatizou a importância dos grupos de práticas corporais como uma atividade de educação em saúde. Igualmente, me abriu os olhos para compreender, efetivamente, os ACS como educadorxs em potencial. Sem dúvidas, essa questão foi fundamental para que eu começasse a observar com mais atenção as *pedagogias* e *didáticas* que estxs profissionais constroem para a condução de suas atividades. Além disso, sua ênfase na relação dialógica entre a/o ACS e a comunidade foi, na minha visão, um bom exemplo para pensar sobre a construção identitária dessxs profissionais (o “fazer-se” ACS).

É certo que o trabalho com educação em saúde e com grupos de práticas corporais não é de domínio exclusivo de ACS. Entretanto, no contexto desta pesquisa é importante não perder de vista a pergunta de partida: pode o subalterno falar? À primeira vista, sim. Mas quem vai escuta-lo?¹³ Assim, é necessário observar criticamente: há diferenças hierárquicas entre as diferentes categorias profissionais que ofertam grupos de práticas corporais? Há diferenças em relação ao grau de autonomia entre xs profissionais? Quais são as condições para a existência e manutenção desses grupos nos centros de saúde?

No mesmo ano das capacitações citadas anteriormente eu também iniciei a formação no Sistema Rio Aberto (sistema psicocorporal que engloba a prática do MVE) e transitei por outros espaços onde sempre encontrava com profissionais do

¹² Parafrazeando Paulo Freire, expoente da educação popular no Brasil. Celina disse-me que admirava o educador e por isso orientava seu trabalho com algumas de suas pedagogias.

¹³ Como destacado pela pesquisadora Linda Tuhiwai Smith, Spivak argumenta que agora a pergunta já não é tanto se o subalterno pode falar, mas quem vai escuta-lo. (6,71,72)

SUS Campinas, expressivamente da área da enfermagem e da psicologia. Algumas delas, inclusive, tinham participado do Curso de Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e lembravam do trabalho que eu havia apresentado na ocasião. Minimamente, eu já estava conhecida na rede, pelo menos no universo das práticas corporais. As profissionais com formação em ensino superior, com mais frequência, queriam saber sobre mim, sobre minha pesquisa, se eu conhecia tal ou tal pessoa que tinha estudado ou sido professor/a da “Preventiva” (atual Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas) ou então me contar sobre as especializações que fizeram na UNICAMP.

Fui percebendo a curiosidade delas sobre o meu ponto de vista, sobre a metodologia escolhida, sobre minha formação acadêmica e o porquê de fazer a pesquisa “só com as ACS”. Muitos foram os diálogos e reações diante da exposição do objetivo da pesquisa. Tinha que explicar que eu não fazia pesquisa clínica. Que investigava algo que já era muito observado por quem conduz grupos nos serviços de atenção básica, mas que ainda era (e ainda é) pouco valorizado como produção de cuidado e saúde. Talvez isso acontecesse por não ser muito comum a presença de uma cientista social no campo da saúde com um olhar não biomédico pesquisando grupos de práticas corporais. Então, a partir deste lugar, comecei a refletir mais sobre as implicações destes “estranhamentos”. Senti que eu também estava exposta e que essas interações eram, por excelência, parte dos “achados da pesquisa”.

Como “boa” antropóloga, que aprendeu lá na graduação que “uma não-resposta também é uma resposta” e que é sempre bom estar atenta para os “não ditos” e para os “ditos pela metade”, eu tentei partir do meu próprio desconforto e prestar atenção nas reações e contra-argumentos das minhas “interagentes” “curiosas”. Com isso em mente, mais do que tentar convencê-las de que estavam equivocadas em seus comentários, também era interessante conhecer outras narrativas e perspectivas. Ainda que “ouvir os dois lados” para encontrar uma “verdade” não fosse, nem de longe, o objetivo da minha pesquisa, eu precisava compreender como xs ACS eram representadxs por outrxs profissionais.

– *“Ah que legal que você está estudando o Lian Gong!! É importante mesmo”. “Qual o nome da sua pesquisa?” “É sobre o que???”* Quase sempre eu era interrompida já no título (*Pode o subalterno falar?*) ou quando começava a explicar meu recorte (numa tentativa quase desesperada de me justificar):

“Ah, mas isso é uma coisa que as agentes mesmo se colocam, nessa posição”. (**Mariana**, psicóloga);

“Ah, olha, não acho que seja assim não, elas mesmas se colocam nessa condição. Eu sou coordenadora e lá no meu serviço eu sempre estimo, no começo da reunião eu dou 10 minutos para elas falarem, mas elas não querem.” (**Liliane**, enfermeira, coordenadora de serviço);

“Ah, não sei se é isso não, isso é uma coisa que é delas.” (**Isadora**, aux. de enfermagem).

“Aqui a gente estimula, você vê, os grupos são bem-vindos, eu apoio essas iniciativas (...) mas o agente tem uma atitude autodepreciativa, essa postura de se auto... De se autocolocar pra baixo, sabe, essa coisa [faz postura de ombros recolhidos, retraídos, expressão desanimada, de fracasso].” (**Cecília**, médica, coordenadora de serviço).

Pode ser que tais reações “espontâneas” fossem diferentes se eu tivesse convidado essas profissionais para participarem da pesquisa, quem sabe entrevistando-as seguindo um roteiro de perguntas mais elaborado ou abordado o assunto de outra maneira. Entretanto, a univocidade nas respostas não pode ser ignorada. Em parte, responde à pergunta “pode o subalterno falar?”, reforçando e cristalizando a imagem das ACS como subalternas, e, o que é ainda mais crítico, responsabilizando e culpabilizando-as por essa condição. A representação associada ao poder e ao pensamento hegemônico é construída com base no distanciamento e na marginalização, impondo ao “outro” (às outras) uma visão etnocêntrica e estigmatizante. Nessa condição, não só “o subalterno” não consegue falar, como também é representado como alguém que se comporta intencional e conscientemente de maneira inferior.

Contrastando com essas respostas, Catarina, uma agente de saúde que estava junto de Helena no momento em que conservámos sobre meu projeto de pesquisa, refletiu sobre a problemática em torno da condição subalterna:

mas isso é só lá [indicando o CS], porque aqui [no CECO] com os usuários a relação é diferente, a Helena, o pessoal participa, gosta, sabe o valor do trabalho, reconhece, vem. [Aí eu reforcei que eu estava me referindo justamente ao apoio do serviço e da coordenação] (...) É, pra eles [no CS] a nossa função é caça-mosquito, é pra isso que a gente é chamada, só pra ir caçar mosquito. Quando é pra fazer isso lá vai chamar o agente, o trabalho pesado, de peão. Isso lá ninguém quer fazer. Sobra pra gente.

Além dessas experiências outros acontecimentos deram suporte para refletir sobre essas questões, pois também me proporcionaram encontros, diálogos e insights. Por causa do meu envolvimento com a “rede do SUS Campinas” comecei a ter mais acesso às informações sobre outras capacitações e até mesmo sobre

eventos, como o 31º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do estado de São Paulo (COSEMS) e o 1º Prêmio Práticas Exitosas do SUS Campinas: cuidado na atenção primária em saúde, ambos realizados em 2017. Nesses eventos participei, respectivamente, apresentando trabalho em coautoria com o grupo condutor do curso de formação em PIC e como ouvinte.

Quando da participação no COSEMS-SP fui junto com pelo menos 10 profissionais da rede pública de saúde do município, que também tiveram seus trabalhos aprovados no congresso. Viajamos até Santos em um veículo disponibilizado pela Prefeitura de Campinas para participar do segundo dia do evento. Chegando ao local, sem nem saber ao certo a programação e o que eu faria lá, fui designada para representar o município em uma roda de conversa sobre “gestão de pessoas, do trabalho e educação em saúde”. Entre as pessoas presentes, lembro-me de gestoras/es, trabalhadorxs do NASF e um auxiliar administrativo, o único profissional “*não médico*” (como ele mesmo se apresentou) naquele espaço.

Com o foco na educação permanente, defendida naquele debate como uma ferramenta para “*empoderar o trabalhador e contribuir para a defesa e valorização do SUS*”, foi a fala do auxiliar administrativo que me despertou mais atenção. Citando um trabalho¹⁴ que estava exposto na Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios (realizada durante o mesmo congresso) sua ênfase foi na importância de valorizar o conhecimento não acadêmico e reconhecer outros saberes, como o de motoristas de ambulância. Para ele, “*o reconhecimento dos saberes não-médicos ainda é muito tímido, há dificuldade de reconhecer que as práticas dos ACS também gera conhecimento. É rico, mas tem pouca visibilidade. Reconhecer o que cada um sabe é motivador.*”.

Em contrapartida um gestor de uma cidade do interior de São Paulo argumentou que “*os ACS não querem mais trabalhar como tal, pois veem a função como transitória*”. Como sugestão defendeu que seria importante ter formação acadêmica como requisito para trabalhar nesse cargo, evitando assim o esvaziamento de profissionais, já que acredita que “*o ACS*” é “*um sujeito transformador*” e que “*seu papel faz sentido*”. Com esses posicionamentos tão expressivos e distintos a

¹⁴ Relato de experiência na Prefeitura de Taboão da Serra intitulado “A importância do trabalho não acadêmico”, de coautoria de Raquel Zaicaner; Andreia Franco Moraes Yago; Cristiane Aparecida Gressier; Juliana Cristina Oliveira; Itamar Ferreira dos Santos; Thomas Santini.

mediação da roda de conversa seguiu problematizando sobre os espaços de produção de saúde dentro do serviço, questionando: “*quem produz saúde?*”.

Já na volta para Campinas comecei a conversar com uma senhora que estava sentada ao meu lado. Descobri que ela é agente de saúde e trabalha com grupos de práticas corporais. Tinha participado do congresso justamente para apresentar um relato de experiência sobre seu grupo de meditação¹⁵. Perguntei-lhe então sobre isso e ela me contou sua trajetória com as práticas integrativas e o acidente de trabalho que sofreu durante uma visita domiciliar, que a afastou das atividades por um longo período e fez com que interrompesse também o grupo de Lian Gong. Fiquei envolvida com sua narrativa e pela primeira vez tive uma noção “real” de quão arriscado é o trabalho dxs ACS, já que é uma profissão cuja rotina não se restringe ao espaço físico do centro de saúde.

Longe de romantizar essa realidade como “um trabalho bonito”, “uma dedicação intensa” ou como “vocação”, comecei a recordar os artigos e livros que eu tinha lido sobre o trabalho de agentes de saúde e pensar no distanciamento entre o que está *escrito sobre* e as *experiências reais e cotidianas* dessa categoria profissional. Além disso, ao relembrar os congressos que eu já tinha participado me dei conta de que é incomum ver ACS participando e/ou apresentando seus trabalhos. Sem dúvidas, seria completamente equivocado e superficial acreditar que esses profissionais simplesmente não se interessam ou não têm relatos de experiência para compartilhar. Nesse sentido faz-se necessário problematizar sobre as condições existentes para que agentes de saúde possam difundir seus conhecimentos. Qual o grau de visibilidade e de valorização do conhecimento produzido por esses profissionais, tanto acadêmica quanto institucionalmente?

Meses depois desse evento recebi um convite feito por Teresa, ACS que é minha interlocutora desde a pesquisa de mestrado. Tendo em vista a Mostra do Distrito de Saúde Leste, que aconteceria no segundo semestre de 2017, Teresa me pediu ajuda para escrevermos um trabalho sobre seu grupo de Lian Gong. Atender a esta solicitação era o mínimo que eu poderia fazer para retribuir toda sua dedicação durante (e até depois) da realização do meu trabalho de campo. Disse-me que como não estava acostumada a escrever no formato de banner, esperava que alguém do

¹⁵ Relato de experiência intitulado “Os benefícios da meditação para saúde – mente quieta, corpo saudável”. Autoria de Aparecida de Lourdes Gazzí.

serviço a orientasse, já que seria uma forma de dar visibilidade não só ao seu grupo de Lian Gong, mas também ao próprio centro de saúde. Por não ter encontrado esse apoio, resolveu falar comigo.

Tão logo recebi esse chamado fui me encontrar com ela no centro de saúde para que pudéssemos trabalhar nessa empreitada. Passamos o dia juntas, confinadas em um consultório que não estava sendo utilizado. Conforme ela me explicava o que gostaria de apresentar, também me pedia sugestões do que eu achava que deveria escrever. Juntando suas narrativas sobre os mais de dez anos de grupo (e de trabalho como ACS) com partes da minha pesquisa (“*coloca aí pra mostrar que a Unicamp veio pesquisar meu grupo*”), escrevemos o trabalho “Saúde e Convivência no grupo de Lian Gong de [nome do CS]”.

Foi uma experiência muito agradável para mim. Enquanto Teresa mexia na sua caixa de fotos, rememorava as confraternizações e viagens que organizou para comemorar o dia das mães e os aniversários do grupo, me contando com carinho sobre como esse trabalho faz parte de sua vida. Falou também sobre algumas das histórias mais marcantes de praticantes que encontraram no grupo o acolhimento necessário para passarem por períodos de luto e de doença, enfatizando a importância do Lian Gong para além da melhora da postura ou da diminuição de dores no corpo. Tudo o que ela me falou me parecia “a mais pura” produção de conhecimento. Entretanto, não estava “registrado” na linguagem escrita. Reconhecendo toda a potencialidade de seu trabalho Teresa fez críticas à falta de apoio da coordenação e dxs colegas de trabalho que já tinham conseguido escrever seus relatos.

Sua principal queixa foi em relação ao acesso à informação, já que, como havia me contado, a divulgação para xs trabalhadorxs não fora feita amplamente. Disse que a comunicação geralmente era feita entre “*os mais próximos da coordenadora*” e que só ficou sabendo por que ouviu no corredor e quis saber mais sobre o evento. Ao procurar a enfermeira responsável pela sua equipe foi encorajada a se inscrever, porém sem muito suporte para que pudesse participar. No mesmo dia em que eu estava no CS para ajudar-lhe, nós ficamos sabendo de outro evento promovido no contexto do SUS Campinas, dessa vez uma premiação de práticas exitosas na Atenção Primária em Saúde realizada pela SMS de Campinas e pelo Departamento de Gestão do Trabalho e Educação Saúde. Como o prazo estava no

limite e o edital exigia maior elaboração dos trabalhos enviados não conseguimos participar, sobretudo porque eu não teria tempo para me dedicar a esta tarefa.

Passadas algumas semanas Teresa me enviou uma mensagem falando sobre o cancelamento da Mostra do Distrito de Saúde Leste, mas que o banner ficaria exposto na sala de espera do Centro de Saúde. Ao ler a notícia fiquei tomada de desânimo, pois sabia da importância do trabalho para a Teresa. Fiquei pensando que deveria ter dado um jeito de enviar um relato de experiência para o 1º Prêmio Práticas Exitosas do SUS Campinas. Se, para mim, participar de congressos acadêmicos era algo corriqueiro, para minha interlocutora a exposição de seu trabalho nesses dois eventos teria um significado especial.

Logo em seguida uma descoberta nos animou: ficamos sabendo que um vídeo gravado em 2015 por uma equipe do Ministério da Saúde com Teresa e seu grupo de Lian Gong fora colocado no Youtube, no canal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde¹⁶. Esse material também compõe o módulo de extensão “Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional” do AVASUS¹⁷. Como dito por Teresa, esse material ajuda não somente na divulgação do Lian Gong, mas contribui para valorizar seu trabalho com essa prática e a dedicação de seu grupo com os cuidados em saúde.

Voltando à Spivak e sua pergunta sobre a fala do “sujeito subalterno”, a não participação de Teresa no evento me colocou diante de uma das minhas limitações enquanto pesquisadora. Por mais que eu já tivesse apresentado resultados da minha pesquisa de mestrado em congressos e falado sobre o trabalho desenvolvido por Teresa ou por Helena, elas ainda continuavam sem participar desses espaços e, no limite, eu continuava falando *em nome delas*. De acordo com a teórica indiana: “Visto que a ‘pessoa que fala e age (...) é sempre uma multiplicidade’, nenhum ‘intelectual e teórico (...) [ou] partido ou (...) sindicato’ pode representar ‘aqueles que agem e lutam’ (FD, p. 206).” (2) (p.32).

Diante das mais variadas formas de silenciamento epistêmico, impostas por práticas técnico-científicas hegemônicas e colonizadoras, xs ACS encontram dificuldades não só em relação ao atendimento de suas reivindicações por mais apoio

¹⁶ Lian Gong: história, indicações e benefícios. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ngskqTWqDXA>.

¹⁷ Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=79> – Unidade 4 > Recursos Terapêuticos > Efeitos sobre o sistema osteoarticular.

aos seus grupos de práticas corporais e melhores condições de trabalho, mas também em relação à participação efetiva em espaços formais de produção de conhecimento. Contudo, antes de aprofundar a análise nesta e em outras questões há que dar continuidade à apresentação dos contextos e reflexões que integraram a experiência com a metodologia-pedagogia de co-labor.

Capacitações, supervisões de Lian Gong e conversações

Com a devida autorização do CEP e do CETS participei como ouvinte das capacitações e supervisões de Lian Gong que aconteceram entre os anos de 2017 e 2018. Inicialmente, a capacitação estava prevista para começar em outubro de 2016 e seria ofertada para duas turmas, em dois períodos (manhã e tarde). Contudo, na mesma semana a Prefeitura anunciou uma crise financeira e, dentre outras medidas, suspendeu quaisquer atividades que se configurassem como hora-extra, incluindo cursos e capacitações¹⁸.

Para formalizar minha participação, também pedi consentimento diretamente para o profissional e para a profissional que eram responsáveis pelo curso. Além de estar com o “passaporte em dia” dessa vez, nós já nos conhecíamos de outros encontros/momentos e essa proximidade, com certeza, também facilitou a minha “entrada em campo” e não senti restrições quanto à minha presença e acesso à informação ao longo do processo formativo. Dessa forma, pude frequentar as quatro etapas da formação e iniciar, de maneira mais atenta e direcionada, a interlocução com as agentes comunitárias de saúde, investindo na pesquisa de co-labor.

De acordo com o cartaz de divulgação elaborado pelo CETS a formação estava voltada para: a) profissionais que participaram do Curso de Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e que ainda não tinham formação na prática corporal; b) profissionais que participaram do Curso de Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e já desenvolviam alguma atividade em grupo na Unidade; c) profissionais com interesse e perfil para o trabalho em grupos em prática integrativa.

Todos os módulos foram conduzidos por Paulo e Alice, profissionais da SMS de Campinas que possuem formação em Medicina Tradicional Chinesa e certificação em Lian Gong e outros tipos de Qi Gong. O curso foi realizado em turma

¹⁸ Nota oficial disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/noticias-integra.php?id=30619>.

única, no período da manhã (das 8h às 12h) e ofereceu sessenta vagas. Totalizando dezessete encontros as aulas foram organizadas conforme a tabela a seguir:

CONTEÚDO	FREQUÊNCIA
1º e 2º parte do Lian Gong + Treinamento Perfumado	Aulas semanais entre os meses de maio e junho de 2017
Supervisão da 1ª e 2ª parte do Lian Gong	Um encontro em agosto de 2017
3º parte do Lian Gong	Aulas mensais entre agosto e novembro de 2017
Supervisão da 1ª, 2ª e 3ª parte do Lian Gong	Encontros mensais entre abril e dezembro de 2018 (exceto julho e novembro)

Oficialmente a divulgação das capacitações nos serviços de saúde e a inscrição de trabalhadoras e trabalhadores da rede foram intermediadas pelos coordenadores, que se comunicavam diretamente com os Distritos de Saúde de referência (e que, por sua vez, tratavam diretamente com o CETS). Entretanto, de acordo com minhas observações durante as aulas e interlocuções com ACS de “dentro” e de “fora” da capacitação, a divulgação institucional apresentou algumas falhas no acesso à informação. A queixa mais recorrente fora em relação à circulação dos comunicados dentro das unidades de saúde, que não acontecera de forma horizontal para todos os profissionais. Por causa desta situação, uma lista de e-mails foi criada por Alice para permitir a comunicação direta com as pessoas que estavam inscritas – me incluindo também – enviando-nos materiais complementares relativos à capacitação¹⁹ e também avisos sobre eventuais alterações no cronograma.

Além disso, percebi que em alguns momentos o compartilhamento “boca a boca” sobre as capacitações e supervisões se mostrou uma alternativa à divulgação institucional, mesmo que a inscrição ainda dependesse do consentimento da coordenação do serviço de saúde. Um exemplo foi o caso de Helena, que ficou sabendo por mim que teria supervisão novamente, durante uma visita que fiz ao seu

¹⁹ Além disso, nas capacitações foram entregues para todos os inscritos um kit de materiais didáticos, contendo um CD-rom e um DVD com apostilas, músicas e vídeos do Lian Gong e do Treinamento Perfumado. Eu também recebi esse material, mas fiquei atenta para ver se alguém ficaria sem receber para poder compartilhar, caso fosse necessário.

grupo de MVE. Conversando sobre minha pesquisa contei-lhe sobre a capacitação sem saber que ela desconhecia essa informação. Desde então passei a ser informante dela e de outras ACS, principalmente por whatsapp, receosa de que as notícias e/ou os materiais compartilhados não chegassem até elas.

O curso foi realizado em um auditório localizado na Estação Cultura "Antonio da Costa Santos", uma antiga estação ferroviária transformada em um espaço público multiuso que atualmente é administrado pela Secretaria de Cultura de Campinas e ocupado também por outros departamentos da prefeitura, como a Junta de Serviço Militar e o Fundo Municipal de Educação Continuada. Situada na região central da cidade, a escolha por esse local considerou dois aspectos: fácil acesso para todas as regiões de Campinas (sobretudo para quem usa o transporte coletivo) e tamanho do espaço adequado tanto para a prática do Lian Gong, como para as aulas teóricas. Embora o auditório não oferecesse equipamentos audiovisuais, Paulo e Alice conseguiam pegar notebook e projetor emprestados de um distrito de saúde.

A infraestrutura (janelas, ventilação, iluminação e banheiros, por exemplo) não era muito adequada: às vezes, apresentava problemas como falta de água (nos banheiros e também para o consumo) ou sol forte, mas mesmo com esses problemas nunca foi preciso interromper a aula ou dispensar a turma. Apesar de alguns improvisos e adaptações, o tamanho do espaço acolhia bem o número de participantes. Inicialmente os encontros aconteceram em um salão amplo, com cadeiras enfileiradas e um tablado de madeira à frente, o que facilitava a visualização dos exercícios, quando estes eram passados pela primeira vez ou para tirar dúvidas quanto à postura correta. Entretanto, um problema com a reserva do auditório nos obrigou a fazer duas mudanças, uma permanente e a outra, temporária: um "belo" dia, fomos surpreendidos por um militar do exército reivindicando o uso do espaço para as atividades de alistamento, alegando que havia reservado antecipadamente para este fim. Após uma discussão entre o facilitador e o militar pela permissão de ocupação do auditório – que também estava reservado para a capacitação – tivemos que nos acomodar na sala ao lado, bem menor e com outra configuração espacial.

Tal mudança gerou reclamações entre a turma, já que, além de apertado, a ausência do tablado de madeira dificultava a visualização dos exercícios feitos por Alice e Paulo. Por mais que as pessoas tentassem se reposicionar para enxergar não era muito confortável. Isso também acontecia quando havia apresentação de slides.

Embora houvesse espaço livre para reorganizar a disposição das cadeiras a parede usada para a projeção não era centralizada e a luminosidade não era muito boa por causa da claridade intensa. Em outro momento a aula fora transferida para uma sala ainda menor e próxima ao pátio da estação, lugar de grande circulação de pessoas e de muito barulho. Apesar desta mudança ter sido provisória e do novo espaço integrar o mesmo prédio que era utilizado habitualmente, aconteceu de última hora e exigiu uma verdadeira mobilização (e improvisação) para fazer as adaptações necessárias, sobretudo pela sala não ter uma estrutura adequada e por não ter tido tempo de comunicar o grupo antecipadamente.

Basicamente as capacitações e supervisões seguiram o mesmo formato: uma combinação de conceitos da MTC com repetições “infinitas” (e quase sempre sem a música para guiar) dos exercícios do Lian Gong. Para Paulo era preciso “*aprender com o próprio corpo*”. Para tanto, ele e Alice organizavam a turma em dois ou em até quatro grupos para que fossem treinando alternadamente: enquanto um grupo fazia o outro observava. O objetivo era que isso ajudasse a assimilar as posturas, percebendo possíveis erros nas outras pessoas e corrigindo a si mesmo/a. Na maioria das vezes a facilitadora ficava à frente conduzindo o LG e o facilitador ia passando pelo grupo como um inspetor, atento às execuções de cada movimento, minuciosamente (ritmo, envergadura dos braços, alinhamento do corpo, direção do olhar, posição dos pés).

Dessa forma, entre uma série e outra de repetições, ele pontuava os erros mais comuns e ia demonstrando a forma correta de fazer, explicando quais meridianos estavam sendo estimulados em cada exercício e respondendo perguntas feitas pela turma. A preocupação maior quase sempre era em relação à postura de base, sobretudo com a abertura das pernas (“na largura dos ombros” ou “dois ombros”) e a “flexão leve dos joelhos” (para não provocar lesões). Além disso, Alice e Paulo sempre reforçavam a importância de cada um/a fazer a prática no seu limite: “*não é para machucar; é no seu limite. Sentiu puxar, volta. Mas é para fazer com intenção e ritmado*”. Complementando essa questão a facilitadora falou também sobre algumas adaptações feitas por Maria Lucia Lee nas versões originais das músicas do LG e do

Treinamento Perfumado para a cultura brasileira, pois, segundo Lee, era necessário dar mais “*movimento*” aos exercícios²⁰.

No primeiro dia da capacitação da 1ª e 2ª parte do LG, em maio de 2017, foi feita uma roda de apresentação em que onde cada participante falou sobre suas motivações e intenções em relação ao trabalho com o Lian Gong. Boa parte dxs inscrites já havia participado do curso de formação em PIC e estava ali justamente por causa disso, já que o curso foi um marco significativo para estimular a oferta de grupos de práticas corporais nos serviços de saúde. Achei interessante ver o quanto este curso, mesmo passado quase um ano de sua realização, ainda reverberava nos relatos compartilhados pelxs participantes. A grande maioria do público era constituído por ACS do sexo feminino que estava se capacitando pela primeira vez na prática. Também tinha profissionais da enfermagem, que expressaram o contentamento por estarem na capacitação: “pro enfermeiro sair do acolhimento foi uma batalha grande!”.

Com meu projeto e os documentos do CEP e do CETS em mãos, me apresentei e expliquei o motivo da minha participação, perguntando à turma se havia alguma objeção quanto à minha presença, pois, apesar das devidas autorizações, isso não era suficiente para garantir minha permanência em campo. Assim, compartilhei o “kit pesquisa” e, como não houve nenhuma manifestação contrária, aproveitei para deixar aberto o convite para quem tivesse interesse em conversar comigo para saber mais sobre meu trabalho.

Por ter sido uma capacitação muito aguardada pelxs participantes, algumas pessoas se manifestaram sobre a importância desse momento, ressaltando que a irregularidade nas ações de educação permanente em saúde dificultam não só a qualificação e aperfeiçoamento profissional, como também o acesso da população às práticas integrativas e complementares. Igualmente, o número cada vez mais reduzido de recursos humanos²¹ também foi apontado como um fator que inviabilizava a ampliação (e a garantia) da oferta de LG na rede. Na ausência de capacitações para formação de novxs instrutorxs, a solução era “*aprender do aprendido*” para que os

²⁰ Para citar um exemplo, Alice explicou que em alguns exercícios há uma “*tendência de fazer floreado [com movimentos mais arredondados] porque somos ocidentais*”, enquanto que os chineses fazem mais “*quadrado*”.

²¹ Em referência a ausência de novos concursos públicos para a reposição de profissionais que ou se aposentaram, pediram exoneração da função ou foram realocados para outros serviços de saúde. Na ocasião, algumas pessoas denunciaram que muitas equipes multiprofissionais estão sofrendo com a falta de trabalhadorxs e que há muito tempo não estão com a composição recomendada pelo Ministério da Saúde para a Estratégia Saúde da Família.

grupos de Lian Gong tivessem continuidade – atendendo aos pedidos da própria população – e não precisassem ser encerrados por falta de profissionais capacitados. Contudo, uma ACS afirmou que essa situação não deveria acontecer, pois faz com que se “*invente um Lian Gong que não existe*”.

A partir dessas colocações, Alice problematizou as questões e afirmou que além dessa realidade precária na atenção básica em Campinas havia outro complicador para o trabalho com as práticas corporais associado, principalmente, à cultura de cuidado biomédica. Para ela: “*trabalhar em grupo não é fácil, até porque as unidades [referindo-se aos centros de saúde] não têm a compreensão sobre a importância desse tipo de trabalho. O grupo é sempre passado pra trás. Tem que comprar a briga*”. Endossando a fala da facilitadora, Nelson Iba, responsável por uma das primeiras capacitações de LG no começo dos anos 2000 (e que estava presente como convidado especial no momento citado), reforçou que o trabalho com esta prática é uma forma de “*unir o útil com o agradável*” no Centro de Saúde, pois proporciona o “*cuidado de si e do outro*”. Para ele, o Lian Gong é uma prática fundamental “*para se preservar, para [manter] a própria saúde e [continuar] a trabalhar com saúde*”.

Ao final dos últimos módulos de 2017 e de 2018 esse assunto voltou à pauta. Nas duas ocasiões, Tatiana falou sobre seus enfrentamentos, compartilhando o que faz sempre que há troca de coordenação no centro de saúde onde trabalha como ACS, argumentando que vale a pena “comprar a briga” (mesmo com tantas dificuldades para legitimar seu trabalho). Apesar de seu grupo existir desde o começo dos anos 2000, Tatiana disse que é um espaço a ser conquistado continuamente dentro do serviço e que xs praticantes eram seus/suas maiores parceirxs nesta empreitada, já que uma vez se mobilizaram para reivindicar que o horário do LG fosse mantido quando um coordenador quis alterar seu cronograma de atividades.

Ainda no primeiro dia, ao apresentar uma introdução teórica sobre as bases da MTC que fundamentam o Lian Gong e pontuar a importância de compreender “*o que está por trás da prática*”, Paulo fez algumas considerações em relação ao trabalho com os grupos. Uma delas foi sobre a forma de apresentar o LG para as pessoas. Para ele, como é uma ginástica que trabalha os meridianos e o equilíbrio energético do corpo é preciso ter cuidado para falar sobre isso, evitando, assim, “*situações de preconceito com a prática, sobretudo com pessoas evangélicas*”. Baseado em fatos

reais, orientou que xs profissionais de saúde enfatizassem que o LG consiste em “*exercícios terapêuticos*” voltados para a “*manutenção da saúde e tratamento de dores*”, sem dar abertura para possíveis confundimentos com aspectos religiosos.

Um dos exemplos dados foi quando precisou ajudar uma ACS na negociação pelo uso do salão social de uma igreja evangélica. Como não havia equipamentos públicos disponíveis para reunir o grupo de Lian Gong no território do CS, a solução foi propor uma parceria com o pastor. Entretanto, ao falar sobre a atividade e convidá-lo para uma demonstração, o pastor se recusou a liberar o espaço, alegando que não era uma “prática de Deus”. O coordenador da área de Saúde Integrativa então foi procurado pela profissional, que lhe pediu ajuda para intervir na situação. Outros casos também foram compartilhados, sendo comum pacientes que se negam a fazer a prática sem antes pedir autorização para o líder religioso. Não só a questão energética se mostra como problemática em algumas situações, mas também a roupa: eu mesma presenciei uma conversa onde uma paciente que havia sido encaminhada pelo médico falou para Helena que só poderia fazer a ginástica se pudesse usar saia.

Igualmente, o facilitador também recomendou que o ideal fosse que xs instrutorxs montassem duas modalidades de grupo: “*terapêutico*” e de “*vivência*”. O primeiro deveria ser priorizado, principalmente porque tem como objetivo o atendimento de pacientes encaminhadxs por profissionais de saúde, de acordo com o protocolo da Saúde Integrativa. Segundo Paulo, este tipo de grupo deve ter um número limitado de praticantes (até 12 pessoas) para que xs instrutorxs possam dar mais atenção à correção da postura em cada um dos exercícios. Além de evitar possíveis lesões, esse formato contribuiria para que os benefícios do Lian Gong fossem atingidos integralmente, “*trabalhando corretamente a musculatura, os meridianos e, conseqüentemente, cada órgão*” que é estimulado. Entretanto, tal recomendação não corresponde à realidade que encontrei na minha pesquisa de mestrado (12) – e tampouco com a realidade de trabalho dxs próprixs ACS.

Era curioso que ao mesmo tempo em que Paulo reforçava e defendia a importância dos grupos terapêuticos (distinguindo-os dos grupos de vivência, sobretudo em relação ao alcance dos resultados da prática), Alice também ressaltava a importância “*do grupo, do coletivo, de como é potente sentir-se bem*”, afirmando que quando as pessoas começam a “*sentir mudanças no [próprio] corpo*” passam a

“convidar outras pessoas” e é assim “que o Lian Gong se dissemina”. Com essa ênfase, não quero reforçar oposições binárias para legitimar um tipo de grupo em detrimento do outro²², mas colocar em perspectiva o desafio em trabalhar com as práticas corporais compreendendo a *convivialidade* (14) como uma potente ferramenta de produção de saúde, sem limitar o cuidado à uma lógica prescritiva (12).

Apesar de várias vezes eu ter pensado em perguntar para Paulo sobre as limitações e potencialidades de cada um desses tipos de grupos, não me senti à vontade para isso. Não que eu não tivesse permissão para participar, mas achava que não seria adequado eu interferir dessa forma, sobretudo porque tinha receio que minhas colocações atrapalhassem a condução das aulas. Entretanto, ao longo dos encontros de capacitação e de supervisão fui me dando conta que faltava um espaço para discutir essa e outras questões com xs participantes, de modo que pudessem compartilhar suas experiências tanto com o processo formativo, quanto com a condução de seus grupos. Para mim, isso ficou ainda mais evidente quando ouvi uma ACS comentar, em uma pequena roda de conversa: “*nosso trabalho não é clínico; é social*”, afirmando que não poderia priorizar um grupo estritamente terapêutico.

A minha inquietação com alguns aspectos do formato da capacitação ganhou ainda mais volume quando, em outro momento conversei com Sandra, ACS que estava ali incentivada por um médico cubano com o qual havia trabalhado em 2017. Ela se aproximou de mim me perguntando se eu era “a pesquisadora da UNICAMP” e sobre o que era a minha pesquisa. Quando falei sobre os objetivos do meu trabalho atual e sobre a pesquisa de mestrado, ela expressou um sorriso e disse que percebe o efeito terapêutico da prática corporal “*só de dar um abraço. Às vezes nem é o exercício, mas é uma conversa, um abraço*”, enfatizando a importância da

²² Inclusive porque o próprio LG é uma ginástica terapêutica que associa conceitos da Medicina Tradicional Chinesa, antigos exercícios terapêuticos e artes guerreiras tradicionais aos conhecimentos da moderna medicina ocidental (como já dito na Introdução desta tese). Quando da conversa com Helena, ela fez uma análise a partir de sua própria experiência com seu grupo de lian gong: “[...] *Pra mim engloba tudo. É tanto de vivência, é de vivência sim, um grupo de vivência sim porque não se limita àquelas duas horas, aquela horinha ali, entendeu? Esse grupo ele se expande fora dali também. Como eu disse pra você que é feito, pessoa que não saia de casa agora vai passear, marca pra tomar um, tomar um lanchinho na cidade, marca pra ir no bosque, marca pra ir no bailinho que vai acontecer lá não sei onde. Então saiu desse padrão de ser só naquelas duas horas ali. Exercício físico ali, sarei. Não, não é só isso. Melhora físico, é lógico, que você tá fazendo uma atividade, um alongamento, você vai melhorar, né? Mas melhora em outros aspectos, não para, não, eu pelo menos não consigo, eu não consigo focar em uma pessoa só, fazer. Eu poderia fazer isso também, mas não tenho tempo. Poderia, gostaria de chegar, ai fulano de tal tá com dificuldade disso, tá com muita dor aqui, ali, vamo pegar essa pessoa, trazer e focar só nessa pessoa. Não tenho esse tempo. Então é um grupo terapêutico e é um grupo de vivência sim. Não separa, não faço questão de separar, porque é isso que eu quero. Eu quero que a pessoa saia daquele ostracismo de ficar ali, fechada, naquele mundinho e expandir mesmo o horizonte. Sair daquilo lá e viver.*”.

sua relação e também do outro profissional que conduz o grupo com xs praticantes. Sandra, então, me contou sobre seu trabalho como ACS e instrutora de Lian Gong em um bairro em que a “*pobreza e outras questões*” deixam a “*saúde mental bem prejudicada*”, explicando-me sobre como a precariedade de serviços essenciais como saneamento, transporte público e falta de áreas de lazer afetam as pessoas. Por causa dessa realidade, Sandra compreendia que os encontros proporcionados pela prática LG também poderiam produzir cuidado:

Muitas pessoas falam: ‘só de conversar parece que tira um peso’ [passando as mãos pelos ombros e pescoço]. Tem muitas ali que foram encaminhadas, gostaram e não saem mais. Nem no frio. Tem umas que fazem [a prática] até melhor que a gente que não estica até o fim [referindo-se a ela mesma e à sua colega, que também estava se capacitando para trabalhar com grupo de LG], como algumas que tem lá, mais de 70 anos.

Diferentemente da diversidade de experiências trazidas pelas ACS, as aulas do processo formativo seguiam a mesma sequência: aquecimento, treino e mais treino do Lian Gong (quando algumas pessoas tinham mais chance de tirar dúvidas sobre a técnica), dois intervalos (quando muitas conversas paralelas aconteciam) e os últimos trinta minutos divididos entre parte conceitual (cujo conteúdo abrangia fundamentos da MTC) e encerramento com meditação guiada (“*para equilibrar as energias e ir embora com a energia renovada*”). Não sobrava tempo para uma conversa coletiva a partir dos saberes dxs instrutorxs “principiantes”. Apesar de compreender a necessidade de treinar o LG intensamente – e, assim, “*estimular a memória corporal*” para que a prática fosse feita com “*intenção e com consciência para não fazer mecânico ou no automático*” – eu senti falta de uma oportunidade na qual xs participantes pudessem se envolver de maneira mais efetiva. Será que a incorporação desta ginástica chinesa passa apenas pelo corpo físico? Qual o lugar das vivências (tão múltiplas) destes corpos nesse processo?

