

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**

**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**SUERDE MIRANDA DE OLIVEIRA BRITO**

**O CONCRETO E O SIMBÓLICO NO COTIDIANO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:  
PRÁTICAS, REPRESENTAÇÕES E PROCESSO IDENTITÁRIO DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA - PB**

**NATAL – RN**

**2004**

**SUERDE MIRANDA DE OLIVEIRA BRITO**

**O CONCRETO E O SIMBÓLICO NO COTIDIANO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:  
PRÁTICAS, REPRESENTAÇÕES E PROCESSO IDENTITÁRIO DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA - PB**

Tese apresentada à Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Educação.

**Orientador:**

**Prof. Dr. MOISÉS DOMINGOS SOBRINHO**

**NATAL - RN**

**2004**

Catálogo da Publicação na Fonte.  
UFRN. Biblioteca Setorial Especializada do CCSA

Brito, Suerde Miranda de Oliveira.

O concreto e o simbólico no cotidiano da educação em saúde: práticas, representações e processo identitário dos agentes comunitários de saúde de João Pessoa – PB / Suerde Miranda de Oliveira Brito. – Natal : UFRN, 2004.

342 p.

Orientadora : Prof. Dr. Moisés Domingos Sobrinho

Tese ( Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Educação.

1. Educação – Tese. 2. Saúde – Tese. 3. Agente comunitário de saúde – Tese. 4. Identidade social – Tese. 5. Representação social – Tese. 6. *Habitus* – Tese. I. Domingos Sobrinho, Moisés. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 37.035(043.2)

**SUERDE MIRANDA DE OLIVEIRA BRITO**

**O CONCRETO E O SIMBÓLICO NO COTIDIANO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE:  
PRÁTICAS, REPRESENTAÇÕES E PROCESSO IDENTITÁRIO DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA - PB**

Tese apresentada à Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Educação.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**PROF. DR. MOISÉS DOMINGOS SOBRINHO - ORIENTADOR**  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

---

**PROFa. DRa. MARIA DE FÁTIMA SOUZA SANTOS - Examinador Externo**  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

---

**PROFa. DRa. MARIA DO CARMO EULÁLIO BRASILEIRO –Examinador Externo**  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

---

**PROFa. DRa. MARIA DO ROSÁRIO DE CARVALHO - Examinador Interno**  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

---

**PROFa. DRa. ÉRIKA DOS REIS GUSMÃO ANDRADE - Examinador Interno**  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Dedico este trabalho aos agentes  
comunitários de saúde do município de João  
Pessoa, com quem muito aprendi, não só sobre  
as questões acadêmicas, mas também sobre a  
luta pela vida.

À memória de minha avó materna,  
Beatriz, com quem descobri o  
gosto pela leitura.

Aos meus pais, João e  
Lica, primeiras referências  
de amor à vida.

Ao meu sogro, José Augusto de Brito,  
meu poeta preferido, que me ensinou  
sobre o saber ultrapassar muito além  
das academias.

## AGRADECIMENTOS

A experiência de desenvolver o presente estudo envolveu um contato com muitas pessoas. Por isso, algo que considero fácil e prazeroso de fazer, reveste-se de dificuldades, principalmente pelo receio de omissões. Reconheço a colaboração de todos vocês. A inexistência de financiamento para a pesquisa e da concessão de uma bolsa de estudo, somada à liberação parcial e temporária das atividades da docência, me faz valorizar mais ainda todo incentivo e apoio que me foram dados.

A Deus, não exclusivamente pela finalização deste trabalho, mas principalmente pelas escolhas que pude fazer.

Meus queridos João, Filipe e Daniel, sem vocês, a construção deste trabalho não teria sido possível e nem teria sentido. Realizá-lo me permitiu crescer pessoalmente. Espero que este crescimento se estenda à nossa vida familiar.

Aos meus pais, que valorizadores de minha identidade como mãe, esposa e professora '*de ensino em sala de aula*', foram questionadores sobre o sentido de investir tanto numa pesquisa e continuar estudando. Apesar das interrogações, vocês não mediram esforços para me ajudar, cuidando de mim e de minha família.

À minha única irmã, Sandra, que até penso nem imagina o quanto contribuiu para a finalização deste trabalho.

Aos meus inúmeros sobrinhos, sobrinhas, cunhados e cunhadas. Como é bom ter uma família grande! A maioria de vocês, ao seu modo e dentro de suas possibilidades, muito me ajudou.

Aos agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa, eu agradeço muito, pela confiança e pelo carinho. Admiro-os mais agora do que antes.

À Associação dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de João

Pessoa e ao Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado da Paraíba, através dos quais aprendi o verdadeiro sentido de uma contrapartida. Tenho certeza de que, nas nossas trocas, mais recebi do que pude conceder. Por isso espero poder dar-lhes a visibilidade merecida e almejada.

Às enfermeiras do Programa Agentes Comunitários de Saúde e a todos os profissionais do Programa Saúde da Família que se dispuseram a falar sobre o outro, o agente comunitário de saúde, quando muitas vezes era necessário falar sobre si.

À Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, que confiou no meu profissionalismo, abrindo espaço para o desenvolvimento da pesquisa. Os nomes de coordenadores do PACS e do PSF, assim como das diretoras dos Distritos Sanitários deveriam ser anunciados, para mais adequadamente ser feito meu agradecimento. Como a lista seria longa e, além disso, eu me sentiria em dívida com os demais profissionais por não os ter denominado, nomeio apenas aquela que foi essencial para minha entrada no campo: Verônica Ebraim, instrutora/supervisora da primeira equipe do PACS com que tive contato.

Às famílias que me abriram as portas, permitindo acompanhar as atividades práticas dos agentes comunitários de saúde. A vocês, usuários do PACS e do PSF, que falaram e me escutaram, o meu muito obrigada.

Ao professor Moisés Domingos Sobrinho, meu orientador, que me concedeu autonomia, principalmente diante das opções metodológicas da pesquisa, sem que esta responsabilidade deixasse de permitir que, durante todo o processo de orientação, eu aprendesse além das teorias.

À professora Maria do Rosário Carvalho, grande incentivadora desde o nosso primeiro encontro. Sua colaboração ultrapassa as discussões teórico-metodológicas

dos seminários e da avaliação final da tese.

Às professoras Érika dos Reis Gusmão Andrade, Maria do Carmo Eulálio Brasileiro e Maria de Fátima Souza Santos, membros da banca, pela disponibilidade, pelas contribuições já dadas e por aquelas que ainda certamente serão apontadas.

André Augusto, Cícera, Laêda, Lia, Luiz, Marileide, Marly, Paulo Palhano, guardarei de vocês boas lembranças. Boas amizades se formaram. Obrigada pela colaboração que cada um me prestou.

Laíse, Letessandra, Milton e Radir, nossos contatos, ora na Secretaria do Programa, ora por telefone, foram breves, mas nem por isso deixaram de ser marcados por companheirismo e disponibilidade. Agradeço-lhes.

Mostro-me grata ao Departamento de Psicologia e à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, especialmente às professoras Judith Maques, Railda Fernandes e Aliana Fernandes, cujo suporte me permitiu superar as dificuldades inerentes à necessidade de conciliação das atividades de docente com a realização do curso e o desenvolvimento da pesquisa.

Aos meus alunos, dentre os quais compartilho com alguns o ofício da docência. Poder trabalhar os conteúdos de disciplinas e desenvolver pesquisas e/ou acompanhá-los, não me distanciando do foco da tese, permitiram trocas valiosas. Verdadeiro testemunho de que quando se ensina se aprende.

Manifesto minha gratidão à professora Cleonice Camino, que há algum tempo atrás me incentivou a não desistir do mestrado em Psicologia Social na Universidade Federal da Paraíba. Seu encorajamento, que se estendeu até o presente, foi essencial para a concretização desta caminhada.

## RESUMO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de cunho etnográfico, fundamentada na Teoria das Representações Sociais e na sua abordagem complementar, a Teoria do Núcleo Central, embasado nos conceitos bourdieusianos de campo e de *habitus*, tomando como princípio que tais conceitos, articulados ao construto representação social, podem contribuir com o estudo das identidades coletivas. Objetiva apreender quais as referências identitárias de agentes comunitários de saúde (ACSs) do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) do município de João Pessoa – PB e qual representação social é por eles construída acerca da educação em saúde. Participaram do estudo 119 ACSs, dos quais 90,3% mulheres e 9,7% homens. Uma vez que a identidade também é construída pela representação dos outros sobre o grupo, 63 profissionais da equipe do PSF (16 enfermeiras, 16 auxiliares de enfermagem, 12 médicos, nove odontólogos, seis auxiliares de consultório odontológico, quatro coordenadores, um psicólogo e uma recepcionista) e uma enfermeira do PACS foram partícipes do estudo, além de serem analisados documentos oficiais do Ministério da Saúde e terem sido consideradas informações verbais de seus representantes, assim como depoimentos de usuários do PACS e do PSF sobre o ACS. Para a coleta de dados, utilizamos a seguinte combinação de instrumentos: (a) Observação Direta e Observação Participante nas micro-áreas de atuação dos ACSs, nas Unidades de Saúde da Família; e na associação e no sindicato da categoria; (b) Associações–Livres de palavras e expressões para os estímulos ‘agente comunitário de saúde’, ‘educação em saúde’ e ‘saúde’; (c) Questionários e (d) Entrevistas em Profundidade. As entrevistas foram submetidas à análise temática de conteúdo. As associações-livres foram analisadas segundo a proposta vergèsiana (combinação da frequência e da ordem média de evocação), tratamento que permitiu identificar os sistemas central e periférico da representação social de educação em saúde e de agente comunitário de saúde. Um teste de refutação da centralidade, associado à análise das evocações indicadas como mais importantes, forneceu evidência empírica da representação social da educação em saúde como ‘orientação’, ‘prevenção’ e ‘higiene’, bem como da identidade do ACS como ‘orientador’, ‘amigo’, ‘ajuda’, ‘importante’ e ‘elo de ligação’ entre a comunidade e a Equipe Saúde da Família. Todos estes conteúdos representacionais são compartilhados pelos outros profissionais do PACS e do PSF e pelo Ministério da Saúde, havendo destaque para o ser ‘amigo’ e ser ‘elo de ligação’, igualmente compartilhados pela comunidade. Foi constatado um *habitus* de agente comunitário de saúde, calcado na afetividade, o qual ancora o ser-fazer deste trabalhador, ante as inconsistências cotidianas de alimentação, vestuário, emprego e medicação presentes na comunidade.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Identidade Social; Representação Social; *Habitus*.

## ABSTRACT

The present study is about an ethnographic research based on the Theory of Social Representation and its complementary approach, the Theory of Central Core based on the bourdieusian concepts of field and "habitus", concerning that these concepts, articulated to the constructed social representation, may contribute to the study of social identities. Its aim is to acknowledge which identity references community health agents (CHA), agents from Community Health Agent Program (CHAP) and Family Health Program (FHP) from João Pessoa – PB and which social representation is constructed by them towards health education. The study had the participation of 119 CHAs, from which 90,3 % were female and 9,7% were male. Since the identity is also built by the representation of others towards the group, 63 professionals of the FHP group (16 nurses, 16 nursing assistants, 12 doctors, 9 dentists, 6 dentistry office assistants, 4 coordinators, 1 psychologist and 1 receptionist) and 1 nurse from CHAP took part of the study, official documents from the Health Ministry were analyzed, verbal information from its representatives were also taken into consideration, as well as reports from the many beneficiaries of the CHA, CHAP and FHP. For data collecting, we used the combination of (a) Direct Observation and Participant Observation of the functioning micro-areas of the CHA at the Family Health Units, and the Union of the Agents; (b) Free-Association of words and expressions to stimulate the "CHA", "Health Education" and "Health"; (c) Questionnaire; (d) Interviews. The interviews were submitted to a thematic analysis of its topic. The free-association was analyzed taking in consideration the vérgesiana proposal (a combination of the frequency and average order of evocation) which treatment enabled the identification of the central and peripheral systems of social representation towards health education and the community health agent. A test of central refutation, associated to the analysis of the indicated evocations as the most important, provided empirical evidence of social representation towards health education as "orientation", "prevention" and "hygiene", as well as the identity of CHA as "supervisor", "friend", "help", "important", and "the link between the community and the Family Health Staff. Other professionals from CHAP, FHP and the Health Ministry share all of these representational contents, especially the concepts of "friend" and "link", also shared by the community. A *habitus* towards the community health agents was identified, as a representation based on trust and friendship, which gives the professional a great importance towards the daily inconsistencies faced by the community.

Key words: Community Health Agent; Health Education; Social Identity; Social Representation; *Habitus*.

## RÉSUMÉ

L'étude sagit d'une recherche de base ethnographique, fondamentée sur la Théorie des Représentations Sociales et sur l'abordage complémentaire, la « Théorie du Nucle Central » (Teoria do Núcleo Central), qui tient ses bases sur les concepts bourdieusiens de champ et d' *habitus*, en prenant comme principe que tels concepts, articulés à la pensée représentation social, peuvent contribuer à cet étude des identités collectives. Il a comme but d'apprendre quelles sont les références identitaires des agents communautaires de santé (ACSs) du Programme d'Agents Communautaires de Santé (PACS) et du Programme de Santé de la Famille (PSF), de la ville de João Pessoa – PB, et quelle représentation sociale est-elle construite par rapport à l'éducation pour la santé. 119 ACSs ont participé de l'étude, dont 90,3% étaient femmes et 9,7% hommes. Une fois que l'identité, elle aussi, est construite à partir de la représentation de quelques personnes sur le groupe, 63 professionnels de l'équipe du PSF ( 16 infirmières, 16 auxiliaires d'infirmières, 12 médecins, neuf dentistes, 06 auxiliaires de dentiste, 04 coordinateurs, 01 psychologues et une réceptionniste) et une infirmière du PACS ont été les participants de l'étude, ainsi que l'analyse de quelques documents du Ministère de la Santé et de la considération des informations verbales données par ces représentants, et aussi des témoignages des personnes qui s'utilisent du PACS et du PSF sur l'ACS. Pour rassembler les données, nous avons fait une combinaison d'instruments : (a) Observation Directe et Observation Accompagnée dans les micro régions d'actuation des ACSs, dans les Unités de Santé de la Famille ; à l'association et au syndicat de la catégorie ; (b) Associations libres de mots et d'expressions pour les stimulus 'agent communautaire de santé', 'éducation en santé' et 'santé' ; (c) questionnaires ; (d) entretien approfondi. Les entretiens ont été soumis à l'analyse thématique de contenu. Les Associations libres ont été analysées selon la proposition vergèsienne ( combinaison de fréquence et d'ordre moyenne d'évocation) thérapie qui a permis d'identifier les systèmes central et périphérique de la représentation sociale de l'éducation en santé et de l'agent communautaire de santé. Un examen de réfutation de centralité, associé à l'analyse des évocations indiqués comme plus importantes, a montré l'évidence empirique de la représentation sociale de l'éducation en santé comme 'orientation', 'prévention' et 'hygiène', bien que de l'identité de l'ACS comme 'orientateur', 'ami', 'aide', 'important', et 'point de liaison' entre la communauté et 'l'Équipe de santé de la Famille'. Tous ces contenus de représentation sont partagés par tous les professionnels du PACS et du PSF et par le Ministère de la Santé, en remarquant 'l'être ami' et le 'point de liaison', également partagés par la communauté. Il a été constaté un *habitus* d'agent communautaire, fondementé sur l'affectivité, ancré sur l'être-faire de ce professionnel, devant les inconsistences quotidiennes d'alimentation, de vêtement, emploi, et médicaments présent dans la communauté.