Além disso, eu achava que às vezes Paulo falava muito rápido e com uma linguagem voltada para “iniciadx”. Observei que algumas pessoas tentavam anotar o que ele falava e acompanhar seu raciocínio, mas nem sempre isso era possível. Então, me questionava sobre o alcance dessas explicações, principalmente para quem não conhecia os fundamentos da MTC (assim como eu). Ainda que os materiais compartilhados com a turma apresentassem um conteúdo básico sobre os pontos de acupuntura, não garantia, de fato, o pleno entendimento. Às vezes, nem mesmo havia tempo hábil para que as pessoas – sobretudo para as mulheres – pudessem estudar

em casa²³. Quando as dúvidas sobre a relação entre os órgãos (fígados, coração, baço, pulmão e rim) com as emoções e os meridianos trabalhados em cada exercício do LG ficavam mais intensas, era comum o facilitador afirmar: “*vocês não precisam saber para fazer, só precisam lembrar quais pontos são importantes massagear*”, referindo-se aos pontos estimulados na massagem facial.

Por considerar um processo de aprendizado muito difícil e complexo, resolvi “apenas observar” as repetições “infinitas” (até exaustivas), prestando atenção em tudo o que era ensinado e no que era incorporado pela turma. Inúmeras vezes fui convidada e incentivada por Alice e Paulo a aprender o LG. Inclusive, a facilitadora estava empenhada em providenciar junto ao CETS um certificado para mim, já que meu nome estava na lista de presença. No começo eu até me arrisquei, vez ou outra, a acompanhar a turma, mas logo desisti. Sempre achei essa prática complicada, mesmo quando eu fazia como praticante. Então pensava: “nossa, se já tenho dificuldade em aprender para fazer, imagina aprender para ensinar?! Faz uma parte. Repete várias vezes. Corrige a posição da mão, arruma o quadril. Atenção para o ângulo dos pés (45°, 180°, e eu achei que nunca mais precisaria de geometria na vida). Repete de novo, faz toda a série na sequência. Agora com música. Ufa! Nossa, que bonito ver a turma fazendo, parece um balé!”.

A observação do processo de incorporação da técnica do Lian Gong foi um grande aprendizado para mim. Percebi que aprender esta técnica exige atenção aos movimentos, consciência corporal e sincronia entre a manutenção da postura (“*pés paralelos*”, “*flexão dos joelhos*”, “*olhar amplo e reto*”, “*pescoço alinhado*”, “*coluna reta sem jogar pra trás*”, “*tônus alto*”, “*mãos arqueadas*”, “*braços paralelos*”, “*ombros encaixados*”), a respiração e o ritmo da música que guia o LG. Além disso, a facilitadora e o facilitador salientavam que também há que dar atenção à postura dxs praticantes, percebendo possíveis reações como tosse repentina, tontura e também sinais de desconforto físico ou emocional. Era necessário ainda aprender a conduzir a prática como um espelho para xs praticantes, de modo que elxs não se confundissem com a direção dos movimentos (da esquerda para a direita).

²³ Certa vez, quando uma profissional de saúde perguntou ao facilitador sobre o significado da palavra Lian Gong ele respondeu que isso estava na apostila e enfatizou (quase como uma bronca) que a leitura dos materiais era lição de casa obrigatória. Ao meu lado estava uma ACS que comentou, em voz baixa: “*é difícil fazer isso quando se é dona de casa*”. Entretanto, isso não quer dizer que ela ou as pessoas que tinham dúvidas sobre o conteúdo não se dedicassem ao aprendizado – era comum ver as pessoas com as apostilas impressas, fazendo anotações em seus cadernos e também tirando fotos e gravando vídeos de posturas e explicações.

Enquanto eu observava a rotina de treinamento, fazia anotações no diário de campo e ia pensando em questões que poderiam ser importantes para o roteiro de entrevista (e que depois eu percebi que as perguntas foram elaboradas de forma unilateral, centradas apenas no meu olhar de pesquisadora-não ACS-não instrutora de Lian Gong). A minha escolha por participar da capacitação “*só olhando o que acontece*” acabou chamando a atenção do facilitador, que frequentemente brincava comigo dizendo que um dia pegaria meu caderno para ver o que eu estava escrevendo. Eu sempre ria e falava que ele poderia ler quando quisesse, já que além de não ter nada confidencial, o Comitê de Ética assegurava os direitos dos participantes da pesquisa.

Certa vez ele aproveitou a hora do intervalo para me falar em tom amistoso: “*Eu vi que você estava aí só escrevendo e tirando fotos. Você pensa que eu não percebo, mas eu estou de olho em você também, não só no grupo*”. Tentei me justificar, explicando que eu estava filmando uma parte do treino à pedido de Claudia, que queria ter registros dos comentários e explicações feitas na aula. Não sei dizer se me senti completamente intimidada com essa declaração do Paulo, mas eu imagino o quanto deve ser incômodo ter uma pessoa escrevendo sem parar e sem você saber o que ela está escrevendo, parecendo, talvez, até uma fiscalização. No fundo eu sabia que enquanto eu observava eu também estava sendo observada...

Em maio de 2018, quando eu estava me sentindo um pouco mais segura em relação à metodologia de co-labor, aproveitei a volta do intervalo da capacitação para falar novamente sobre a minha pesquisa e convidar as ACS que ali estavam – e que já tivessem grupos de Lian Gong – para participarem das entrevistas, cujo roteiro já estava em construção. Ao final da aula, Tatiana e Adriana me procuraram para saber mais sobre meu trabalho contando-me que já tinham participado de outra pesquisa sobre a prática corporal e que tinham interesse em contribuir novamente. Nesse momento Tatiana também aproveitou para contar, bem animada, que uma vez fora escolhida para conceder uma entrevista para a Revista Brasileira Saúde da Família, uma publicação do Ministério da Saúde, em 2011: “*eu fiquei bastante feliz, até hoje, de poder falar do meu trabalho e contar a minha história. Eu sou agente desde 2004*”. Já com alguns contatos anotados a intenção inicial era visitar seus grupos para conhecer um pouco mais sobre os trabalhos e conversar com mais calma, já que não havia muito tempo para isso nos dias de capacitação.

Ficar sentada enquanto as pessoas “suavam a camisa” me ajudou também a interagir com algumas agentes de saúde que eu conhecia só de vista. Sem querer acabei descobrindo uma estratégia de aproximação com elas: como a turma era dividida em grupos que se revezavam nas repetições dos exercícios algumas pessoas aproveitavam para puxar conversa comigo durante esse rodízio, ou para perguntar se eu havia anotado alguma coisa que o facilitador tinha falado ou, principalmente, para comentar quais erros estavam observando. Alguns eu até conseguia identificar, mas, definitivamente, eu não tinha o olhar apurado como minhas interlocutoras. Por isso, eu logo admitia que achava o LG uma prática corporal muito complicada e, assim, minhas companheiras de curso iam me explicando alguns detalhes sobre os exercícios.

Foi em uma dessas conversas que comecei a me aproximar de Carolina, que algumas vezes até me pediu para que eu a observasse durante o treino, apontando-lhe possíveis correções em sua postura. Como também geralmente íamos embora a pé pelo mesmo caminho a conversa acabava se estendendo e em uma dessas caminhadas perguntei-lhe se já havia montado seu grupo de LG, já que estava no segundo ano do processo formativo. “*Eu não quero trabalhar com grupo, eu não gosto*”. Eu fiquei atônita com essa resposta e quis saber o porquê. Carolina contou-me então que a coordenadora a indicou para a capacitação por acreditar que tinha perfil para esta prática corporal, pois a considerava “toda certinha”. Definitivamente, não era uma situação que eu estava acostumada a ouvir e por isso mesmo fiquei interessada – curiosa mesmo – em saber mais sobre sua experiência enquanto ACS e instrutora de LG em formação.

À medida em nós fomos nos aproximando e construindo uma relação dialógica, Carolina foi me contando sobre problemas no relacionamento com outra profissional do serviço que também estava na capacitação e que viria a ser sua dupla na condução de um grupo. Essas declarações me mostraram o quanto o meu conhecimento sobre a oferta de LG era limitado, sobretudo por acreditar que todas as pessoas estavam na capacitação ou trabalhando com grupos porque realmente escolheram o Lian Gong como prática de cuidado. Como minha interlocutora parecia-me uma das participantes mais atenta e “*disposta a aprender*” – sempre concentrada nas explicações passadas durante as aulas e muito detalhista em suas observações

sobre a execução dos exercícios – eu achava que isso fosse sinal de que ela estava ali por livre e espontânea vontade.

Entrar em contato com realidades diferentes das quais eu já conhecia por causa da pesquisa de mestrado foi bem interessante para conhecer novas histórias com o Lian Gong, especialmente em relação às condições de participação na capacitação e ao tempo de trabalho com a prática corporal. Ao passo que eu ia descobrindo um novo universo teórico e metodológico com os estudos culturais e decoloniais, também ia descobrindo novas experiências e narrativas que, cada vez mais, revelavam assimetrias e contrastes entre o conhecimento produzido *pelas* próprias ACS e a produção de conhecimento *sobre* essa categoria profissional.

As experiências com as entrevistas: possibilidades e limitações

O trabalho orientado para romper com a lógica hegemônica de produção de conhecimento provocou-me muitas inquietações e questionamentos (e até mesmo incômodos) sobre como fazer e como agir. E se eu propusesse uma escrita colaborativa para as ACS? Mas como ficaria a questão de autoria da tese? Isso não seria uma forma de apropriação indébita dos textos que elas produziram? Eu teria um título, mas e as agentes? Será que eu não estaria explorando o trabalho delas? Apesar de ter obtido os documentos obrigatórios para iniciar minha investigação, quem realmente (ou o que) me autorizava a fazer perguntas para “o(s) sujeito(s) da pesquisa”? Bastava ser doutoranda em Saúde Coletiva, pesquisadora do LAPACIS para que as pessoas confiassem em mim e dedicassem algumas horas para responderem à questões que eu queria saber (e que às vezes a minha curiosidade nem fazia muito sentido para elas)?

Aos poucos (mas sem que as incertezas desaparecessem completamente) fui incorporando a proposta da metodologia-pedagogia de co-labor e desconstruindo práticas hegemônicas para então trabalhar com as ACS como co-investigadoras. De certa maneira, não achei difícil lançar um olhar mais atento para os encontros e as conversas que aconteceram durante a realização do trabalho de campo – ainda no mestrado eu já estava percebendo a importância das “conversas informais”, que tantas vezes foram bem mais expressivas do que as entrevistas semi-estruturadas (12). Contudo, o maior desafio para me distanciar do lugar solitário de pesquisadora

(62) não foi exatamente investir nas conversações com as agentes de saúde, mas partir desta prática também para realizar as entrevistas.

Diante da “inovação” dessa empreitada não foi raro me deparar com contradições e me sentir perdida, sem saber por onde seguir, tendo que reconhecer e assumir que minha “experimentação” não ficou imune de reproduzir assimetrias. Uma delas foi quando elaborei a primeira versão do roteiro de entrevista semiestruturada, baseando-me unicamente no meu olhar para as questões que identifiquei ao longo do trabalho de campo e a partir das interações com agentes de saúde (não só nas capacitações que acompanhei, mas também em visitas a seus grupos de Lian Gong e Movimento Vital Expressivo). Eu acreditava que, para construir uma experiência (possível) com o co-labor, “bastava” compartilhar o projeto de doutorado detalhadamente com minhas interlocutoras, antes que elas entrevistassem umas às outras, perguntando-lhes: *“você se reconhece nessa condição de subalternidade? Como você se sente com isso?”*.

Levei praticamente um ano para elaborar a primeira versão do roteiro de entrevista. Um das maiores dificuldades foi em relação à sistematização de um conjunto de novas leituras – pensando principalmente no circuito da cultura como ferramenta de pesquisa – na formulação de perguntas diretas que dessem conta de sintetizar o “problema” para o qual eu estava olhando e assim alcançar respostas para o objetivo da pesquisa. Quando finalmente apresentei para meu orientador – esperando uma ajuda para escolher quais questões poderiam permanecer e quais deveriam ser excluídas – ele indagou:

“Por que você não faz essa pergunta para as próprias agentes de saúde? Você já expôs o projeto e perguntou como elas se sentiam. Agora o próximo passo seria perguntar ‘como você, enquanto ACS, acha que a gente deveria fazer essas perguntas?’”.

Se eu pretendia romper com a lógica de produção de conhecimento, era necessário compreender que ninguém está mais apropriada/o – e autorizada/o – do que as/os próprias/os agentes de saúde para falarem sobre suas próprias experiências com o trabalho com o LG... Isso parecia tão óbvio, mas abrir os olhos para essa questão, por si só, não resolveria a questão. Sem dúvidas, o meu olhar enquanto pesquisadora é bem diferente do olhar delas, enquanto ACS e instrutoras de Lian Gong. Por mais que estivéssemos interagindo com frequência e eu tivesse acompanhado todo o processo formativo desta prática corporal isso não fazia de mim

uma agente comunitária de saúde-instrutora de LG. O meu olhar continuava sendo de uma pesquisadora de *longe* e de *fora* do cotidiano das minhas interlocutoras nos serviços de saúde.

Assim, convidei Rosana, Claudia, Raquel e Helena para revisarmos o roteiro de entrevista, perguntando-lhes: como poderíamos fazer essas perguntas para xs agentes? Tem alguma questão que vocês consideram importante falar para quem não conhece o trabalho realizado pelxs ACS ou sobre o trabalho de vocês com os grupos de LG?

Os “critérios” de escolha das agentes de saúde foram a nossa proximidade e afinidade – e, é claro, a disponibilidade delas para participarem dessa tarefa de co-labor. Com exceção de Rosana, que foi apresentada para mim por Claudia (que me conhece desde quando eu era criança), eu já conhecia Helena e Raquel de outros encontros. Helena eu conheci quando fiz a pesquisa de mestrado com seus grupos de práticas corporais em 2015. Raquel eu já conhecia de vista do curso de Formação em PIC, mas foi na capacitação em LG que realmente nos aproximamos (sobretudo depois que nos encontramos, por acaso, no SESC Campinas e tietamos Maria Lucia Lee em uma oficina ministrada por ela em 2017).

Como seria muito difícil encontrar um horário em comum para nós cinco, achei melhor me reunir com duas agentes de cada vez. Por Rosana e Claudia serem amigas de longa data, Rosana ofereceu sua casa para nos encontrarmos. Por causa de uma falha na comunicação eu não consegui participar desta reunião pois, no mesmo dia e horário estava dando aula de “Ecologia dos Saberes”, como professora convidada, para uma turma de graduação em Enfermagem. Logo que saí da aula – às 16h – vi as mensagens que elas tinham me enviado por volta das 14h avisando-me que estavam à minha espera. De fato, eu não tinha confirmado esse encontro com elas, mas as “limitações tecnológicas” da comunicação por whatsapp contribuíram para o nosso desencontro. Isso me deixou bem desesperada, ainda mais porque Claudia enviou-me uma mensagem muito chateada, dizendo que tinha faltado à uma reunião com a coordenadora do Distrito de Saúde pois já tinha se comprometido comigo e que da parte dela não daria mais para agendar nosso encontro para outro dia.

Tão logo visualizei essas mensagens tentei várias vezes entrar em contato para me desculpar, porém só depois de alguns dias Claudia me respondeu. Até então eu achava que esse contratempo dificultaria nossa relação (tanto pessoal, como de

co-labor), mas conversamos sobre o ocorrido e ela continuou engajada na pesquisa, marcando, inclusive, uma entrevista com Teresa, já que elas trabalham juntas com o grupo de LG. Também conversei sobre o desencontro com Rosana, que também seguiu me indicando outros profissionais do serviço de saúde onde trabalha para que pudéssemos fazer as entrevistas.

Já o encontro com Helena e Raquel aconteceu sem problemas. Como nós moramos em regiões distantes uma das outras a solução foi marcar a reunião na praça de alimentação de um centro comercial localizado no centro da cidade. O mais difícil foi encontrar uma agenda em comum, principalmente em relação ao horário, já que Helena tinha menos flexibilidade para sair do CS do que Raquel. Assim que conseguimos, passamos uma tarde revisando o roteiro de entrevista no qual já havia incorporado também as perguntas elaboradas por Rosana e Claudia. Perguntei-lhes se eu poderia ligar o gravador de áudio, pois seria mais fácil do que tentar registrar nossa conversa só no diário de campo (afinal, além de desviar um pouco minha atenção, eu não daria conta de anotar uma experiência tão rica e tão nova para mim). Com a devida autorização gravei a reunião, que durou aproximadamente duas horas.

Enquanto testávamos a viabilidade e o sentido das perguntas eu fui rabiscando o roteiro original e fazendo anotações sobre os pontos de vista das minhas interlocutoras, que foram me mostrando o que consideravam mais (ou menos) interessante destacar sobre seus conhecimentos enquanto ACS e instrutoras de LG. Achei curioso que em algumas questões Helena chegou a dizer: *“pra mim isso é tão normal que eu não sei se é importante saber”*. Dessa forma, aproveitei para fazer algumas perguntas para minha dupla de interlocutoras, que também aproveitaram para trocar experiências sobre seus grupos, suas rotinas no serviço de saúde e percepções sobre o trabalho com as práticas corporais. Depois desse dia, Helena ainda me enviou as anotações que ela havia feito quando testou o primeiro roteiro em sua casa. Uma das coisas que ela mais pontuou foi a repetição de perguntas que mesmo feitas com outras palavras apresentava praticamente o mesmo conteúdo.

Por causa de contratempos da mais diversas ordens, não conseguimos nos reunir novamente para que elas se entrevistassem. Contudo, consegui encontrar com elas individualmente mais algumas vezes, tanto visitando seus grupos como também no centro comercial localizado no centro da cidade, que acabou virando nosso ponto de encontro oficial. Nestas ocasiões priorizei conversações mais do que o formato

tradicional de entrevistas para que pudéssemos conversar mais livremente sobre assuntos relativos às suas experiências como ACS e instrutoras de práticas corporais.

Em uma das conversações com Helena, feita no CECO onde ela faz grupo de MVE, pedi permissão para gravar o áudio, pois eu queria aprofundar algumas questões para observar o que seria importante para o roteiro de entrevista. Esse registro teve duração de aproximadamente uma hora e quarenta minutos e para mim foi muito rico poder ouvir suas experiências como ACS e como instrutora de LG (e diversas outras práticas corporais), especialmente sobre como esse “duplo” papel (que na verdade é um só) é importante para construir laços de amizade com a população. Igualmente, também registrei uma das conversações com Raquel, já que foi um momento onde ela começou a falar sobre como as trajetória de vida e profissional se entrelaçaram com as práticas integrativas. Esse encontro durou aproximadamente duas horas, e foi importante para nos (re)aproximarmos e nos conhecermos um pouco mais.

A partir do encontro entre os nossos olhares e experiências profissionais ajustei o roteiro de entrevista (ANEXO C), atentando também para não perder de vista os objetivos da pesquisa. Assim, organizei as questões em cinco blocos temáticos: identificação; sobre tornar-se ACS; experiência com o LG: processo de formação; experiência com o LG: trabalho com a prática corporal; e experiência com o LG: percepções. Sem dúvidas, essa experiência foi um aprendizado metodológico muito importante para mim, especialmente porque fugiu dos padrões das aulas de metodologia e técnicas de pesquisa que eu tive ao longo da minha formação acadêmica. Reconstruir o roteiro com as ACS e mudar o jeito de fazer as perguntas a partir das narrativas compartilhadas por Helena, Raquel, Claudia e Rosana me ajudou a adequar a linguagem e, assim, “saber se aquilo que [eu estou] perguntando, de fato, funciona com quem [me] ouve”²⁴.

Finalizado esse processo convidei então as minhas interlocutoras para entrevistarem outras ACS. Inicialmente minha preocupação foi em relação à remuneração delas por este trabalho. Como eu não tinha verba disponível para o

²⁴ Sinara Gumieri, vídeo “Modos de Fazer - Pré-teste em entrevistas”. Disponível no canal do Youtube *Vozes da Igualdade - O canal da Anis* no link <https://www.youtube.com/watch?v=1gCdkUrLsYE>. Contudo, apesar de achar interessante a problemática sobre “pesquisa engajada” abordada no vídeo citado, acredito que, com a proposta do co-labor, mais do que simplesmente desenvolver habilidade pessoais para a elaboração e condução de instrumentos de coleta de dados, ser boa “ouvideira” (para só então ser boa “perguntadeira”) também deve fazer parte de um processo de desconstrução de práticas hegemônicas de produção de conhecimento.

pagamento de atividades relacionadas à pesquisa, a solução que encontrei foi esperar alguns meses para juntar dinheiro suficiente para que eu pudesse apresentar-lhes uma proposta de ajuda de custo. Não seria muito, mas pelo menos também não seria nada. Enquanto isso seguimos trocando mensagens e nos encontrando nas aulas de supervisão do LG (e, eventualmente, nos seus grupos).

Quando achei que já tinha juntado uma quantia razoável para dar início aos trabalhos, conversei novamente com elas sobre a proposta de se entrevistarem e expliquei a limitação da minha situação financeira. Elas recusaram o pagamento e afirmaram que viam essa experiência como um aprendizado e, por isso, não aceitariam qualquer tipo de remuneração. A solução que eu encontrei para retribuir simbolicamente o comprometimento delas com a minha pesquisa foi convidá-las para um “chá da tarde”. Além disso, no momento da realização das entrevistas na casa de Rosana e no CS onde Claudia trabalha levei um lanchinho para nós, como forma de agradecimento pelo acolhimento. Como as conversas em conjunto com Helena e Raquel aconteceram em uma praça de alimentação levei água mineral, oferecendo-lhes também opções de “comes e bebes” entre os estabelecimentos do local para comemarmos o trabalho e para agradecê-las pela disponibilidade de irem até lá.

As duas primeiras entrevistas foram feitas na casa de Rosana durante um feriado, na parte da tarde, pois ela era a principal cuidadora de sua mãe e não tinha como se ausentar. Rosana e Claudia se entrevistaram e à convite delas eu também participei, já que consideraram que minha presença seria interessante caso eu quisesse aprofundar alguma questão ou refazer uma pergunta. Foi a primeira vez que eu adentrei a casa de alguém para fazer uma entrevista e também foi a primeira vez que eu participei como expectadora. Assim, aproveitei para ficar atenta com as perguntas, para ver se estavam, de fato, “funcionando” do jeito como foram elaboradas. Cada entrevista durou em média 40 minutos e, talvez, por ter sido a primeira experiência, não me senti muito à vontade para interferir e conduzir algumas questões da forma como eu gostaria.

Em alguns momentos senti que a anfitriã estava um pouco preocupada em relação ao horário, já que tinha compromisso marcado para o final da tarde. Acabei ficando um pouco apreensiva com essa situação e preocupada para que isso não gerasse nenhum desconforto em Rosana, mas também para que não atrapalhasse a qualidade das entrevistas (principalmente depois que alguns parentes chegaram a sua

casa). Minha primeira reação foi pensar em remarcar uma nova data, pelo menos com Claudia, para refazer a entrevistas com mais calma, sem tantas interferências. Quando comentei com meu orientador minhas impressões sobre a experiência ele propôs que eu conversasse com elas sobre a necessidade de fazer uma nova conversa, em outro espaço, explicando a importância de fazer a discussão das questões em profundidade.

Contudo, imediatamente eu me dei conta do quanto que esse tipo de intervenção tinha como objetivo alcançar um rigor metodológico baseado unicamente em critérios e valores estabelecidos em manuais de pesquisa científica, desconsiderando, principalmente, as possibilidades e condições reais das minhas interlocutoras. Se eu queria desconstruir práticas hegemônicas de produção de conhecimento era preciso também me desapegar de determinados ideais que tendem a classificar a consistência e a validade dos dados. Nesse sentido, percebi, na prática, a importância de questionar e refletir criticamente sobre meus próprios protocolos de pesquisa.

Dias depois dessas entrevistas fui conhecer o grupo de LG no qual Rosana era instrutora em parceria com Rogério e Sílvia. Aproveitei para me apresentar ao agente de saúde, que tinha sido indicado por Rosana para ser entrevistado. Expliquei para ele a proposta metodológica da pesquisa e marcamos o dia e o local para nos encontramos. Além de Rogério a minha interlocutora também indicou Cris, agente de saúde que trabalha no mesmo serviço e que conduz um grupo em outro território. Como para mim o local era de difícil acesso marcamos de nos encontrar no CS, pois seria um lugar em comum também para todos. No dia agendado fizemos uma breve reunião e conversamos sobre minha pesquisa, o Lian Gong e a capacitação que eu havia acompanhado recentemente. Em seguida Rosana e eu entrevistamos Rogério, aproveitando que ele estava com agenda livre e que logo sairia de férias.

Como já era minha segunda experiência com esse tipo de condução compartilhada de entrevista fiquei um pouco mais confortável para fazer intervenções e aprofundar algumas perguntas. Quando estávamos em um dos últimos blocos do roteiro assumi a tarefa, pois Rosana precisou se ausentar por causa de um compromisso do trabalho. Ao final comecei a entrevistar Cris, mas por conta do horário interrompemos e marcamos uma segunda data para que pudessemos dar continuidade. Entretanto, ao notar que tanto Rogério como Cris expressaram que

ficaram mais confortáveis apenas com a minha presença, achei melhor continuar a entrevista a sós com ela.

Ao contrário do que meu orientador e eu supusemos inicialmente a escolha por esse tipo de interação não garantiu que xs entrevistadxs tivessem maior liberdade comigo ou maior confiança em mim por causa da presença de uma pessoa já conhecida por elxs. É certo que essa situação não deve ser tomada como incondicional. É uma possibilidade, algo que pode vir a acontecer e inúmeros são os motivos. Como foi um evento inesperado e que provavelmente envolveria questões de ética no trabalho (ao meu ver um assunto delicado), não entrei abertamente nessa questão nem com Cris e nem com Rogério. Pode ser também que minha impressão esteja errada, mas acho que isso também faz parte da imprevisibilidade dos fatos e da minha condição de neófito com o trabalho com o co-labor.

Mas, como já discutido anteriormente, pelo fato da metodologia-pedagogia de co-labor estar em permanente construção, desconstrução e reconstrução (30), as reflexões sobre as experiências com esse tipo de trabalho não pretendem ser uma receita, tampouco estão inscritas em manuais de pesquisa científica. Ela própria faz uma “crítica à linearidade e pretensa universalidade ocidentais” impostas pela racionalidade científica (6) (p.33). Dessa forma, fica o convite para “um outro pensar e semear” e para a (des)aprendizagem constante sobre as nossas práticas de pesquisa...

Passado um tempo, foi a vez de Claudia e eu entrevistarmos Teresa. Tudo foi intermediado por Claudia, que, inclusive, deu opções de dias e horários para escolhermos a melhor agenda em comum. A entrevista foi feita em uma sala do CS onde trabalham e durou aproximadamente quatro horas (divididas em dois encontros). Em certos momentos mais parecia uma conversa entre Teresa e Claudia, na qual uma ia complementando a outra em questões sobre as experiências com o Lian Gong. Achei interessante a relação dialógica estabelecida entre elas e a reflexividade de Claudia, que foi se lembrando da sua própria entrevista com Rosana e aprofundando questões que ela mesma achou necessário.

Minha preocupação maior nos dois dias em que eu estive lá foi em relação ao tempo em que elas se dedicaram, pois estavam no meio do expediente. Como estávamos ocupando um consultório no mesmo corredor onde fica a “sala dos ACS”, achei que poderia dar algum problema para elas em relação as/aos colegas de suas

equipes, que poderiam achar estranho a “ausência” das profissionais. Quando falei-lhes sobre isso, Teresa me respondeu: *“eu entendo que essa entrevista também faz parte do meu trabalho, pois é uma reunião sobre o Lian Gong, que é um dos trabalhos que eu faço aqui”*.

Foi a quarta ou quinta vez que ouvi das minhas interlocutoras que as entrevistas para a minha pesquisa também faziam parte de seu trabalho com o LG. Com isso aprendi que a pesquisa não era importante só para mim, mas também tinha um significado para elas. Não era necessariamente pela amizade, pela proximidade ou por causa do nome “Unicamp” que minhas interlocutoras estavam compartilhando seus saberes/experiências comigo, mas sim pela troca de conhecimento que os nossos encontros nos proporcionavam. Apesar de essa questão ter sido colocada tantas vezes por Claudia, Teresa e Helena em diversos momentos, eu levei um tempo para compreender a dimensão do processo dialógico na construção de conhecimento. Por mais que eu tivesse me dedicado às leituras decoloniais e às reflexões sobre o trabalho de co-labor eu só me dei conta dessa questão a partir de uma percepção que tive após sentir/refletir a entrevista que fiz com Carolina, que muito me ensinou sobre vínculo e a “arte de fazer perguntas”.

A entrevista com Carolina também foi dividida em dois dias, totalizando aproximadamente seis horas de gravação em áudio. Foi completamente diferente de qualquer entrevista que havia feito até então. Encontramo-nos no CS onde ela trabalha e conversamos com a coordenadora, que me contou um pouco sobre a trajetória de Carolina com o Lian Gong. Depois dessa reunião, Carolina me convidou para almoçarmos em uma padaria próxima ao serviço de saúde e assim ir conversando sobre a pesquisa. Falei sobre o roteiro e perguntei se teria como fazermos a entrevista em outro local, pois estava muito barulho e seria difícil para transcrever depois. Como estava no expediente do trabalho perguntei se queria marcar outro dia, para que eu não atrapalhasse sua rotina, mas minha interlocutora também me respondeu que nossa reunião também fazia parte do seu trabalho.

Fomos então para a sorveteira do bairro – que eu já conhecia bastante por ter morado naquela região durante minha infância – e passamos a tarde conversando, tentando seguir o roteiro de entrevista, mas também falando sobre outros assuntos que foram sendo colocados por Carolina. A primeira frase que ela me falou assim que expus as problemáticas da pesquisa e apresentei o texto da Spivak sobre o

subalterno, ela me disse algo mais ou menos assim: “*realmente, não era pra eu estar aqui (se referindo ao CS) [passa o dedo em seu braço, mostrando a cor da sua pele], pra uns eu deveria estar em casa de família, trabalhando em casa de família*”. Senti um nó na garganta. Fiquei olhando, não consegui falar nada. A partir do meu silêncio, começamos a conversar.

Como não conseguimos concluir nem o primeiro bloco de perguntas devido a profundidade de suas respostas, marcamos um segundo encontro, dessa vez para um dia de sábado e em sua residência. Assim que eu cheguei teve a primeira “interferência” – uma pessoa da vizinhança a procurou para pegar um encaminhamento do CS e Carolina ainda me avisou que isso era algo comum e que mais uma pessoa possivelmente passaria em sua casa para pegar outro encaminhamento que também estava com ela. Nesse segundo dia de entrevista Carolina sugeriu que começássemos a conversar enquanto ela ia preparando nosso almoço: “*vamos conversando para descontrair, às vezes é melhor antes de você ir fazendo as perguntas*”. Mal eu sabia que isso seria um ensinamento sobre como ela constrói vínculo com as pessoas durante a visita domiciliar.

Fiquei sem saber como agir e deixei que ela ficasse à vontade, pois eu nunca tinha feito uma entrevista com alguém cozinhando e também não queria interromper o assunto que ela tinha começado a me contar. Nem mesmo me senti autorizada para gravar a conversa, sobretudo porque envolvia uma narrativa muito pessoal sobre um desentendimento entre ela e outra profissional com a qual trabalhava junto (e que eu também conhecia). Para mim era uma denúncia sobre o preconceito sofrido no ambiente de trabalho, um caso grave de assédio moral. Depois de quase uma hora de conversa, Carolina se virou e me perguntou: “*ué, você não está gravando? Não quer me fazer suas perguntas?*” Fiquei quase sem reação, mas respondi que não quis interferir na sua fala e que não queria atrapalhar sua atenção com o preparo da comida. Foi aí que ela me revelou que para construir vínculo durante a visita domiciliar usa essa estratégia de aproximação para não verticalizar a relação com xs usuárixs do serviço mostrando-me que “a arte de fazer perguntas” não é de domínio do “fazer” acadêmico e que essa habilidade não depende, necessariamente, de uma técnica.

Após o almoço conseguimos seguir e cumprir (quase) todo o roteiro, embora eu tenha pulado algumas questões e feito outras que não estavam previstas.

Carol, então, me mostrou sua pasta de trabalho e foi a primeira vez que eu vi as fichas de cadastro individual, de atividade coletiva e de cadastro domiciliar do e-SUS, que tanto xs ACS me falavam que precisavam preencher manualmente para depois passar para o sistema online. Assim como xs outrxs agentes de saúde com quem eu conversei ao longo dos anos de pesquisa, Carolina me contou sobre a precariedade dessa atividade, sobretudo porque, em geral, os centros de saúde dispõem de poucos (se não apenas um) computadores para todxs xs ACS do serviço. Para facilitar essa tarefa ela me mostrou a ficha que criou para fazer a atualização do cartão SUS quando não tinha acesso ao computador, seja por estar sendo usado por outra pessoa, seja por estar com o sistema fora do ar.

Também me mostrou seu “caderno de visitas domiciliares” com as legendas que criara para organizar as informações que eventualmente precisava repassar para sua equipe durante as reuniões. Ao final do nosso encontro me contemplou com uma aula particular da terceira parte do Lian Gong, mostrando as principais dificuldades que ela tinha antes de começar a treinar em casa. Além disso, (e do almoço que ela preparou pra nós) ela ainda me presenteou com um pacote de polpa de açaí vindo diretamente do Maranhão, sua terra natal. Em agradecimento pela acolhida, levei uma sobremesa e um calendário de mesa, que anteriormente ela havia comentado que estava à procura de um. Senti que era o mínimo que eu poderia fazer por tanta receptividade e aprendizado e, assim como ela, também entreguei mimos como forma de expressar minha alegria pela sua participação e dedicação em minha pesquisa.

Para mim, os encontros com Carolina foram marcados pelo silêncio. Um silêncio interno, um silêncio incômodo, um silêncio profundo. Silêncios que marcaram a minha reação diante de tantas denúncias de preconceitos sofridos pela minha interlocutora, seja por ser mulher negra, seja por morar onde mora, seja por ser profissional de saúde e ser negra e morar onde mora. Silêncios que não foram registrados pelo meu gravador de voz e que me provocaram reflexões sobre o lugar que eu ocupo, não só enquanto pesquisadora, mas como mulher branca e que morou durante muitos anos no mesmo bairro que Carolina e sabe que existe as divisões

espaciais (simbólicas, mas muito materializada) entre o “alto” do Condado²⁵, o “meio” do Condado, o “baixo” do Condado e o “estábulo” do Condado:

“Aí você sabe, o povo que tem faculdade, que mora no alto do [Condado] tem vergonha de ser o que é. Faço questão de dizer: vim da roça, sou nordestina, gosto da minha origem, não mudaria, não tenho vergonha... Agora pergunta se eu tô devendo em alguma loja, se eu tenho conta atrasada. Tenho orgulho do que eu sou. Escutei uma conversa há uns vinte dias atrás: - ‘não sei porque eu tô nessa função, tenho vergonha’. As pessoas tem medo e vergonha de falar.” (Carolina)

Também conduzi uma entrevista com Ruth, ACS que eu conheci nas aulas de MVE no centro de formação desta prática. Começamos a conversar e ela lembrou de mim da época em que também participou do curso de formação em PIC, em 2016. Como fomos ficando mais próximas a convidei para uma conversa e ela aceitou participar da pesquisa. Nosso encontro foi na casa dela, em um domingo. Almoçamos juntas e depois começamos a conversar sobre meu trabalho, assentadas à mesa de refeições. De novo, não sabia se ligava ou não o gravador e, na dúvida, apenas ouvi sua narrativa sobre sua relação com os saberes ancestrais e com a pedagogia “Griô”. Assim, expôs o seu “dilema” [me explicando, em voz baixa, que não poderia falar isso na frente da filha, que, por estar em fase pré-vestibular, não queria que sua reflexão pudesse dar pretexto para a garota desistir] com a formação universitária (já que interrompeu algumas vezes um curso de ensino superior): *“por que o que eu sinto precisa ser legitimado? (...) Por que ter um diploma para aumentar o meu salário se o que eu sei vem do conhecimento Griô? (...).*

Fiquei encantada com seu depoimento e lamentei, em silêncio, por não ter gravado e nem tomado nota em meu diário de campo (nem mesmo no espaço em branco do roteiro de entrevista) as reflexões que inicialmente ela compartilhou comigo sobre o que nomeou como sua relação com a “pedagogia sutil”, que vem dos saberes que aprendera desde sua infância. Apesar de ter quatro horas de entrevista gravada, deixei passar várias perguntas do roteiro para não atrapalhar a profundidade de suas narrativas, que na maior parte do tempo evidenciava os preconceitos sofridos por causa da sua cor de pele (e também por ser mulher e mãe solo) e sua resistência diante de tantas barreiras que insistiam em mantê-la em uma condição subalterna.

²⁵ Nome que inventei para não expor o nome do bairro em questão, mas que expressa bem a origem dessa territorialização e das “raias impostas” (26) pelos primeirxs proprietárixs e que até hoje são comumente reproduzidas por quem mora ou transita pelo bairro.

Tecendo suas múltiplas identidades e experiências profissionais, sobretudo enquanto mulher negra, feminista e artista popular, Ruth falou bastante sobre a relação entre “ser ACS” e a importância em valorizar a dimensão comunitária desta profissão, que, para ela, está fundamentada em saberes que não estão inscritos em nenhuma disciplina acadêmica ou grade curricular. Ao término da entrevista Ruth me mostrou um livro²⁶ no qual foi uma das colaboradoras e me falou um pouco mais sobre os projetos dos quais participa, envolvendo ancestralidade, movimentos sociais, a dança, a cultura popular e a comunidade negra. Como estava à venda adquiri um exemplar e ainda ganhei uma dedicatória em que ela escreveu: *“decolonizar é reconhecer o saber inato das pessoas e promover a difusão e multiplicação do mesmo”*.