Mots-clés: Agent Communautaire de Santé ; Éducation en Santé ; Identité Social ; Représentation Sociale ; *Habitus*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, POR DISTRITO SANITÁRIO	92
FIGURA 2 - DEMONSTRATIVO DA FREQUÊNCIA E DA ORDEM MÉDIA DE EVOCAÇÃO DAS CATEGORIAS DE RESPOSTAS DAS ASSOCIAÇÕES-LIVRES PARA "AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE"	140
FIGURA 3 - DEMONSTRATIVO DOS POSSÍVEIS ELEMENTOS CENTRAIS E PERIFÉRICOS DA CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE 'AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE' CONSTRUÍDA POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	142
FIGURA 4 - COMPARATIVO ENTRE OS PRINCIPAIS ELEMENTOS MAIS EVOCADOS E OS ELEMENTOS MAIS SALIENTES DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE CONSTRUÍDA POR ACSs DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA	243
FIGURA 5 - REFUTAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA OS ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	245
FIGURA 6 - DEMONSTRATIVO DA FREQUÊNCIA E DA ORDEM MÉDIA DE EVOCAÇÃO DAS CATEGORIAS DE RESPOSTAS DAS ASSOCIAÇÕES-LIVRES FEITAS POR ACSs PARA O ESTÍMULO "EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE"	270
FIGURA 7 - DEMONSTRATIVO DOS POSSÍVEIS ELEMENTOS CENTRAIS E PERIFÉRICOS QUE COMPÕEM A CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE 'EDUCAÇÃO EM SAÚDE' CONSTRUÍDA POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	271
FIGURA 8 - COMPARATIVO ENTRE OS ELEMENTOS APONTADOS COMO MAIS IMPORTANTES E OS ELEMENTOS MAIS EVOCADOS E SALIENTES DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE 'EDUCAÇÃO EM SAÚDE' CONSTRUÍDA POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA	273
FIGURA 9 - REFUTAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA PARA OS ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	274
FIGURA 10 - CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE CONSTRUÍDA POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA	356

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACS-JP – Associação de Agentes Comunitários de Saúde do Município de João Pessoa

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIDIPI - Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAGEPA - Companhia de Água e Esgotos do Estado da Paraíba

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

CUT - Central Única de Trabalhadores

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF - Equipe Saúde da Família

EVOC – Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

LDBEN - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MS – Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde

OCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PCNs - Parâmetros Curriculares Nacionais

PDE - Plano Decenal de Educação para Todos

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PIAS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PSF - Programa Saúde da Família

RS - Representações Sociais

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SINDACS-PB – Sindicato de Agentes Comunitários de Saúde do Estado da Paraíba

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TRS - Teoria das Representações Sociais

TNC - Teoria do Núcleo Central

USF - Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
<b>CAPÍTULO 1</b>	
EDUCAÇÃO, SAÚDE E 'EDUCAÇÃO EM SAÚDE'	38
1.1 O QUE PRECISA SER DITO SOBRE A SAÚDE	42
1.2 CONSIDERAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A DISCUSSÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	48
1.3 O QUE É 'EDUCAÇÃO EM SAÚDE': PERSPECTIVA DO SABER REIFICADO	53
<b>CAPÍTULO 2</b>	
O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	70
2.1 O PACS E O PSF COMO ESTRATÉGIAS DE REORIENTAÇÃO DO SUS	74
2.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO INTERIOR DO PACS E DO PSF	79
2.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM PROFISSIONAL DO ÂMBITO DO PACS E DO PSF	81
<b>CAPÍTULO 3</b>	
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA IDENTIDADE EM CONSTRUÇÃO	93
3.1 POPULAÇÃO E CAMPO DE OBSERVAÇÃO	96
3.2 ENTRADA NO CAMPO	99
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	107
3.3.1 AS OBSERVAÇÕES	108
3.3.2 AS ASSOCIAÇÕES-LIVRES	112
3.3.3 OS QUESTIONÁRIOS E AS ENTREVISTAS	114
3.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	120
3.5 SOBRE OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SI MESMO	125
3.5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	126
3.5.2 O MOVIMENTO ASSOCIATIVO COMO ESPAÇO DE LUTA E SÍMBOLO DE DISTINÇÃO	130
3.5.3 AUTO-REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	135

3.5.3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DO FALAR DE SI ATRAVÉS DE ASSOCIAÇÕES-LIVRES	136
3.6 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS OUTROS SOBRE SI: MAIS ALGUNS COMENTÁRIOS	234
3.7 A IDENTIDADE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE CONSTRUÍDA PELOS OUTROS	246
3.7.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOB A ÓTICA INSTITUCIONAL E SEGUNDO OUTROS ESPECIALISTAS DO CAMPO DA SAÚDE	248
3.7.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SEGUNDO OS DEMAIS PROFISSIONAIS DO PACS E DO PSF	251
3.7.3 A VISÃO DA COMUNIDADE	259
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	262
4.1 A DETERMINAÇÃO DOS ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL	269
4.1.1 SOBRE O ELEMENTO ORIENTAÇÃO	274
4.1.2 SOBRE A PREVENÇÃO E A HIGIENE E SUA ARTICULAÇÃO COM OUTROS ELEMENTOS	282
4.1.3 A DIMENSÃO POLÍTICO-PEDAGÓGICA DA EDUCAÇÃO	310
4.2 OS ELEMENTOS DO SISTEMA PERIFÉRICO	313
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	317
<b>REFERÊNCIAS</b>	325
<b>ANEXO</b>	
ANEXO 1 - ORAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE	351
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	353
APÊNDICE B - AGRUPAMENTO DE FUNDAMENTOS PARA O GOSTAR DE SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	354
APÊNDICE C - CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL DA RS DE SAÚDE CONSTRUÍDA POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	356

# INTRODUÇÃO

A saúde é uma coisa demasiada importante para confiá-la exclusivamente aos médicos (VOLTAIRE).

O título desta tese de antemão situa o grupo social sobre o qual teorizamos buscando desvendá-lo além do institucionalizado pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF): os **agentes comunitários de saúde**. De modo distinto do médico, odontólogo, enfermeira, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório odontológico, profissionais cuja atuação se dá no contexto hospitalar e no ambulatorial, o agente comunitário de saúde só tem existência no interior desses programas. Para ele, inexistente caminho alternativo. Não exclusivamente porque para ser ‘comunitário’ é requerida uma comunidade, e nela, famílias, grupos e pessoas junto às quais se efetivam suas ações e suas práticas como profissional. Mas por causa da lei que assim outorga.

Se levarmos em conta o posicionamento de Aguiar e Almeida (1989), segundo os quais os profissionais de saúde de nível médio são estratégicos na construção de um sistema de saúde menos cientificista e autoritário, e considerarmos também a avaliação de Aguiar (1996) a respeito de eles significarem a capacidade dos serviços de saúde para escutar as queixas e as dúvidas dos usuários, estabelecendo uma maior relação de troca entre o sistema de saúde e a população, podemos elaborar a seguinte hipótese acerca do agente comunitário de saúde: para este profissional, de quem o Ministério da Saúde exige domicílio na micro-área de atuação, esta vinculação é mais profunda, além de permeada de investimento de energia afetiva.

Quanto à expressão do afeto, podemos supor, de acordo com Brito e Domingos Sobrinho (2001), que apresenta características e dimensões diferenciadas das dos demais trabalhadores da saúde, inclusive dos outros

profissionais do PACS e do PSF. Além disso, o agente comunitário de saúde vivencia, como profissional, uma experiência ímpar, pois é um cuidador e também um educador, mas que não estabelece uma relação de hierarquia, embora possua recursos para isso: um capital cultural específico. Se vier a estabelecê-la, esta deve se diferenciar da relação instituída entre os demais profissionais do PSF<sup>1</sup> e os usuários da saúde. Nesta experiência concreta, qual a **identidade social do agente comunitário de saúde**? Quais suas representações sociais da **educação em saúde**?