Relendo a transcrição da entrevista feita com Ruth, percebi que não lhe perguntei o que era a pedagogia “griô”. Com base em sua narrativa, entendi que o “griô” tem forte relação com a incorporação dos saberes ancestrais e das memórias orais afro-indígenas. Entretanto, como eu desconheço essa pedagogia, não posso me limitar a essa curta explicação. Conversando com ela novamente, dessa vez por mensagem de celular, Ruth me enviou um áudio para explicar-me sobre essa pedagogia. Dada a densidade de sua fala e a centralidade do conhecimento “griô” em sua vivência, o conteúdo está transcrito integralmente no anexo D.

A última entrevista realizada foi com Raquel. Como foi difícil encontrar uma agenda em comum para que ela e Helena se entrevistassem, Raquel sugeriu que eu mesma a entrevistasse. Encontramo-nos em uma sexta-feira à tarde, no serviço onde ela trabalha, de acordo com sua disponibilidade. Como estava no horário de trabalho, ela pediu autorização para a coordenadora do CS e também contou com o apoio de sua equipe, especialmente suas companheiras de profissão, que cobriram seu horário na recepção.

A entrevista durou aproximadamente duas horas e ficamos em um dos consultórios médicos, sem interrupção, apenas tendo que mudar de sala quando a médica chegou. Como já vínhamos conversando há muito tempo e nos encontramos tantas vezes, eu quase não usei o roteiro de perguntas, mas fiquei atenta para aprofundar algumas questões sobre suas experiências com as práticas integrativas e

²⁶ “A memória em Negro – Sambas de bumbo, bailes negros e carnavais: construindo a comunidade negra de Campinas”.

com o grupo de Lian Gong, que, como ela mesma sempre me contava, estava cada vez mais se fortalecendo em termos de amizade, de vínculo e de afeto.

Na segunda sala que ocupamos durante a entrevista, ela me mostrou o mapa da microárea que ela e suas amigas fizeram, dividido por cores que indicavam cada uma das quatro ACS de sua equipe. Achei bem interessante ver o trabalho que elas fizeram e Raquel aproveitou para contar um pouco mais sobre como sua equipe se organizou e se empenhou para conseguir atualizar os cadastros e as pastas de prontuários das famílias. Minha interlocutora destacou ainda que esse trabalho ao mesmo tempo em que foi reconhecido e valorizado pela coordenação, também foi alvo de comentários de conotação negativa por parte de colegas de profissão de outras equipes.

Raquel também tentou me mostrar os sistemas de informação que utiliza em seu trabalho, para que eu pudesse ver como funciona, mas como teve a troca de sala e a conversa seguiu envolvendo tantos assuntos, acabou não dando tempo para isso. Apesar disso, me explicou com detalhes o trabalho que é realizado por agentes de saúde no computador, complementando a entrevista que fiz com Carolina, que me mostrou os formulários que preenche durante as visitas domiciliares.

Finalmente, refletindo sobre tudo o que eu vivenciei ao longo dos quatro anos de doutorado com a metodologia-pedagogia de co-labor, posso afirmar que a experiência com as conversações e entrevistas foi a mais marcante (e desafiadora) que já tive na minha formação acadêmica. Foi – e ainda é – um intenso processo de (des)aprendizado que me convidou, provocou e estimulou a abrir mão da centralidade na linguagem escrita para aprender com as histórias e saberes que não estão organizados e estruturados pela lógica científica (26).

Antes mesmo de propor uma escrita colaborativa ou uma reflexão coletiva para minhas interlocutoras, a escrita individual sobre a experiência com essa metodologia-pedagogia é um momento necessário para que eu possa refletir sobre o(s) percurso(s) que me permitiu(ram) “vestir novas lentes e adotar novas miradas” (6) (p.25), redescobrimo-me enquanto pesquisadora. Ao mesmo tempo também expõe minhas dificuldades e *insuficiências* diante dessa nova empreitada, na qual eu precisei “revisar o que eu trazia na minha ‘bagagem’, especialmente em termos metodológicos, pedagógicos e epistemológicos.” (p.27 e 28). Assim, a narrativa centrada na minha experiência faz parte do processo de aprendizado, desaprendizado

e reaprendizado sobre as práticas de pesquisa incorporadas ao longo de anos de formação acadêmica.

Sem perder de vista a proposta do co-labor e as reflexões aqui compartilhadas, nos próximos capítulos enfatizaremos o eixo representação-regulação-identidade do circuito da cultura. Para tanto, traremos para o centro do debate uma análise crítica de documentos institucionais que estabelecem diretrizes para a inserção de agentes “comunitários” de saúde no sistema de saúde e de artigos científicos que tratam sobre o (não)saber destes profissionais, articulando à uma reflexão que coloca em perspectiva os sentidos atribuídos por ACS às suas experiências com a profissão e com a condução de grupos de Lian Gong.

Capítulo 2 – As representações e as regulações culturais “dos” agentes comunitários de saúde no processo de trabalho em saúde

Embora Agentes Comunitários de Saúde sejam representados como “agente intercultural e promotor da saúde” (73) é pertinente problematizar sobre a sua incorporação nos serviços da atenção primária, refletindo sobre a produção de conhecimento deste profissional e a autonomia no seu processo de trabalho. Se, por um lado, as atribuições das/os ACS estão em conformidade com diretrizes do SUS, por outro lado, observa-se que muitas vezes a sua presença nas equipes multiprofissionais de saúde ainda “provoca” o imaginário científico-biomédico, sobretudo quando se trata de definir o saber e o tipo de cuidado ofertado por esses profissionais.

A partir da análise de documentos institucionais da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde e de artigos publicados em periódicos científicos que tratam sobre a categoria profissional “agente comunitário de saúde”, o objetivo desse capítulo é refletir sobre sistemas de representação e práticas regulatórias que tencionam controlar e, em determinados contextos, até mesmo reduzir as potencialidades do(s) cuidado(s) produzido(s) por ACS no processo de trabalho nos serviços de saúde.

O desafio de se fundar na ambivalência: (in)definições acerca da racionalidade biomédica e da medicina ocidental contemporânea

Na medida em que esta tese está orientada para o exercício da interculturalidade, da interepistemicidade e do antiessencialismo, foi preciso ter cautela para tecer uma crítica sobre a racionalidade biomédica sem reproduzir os mesmos mecanismos que operam a favor da binaridade e de generalizações que estabelecem um olhar valorativo e excludente para as práticas culturais. Contudo, apesar de estudar e falar sobre a ambivalência, confesso que não foi fácil distanciar-me de polarizações para seguir por caminhos que desvelam processos marcados por irregularidades e contingências. Falar a partir da ambivalência é um desafio constante e, para tanto, é necessário compreender, dentre outras coisas, que “não existem significados culturais essenciais, fixos e imutáveis” (74) (p.14) ao mesmo tempo em

que não podemos ignorar os efeitos e as consequências das representações (4) sobre diferentes formas de ser-pensar-existir.

Em vários momentos discuti sobre a propensão à polarização com meu orientador e o quanto isso está enraizado no nosso jeito de pensar as relações entre o que aparentemente é oposto. Embora eu achasse que tivesse conseguido escrever um texto observando essa questão, entretanto, durante o meu exame de qualificação os professores que integraram a banca pontuaram que a minha abordagem sobre a racionalidade biomédica – especialmente para profissionais de saúde que não fossem ACS – ainda projetava imagens de forma absoluta e uniforme, deixando de lado as singularidades, os conflitos, as afetações, as negociações e a multiplicidade de concepções e práticas que se cruzam no cotidiano dos serviços de saúde²⁷ (75).

Sem dúvida, a questão colocada pela banca me despertou para um exercício permanente: a decolonização da tendência ao binarismo em minha análise, sobretudo em relação à forma estanque como eu estava representando a prática médica. Como bem destacado pelo meu orientador naquela ocasião: “Não é porque é ACS que não reproduz discurso biomédico de controle sobre os corpos. O hegemônico não é homogêneo e o mesmo acontece com o contra-hegemônico” (75). A partir dessas considerações, refletir sobre o meu próprio pensar foi fundamental para redimensionar o meu olhar para a divisão entre o que eu estava representando como “o” *subalterno* e como *aquilo que é típico da racionalidade biomédica*, associando pessoas e comportamentos a cada um destes grupos, valorizando um para desvalorizar o outro.

Dialogando com as ideias de Derrida, Stuart Hall faz uma importante problematização sobre a construção das dicotomias: embora não seja tarefa fácil trabalhar sem a binaridade, é imprescindível lembrar que “há sempre uma relação de poder entre os polos de uma oposição binária” que acaba por engolir todas as distinções que são homogeneizadas pela dualidade (27) (p.154). Com isso, afirma que apesar de oposições binárias como dia-noite e masculino-feminino “possuírem um

²⁷Em referência ao capítulo de um livro intitulado Limites, traduções e afetos, do antropólogo Pedro Paulo G. Pereira (5) que, a partir de conversas com um grupo composto por profissionais de diversas áreas da saúde sobre um determinado texto que tece críticas ao ambiente médico-hospitalar, discute que “existe uma persistência na forma de descrever os profissionais de saúde (...) sempre vinculados a atitudes autoritárias”, ignorando a existência de dilemas, dificuldades, limites ou ambiguidades nesses personagens.”. (5) (p.159).

grande valor para captar a diversidade do mundo entre os extremos, elas são uma forma um tanto bruta e reducionista de estabelecimento de significados” (27).

Mas como me posicionar e direcionar meu olhar para o “modelo biomédico clássico” de modo a não cair na armadilha do extremismo, mas também sem abrir mão de lançar uma crítica a uma estrutura de pensamento que está fundamentada em um conhecimento técnico-científico cujos conceitos e categorias possuem força normativa (76,5)? Como pensar uma abordagem não reducionista para o discurso e para as práticas biomédicas predominantes no campo da saúde sem “ignorar toda produção contra-hegemônica em curso por diferentes profissionais”? (76,77).

A partir da perspectiva analítica dos Estudos Culturais, observa-se “que os significados culturais não surgem nas coisas, mas como resultado de nossos discursos e práticas sociais que constroem o mundo de maneira significativa” e contingente (45) (p.8). Para tanto, a linguagem é um elemento fundamental e pode ser compreendida enquanto o “uso de um conjunto de sinais ou de um sistema significativo para representar coisas e trocas de significados sobre elas”, seja na forma de palavra – escrita ou falada – ou expressa por meio de imagens, como as projetadas pela mídia, por fotografias, pinturas ou desenhos (45) (p.7). Nestes termos, uma (possível) (in)definição para a análise que será construída neste capítulo baseia-se na premissa da racionalidade biomédica-medicina ocidental contemporânea enquanto um conjunto de práticas que privilegia a objetividade, a cientificidade, a neutralidade e a especialização de saberes e que está orientada por

“concepções materialistas, mecanicistas, centradas na doença e no controle do corpo biológico. São concepções compatíveis à visão de controle sobre a natureza herdada do renascimento e afirmada pela razão científica moderna, enquanto modo de produção de verdades socialmente dominante (Luz, 1988)”. (77) (p.5)

Com esta abordagem, compreende-se então que a estrutura de pensamento que caracteriza o saber biomédico e suas práticas em saúde está histórica, cultural e socialmente situada, entrelaçando-se também com fatores políticos e econômicos que, em conjunto, repercutem “na produção de um modelo técnico-centrado de atenção à saúde, que persiste na contemporaneidade” (76) (p.555). Ainda que a medicina ocidental contemporânea, de modo estrutural, pretenda ser estritamente científica (no sentido positivista do termo) ela não está desvinculada de fenômenos ou processos socioculturais e isenta de gerar efeitos reais e práticos na sociedade a partir de seus conceitos e concepções.

Do mesmo modo, é preciso levar em conta também que a produção de sentidos é um jogo complexo no qual seus “resultados” são incertos, uma vez que eles dependem e variam de acordo com a forma como o significado é emitido e recebido, construído e (re)interpretado em diferentes situações (e em diferentes contextos) (4). Tal qual o poder na análise foucaultiana, os significados culturais circulam sem se ater completa e permanentemente a um só ponto, interagindo e se transformando em relações que nem sempre são iguais, mas que quase sempre são conflitantes, contraditórias, ambivalentes e instáveis (4,27). Por esta razão, por mais que a centralidade no modelo de cuidado biomédico persista na organização do trabalho no Sistema Único de Saúde brasileiro, na formação profissional, nas ações de atenção à saúde e também na forma como o conhecimento é produzido no campo da saúde (78), é necessário reconhecer as disputas entre o que está estabelecido e as “propostas de modelos alternativos” que têm sido construídas desde a criação do SUS (78) (p.1870).

Exemplo disso é o modelo preconizado pela Estratégia Saúde da Família como projeto formulado pelo MS que reorganiza a atenção à saúde no SUS e que vincula a categoria profissional agente “comunitário” de saúde às equipes multiprofissionais nos serviços de atenção básica, potencializando assim o desenvolvimento de suas ações junto à comunidade. Também podemos citar as portarias que consolidam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que, em conjunto com outros programas e ações ministeriais, estimula o resgate de conhecimentos tradicionais e o acesso da população a práticas integrativas, como o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, bem como a oferta de Lian Gong, de acupuntura, de dança circular, de meditação, de terapia comunitária, entre outras formas de cuidado que incentivam a criação de uma “nova cultura de saúde” (10).

Como bem apontado por Fertoni, Pires, Biff e Scherer (78), a ESF se constitui como “uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico”, sobretudo em relação à sua limitação na compreensão estritamente biológica sobre o processo saúde-doença-cuidado e à sua abordagem médico-centrada. Assim, ao sinalizar “para a construção de um novo paradigma para pensar e produzir saúde, orientado pelos princípios do SUS”, as diretrizes desse projeto redimensionam e ampliam as ações – tanto individuais, como

coletivas – de promoção da saúde e de prevenção de doenças, envolvendo a construção de relações acolhedoras que valorizam a participação social, o trabalho interdisciplinar e a autonomia das/os usuárias/os do serviço no seu próprio cuidado (78) (p. 1874).

As disputas entre o modelo biomédico clássico e a Estratégia Saúde da Família encontram-se justamente nos inúmeros desafios que este modelo de atenção “alternativo” encontra para se consolidar na prática cotidiana dos serviços de saúde. Sem desconsiderar toda a “heterogeneidade de configurações das equipes” e dos contextos sociais e regionais nos quais estão situadas, uma das dificuldades analisadas por Fertoni, Pires, Biff e Scherer (78) diz respeito à recorrente fragmentação do processo de trabalho, que implica na (e/ou reforça a) hierarquização e na “desigualdade entre as diferentes categorias profissionais, geralmente com subordinação de diversas profissões aos saberes e práticas da medicina” (p. 1874-75). As pesquisadoras ressaltam também a disputa em torno da implantação da integralidade do cuidado, que muitas vezes é dificultada pela forma como a assistência à saúde é prestada, tanto em relação ao entendimento dxs profissionais sobre a “multidimensionalidade do ser humano” (suas vivências e formas de interpretar a vida e o que acontece ao seu redor), como ao próprio funcionamento dos serviços de saúde em sua divisão em níveis de atenção (78) (p. 1875).

Diante da análise crítica lançada por estas pesquisadoras e da perspectiva empreendida pelos EC é possível compreender, então, o SUS enquanto um conjunto de práticas – uma cultura – associado ao poder e à hegemonia (45) no qual forças hegemônicas e contra-hegemônicas estão em constante disputa, em uma relação de luta, resistência e troca-compartilhamento de significados culturais (79,27). Retomando a ideia do circuito da cultura para descortinar a complexa articulação entre suas diferentes dimensões, a análise de documentos institucionais e publicações acadêmicas contribuíram, em larga medida, para compreender as dinâmicas das representações e das regulações culturais sobre a presença de ACS no SUS, frente à racionalidade científico-biomédica e aos modelos alternativos de atenção à saúde.

Como abordaremos mais adiante, uma vez que essas dinâmicas estão relacionadas à (re)produção de classificações, normas, sentidos e valores para a manutenção da ordem e para a validação-legitimação de práticas e discursos, faz-se necessário problematizar o discurso dominante da medicina contemporânea ocidental

que, apoiado em sua própria ideia de *cientificidade*, pode subalternizar a atuação profissional e os conhecimentos produzidos por agentes comunitários/os de saúde desde suas práticas cotidianas.

Entre práticas e discursos: conceituando sistemas de representação e regulação cultural

Em linhas gerais, os Estudos Culturais compreendem a representação como “uma parte do processo pelo qual os significados são produzidos e compartilhados entre os membros de uma cultura” (27) (p. 31). De acordo com Paul du Gay e Stuart Hall, isso quer dizer que o *significado* não é intrínseco às *coisas* ou à *realidade*, mas é socialmente construído a partir de jogos de linguagem e de sistemas de classificação para atribuir sentidos a objetos, pessoas e eventos (80, du Gay apud 80). Ao passo que este campo de investigação visualiza a cultura como um “conjunto de práticas” e afirma que há diferentes formas de interpretar o que acontece ao nosso redor (27) (p.20), é inquestionável a proposição de que “a representação não é uma prática simples, tampouco transparente” (p. 28). Com isso Hall (27) assinala que:

“nós concedemos sentido às coisas pela maneira como as representamos – as palavras que usamos para nos referir a elas, as histórias que narramos a seu respeito, as imagens que delas criamos, as emoções que associamos a elas, as maneiras como as classificamos e conceituamos, enfim os valores que nelas embutimos”. (p. 21).

Na perspectiva dos EC, a construção de sentidos, longe de ser uma prática neutra, aleatória e/ou despreziosa, reverbera na formação das identidades e na marcação de diferenças, na produção e no consumo de artefatos culturais e na forma como as normas e a ordem são elaboradas e mantidas para a regulação da conduta social (27). Na interface com a representação, a regulação cultural “auxilia no estabelecimento de normas e convenções segundo as quais a vida em sociedade é ordenada e administrada”, de acordo com um conjunto de conceitos, imagens e ideias (27) (p.22-3). Outrossim, o sociólogo Kenneth Thompson (81) destaca que a regulação cultural é um processo dinâmico que envolve a participação não só de forças econômicas e políticas que vêm das instituições, em um contexto macroestrutural, mas também de indivíduos e grupos em contextos microssociais, cujas ações repercutem em diversas arenas da vida social, como o lazer, a sexualidade, a globalização e a imigração, por exemplo.

Por entre abordagens funcionalistas, estruturalistas e pós-estruturalistas das ciências sociais e humanas (incluindo os referenciais da sociologia, da ciência política e da economia), “o status epistemológico do conceito de regulação é pouco estabelecido e a sua definição varia muito de acordo com os autores” e suas linhas de pensamento (81). Como um projeto acadêmico-político que se propõe a ampliar o conceito de cultura e a ser inter-trans-indisciplinar, a abordagem teórico-metodológica dos Estudos Culturais não se funda em uma posição teórica unificada, reproduzindo paradigmas de grandes tradições das ciências sociais e humanas de maneira acrítica, atemporal e descontextualizada (53,41). Assim, ao invés de recriar e enquadrar a regulação em uma definição, os teóricos culturais trabalham com múltiplos sentidos que envolvem pensar as práticas e efeitos em torno tanto da regulação que vem do Estado e/ou do Mercado – envolvendo a regulação moral (ou a disciplina) em nome da manutenção da ordem econômica e social – como também da regulação moral que acontece em interações da vida cotidiana (45,81).

De forma geral, a regulação é pensada pelos EC a partir da articulação entre as dimensões pública e privada, cujas esferas da vida comunitária, do espaço doméstico, das instituições públicas e do mercado se sobrepõem frequentemente em nossas práticas cotidianas (45). Tais dimensões marcam não só a delimitação espacial-física de cada uma dessas esferas – a rua, a casa, o serviço de saúde, o trabalho, o lazer, por exemplo – mas carregam expressões materiais e simbólicas que qualificam, classificam e organizam as atividades sociais, econômicas e políticas, estabelecendo assim funções, comportamentos, padrões, perfis ocupacionais, dentre outras formas de colocar cada “coisa” (e cada pessoa) em seu lugar (45).

Ressaltando a dinamicidade das práticas e políticas regulatórias promovidas por indivíduos e instituições, Thompson (81) afirma que estas são “frequentemente contestáveis” e implicam em “lutas por significados, valores, formas de subjetividade e identidade” (p.3). No entanto, ao mesmo tempo em que a produção de sentidos e o compartilhamento de significados são vistos pelos EC enquanto práticas que se manifestam – e deslizam – em nossas interações cotidianas, Hall (27) chama atenção para as ações que resultam em práticas representacionais de *estereotipagem*, as quais tencionam a essencialização, a naturalização e a fixação de um “significado verdadeiro” em detrimento de “vários significados potenciais”, privilegiando, assim, apenas uma única forma de ser-pensar-existir (p.140,143,190).

Transitando por entre concepções sobre as configurações das relações de poder e da luta pela hegemonia formuladas por teóricos como Michel Foucault, Antonio Gramsci e Richard Dyer, Stuart Hall (27) pontua que, ao tratar sobre a produção de significados em termos de (re)produção de estereótipos, está se referindo a um tipo específico de poder. Assim, o autor refere-se ao *poder simbólico*, um tipo de força que, associado à hegemonia e operando com base na classificação e na marcação da *diferença* (p. 157), acaba por estabelecer limites simbólicos, hierarquias e cisão entre o que é tido como *normal-aceitável* daquilo que é considerado como *anormal-inaceitável* (p. 192). Desse processo decorre o distanciamento (muitas vezes radical) entre o “pertencente e o que não pertence [...]”, entre ‘pessoas de dentro’ (insiders) e ‘forasteiros’ (outsiders), entre nós e eles.” (p. 192).

Tendo o circuito da cultura como referência, aqui, para a nossa análise, reconhecer a articulação entre as dimensões da representação e regulação é importante especialmente para compreender como essas práticas podem corroborar para a reprodução de um modelo e/ou de um padrão a ponto de “subjugar” e “limitar” (83) (p.6), pessoas, práticas e saberes que costumam ser colocados à margem (ou até mesmo excluídos) pelo discurso dominante em suas diversas configurações. Seguindo este enfoque, é relevante refletir sobre as *formações discursivas*, que, associadas à linguagem, (re)criam e (re)produzem definições sobre um determinado assunto ou ainda sobre uma determinada atividade social ou um lugar institucional na sociedade, construindo assim certas formas de falar, de se referir e/ou de conhecer tais e tais tópicos (27).

Para Stuart Hall (27), o discurso, ao vincular um conjunto de ideias, imagens e práticas a algo (como objetos ou acontecimentos) ou alguém (seja individual ou coletivamente), pode relacionar-se com o poder hegemônico e estabelecer qual “tipo de conhecimento é considerado útil, relevante e verdadeiro em seu contexto”, determinando “que gênero de indivíduos ou sujeitos personificam essas características” (p.25-7). Assim, de certo modo, na medida em que o discurso é permeado por relações desiguais de poder e ordena *quem* pode e *o que* se pode falar e debater (e *sobre quem* se pode falar), ele tende a construir verdades sobre “o outro”, projetando imagens estereotipadas que reduzem e simplificam experiências e vivências (27) (p. 80 e 190).

Nesses termos, quando, na cultura hegemônica da racionalidade biomédica, o saber se associa ao poder a ponto de regular condutas e produzir verdades sobre o outro, acaba por desqualificar saberes e práticas de cuidado que não são reconhecidos como verdadeiros, oficiais ou legítimos por sujeitos e estruturas institucionais que detêm o discurso dominante. É o caso, por exemplo, de publicações científicas que representam xs ACS de forma subalternizada, como abordaremos adiante. Resulta desse processo uma divisão latente entre o *saber* reconhecido como *especializado* e aquele que é classificado como *subespecializado* ou até mesmo como um *não-saber*, no qual regimes de representação e práticas regulatórias operam modelando e modulando tudo aquilo que é marcado como “desencaixado” e, portanto, “fora do lugar” (27).

Diante do exposto, a problematização aqui construída acerca do discurso hegemônico produzido pela racionalidade científico-biomédica é um recorte necessário para situar nossa análise, mas sem perder de vista a dinamicidade e a polissemia do campo da saúde. Por ser um recorte, configura-se, em primeiro lugar, como uma representação de um problema, e, portanto, é uma interpretação possível. Sendo assim, a partir da leitura de documentos institucionais da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde e de artigos publicados em periódicos científicos que tratam sobre a categoria profissional “agente comunitário de saúde”, identificamos dois eixos de formação discursiva para debater qual tipo de conhecimento (ou quais tipos) é (ou são) produzido(s) sobre o papel dessxs profissionais no SUS:

- *Discurso legal*: construído pela OMS e MS em normativas técnicas e políticas públicas;
- *Discurso objetivo*: arquitetado pelo conhecimento acadêmico-científico em pesquisas sobre o perfil “dos” ACS.

Com este enfoque, tem-se aqui a “palavra escrita” como principal referência para pensar a respeito das representações e regulações em torno desta categoria profissional. Não se trata de uma revisão de documentos ou publicações científicas nos termos de uma pesquisa documental ou de uma revisão integrativa ou sistemática da literatura, de acordo com procedimentos e regras metodológicas para falar sobre

um tema ou uma problemática bem delimitada. A proposta é trazer para o centro do debate as relações de poder e o conjunto de forças que atravessam, circulam e atuam na complexa dinâmica de legitimação-deslegitimação de saberes que se (des)encontram no campo da saúde, olhando para os contextos e personagens envolvidos (e atuantes) nessas disputas.

Embora possa parecer que os discursos *legal* e *objetivo* pertencem a lugares institucionais distintos, eles estão em constante relação, principalmente se considerarmos que ambos estão atravessados por questões políticas na medida em que criam diretrizes e sentidos que corroboram para a organização e a (re)produção de processos de trabalho e de práticas de cuidado. Sendo assim, não é apropriado dividir os dois discursos em tópicos diferentes, fragmentando a análise. Além do mais, considerando a dinamicidade do circuito da cultura, faz-se necessário observar o diálogo entre os interesses, contextos e atores (e porque não atrizes!) políticos, sociais, culturais e econômicos que estão em jogo.

Entre práticas, discursos e contingências: diálogos entre o discurso legal e o discurso objetivo

- Logo que eu entrei no Centro de Saúde pra mim foi muito estranho porque apesar de morar no núcleo, em uma comunidade, eu nunca tive comportamento que eu via, eu via os colegas [falando] ali e me assustava. Eu olhava assim e a pessoa falava:
 - “favelado é bandido, não gosta de trabalhar, é vagabundo”.
 Eu via assim, [parecia que era] um povo sem educação, (...) eu pensava: “meu Deus, será que é isso mesmo?”. Tipo assim, teve uma vez que eu cheguei pra colega e falei assim:
 - “Gente, que é isso? A favelada aqui sou eu”.
 Eu falei isso. Aí ela disse:
 - “pára com isso, que você não é favelada”.
 - Não tô dizendo que eu sou favelada, se você parar pra pensar, quem deveria estar se comportando dessa forma, morta de fome, na cabeça de alguns, seria eu. **(Carolina, ACS desde 2015, mulher negra, nordestina)**

Para a nossa análise, a inserção de agentes comunitárias/os de saúde nos serviços de atenção primária pode ser compreendida como um evento de cultura contemporânea regulado principalmente pela Organização Mundial da Saúde, em um contexto mundial, e pelo Ministério da Saúde brasileiro, em contexto nacional. Apesar de ser relevante considerar as políticas e as especificidades em torno da municipalização da gestão-gerenciamento das ações desenvolvidas por esta categoria profissional, deixaremos para aprofundar essa questão no capítulo 3, onde

nos dedicaremos a analisar mais cuidadosamente a presença de ACS em Campinas, especialmente frente à condução dos grupos de Lian Gong.

Em interface com o circuito da cultura, podemos compreender os documentos publicados pela OMS e pelo MS como ferramentas que orientam quanto ao desenho, à implementação, ao monitoramento e à avaliação de programas de “agente comunitário de saúde”. Com essas referências, colocamos em perspectiva não apenas as ações, os programas e as estratégias que organizam o processo de trabalho em saúde, mas principalmente as diretrizes – as representações e as regulações – que definem o perfil profissional das/dos ACS em relação às suas habilidades, competências e atividades realizadas.

Dessa forma, a discussão aqui apresentada abrange, em parte, uma revisão sobre as formas de inserção, local de trabalho e atribuições dessa categoria profissional em sistemas de saúde, mais precisamente no SUS, e está pautada na análise de documentos-chave publicados em diferentes anos e por diferentes atores institucionais, conforme listados abaixo:

- Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (84);
- El agente de salud comunitario. Guía de trabajo, pautas para la capacitación, pautas para adaptar la guia (85);
- *Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers* (86);
- Diretrizes da OMS sobre política de saúde e apoio sistêmico para a otimização de programas de agentes comunitários de saúde (87);
- Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que prova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família (88)
- O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (89);
- Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (90);
- Política Nacional de Atenção Básica (91,92,93);

Ainda que essas formulações tenham sido remodeladas ao longo dos últimos quarenta anos pela OMS e pelo MS e variem de acordo com contextos históricos,

sociais, políticos, econômicos e culturais particulares de cada país ou região onde os programas de ACS são desenvolvidos, configuram-se como instrumentos administrativos construídos pelo(s) governo(s) que são fundamentais para estruturar e normalizar a conduta de instituições, de indivíduos, do mercado e da cultura a fim de preservar a estabilidade e prevenir a desordem (94). Ao mesmo tempo em que as ações regulatórias que vem do Estado podem (ou não) ter como objetivo a promoção do bem-estar coletivo e a superação das mais variadas formas de desigualdade (94) (p.200-01), a regulação também tem o poder de conferir legitimidade, estabelecendo limites e validação institucional.

Para dialogar com o *discurso legal*, colocaremos em debate algumas publicações científicas que representam “os” ACS de forma subalternizada, sobretudo em relação à atuação desses profissionais no Sistema Único de Saúde e seus (não)saberes. No entanto, cabe destacar que identificamos diversos sentidos compartilhados pelo *discurso objetivo* sobre o trabalho realizado por essa categoria profissional, variando entre análises que reconhecem/valorizam o papel “do” agente comunitário nas equipes no contexto da Saúde da Família e outras que colocam a sua presença nas equipes de atenção primária sob suspeita. Sem ignorar essa polissemia e sem esquecer das dinâmicas sociais por onde o poder circula, o enfoque em uma das (possíveis) formas de subalternizar essa categoria profissional faz parte de uma discussão maior sobre os processos de manutenção da ordem.

Tendo como pano de fundo o campo da atenção primária à saúde, a proposta é ampliar o olhar para as disputas e contingências que permeiam os discursos em tela, reconhecendo que ao mesmo tempo em que se observa uma forte presença de forças hegemônicas, compreende-se que este campo não é estático. Dessa forma, inspirada na pergunta lançada pela pesquisadora Daniela Christovam em seu trabalho sobre o uso de PIC pelas Forças Armadas, questiona-se: no encontro entre os discursos legal, objetivo e a racionalidade científico-biomédica, “quais representações são mantidas, fortalecidas e modificadas?” (47) (p.81).

Os primeiros contornos sobre a inserção de “agentes comunitários de saúde” e “agentes de saúde da comunidade” nas equipes de atenção primária foram delineados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, em 1978 pela Organização Mundial da Saúde, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (84). Na ocasião, foram

realizados debates e formuladas diretrizes sobre os cuidados primários em saúde, enfatizando a necessidade dos governos estabelecerem políticas e estratégias para o desenvolvimento econômico e social das nações (84).

Com diversas recomendações quanto aos recursos humanos necessários para desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças neste nível de atenção, destaca-se a abertura para a participação ativa da comunidade nos processos de cuidado. Assim, reconhece-se a importância da participação social no “processo de aprimoramento e manutenção de saúde” (84) (p.19). No tocante aos aspectos operacionais propostos na/pela Conferência, há uma referência sobre a inclusão de pessoas “leigas”²⁸ nos sistemas de saúde, não como pacientes-usuárias, mas como trabalhadoras:

“Para muitos países em desenvolvimento, a solução mais realista para chegar a atender totalmente a população com serviços essenciais de saúde consiste em utilizar agentes de saúde da comunidade, que podem ser treinados a curto prazo para o desempenho de tarefas específicas. Tanto lhes poderá ser requerida toda uma série de atividades de saúde como, alternativamente, suas funções poderão limitar-se a certos aspectos da atenção, ficando a prestação da escala total de serviços a cargo de uma equipe, cujos integrantes desempenham, individualmente, um conjunto específico de tarefas. Em muitas sociedades é vantajoso que esses agentes de saúde não só sejam naturais da comunidade em que vivem como também pela mesma escolhidos, de modo a contar com o apoio comunitário” (84) (p.50-1).

É importante ressaltar que apesar da Conferência de Alma-Ata ser um marco para a institucionalização de programas de agente “comunitário” de saúde em sistemas de saúde de vários países como Brasil, Índia, Moçambique, Guatemala, Bangladesh, China, Gana, Malásia e Peru, o envolvimento de pessoas da comunidade com os cuidados em saúde local através de iniciativas governamentais ou ações não-governamentais (sobretudo as lideradas por organizações religiosas e/ou filantrópicas) já era realidade em muitas regiões e em diferentes contextos socioeconômicos desde antes das recomendações feitas pela OMS na década de 1970 (85,86). Porém, como destacado em relatórios publicados por essa agência, pelo fato destas iniciativas e ações serem ofertadas de forma fragmentada e terem fontes de financiamento instáveis, não se sustentaram como uma estratégia abrangente e efetiva de saúde pública principalmente por estarem suscetíveis a interesses políticos e econômicos externos (85,86).

²⁸ Ou, como descrito no documento citado, “pessoas com limitada educação” (p. 50).

Diante desse cenário, desde os anos de 1980 a OMS, em conjunto com seus países-membros e em parceria com a comunidade científica, profissionais de referência e diversos grupos de representantes da sociedade civil, vem lançando guias, manuais de trabalho e relatórios que orientam quanto à implantação de programas de ACS em sistemas de saúde ao redor do mundo. De modo geral, tais publicações reúnem recomendações que visam promover o acesso da população aos serviços de atenção primária e a melhoria das condições de saúde das comunidades onde atuam, considerando as possibilidades e as necessidades e estruturas específicas de cada região (85,86).

Para sistematizar as ações de trabalho na/da atenção primária, a OMS lançou em 1987 uma série de definições acerca do perfil do “agente comunitário de saúde”, especialmente em relação ao “o que é um ACS”, às condições de trabalho, atribuições e que tipo de formação deve ser priorizada para sua capacitação profissional (85). Destinado as/aos “novas/os” profissionais e também às autoridades responsáveis pela formulação das políticas de saúde e profissionais responsáveis pela formação e supervisão das/os ACS, o manual em questão (85) revisa e amplia o debate suscitado em documentos anteriores (publicados em 1974,1977,1980) trazendo as seguintes diretrizes (p.10-3):

O que é “um” ACS	“O ACS é um homem ou mulher escolhido pela comunidade e treinado para lidar com os problemas de saúde de seus membros e trabalhar em estreita colaboração com os serviços de saúde. Deve ter um nível de instrução elementar, isto é, saber ler, escrever e fazer cálculos matemáticos simples.”
Condições de trabalho	“O ACS depende das autoridades da comunidade local e dos supervisores nomeados pelos serviços de saúde. Deve agir de acordo com a orientação de seus supervisores dentro de uma equipe de saúde. Pode ser empregado em período integral ou parcial em atividades de saúde e deve ser remunerado.”
O que faz “um” agente de saúde?	“Suas funções abrangem os cuidados de saúde e o desenvolvimento da comunidade, mas devem se limitar ao que aprenderam durante o treinamento. ‘O’ ACS deve reconhecer seus limites e agir dentro deles. Não pode esperar resolver todos os

	<p>problemas que encontrar, mas deve poder enfrentar os problemas mais comuns e urgentes. Deve sempre ter em mente que não trabalha isoladamente, mas age dentro de um sistema de saúde seguindo a orientação de supervisores experientes e com o apoio deles. (...). Deve ajudar as autoridades e a população a tomar iniciativas e se interessar por qualquer atividade que possa melhorar as condições de vida da comunidade.”</p>
<p>Formação para ACS</p>	<p>Depende da descrição da sua posição, dos problemas a serem resolvidos, do nível de desenvolvimento do país ou da área e do seu grau de instrução. No caso de ACS's trabalhando em áreas rurais de um país em desenvolvimento, o treinamento inicial pode durar entre seis a oito semanas. Será de natureza prática e deve ser ensinado, se possível, na mesma área do serviço de saúde em que residem e trabalham. (...) ['Os supervisores'] também devem supervisionar a formação permanente e oferecer cursos de atualização e treinamento em novas técnicas, no centro de saúde ou em outros locais.</p>

Por ter entre seus princípios o atendimento às necessidades e demandas locais, os programas de ACS ao redor do mundo podem variar em relação à denominação das/dos trabalhadoras/es (*community health promoter, lady health worker, colaborador voluntario, agentes polivalentes elementares e village health worker*, para citar alguns títulos) e também em relação às atividades desenvolvidas por estas pessoas (85,86,87). Dentre a ampla gama de cuidados ofertados por estas/es profissionais, destacam-se alguns exemplos: *visita domiciliar, saneamento ambiental, primeiros socorros e tratamento de doenças simples e comuns; assistência materna, saúde infantil e planejamento familiar; controle de doenças transmissíveis; atividades de desenvolvimento comunitário; manutenção de registros e coleta de dados sobre eventos vitais* (Ofosu-Amaah apud 86) (p.8).