O presente estudo é subsidiado teórica e metodologicamente pela Teoria das Representações Sociais e sua abordagem complementar, a Teoria do Núcleo Central, assim como pela Praxiologia de Bourdieu, mais especificamente pelos conceitos de *habitus* e de campo. A importância das representações sociais para o estudo das identidades é dada pelo fato destas permitirem à apreensão, num plano macro e micro, dos sentidos que os indivíduos (ou agentes) constroem sobre os objetos que, num processo de diferenciação, servem de elementos de distinção e de afirmação social. Assim, o conhecimento não apenas da representação social que o agente comunitário de saúde tem de si, mas também da de outros objetos sociais do seu cotidiano, pode servir de chave para o desvelamento dos traços constitutivos do seu sistema identitário. Concordamos, desse modo, com a visão de Andrade (1999, p. 73), quando afirma que “O processo representativo é uma construção social da realidade, em nível simbólico, em que o sujeito deixa marcas de sua identidade naquilo que representa”.

---

<sup>1</sup> A equipe do PSF possui uma composição mínima, da qual fazem parte, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. No caso específico do município de João Pessoa, conforme descrevemos posteriormente, nelas se incluem odontólogos e auxiliares de consultório odontológico.

Partimos então do pressuposto de que conhecer a representação social sobre a **educação em saúde**, construída pelos agentes comunitários de saúde, pode constituir-se numa forma de acesso às referências identitárias que dão a forma social do grupo. Pois como afirma Jodelet (2001), tanto as características do sujeito como as do objeto manifestam-se na representação social. Fundamentamo-nos também na Praxiologia de Pierre Bourdieu, tomando como base o posicionamento de Domingos Sobrinho (1997, 1998), para quem os conceitos bourdieusianos de *habitus* e de campo, articulados ao construto representação social, podem contribuir com o estudo das identidades coletivas.

Defende o referido autor que a identidade de um grupo suscita a elaboração de representações sociais sobre os diferentes objetos que ocasionam a posição que a condiciona e que “[...] é a partir da construção das representações dos diferentes objetos em disputa dentro de um campo particular do espaço social, que um determinado grupo vai construindo os traços distintivos de sua identidade social” (DOMINGOS SOBRINHO, 1998, p. 33). Porém, mesmo adotando a Praxiologia de Pierre Bourdieu como uma importante referência teórica, não podemos afirmar, aprioristicamente, a existência de um *habitus* do agente comunitário de saúde.

O *habitus* pode ser compreendido como um fundamento objetivo de condutas que conduz os agentes a se comportarem de uma determinada maneira, numa determinada circunstância, conforme as particularidades do lugar e do momento. Trata-se de um “[...] princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas, de pessoas, de bens, de práticas” (BOURDIEU, 1997, p. 21-22). Em síntese, é o conjunto de disposições interiorizadas, estruturadas

a partir do mundo social, que organiza as relações do indivíduo com o mundo e as suas práticas sociais.

Considerando um dos pressupostos básicos da Praxiologia de Bourdieu, qual seja, que a cultura não é apenas a construção de sentido para os objetos do mundo, mas implica, ainda, luta pela afirmação dos diferentes sentidos, quando falamos de identidade como um sistema de referências distintivas, estamos aceitando a existência das lutas simbólicas que são travadas para a construção dessas distinções. Estamos concebendo, assim, a identidade como um produto das interações sociais, e não como uma substância ou um atributo permanente dos sujeitos. Portanto ela é processual. Todavia, ainda de acordo com Bourdieu, os traços distintivos de um sistema identitário não possuem, para determinadas formas identitárias, um valor universal. Somente podem ser percebidos como tais se houver outros sistemas decodificadores dessas diferenças. É neste sentido que acreditamos na pertinência e na utilidade operacional do conceito de campo.

Os campos são universos relativamente autônomos (BOURDIEU, 1997) e se constituem como cenários onde se desenrolam as lutas simbólicas pela imposição dos princípios particulares de visão do mundo. Como afirma Pinto (2000), o conceito de campo não faz referência à coexistência de indivíduos ou de posições sociais, mas a um espaço de relação de forças e de conflitos. O campo da saúde é o espaço sobre o qual investimos nosso olhar como pesquisadores. Situados neste campo, os agentes comunitários de saúde disputam, com outros sistemas identitários – seja a eles se igualando ou se diferenciado –, a afirmação de sua existência como ser social. A identidade é, desse modo, relacional.

Conforme ressalta Domingos Sobrinho (1998), todos os sujeitos envolvidos na dinamicidade dos campos sociais compartilham certos interesses fundamentais, o

que suscita a construção de uma cumplicidade objetiva que subjaz aos conflitos e aos antagonismos existentes. Partindo desta perspectiva teórica, podemos apontar de forma concreta o que abstratamente foi indicado na citação do referido autor, que foi anteriormente apresentada. É a partir da construção das representações sociais dos objetos de disputa no campo da saúde: 'educação em saúde', 'saúde', 'educação', 'agente comunitário de saúde', 'família', 'comunidade', entre outros, que os agentes comunitários de saúde vão construindo os traços distintivos de sua identidade social.

Neste sentido, sustenta Doise (1992, p. 189) que "[...] a significação de uma representação social sempre está ligada ou ancorada em significações mais gerais características das relações simbólicas próprias de um determinado campo social".

Para definir as representações sociais, tomamos a clássica conceituação de Jodelet, avaliada por Guareschi (1996) e Sá (1996) como sendo a de maior aceitação no meio acadêmico: "[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social" (JODELET, 1989, p. 36).

Devido ao nosso declarado interesse nas identidades sociais, julgamos oportuno anunciar um posicionamento a respeito da representação social favorecer a articulação de três modalidades de relação com o mundo social:

[...] **o trabalho de classificação e delimitação** que produz as configurações intelectuais múltiplas, através dos quais a realidade é contraditoriamente construída pelos diferentes grupos [...] **as práticas** que visam fazer reconhecer uma identidade social, exibir uma maneira própria de estar no mundo, significam simbolicamente um estatuto e uma posição [...] **as formas institucionalizadas e objetivadas** graças às quais uns 'representantes' marcam de forma visível e perpetuada a existência do grupo, da classe ou da comunidade (CHARTIER, 1990, p. 27, grifos nossos).

Como podemos ver, Chartier (1990) destaca a função classificatória das representações, assim como a função de guia para a ação e as formas institucionalizadas que, na perspectiva bourdieusiana, expressam os traços distintivos da identidade social.

A representação social se situa na esfera do cotidiano das diversas relações sociais. Segundo Vala (1993), ela se sustenta tanto das teorias científicas, como dos eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações cotidianas. Trata-se de um

[...] sistema de valores, de noções e de práticas tendo uma dupla tendência: [...] **instaurar uma ordem** que permite aos indivíduos a possibilidade de se orientar no meio-ambiente social, material e de o dominar [...] **assegurar a comunicação** entre os membros de uma comunidade propondo-lhes um código para as suas trocas e um código para nomear e classificar de maneira unívoca as partes do seu mundo, de sua história individual ou coletiva (MOSCOVICI, 1969, p. 11, grifos nossos).

Doise (1990, p. 125) assegura que as “representações sociais são geradores de tomadas de posição ligadas às inserções específicas em um conjunto de relações sociais e que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações”. Com relação à primeira parte de tal definição, consideramos relevante destacar o comentário de Sá (1996a) acerca da advertência feita pelo próprio Doise a respeito de tê-la tomado emprestado de Bourdieu.

Segundo Jodelet (2001), as representações sociais, enquanto sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais, intervindo, por sua vez, em processos variados, tais como: a difusão e a assimilação dos conhecimentos, o

desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais.

A representação social torna a reconstrução do real possível, através da interpretação dos elementos que constituem o meio ambiente de uma forma ordenada e significativa para os membros de uma comunidade determinada, traduzindo a realidade para um conjunto lógico do pensamento, que vai constituir, para uma certa coletividade, uma visão de mundo (NÓBREGA, 2001).

Nesta mesma acepção, e de forma complementar, Jovchelovitch (1995, p. 78, grifos do autor) afirma que:

[...] O sujeito constrói, na sua relação com o mundo, um *novo* mundo de significados. De um lado, é através de sua atividade e relação com os outros que as representações têm origem, permitindo uma mediação entre o sujeito e o mundo que ele *ao mesmo tempo* descobre e constrói. De outro lado, as representações permitem a existência de símbolos – pedaços de realidade social mobilizados pela atividade criadora de sujeitos sociais para dar sentido e forma às circunstâncias nas quais eles se encontram [...]. O sujeito psíquico, portanto, não está nem abstraído da realidade social, nem meramente condenado a reproduzi-la. Sua tarefa é elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e seus próprios esforços para ser um sujeito.

Vimos dispensando comentários relativos à articulação entre representações sociais e identidade. Considerações introdutórias sobre o que é identidade se fazem então necessárias, antes que aprofundemos a discussão sobre esta relação.

A identidade tem polissemia e complexidade inerentes à sua própria terminologia. Jacques (1998) concebe que o termo possui emprego popular e variado e tem contexto conceptual tão amplo que, embora seu nome seja definitivo, continua sujeito a inúmeras variações. Na literatura, encontramos referências a: identidade psicológica (COSTA, J., 1989); identidade psicossocial (NETO, 1985);

identidade social (TAJFEL, 1983; PENNA, 1992; CIAMPA, 1994); identidade coletiva (DOMINGOS SOBRINHO, 1997, 1998; GOHN, 2000) e identidade cultural (VALA; LOPES; BRITO, 1999; MOSCOVICI; PÉREZ, 1999)<sup>2</sup>. Há ainda discussões relativas à reafirmação, reinvenção e surgimento de identidades (CASTELLS, 2000).

Para Jacques [1999?], o tema identidade possui controvertidas interpretações, de ordem conceitual, as quais são extensivas à sua origem etimológica. Segundo ela, o vocábulo identidade, originado do latim *idem* (o mesmo, a mesma), propõe uma noção de estabilidade, oposta à processualidade e ao caráter de construção permanente que lhe são próprios. De acordo com Melo (2001), a identidade envolve diferentes vertentes de análises, que dependem do campo de estudo específico, assim como das escolhas teóricas e políticas. Seu estudo é registrado em vários campos do saber: Antropologia, Psicologia, Sociologia, Serviço Social etc<sup>3</sup>. Diante desta amplitude, não nos propomos a fazer uma revisão histórica da noção/ categoria / teoria da identidade. Limitamo-nos a expor comentários que nos permitam apresentar nossa concepção de identidade, ora denominada de social, ora de coletiva, sempre com o mesmo sentido.

---

<sup>2</sup> Também são formas possíveis de referência à identidade: política, étnica, nacional, regional; assim como identidade incabada.

<sup>3</sup> Numa revisão da literatura, podemos identificar várias possibilidades de estudo da identidade. Sader (1988) examina a passagem de uma forma a outra da configuração da identidade dos trabalhadores e faz um exame dos procedimentos das instituições em crise (crise das esquerdas, da Igreja, dos Sindicatos). Santos (1990) desenvolve um estudo sobre a influência da aposentadoria na identidade. Furtado (1995) aborda o processo de construção da identidade política no interior do movimento dos trabalhadores de ensino. Dubar (1997) analisa as diferentes acepções sociológicas de identidade. Lima Silva (1999), com base na articulação dos movimentos sociais com identidade, representações sociais e ideologia, busca compreender como o conceito de identidade é utilizado nas investigações das condutas coletivas e da ação social. Vala; Lopes e Brito (1999) estudam o racismo no âmbito mais geral de construção de identidades: auto-representações, representações sobre o outro e representações das diferenças entre grupos sociais, povos ou comunidades. Rummert (2000) apóia-se em Marx, Gramsci e outros clássicos, para estudar a identidade de trabalhadores como uma mediação do campo simbólico, que se articula com a ideologia e a hegemonia. Ennes (2001) analisa a construção da identidade nipo-brasileira, fundamentado nos conceitos bourdieusianos de *habitus* e de campo. A dissertação de mestrado de Lira (2003) revisa os estudos acerca da identidade docente.

Santos (1990) avalia que já nos trabalhos de Mead (1934)<sup>4</sup> e de Erikson (1972)<sup>5</sup> existia uma concepção de identidade como processo dialético que implica tanto o sujeito como o ambiente social. Ciampa (1994) entende que a identidade é um processo, ou seja, é metamorfose; e que a expressão morte-e-vida traduz o seu real movimento. Neste mesmo sentido de processualidade, Hall (2000a), teórico da perspectiva dos estudos culturais, a concebe como “celebração móvel”. Além de processual, é a identidade, relacional. Cortez (2001) argumenta que a identidade é relacional porque nenhuma identidade é construída isoladamente. Segundo ele: “A relação implica em comparar, por meio do contraste e/ou similitude, o que diferencia e o que assemelha uma identidade da outra identidade. [...] A identidade implica, portanto, como tem sido afirmado, na questão da DIFERENÇA” (CORTEZ, 2001, p. 95). Para explanar sobre esta característica, poderíamos estender os comentários acerca da identidade segundo outros representantes da teoria social e cultural, mas para o fim que nos propomos, necessário se faz destacar a identidade marcada como diferença (HALL, 2000b; SILVA, 2000; WOODWARD, 2000). Uma vez que estamos fundamentando o presente estudo, na praxiologia bourdieusiana, julgamos ser relevante assinalar que, de acordo com Bourdieu (1979), a identidade se define e se afirma pela diferença.

Adotamos, assim, a concepção de identidade como um processo que inclui uma multiplicidade de facetas, as quais podem ser contraditórias; e que é relacional, demarcado pelas diferenças, mas também pela igualdade. Tomamos, ainda como apoio, o posicionamento de Borges (2001), segundo o qual a diferença é peculiar à ordem da igualdade.

---

<sup>4</sup> MEAD, G. **Espiritu, persona y sociedad**. Barcelona: Paidós, 1932.

<sup>5</sup> ERICKSON, E. **Adolescence et crise**: la quête de l'identité. Paris: Flammarion, 1972.

Considerar o igual ainda nos aproxima de Tap (1979), que situa a identidade como um processo caracterizado pela contínua confrontação entre semelhanças e diferenças, através da qual vai sendo gerado por

[...] um sistema dinâmico de sentimentos e de representações, pelos quais, o ator social, individual ou coletivo, orienta suas condutas, organiza seus projetos, constrói sua história, busca resolver as contradições e superar conflitos em função de determinações diversas ligadas às suas condições de vida, às relações nas quais ele está implicado, em constante interação com outros atores sociais sem os quais ele não poderá nem se definir, nem se reconhecer (TAP, 1979, p. 11).

Tal conceituação não só abarca nossa compreensão do que é uma identidade social, como nos faz estabelecer uma relação com o constructo das representações sociais: orienta condutas. Esta inferência reforça a hipótese da identidade ser um sistema de representações sociais. Tal perspectiva é apontada por Andrade, para quem a identidade se apresenta como uma representação chave, presente no campo de representação de qualquer objeto, na visão de mundo do ator social. Ela afirma que: “A identidade, como representação social, é definida como um processo de personalização, ao mesmo tempo individual e social, sempre mutante e provisório: o processo de construção do eu” (ANDRADE, 1999, p. 26).

Guareschi (1996) salienta esta relação, ao avaliar que as representações sociais estão entrelaçadas com o próprio processo de construção de uma identidade. Para ele, a construção de uma representação envolve, simultaneamente, a apresentação de uma identidade e uma interpretação da realidade, havendo, assim, um intercâmbio entre a tarefa representacional e a identificatória.

Santos (1996, 1998), apoiando-se em Amério (1991)<sup>6</sup>, para quem a análise das condutas sociais deve vislumbrar o aspecto representacional e os processos de construção da identidade, defende que a relação entre identidade e representação social ocorre porque as representações fornecem indícios sobre as formas de pensar e agir relativas aos objetos sociais e, conseqüentemente, relativas a si mesmo, devido à realidade subjetivamente apropriada.