No Brasil, a primeira experiência com agentes comunitárias de saúde aconteceu no Ceará, em 1987, ano marcado por uma grande seca que atingiu,

sobretudo, os municípios do sertão. Como medida emergencial, o governo estadual investiu recursos federais para criar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará (PACS-Ceará), contratando cerca de seis mil mulheres, moradoras das áreas mais afetadas, para desenvolverem ações básicas de saúde, tais como: terapia de reidratação oral, vacinação, incentivo ao aleitamento materno, dentre outras atividades voltadas principalmente para a saúde materna e infantil (95,96,97). Com a proposta de geração de renda para suprir a carência que assolava a região e para melhorar as condições de saúde da população, o referido Programa priorizou que:

“as agentes de saúde fossem escolhidas entre as mulheres pobres, pois a ideia era garantir um salário mensal durante o período da seca, mas com mulheres capazes de fazer o trabalho, conhecidas e respeitadas pela comunidade, independentemente da escolaridade”. (96) (p.350)

Devido aos resultados exitosos desta experiência, o Ministério da Saúde iniciou a expansão do PACS-Ceará para todo o país, implantando o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, cujas normas e diretrizes foram instituídas e regularizadas pela Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, juntamente com a regularização do Programa Saúde da Família no âmbito da atenção básica (98). Entretanto, apesar dessa Portaria definir as responsabilidades dos governos federal, estadual e municipal em relação ao PACS e determinar as atribuições básicas das/os ACS, apenas em julho de 2002 a categoria *agente comunitário de saúde* foi regulamentada enquanto profissão vinculada ao SUS, a partir da Lei nº 10.507 (88,99).

Nas primeiras publicações que orientam o trabalho “do” ACS no Brasil, o MS representa “este” profissional como “um educador em saúde” e “um agente de mudanças”, enfatizando que sua atuação valoriza as questões culturais da comunidade e a integração de saberes, além de privilegiar o acolhimento e a criação de vínculo (89,90). Como “um personagem fundamental”, desempenha um importante papel de mediador entre a comunidade e o serviço de saúde (89,90). Entre as atividades desenvolvidas por essa categoria profissional, destacam-se ações educativas para a prevenção de doenças e de agravos, promoção de saúde e vigilância, tendo as famílias como ponto de partida para o trabalho na/com comunidade (91,90). Dessa forma, o principal instrumento de trabalho das/os agentes

é a visita domiciliar e o lócus de atuação privilegiado é o território (98), pois suas atribuições abrangem práticas como:

- Cadastramento das famílias e atualização dos dados cadastrais;
- Mapeamento de sua área de abrangência;
- Atenção e cuidados ao recém-nascido e à mulher durante o puerpério;
- Busca ativa de doenças infectocontagiosas;
- Ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos;
- Inclusão social de portadoras/es de deficiência psicofísica na comunidade;
- Apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória.

A leitura de outros documentos institucionais também leva a refletir sobre os limites das ações e atuação de ACS dentro das equipes de saúde. Em consonância com as definições traçadas pela OMS sobre o perfil desta categoria profissional, as Portarias que aprovam as edições da Política Nacional de Atenção Básica de 2006 e 2011 (91,92) estabelecem que cabe à/ao enfermeira/o “planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe”. Ao analisar estes documentos, fica evidente que, entre as suas atribuições “dos” agentes de saúde, estxs profissionais não desempenham nenhuma atividade de avaliação, coordenação e/ou gerenciamento, ficando subordinado a saberes especializados.

Já as diretrizes da PNAB de 2017, estabelecidas pela Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017 (93), redefinem as atribuições e redimensionam a atuação destxs profissionais de forma significativa, reorganizando também o funcionamento da atenção básica e o processo de trabalho em saúde. Ao incluir Agentes de Controle de Endemias nas equipes de atenção básica, esta política recomenda que as/os ACS trabalhem em conjunto com as/os ACE, ampliando substancialmente as ações relativas ao controle, prevenção e intervenção em problemas de saúde pública no território. Dessa forma, as/os ACS passam a desenvolver atividades específicas de vigilância em saúde (sanitária, ambiental e epidemiológica), ficando responsáveis, também, pela investigação de casos suspeitos de doenças e agravos, tais como dengue, raiva, hanseníase, zika vírus e febre amarela.

Se antes as famílias eram o ponto de partida para o trabalho desenvolvido por ACS nas comunidades onde atuam, as reformulações preconizadas pela PNAB vão restringindo gradativamente o trabalho de educação em saúde à uma lógica majoritariamente biomédica, já que as reestruturações visam determinadas adequações no perfil profissional desta categoria para sua permanência nas equipes de saúde. No caso das atribuições específicas de ACS, desde a versão de 2006 da política em questão (91) é previsto que esta categoria profissional desenvolva atividades dentro das unidades de saúde, mas sem defini-las, dando abertura para “desempenhar tarefas que [se aproximam] de um auxiliar genérico dos demais profissionais [cujas ações] podem ser realizadas para suprir a ausência de outros trabalhadores (...).” (100) (p.267).

Com a versão da PNAB de 2017 (92), essas tarefas começam a ter contornos mais definidos, uma vez que o cadastramento e a atualização de dados de municípios nos sistemas de informação pertinentes passam a ser consideradas como de responsabilidade de ACS, bem como a sua participação nos processos de regulação de agendamento ou desistência de consultas e exames solicitados por profissionais da atenção básica. Diante desse cenário, as pesquisadoras Morosini e Fonseca (100) afirmam que na medida em que o trabalho desenvolvido por ACS “passa a se organizar a partir de uma racionalidade que atende a propósitos muito específicos, cujos nexos remetem mais fortemente a lógica gerencialista” o território vai deixando de ser “o espaço de relações em múltiplas dimensões” para ser apenas um “local de intervenção sanitária” (p. 267).

Essa condição se acentua quando o texto da PNAB publicado em 2017 indica aberturas para a realização de ações que antes eram exclusivas de profissionais da enfermagem – desde que as/os ACS tenham treinamento específico e sejam assistidas por profissionais de saúde de nível superior, poderão realizar procedimentos como aferição da pressão arterial, medição de glicemia capilar e limpeza de curativos, sendo permitido também planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas por outros agentes de saúde (93).

Tal proposição é reforçada pela Portaria nº 83 de 10 de Janeiro de 2018 (101) formulada pelo MS que institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde, com o objetivo de ofertar curso técnico em enfermagem para duzentos e cinquenta mil ACS e ACE para proporcionar maior resolutividade aos atendimentos

realizados à população e assim fortalecer as ações da atenção primária. Na coletiva de imprensa²⁹ concedida no dia 23 de Janeiro de 2018 por Ricardo Barros, ministro da pasta na época do lançamento desta Portaria, foi divulgado que, com um orçamento de R\$ 1,25 bilhões, tal qualificação profissional estava em conformidade com a reestruturação planejada pela nova Política Nacional de Atenção Básica já que, para este nível de atenção à saúde:

"queremos um agente comunitário de saúde que na visita domiciliar tenha resolatividade, que a visita que ele faz em cada casa ele possa praticar ações de prevenção e promoção da saúde que sejam úteis para a melhoria da qualidade do atendimento de todos os nossos usuários do SUS." (Fala do Ricardo Barros, então ministro da Saúde).

São muitas as incongruências e inconsistências que permeiam a proposta de (des)qualificação das/os agentes de saúde. Como bem problematizado pela Resolução nº 582, de 10 de Maio de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (102), uma delas diz respeito ao desalinhamento dessa proposta com o modelo de atenção preconizado pela Estratégia Saúde da Família. Do mesmo modo – e o que é ainda mais grave – além de desvalorizar as/os agentes de saúde enquanto trabalhadorxs do SUS, a proposta em questão “não reconhece que possuem formações, inserções e atuações diferenciadas” (102), descaracterizando completamente o seu perfil profissional ao estabelecer como um de seus objetivos a contribuição “para a adequada capacitação e qualificação dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias para atuação no SUS” (102).

Nesses termos, nota-se que o pronunciamento feito por Ricardo Barros na coletiva de imprensa – transmitida ao vivo por uma rede social – ignora o alcance das ações desenvolvidas por ACS desde os anos de 1980 no Brasil e deslegitima o papel das/os agentes comunitárias/os de saúde representado inicialmente como “agente de mudanças” e “educador em saúde” (89,90). Isso implica na (tentativa de) consolidação de um trabalho instrumentalizado e utilitarista (100), fragmentando e enfraquecendo suas ações no âmbito da atenção primária em saúde, especialmente em relação à construção de vínculo com a comunidade e à produção de saberes que não estão circunscritos à cultura biomédica. Sendo assim, é interessante pontuar também a

²⁹ Vídeo da coletiva de imprensa “Fortalecimento da Atenção Básica”, publicado pelo Ministério da Saúde: <https://www.facebook.com/plugins/video.php?href=https%3A%2F%2Fwww.facebook.com%2Fminsaude%2Fvideos%2F1889614701057137%2F>

assimetria entre a (des)qualificação profissional com as atribuições de ACS previstas pela Lei nº 13.595, de 5 de Janeiro de 2018 (103), na qual o Artigo 3º estabelece que:

“O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal”.

Outra questão crítica destacada pela Resolução do CNS refere-se à ausência de um debate público adequado, realmente aberto para a participação social e para o envolvimento de representantes das duas categorias de agentes de saúde, de pesquisadoras/es, profissionais de saúde e associações ou entidades que estão em defesa do SUS e da saúde como direito (102). O documento ressalta ainda que a Portaria nº 83 permite o investimento de recursos públicos em instituições de ensino privadas para a oferta dos cursos, desconsiderando as diretrizes do Referencial Curricular Nacional para o Curso Técnico de ACS, que já havia sido elaborado pelo próprio Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação, no ano de 2004, assim como as Diretrizes e Orientações para a Formação do Técnico em Vigilância em Saúde, formuladas em 2011 (102).

Paralelamente – e na contramão da proposta do governo federal brasileiro – em 2018 a Organização Mundial da Saúde lançou novas diretrizes para a otimização de programas de agentes comunitários de saúde com base em evidências científicas sobre a eficácia do trabalho desenvolvido por estas/es profissionais. Com base em uma extensa revisão da literatura em torno de questões como seleção, formação, mobilização de recursos comunitários, formas de intervenção fomentadas pelo trabalho das/dos agentes, dentre outras, o documento “Diretrizes da OMS sobre política de saúde e apoio sistêmico para a otimização de programas de agentes comunitários de saúde” (87) analisa que:

“Para além de intervenções prestadas a nível individual e familiar, há muito que se reconhece o potencial dos ACS para desempenharem papéis sociais e políticos a nível comunitário, no âmbito da atuação sobre determinantes sociais de saúde, para a transformação das condições de vida e da organização da comunidade. Esta dimensão inclui a identificação participativa, com a comunidade, dos problemas de saúde e uma reorientação do conceito e modelo de cuidados de saúde” (p.24).

O documento também reforça a importância de se pensar estratégias para que as/os ACS sejam efetivamente reconhecidos pelo seu trabalho, de modo que suas ações não fiquem às margens dos sistemas de saúde, principalmente em termos de: a) integração com as equipes multi-interprofissionais de atenção primária; b) apoio e estrutura adequada para realizarem suas atividades; c) formas de contratação que assegurem a remuneração e a garantia de direitos trabalhistas (87). Dessa forma, a OMS argumenta que na medida em que os governos reconhecem o potencial das/os agentes comunitárias/os de saúde e investem na melhoria das condições de vida e de trabalho destes profissionais, é possível diminuir as desigualdades de acesso aos cuidados primários e aumentar a cobertura universal da saúde (87).

Diante dessa conjuntura, primeiramente cabe reiterar que as reorientações em pauta na atual agenda do Ministério da Saúde comprometem os princípios da atenção primária na medida em que valoriza uma abordagem centrada em “procedimentos técnicos e pautado em queixas-conduta, em detrimento de ações direcionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos” (102) orientada, sobretudo, pelo princípio do acolhimento³⁰. Ou seja, articulado à estrutura de pensamento da racionalidade científico-biomédica, o avanço de políticas públicas que visam de diversas formas o enfraquecimento dos direitos sociais apontam para o predomínio no SUS de uma lógica “mercantil, de minimização de recursos, com priorização da produção de indicadores sobre os procedimentos biomédico-centrados, ao invés de reafirmar a promoção da saúde” (102).

Nesse ponto é interessante voltar ao debate construído pelos EC sobre a regulação cultural e à noção de articulação que, inspirada em Althusser, enfatiza “como diferentes níveis de prática ou diferentes discursos se relacionam” (104) (p.17). Com base em análises sobre a regulação econômica e o avanço do capitalismo e nas reflexões de Stuart Hall sobre a relação entre significação, representação e ideologia, Thompson (104) destaca que, para manter esse sistema econômico (e toda ordem moral e condições sociais que esse mecanismo exige), é preciso uma articulação entre diferentes discursos políticos e práticas sociais para a (re)produção de uma estrutura – ou de uma ideologia – que transmita e transforme o poder em diferentes

³⁰ Em termos gerais, acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, lançada pelo MS em 2003, que busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (Folheto da Política Nacional de Humanização Ministério da Saúde, MS, 2013, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf).

domínios (p. 15 e 18). De acordo com Hall, tal articulação pode ser operada, em parte, pelo Estado, já que este tem “acesso” às dimensões da vida pública e da vida privada (Hall 1985 apud 104).

Em segundo lugar cabe destacar que, embora as novas diretrizes formuladas pela OMS sejam importantes para orientar políticas de saúde para a otimização e a consolidação de programas de ACS de acordo com o Objetivo 3 da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável³¹, no entanto, no *discurso legal* ainda prevalece uma ideia pautada majoritariamente em indicadores de desempenho, que planejam e avaliam as ações realizadas por agentes de saúde de forma quantitativa e objetiva. Junto com isso, percebe-se também que a formulação de estratégias para a criação de “forças de trabalho em saúde, de base comunitária e adequadas aos objetivos pretendidos” pelos referidos programas (87), em um nível estrutural, visa muito mais a adequação do “leigo” aos sistemas de saúde “em que prestam serviço”, de forma operacional, do que realmente uma integração orgânica³² e interepistêmica entre saberes e práticas de cuidado formais e aquelas que não estão circunscritas ao processo de trabalho em saúde ou à uma formação profissional especializada.

Sem desconsiderar a relevância da mensuração dos serviços prestados por agentes de saúde e dos esforços da OMS (e de outras instâncias regulatórias/reguladoras) para a criação de parâmetros necessários para a formação de base destas/es profissionais, também é importante olhar com atenção para a definição de quais tipos de conhecimentos, habilidades e competências que, em conjunto, devem orientar o trabalho realizado por ACS. Ao mesmo tempo em que uma delimitação das funções pode contribuir para organizar e estruturar o cotidiano do trabalho em saúde – e assim determinar quais objetos e instrumentos de trabalho são

³¹ Trata-se de um conjunto de metas que integram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável elaborada pela Organização das Nações Unidas, a qual apresenta um plano de ação que elege 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, respeitando os limites do planeta. No tocante ao Objetivo 3, trata-se de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos e todas, em todas as idades” (Plataforma Agenda 2030, <http://www.agenda2030.org.br/sobre/>).

³² Em referência às reflexões de Stuart Hall sobre o conceito de *intelectual orgânico* formulado pelo cientista político Antonio Gramsci. Nessa interlocução, Hall destaca que: “os intelectuais orgânicos são comprometidos com um trabalho intelectual que gera mudanças sociais e econômicas” (4) (p.15). Com essa analogia quero dizer que ainda persiste um modelo de atenção à saúde administrado por uma ótica epistêmica que privilegia a técnica, a sistematização e a especialização do conhecimento, subalternizando saberes outros. A ausência dessa problematização em documentos oficiais deixa de lado um debate que (re)afirme (e se comprometa) com a abertura e o apoio à integração de saberes e de práticas que produzem saúde e cuidado e que não se restringem à racionalidade científico-biomédica dominante.

necessários para “o leigo” atuar nas equipes de atenção primária – também pode provocar relações assimétricas entre as categorias de profissionais da saúde, principalmente se essa demarcação for feita de acordo com critérios que classificam e diferenciam os (não)saberes entre “leigo-popular”, “técnico-profissional” e “teórico-científico”, por exemplo.

Em um artigo sobre a prática gerencial “do enfermeiro” no Programa Saúde da Família (PSF), as autoras apresentam uma reflexão crítica sobre a atuação “deste” profissional em relação aos desafios de transformar o “fazer gerencial” em uma “prática pedagógica transformadora” que estimule a “emancipação e a autonomia dos sujeitos envolvidos” no processo de trabalho em saúde (105) (p.1356). Apesar das enfermeiras-pesquisadoras afirmarem que a complexidade das atividades desenvolvidas no PSF exige de “todos” “os” profissionais de saúde “a apropriação de novos conhecimentos, habilidades e tecnologias” para assegurar a “integralidade da atenção” (105) (p.1357), no entanto, a problematização sobre o “fazer do ACS” ainda reside na afirmação sobre a ausência de um saber sistematizado e sobre a necessidade de uma intervenção verticalizada:

“No fazer do ACS, existe um conjunto de situações, para o qual a área da saúde ainda não conseguiu desenvolver um saber sistematizado, os instrumentos gerenciais, nem instrumentos de trabalho. Desse modo, afirma-se que na sistematização do saber do ACS, a partir do cotidiano do seu trabalho, é imprescindível que sejam envolvidos os espaços da supervisão e da gerência”. (105) (p. 1358)

Sem conceituar o que é “saber sistematizado” e nem apresentar quais projetos ou ações pedagógicas e de supervisão-gerenciamento poderiam ser desenvolvidas por enfermeiras/os neste caso, fica a incerteza de como seria a condução dos espaços citados pelas autoras, principalmente em relação à participação ativa de ACS em projetos que tenham como proposta a construção de autonomia e de práticas emancipatórias no processo de trabalho em saúde. Embora o artigo citado avalie a necessidade de redimensionar a atuação “do enfermeiro” em diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, é urgente pensar, efetivamente, sobre como a divisão de “fazeres” e a hierarquização entre os saberes que compõem o campo da saúde reforçam e reproduzem “padrões normativos, verticalizadores, centralizadores e acríticos.” (105) (p. 1357).

Em outro artigo, Santos e Filho (106) discutem sobre as relações sociais estabelecidas por agentes de saúde nas equipes de Estratégia Saúde da Família,

examinando essa questão a partir de referenciais teóricos que abordam o conceito de *capital social* e o método de *análise de redes sociais* em uma perspectiva quantitativa para medir a densidade das interações desenvolvidas. Os resultados da pesquisa indicam que as redes internas dos ACS “apresentam baixa densidade, com poucas relações externas (outros membros da ESF), o que limita a ampliação do capital social e dificulta a difusão de conhecimentos e experiências de ações de prevenção” (106) (p. 1659).

Partindo de uma visão funcionalista sobre redes que desconsidera a complexidade das interações sociais, os autores conferem “aos” agentes de saúde a missão e a responsabilidade unilateral em manter e ampliar as relações com outros profissionais de saúde que compõem a equipe da ESF. Para Santos e Filho (106) isso é imprescindível pois, já que “os” ACS “carecem de um saber sistematizado e da utilização de instrumentos adequados ao seu trabalho”, cabe a “eles” investirem na aquisição de “capital social de conexão”, o único capital que garante “a obtenção de recursos adicionais” na medida em que isso só ocorre através das “relações dos agentes com médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde de nível hierárquico superior” (p. 1660 e 1661).

Nessa perspectiva, cabe às/aos ACS então resolverem os conflitos, as desigualdades, as tensões, as disputas e as assimetrias presentes nessas “relações de autoridade” (106) (p. 1661) para que assim seu conhecimento seja enfim reconhecido e legitimado pelo crivo da ciência? Culpabilizando as/os próprias/os agentes pelo “distanciamento entre [elxs] e os demais profissionais da equipe” (106) (p. 1663) e sem refletirem criticamente sobre as estruturas de poder que permeiam as relações na área da saúde, os autores apenas concluem que:

“A baixa densidade nas redes de relações sociais no ambiente de trabalho é um indicador de pouca coesão entre os ACSs. Nas redes sociais dos agentes prevalecem relações internas (ACS-ACS) com pouca interação externa (ACS-Outros da ESF). Isso impede que o ACS aprenda mais com os outros profissionais da equipe da ESF, o que reduz sua capacidade de transferir informações de prevenção à saúde, limitando o efeito multiplicador que representa na atenção primária de saúde”. (p. 1664-65)

Retomando Stuart Hall (27) e seu debate com a perspectiva foucaultiana sobre como o discurso constrói o conhecimento e define o sujeito, estabelecendo o *que se fala* e *quem* está autorizado a falar, a imagem associada às/aos ACS e seus saberes pelos artigos aqui analisados evidencia como acontece o processo de

esteriopagem. Isso ocorre quando o *discurso objetivo* se apropria de algumas características “simples, vívidas, memoráveis, facilmente reconhecidas (...) sobre uma pessoa; [onde] tudo sobre ela é reduzido a esses traços que são, depois, exagerados e simplificados.” (27) (p. 191). Assim, ao estabelecer um padrão de conhecimento – e/ou de um saber para atuar no campo da saúde – o mecanismo da estereotipagem – tal qual a regulação – contribui para a “manutenção da ordem social e simbólica” (27) (p. 192).

É interessante notar que os artigos aqui selecionados refletem sobre o trabalho “do” ACS sem dialogar com as/os ACS, construindo análises que fazem desaparecer as experiências e os saberes destas/es profissionais, invisibilizando seus conhecimentos e as formas pelas quais produzem cuidado, vínculo, saúde. Essas representações limitam a autonomia de agentes de saúde frente ao seu próprio processo de trabalho, imprimindo-lhes um rótulo que os tipifica como profissionais incapacitados em suas formas de ser, pensar e fazer por não terem um “saber sistematizado”. No limite, quando isso acontece, “o ACS” é caracterizado muito mais como um “objeto de pesquisa/objeto do conhecimento” (37) do que como “um” profissional que fala, que pensa, que vivencia e que produz cuidado e conhecimento em suas práticas cotidianas e nas interações sociais com a comunidade e com a equipe do serviço de saúde.

Diante desse contexto, Catherine Walsh (37) defende que, enquanto pesquisadoras e pesquisadores, temos então não “só” um desafio, mas um compromisso teórico e político de romper com um padrão que “disciplina a subjetividade e, ao mesmo tempo, o conhecimento” e com formas de *colonialidade do poder* e de *colonialidade de saber* que contribuem para a expropriação “do outro” de suas próprias experiências e formas de ver e entender a realidade da qual faz parte (p. 19).

Esse enfrentamento não é tarefa fácil, mas é um engajamento necessário para provocar uma virada na forma como as representações institucionalizadas (construídas e reproduzidas por pesquisadoras e pesquisadores das mais variadas áreas) insistem em forjar um efeito de realidade a partir de seus próprios ideais e referenciais epistêmicos e teóricos (37,53). Interagindo com as ideias de Walsh, a teórica cultural Nelly Richard reflete que:

“Los conflictos inherentes a toda “*política de nombrar*” (Catherine Walsh) son parte de las luchas interpretativas que agitan los campos teóricos y culturales,

ya que nombrar es siempre una forma de categorizar y las categorizaciones dominantes sacan ventajas de los abusos del poder representacional que administra la relación entre inclusión y exclusión, centralidad y márgenes”. (57) (p.11)

Com essas provocações, as duas pesquisadoras lançam um convite para pensarmos com mais amplitude sobre os efeitos de regimes de poder e de representação que operam em práticas de produção de conhecimento que subalternizam “sujeitos” e saberes que não estão de acordo com o que está estabelecido pela ciência hegemônica como “científico”, “verdadeiro”, “sistematizado”. Assim, é interessante olhar para os sentidos que as/os próprias/os ACS atribuem às suas práticas de cuidado e à sua presença nos serviços de saúde como profissionais, não para buscar uma nova – ou uma verdadeira e única – definição, mas para não reforçar ou repetir os abusos do poder de representar alguém.

Na articulação entre representação e regulação e na tecitura dos discursos *legal* e *objetivo* com a racionalidade científico-biomédica e com os modelos alternativos de atenção à saúde, o que propomos aqui não é a simples inversão binária entre os saberes “estabelecidos” e “outsiders” ou entre o hegemônico e o que (aparentemente) é contra-hegemônico. Ao passo que o cultural é compreendido aqui nesse trabalho “como uma zona de atravessamentos entre discurso, significação, identidades, poder, hegemonia, subjetividade e imaginários” (57) (p.12), não dá para varrer para debaixo do tapete toda a complexidade e as disputas, contradições, conflitos, trocas, junções, assimilações, possibilidades, limitações, tensões, rupturas, limites, aberturas e contingência que permeiam as relações e as práticas cotidianas de ACS “dentro” ou “fora” dos serviços de saúde.

É preciso então olhar para essas relações e práticas no lugar onde (e com quem) elas acontecem para assim conhecer as experiências “reais” – materiais e simbólicas – de agentes comunitárias/os de saúde desde as suas próprias narrativas e construir diálogos com os *saberes locais*, não como estratégia de aproximação colonizadora, mas como exercício de produção dialógica de conhecimento. Sendo assim, no próximo capítulo partiremos da *palavra falada* de nove ACS-instrutorxs de Lian Gong – oito mulheres e um homem – e os sentidos que atribuem às suas experiências com a profissão e com a condução de grupos desta prática corporal.

Apesar de não haver em nenhum dos documentos aqui analisados uma referência bem definida sobre o trabalho com as Práticas Integrativas e

Complementares – e, mais especificamente com grupos de práticas corporais como o LG – estar ou não entre as atribuições de ACS, é possível afirmar (ou ao menos supor) que essas atividades podem fazer parte da rotina de trabalho dessa categoria profissional. Como bem justificado pela agente de saúde Celina, as práticas corporais podem fazer parte do trabalho porque são estratégias de cuidado e de educação em saúde que, além de serem ofertadas em grupos, também estão voltadas para a promoção e para a recuperação da saúde.

Observar essa questão é interessante, sobretudo porque as (in)definições sobre o trabalho de agentes de saúde com grupos de práticas corporais podem refletir/implicar em várias formas de regulação moral por parte de profissionais de saúde que representam os grupos (seja de Lian Gong, de MVE, de artesanato ou até de caminhada) como “*grupinho*” ou “*como forma de ficar fora do serviço*”. Ainda que não seja uma regulação determinante, os tensionamentos que atravessam e que marcam essa questão podem afetar a complexa dinâmica que envolve a integração do trabalho com grupos de práticas corporais como parte das atribuições das/os ACS.

Dialogando com as reflexões compartilhadas pela pesquisadora Márcia Cristina S. Oliveira em sua dissertação sobre as (in)visibilidades do Lian Gong nos serviços de saúde, é interessante notar que as entrevistas realizadas com coordenadoras de serviços de saúde da Região Metropolitana de Campinas apontam para uma “*integração precária*” das práticas integrativas e complementares nos serviços de atenção primária (21) (p.21). Oliveira ressalta que há uma relação entre a forma como essas práticas estão inseridas ou estão sendo desenvolvidas no processo de trabalho em saúde e uma divisão latente “entre os profissionais de saúde “de dentro”, associados aos saberes hegemônicos da biomedicina, e os “de fora”, que desenvolvem práticas não convencionais” (21).

Tal condição pode repercutir de várias maneiras e pode afetar não só agentes comunitárias/os de saúde, mas também outras/os profissionais que ofertam alguma PIC. Dentre os razões que favorecem a integração precária, destacam-se:

“conflitos entre a realização das PIC e outras atividades consideradas “prioritárias” na unidade como, por exemplo, atendimentos de enfermagem e visitas domiciliares; acúmulo de funções pelos profissionais que oferecem as PIC; imputação de sobrecarga aos demais profissionais da equipe durante o período em que os responsáveis pelas PIC estão “fora” das suas funções para ofertá-las; pequeno número de profissionais qualificados em PIC nas unidades; grande número de usuários nos grupos de PIC atendidos por apenas um profissional, fato que compromete a qualidade das práticas; desmotivação dos profissionais que oferecem as PIC por falta de incentivo

institucional; e falta de espaço físico adequado para o desenvolvimento de práticas coletivas como o LG”. (21) (p.21).

Assim, embora os efeitos da integração precária possam ser comuns a todas/os profissionais que trabalham com alguma prática integrativa nas unidades básicas de saúde, no entanto, é necessário perceber que, como apontado por Oliveira (21), há diferenças relevantes em relação ao tipo de ocupação profissional e às práticas desenvolvidas. Ainda que médicas/os e/ou enfermeiras/os também façam enfrentamentos para conseguir manter atendimentos – individuais ou coletivos – com práticas “não convencionais” em suas agendas, há processos muito distintos que envolvem, por exemplo, o reconhecimento institucional dessas ações, especialmente quando ofertadas por agentes de saúde.

Nas conversações que tive com Helena e com Raquel, por exemplo, ACS desde 2001 e 2011, respectivamente, foi possível perceber algumas reflexões que abrangem a questão colocada pela pesquisadora Márcia Oliveira. Quando nos reunimos para revisar o roteiro de entrevista, Helena e Raquel afirmaram que percebem, em suas experiências, que está em curso (ou pelo menos estava, quando da época do nosso encontro, em 2018) um maior reconhecimento institucional das práticas integrativas³³:

- **Helena:** *Cada um tem uma visão diferente, um ponto de vista diferente, mas eu acho que atualmente tá melhorando porque regulamentou essa coisa do governo estar incentivando, a política toda sendo renovada, tá melhorando, eu tô sentindo que tá melhorando. Pela coordenação, pelas pessoas que trabalham juntas, eu acho que tá melhorando bem.*

- **Raquel:** *É uma coisa muito... Eu nunca acompanhei tanto assim na televisão, mas esse ano parece que teve muita repercussão a inclusão dessas novas práticas, né? E isso valorizou.*

- **Helena:** *Valorizou também porque tem a questão monetária, financeira que eu acho que vai entrar alguma coisa de investimento, de verba. Acho que vai ter essa cobrança também de estar fazendo, quantas pessoas estão fazendo, antes não tinha esse interesse.*

- **Eu:** Ah, não tinha esse interesse?

- **Helena:** *Não tinha. Você tinha um livro lá com os nomes e tal, mas agora a coisa tá mais assim, não é séria, mais burocratizada tá melhorando do ponto de vista, principalmente da chefia, da coordenação. Não existe aquela coisa de vou lá no grupo ver como é que tá. Não existe ainda, tenho esperança que ainda vá existir, vai caminhar pra isso, já está tendo uma valorização maior, um interesse maior, né, isso vai... do serviço, né. A população que vai e gosta muito.*

- **Raquel:** Sempre apoiou.

- **Helena:** *A gente ouve só coisas boas, apoiam, então... Tá beleza.*

³³ Em referência à publicação da Portaria nº 702 de 21 de Março de 2018 que altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Documento disponível para consulta em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html.

- **Eu:** E vocês acham que, assim, por ter tido a política das práticas isso valorizou as práticas, mas você acha que valorizou também o trabalho das agentes com as práticas?
- **Helena:** *Com certeza, não sei se a [Raquel] também...*
- **Raquel:** *Depois que eu vi toda a repercussão que deu esse ano eu pensei: "ah, agora vai o negócio. Agora vai pra frente". Entrou floral, é uma coisa que tá sendo reconhecida. Não sei se tem isso lá com os agentes, acho que sim, as pessoas que trabalham com a gente sabem, a gente que tá fazendo, não sei se outras pessoas, como passa na televisão lógico que não vai falar que o agente de saúde está... Tem as práticas, mas às vezes quem tá tocando. Quem tá do lado de fora pensa que são os tops da saúde, mas somos nós, em 90% dos casos somos. Não tem técnico tocando coisa assim.*
- **Helena:** *Antes as práticas não eram divulgadas. Atualmente tá assim, tá melhor como eu falei, tá melhorando porque a gente fez tipo um panfletinho com as atividades, horários. Os médicos tem colado na mesa, algumas vezes eles, não pra todo mundo, mas começou a indicar o Movimento [vital expressivo]. As enfermeiras estão me chamando bastante pra falar da importância dessa atividade para os diabéticos, hipertensos, gestantes. Eles fazem um grupo aí tem um dia pra falar do físico, sempre tem um dia que eles inserem uma prática pra pessoa não ser sedentária...*
- **Eu:** Uma forma também de reconhecer
- **Helena:** *Isso. Por isso que eu falei que as coisas estão mudando...*
- **Raquel:** *Agora nesse mês vai ter nossa reunião geral, vai ter dança circular também com os funcionários e agora também uma das agentes de saúde vai vir um pessoal pra fazer ciranda de ervas até a [nome da pessoa] vem no posto no dia 6 de novembro. Uma das agentes de saúde que é envolvida com a horta, com essas coisas, a gente já vai fazer também. Eu acho tão bom quando começa, o pessoal falando, vindo atrás. A questão de valorizar nosso trabalho...*
- **Eu:** Ver o que vocês estão fazendo.
- **Raquel:** Vendo os outros ACSs.

Ao mesmo tempo, é interessante notar que, em outros encontros, Helena e Teresa afirmaram que ainda não se sentem valorizadas pela coordenação (e também por outros profissionais) dos CS onde trabalham, apesar de trabalharem com grupos de lian gong desde 2003 e 2005, respectivamente. Os diálogos abaixo explicam melhor as situações que elas vivenciam. Quando da entrevista conduzida por Claudia, Teresa e ela analisaram essa questão:

- **Eu:** Mas aqui dentro tem alguma coordenadora que supervisiona seu trabalho? Ela vai pro grupo de vez em quando pra conhecer o grupo?
- **Teresa:** *Infelizmente, eu fico até chateada porque é uma coisa que eu acho que teria, né, a chefe, a enfermeira, a coordenadora, né, ver como que tá o grupo, se realmente tá acontecendo mesmo, se as pessoas estão frequentando, mas não tem...*
- **Eu:** Não tem, né, mas você acha que é porque elas não tem interesse?
- **Teresa:** *Eu acredito que sim, dá a impressão de que não é valorizado o que a gente faz, né, eu sinto isso. Fico um pouco chateada...*
- **Claudia:** *E lembrando que no lian gong tem as confraternizações, têm as viagens e na confraternização mesmo, principalmente de fim de ano, a [Teresa] convida, mas as pessoas acabam não indo...*
- **Teresa:** *Sempre acha uma justificativa... Pra você ver, qual a importância, qual o valor que tem, né? E eu já, sabe? Mesmo assim ontem eu entreguei a lembrancinha pra ela e mandei o vídeo que foi filmando. Aí hoje passei lá e ela falou assim:*

- “Nossa, [Teresa], seu grupo é muito chique, muito não sei o que.”
Mas não adianta falar, tem que ir lá pessoalmente e falar.
- **Claudia:** Participar, dar valor.
- **Teresa:** A coordenadora eu nem convido mais, às vezes que eu convidei ela foi uma vez só porque ela era nova aqui e tava acontecendo um café da manhã, não sei se era aniversário do grupo, não sei o que era, ela chegou na hora que já tinha acabado tudo, ficou chato, as pessoas já estavam indo embora. Aí eu falei, o café era a partir das nove, ela chegou 9:40. Tava todo mundo indo embora.
- **Eu:** Não dá valor, né?
- **Teresa:** Eu acho que não. A gente também acha que não deve mais ficar convidando. Só convidei a [nome da enfermeira], mas nenhum ano ela vai.
- **Claudia:** O que a gente faz é filmar, tirar foto, pôr no grupo do centro de saúde pra que tome conhecimento do que tá sendo feito, desenvolvido. Uma ou outra pessoa faz um comentário, parabeniza e tal.
- **Teresa:** Uma coisa que tinha que valorizar.

De maneira bem parecida, Helena também avaliou que a valorização do trabalho que realiza com grupos de práticas corporais (de MVE e de LG) ainda é um processo verticalizado, em termos do governo, municipal e federal, garantir abertura para essas atividades:

- **Helena:** O que eu sinto? Está sendo mais valorizada, tá sendo mais valorizada, não que a valorização é assim [faz gesto com as mãos, como algo grande, volumoso]... É um tópico de duas linhas: a valorização tá tendo a valorização, como eu disse pra você tá melhorando a relação e a valorização. Financeiramente não, porque você faz os grupos, você estuda, você até paga por fora pra fazer, que nem o movimento vital expressivo e não tem essa valorização financeira. Mas, a valorização de trabalho tá melhorando, precisa melhorar mais, bem mais, mas tá melhorando. O pessoal vim vê o que tá acontecendo, como é, as pessoas que vem, esse interesse ainda não teve, assim dos profissionais chegar e falar:
- “nossa vou lá, vou ver como que tá os grupos, como que ocorre né, vou lá mostrar a minha presença!”
- Não. Isso ainda não. Isso aí eu já questionei, já questionei e assim, até hoje eu não vi aparecer nenhum profissional que é da coordenação, da administração, enfermagem.
- **Eu:** Você questionou isso em reunião?
- **Helena:** Eu já questionei pra determinada pessoa, falei “eu não me sinto valorizada”, isso há muito tempo atrás, né, não vai conhecer, não se informa. Essa valorização ainda não existe.
- **Eu:** E a pessoa te responde o que quando você pergunta?
- **Helena:** Não, não respondeu. Talvez porque não tenha tempo, é muita coisa que faz, não sei assim o lado dessas pessoas se não tem um tempo hábil pra vir. Mas assim, a gente sente valorizada quando é prestigiada, quando procura vê o que é que tá acontecendo, entendeu?
- “Nossa!” [Expressão de surpresa, contentamento]
- A gente não ouve isso:
- “Puxa, parabéns, olha, o seu grupo tá ótimo, você tá indo bem”.
- Não, isso não. A valorização é ter esse espaço de tempo que você tá fazendo agora, é um espaço garantido pelo governo, pela prefeitura, aí sim, esse valor tá tendo. É algo que vem de cima. Não a pessoa que fala:
- “Olha, tem um grupo” ...
- Essa parte não.

Para finalizar esse capítulo é preciso articular essas dinâmicas de valorização-desvalorização pontuadas por Raquel, Helena, Teresa e Claudia com a fala de Carolina, que abriu a discussão sobre as representações e regulações culturais “dos” agentes comunitários de saúde. Seus questionamentos apontam para a importância de desestabilizarmos o imaginário dominante – seja social, político e/ou acadêmico-científico – e expandir o olhar para (tentar) apreender as diferentes experiências que podem ser vivenciadas e compartilhadas dentro de uma determinada estrutura de poder (107).