Esta relação é vista por Abric (1998) como a explicitação de uma função identitária presente nas representações sociais. Este autor sustenta que as representações sociais podem ser entendidas como o produto e o processo de uma atividade mental através da qual um grupo reconstitui a realidade com a qual se confronta e para a qual atribui um significado específico.

Assim a representação é um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou a uma situação. É determinada ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua história, sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social (ABRIC, 2001, p. 156).

Para Abric (1998), a identidade é definida pelas representações sociais, as quais permitem a proteção da especificidade dos grupos. Esta é sua **função identitária**. Função que assume um papel fundamental nos processos de comparação social, pois além de definir a identidade do grupo e, como já dito, de os proteger, participa do controle social exercido sobre o comportamento dos sujeitos. O referido autor, ao sistematizar as finalidades das representações sociais, lhes

---

<sup>6</sup> AMÉRIO, P. Idées, sujets et conditions sociales d'existence. In: AEBISCHER, V. et al (Ed.). **Idéologies et représentations sociales**. Cousset: Del Va, 1991, p.99-116.

atribui outras três funções: a **função do saber**, pois elas permitem a compreensão e a explicação da realidade, ou seja, que os atores sociais adquiram conhecimentos e os integrem a um quadro assimilável e compreensível a eles, coerentes ao seu funcionamento cognitivo e aos valores aos quais aderem. A **função de orientação**, uma vez que as representações sociais guiam os comportamentos e as práticas sociais, definindo “[...] o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social” (ABRIC, 1998, p. 30). Ou seja, a representação produz um sistema de antecipações e de expectativas, além de prescrever comportamentos e práticas. Finalmente, a **função justificadora**, a qual possibilita explicar e justificar as tomadas de posição e os comportamentos e, além disso, preserva e justifica a diferenciação social dos grupos.

Diante da articulação entre identidade e representações sociais, a Teoria do Núcleo Central tem importância para a construção do nosso modelo explicativo do objeto de estudo, conforme propõe Domingos Sobrinho (1998). Assim, por causa de nossa opção pelo referido aporte teórico, passamos a tecer comentários sobre ele e, como decorrência, acerca da organização de uma representação social.

Sá (1993) avaliou que a Teoria do Núcleo Central, proposta por Abric, em 1976, foi um avanço proporcionado pela vitalidade do campo de estudo em representações sociais. Avanço que ele julga ter sido a “solução teórica” básica porque resolve problemas empíricos concretos, relacionados às características aparentemente contraditórias das representações sociais, que “[...] são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis [...] são consensuais, mas também marcadas por diferenças interindividuais” (ABRIC, 1994a, p. 77-78).

Para Abric (2001), toda representação social se organiza em torno de um núcleo, o qual é fundamental na representação porque determina, simultaneamente,

sua significação e sua organização. Abric (1998) descreve que as representações sociais se organizam num duplo sistema (central e periférico). O núcleo central, o qual se constitui em um ou mais elementos que dão significado à representação, é formado de elementos normativos e funcionais, que são hierarquizados e podem ser ativados, conforme a natureza do grupo ou a finalidade da situação (ABRIC, 2001). O núcleo é a base comum, propriamente social e coletiva, que define a homogeneidade de um grupo. Tem papel imprescindível na estabilidade e na coerência da representação; assegura a perenidade e a manutenção do tempo, ou seja, é resistente às mudanças, é duradouro e evolui.

Em torno do núcleo central organizam-se os elementos periféricos, os quais são mais flexíveis e permitem uma certa heterogeneidade de comportamentos e de conteúdo. O sistema periférico inclui dois tipos de elementos: (a) os elementos da primeira periferia ou periferia próxima do sistema central e (b) os elementos que se encontram mais distantes da centralidade, ou seja, da segunda periferia. Independente da terminologia que se prefira adotar, importante é que os elementos periféricos podem estar bem distantes ou muito próximos do núcleo central (FLAMENT, 1989, 2001).

Voltando à citação de Domingos Sobrinho (1998), a importância das representações sociais para o estudo das identidades é dada pelo fato da Teoria das Representações Sociais permitir à apreensão, num plano macro e micro, dos sentidos que os indivíduos (ou agentes) constroem sobre os objetos que, num processo de diferenciação, servem de elementos de distinção e de afirmação social. Partimos, assim, do pressuposto de que o conhecimento da representação social da **educação em saúde** pode servir de chave para o desvelamento de outros traços constitutivos do sistema identitário dos agentes comunitários de saúde.

Nossa exposição acerca dos princípios da Teoria das Representações Sociais, sua abordagem complementar, a Teoria do Núcleo Central e sobre os conceitos de *habitus* e de campo social, que integram a praxiologia de Pierre Bourdieu, serve para delinear a nossa perspectiva teórica e explicitar alguns parâmetros do modelo que iremos construindo ao longo da nossa exposição, pois como declara Bourdieu (1996, p. 204)<sup>7</sup>, em *As Regras da Arte*, “[...] a teoria está por toda parte e em parte alguma”. Apoiados nesta visão, deixamos de elaborar um capítulo teórico à parte, nos moldes tradicionais.

No tocante à eleição do objeto representacional, a **educação em saúde**, justificamos nosso interesse em estudar a educação, com base em Madeira (1993), a qual defende que a mesma não pode mais ser pensada de acordo com o modelo dominante que se impõe, mas a partir de seu próprio sujeito. O interesse em focalizar, especificamente, a **educação em saúde** está na sua importância para o entendimento do processo saúde/doença e para a busca de mudanças, sejam as voltadas para os usuários do sistema de saúde ou as relacionadas aos profissionais da área, conforme reconhecem Lima et al. (2000). Inclusive, existem, segundo estes autores, recomendações para a implementação da **educação em saúde**, no âmbito dos serviços públicos de saúde.

A focalização nos agentes comunitários de saúde se pauta no desafio em relação à formação de recursos humanos na saúde, em nível intermediário. Frigotto e Amâncio Filho (1996) avaliam que, no Brasil, tradicionalmente, o sistema de ensino reproduz uma situação histórica de desigualdade e de exclusão, pois proporciona uma educação geral básica e superior para a classe dirigente e uma educação

---

<sup>7</sup> Para não correremos o risco de deturpar a idéia exposta por Bourdieu (1996, p. 204), achamos conveniente apontar que ele faz referência ao seu deleite com “[...] obras em que a teoria, porque é como ar que se respira, está por toda parte e em parte alguma, no meandro de uma nota, no comentário de um texto antigo, na própria estrutura do discurso interpretativo”.

reduzida, específica e limitada para as classes subalternas. Assim sendo, constitui-se um desafio formar e qualificar a larga parcela da força de trabalho emergida do sistema ocupacional do SUS, sob um processo fundamentado numa visão crítica do contexto social e que não dissocie o domínio da técnica, da participação e do agir político. A apreensão das representações sociais sobre a **educação em saúde** que são construídas pelos agentes comunitários de saúde, bem como sua identidade, pode nos oferecer subsídios para uma futura discussão em torno da elaboração de uma proposta de qualificação desses profissionais. Pois, como avalia Nascimento-Schulze (1993), a Teoria das Representações Sociais é um importante instrumento no diagnóstico psicossocial e, conseqüentemente, para a intervenção na área da saúde, visto permitir que se equacionem as cognições e as representações de objetos por parte de grupos sociais para os quais as intervenções estão direcionadas, além de ser útil quando se precisa confrontar diferentes representações em relação a um objeto social.

Domingos Sobrinho (2003a, p. 64) avança neste sentido, quando propõe que a partir do estudo das representações sociais seja possível a construção de uma “Psicossociologia da Intervenção” que, segundo ele, é “necessária à atuação cotidiana de tantos interventores e trabalhadores sociais espalhados pela gigantesca máquina estatal brasileira, assim como por outros lugares privilegiados da intervenção e práticas sociais”.

Relacionada à ênfase que temos dado à intervenção com base na apreensão das representações sociais, compreendemos que, se constatarmos inexistir uma auto-representação dos agentes comunitários de saúde como educadores, poderemos propor um redimensionamento dos conteúdos dos cursos de qualificação. Neste sentido, compactuamos com o ponto de vista de Stotz (1996)

sobre o profissional de saúde precisar se considerar educador quando entra em relação com a população, o que lhe exige se educar para poder agir como “facilitador” e como “mobilizador” dos meios disponibilizados pela sociedade, com o fim de alterar as condições geradoras das doenças. Assim, justificamos o interesse em relacionar identidade, educação e saúde. Além disso, concordamos com Marin (2002) no que concerne ao PSF exigir uma reflexão da equipe, com relação à sua origem e à sua identidade social, que reforce o conhecimento e a crítica do grupo sobre o seu papel social no programa; encontramos, neste argumento, mais uma justificativa para o estudo da identidade do agente comunitário de saúde.

Ainda, independente do foco dado ao ACS, Schaiber (2002) defende que os estudos sobre esse profissional representam empreendimento de extrema atualidade no campo da saúde. A descrição do papel desse personagem no âmbito do SUS e os dados coligidos na pesquisa nos possibilitam corroborar sua avaliação.

Com base na descrição oficial do agente comunitário de saúde, a qual lhe outorga o desenvolvimento de atividades de **educação em saúde**, inferimos que ele busca a transformação do familiar, construindo, assim, representações sociais deste objeto social. Moscovici (2003) entende que as representações são criadas para a familiarização com o estranho, sendo assim formadas para a redução da margem de não comunicação. Margem que, segundo ele, tanto é reconhecida através das ambigüidades das idéias, como da fluidez dos sentidos e da incompreensão das imagens e das crenças do outro. Destacamos ainda o salientado por Arruda (1998) quanto às representações não servirem exclusivamente para a integração do estranho, mas igualmente para a transformação do familiar, pois:

---

---

A renovação dos estoques mentais e culturais não passa apenas pela incorporação do novo, ou talvez não se detenha nela. Ela requer, igualmente, a transformação do familiar, sua transposição para novos quadros, em readequação ao presente, quando é preciso tornar inéditos – estranhar – elementos até então familiares (ARRUDA, 1998, p. 43).

Cabe aqui apontar o alerta feito por Sá (1998) sobre a inconveniência de utilização do paradigma moscoviciano, quando não tivermos motivos para supor que o objeto escolhido é representado como uma forma de torná-lo familiar ou compreensível. A presente exposição nos impulsiona a definir os princípios formadores das representações: a ancoragem e a objetivação.

Ancoragem é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. [...] Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa [...] Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância. Temos apenas de comparar Deus com um pai e o que era invisível, instantaneamente se torna visível [...] (MOSCOVICI, 2003, p. 61-72).

Como não nos propusemos a tecer uma revisão da Teoria das Representações Sociais e enveredamos por uma análise apoiada na Teoria do Núcleo Central, nos eximirmos de uma discussão acerca de tais processos e complementamos a descrição apresentada sobre o núcleo central.

[...] nós pensamos que o núcleo central é o elemento essencial de toda representação constituída e que ele pode (...) superar o simples quadro do objeto da representação para encontrar sua origem diretamente nos valores que o transcendem e que não originam seus aspectos figurativos, nem mesmo concretização (ABRIC, 1994b, p. 32).

Com base nos já descritos princípios da Teoria das Representações Sociais, da Teoria do Núcleo Central e da praxiologia de Bourdieu, traçamos o seguinte objetivo geral: apreender e analisar quais representações sociais os agentes comunitários de saúde constroem sobre **educação em saúde** e sua relação com o seu sistema de identificação coletiva. Como objetivos específicos, definimos: (a) identificar a estruturação configuracional da representação social de **educação em saúde**, ou seja, seu sistema central e periférico; (b) apreender os elementos que compõem o sistema de referências identitárias dos agentes comunitários de saúde.

Posto que a identidade de um grupo também é construída pela alteridade, objetivamos ainda: identificar como os agentes comunitários de saúde avaliam serem percebidos pelos outros; apreender quais os conteúdos representacionais sobre os agentes comunitários de saúde são compartilhados pelos demais membros das equipes do PSF; determinar tanto a forma como o Ministério da Saúde os define e concebe o seu papel no âmbito do SUS, como a percepção que deles tem a comunidade; além de analisar, no plano prático, como a representação social da **educação em saúde** orienta as ações desenvolvidas por esses agentes sociais. Para alcançarmos nossos objetivos, considerando que articulamos a Teoria das Representações Sociais e a Praxiologia de Bourdieu, nos foi requerida uma metodologia plural, com combinação de métodos quantitativos e estatísticos, como de métodos qualitativos e etnográficos. E uma vez que estudamos a identidade do ACSs<sup>8</sup>, não exclusivamente estes se constituíram em sujeitos da pesquisa, mas ainda outros profissionais, além de usuários do SUS.

Este texto está organizado em quatro capítulos. Embora focalizemos a

---

<sup>8</sup> Empregamos a sigla ACS, em substituição à expressão **agente comunitário de saúde**. Seu uso, porém, não indica que passaremos a adotá-la definitivamente, uma vez que seu emprego visa unicamente evitar o enfado do leitor com as repetições.

**educação em saúde** sob a perspectiva de agentes comunitários de saúde, elaboramos um capítulo no qual traçamos seu breve percurso histórico, a definimos de acordo com a literatura especializada e discorremos, de forma breve, sobre a saúde e a educação. Apesar da opção por escrever o primeiro capítulo sobre esta temática, uma discussão sobre este objeto é mantida ao longo do texto.

A caracterização do PACS/PSF, assim como a inserção do agente comunitário de saúde nos referidos programas, é comentada no capítulo 2. Além disso, contextualizamos este profissional no município paraibano de João Pessoa. Discorrer sobre o ACS afora de suas representações resulta de nossa opção teórica, tendo em vista ser a representação social uma organização significativa que depende, concomitantemente, do contexto imediato; da finalidade da situação e da natureza e das dificuldades a ela inerentes; do contexto social e ideológico; da posição do indivíduo e do grupo na organização social; da história do indivíduo e do grupo; e das relações de poder socialmente determinadas (ABRIC, 1994b).

Levamos em conta que “[...] as “representações sociais” existem em dinâmica constante com a realidade social que as configura, e não podem ser devidamente estudadas fora deste contexto” (QUEIROZ, 2003, p. 44). Situar este profissional no âmbito dos programas permite-nos compreender qual é a identidade a ele atribuída pelas instituições sociais. Como a identidade se constrói pela igualdade e pela diferença, e as representações são criadas com base nos conteúdos circulados nas comunicações, avaliamos que tais informações propiciam uma relação com os dados obtidos, via próprio agente comunitário de saúde.

No capítulo 3, focalizamos a identidade do agente comunitário de saúde em construção. Conforme já anunciamos, a identidade é construída de modo relacional e não exclusivamente pautada na representação do grupo sobre si, mas também

---

---

dos outros sobre ele. Dividimos, pois, este capítulo em seções, de modo a organizar a exposição segundo a ótica destes segmentos. Ainda descrevemos e justificamos o embasamento metodológico, ao qual se articula a fundamentação teórica adotada.

No capítulo 4, discutimos as representações sociais construídas pelos agentes comunitários de saúde sobre a **educação em saúde**. Nele, pormenorizamos a respeito do processo de coleta de dados e avançamos sobre a questão teórica.

Expomos, nas considerações finais, além de conclusões relativas à fundamentação teórico-metodológica e aos objetivos que nos propusemos, reflexões em torno da relação pesquisador-pesquisado. Desenvolvemos um estudo que não só nos propiciou ‘capital’ cultural, mas, além disso, discernimento relativo à dificuldade de viver, à solidariedade e à esperança.