Em contraste com a neutralidade, com a objetividade e com o universalismo pretendidos pelo regime de autorização discursiva (107), é urgente ir além de discursos que enquadram as/os ACS “apenas” como força de trabalho (ora valorizando, ora desvalorizando) e colocar em perspectiva as narrativas que estxs profissionais compartilham sobre o “fazer-se” agente de saúde, focando suas experiências, seus conhecimentos, seus saberes e suas identidades com a profissão, com a comunidade onde trabalham e também com o trabalho com o Lian Gong.

Capítulo 3 – O “fazer-se” Agente Comunitário/a de Saúde no processo de trabalho em saúde: reflexões a partir dos saberes, das experiências e das construções identitárias

Campinas é um município de grande porte localizado no interior do estado de São Paulo. Fundada em 1774, até o começo do século XX o cultivo do café e da cana de açúcar foi a principal atividade econômica e era mantida, sobretudo, pelo emprego de mão de obra escrava. Com o desenvolvimento urbano, a partir dos anos de 1930 a cidade começou a ganhar novas configurações espaciais e socioeconômicas, passando a predominar o setor industrial e, posteriormente, a partir do final dos anos 1990, o setor de serviços ganhou destaque, especialmente nas áreas de ensino, ciência e tecnologia (formada tanto por instituições públicas, como por empresas da iniciativa privada).

Desde o ano 2000 é a cidade sede da Região Metropolitana de Campinas, que atualmente é composta por vinte municípios. Segundo dados da SMS de Campinas e do governo federal consultados em dezembro de 2019, atualmente a rede de saúde do município conta com 66 centros de saúde em funcionamento e registra a atividade de 611 ACS, 124 equipes de Saúde da Família e 3 equipes do Núcleo Saúde da Família tipo I para atender uma população estimada em 1.204.073 habitantes³⁴.

Em relação à organização dos serviços de saúde pública no município, Campinas tem um histórico de iniciativas locais que, em diferentes ocasiões, serviram de referência para o processo de Reforma Sanitária brasileira (108) e também para a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares pelas suas experiências com programas de homeopatia, fitoterapia e práticas corporais (109). Para tanto, a participação social e a parceria entre a SMS e instituições de ensino e pesquisa como a UNICAMP e a Pontifícia Universidade Católica de Campinas tiveram fundamental importância para esses eventos. (108,109).

Em sua tese de doutorado sobre a formação de ACS em Campinas, Elizabeth Nascimento destaca que, entre os anos de 1977 e 1990, o município já

³⁴ Os dados foram consultados, respectivamente, no Portal da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/>); no Sistema e-Gestor Atenção Básica - Informação e Gestão da Atenção Básica (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>) e no Portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<https://www.ibge.gov.br/>).

investia em políticas de saúde que miravam a ampliação da rede de serviços de saúde e a descentralização do modelo hospitalocêntrico, sobretudo a partir da implantação de ações como a Medicina Comunitária de Saúde (com a estruturação dos Postos Comunitários de Saúde principalmente na periferia e em áreas rurais da cidade); o projeto Pró-Assistência; as Ações Integradas de Saúde e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (108) (p.33-4). Nesse período, já havia a presença de trabalhadoras/es denominadas/os “auxiliares de saúde pública”, que, inicialmente, eram pessoas da comunidade – principalmente aquelas engajadas nas comunidades eclesiais de base – selecionadas e treinadas pelas equipes que atuavam nos Postos Comunitários (108) (p.55).

Com a implantação do SUS no início da década de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas passou a priorizar o investimento na formação de recursos humanos, especialmente na qualificação de auxiliares de enfermagem (então auxiliares de saúde pública), além de investir na formulação de protocolos assistenciais para as áreas da saúde da mulher, do adulto, da criança e da vigilância epidemiológica, reestruturando também a rede de atenção à saúde (108). Por causa da complexidade dessa reorganização, a SMS adotou os princípios de regionalização e descentralização dos serviços, criando cinco distritos de saúde para otimizar o planejamento e a administração da atenção básica e o gerenciamento da integração desta com serviços secundários oferecidos com recursos próprios, além daqueles conveniados e contratados pelo município (108).

Nesse contexto, observa-se também a abertura do sistema público de saúde para iniciativas de implementação de práticas integrativas e complementares em saúde. Desde 1989 a rede de Campinas já contava com ações como o Programa de Homeopatia (atual Ambulatório Municipal de Homeopatia) e algumas experiências isoladas com grupos de práticas corporais, como o lian gong, a ginástica harmônica (atual movimento vital expressivo) e yoga (109) que, posteriormente, passaram a ser ofertadas de maneira mais centralizada pela SMS. Tal abertura considerou principalmente as possibilidades e as potencialidades destas práticas para a prevenção de doenças e promoção da saúde a partir de uma visão baseada na integralidade do ser humano, na qualidade de vida e na ampliação da compreensão sobre o processo de saúde-doença-cuidado (109).

Analisando a reconstituição histórica feita por Nascimento é interessante notar que, em meio aos processos de mudanças nos modelos de atenção, em 1998 houve a primeira tentativa de implantar o Programa de Agente Comunitário de Saúde do governo federal em Campinas, mas, dada a oposição do Movimento Popular em Saúde e de parte de gestores da SMS, o Conselho Municipal de Saúde não aprovou a implantação. A pesquisadora apontou que o principal motivo para o veto foi a defesa dos membros do Conselho para que o investimento em recursos humanos fosse concentrado na contratação de profissionais de saúde qualificadas/os, já que as características do sistema de saúde em Campinas eram marcadamente distintas do cenário (e das demandas) das regiões Norte e Nordeste do país (108) (p.59).

No entanto, apesar de todo o investimento feito na reorganização do sistema de saúde local, ainda havia deficiências no funcionamento da atenção primária, especialmente em relação à resolutividade dos problemas básicos de saúde da população, com “baixa capacidade de trabalho de promoção à saúde e atenção no domicílio ou na comunidade” (108) (p.60). Diante das dificuldades geradas pelas limitações do processo de trabalho e do tipo de clínica que prevalecia nos serviços de saúde, a gestão que assumiu a SMS no período de 2001-2004 desenvolveu o Programa Saúde da Família-Paidéia, um modelo de atenção à saúde orientado para a ampliação de práticas de promoção à saúde, para a construção de equipes interdisciplinares, para a ampliação dos espaços de cuidado e para a interlocução entre o serviço de saúde e as pessoas, as famílias e outras organizações que estão inseridas no território (110).

Dessa maneira, o projeto Paidéia lançou como estratégia a articulação entre as diretrizes da Clínica Ampliada, da educação permanente, do acolhimento e da responsabilização, do apoio matricial, do sistema de cogestão, do cadastro de saúde da população e da vinculação de famílias à equipe local de referência (108) (p.61). Além disso, este projeto inseriu dois novos personagens para compor o trabalho nos centros de saúde: “o” ACS e “o” médico generalista (108), que atuariam nas duas modalidades de equipe interdisciplinar:

- **Equipe clássica:** 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 dentista, 2 auxiliares de consultório dentário e técnico de higiene dental, auxiliares de enfermagem e 4 ACS, com cobertura de 700 famílias ou 3.500 pessoas.

- **Equipe ampliada:** composta pelos profissionais da equipe clássica e também por 1 médico pediatra, 1 médico gineco-obstetra, 1 dentista, 1 técnico de higiene dental, com cobertura de 1.400 famílias ou 7.000 pessoas.

Em interface com esse novo modelo de atenção, no mesmo período intensificou-se também o investimento na oferta de PIC na rede de saúde com a criação do Grupo de Estudos e Trabalho em Terapias Integrativas, em 2001, e com a implantação do Projeto de Práticas Alternativas, em 2002. De modo geral, essas iniciativas visaram identificar e consolidar ações já existentes nos serviços de saúde, além de ofertar qualificação profissional em diversas práticas corporais, sobretudo o LG, e em técnicas da Medicina Tradicional Chinesa (109). De acordo com um relato de experiência compartilhado pelo município no 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, em 2004 havia um total de 216 profissionais capacitadas/os para trabalhar com o Lian Gong nos centros de saúde e nos ambulatórios de especialidades, momento em que foi registrada a existência de 167 grupos desta prática corporal no SUS Campinas (109).

Voltando à inserção de agentes comunitárias/os de saúde no SUS local, é interessante tomar como referência um documento construído coletivamente entre os anos de 2001-2003 pelas Unidades de Saúde, pelos Distritos, pelo Centro de Zoonoses, pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde e pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (111). Esse documento apresenta um texto que reflete sobre os referenciais norteadores do perfil, das atividades realizadas e da formação profissional “dos” ACS, que, em geral, estão relacionados à educação em saúde, à intermediação entre saber/prática biomédica e a cultura da sociedade/território no qual trabalha, e também ao fortalecimento dos vínculos entre a comunidade, as pessoas e as famílias com os serviços (111).

Ao apresentar essas diretrizes, há uma notável preocupação do município quanto à tecnificação do conhecimento “do ACS” ser imperativa e se tornar condicionante na formação e no processo de trabalho em saúde desta/e profissional à ponto de se distanciar do papel de “mediador social” entre “o conhecimento popular” e o “conhecimento científico”, inicialmente desenhado e proposto pelo Ministério da Saúde (111). Por esta razão, o coletivo que assina o documento afirma que é preciso observar e evitar o risco de:

“(...) “tecnificar” o conhecimento do agente e torná-lo mais um profissional da saúde com um conhecimento biológico, pretensamente neutro, distante do cotidiano e pouco atento às relações sociais e culturais que ajudam a definir a subjetividade e a compreensão sobre o processo de saúde e adoecimento tão peculiar a cada pessoa. A preocupação é que este conhecimento das ciências da saúde, desconsiderando a complexidade do processo saúde-adoecimento e a tendência de só se considerar os riscos biológicos, pautar a ação educativa própria dos agentes (...)”. (111).

Em consonância com as ações propostas pelo Programa Saúde da Família-Paidéia, o desenho institucional pretendido para a atuação da categoria profissional “agente comunitário de saúde” em Campinas compreende “um personagem com sensibilidade, liderança e capacidade em promover parcerias e desenvolver o protagonismo na comunidade e de ampliar a clínica da Equipe de Saúde da Família, muito além do perfil meramente técnico na promoção de saúde” (111). A partir desse traçado, a definição do perfil profissional “do” ACS em Campinas envolve as seguintes competências (111):

- Desenvolver atividades de comunicação interpessoal de forma individual e/ou em grupo;
- Responsabilizar-se com compromisso e ética pelo trabalho;
- Realizar com criatividade e iniciativa suas funções;
- Trabalhar em equipe;
- Organizar e registrar as atividades que desenvolve;
- Desenvolver empatia e envolvimento com o outro, de forma a detectar problemas de saúde/sofrimentos/agravos;
- Desenvolver habilmente os relacionamentos, vínculo e solidariedade.

Com ênfase no papel de educador para a saúde, as atribuições “dos” ACS abrangem uma gama de atividades que envolvem, por exemplo, a participação em grupos educativos (como os de práticas corporais e os de acompanhamento de gestantes, de recém-nascidos e de pessoas com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis), a visita domiciliar, as ações de vigilância em saúde (como as relacionadas ao controle da dengue e de prevenção à doenças transmitidas por animais), a participação na construção e execução do projeto terapêutico singular de pacientes em tratamento de tuberculose, o mapeamento e cadastramento da população adscrita (111,108). Conforme entrevista realizada com Rogério, ACS desde

2001, *“tudo o que diz respeito ao trabalho externo é o agente de saúde que é chamado para fazer (...). Tem muito trabalho que a gente faz, que a gente desenvolve.”*

Mas, para além da “história recontada” (108) (p.53) e do perfil profissional instituído pelo SUS local, quais sentidos são atribuídos por ACS desde suas próprias experiências nos serviços de saúde? Quais são suas percepções sobre suas experiências com o trabalho com o Lian Gong? Como produzem pedagogias de saúde e cuidado enquanto ACS desde suas práticas cotidianas?

Com essas perguntas vieram outros questionamentos: Será que existe, de fato, uma identidade que é compartilhada ou que é comum às/aos ACS que trabalham com o Lian Gong? Como falar *sobre* a identidade do outro? Eu, enquanto pesquisadora, estou autorizada a falar sobre a identidade de alguém? Até que ponto *falar sobre* outra(s) identidade(s) não é o mesmo que representar? Essas foram as primeiras perguntas que me fiz assim que comecei a pesquisar artigos e outros materiais acadêmicos que abordassem a dimensão da identidade do circuito da cultura.

Ao passo que a co-construção desta tese inspira-se na metodologia-pedagogia de co-labor, é fundamental conhecer as histórias de agentes de saúde e colocar em perspectiva os diálogos suscitados e as suas narrativas sobre o “fazer-se” agente comunitária/o de saúde. Sendo assim, apesar de fazer um direcionamento para construir uma interlocução entre as experiências compartilhadas, não vou assumir o lugar da pesquisadora que corta, que categoriza, que edita, que infere.

Com o compromisso de não subalternizar as narrativas compartilhadas pelas/o ACS – que expressam por excelência o conhecimento que produzem a partir de suas próprias vivências – no texto a seguir partiremos de um conjunto de leituras teóricas que problematizam a questão da identidade. Feito isso, seguiremos privilegiando as reflexões e as análises feitas por cada interlocutor/a sobre as questões que foram abordadas de forma mais aprofundada nas entrevistas e/ou conversações.

Desde conversações e entrevistas: os sentidos atribuídos por Agentes “Comunitários” de Saúde ao processo de trabalho em saúde e suas trajetórias profissionais

Os questionamentos em torno da questão da identidade foram “pipocando” e ganhando um volume maior enquanto eu lia a introdução do livro *Identity and Difference*, escrita por Kathryn Woodward (112) e, posteriormente, o capítulo “Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual”, do livro *Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais* (113). A primeira lição que aprendi sobre o tema foi: não espere coerência, convergência, uniformidade, regularidade ou unidade na identidade – devemos compreendê-la enquanto um processo, uma construção, e não como um dado ou como algo rígido, inflexível.

Na perspectiva dos EC, “as identidades são produzidas, consumidas e reguladas dentro da cultura – criando significados através de sistemas simbólicos de representação sobre as posições que podemos adotar” (112) (p.2). De maneira mais específica, a articulação entre as práticas de regulação, representação e a “caminhada na direção de tornar-se sujeito” (114) (p.71) é explicada por Woodward (113), ao afirmar que:

“A representação inclui as práticas de significação e os sistemas simbólicos por meio dos quais os significados são produzidos, posicionando-nos como sujeito. É por meio dos significados produzidos pelas representações que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos. Podemos inclusive sugerir que esses sistemas simbólicos tornam possível aquilo que somos e aquilo no qual podemos nos tornar. A representação, compreendida como um processo cultural, estabelece identidades individuais e coletivas e os sistemas simbólicos nos quais ela se baseia fornecem possíveis respostas às questões: Quem eu sou? O que eu poderia ser? Quem eu quero ser? Os discursos e os sistemas de representação constroem os lugares a partir dos quais os indivíduos podem se posicionar e a partir dos quais podem falar”. (p. 17-8).

Repensando a rigidez das estruturas sociais o debate proposto pelos EC provoca um *deslocamento* da categoria “classe social”. Tal redimensionamento permite que outras “arenas de conflito social” entrem em cena, fazendo com que a questão da identidade seja pensada em relação a uma “multiplicidade de fontes”, tais como “nacionalidade”, “etnicidade”, “classe social”, “gênero” e “sexualidade”, por exemplo (113,112). Reconhecer a existência dessas fontes – e toda a diversidade que existe em cada uma delas – na composição da identidade, permite, principalmente, reconhecer que assumimos muitos papéis e ocupamos muitas posições, sendo improvável estabelecer fronteiras entre nossas próprias identidades (113). Essa inevitável (e temida) fragmentação desafia a ordem estabelecida e todas as estruturas anteriormente definidas, colocando em xeque a ideia de identidade como uma unidade, regular e previsível, ao revelar que

“Embora possamos nos ver segundo o senso comum, como sendo a ‘mesma pessoa’ em todos os nossos diferentes encontros e interações, não é difícil perceber que somos diferentemente posicionados, em diferentes momentos e em diferentes lugares, de acordo com os diferentes papéis sociais que estamos exercendo (Hall, 1997). Diferentes contextos sociais fazem com que nos envolvamos em diferentes significados sociais”. (113) (p.31).

Aprofundando o debate com as proposições de Stuart Hall, Woodward reforça, pois, que a identidade não deve ser inquirida como um fenômeno inato ou *autêntico*, cuja essência é facilmente revelada pelas pessoas que a carregam (112), como se apenas estivesse estampada no exterior da pele³⁵. Isso quer dizer que, ao falarmos sobre a identidade, devemos ter em mente a ideia de *fluidez* e a noção de *contingência*, já que a formação identitária se constitui como “uma intersecção de diferentes componentes, de discursos políticos e culturais e de histórias particulares” (113) (p.38). Ao passo que os *sentidos deslizam* e os significados não são fixos, “a identidade é sempre um processo, não um produto final” – nessa perspectiva, portanto, a identidade remete a “uma questão de tornar-se” (113,115).

É evidente que, na perspectiva dos estudos culturais, esse *tornar-se* não se dá sem encontros, sem conflitos, sem trocas (nem sempre iguais), sem negociações e sem disputas. Fundamentalmente, construímos e afirmamos nossos significados e nossas identidades continuamente em relação com *outros* significados e *outras* identidades. Este processo cultural está permeado por sistemas de classificação e relações de poder que “operam na construção da diferença” e na dinâmica de “inclusão e exclusão de determinados grupos” (112) (p.4), principalmente porque “todas as práticas de significação que produzem significados envolvem relações de poder, incluindo o poder para definir quem é incluído e quem é excluído.” (113) (p.19).

Em interface com essa noção de identidade, podemos colocar em perspectiva a ideia conceitual de “fazer-se”, formulada pelo historiador inglês Edward Palmer Thompson (nome de referência na criação do campo dos estudos culturais) e trabalhada pela pesquisadora Anna Violeta R. Durão em sua tese de doutorado sobre

³⁵Entretanto, é pertinente lembrar que, de acordo com Avthar Brah, “por outro lado, existe a dimensão física da identidade, que é objetiva. Os corpos carregam uma série de fronteiras dependendo da raça, da etnia, da classe social, do gênero. (...). O corpo é físico e simbólico: se você é negro, é portador da negritude e a negritude tem toda uma história, tem um simbolismo, e disso você não pode se desprender.” (115). Exemplo disso é “o momento em que te param em um controle policial pela tua cor de pele (...).” (115). Bárbara e Jô, mulheres negras que trabalham como ACS desde 2015, falarão sobre essa questão mais adiante.

os processos de institucionalização do trabalho de agentes comunitárias de saúde na cidade do Rio de Janeiro (116).

Sumariamente, Durão destaca que Thompson problematizou a formação³⁶ da classe operária inglesa em um contexto pré-capitalista, enfatizando a história como um processo ativo da ação humana marcado por “condicionantes que estabelecem pressões e limites para a constituição da classe” (116) (p.15). Nesse sentido, a *experiência* (ou as experiências históricas) é (ou são) um tema central na análise deste historiador, que discute principalmente a relação entre o modo de produção e a consciência social, contrapondo abordagens estruturalistas que descaracterizam a presença, a participação ativa, o engajamento e o protagonismo de homens e mulheres no embate entre as classes sociais (117,116).

Considerando então as experiências individuais e coletivas de agentes comunitárias de saúde na construção de uma cultura de trabalho que é marcada por questões de gênero, Durão (116) destaca que a formação dessa categoria profissional não foi um processo forjado apenas por instituições ou por instâncias formuladoras de políticas públicas. Foi (e ainda é) uma dinâmica construída ativamente a partir da atuação de ACS e dos (des)encontros destas/destes trabalhadores com as normas e as regras consolidadas pelo Estado (117). Permeada por tensões, o fazer-se, portanto, está relacionado à forma como as experiências vividas são significadas pelas pessoas, conhecedoras de suas próprias trajetórias (116).

Compartilhando dessas proposições iniciais e transpondo para o nosso debate, nos diálogos construídos nas conversações e nas entrevistas foi possível compreender que não existe uma relação linear, estreita e objetiva entre a racionalidade biomédica, “ser” ACS, conduzir grupos de LG e a questão da subalternização. Isso não quer dizer que os tensionamentos e os conflitos desaparecem nas narrativas compartilhadas pelas interlocutoras e pelo interlocutor dessa pesquisa, mas que suas reflexões me convidaram para enxergar outras circunstâncias que permeiam (e que às vezes marcam) seus fazeres no campo da saúde. Para tanto, desde os diálogos construídos nas conversações e nas entrevistas, comecei a redimensionar meu olhar para as minhas próprias referências teóricas e conceituais e me deslocar para compreender os tensionamentos e as ambiguidades

³⁶ Durão explica que a palavra “formação” deve ser entendida de forma mais ampla e no contexto de sua formulação: em inglês, E.P. Thompson utiliza a palavra *making* para se referir ao “autofazer-se” da classe trabalhadora, indicando ação, dinamicidade, movimento de construção. (116) (p.15).

que Helena, Teresa, Claudia, Rogério, Cris, Rosana, Raquel, Carol e Ruth observam, sentem e experimentam em suas trajetórias como ACS e como instrutorxs de lian gong.

Desde os diálogos construídos nas conversações e nas entrevistas, também foi possível perceber que as/os agentes de saúde vão (res)significando o processo de trabalho em saúde e atribuindo diversos sentidos para suas práticas cotidianas a partir de suas próprias perspectivas, expectativas, sentimentos, percepções e experiências anteriores (e/ou justapostas) à profissão e ao trabalho com grupos de LG. Dessa forma, centralizar as reflexões no fazer-se das/o ACS que participaram da pesquisa foi imprescindível para que não falássemos *sobre suas* identidades e, portanto para que não subalternizássemos seus conhecimentos com nossas análises, conferindo novos – e outros – sentidos aos sentidos já atribuídos por quem os constrói ao longo da própria vivência.

Com as conversações e entrevistas realizadas com as/o participantes da pesquisa foi possível compreender o quanto que a abrangência e a complexidade das ações realizadas como “ponte” entre o serviço de saúde e a comunidade, entrelaçadas às demandas e especificidades dos territórios onde atuam, muitas vezes dificultam a criação de definições e o estabelecimento de limites em torno da profissão e sobre o “que é” (ou deve ser) “o” agente comunitário de saúde. Para além da descrição das atribuições desta categoria profissional e das definições institucionais, em uma conversação com Helena, agente de saúde desde 2001, compreendi sobre sua experiência com a profissão, em relação ao que faz como ACS, que:

Eu: Em um dos manuais sobre o ACS, o Ministério da Saúde apresenta o ACS como o profissional do vínculo, que deve estar sempre atento e vigilante...

Helena: *Uma ponte que leva informações da população pra unidade.*

Eu: E o que você acha disso? Porque às vezes pode ficar parecendo que o agente de saúde é só um informante...

Helena: *Um leva e traz.* [Nós duas rimos].

Eu: Isso faz sentido pra você? Como você se sente sendo agente comunitária de saúde?

Helena: *Eu não acho que é só isso. É também. Tem isso também. Levar informações pelo conhecimento da área, pelo conhecimento da população, as visitas, a gente toma conhecimento do que é a realidade daquela comunidade. A gente leva informações sim pras equipes, mas o trabalho do agente de saúde não é só isso. Não é só levar essas informações. É trabalhar com a comunidade, é fazer grupos, é aconselhamento.*

Eu: E como que é esse aconselhamento?

Helena: *É ouvir, principalmente ouvir, né, ter ouvido para escutar os problemas, conversar, saber o que aquela pessoa realmente precisa. Não é só levar e trazer, é você ouvir a pessoa também. É tá ali junto. Saber os problemas que tem naquela comunidade. É trabalhar pra melhorar aquele*

local. E também é promover a saúde. Não é só a medicalização que é importante. A gente leva, os agentes de saúde normalmente é o que faz grupo, é o que aproxima a população daqueles profissionais que estão ali dentro.

Quando fiz a mesma pergunta – e o que é que faz uma Agente Comunitária de Saúde? – Claudia listou e explicou algumas das atividades que desenvolve, pensando sobre sua agenda no serviço de saúde:

- Claudia: Então, o agente de saúde ele faz muita coisa, ele pode atuar em grupos de atividade física, desde que ele tenha uma capacitação, e também na área de artesanato. Ele trabalha com esses grupos ele pode trabalhar com hipertensão, que são os hipertensos e os diabéticos, onde tem atividade física e vai o enfermeiro e mede a pressão e uma vez por mês também faz o destro, né. E eles têm uma ficha onde tem todo esse acompanhamento aí, que quando ele vai ao médico ele pode levar essa ficha e tem todo o histórico ali, no caso dos hipertensos e diabéticos. A gente faz também visita domiciliar, com médico, às vezes com a enfermeira. Nessas visitas a gente pode também fazer o cadastro das pessoas, leva também encaminhamentos, faz busca ativa de dengue, de, como é que fala assim, de criadouros de dengue, e orienta as pessoas né, na prevenção. Tem reuniões de equipe semanalmente para discutir casos de pacientes, sabe? A gente também faz contato com as famílias que recebem o bolsa-família, pra ir lá pesar, medir e depois a gente lança no sistema. E quando tem assim recém-nascido a gente faz acompanhamento, tem o pré-natal, a gente vê também se a pessoa está indo nas consultas, quando nasce também a gente faz um acompanhamento do recém-nascido. Então é bem vasto. E a gente tem essa possibilidade de fazer a capacitação de lian gong, de movimento vital, pra poder atuar junto às comunidades, né?

A resposta de Rogério sobre sua relação com a equipe com a qual trabalha complementa os sentidos atribuídos por Helena e Claudia, especialmente sobre a sua interação com a comunidade onde atua e com xs profissionais do serviço de saúde:

- Rogério: [...] A gente tem o conhecimento daquele paciente. O médico tem conhecimento do paciente dentro do consultório. Eu tenho conhecimento da casa do paciente, como ele convive com o familiar, como ele, como é o local que ele mora, então tudo isso a gente relata e o médico ele tem uma outra visão. Porque muitas vezes o paciente chega e o médico não tem a causa do problema do paciente. Às vezes tem a ver com o local de moradia dele, a condição social dele, a condição ali familiar, a condição de como ele convive. Tudo isso interfere na saúde dele. Então quem tem esse conhecimento é a gente, que tá lá, que vai visitar as pessoas, que vai fazer o cadastro, que tá sempre em contato com eles. E a gente sabe disso. E depois outra, a gente tem um vínculo que eles se abrem com a gente, o paciente. Se você vai fazer uma visita, ele acaba confidenciando algumas coisas pra você. É claro que tem a ética profissional, falar quando se faz necessário dentro de uma reunião de equipe, fica ali dentro, interno, mas sempre pensando no benefício do paciente. Pra que o médico tenha o conhecimento e os profissionais da equipe, pra gente interagir e pra poder melhorar a condição dessa pessoa.

Achei interessante que, quando fui entrevistar Cris, ela destacou que, na sua visão, o trabalho que desenvolve enquanto agente de saúde “*não é clínico, é*

social” e que se identificou com a profissão “*porque o trabalho do agente de saúde ele não tem rotina [...]. Esse contato que a gente tem com os pacientes de ir na casa, então isso pra mim me fascinou muito, eu adoro ir na casa das pessoas. Então o visitar o paciente, ouvir histórias, trazer isso pra dentro*”. Como ela já havia me contado que é da primeira turma de ACS do SUS Campinas (2001), perguntei-lhe se já conhecia a profissão e se a identificação com as atividades desenvolvidas tinha influenciado a sua escolha:

- **Cris:** *Na verdade, na época, foi emprego mesmo, não foi uma opção assim “eu vou porque quero ser agente de saúde”, foi uma opção de trabalho, né? Saiu o processo seletivo, eu prestei e passei.*

- **Eu:** E você já tinha alguma experiência nessa área da saúde?

- **Cris:** *Nada, eu trabalhava na educação, do Estado. Como agente de escola, oficial de escola. Trabalhava na parte de secretaria, parte de cuidar de documentação dos alunos, histórico escolar, nota, essas coisas. [...]. Não sabia nem onde ficava o centro de saúde, na época.*

- **Eu:** Ah, e como que foi começar a trabalhar numa área...?

- **Cris:** *Então, foi meio confuso, eu comecei a trabalhar meio no susto. Passei, me chamaram e veio meio no susto. Na época que eu entrei a gente trabalhava quase que específico em dengue, o tempo todo dengue. Era uma época que tava bombando muito e a gente fazia dengue o dia inteiro, era difícil a gente ter outro tipo de atividade. No início, até as reuniões que tinha de equipe a gente não participava, porque a gente tinha que fazer trabalho de dengue. E aí hoje em dia é que mudou, graças a Deus bastante o perfil. A gente faz dengue uma vez na semana, a gente continua fazendo, e tem os momentos pra visita domiciliar, participar de todo tipo de reunião, pra ter os grupos.*

Durante nossa conversa, Cris também analisou como foi a incorporação de uma nova categoria profissional no serviço onde trabalha:

- **Eu:** Você teve que fazer algum enfrentamento pra conquistar o seu lugar e ser reconhecida aqui dentro?

- **Cris:** *Então, na verdade não foi um enfrentamento muito pessoal não. Porque a gente tava meio naquilo da dengue, a gente tinha até entendido que o nosso trabalho era dengue. Foi uma coordenadora que chegou aqui e falou:*

- *“Não, tá errado, vocês fazem parte da equipe. Vocês estão lá fora, vocês tem que ter essa interação”.*

Então foi a mudança da gestão daqui que foi que incluiu. Foi uma gestão de inclusão. Então foi nesse momento que a gente passou a fazer parte. Porque enquanto não tinha isso, a gente não ia. Aí começou a ter as reuniões e quando mudou a gestão passamos pelo processo de [mudanças na] gestão aqui sete ou oito vezes desde que estamos aqui, tivemos sete ou oito coordenadores. E numa dessas mudanças:

- *“o agente de saúde não tá na reunião porquê? Não, eles tem que fazer parte, eles que tão na rua, eles que trazem a informação”.*

Então assim, da minha parte não foi uma luta pessoal, foi de gestão.

- **Eu:** E no começo teve estranhamento dos profissionais, de vocês começarem a fazer parte?

- **Cris:** *Só bem no início que teve a questão de:*

- *“ah mas você vai trazer mais problema?”*

Se eu tô lá na rua eu vou trazer, com certeza. Porque quem procura acha [rimos]. Não que eu vá com o intuito de achar problemas, mas se eu tô lá na rua a gente acha. Tá na rua o pessoal já chama. Mas depois não, depois foi

feita avaliação de final de ano, que era isso que tinha que ser feito. Mas da inclusão foi uma das, nas mudanças de gestão aí que...

- **Eu:** E antes dessa inclusão você sentia falta de ter um contato mais próximo?

- **Cris:** *Foi assim, a gente entrou e ficou tanto na rua fazendo dengue, tanto, mas tanto, muito tempo mesmo, que pra nós era isso. Então não tinha essa noção. Como era uma profissão que não tinha ainda o seu papel definido, a gente ficou um bom tempo achando que era esse mesmo. Então a gente nem se questionava muito. Hoje é diferente. Aqui a gente nem tem mais, pelo contrário, chamam muito pra tudo. Às vezes vem gente de fora pedir informação de paciente ou do Conselho Tutelar, ou por ordem judicial, sempre chamam o agente:*

- *“você conhece a família, conhece esse caso, já ouviu falar?”*

Então eles sempre chamam.

Ao se referir sobre as atividades que desenvolve e falar sobre sua chegada para trabalhar no CS, Rogério enfatizou várias vezes durante a entrevista conduzida por Rosana e por mim³⁷ qual foi a importância da capacitação profissional para a sua atuação como agente de saúde pois, como técnico em contabilidade tinha “a visão da saúde de fora”. Para ele, como a profissão era nova, era preciso tomar ciência do que seria a profissão e das atividades que iria desenvolver: “O curso é mais pra isso, voltado pra área do idoso, criança, tudo. A gente teve capacitação em todas as áreas. Era por módulos, do idoso, criança, gestante, tudo por módulos. Então era pra gente saber qual seria a nossa atuação em cada grupo desse.” (Rogério).

Além do conhecimento proporcionado pela capacitação, Rogério também explicou que o trabalho realizado como agente de saúde – e também com o grupo de lian gong que conduz em parceria com mais duas profissionais do CS – o ajudou a ter ainda mais conhecimento da comunidade, dando oportunidade para se aproximar mais da população do bairro onde mora há mais de trinta anos. Helena também falou sobre sua percepção sobre o conhecimento construído tanto a partir dos cursos que participou, como com a prática cotidiana, a partir do trabalho com a comunidade:

- **Eu:** E você foi aprendendo com a experiência ou teve alguma coisa que te ensinou a ser agente de saúde? Como que você vê esse seu processo?

O processo assim, é verdade que a gente teve várias capacitações no início, e foi durante a capacitação. Eu já tinha uma boa relação com a população, que é uns dos parâmetros era você morar no bairro, na comunidade que você mora. E eu já tinha uma boa relação com o pessoal, eu não conhecia o pessoal todo mundo que eu conheço hoje, taaanta gente, né? Mas eu tinha uma boa relação aqui, nunca tive problemas e nem a minha família. E durante a capacitação a gente aprendeu a como chegar na pessoa, a como entrar na casa. Já ter trabalhado com o público, já trabalhei em consultório, mas foi

³⁷ Como já abordado no capítulo 1, algumas entrevistas foram conduzidas por Helena, por Rosana e por mim. Helena entrevistou Rosana e Teresa. Rosana entrevistou Helena e Marcos. Nessas ocasiões eu estive presente, não como supervisora, mas como convidada das minhas interlocutoras para participar das conversas e acrescentar alguma questão que eu achasse interessante ou importante para a pesquisa.

uma capacitação que houve e aí a gente começou a fazer o cadastramento e aí trabalhando com grupo aumentou ainda mais esse conhecimento da população. O grupo ajudou bastante a desenvolver conhecimento, experiência com a população.

- **Eu:** O que você carrega hoje de conhecimento você aprendeu no curso ou foi no dia a dia que você foi desenvolvendo essas habilidades?

- **Helena:** *Eu acho que teve, as duas partes foram importantes né? A experiência conta muito, a experiência conta bastante. O curso você aprende a coisa técnica, né? Coisa que é mais parte teórica, mais prática, é uma parte mais de conhecimento. E a experiência pessoal eu acho que é mais sentimento, né? Porque você aprende a gostar das pessoas, você aprende a aceitar elas como elas são e isso também é recíproco. Tem uma troca grande, aprende a valorizar a todos como um... Não tem distinção de ter que fazer diferença entre um e outro, a gente aprende a realmente gostar das pessoas, uma coisa especial.*

Com uma experiência diferente da de Rogério em relação ao contexto político de sua entrada e ao formato da capacitação – mas não só – Carol foi narrando ao longo da primeira entrevista como é que foi começar a trabalhar como profissional de saúde no mesmo CS onde antes era “só” “usuária” do serviço. Foi exatamente nessa condição que aconteceu a sua primeira experiência como ACS, antes mesmo de assumir a vaga, em 2015:

- **Carol:** *(...) no primeiro dia que eu fui no posto de saúde, porque eu não fui conhecer, nem me apresentar a ninguém antes, eu só fui levar a carteirinha pra ver se tava tudo em ordem, a carteirinha de vacina e desmarcar uma consulta porque eu precisava fazer o curso.*

- *“Mas porque você vai cancelar a consulta se você já remarcou?”*

Aí eu falei: “É porque eu preciso participar de um curso pra ser ACS e eu não posso faltar”

- *“Ah, você passou no concurso?!”*

- **Eu:** *Aí mudou o tratamento?*

- **Carol:** *Me deram conselho que eu não esqueço!*

- **Eu:** *O que te aconselharam?*

- **Carol:** *Que era pra mim não mudar o meu jeito de ser, tipo, porque algumas pessoas depois que entram na prefeitura, que viram funcionário público ficam preguiçoso.*

- *“Vê se você não muda!”*

Porque se eu não podia ir numa consulta, eu ia uma semana antes e desmarcava. Eu sempre fui assim. Depois, trabalhando no posto de saúde, eu descobri que mesmo eu indo até lá e desmarcando, quando eu precisei passar na médica, que a médica viu meu prontuário, ela falou assim:

- *“Você desmarcou várias consultas comigo, por quê?”*

Não, ela falou que eu faltei... Aí eu disse:

- *“Mas eu não faltei. Todas as vezes que eu deixei de vir foi porque eu tinha algum compromisso.”*

E era exatamente por causa do curso.

- **Eu:** *E é eliminatória essa parte do curso, né?*

- **Carol:** *Sim, você não pode faltar um dia. A pessoa que me falou isso, que me fez essa... hoje eu vejo assim que... Já está contaminada fazia tempo.*

- **Eu:** *Ela te deu um toque, mas ela mesma...*

- **Carol:** - *“Vê se você não se corrompe!”*

Mas não foi uma agente de saúde que me falou isso, foi uma outra pessoa, de outro setor, mas ficou na minha cabeça. Há dois anos, depois que já tava com dois anos e uma enfermeira que chegou e falou assim pra mim:

- “Quero ver até quando isso vai durar...”.

Depois de dois anos eu perguntei: “e aí, eu continuo do mesmo jeito que eu entrei?” E ela falou:

- “Continua”.

Em momento nenhum, é uma coisa que eu tenho comigo, se eu não gosto de alguma coisa, mas eu tenho que fazer, então eu tenho que dar o meu melhor. É uma das coisas que... Se eu não fiz melhor é porque o meu melhor era aquilo ou porque eu não tava num dia bom.

Teresa, ACS desde 2004, também falou com mais profundidade sobre como foi sua experiência assim que começou a trabalhar no CS, expondo a divisão geracional que existe entre xs ACS que estão há mais tempo no serviço – portanto, “mais estabelecidos”, segundo minha interlocutora – e os que foram entrando depois. Embora seja de uma das primeiras turmas de agentes de saúde no SUS Campinas, afirmou que passou por diversas situações complicadas até conseguir se adaptar ao trabalho, principalmente por falta de apoio e de abertura da maioria das pessoas que eram do “grupinho que já havia se formado, dos mais antigos”. Em suas palavras, os primeiros momentos como agente de saúde:

- **Teresa:** *Foi difícil, sinceramente falando foi muito difícil. Eu até pensei em desistir, eu vi que era muito pesado e na época era menos agente, mas já tinha um grupo formado, aquelas pessoas... Eu me sentia isolada... E quando tinha visita essas pessoas não me chamavam pra ir pra visita. Eu me oferecia: posso ir junto? Quando via, já tavam indo. Então pessoas antigas... Tinha que aprender sozinha, sabe? Eu aprendi muito sozinha, teve algumas pessoas que me deram apoio, a [nome da pessoa], mas as outras pessoas, ninguém me apoiou em nada.*

Quando Claudia, ACS desde 2015, entrevistou Teresa, as duas me explicaram que outras questões também estavam em jogo nesse contexto:

- **Teresa:** [...] Bom, algumas pessoas comentaram primeiro porque assim, né, eu não me expus em nada, sempre fiquei na minha. Eles começam a perguntar o que você faz, onde você mora, quantos anos tem, ficha completa sem você falar, aí...

- **Eu:** É quase um cadastro...

- **Teresa:** Ah, porque eu moro no [nome do condomínio fechado], aí acharam que eu, né... Falavam pra mim...

- **Claudia:** Tem tudo isso.

- **Teresa:** Você também [falando com Claudia] no [nome do bairro de classe média de Campinas, onde mora sua parceira de lian gong].

- **Eu:** Vocês estão fazendo aqui de hobbie?

- **Claudia:** “ah, você é rica...”

- **Teresa:** Sinceramente, falavam mesmo, porque eu tinha que falar, moro em [nome do condomínio fechado].

- **Claudia:** Nossa, tanta gente mora em [nome do condomínio fechado], né [Teresa]?

- **Teresa:** Porque eu não preciso... Falaram até que meu marido era engenheiro! Nunca falei que meu marido era engenheiro! Eu não preciso trabalhar, eu não sei o que é que eu tô fazendo aqui.

- **Claudia:** *E eu sinto assim que tem essa desvalorização da nossa pessoa por conta de o agente de saúde pra entrar é fundamental e nível fundamental é aquele que tá lá embaixo, não sabe nada. Que não é capaz. Dá impressão que eles não botam fé na nossa... E a gente vê que tem vários agentes de saúde que tem faculdade, sabe? Cada um tem o seu conhecimento, depois a gente tem as capacitações então parece que é nesse sentido também do nível de escolaridade, de conhecimento.*

- **Teresa:** *Nossa, eles falavam cada coisa de mim... Eu não sabia fazer algumas coisas, estava começando.*

- *“ah, porque você é burra! Porque não sei o quê...”*

Eles falavam isso de mim, “você é burra”. Ninguém entra sabendo, né, não é pra falar isso. A [nome da pessoa] falava assim:

- *“essa merreca de dinheiro, o que é que tá fazendo aqui?”.*

Umas coisas assim.

- **Eu:** *Mas eles eram agentes de saúde e tratavam você assim?*

- **Teresa:** *Eu falava: eu tenho que aguentar isso aqui. Mas agora eu respondo, naquela época eu era nova, tava entrando aqui. Não sabia fazer cadastro, não sabia preencher a planilha que tinha que fechar no final do mês, essas coisas, sabe?*

Carol e Ruth também expuseram situações parecidas em relação à falta de receptividade e acolhimento, especialmente por parte de colegas de profissão e de outros profissionais. Sob circunstâncias distintas daquelas pontuadas por Claudia e Teresa, Carol e Ruth denunciaram os preconceitos sofridos no ambiente de trabalho por serem negras e por outras disputas que estão entrelaçadas à essa identidade. Nas entrevistas que realizei com elas, entre uma pergunta e outra, suas respostas evidenciaram a existência de outras “arenas de conflito social” (113) (p.29) que não se limitam simplesmente ao campo da saúde:

- **Eu:** *Como que é pra você ser agente comunitária, agente de saúde.*

Como que foi sua experiência, como foi começar a trabalhar como agente?

- **Ruth:** *Eu já desenvolvo trabalhos com a comunidade há muito tempo enquanto educadora social, enquanto arte educadora, já trabalhei bastante em algumas ONGs com as culturas negras, as danças populares, teatro popular, contação de história, como cozinheira também, participo de grupos de cultura negras como o URUCUM que é um dos grupos mais antigos aqui de Campinas que trabalha com tradições afro-brasileiras, tradições negras e... sempre tive nas comunidades que eu morei, eu sempre me envolvi com elas, seja através da igreja, seja através de grupos que a gente fazia pra estar juntas. Em 2015, quando eu entrei pro posto de saúde eu já fui assim com bastante desejo de poder levar pra dentro do posto as minhas experiências com o teatro, com a dança, com a culinária, com as ervas, com tudo que eu conheço. Sou de origem da terra mesmo, de lavradora, minha mãe era lavradora, meu pai era lavrador. Meu pai nunca fez outra coisa na vida, é lavrador desde que nasceu, morreu lavrando a terra. Minha mãe também foi lavradora a vida inteira, ela também era benzedeira, era cozinheira, gostava muito de cantar. Eu considero que ela era uma cantadeira, uma contadora de histórias e tanto que meu pai, a dança que eu trago comigo, meu primeiro professor foi meu pai, ele dançava mais que minha mãe, minha mãe cantava mais e contava história, meu pai dançava e tocava. Então a minha primeira memória de dança eu me lembro do meu pai me segurando pelas mãos e comigo em pé em cima dos pés dele e ele dançando comigo assim. Quando venho trabalhar como agente de saúde eu venho com esse desejo de poder desenvolver esses trabalhos dentro do posto até porque antes de ser agente*

de saúde, enquanto artista popular, eu já tive em alguns postos de saúde dando oficina.

- **Eu:** Ah, você já tinha contato já com essa área da saúde?

- **Ruth** *Sim.*

- **Eu:** Você dava oficina do que?

- **Ruth** *De teatro, de dança*

- **Eu:** Pra comunidade ou para os profissionais?

- **Ruth** *Para a comunidade [nome dos serviços de saúde].*

- **Eu:** Que bacana, você já tinha um bom contato...

- **Ruth:** *Já tinha passado por esses lugares. [...]. Por eu ter passado eu pensava que quando eu fui prestar o concurso pra agente de saúde eu pensava:*

- “ah, agora eu vou poder ter um grupo dentro do posto. Agora vou poder fazer teatro no posto, contar história, vou poder ter um grupo de mulheres onde a gente possa fazer culinária e a partir dessa culinária contar as histórias, né?”.

Mas só que... Quando você chega dentro do posto de saúde você percebe que não é tão simples assim começar um trabalho desses, né? Porque agente de saúde tem que correr atrás do mosquito.

- **Eu:** Ah! [Rimos] Porque você escolheu essa profissão? O que te motivou a ser agente?

- **Ruth:** *O próprio título, agente comunitário de saúde. Então eu vou trabalhar na comunidade a saúde. Vou trabalhar a saúde da comunidade com a comunidade. Na minha compreensão trabalhar saúde não é ministrar medicamento não é só isso. Isso é o último, na verdade, na minha ideologia. Pra mim, trabalhar saúde é ir lá, dizer que parte daquela comida que eles estão jogando fora eu trabalho com reciclagem de alimento, tratar a saúde da população pra mim é ir lá e dizer “olha, esse talo de couve que você tá jogando fora eu faço uma torta deliciosa. Se eu bater isso aqui no liquidificador eu faço um pão que vai ficar muito mais rico que esse pão branco que você compra na padaria, essa comida que você tá jogando fora porque tá fria, se você juntar com mais esse e esse ingrediente você faz uma sopa rica”. Quando eu vi o concurso eu me interessei demais porque eu tava na ocasião trabalhando como babá e fazendo meus pães, porque eu faço pão integral e aí... Eu tinha que trabalhar bastante pra ganhar um salário semelhante ao que eu ganharia como agente de saúde fazendo uma jornada menor. Então eu achei que era a profissão ideal pra mim!*

- **Eu:** Que legal

- **Ruth:** *Onde dentro dessa profissão eu visualizei que cabia tudo que eu tenho.*

- **Eu:** Tudo que você conhece, tudo que você carrega... Você falou que você pensava em fazer esses grupos sobre culinária, de mulheres e aí teve que... né... diminuir a ideia pra poder ir atrás de mosquito. Como foi isso pra você? Entre o que você se propôs e o que você chegou lá e viu que não era, que não tinha tanto espaço?

- **Ruth:** *Eu sou um ser bastante adaptável às situações e ambientes, mas eu... Foi um pouco frustrante também porque quando eu chego dentro do posto de saúde eu percebo que existe, como na maioria dos lugares, existe uma hierarquia. E as hierarquias, grande parte das vezes, são muito injustas porquê... Eu nem sei o sentido exato da palavra hierárquico, mas isso deveria ser referente a um valor verdadeiro que a pessoa trouxesse e não a meritocracia.*

- **Eu:** Com certeza

- **Ruth:** *E aí a gente vai vendo que a hierarquia, na maioria das vezes, ela tem a ver tão somente com meritocracia e discriminação E aí então a gente se pega sendo limitada, sendo barrada mesmo porque você tá chegando, já tem os grupinhos, as panelas: “quem é você?!” Além de tudo na condição que eu sou, uma mulher bastante livre, nunca abri mão da minha liberdade de expressão, de viver. Uma mulher negra, mãe de dois filhos, ousada no seu visual, na sua postura, na boca, no falar. Ousada na sua expressão. Uma*

peessoa como eu, quando chega num lugar tão hierárquico assim todo mundo vem dizer:

- “olha aqui onde a gente vai botar você, olha aqui o que você é pra nós”. [...]. Eu confesso pra você que quando eu cheguei eu tinha muito medo dos colegas também, das traições, perseguições. Aí eu me rendia ao meu medo porque eu via as maldades que acontecem dentro do posto de saúde e eu tinha medo de fazerem maldade comigo e eu acabar perdendo meu emprego, era me arriscar já querer sair pra um grupo no meu horário de trabalho. Hoje não. Hoje eu já tô até pronta pra propor um grupo dentro do meu horário de trabalho na comunidade já que o posto de saúde não tem espaço físico. Hoje não tenho mais medo do que os colegas podem, né... Nem são todos que são, que tem essas atitudes ruins. Os que tem já não me amedrontam. Eu já compreendo o que é o distrito, quem são os profissionais do distrito, quem é a prefeitura, quem sou eu, quem são os que estão de futricagem, quem são os que estão trabalhando, quem é a coordenação, sabe? Mas quando a gente chega não. A gente que já vem de um histórico de perseguição na vida, né? A gente tem medo. Vou perder meu emprego que eu lutei tanto pra conseguir? Melhor ficar na minha. Agora não, agora tô no ponto de que posso propor um projeto, propor um trabalho dentro da comunidade, dentro do meu horário de trabalho.

Se antes eu achava que as situações de desvalorização-deslegitimação do conhecimento de ACS estava restrita ao trabalho com práticas corporais ou ao cuidado produzido na contramão da racionalidade biomédica, desde as entrevistas com Carol e Ruth eu fui compreendendo o quanto era o meu olhar que estava restrito e limitado à um só contexto. As reflexões lançadas por elas me despertaram para ver o quanto que o olhar estava circunscrito não somente às teorias que me “(de)formaram”, mas também à minha própria branquitude (ainda que, supostamente, uma “branquitude crítica” e consciente dos conflitos raciais e das várias formas de violência que são praticados por pessoas brancas, individual e/ou coletivamente³⁸). Assim, pude compreender melhor a afirmação de Carol de que:

- **Carol:** [...] *É por isso que eu fico calada nas reuniões a maioria das vezes, porque eu ouço um falando, eu começo a juntar as coisas aqui e eu falo: “Gente! Não é melhor...”.*
- *“Ah, pra quê?!”*
- *“Ah, mas isso não vai dar certo”.*
- **Eu:** *Pra não gastar o seu...*
- **Carol:** *Essa história do livro³⁹... Nossa... O livro que eu escrevo, porque a minha ideia era fazer realmente um livro com introdução, direitinho, da minha*

³⁸ Inspirada na discussão feita pelo pesquisador Lourenço Cardoso em uma matéria publicada no site do jornal El País. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019-11-30/lourenco-cardosotemos-potencial-para-abolir-o-racismo-e-todas-as-outras-formas-de-opressao.html>.

³⁹ *“Eu fiz um caderno, aqueles de ata, é que ele não tá aqui agora pra eu te mostrar. Como eu me formei em segurança [curso técnico de segurança do trabalho] a gente tem as cores pra classificar risco então o que eu fiz? Os meus pacientes eu coloco tipo, a [nome da avenida], todos os pacientes dessa rua, de todas as ruas da minha microárea, e lá eu coloco endereço, os números da casa tudinho e cada casa que eu cadastrei eu coloco o nome, cartão SUS, data de nascimento, então eu fiz um, como eu te falo? Eu elegi as cores pra tudo que é... Quem tem diabetes, tem pressão alta, quem é cadeirante, quem é criança, grávida, então você vai ver uma bolinha, uma bolinha aberta que significa grávida. Fiz tudo e fiz um, escrevi o que era. [...] Se você não vê a legenda, você não*

microárea. Depois eu falei “vai dar muito trabalho”, eu queria fazer um negócio bonitinho. Hoje até que pegou um pouco, porque fica uma coisa mais fácil. Quando alguém pergunta de um paciente e já vai na rua tal e acha. Vejo colega perdidão.

- **Eu:** Sem saber... E foi adotado pelos outros colegas ou é só você mesmo que trabalha assim?

- **Carol:** Colorido, sim, mas o livro foi adotado.

- **Eu:** Que legal

- **Carol:** *Mas nem todo mundo usa. Mas só um é organizado, o resto eu sinto assim, não admite. Voltando no preconceito, pelo fato de você não ter uma faculdade, um curso superior, não morar no alto do [nome do bairro] eles te deixam lá embaixo, por mais que a sua ideia seja boa, alguém boicota ela. Pelo fato de você não ser loira dos olhos claros você é burra. [...]. Agora por último a gente fez uma reunião e ficou bem claro isso, foi pra pensar esse negócio do SUS, tinha que fazer uma coisa que fosse pra cadastrar, nem que fosse pra transformar o SUS em... nacional o mais rápido porque o cadastro tá baixo e precisa de mais de 50%, 51% de cadastro pra poder vir o cadastro eletrônico, pra poder a gente requisitar. A gente vai fazer um mutirão e a gente conversou pra ver em que acordo chegava e aí um falou, outro falou:*

- *“A gente pode fazer um mutirão, ficar lá fora e preencher as fichas das famílias” porque é uma coisa pra fazer na casa, né? Traz as fichas, a gente preenche aqui e depois a gente entrega os cartões, pede pra retirar aqui”.*

Depois que todo mundo falou eu falei assim:

- *“Gente, mas porque a gente não faz o seguinte: pega essas pessoas que estão vindo agendar consulta, se eles estão agendando consulta é porque eles passam aqui, a gente faz só dessas pessoas, quando você vem marcar você vem com documento, depois a gente vai na casa e cadastra todo mundo, mas pelo menos vamos fazendo de quem tá passando aqui”.*

Aí começa:

- *“mas como que vai resolver? E depois?”*

- *“Pegar e cadastrar uma família de cinco você vai passar um tempão ali cadastrando e quem vai digitar depois? – “Ali você vai fazendo e já devolve, já entrega, já vai, deixa no prontuário, na recepção”.*

Era tudo muito complicado. Aí o colega falou assim quase terminando a reunião:

- *“Eu acho que essa ideia que a [Carol] deu é a que a gente precisa”,*

Precisou a coordenadora dizer que era isso que ela queria pra poder... [...].

Eu só falo assim: só gostaria que respeitassem o meu espaço, meu dia de digitação é meu dia de digitar, não quero ficar brigando por computador, é a única coisa que eu tô pedindo, cada um faz do jeito que acha melhor, mas no dia que eu estiver... [...]. Desde a minha infância eu sempre tive que brigar pelo meu espaço. Eu sempre tive que conquistar, se eu não bater firme e forte eu não consigo. Se eu não focar naquilo... então foi assim como agente de saúde.

Para além da minha preocupação inicial em confirmar que a racionalidade biomédica é um fator que contribui e/ou reforça a subalternização de ACS que trabalham com o LG, aprendi com minhas interlocutoras que há outras questões que envolvem, por exemplo, a “localização dentro de uma estrutura social” (107). Ao me

sabe o que é aquelas bolinhas. Só eu sei. Isso não tá nem nas páginas do livro. Eu que criei, decorei as cores. Então tem quem é alcoólatra, quem é drogado, quem tem AIDS, então quando alguém me pergunta assim [Carol], você conhece o fulano da rua [nome da rua] tal número?. Aí vou lá e olho, se eu já cadastrei ele vai estar lá. ‘Fulano tem isso, aquilo’, tudinho”. (Parte da entrevista com Carol, quando ela me explicou sobre a ferramenta que desenvolveu para otimizar seu trabalho como ACS)

contar sobre sua relação com colegas de trabalho, Carol retomou algumas vezes a questão que eu havia apresentado inicialmente para ela, sobre o título da minha pesquisa:

- **Carol:** [...] *se eu cheguei aqui com 50 anos... Quarenta e nove, tá? Ainda faltam oito meses... Se eu cheguei até aqui sozinha e não me corrompi, isso significa que Deus sempre esteve comigo. Sem pai e sem mãe, morando no lugar onde eu moro. Algumas pessoas falam desse preconceito que você tava falando, por você ser agente de saúde e a pessoa tá lá, o médico. Eu não sinto deles.*

- **Eu:** Dos profissionais? Você sente de quem?

- **Carol:** *Dos colegas.*

- **Eu:** Dos próprios colegas, mas dos colegas assim dos ACS ou?

- **Carol:** *A ACS e auxiliares. Desses aí [um médico e enfermeiras que ela citou anteriormente] eu não sinto não.*

- **Eu:** Que interessante...

- **Carol:** *Me sinto mais à vontade pra conversar com eles do que... Eu moro no núcleo, moro numa favela. Eu sinto que as pessoas tem um preconceito pela cor da pele e algumas pessoas falam que não, mas eu sinto muita falsidade nesse sentido. [...]. Uma coisa ruim pra fazer? Manda a [Carol]. Todo mundo manda em mim! O que é isso?! Eu sei tanto quanto você, aqui ninguém manda, todo mundo é capaz. A colega senta na frente do computador e falar "pega pra mim? Pega o prontuário lá no arquivo?". Isso eu senti e ainda sinto.*

- **Eu:** Como você consegue lidar com isso?

- **Carol:** *Aí eu sou brava.*

- *"Porque você não pode pegar lá?"*

Então eu sou direta, grossa.

- **Eu:** Porque você se coloca, "responde" [faço aspas com os dedos] ...

- **Carol:** *É. Porque antes eu fazia... Eu comecei a sentir que eu tava sendo auxiliar de um agente de saúde...*

Diante dessas situações narradas por Carol e Ruth, o que elas fazem – como fazem – para não serem subalternizadas? Como fazem para que a subalternização de seus saberes, de seus corpos e de seus fazeres não se torne a única condição de suas existências, como mulheres negras, e, mais especificamente, como mulheres negras que trabalham como agentes comunitárias de saúde? Sob outras circunstâncias, como que Teresa e tantas outras agentes de saúde fazem para enfrentar situações em que há a desvalorização de suas trajetórias, de seus conhecimentos e de suas experiências construídas dentro e fora do sistema de saúde? Sob várias circunstâncias, quais tensionamentos, (des)encontros, negociações e transformações são apontados por Ruth, Carol, Teresa, Rosana, Claudia, Helena, Cris, Rogério, Raquel no processo de trabalho em saúde em relação às suas identidades? Como são suas experiências com a prática (e com grupos) de lian gong?

Dentre as entrevistas e conversações realizadas ao longo do trabalho de campo, Rogério foi o único profissional a se posicionar abertamente contra o trabalho de controle de arboviroses, afirmando que “*tem um outro profissional que é pra fazer esse serviço, que seria o ACA, o agente de controle ambiental*”. Apesar da Lei Complementar nº 108 de 29 de junho de 2015 (118) determinar que ações domiciliares de prevenção e controle de doenças e agravos e também de vigilância à saúde são atribuições de ACS, Rogério argumenta que seria importante fazer essa separação entre as ações relativas à zoonose para não comprometer seu vínculo com a comunidade, que às vezes pode não compreender ou não aceitar a periodicidade das ações de “*fiscalização*”. De acordo com suas experiências, afirma que o trabalho com a dengue:

- **Rogério:** [...] *é um trabalho assim que é mais de fiscalização, você entendeu? A gente não é fiscal, não tem que ficar indo lá na casa da pessoa vendo se tem criadouro, falando... Isso até às vezes cria uma barreira com a gente com a comunidade. Cê tá entendendo? Porque eu vou lá visitar a pessoa, eu vou lá todo, a cada quinze dias aparece uma busca ativa de dengue eu vou lá na casa da pessoa. Quando [ênfatisa essa parte] eu vou lá fazer o meu trabalho ela fala:*

- “*Você aqui de novo?*”.

Então acaba quebrando um vínculo com a pessoa, sabe? Uma antipatia. - “Puxa vida, lá vem ele de novo. Você veio ver dengue de novo?” [...]

Eu não sou fiscal. Eu não sou da parte de Vigilância, eu sou da parte do centro de saúde, da saúde. Então isso atrapalha um pouco o desenvolvimento do nosso trabalho na comunidade. Porque às vezes vem 156 pra gente fazer, eu vou lá na casa da pessoa: - “Olha, cê tá errado isso aí, tá errado, [...], você vai ser multado”. Aí depois a prefeitura vai e multa essa pessoa, vai pensar que fui eu e aí me quebrou o vínculo com a comunidade.

Quando conversei sobre essa questão com Raquel, ACS desde 2011, ela afirmou que apesar do “*trabalho da dengue*” também ter gerado opiniões divergentes entre as/os colegas que participaram com ela de uma capacitação profissional feita em 2016, considera que seja atribuição de agentes comunitárias/os de saúde, pois é justamente o vínculo com a comunidade que facilita a entrada na casa das pessoas para fazer as orientações necessárias. De acordo com a sua percepção:

- **Raquel:** *Trabalho da dengue, isso foi discutido no dia da formação, tem pessoas que acham que a gente não tem que fazer dengue, que os ACAs tem que fazer a dengue e a gente não, mas eu acho que não, eu acho que a gente tem que fazer esse trabalho. Eles podem até contribuir indo falar com as pessoas, mas a gente que está aqui com a população dia a dia. É diferente bater uma pessoa estranha na casa da dona Maria e eu bater, que ela me vê aqui no centro de saúde e falar pra ela do pratinho da planta e tudo, aí eu concordo porque eu acho que é nossa atribuição fazer a dengue, fazer visita domiciliar.*

Porém, é importante destacar que, em relação ao que deve ser ou não função “do” ACS, Raquel afirmou que é comum ter que dividir espaço – e tempo – com atividades internas e administrativas que não estão entre suas atribuições. Falou sobre o atendimento ao público, pois frequentemente é solicitada para ficar na triagem de atendimentos e também cobrindo ausência de funcionárias/os na recepção: “*Qual a minha demanda ali? Eu vou aferir uma pressão, vou jogar no sistema, vou ver quem veio fazer um curativo, uma vacina, também não sei se é a minha atribuição porque eu não tenho que ficar presa na recepção.*”

Sobre essa situação, Raquel ressaltou que, além de ficar exposta à eventuais agressões verbais e físicas por parte das pessoas que procuram o serviço de saúde e não conseguem atendimento da forma como gostariam, há o risco de algum desentendimento comprometer o vínculo com a população da sua microárea, como já aconteceu com ela: “*Eu tô lá, tá demorando muito e a pessoa me conhece, entendeu? Já fica... [...] Às vezes é uma pessoa que eu vou bater na porta dele na hora que ele estiver na rua, isso que eu fico meio assim, entendeu?*”. Do mesmo modo, afirmou que, por ter que cumprir uma escala fixa de horários nessa função, muitas vezes acaba ficando sem tempo para dar conta da sua agenda de visitas domiciliares, tendo que, em alguns momentos, priorizar aquelas cujo acompanhamento é mais urgente ou demanda mais atenção.

É possível (ou pode ser possível) observar então que estxs profissionais precisam cumprir as expectativas institucionais depositadas “no seu trabalho junto às equipes de referência para reordenar as ações desenvolvidas nas unidades básicas de saúde e consolidar o modelo de saúde implantado” (108) (p.107) e também dar conta de lidar com as expectativas da comunidade – das pessoas, das famílias, da vizinhança do local onde mora ou de onde é conhecido/a como “*o agente*” (Rogério) ou como “*a moça do posto*” (Raquel) – em relação ao que é (ou deveria ser) a sua função enquanto alguém de *dentro* do serviço de saúde.

Ao mesmo tempo, desde as entrevistas e conversações também foi possível perceber como o vínculo com a comunidade é constitutivo no fazer-se dxs ACS, seja com o trabalho realizado com grupos de lian gong ou não. Desde as entrevistas e conversações foi possível perceber que, para além das capacitações que xs agentes de saúde participam, as interações e as relações horizontais construídas entre as/o profissionais e a população se configuram como um lugar

privilegiado para a (co)produção de conhecimento e de práticas de cuidado e de saúde. Quando Claudia entrevistou Teresa, elas conversaram sobre suas experiências em relação ao vínculo com a comunidade:

- **Claudia:** [Teresa], pra você, na sua experiência como agente comunitária de saúde o que é ser esse agente comunitário?

- **Teresa:** O que é ser agente comunitário?

- **Eu:** É, pra você, na sua experiência. Como que você...

- **Teresa:** Primeiro vou falar de mim, né [ri] eu sei que como agente de saúde eu aprendi muito, muito, muito, muito. Aprendi pra minha saúde coisas comuns de pressão, diabetes, medicação, coisas que eu não tinha noção. Se eu não fosse uma agente de saúde eu poderia estar doente hoje, estar de cama ou até nem estar mais porque isso pra mim mudou totalmente minha vida. Primeiro que essa convivência de trabalho e comunidade mudou meu astral porque eu já não sou mais aquela pessoa dentro de casa pensando coisas que... Só me preocupando com serviços, com os filhos, eles ainda estavam, então mudou bastante. E na comunidade eu vejo o quanto a gente contribui, né, orientando, fazendo, resolvendo muitas coisas. Eu acho que, eu acredito que pra eles foi um ganho muito grande da gente estar trabalhando como agente.

- **Eu:** Em que sentido? Ganho em que?

- **Teresa:** Por exemplo, no grupo, conseguir na época que era só eu e a [nome da pessoa] que eu ia tudo atrás, porque eu tinha que assumir o grupo e fazer minha área. Quantas pessoas eu tirei, saiu da depressão, pessoas que comentam isso:

- “eu consegui sair de uma depressão, se não fosse você...”

Sabe? Eu não seria essa pessoa que sou hoje. Pessoas também que não saíam de casa porque não tinham compromisso, atividade, assim, de orientações que a gente dá, pessoas que não conheciam nosso trabalho de vigilância, quantas coisas eu aprendi que também passei pra eles, eles melhoraram, eu acredito.

- **Claudia:** E eu complemento o que a [Teresa] falou, assim, é gratificante você poder estar ajudando as pessoas e principalmente estar conscientizando da importância da atividade física, seja o lian gong pra prevenir doença, manter a saúde, a gente vê os depoimentos que... Então, aí elas vão se conscientizando do quanto faz bem atividade física, que às vezes deixa até de tomar remédio, né [Teresa]? Por conta da atividade física... E pra gente também é um aprendizado constante, é troca de aprendizado, a gente aprende com os pacientes, com os usuários do SUS, eles aprendem com a gente, a gente vai atrás de conhecimento então... É muito gratificante saber que a gente tá podendo mudar um pouco a vida dessas pessoas e também por ser SUS, que as pessoas de um modo geral ficam com um pé atrás, não acreditam e tal, ver o que o SUS faz.

Sobre essa mesma questão, Ruth destaca a importância da identificação com a comunidade, que envolve, dentre muitas coisas, a aproximação pela linguagem, pelo “respeito” e pela “confiança”:

- **Eu:** Pra você, assim, como você sente a sua relação com a comunidade? Como que é? A sua área qual que é?

- **Ruth:** É [nome da sua microárea], mas eu atuo mais no [nome do bairro] mesmo do que no [nome da sua microárea], porque lá não tem muita demanda, é muito tranquilo. O pessoal que mora lá tem uma situação social melhor. [...]. O [nome do bairro] é bem mais vulnerável e as agentes de saúde dessa microárea do [nome do bairro] muitas vezes deixam meio... Não gostam de ir lá porque lá tem tráfico, tem ocupação eu vou lá de boa. O

pessoal de lá gosta muito de mim. Como a minha microárea tem pouca demanda, eu atuo muito ali dentro.

- **Eu:** *Legal.*

- **Ruth:** *Elas gostam muito de mim ali dentro, eu vou lá e falo a língua mesmo “é nós”, sabe? Falo assim mesmo:*

- *“ô, tem que voltar lá, seguir no seu retorno porque esse tratamento que você tá fazendo precisa ser concluído senão sua doença vai criar resistência e aí você vai ter um problemão, mano”.*

Sabe? Então eles me escutam bem.

- **Eu:** *Você consegue ter um vínculo, uma relação bem horizontal com eles, né? É engraçado porque nas portarias, nas políticas, tudo do ministério, documentos, muita gente fala sobre a importância do vínculo. Pra você o que é esse vínculo? Como que você define o vínculo?*

- **Ruth:** *O vínculo primeiramente ele é uma identidade. É uma identidade com o povo mesmo, sabe? Ele já pode existir por essa identificação. Depois o vínculo pode ser uma construção, baseado na confiança e na sua fidelidade. Nunca prometa uma aspirina se você não pode entrar na farmácia, pegar uma aspirina e levar pra alguém, mas se propõe a levar a receita dele até o posto se for o caso e discutir com o médico ou a médica aquela questão dele e retorne e dê a resposta pra ele e você vai construindo, sabe? Então pra mim vinculo é isso, ele já pode ser uma questão da identidade mesmo, da afinidade com aquela população ou ele pode ser construído, baseado no respeito e na confiança, nessa devolutiva do respeito.*

Reflico que essas relações podem ser compreendidas como relações desinstitucionalizadas, muito próximas da perspectiva de “convivialidade”, uma proposta trabalhada pelo pedagogo e filósofo Ivan Illich que afirma que “uma sociedade convivencial é uma sociedade que oferece ao homem a possibilidade de exercer uma ação mais autônoma e mais criativa, com auxílio das ferramentas menos controláveis pelos outros” (14) (p.37). Nesses termos, acredito que as ações educativas-pedagógicas e as relações construídas a partir dos encontros entre xs ACS e a comunidade podem promover autonomia especialmente a partir da abertura para o livre acesso ao conhecimento e à participação dos indivíduos na construção de saberes e sentidos (12).

Na minha perspectiva, os relatos à seguir compartilhados por Rosana, Cris e por Claudia também podem ser compreendidos enquanto uma possibilidade de construção de práticas convivenciais. Suas narrativas tratam sobre como xs praticantes – as pessoas que participam dos grupos – de LG também podem ser protagonistas não só do próprio cuidado, mas do cuidado coletivo, de forma ampliada, co-participativa, co-labor-ativa. Para cada uma das minhas interlocutoras:

- **Rosana:** *Elas são uma gracinha, super fofo, são abertas pro lian gong, eu sinto também que ali é um encontro social, que elas se encontram pra conversar, pra sabe, pra pôr o papo em dia, são assíduas, elas, sabe, eu sinto que é importante pra elas tarem ali. [...]. É importante porque é uma atividade antiga, uma atividade que eu sei que tá sendo bom pra elas, que elas, sabe? Uma coisa legal, assim, boa, eu não tenho muita profundidade em relação a*

parte assim teórica, tô aprendendo né, mas o que eu já aprendi é que é benéfico pra elas, em vários aspectos, fisiológicos, é, emocional, também de afeto porque elas estão se relacionando com outras pessoas ali, fazem amizade. É isso.

- **Cris:** É engraçado né? Quando você vai na casa, você vê uma dificuldade, você acaba oferecendo mais, acho que não sei se eu sou a única que faz isso, mas você acaba oferecendo mais o lian gong pra quem tá num quadro de depressão do que pra quem tá num quadro físico, de problema. Porque eu acho que o lian gong ele ajuda nessa parte. Porque você sai do seu casulo, você sai ali do seu mundinho, cê tem que ir até o local, você acaba convivendo com outras pessoas. As meninas são muito acolhedoras, sabe? Abraça, beija, pergunta, já chama pra ir na igreja, pra ir não sei aonde, e elas fazem viagem, fazem festa e fazem não sei o quê. Acaba trazendo... Então quando eu vejo uma pessoa muito deprimidinha, muito tristinha, eu ofereço o lian gong. [...]

- **Eu:** E essas relações, essas amizades, você acha que é um cuidado?

- **Cris:** Ah é, é. Porque tudo o que acontece elas me ligam se acontece alguma coisa de diferente:

- “ah você sabia que a fulana tá internada?”

- “ah você sabia que a fulana tá fazendo um tratamento?”

Que às vezes não fala ali no grupo, a pessoa não quer falar e aí liga, conta, aí você pode depois ligar, perguntar como tá, se melhorou. Então tem isso. Se eu não consigo ver, elas vão e me falam.

- **Claudia:** Olha, as próprias participantes são, é um elo de divulgação né. Elas trazem amigas, trazem parentes, trazem outras pessoas. Mas existe também a indicação da terapeuta ocupacional, de médico, de enfermeiras. E às vezes na própria visita que a gente faz, pessoas com depressão, pessoas muito triste, pessoas com síndrome do pânico, então indica pro lian gong, essa atividade oriental que só traz benefício.

- **Rosana:** Porque você acha que tem essa diferença, que o boca a boca é muito mais expressivo do que o encaminhamento profissional?

- **Claudia:** Ah, porque elas tem a experiência no próprio corpo, na própria...

- **Rosana:** Vivência...

- **Claudia:** Vivência dela corporal e mental, né? Então ela vê. É bom pra ela então ela tem gabarito pra falar pra outra pessoa “venha porque é bom”.

- **Eu:** Diferente de um médico que

- **Claudia:** Que nunca fez. Ele indica, mas...

No entanto, como bem pontuado por Cris durante a nossa entrevista (e cuja reflexão também foi compartilhada por Raquel, de maneira muito semelhante), é preciso ter cuidado com generalizações:

- **Cris:** Eu acho essas relações tão delicadas, tão importantes e muda inclusive de agente de saúde pra agente de saúde. Uns tem um vínculo que parece até familiar. Outros têm uma postura assim mais autoritária. É muito engraçado você olhar a relação dos agentes com... Não autoritária, mas, não seria autoritária o termo, mas tem uma postura diferente de: “ah eu sou da saúde”. De imposição maior, entendeu? E claro, os agentes de saúde têm perfis muito, completamente diferentes. Então assim, a abordagem, o jeito de tratar, o jeito de se preocupar. Por exemplo um rasgo aqui na sua bolsa tem uma importância pro outro tem outra, nem tem. Então é bem complexo.

Também é possível que haja outras experiências, circunstâncias e formas de olhar para as relações. Há menos tempo trabalhando como ACS e com a condução

de grupo de lian gong – no qual começou em 2017 primeiro como “*aluna*”, depois em dupla com outra profissional (que havia formado o grupo) e posteriormente como instrutora solo – Carol explicou que, em sua percepção, a construção do vínculo (e, conseqüentemente, a produção de saúde e de cuidado) não é algo imediato e que depende também da criação de abordagens e/ou estratégias de aproximação entre ela e as pessoas que está acolhendo:

- **Carol:** [o vínculo] *é uma coisa que você vai construindo ao longo do tempo.*

- **Eu:** *Esse relacionamento...*

- **Carol:** *Esse relacionamento. Eu gosto de visitar os meus pacientes em casa, fazer o cadastro, conhecer a família, aí você faz vínculo. Às vezes a pessoa chega tão perdida no posto, envergonhada. Mesmo ela já frequentando, muitas das vezes a pessoa chega lá, pega uma senha, não pergunta, não sabe pra quê é aquela senha.*

- **Eu:** *Não sabe pra onde que vai...*

- **Carol:** *Não sabe pra onde que vai... Isso porque ele já frequenta ali, quando ele procura o agente dele, algumas vezes precisa, o agente fala assim: - “ah, tô ocupado”. E não dá atenção que a pessoa precisa. Isso já facilitaria muito no atendimento. Se eu chego no paciente e já pergunto se ele... O que ele tá fazendo ali, o que aconteceu na família, se tá com algum problema e tento ajudar aí eu já desafogo o negócio, porque já tô fazendo o vínculo, ele começa a ter confiança em mim.*

- **Eu:** *Saber que você é uma referência ali, que ele pode contar...*

- **Carol:** *Acredito que essa seja a ideia. Se um dia que eu estou no centro de saúde e a pessoa me procura eu tenho que estar disponível, entendeu? Se eu tô no centro de saúde e a pessoa me procura é da minha microárea, ela me procura, se eu não puder ajudar naquele momento uma coisa rápida eu vou falar pra ela “pega uma senha”. [...].*

- *“Olha, tem que cuidar da sua alimentação”.*

Eu sempre procuro orientar a alimentação, vigiar mesmo. Sempre que passar, encontrar:

- *“E aí, como você tá? Como tá a sua alimentação?”*

Nesse cuidado.

- *“Ah, eu tô precisando de uma consulta”.*

Se eu puder ajudar eu vou atrás:

- *“vamos participar do lian gong, tem um grupo de caminhada, porque você não participa?”.*

Eles são muito resistentes. O meu jeito de cuidar seria dessa forma, não posso fazer mais além disso. Lá na ficha tem umas perguntas que você faz, tipo sanguíneo, se tem alguma doença, se passou no psicólogo, se vai ao psiquiatra, se participa de algum grupo... Eu sempre ofereço os grupos que a gente tem, falo das praças, porque são ferramentas também, né, da prefeitura:

- *“Vai na praça, tem aparelho, usa, vai na [nome do parque municipal], sai um pouco de casa”, falo de depressão, de você ficar com os nervos atrofiados, todo duro, não consegue se movimentar, tá cheio de dor porque não faz exercício nenhum.”*

Então tudo isso daí eu utilizo.

- **Eu:** *Nessa questão do vínculo também, o que você acha? Qual a importância do vínculo para o seu trabalho?*

- **Carol:** *Olha, eu acho que o vínculo é muito importante [fala com ênfase].*

- **Eu:** *Você acha que ele é uma forma de cuidado?*

- **Carol:** *Eu acho que é. Da pessoa me dar uma chance de ajudar, mas não adianta de nada ter vínculo se a pessoa não aceita cuidado, entende? Eu oriento, eu levo, eu busco, mas ele não faz nada, ele quer que a dor dele, o sofrimento dele acabe com um remédio milagroso.*

- **Eu:** Ou com o médico vindo, dando um nome para aquela dor, “ah, essa dor é x”...
- **Carol:** *Ou que diga:*
- *“você não vai sarar dessa dor, fica com ela mesmo.”*
- Ele fica naquele comodismo, não vou fazer nada... Têm pessoas que faz tudo que você fala porque quer melhorar, quer aprender e eu tô sentindo isso com o grupo de lian gong. Esse pouquinho que está lá comigo hoje, só os que estão.*
- [...] - **Eu:** Então hoje você se sente pertencente ao grupo de lian gong, você se sente instrutora?
- **Carol:** *Ainda não. Só vou me sentir quando eu estiver mais preparada.*
- **Eu:** Você fala preparada tecnicamente?
- **Carol:** *Sim, sim. Tipo assim, eu dou aula, oriento, participo, mas acho que tá faltando alguma coisa.*
- **Eu:** *Mas na questão do vínculo do grupo?*
- **Carol:** *Isso tá ótimo.*
- **Eu:** Mas no começo foi difícil?
- **Carol:** *Não, porque o grupo já tava formado e eu era só mais uma aluna.*
- **Eu:** *Mas isso não era ruim pra você?*
- **Carol:** *Era, mas tipo assim, lá dentro, eu não gostaria de participar do grupo naquela forma, entende? Mas eu tinha que ir. Não foi nada bom. Agora eu tô me sentindo no grupo porque eu tô sozinha.*

Articulada a essas percepções sobre o vínculo como constitutivo do fazer-se ACS, nas entrevistas e conversações foi possível perceber então que, embora as circunstâncias e/ou as situações de aproximação (ou de encontro) com o lian gong (e também com a profissão) sejam particulares à trajetória de cada um/a dxs ACS que participaram desta pesquisa⁴⁰, há alguns pontos que se entrelaçam, especialmente em relação à *afetação*⁴¹. Com a palavra, Helena:

- **Eu:** E você sente que desde que começou a trabalhar com as práticas corporais mudou a sua visão sobre saúde, sobre cuidado?
- **Helena:** *Me cuido muito mais, eu, pessoalmente, me cuido muito mais. Sim, se você pegar eu há quinze, dez anos atrás, eu era de um jeito, hoje sou de outros... Por causa das atividades, do conhecimento que isso proporciona, né? Esse autoconhecimento, do seu corpo, do que você consegue, você sai daquela vida, daquele quadradinho, você sabe que tem outras coisas aí.*
- **Eu:** E você sente que pra além da sua percepção de saúde individual mudou também sua visão coletiva, da comunidade?

⁴⁰ Seja a aproximação do lian gong pela afinidade com o trabalho com grupos (Ruth), seja por afinidade com alguma prática corporal e/ou com alguma atividade física (Helena e Claudia), seja por curiosidade e achar que poderia ser interessante para ampliar o conhecimento (Raquel, Rogério, Cris e Teresa), seja pela necessidade de ter que chegar mais cedo ao serviço para sair mais cedo e ir para o outro trabalho (Rosana), seja por achar que seria apenas para aprender algo para si (Teresa), seja para ampliar o repertório e poder ajudar mais o grupo em que já conduzia o aquecimento (Claudia), seja pelo fato que alguém disse que o lian gong seria interessante pela pessoa ser “oriental” ou muito “certinha” (Teresa e Carol).

⁴¹ Conforme escrevi na apresentação desta tese: “Sem buscar um significado rígido para essa palavra, compreendo a afetação enquanto um exercício que convida, provoca e/ou mobiliza a uma transformação constante e intensa, um transformar que permite *ir além* das relações entre corpos-saberes que se estabelecem unicamente a partir da *reificação e do poder* (5) (p.185). Nas palavras do antropólogo Pedro Paulo G. Pereira “o afeto, corresponde, portanto, ao modo como problematizamos nossas afecções, nossas dores e prazeres; afecção é tudo aquilo que o corpo absorve no encontro com outros corpos” (5) (p.178-79)”.

- Helena: *A ver de outra forma? Sim, sim. A gente enxerga a pessoa diferente de você passar e só vê a pessoa e cumprimenta, você muda a visão. Você tem um conhecimento mais amplo daquela pessoa que está ali no grupo junto com você. Ah aquela pessoa passava perto de mim e virava a cara, aquela pessoa era chata, vamos dizer, ou brigava. Aí cê conhece a pessoa e você vê a pessoa como ela é. Muda, você muda o ponto de vista do que você via. Você não vê mais aquela pessoa como aquela pessoa que só arruma encrenca. Você vê que dentro daquela pessoa existe uma outra coisa. Existe os problemas praquela pessoa ser assim. Que é que a gente pode mudar? Que que a gente pode fazer? E a gente também muda, porque às vezes é a gente que tem aquela visão, não é a pessoa. Não é a pessoa que é, é a visão da gente que fica naquilo lá. A gente não muda as pessoas, a gente se muda. E isso daí ajuda bastante outras coisas também. Numa recepção, como você trata a pessoa quando chega. Tem pessoas que conversa muito comigo e com outras pessoas se fecha ou briga, então existe, tem uma outra postura com a gente, entendeu? E outras pessoas também, eu não sou dona da verdade, né? Mas a gente procura vê também os pontos, o que que aquela pessoa passa. O que tem por trás daqueles problemas todos. E às vezes é a gente que vê mesmo, o olhar da gente. Fica só focando no que é ruim. Não é todo mundo que tá sorrindo todo dia, às vezes cê tá assim com algum problema e tem que ter esse tempo pra pessoa. Respeitar, respeito, primeiro lugar é respeito. Respeito por tudo, não é só aquela pessoa que vem, que você fala. Eu falo pro grupo, eu amo essas pessoas, eu tenho ciúmes, eu gosto, eu tenho um xodó muito grande por todas.*

Raquel falou sobre suas experiências com o grupo que conduz em parceria com outra ACS, criado por elas em 2017, quando ainda estavam participando da capacitação do lian gong:

- Eu: E desses relatos dessas pessoas sobre o grupo, que tipo de relato, qual que você acha que é o mais expressivo, que representa o que o grupo é?

- Raquel: *Nossa, acho que a melhora das dores que é uma coisa que elas falam e a gente vê é que elas falam que a gente é uma família aqui, a gente tem nosso grupo até do whatsapp, né, então você vê que elas são pessoas de idade, mas elas tem whatsapp, são modernas, a gente vê aquilo de família mesmo, a gente se sente uma família ali, é sempre usada essa palavra. É amizade, não é só um grupo de encontro para fazer o lian gong. Se uma tá mal a outra se preocupa, entendeu? A ["Lu", ACS que faz dupla com Raquel] não veio porquê? O que acontece? No dia que eu não tava porque fui na reunião do meu filho, ah, acho que eu cheguei... o grupo começa 7:30 eu cheguei era 8:10. Quando eu entrei no salão da igreja elas falaram: "ah, ela chegou!". Foi aquela coisa, sabe? A ["Lu", ACS que faz dupla com Raquel] também toda feliz, aquela coisa de família, sabe? Eu fico, meu Deus, que legal, a gente construiu uma família ali, eu falo, vocês são da família sem dúvida, não é só um grupo de pessoas. Sabe aquela coisa de agradar a gente, levar um pedaço de bolo pra mim ou querer me agradar, me traz um brinquinho, foi viajar não sei pra onde e trouxe uma lembrancinha. Lembrou da gente naquele lugar, não é pelo presente, mas que legal. Teve uma delas que me abraçou essa semana e falou:*

- "só tenho um filho, minha nora não gosta de mim, mas você é a filha que eu não tenho, [Raquel], você é, te considero, te amo muito mesmo."

Aí acaba comigo, eu já fico [expressão emocionada, com olhos mareados], sabe?

Sobre as mudanças sentidas em si mesmo desde que começou a trabalhar com o grupo de lian gong, Rogério percebe que:

- **Rogério:** *Eu digo, internamente sempre mexe com a gente. Todo conhecimento é bom. Mas assim, até a maneira de interagir mais com comunidade melhorou. Eu já conhecia o pessoal, entendeu? Mas aí o pessoal veio e aí você começa a se abrir mais também. A gente, como profissional também, você começa a conhecer mais a comunidade, conhecer mais as pessoas, então você começa a melhorar a visão daquilo. Pro grupo, pra gente também. Porque a gente, por mais que a gente queria, fala “eu tô fazendo porque eu gosto de fazer”, você está interagindo com eles, você está cada vez mais próximo, então isso fortalece cada vez mais o seu trabalho, não é verdade?*

- **Eu:** *E você acha que isso, você mudou seu olhar pra questão da saúde e do cuidado, você acha que ficou mais sensível com isso também? Na sua relação com a comunidade você acha que ficou mais sensível pra acolher?*

- **Rogério:** *Até na minha parte, que eu era mais inibido, então isso também me auxiliou bastante. O grupo também. E tem que tá interagindo, elas chegam e vem, chega e abraça a gente, vem cumprimentar, então você vai se soltando mais. Fica uma coisa mais igual. Eles falam:*

- *“Ah, [Rogério], professor”*

Eu falo eu não sou professor: “estou aqui igual a vocês. Eu venho aqui pra gente fazer juntos. Eu apenas fiz um curso pra poder fazer pra passar pra vocês, a diferença entre mim e você é só essa. E eu tô aqui passando o que aprendi, mas aqui não tem professor nenhum”.

- **Eu:** *Em um contexto de relação com profissional de saúde que é marcada por essa relação distanciada do paciente...*

- **Rogério:** *“É, eu que sei, eu que sou”. Exatamente. Às vezes eu erro, elas falam:*

- *“ah você errou, [Rogério]!” [fala rindo, em tom de graça]*

Eu falo: “ah é só pra ver se vocês estavam prestando atenção”. Cê entendeu? Então tem essa, tem esse liberdade de brincar, de falar com a gente, isso é essencial pra relação. Confiança, né, é tudo.

Entrelaçada às essas narrativas, Cris expressa qual é a importância de poder trabalhar com o lian gong:

- **Cris:** *Ah tem toda, eu adoro. Quarta e sexta são os dias que eu mais gosto porque é o dia que eu vou conversar com elas. É diferente do que eu vir direto pra cá [pro CS]. Cê começa o dia diferente. Primeiro porque cê vai fazer essa atividade física, mental, que pra mim é mais espiritual do que física. E tem essa interação com elas, essa troca de energia. E teve agora no final do ano, eu acho que comentei com você da outra, que faleceu uma das meninas então o clima tá meio pesadinho, elas tão meio tristonha... E aí a gente se fortalece quando tá junto. Tooodo final de aula a gente tem ali cinco ou dez minutos ali pra bater um papinho. Eu gosto muito. Eu num tenho intenção de parar não. Aqui no centro de saúde já teve momentos de quererem que eu parasse...*

- **Eu:** *Ah é, por parte de coordenação?*

- **Cris:** *Não, de colega de trabalho mesmo. Porque:*

- *“ah vai lá pra fazer pra meia dúzia?”*

Falei: “se tiver dois eu vou fazer”.

Quer que fique aqui pra fazer nada mesmo. Nesse horário, normalmente a gente sai depois das nove. [...] Eu já fiz aula pra duas pessoas. Se tem dois ali eu não mando embora. Aliás, eu não decido nada sozinha:

- *“Quer fazer aula ou que ir embora? Ah quer fazer a aula? Vamo fazer a aula?”.*

Se tiver um e falar:

- *“não, vamo fazer aula!*

Então vamo fazer a aula. Eu tô lá pra aula. Meu horário tá lá pra isso.

Desde as narrativas compartilhadas pelas minhas interlocutoras e por meu interlocutor, foi possível perceber que, sob várias circunstâncias, a afetação – e também a decolonização – pode ser compreendida em seu potencial de transformação, de contestação, de resistência e de enfrentamento. Na experiência de Ruth:

- **Eu:** E.... pra você o que significa poder trabalhar com o lian gong? Como você se sente podendo levar o lian gong?

- **Ruth:** *Nossa.... Primeiro, pra mim parece que é uma ousadia, sabe? O lian gong eu tenho bastante respeito por eles enquanto cultura, nem sei se pode chamar de cultura, mas enquanto prática oriental, tenho muito respeito por eles, todas as pessoas, todas as culturas, mas os chineses são muito maravilhosos na questão da medicina, né, eu acho que eles são ancestrais mesmo, sabe? Então assim, ter feito essa capacitação e estar hoje devolvendo eu me sinto super empoderada [ri].*

- **Eu:** Que legal

- **Ruth:** *Uma mulher negra: “olha, eu dou aula de lian gong, é uma ginástica oriental chinesa”. Eu acho maravilhoso. Não é que eu acho maravilhoso falar, eu acho maravilhoso que eu esteja fazendo parte disso, sabe? E esse poder ele é também por eu poder estar melhorando a vida das pessoas. Poder dizer: - “olha, se todo dia você movimentar seu corpo tem dores que vão sumir, tem ânimo que vai aparecer.”*

E a partir disso ela pode mudar a vida dela em outros departamentos da vida, sabe? Que é sair do lugar que tá. É por aí.

- **Eu:** Interessante porque é um cuidado super potente, né, uma forma de cuidado que não está centrado no médico nem em remédio, é um cuidado que está sendo ofertado por você, agente de saúde, geralmente vista como “ah...”

- **Ruth:** *Só corre atrás do mosquito*

- **Eu:** E isso é uma potência, acho isso muito bonito de ver e essa autonomia que você quer passar pra frente também, que você estimula no autocuidado, na pessoa se percebendo, se cuidando. Tem alguma outra questão que você queira me contar? Me trazer? Eu achei tão legal, pena que não deu pra gravar, que a gente começou conversando, achei tão bonito o que você falou sobre o seu dilema em relação a ter um diploma pra validar os eu conhecimento que você já carrega com você a muito mais tempo

- **Ruth:** *É, então em relação a isso eu vejo assim, eu já me senti discriminada dentro do meu grupo, sabia? Exatamente por eu ser uma agente comunitária, eu sou pobre ainda, sabe? Financeiramente falando, então é.... Isso já foi até, elas já falaram. Eu que vivo muito atenta, eu percebi, eu não tenho um som pra levar, sabe? Quando eu consegui comprar uma caixinha [de som] agora ela quebrou e eu não consegui comprar outra porque eu não tenho dinheiro, sabe? E aí chega lá a psicóloga num carrão com som potente, com outros adereços ostentando, ela é a doutora e eu sou a [Ruth].*

- **Eu:** Elas fazem essa diferenciação?

- **Ruth:** *Fazem. Fazem.*

- **Eu:** Você já sentiu que deslegitimaram o que você falou?

- **Ruth:** *Já. Eu já vi comentáriozinhos entre dentes mesmo:*

- *“você viu a doutora fulana?”*

Fiquei só na minha, só na minha.

- **Eu:** É difícil, né [Ruth]?

- **Ruth:** *É... Aí teve uma fala de uma vez assim, eu senti que ela tava me contando alguma coisa:*

- *“ah, eu tava falando pras colegas aí, enquanto você vier eu venho com você, eu venho, se tiver só eu e você eu venho porque quem veio aqui na nossa comunidade dizer que queria fazer com a gente foi você”.*

Parece que ela tava denunciando alguma coisa. Ela fez uma fala assim:

- *“Eu venho, enquanto você tiver vindo eu venho, nem que eu venha sozinha”.*

Não sei se rolou alguma papo de:

- *“ah, não quero mais”.*

No começo eu era mesmo aquela aprendiz, aprendiz:

- *“Ah, gente, espera aí, acho que não é esse movimento, deixa eu olhar melhor, pera aí”.*

Pego a apostila, olho direito:

- *“Não, gente, eu tava fazendo errado esse movimento é assim”.*

Sem problema, desde o primeiro momento eu me coloquei como quem estava indo aprender então para quem já fez aula com outras 3 ou 4 professoras que me antecederam aí fica meio assim:

- ... *“ih, será se sabe mesmo?”*

Mas nenhum momento eu cheguei lá batendo no peito e falando:

- *“Ó, chegou a professora”. [Enfatiza, faz postura de quem está mandando] Sem esquecer da minha humildade:*

- *“Olha, acabei de receber uma capacitação e quero desenvolver aqui”*

Mas essa aí lembrou, por exemplo, e fez essa fala. Então elas continuam indo. Então tá bom. Eu tô lá.

- **Eu:** *Se tá bom pra elas, ainda bem que elas estão indo...*

- **Ruth:** *Aí na verdade se eu fosse fisioterapeuta ou psicóloga ou até mesmo enfermeira, mas não, eu sou agente de saúde, atriz... Boa parte da comunidade sempre me viu aí de bicicleta com um filho na frente e outro atrás da bike quando meus filhos eram pequenininhos, ou me encontram no ônibus, eu sou muito igual, às vezes isso... que deveria ser o grande vínculo:*

- *“ah, a gente queria alguém que fosse mais distante da gente”.*

Acho que isso passa pelo nosso cultural, nossa colonização. Já que a gente tá falando de decolonização, assim:

- *“Quem que vai falar de saúde pra nós, é a [Ruth] essa neguinha que anda pra cima e pra baixo com seus filhos numa bike? Que passava na nossa frente empurrando um bebê num carrinho quando ela era babá?”*

Sabe?

- *“Ela que vai vir cuidar da nossa saúde? Não, queria uma psicóloga branca que chega aqui num carrão, com sonzão da hora, potente.*

Entendeu? Que é o quê?

- *“Pra falar pra nós tem que ser superior a nós”.*

Isso é colonização...

Dialogando com as reflexões e provocações lançadas por Ruth, ainda temos como desafio a ampliação do debate sobre os efeitos das várias formas de colonização e o compromisso de nos engajarmos na co-construção de diálogos e estratégias pedagógicas orientadas para a interculturalidade e contra as práticas de poder (26,58).

Contra a colonização, a construção da interculturalidade é um projeto político no qual “todos [e todas] temos que entrar em uma luta que permita transformar as estruturas da sociedade atual, não só porque estas práticas excluem muitas culturas, mas também porque mantêm e reproduzem condições de dominação de uma cultura sobre outras” (26) (p.123). Com isso, a proposta não é que todos sejamos iguais, mas que as diferenças sejam reconhecidas em sua diversidade e não virem

um fator de exclusão, de marginalização e de negação de direitos. “Em quais condições um saber se legitima e deslegitima outro?” (58) (p.138).

Nos diálogos construídos desde as conversações e as entrevistas foi possível perceber que as/os agentes de saúde vão ressignificando o processo de trabalho em saúde e atribuindo sentidos para suas práticas cotidianas – e suas trajetórias profissionais – a partir da articulação entre um conjunto de conhecimentos aprendidos (e também re-produzidos e re-criados) em diversos contextos. Ocupando e transitando por diversos espaços, o fazerem-se ACS perpassa a participação em processos de capacitação, pelas vivências na/com a comunidade e pelas relações construídas com outras/os profissionais de saúde. O fazerem-se ACS ora se *sobrepõe*, ora se *desloca* da necessidade de um emprego formal e de outras experiências e/ou formações profissionais, se entrelaçando com saberes ancestrais, com motivações pessoais, com a descoberta de uma nova profissão e de novos saberes. O fazerem-se ACS também perpassa e se articula com várias experiências (possíveis e singulares) em torno de ser mulher, ser homem, ser mãe, ser negra, ser branca/o, ser morador/a de um bairro de classe média, ser moradora do “núcleo”, ser “ousada no seu visual”.

Cabe retomar o questionamento feito no início deste capítulo: será que existe, de fato, uma identidade que é compartilhada ou que é comum às/aos ACS que trabalham com o Lian Gong? Desde as entrevistas e conversações, é possível observar que as identidades construídas pelas ACS que participaram desta pesquisa não são estanques, não são únicas, não são homogêneas, não apresentam uma regularidade, tampouco um padrão. Articuladas ao saber – ou a conjuntos de saberes (técnicos, vivenciais, cotidianos, tradicionais) – essas identidades não estão divididas de forma definitiva, exclusiva e binariamente entre a racionalidade biomédica e o conhecimento que vem do trabalho com o lian gong. O trabalho com esta prática corporal é um dos contextos do fazerem-se ACS. “É parte de um todo”, como bem destacado por Rosana durante a entrevista.

Na perspectiva dos estudos culturais, Tomaz Tadeu da Silva (119) (p.92) nos lembra de que a identidade não é aquilo que uma pessoa é, não é um dado fixo ou um fato, mas sim uma dinâmica, um processo, uma construção que está em constante movimento, em constante modificação, não de forma previsível, mas sim de forma contingencial. Em outras palavras, o fazer-se ACS não é o mesmo o tempo

todo, não é um fenômeno que se repete, não é um fenômeno que tem uma essência, algo que se possa afirmar facilmente: “ah, mas isso é coisa de agente de saúde mesmo”. Além disso, cabe ressaltar que “a identidade tem estreitas conexões com relações de poder” (119) (p.97) e, assim, está articulada diretamente com sistemas de representação e com a regulação da conduta social (45).

Assim, podemos compreender que as construções identitárias – ou o fazer-se – aqui apresentadas estão relacionadas aos contextos onde xs ACS estão inseridxs, *dentro* e *fora* do serviço de saúde, no local onde moram, nas escalas de atendimento na recepção, no trabalho com a dengue, na sua etnicidade, no acolhimento das pessoas de sua microárea na unidade de saúde, na participação em reuniões de equipe e em reuniões intersetoriais, na criação de instrumentos de trabalho, nos deslocamentos pelo território, na visita domiciliar, na condução de grupos de lian gong e em outros muitos espaços visíveis e invisíveis da sociabilidade.

Em cada um desses contextos, xs ACS vão atribuindo sentidos e performando⁴² identidades a partir dos (des)encontros com a comunidade – seja individual e/ou coletivamente – e com outrxs profissionais de saúde. Nessas interações as relações de poder vão sendo (re)construídas, disputadas, (re)negociadas. Podem representar, talvez, quando narram suas experiências, mas também podem ser representadxs quando são rotulados pelo seu grau de escolaridade ou pela cor da sua pele. Podem regular quando esperam determinados comportamentos saudáveis dxs usuários do serviço, mas também podem ser reguladxs no trabalho em equipe ao terem suas ideias (seus projetos, seus conhecimentos) facilmente contestadas. Podem construir autonomia quando produzem ações educativas decolonizadas, mas também podem ser submetidxs a estruturas discursivas que classificam, reduzem e limitam suas práticas e seus saberes quando são reconhecidxs como alguém que compartilha do mesmo lugar social das populações que frequentam os centros de saúde.

Em meio a disputas entre as construções identitárias e o que dever ser o seu trabalho – ou o que deve ser essa categoria profissional – o “fazer-se” ACS pode ser compreendido, desde os diálogos construídos ao longo do trabalho de campo,

⁴² Inspirado nas análises de Judith Butler sobre a construção dos corpos masculinos e femininos, Tomaz Tadeu da Silva destaca que o conceito de performatividade desloca a ênfase na identidade como descrição, como aquilo que é - uma ênfase que é, de certa forma, mantida pelo conceito de representação - para a ideia de "tornar-se", para uma concepção de identidade como movimento e transformação." (119) (p.92)

enquanto um verbo e uma ação, no sentido freireano da palavra, que expressam o *papel ativo* de homens e mulheres *em sua[s] e com sua[s] realidade[s], no mundo e com o mundo, onde a cultura é o resultado* de suas múltiplas posicionalidades, experiências e fazeres (120) (p.108).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- **Eu:** Sobre a análise, estas poderiam ser compartilhadas, talvez. Levar pra elas o conteúdo transcrito, o que acha? Mas a análise teórica não tem como deixar de fazer, pois a tese exige isso. O que me deixa bem confusa é: como fazer isso sem produzir subalternidade?
- **Nelson:** *O que tem feito Walsh e outros pesquisadores decoloniais? Está na hora de sair da confusão para o caminho... Você é mulher e sofre todas as consequências de uma sociedade sexista, machista e patriarcal. O que faz para não ser subalterna?*
- **Eu:** ...

...Três anos depois da conversa que tive com meu orientador, talvez agora eu consiga pensar em uma resposta para alguma dessas perguntas. Ao longo dos quatro anos de doutorado, ao longo de todo trabalho de campo, ao longo das várias (re)leituras das transcrições das entrevistas e conversações, ao longo de todas as leituras teóricas e ao longo das vivências desde os encontros e interações proporcionadas por todos estes momentos – dentro, fora e entre os espaços institucionalizados – eu fui (co)construindo e experimentando uma transformação no meu olhar. Foi (e ainda é) um longo processo de muitas inquietações, de incontáveis desconstruções, de muito (des)aprendizado, de inúmeras (re)construções. (Des)aprendi com as incertezas e com as ambiguidades, e então comecei a compreendê-las enquanto constitutivas do caminho.

A abertura para a co-produção de conhecimento a partir da articulação entre os princípios da interculturalidade, da interepistemicidade e da decolonialidade possibilitou “refletir seriamente sobre quem lemos e com quem queremos e/ou precisamos pensar e dialogar, a fim de reconhecer as limitações de nosso conhecimento” (53) (p.105). Dessa maneira, a escolha pela metodologia-pedagogia de co-labor nos levou a **desconstruir práticas coloniais teóricas-metodológicas de pesquisa** para *pensarmos desde e pensarmos com as/o* agentes comunitárias/o de saúde. E não foi tarefa fácil...

No contexto desta pesquisa, o trabalho de campo não foi realizado para “coletar dados empíricos”. Transitei por capacitações e supervisões performando identidades de pesquisadora-ouvinte, pesquisadora-observadora, pesquisadora-participante, me aproximando, interagindo e conhecendo espaços, pessoas e debates que, até então, enquanto cientista social e usuária do SUS, eu estava acostumada a *olhar de fora e de longe* (69). Fui me (re)conhecendo e me transformando por entre

esses papéis ao começar a questionar e a estranhar estratégias metodológicas com as quais estava familiarizada. Lancei mão de conversações e de entrevistas compartilhadas como possibilidade de co-produção de conhecimento. Experimentei uma “nova” forma de escrever orientada para privilegiar os diálogos e as reflexões construídas desde os encontros com xs ACS que participaram da pesquisa, ao invés de circunscrever as narrativas ao debate teórico-conceitual. Conheci, assim, uma forma (possível) de escrita situada, contextualizada e dialógica.

Contra a subalternidade – ou contra práticas de subalternização – foi preciso não subalternizar os conhecimentos, os saberes, os sentidos e as experiências produzidas pela Helena, pela Teresa, pela Raquel, pela Claudia, pela Rosana, pela Cris, pelo Rogério, pela Carolina, pela Ruth. Contra a subalternidade – ou contra práticas de subalternização – foi preciso me deslocar das dicotomias, das binaridades e das polarizações que estão presentes desde o começo da minha formação acadêmica. Para tanto, foi preciso redimensionar o olhar para o que estava estabelecido em meu próprio imaginário epistêmico – e também para a minha própria branquitude – para poder conhecer diferentes formas de pensar, de ser, de estar, de compreender e de agir, e, assim, articular saberes que são construídos em diversos contextos. Deixei-me afetar e comecei a sentir a potência dos encontros interepistêmicos...

No contexto desta pesquisa, a partir da perspectiva dos estudos culturais analisamos documentos institucionais que estabelecem diretrizes que definem o perfil profissional das/dos ACS em relação às suas habilidades, competências e atividades realizadas. Com isso foi possível **compreender representações e regulações culturais sobre xs agentes comunitárixs de saúde** construídas pelo *discurso legal* em normativas técnicas e políticas públicas da Organização Mundial de Saúde e do Ministério de Saúde brasileiro. Entre avanços e retrocessos, entre conquistas e desafios e entre disputas para a construção de modelos alternativos de atenção à saúde, persiste uma ideia de adequação e de especialização do conhecimento que se sobressai à uma proposta de integração orgânica e interepistêmica de agentes comunitárixs aos sistemas de saúde. Articulada à racionalidade científico-biomédica, o avanço de políticas públicas neoliberais tenciona controlar e tecnificar saberes e práticas de cuidado no processo de trabalho em saúde a partir de uma lógica utilitarista, de indicadores de desempenho, de resolutividade.

No contexto desta pesquisa, a partir da perspectiva dos estudos culturais também analisamos publicações científicas que tratam sobre o perfil e a atuação profissional “do” ACS no SUS. Com isso foi possível **compreender representações e regulações culturais sobre xs agentes comunitárixs de saúde** arquitetadas pelo *discurso objetivo* em artigos que analisam que tipo de conhecimento é produzido por “agentes comunitários de saúde” no processo de trabalho em saúde. Entre muitas abordagens e formas de representar esta categoria profissional, existe um imaginário que constrói análises nas quais as experiências e os saberes destxs profissionais são anulados, suprimidos, deslegitimados, subalternizados e classificados como um “não-saber” por referenciais hegemônicos que instituem o “saber sistematizado” como padrão, como modelo a ser seguido. Resulta dessa classificação veiculada pelos artigos a caracterização “do” agente de saúde muito mais como um objeto de pesquisa do que como um agente de conhecimento que também produz práticas de cuidado e de saúde.

Contra a (re)produção de classificações, normas, sentidos e valores dominantes, foi preciso olhar para dinâmicas de validação-legitimação de práticas e discursos, compreendendo como mecanismos de regulação e representação podem subalternizar a atuação profissional e os conhecimentos produzidos por agentes comunitárias/os de saúde desde suas práticas cotidianas. Contra a subalternidade – ou contra práticas de subalternização – foi preciso não representar xs agentes de saúde que participaram desta pesquisa e que compartilharam comigo – e também entre elxs – suas experiências, suas vivências, suas análises e reflexões em torno do trabalho com o lian gong e de questões outras que foram colocadas em perspectiva nos nossos encontros.

A partir dos diálogos com Helena, Teresa, Raquel, Claudia, Rosana, Cris, Rogério, Carolina e Ruth foi possível compreender que há diferentes experiências e sentimentos em relação ao reconhecimento do trabalho realizado como agentes comunitárixs de saúde instrutorxs de lian gong em serviços de saúde de Campinas. O processo de legitimação-deslegitimação pode passar por um nível institucional, em termos de uma integração precária, por exemplo. Isso pode acontecer quando, ao mesmo tempo que políticas ou programas governamentais garantem a abertura para as práticas integrativas e complementares, as ACS sentem falta de um maior apoio por parte da coordenação do serviço, que, apesar de não impedir o trabalho com o

lian gong, também não prestigia os grupos, indo, visitando, conhecendo, participando de alguma atividade.

O processo de legitimação-deslegitimação como o trabalho com o lian gong pode envolver também o reconhecimento e o apoio participativo, co-labor-ativo, do próprio grupo com o grupo e com quem conduz a prática corporal, ao mesmo tempo que outros profissionais de saúde podem se referir trabalho com práticas “não convencionais” como “*grupinho*”, “*dancinha*”, como forma de “*ficar fora do serviço*”. Mas essa dinâmica ainda pode assumir outras configurações quando, por exemplo, os praticantes do grupo esperam que o profissional de saúde capacitado em lian gong não compartilhe do mesmo lugar social de quem frequenta os centros de saúde.

No contexto desta pesquisa, a partir da articulação entre a história recontada e as entrevistas e conversações com ACS **foi possível compreender suas construções identitárias desde suas próprias trajetórias como profissionais de saúde**. Para tanto, foi preciso compreender as identidades enquanto fazeres, enquanto experiências e vivências, enquanto articuladas a sistemas de representação e práticas de regulação, enquanto dinâmicas que entrelaçam uma multiplicidade de fontes e também enquanto um processo cultural (individual e coletivo) permeado por relações de poder. Foi preciso compreender as identidades em suas várias possibilidades e em seus vários movimentos, para além das definições do papel da categoria profissional “agente comunitário de saúde”.

Desde as conversações e as entrevistas compreendi que o trabalho com “o lian gong é parte de um todo” (Rosana) e que, por isso, o trabalho com esta prática corporal não é a única identidade que está em jogo no processo de trabalho em saúde. Por deixar-me afetar, compreendi que a racionalidade científico-biomédica é apenas uma das muitas disputas que perpassam o campo da saúde. Nos diálogos construídos com Helena, Teresa, Raquel, Claudia, Rosana, Cris, Rogério, Carolina e Ruth aprendi o significado “vivo” da cultura como uma “rede vivida de práticas e relações” (43) (p.89). Assim, compreendi que, muitas vezes, o fazer-se ACS está marcado – e regulado – pelo lugar social que “ocupam” e por diferentes arenas de conflito social que envolvem o grau de escolaridade, a cor da pele e o lugar onde moram.

Nos vários contextos apresentados – ou representados – por minhas interlocutoras e por meu interlocutor compreendi que suas construções identitárias são contingenciais, fluidas, heterogêneas. A partir de suas representações

compreendi que performam suas múltiplas identidades e que atribuem sentidos às suas experiências profissionais, tanto em relação aos contextos onde estão inseridas, como também aos (des)encontros com a comunidade e com outros profissionais de saúde. Com isso, compreendi que constroem e transformam seus fazeres – e seus conhecimentos – em vários espaços de sociabilidade, visíveis e invisíveis, por onde se deslocam: como no trabalho com a dengue, no atendimento de demandas na recepção da unidade de saúde, na sua etnicidade, no trabalho com a equipe de saúde, na visita domiciliar, no local onde moram, no trabalho com grupos de práticas corporais.

Nas entrevistas e conversações com Helena, Teresa, Raquel, Claudia, Rosana, Cris, Rogério, Carolina e Ruth compreendi que o vínculo com a comunidade é constitutivo do fazer-se ACS. Compreendi ainda que, a partir de suas ações educativas – seja com a condução de grupos de lian gong ou não – xs ACS podem construir relações desinstitucionalizadas com a população. Em suas narrativas, pude compreender que essas relações se configuram como um lugar privilegiado para a (co)produção de conhecimento e de práticas de cuidado e de saúde decolonizadas, abertas para a convivialidade e para o estímulo da autonomia. Essas relações também ser referidas como relações de amizade, de carinho, de afeto. A partir de suas experiências com os grupos de LG, xs agentes de saúde constroem – e transformam – seus conhecimentos e suas trajetórias profissionais ao deixarem-se afetar pela (con)vivência na/com a comunidade.

A partir da articulação entre sistemas de representação, práticas regulatórias e construções identitárias, antes de responder simplesmente *sim*, *não* ou *depende* à pergunta de partida desta tese – “*pode o subalterno falar?*” – é preciso observar com atenção as diferentes circunstâncias e os diferentes contextos históricos, políticos e sociais que estão em jogo. No contexto desta pesquisa, foi possível perceber que a subalternidade não é uma condição fixa para xs agentes comunitários de saúde que compartilharam comigo – e entre si – suas percepções sobre o trabalho com grupos de lian gong.

No contexto desta pesquisa, há uma articulação de circunstâncias e de práticas de subalternização que estão em jogo e, ao contrário do que imaginei inicialmente, a racionalidade científico-biomédica é apenas um dos panos de fundo que perpassam essa(s) dinâmicas(s). Ao deixar-me afetar pelos encontros com

Helena, Teresa, Raquel, Claudia, Rosana, Cris, Rogério, Carolina e Ruth, compreendi que, em suas experiências, há muitas formas de resistir e enfrentar as várias dinâmicas colonizadoras que podem encontrar em suas trajetórias, afirmando – ou também ressignificando – suas identidades e seus saberes...

Desde as conversações e as entrevistas pude (começar a) aprender com a linguagem oral, que raramente segue a mesma estrutura de “coerência” da linguagem escrita, científica, acadêmica, “sistematicamente” organizada. Desde a linguagem oral aprendi que o fato das/os ACS não terem um *saber sistematizado*, como julga o *discurso objetivo*, não quer dizer que o que sabem seja um não-saber. Contra a dominação, imposição e/ou exclusão de saberes subalternizados pelo saber científico-biomédico, ao longo do trabalho de campo aprendi que o(s) conhecimento(s) também é(são) construído(s) a partir dos (des)encontros e dos fazeres cotidianos. O conhecimento também pode ser sentido na pele, sentido no próprio corpo...

Deixamos o convite para pensarmos juntxs estratégias possíveis de decolonização do conhecimento, deixando-nos afetar pelos encontros interepistêmicos... Deixamos o convite para a interculturalização da palavra e para questionarmos sempre as relações de poder que subalternizam diferentes formas de ser, de estar, de pensar, de existir...

Deixamos o convite para o comprometimento com a justiça social e
com a defesa do SUS!

REFERÊNCIAS

1. LUZ, MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145-176, 2005.
2. Spivak GC. *Pode o subalterno falar?* Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa e André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.
3. Miglievich-Ribeiro A. Por uma razão decolonial Desafios ético-político-epistemológicos à cosmovisão moderna. *Civitas*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 66-80, jan.-abr. 2014.
4. Hall S. *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. Liv Sovik (org). Belo Horizonte: Editora UFMG; Brasília: Representação da UNESCO no Brasil, 2003.
5. Pereira PPG. *De corpos e travessias: uma antropologia de corpos e afetos*. São Paulo: Annablume; 2014.
6. Muniz MLC. *A busca pela palavra roubada: Estratégias de comunicação e articulação de povos e nacionalidades indígenas na Amazônia equatoriana [tese]*. Brasília: Universidade de Brasília - UnB; 2016.
7. Flores LV. *O sentimento do antropólogo. Qual o seu lugar na pesquisa de campo? Ponto Urbe [online]*, São Paulo, 2015, vol.17.
8. Luz MT. *Novos Saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo, SP: Hucitec, 2003.
9. Bauman ZT. *Individualidade*. In: *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 971/GM, de 3 de Maio de 2006. *Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União. 3 mai 2006.
11. Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. *Recursos da Saúde Integrativa e Fluxo de Encaminhamentos*. Disponível em http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/integrativa/Integrativa_recur_sos.pdf; 2017.
12. Hallais JAS. *Sociabilizando na prática: a sociabilidade entre usuários de práticas integrativas corporais na atenção primária*. [Dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, 2016.
13. Camargo JR, KR de. *Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
14. Illich I. *A convivencialidade*. Lisboa: Publicações Europa-América; 1976.

15. Hallais JAS; Barros, NF. O uso de práticas corporais na Atenção Primária em Saúde e a construção de um Modelo de Cuidado Intercultural. In: Anais do I Congresso Nacional de PICS e III Encontro Nordestino de PICS, V. 1, 2018. 12 a 14 de out 2017; Natal, Brasil. Campina Grande: Realize Eventos e Editora.
16. Canclini NG. Estudos sobre cultura: uma alternativa latino-americana aos cultural studies. Revista FAMECOS, Porto Alegre, nº 30, Agosto 2006.
17. Ming, ZY. Introdução do Dr. Zhuang Yuen Ming. In: Lee ML. Lian Gong em 18 Terapias. Forjando um corpo saudável - ginástica chinesa do Dr. Zhuagn Yuen Ming. São Paulo: Editora Pensamento, 2004. P. 9-11.
18. Lee ML. Lian Gong em 18 terapias - forjando um corpo saudável: ginástica chinesa do Dr. Zhuang Yuen Ming. 4a ed. São Paulo: Pensamento; 2004.
19. Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde. Apostila da Capacitação em Lian Gong. Programa Corpo em Movimento. 2016.
20. Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde. Apostila da Capacitação em Lian Gong em 18 Terapias. 3ª parte - I Qi Gong - Cultivo e Beneficiamento do Qi. s/d.
21. Oliveira, Márcia Cristina Soares de. As (in)visibilidades do lian gong na atenção primária em saúde. 2018. 1 recurso online (82 p.). Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/331815>>.
22. Nakamura E. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. Saude soc. [online]. 2011, vol.20, n.1.
23. Barker C. Verbete: Anti-essentialism. In: Cultural studies: theory and practice. London: Sage Publications, 2000.
24. Barker C. Introduction. In: The Sage Dictionary of Cultural Studies. London: Sage Publications, 2004.
25. Leyva X; Speed S. Hacia la investigación descolonizada: nuestra experiencia de co-labor. In: Leyva X, Burguete A, Speed S (coord). Gobernar (en) la diversidad: experiencias indígenas desde América Latina. Hacia la investigación de co-labor. Mexico: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Facultad Lationamericana de Ciencias Sociales; 2008. P.65-107.
26. Salazar JG; Walsh C. Pensar sembrando/sembrar pensando com el Abuelo Zenón. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar/Ediciones Abya-Yala; 2017.
27. Hall S. Cultura e Representação. Rio de Janeiro: PUC-Rio: Apicuri, 2016.
28. Hallais, JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. Saúde Pública. 2015;31(7):1497-1504.

29. Hallais JAS, Barros NF. Práticas Corporais e Clínica Ampliada [resenha]. Ciênc. saúde coletiva. 2018;23(10):3463-64.
30. Walsh C. (ed.). Introducción. Lo pedagógico y lo decolonial: Entretejiendo caminos. In: Pedagogias decoloniales: Pedagogías decoloniales: Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir. Tomo I. Quito: Abya Yala; 2013. P.23-68.
31. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Políticas para as mulheres. Manual para o uso não sexista da linguagem. O que bem se diz bem se entende. Rio Grande do Sul (RS); 2014.
32. ONU/SinUS. Manual de Linguagem Inclusiva - SiNUS 2017 - compartilhando cuidados na transformação da sociedade. Sem editora, 2017.
33. Almeida EA de; Silva JF da. Abya Yala Como Território Epistêmico: Pensamento Decolonial Como Perspectiva Teórica. Interritórios - Revista de Educação Universidade Federal de Pernambuco V.1, N.1, 2015.
34. Mignolo WD. Las humanidades y los estudios culturales: proyectos intelectuales y exigencias institucionales. In: Walsh, C. (org) Estudios culturales latino-americanos. Retos desde y sobre la region andina. Universidade Andina Simon Bolivar/ Abya-Yala. Quito. 2003.
35. Nascimento F. Estudos culturais e estudos descoloniais: diálogos e rupturas na construção de uma pesquisa de recepção. Revista Novos Olhares - Vol.7 N.1 2018.
36. Grosfoguel R. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: Transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. Revista Crítica de Ciências Sociais, 80, Março 2008: 115-147.
37. Walsh C. Introducción: ¿Qué saber, qué hacer y cómo ver? Los desafíos y predicamentos disciplinares, políticos y éticos de los estudios (inter)culturales desde América andina. In: Walsh, C. (org). Estudios culturales latino-americanos. Retos desde y sobre la region andina. Universidade Andina Simon Bolivar/ Abya-Yala. Quito. 2003.
38. Bragato FF; Fernandes KM. Da colonialidade do poder à descolonialidade como horizonte de afirmação dos direitos humanos no âmbito do Constitucionalismo latino-americano. RCJ – Revista Culturas Jurídicas, Vol. 2, Núm. 4, 2015.
39. Reis MN; Andrade MFF de. O pensamento decolonial: análise, desafios e perspectivas. Revista Espaço Acadêmico, n 202 Março 2018.
40. Cevasco ME. Dez lições sobre estudos culturais. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.
41. Escosteguy AC. Os Estudos Culturais. Cartografias - website de estudos culturais, s/d. Disponível em: www.pucrs.br/famecos/pos/cartografias.

42. Szumurk M e Irwin RM (orgs). Dicionario de estudios culturales latinoamericanos. México:Siglo XXI Editores: Instituto Mora,2009.
43. Escosteguy AC. Uma introdução aos Estudos Culturais. Revista FAMECOS, Porto Alegre, nº 9, dezembro 1998.
44. Johnson R. What Is Cultural Studies Anyway? Social Text, No. 16. Duke University Press: 1986-1987.
45. Du Gay P; Hall S; Janes, I; Madsen AK; Mackay H; Negus K. Doing cultural studies: The story of the Sony Walkman. 2. ed. London: Sage Publications, Incorporated, 2013.
46. Best, S. Culture Turn. In: Blackwell Encyclopedia of Sociology Online – http://www.sociologyencyclopedia.com/public/tocnode?id=g9781405124331_yr2015_chunk_g97814051243319_ss1-202#citation.
47. Christovam DD. O uso das práticas integrativas e complementares pelas forças armadas - um estudo cultural sobre o cuidado do estresse pós-traumático. [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas 2019.
48. Lewis B. Reding Cultural Studies of Medicine, Journal of Medical Humanities, 1998:19(1).
49. Minayo MCS. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis:Vozes;1994. P. 7-26.
50. Oliveira RC. O trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever. Revista De Antropologia. 1996;39(1):13-37.
51. Sánchez PM. La antropología visual de colaborar en un proyecto sobre identidad cultural de estudiantes indígenas yokot'anob en Tabasco, México. In: I Congreso Internacional de Innovación Docente, 2011, Cartagena. Universidad Politécnica de Cartagena; 2011. P. 2059-2070.
52. Miranda C. Presentación. In: Pedagogías decoloniales: Pedagogías decoloniales: Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir. Tomo I. Quito:Abya Yala; 2013. p.15-18.
53. Walsh C. Respuestas a un Cuestionario: posiciones y situaciones. In: Richard N (ed.), En torno a los Estudios Culturales. Localidades, trayectorias, trayectorias y disputas. Buenos Aires: CLACSO; 2010. P. 93-106.
54. Walsh C. Salazar JG. Memoria colectiva, escritura y Estado. Prácticas pedagógicas de existencia afroecuatoriana. Cuadernos de Literatura. 2015;XIX(38):79-98.
55. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União. 20 nov 2013.

56. Walsh C. Introdução: ¿Qué es la interculturalidad y cuál es su significado e importancia en el proceso educativo? In: La interculturalidad en la Educación. Ministério da Educação. Lima-Peru. Governo do Peru-Unicef; 2005. P.4-22.
57. Richard N. Introdução. In: Richard N (ed.), En torno a los Estudios Culturales. Localidades, trayectorias, trayectorias y disputas. Buenos Aires: CLACSO; 2010. P. 9-13.
58. Canclini NG. Teorias da interculturalidade e fracassos políticos. In: Diferentes, desiguais e desconectados: mapas de interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009. P.15-31.
59. Onocko-Campos RT, Díaz ARG, Dahl CM, Leal ME, Junior Serpa OD. Methodological challenges in the use of focus groups with people with severe mental illness. *Cad. Saúde Pública* 2017;33(6):e00187316.
60. Andrade APM, Maluf SW. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: *Etnografias em Serviços de Saúde*. Ferreira J, Fleischer S (orgs). Rio de Janeiro: Garamond; 2014. P.33-55.
61. Silveira C, Goldberg A, Silva TB, Gomes MHA, Martin, D. O lugar dos trabalhadores de saúde nas pesquisas sobre processos migratórios internacionais e saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(10):e00063916.
62. Agreda MCF. Investigación militante en Trabajo Social – Reflexiones desde una ciencia despatriarcal. Centro Internacional Miranda. Venezuela. s/d.
63. Dourado I, Silva LAV, Magno L, Lopes M, Cerqueira C, Prates A, et al. Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32(9):e00180415.
64. Russo JA, Carrara SL. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva – com especial referência à Antropologia. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2015;25(2):467-484.
65. Brillhante AVM e Moreira C. Formas, fôrmas e fragmentos: uma exploração performática e autoetnográfica das lacunas, quebras e rachaduras na produção de conhecimento acadêmico. *Interface (Botucatu Online)*. 2016; 20(59):1099-113.
66. Raimondi GA; Moreira C; Barros NF. O corpo negado pela sua extrema subjetividade: expressões da colonialidade do saber na ética em pesquisa. *Interface (Botucatu. Online)*, v. 23, p. e180434, 2019.
67. Raimondi GA; Teixeira FB; Moreira C; Barros NF. Corpos (Não) Controlados: Efeitos dos Discursos sobre Sexualidades em uma Escola Médica Brasileira. *Revista Brasileira de Educação Médica (online)*, v. 43, p. 16-26, 2019.
68. Munduruku D. Mundurukando 2: sobre vivências, piolhos e afetos: rodas de conversa com educadores. Lorena: UK'A Editorial; 2017.

69. Magnani JGC. De perto e de dentro: Notas Para Uma Etnografia Urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2002;17(49):11-29.
70. Trigueiros L et al. Formação em Fundamentos das Práticas Integrativas em Saúde: uma experiência utilizando metodologias ativas de aprendizagem em Campinas – SP. In: *Anais do 31º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. Democracia: em defesa do SUS; nenhum direito a menos*. 22 a 24 de mar 2017; Santos, Brasil. São Paulo: Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo.
71. Smith LT. *Decolonizing methodologies: research and indigenous peoples*. Dunedin: Zed Books; 2008.
72. Spivak GC. Questions of Multiculturalism. In: Sarah Harasym (ed). *The Post-Colonial Critic: Interviews, Strategies, Dialogues*. Routledge, New York, 1990.
73. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).
74. Zubarán, Wortmann, Kirchof. Stuart Hall e as questões étnico-raciais no Brasil: cultura, representações e identidades. *Projeto História*, São Paulo, n. 56, pp. 9-38, Mai.-Ago. 2016.
75. Barros NF, Pereira PPG e Cunha GT. Anotações dos apontamentos e das considerações tecidas durante o exame de qualificação desta tese. Outubro de 2019.
76. Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):553-63.
77. Nascimento MC, Nogueira MI. Concepções de natureza, paradigmas em saúde e racionalidades médicas. *Forum Sociológico [Online]*. 2014;24:1-15.
78. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6):1869-1878, 2015.
79. Grossberg, L. El corazón de los estudios culturales: Contextualidad, construcción y complejidad. *Tabula Rasa*. Bogotá - Colombia, nº 10:13-48, janeiro-junho de 2009.
80. Hall S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 22, nº 2, p. 15-46, jul./dez. 1997.
81. Thompson K. Introduction. In: Thompson, K. *Media and cultural regulation*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 1997.
82. Oliveira RR. Dos conceitos de regulação às suas possibilidades. *Saúde Soc. São Paulo*, 23(4):1198-1208, 2014.

83. Leve AM. The circuit of culture as a generative tool of contemporary analysis: examining the construction of an education commodity. 2016.
84. UNICEF Brasil. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-1 2 de setembro de 1978. UNICEF BRASIL: Brasília; 1979.
85. OMS. El Agente de salud comunitario: guía de trabajo, pautas para la capacitación, pautas para adaptar la guía, Rev. y ampliada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1987.
86. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: World Health Organization; 2007.
87. OMS. Diretrizes da OMS sobre política de saúde e apoio sistêmico para a otimização de programas de agentes comunitários de saúde [WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019.
88. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. 22 de Dezembro de 1997.
89. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. O trabalho do agente comunitário. Brasília (DF); 2009.
90. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
91. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 29 de Março de 2006.
92. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 22 de Outubro de 2011.
93. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 de Setembro de 2017.

94. Hartley, J. *Communication, Cultural and Media Studies: The Key Concepts*. 3. ed. London and New York: Routledge, 2002.
95. Silva JA; Dalmaso, ASW. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
96. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, Jan. 2011.
97. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, Fev. 2002.
98. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília (DF); 2001.
99. Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 10 Jul 2002.
100. Morosini MV e Fonseca AF. Morosini Márcia Valéria, Fonseca Angélica Ferreira. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate*. 2018. Sep;42:261-274.
101. Ministério da Saúde (BR). Portaria 83 de 10 de Janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. *Diário Oficial da União*. 12 de Janeiro de 2018.
102. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 582, de 10 de Maio de 2018 do Conselho Nacional de Saúde - A formação e o trabalho dos Agentes de Saúde na Estratégia Saúde da Família: implicações a partir da Portaria GM/MS nº 83/2018, que institui o PROFAGS. 2018.
103. Brasil. Lei nº 13.595, de 5 de Janeiro de 2018. Altera a Lei 11.350, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e condições de trabalho e outras definições sobre o trabalho dos ACS e ACE. 5 jan 2018.
104. Thompson, K. Regulation, de-regulation and re-regulation. In: THOMPSON, K. *Media and cultural regulation*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 1997.
105. Villas Bôas, LMFM; Araújo, MBS; Timóteo, RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4):1355-1360, 2008.
106. Santos, CW; Filho MCF. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1659-1667, 2016.
107. Ribeiro D. *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte: Letramento: Justificando; 2017.

108. Nascimento, Elisabet Pereira Lelo. A formação dos agentes comunitarios de saude: experiencia do municipio de Campinas. 2006. [Tese] - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciencias Medicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/308565>>.
109. Ministério da Saúde (BR). Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
110. Campinas. Programa Paidéia. As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde - Gestão 2001-2004: Projeto Paidéia De Saúde Da Família – Campinas/2000. s/d. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>.
111. Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde. Atribuições do Agente Comunitário de Saúde. Referenciais para a discussão sobre o papel do ACS no SUS Campinas. 2004.
112. Woodward, K (edit). Introduction. In: Identity and Difference. London: Sage Publications in Association with The Open University, 1997.
113. Woodward K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Silva, TT (org). Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2011. P. 7-72.
114. Filho, FFL; Morais, ALC. Estudos Culturais aplicados a pesquisas em mídias audiovisuais: o circuito da cultura como instrumental. Significação – Revista de Cultura Audiovisual. Universidade de São Paulo, v. 41, nº 42, 2014.
115. Brah, A. Entrevista: “La identidad siempre es un proceso, no un producto final”. [09/04/2018]. Barcelona: El Salto. Entrevista concedida a Queralt Castillo Cerezuela.
116. Durão AVR. Relações de gênero na conformação de uma nova morfologia do trabalho: O fazer-se das Agentes Comunitárias de Saúde. [Tese]. 2018. Universidade Federal Fluminense. Niterói/RJ.
117. Durão AVR. Menezes CAF. Relações de gênero na conformação de uma nova morfologia do trabalho: O fazer-se das Agentes Comunitárias de Saúde. Trabalho, Educação e Saúde. 2016.14(2):355-376.
118. Campinas. Lei Complementar nº 108 de 29 de junho de 2015. Dispõe sobre a criação de empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde na Prefeitura Municipal de Campinas.
119. Silva, TT (org). A produção social da identidade e da diferença. In: Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2011. PP. 73-102.
120. Freire P. Educação e conscientização. In: Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967. PP 101-122.

ANEXOS

Anexo A – Autorização da Secretaria Municipal de Campinas



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde




AUTORIZAÇÃO

059/2016

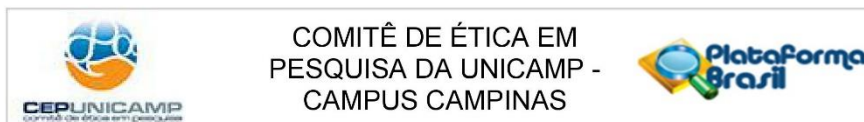
Autorizo a realização da Pesquisa intitulada “**PODE O SUBALTERNO FALAR? OS SENTIDOS DA OFERTA DE LIAN GONG POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**”, que tem por objetivo compreender os sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde sobre a oferta de Lian Gong, uma prática corporal de pequena visibilidade no SUS, na rede da Atenção Primária de Campinas.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por estudante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, no Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares – LAPACIS, do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, junto a agentes comunitários de saúde com formação em Lian Gong e que estejam atuando como instrutores desta prática em unidades de saúde do município de Campinas, além de participar como ouvinte de processos de capacitação realizados pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde – CETS para esta categoria profissional. A pesquisa está sob a orientação do Professor Doutor Nelson Filice de Barros.

Campinas, 27 de setembro de 2016


Cármino Antonio de Souza
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula: 125.344-1
CPF: 723.931.818-49

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM/UNICAMP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Pode o subalterno falar?." Os sentidos da oferta de Lian Gong por Agentes Comunitários de Saúde

Pesquisador: Janaína Alves da Silveira Hallais

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60820116.3.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.823.044

Apresentação do Projeto:

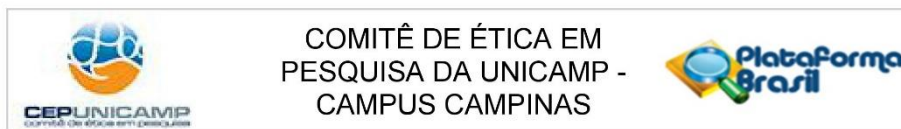
Desenho:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com coleta de dados realizada por meio de entrevistas com os agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam como instrutores de Lian Gong em unidades básicas de saúde no município de Campinas. Além disso, para compreender como é a formação dos ACS, participarei como ouvinte em processos de capacitação ofertados pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) para esta categoria profissional.

Resumo: Embora os Agentes Comunitários de Saúde assumam um importante papel de liderança com a comunidade através, por exemplo, dos grupos de Lian Gong, no entanto, seus saberes são produzidos às margens do conhecimento hegemônico da biomedicina. Assim, questiona-se sobre a autonomia e a produção de conhecimento deste profissional no seu processo de trabalho perante o discurso dominante, que silencia e impõe ao "outro" uma condição subalterna. O objetivo desse trabalho é compreender os sentidos atribuídos pelos ACS sobre a oferta do LG, uma prática corporal com pequena visibilidade, na atenção primária do município de Campinas. A metodologia utilizada será qualitativa e a pesquisa de campo se desenvolverá a partir de entrevistas semi-estruturadas com os ACS que trabalham com o lian gong nas unidades básicas de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM/UNICAMP (página 2 de 7)



Continuação do Parecer: 1.823.044

saúde do município de Campinas (SP), além de participar como ouvinte em processos de capacitação ofertados pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) para esta categoria profissional. Com isso, busca-se refletir sobre as experiências e a produção de conhecimento destes profissionais a partir de uma discussão sobre a razão descolonial. Os dados da pesquisa serão analisados de acordo com a análise temática de conteúdo e com os referenciais teóricos da sociologia e da antropologia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os sentidos atribuídos pelos ACS sobre a oferta do LG, uma prática corporal com pequena visibilidade, na atenção primária do município de Campinas.

Objetivo Secundário:

. Identificar as atividades do ACS nos serviços de saúde; compreender o processo de formação profissional do ACS.

. Verificar como os grupos de LG se estabelecem nos serviços de saúde; verificar se os profissionais possuem outra (s) formação (ões) em práticas integrativas e complementares; verificar se os profissionais participam ou ofertam outros grupos de cuidado em saúde; analisar a relação de subalternidade entre o ACS e o LG.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos previstos para a realização desta pesquisa.

Benefícios:

A pesquisa contribuirá para o campo da saúde coletiva ao trazer para o centro o modelo de cuidado produzido pelos agentes comunitários de saúde nos grupos de práticas corporais. Dessa forma, espera-se dar visibilidade ao discurso e agência destes profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de tese de doutorado.

Critério de Inclusão:

Agentes Comunitários de Saúde que são instrutores de Lian Gong em serviços de saúde da atenção

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM/UNICAMP (página 3 de 7)



Continuação do Parecer: 1.823.044

primária da cidade de Campinas e que tenham grupos ativos no momento da realização da pesquisa.

Previsão de 10 Entrevistas em profundidade.

Orçamento: 207 reais, sem informações sobre financiamento do estudo.

Coleta de dados- trabalho de campo: entre novembro de 2016 e março de 2017.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- . folha de rosto, assinada e datada pela pesquisadora principal e diretor da Faculdade de Ciências Médicas, como instituição proponente. adequada.
- . projeto detalhado
- . formulário PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO- todos os itens preenchidos.
- . Atestado de matrícula da pesquisadora principal, declaração LAPACIS, cronograma de execução e roteiro da entrevista- adequados.
- . Autorização para realização do estudo -assinada pelo Secretário de Saúde do município de Campinas.
- . TCLE aos participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências e inadequações emitidas no parecer CEP N° 1.805.485:

1 - Sobre benefícios: informar claramente que participante não terá benefício direto com a participação no estudo. Corrigir no formulário PB.

Resposta: O texto foi adequado para: "O(s) entrevistado(s) não terá(ão) benefícios diretos ou quaisquer outras vantagens com sua(s) participação(ões), mas a pesquisa contribuirá para o campo da saúde coletiva ao trazer para o centro o modelo de cuidado produzido pelos agentes comunitários de saúde nos grupos de práticas corporais. Dessa forma, espera-se dar visibilidade ao discurso, conhecimento e agência destes profissionais."

Análise: Pendência Atendida

no TCLE:

2. corrigir a frase "direitos e deveres", no primeiro parágrafo do termo, para "direitos", somente.

Resposta: As adequações foram realizadas.

Análise: Pendência Atendida

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126	
Bairro: Barão Geraldo	CEP: 13.083-887
UF: SP	Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187
	E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM/UNICAMP (página 4 de 7)



Continuação do Parecer: 1.823.044

3. Incluir o termo de responsabilidade do pesquisador, ao final do TCLE. Há um modelo deste termo na página deste CEP (modelo de TCLE- ver final do texto- termo de compromisso do pesquisador). Consultar o TCLE segundo a estrutura básica apresentada na página do comitê de Ética da UNICAMP https://www.prp.unicamp.br/sites/default/files/3_estrutura_basica_tcle-versao_09outubro2015-disponivel_site.docx

Resposta: O termo foi inserido.

Análise: Pendência Atendida

4. Informar o que significa a sigla LG.

Resposta: A sigla foi retirada e colocado o significado " Lian Gong" .

Análise: Pendência Atendida

5. O TCLE deverá constar as informações sobre o destino dos áudios gravados: Serão armazenados? Se sim, por quanto tempo? Como serão descartados? Pretende-se usar em projetos futuros ou será utilizado exclusivamente para este projeto?

Resposta: As adequações foram realizadas.

Análise: Pendência Atendida

6. Acrescentar no item riscos o item desconfortos e em termos de desconfortos, acrescentar uma frase com a estimativa do tempo necessário para a coleta de dados.

Resposta: Foi acrescentada a seguinte frase: 'O participante poderá se sentir desconfortável pelo tempo estimado de uma hora da entrevista. '

Análise: Pendência Atendida

7. O texto como foi descrito no TCLE não garante indenização por danos decorrentes da pesquisa. A Resolução 466/12 (item IV.3) define que "os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no TCLE, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, patrocinador e das instituições envolvidas". Cabe enfatizar que a questão da indenização não é prerrogativa da Resolução 466/12, estando prevista no código civil. Portanto, solicitamos que seja assegurado, de forma clara e afirmativa, que o participante de pesquisa tem direito à indenização em casos de danos decorrentes da pesquisa.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM/UNICAMP (página 5 de 7)



Continuação do Parecer: 1.823.044

Resposta: Foi inserida a informação sobre indenização.

Análise: Pendência Atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- 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 e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM/UNICAMP (página 6 de 7)



Continuação do Parecer: 1.823.044

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_783583.pdf	07/11/2016 13:43:46		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/11/2016 13:42:37	Janaina Alves da Silveira Hallais	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	07/11/2016 13:41:17	Janaina Alves da Silveira Hallais	Aceito
Outros	Carta_resposta_parecer_1805485.pdf	07/11/2016 13:40:04	Janaina Alves da Silveira Hallais	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	03/10/2016 15:15:01	Janaina Alves da Silveira Hallais	Aceito
Outros	Atestado_Matricula.pdf	03/10/2016 09:54:57	Janaina Alves da Silveira Hallais	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	03/10/2016 08:38:03	Janaina Alves da Silveira Hallais	Aceito
Outros	Declaracao_LAPACIS.pdf	03/10/2016 08:10:18	Janaina Alves da Silveira Hallais	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	03/10/2016 07:45:29	Janaina Alves da Silveira Hallais	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/09/2016 12:29:45	Janaina Alves da Silveira Hallais	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

**Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM/UNICAMP (página 7
de 7)**



Continuação do Parecer: 1.823.044

CAMPINAS, 17 de Novembro de 2016

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Anexo C – Roteiro de entrevistas elaborado em parceria com Claudia, Rosana, Helena e Raquel

Título da pesquisa: “Pode o subalterno falar?” Os sentidos da oferta de Lian Gong por Agentes Comunitárias(os) de Saúde. **Pesquisadora responsável:** Janaína Alves da Silveira Hallais – Doutorado em Saúde Coletiva/UNICAMP. **Co-pesquisadoras:** Francine Landim Meireles; Itanaína Costa; Maria Helena Carvalho; Maria Madalena Rinaldi. **Prof. Orientador:** Nelson Filice de Barros.

Objetivo da pesquisa: Compreender os conhecimentos produzidos pelas ACS a partir de suas experiências com a oferta de Lian Gong nos serviços da Atenção Primária em Saúde de Campinas.

Estimada(o) participante,

Obrigada por sua disposição e disponibilidade em contribuir com essa pesquisa. A proposta dessa entrevista é conhecer os saberes que nós produzimos enquanto agentes comunitárias de saúde a partir de suas experiências com a prática de Lian Gong. Colocar essa questão em perspectiva na pesquisa acadêmica contribui para valorizar “outras” formas de saber e de conhecer, mostrando que o cuidado não é produzido somente por profissionais médicos ou da enfermagem (dentre outros), e que o trabalho em saúde vai além do diagnóstico, da prescrição de medicamentos e de procedimentos que requerem formação técnica ou superior. Assim, queremos apresentar a pluralidade e a diversidade das experiências das ACS com o LG na rede de atenção básica de Campinas.

A fim de desconstruir o discurso acadêmico-científico, que é dominante e excludente, a gente investe na pesquisa de co-labor (ou de colaboração) como um recurso metodológico baseado em um “processo compartilhado” de investigação, que privilegia “um sentido de descolonização e ‘interculturalização’ da palavra” (MUNIZ, 2016: 26). Temos como prioridade o processo dialógico na construção do conhecimento e trazemos como proposta não *falar sobre* as(os) agentes de saúde, mas *falar com* as(os) agentes. Para isso, uma das estratégias foi convidar quatro ACS para participarem da pesquisa, desde a elaboração do roteiro da entrevista e também como entrevistadoras, pois acreditamos que existe diferença entre o que a pesquisadora principal pensa/conhece *sobre* o trabalho que nós desenvolvemos e o que nós *realmente vivenciamos* no cotidiano do trabalho.

Reforçamos a ética em pesquisa, principalmente no que tange sobre a confidencialidade dos seus dados pessoais. As informações obtidas durante o estudo serão utilizadas apenas para

realização de relatórios ou publicações. Entretanto, o seu nome ou qualquer outra informação que possa te identificar não serão divulgados. Cabe destacar que a pesquisa já foi aprovada e autorizada pelo CETS/Secretaria de Saúde, pelo Comitê de Ética da Unicamp, mas o seu consentimento é o mais importante.

I. Identificação:

Nome completo, idade, gênero, serviço em que trabalha, tempo de profissão, quantos grupos de LG conduz atualmente e quais os dias, horário e local. Pedir um telefone ou e-mail para contato (seus dados pessoais ou qualquer característica que possa te identificar não serão divulgados, é apenas para identificação das pessoas que participaram da pesquisa).

II. Sobre tornar-se ACS

1. Quais foram as razões que a(o) motivaram a escolher essa profissão? (Fale sobre sua trajetória, você já tinha alguma experiência na área da saúde? Como foi começar a trabalhar como ACS?).
2. Além de ACS, você tem outra formação profissional? Qual? Trabalha ou já trabalhou com isso?
3. O que faz um/a ACS? Conte-me sobre sua rotina de trabalho: quais atividades você realiza no serviço, como é a sua agenda?
4. Você tem supervisão direta de algum profissional de saúde ou você tem autonomia para desenvolver suas atividades?
5. Você sente que há dificuldades no dia a dia para desenvolver o seu trabalho? Se sim, quais? (E como você lida com isso?)
6. Como é a relação com a sua equipe e com outros profissionais do serviço?
7. Você já sentiu que seu conhecimento ou o seu trabalho foi desvalorizado por alguém do seu serviço ou por algum paciente do centro de saúde? Como foi essa situação?
8. Como é a relação entre você e a comunidade com a qual trabalha?
9. Para você (ou na sua experiência), o que significa ser agente comunitária/o de saúde?
10. Quais conhecimentos e habilidades você precisa ter para desenvolver seu trabalho como ACS?
11. A partir de suas experiências como ACS, como o seu trabalho produz cuidado?

III. Experiência com o Lian Gong: processo de formação

12. Como e quando ocorreu a sua aproximação com o Lian Gong? (Por que você optou por essa modalidade? Como conheceu a prática, o que te motivou a buscar essa formação e a trabalhar com o Lian na unidade, quando foi que participou da primeira capacitação?)
13. Como foi essa experiência (de aprender Lian Gong) para você?

14. Nos últimos dois anos você participou de alguma capacitação ou supervisão do Lian Gong?
Como instrutor/a, você acha que é importante participar desses encontros?
15. Além do LG, você tem formação ou experiência em mais alguma prática integrativa e complementar? Quais? Você tem trabalhado com isso na sua unidade?

IV. Experiência com o Lian Gong: trabalho com a prática corporal

16. Quando você começou a trabalhar com grupos de Lian Gong? (Conte-me sobre sua trajetória: você que “criou” o grupo ou incorporou seu trabalho em um grupo que já existia? Fale sobre incentivos e obstáculos, como encontrou um local e aparelho de som para realizar a atividade, como as primeiras pessoas chegaram para participar do grupo?).
17. Depois que você passou a trabalhar com o Lian Gong, mudou alguma coisa na sua agenda, em relação a organização das suas atividades?
18. Como você conduz sua aula? (Trabalha com quais partes do LG? Associa alguma outra prática corporal como meditação, automassagem, qi gong, alongamento, etc.? Trabalha em parceria com outra/o profissional?).
19. Quando você precisa se ausentar, seja por férias, por motivo de licença-médica, por causa de reuniões ou capacitações, tem alguém para te substituir? Quem é essa pessoa?
20. O grupo já precisou ser suspenso temporariamente? Por qual motivo?
21. Como é feita a divulgação do grupo do seu centro de saúde? Há encaminhamento médico ou oferta feita pelos demais profissionais? Se sim, geralmente encaminham por qual motivo?
22. Você acha que Lian Gong é bem aceito entre os profissionais do seu serviço ou você sente que existe algum tipo de resistência ou preconceito? Em geral, como eles avaliam seu trabalho com o LG?
23. Você faz algum tipo de registro do Lian Gong? Onde?
24. Existe avaliação de saúde das/os praticantes? Se sim, como funciona e com qual frequência acontece?

V. Experiência com o Lian Gong: percepções

25. Você percebeu alguma mudança em você mesma(o) depois que começou a trabalhar com essa prática? Qual(ais) foram essas mudanças?
26. E na sua prática profissional, você sentiu alguma mudança no seu olhar para a questão do cuidado e da saúde? (e para as pessoas ou para os problemas da comunidade onde atua)
27. Como é a motivação do seu grupo em relação ao LG? Os/as praticantes são assíduos?

28. Os praticantes comentam sobre o que estão sentindo, se perceberam mudanças em si (sejam resultados positivos ou negativos)?
29. Como é o seu vínculo com o grupo, com as praticantes? E como é a interação entre o grupo?
30. Para você, como que o seu trabalho com o Lian Gong cuida das pessoas? Como produz saúde? Quais são as mudanças mais expressivas que você observa nas pessoas que participam do seu grupo?
31. Pra você, o que significa trabalhar com o Lian Gong? Qual a importância disso para você, seja no nível pessoal e/ou profissional?
32. Tem alguma outra coisa que não foi perguntado e que você gostaria de compartilhar ou de questionar?

Bom, é isso. Muito obrigada pela sua disposição em participar da entrevista!!

Anexo D – Resposta da ACS Ruth sobre o que é a pedagogia “Griô”

“Então Jana, vou falar aqui respondendo sobre os “Griô”, né? Na verdade, Griot com ‘t’ mudo são os homens e Griote são as mulheres. Essa palavra é francesa e ela significa, em algumas regiões da França, mas também naquelas regiões africanas que se fala o francês também, a palavra em si é francesa, mas o significado e a prática é da África. Então se refere aos contadores de história, contadores e contadoras de histórias. Em geral eram andarilhos, no verdadeiro sentido de andarilho também, né? Que andarilho não significa isso que a gente sabe aqui no Brasil, que são pessoas que não tem onde morar, que vive na rua, não! Os andarilhos eram pessoas que escolhiam esse modo de vida, eles viviam andando pelo mundo. Para mim, eles eram pessoas iluminadas que eram totalmente desapegadas do material e eles viviam pelo mundo passando seus ensinamentos através da história, através da pantomima, que é o teatro, e eram pessoas com muito conhecimento, desde o conhecimento da medicina tradicional, das ervas, dos remédios, aconselhamentos, vivências, conhecimentos da própria vida. Então eram grandes sábios e sábias que viviam dessa forma pelo mundo.

Aqui no Brasil, a gente atribui essa palavra aos mestres e mestras do saber popular, que em geral, são pessoas mais velhas. No meu caso, eu seria uma jovem Griote, apesar de eu estar com 51 anos, mas isso para a cultura Griô, eu sou uma jovem Griote, que já passei pelo aprendizado com os meus avós e com os meus pais mas muitas pessoas, da minha idade, ainda tem seus pais, por exemplo. Então, a gente considera que ainda está aprendendo. Então seria uma jovem Griote. É uma jovem mestra do saber popular.

Esses mestres e essas mestras não são pessoas que são outorgadas pela sociedade, que recebem títulos ou qualquer tipo de patente da sociedade. Não! Eles recebem da própria comunidade esse reconhecimento, da sua família, do povo que vive com ele. E nesse sentido, eu super me considero sim uma jovem Griote porque tudo o que eu faço hoje é por eu ter recebido esse empoderamento das pessoas onde eu convivo, dos grupos por onde já passei e de pessoas como você, que bota fé no que eu estou falando, no meu modo que eu vivi, de onde vem o meu conhecimento e vão nos legitimando a partir dos seus estudos. Mas é isso, os Griô, como a Raquel Trindade que foi a primeira mulher que veio discutir as cotas raciais dentro da

Unicamp, quando ela veio a convite do Antônio Nóbrega, trazendo a disciplina de cultura popular e ela trouxe a dança dos Orixás. Ela nunca foi formada em universidade, ela tinha notório saber, mas ela trouxe esse conhecimento para dentro da Unicamp e daí, hoje, a cultura popular e a cultura negra dentro da Unicamp tem o valor que tem, que na minha concepção ainda está sendo valorizada, na verdade, né? Ainda está sendo reconhecido. Mas Raquel Trindade quando veio trazer a dança dos Orixás, ela percebeu que na disciplina dela, que já era uma disciplina fundamental, como é hoje ainda a cultura popular dentro de qualquer curso de artes, ela trazia esse conhecimento, mas na disciplina dela só tinha um negro fazendo a aula.

Então foi quando ela foi conversar com o Reitor e pediu que abrisse extensão para a comunidade. Então Raquel Trindade, foi realmente, a primeira pessoa a discutir cotas raciais dentro da Unicamp. E eu sou uma discípula de Raquel Trindade e as coisas que eu faço, minha música, meus dizeres, meu conhecimento, ele não é respaldado exatamente pela academia, eu não tenho diploma de nada, mas eu tenho uma vivência por ter nascido, eu nasci na cidade mas vivi e me desenvolvi no sertão e sou filha de lavradores, analfabetos e hoje estou aqui ainda tentando concluir uma graduação mas realmente isso só me dará mais possibilidades de falar, mas esse lugares que eu atingir para a minha fala, eu vou trazer, em geral, conhecimento que eu já trago. Esse é meu diploma, por ser uma jovem Griote. Então é isso, Griot/Griote são mestres e mestras do saber popular.”