# **CAPÍTULO 1**

## **EDUCAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE'**

Pois desse lado do muro, o jogo é tão duro, meu pai, que só ter piedade de nós não vale a pena [...] Coração não voga, quando não há vaga. Coração não roga, quando só há raiva e a roupa do corpo três vezes ao dia. Novena não paga ao homem da venda. Não adianta nada, não enche barriga, subir de joelhos as escadarias [...] (JESSÉ).

Vimos nos referindo à **educação em saúde** e, conforme o título da tese aponta, é a ótica dos agentes comunitários de saúde sobre este objeto que pesquisamos. Porém, este recorte não dispensa uma explanação acerca da visão dos especialistas. Ou, utilizando a linguagem concernente aos estudos em representações sociais, não exime a apresentação de saberes do **universo reificado**, uma vez que estes também circulam no universo dos não especialistas, ou seja, no universo consensual.

De acordo com Moscovici (1961), o conhecimento circula numa dialética entre saberes destas duas classes distintas de universos. É nestes e entre estes que ocorrem as comunicações sociais. É através destas que criamos as representações sociais. No universo consensual, como o nome sugere, circulam as teorias do senso comum. Nele, todos são autorizados a expressar seus pensamentos, suas opiniões e sugestões. O universo reificado, por seu lado, é aquele no qual se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito, a teorização abstrata, a objetividade, o rigor lógico e metodológico. Nele, há compartimentalização em especialidades e estratificação hierárquica.

Sá (1993) refere-se às representações sociais como realidades consensuais e chama a atenção para o fato de a matéria-prima para sua construção provir dos dois universos. O que é possível devido à circulação de informações entre os universos de pensamento. Bauer (1995) aponta que esta circulação ocorre através de dois tipos de fluxo, um ascendente, e outro, descendente. No primeiro, designado por ele de cientificização, as idéias do universo consensual fluem para o reificado. No descendente, as informações reificadas circulam para os não especialistas. A este fluxo, Bauer denomina de popularização.

Podemos aqui fazer uma reflexão sobre serem os agentes comunitários de saúde especialistas em **educação em saúde**, posto que eles são profissionais do campo da saúde. Se pensarmos na estrutura do PSF, podemos fazer referência ao agente comunitário de saúde como o 'especialista' menos especializado da equipe em **educação em saúde**. Pois, assim como veremos mais adiante, em termos de hierarquização, ele é o profissional que está na base da estratificação, não só do PSF, mas também do campo da saúde. Entretanto, ainda precisamos de dados para poder afirmar que as demais características do universo reificado se aplicam ao agente comunitário de saúde. Podemos, por exemplo, afirmar que ele está inserido num universo objetivo e que teoriza?

Convém destacar que o conhecimento dos especialistas pode ser entendido como uma representação social, pois segundo Moscovici, na qualificação das representações sociais é menos importante definir o seu agente, ou a sua fonte, do que a sua função. Neste sentido, Perrusi (1995) avalia que se o próprio cotidiano profissional produz as suas representações sobre o objeto de sua prática, não existe motivo para procurar a representação social num *locus* externo à profissão. Ele próprio estudou a representação social da doença mental na psiquiatria (PERRUSI, 1995). Outro exemplo é a pesquisa de Bock (1993) acerca da representação social de psicólogos sobre o processo de trabalho dos profissionais da psicologia. Esse estudo foi antecedido pelo de Palmonari e Zani (1989) sobre as representações sociais no campo dos psicólogos. Recentemente, Nascimento-Schulze et al. (2003) pesquisaram a representação de ciência e de tecnologia, construídas por pesquisadores.

Ainda retomaremos o debate sobre a especialização do agente comunitário de saúde. Por ora, interrompemos a discussão para nos referirmos à **educação em**

**saúde**, objeto social que ao nosso ver desperta interesse e é relevante para o grupo, que passa a simbolizá-lo (substituindo-o) e a interpretá-lo (conferindo-lhe significações)<sup>9</sup>, ou seja, que constrói representações sociais do mesmo. Porém, antes de expor tais representações, fazemos uma explanação sob a ótica de (outros)<sup>10</sup> especialistas do campo da saúde para responder alguns questionamentos: Em que sentido a educação está sendo aludida? O que é saúde? Qual a relação entre educação e saúde? A relevância de discorrer sobre tais temáticas, de acordo com a visão do universo reificado, se faz apropriada porque as representações são formadas nas comunicações sociais. Seja nas interações cotidianas entre pares, seja diante da exposição às instituições, aos meios de comunicação, aos mitos e à herança histórico-cultural de uma sociedade (GUARESCHI; JOVCHELOVICHTH, 1995). Abordamos, então, conteúdos circulantes na sociedade, a partir dos quais são construídas as representações.

A resposta a estas questões permite-nos não apenas conceituar e dimensionar os objetos sociais sobre os quais nos voltamos, mas obter subsídios para melhor compreender os resultados da pesquisa, pois a representação social de um objeto social não está isolada das representações de outros objetos. Quer dizer, representações de **educação em saúde** vinculam-se às representações de saúde, educação, agente comunitário de saúde, entre outros. Ilustraremos esta relação mais adiante, quando apontarmos a complexidade das campanhas educativas.

---

<sup>9</sup> Fazemos uma analogia com a seguinte afirmação de Jodelet (2001, p. 27): “[...] a representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhes significações). Estas significações resultam de uma atividade que faz da representação uma construção e uma expressão do sujeito”.

<sup>10</sup> Grafamos **outros** entre parênteses porque ainda não apresentamos nossa posição a respeito de serem os ACSs especialistas do campo da saúde. A necessidade de um posicionamento a este respeito nos foi apontada por Sá (2002b), por ocasião da arguição em nossa banca do Seminário Doutoral II. Já vínhamos, porém, nos questionando acerca deste aspecto, com base no afirmado por Silva e Rodrigues (2000) sobre ser atribuído ao ACS o que transcende a sua formação profissional.

Dissertaremos separadamente sobre a saúde e a educação, antes de abordar a articulação entre ambas, embora não tenhamos pretendido fragmentar a discussão. Nem poderíamos, porque, devido ao imbricar destes objetos sociais, quando discursarmos sobre um, acabaremos por falar sobre o outro. Neste sentido, de modo mais amplo, Lefèvre (1991, p. 143) defende que:

[...] a Educação em Saúde Pública está, necessariamente, lidando com o sentido de saúde. [...] este sentido é uma entidade complexa e enquanto tal deve ser tratada, teórica e metodologicamente, pela Educação em Saúde [...] Lidar com o Sentido da Saúde implica também, sempre, um engajamento ideológico, mesmo que o educador dele não esteja consciente. Assim sendo [...] a Educação em Saúde, na qualidade de metaintervenção, não pode esposar nenhum dos sentidos que emanam dos pontos de vista (da sociedade, do indivíduo e do médico) sobre a saúde, salvo, evidentemente, se estes pontos de vista coincidirem com os seus.

## 1.1 O QUE PRECISA SER DITO SOBRE A SAÚDE

Delimitamos o que achamos necessário ser mencionado sobre a saúde porque muito pode ser comentado. A literatura referente à temática é ampla e por vários caminhos é possível enveredar (campo, direito, conceito, políticas públicas em saúde)<sup>11</sup>. A sua importância política, social e estratégica para a vida das populações, conforme reconhecida por Luz (1995), também pode ser retratada. A relevância dos conhecimentos e das práticas em relação à saúde para a sua promoção, assim como para a prevenção e a cura das enfermidades, ainda é outro foco possível.

---

<sup>11</sup> Referimo-nos aqui a campo, tal como o concebe Bourdieu (1997): universos sociais relativamente autônomos, nos quais profissionais da produção simbólica defrontam-se em lutas que objetivam a imposição de princípios e de visão de mundo.

Visto que não objetivamos fazer uma revisão sobre o tema, mas subsidiar nossas considerações sobre a **educação em saúde**, expomos o que avaliamos ser, temporariamente, o indispensável para este fim. Discutimos o assunto porque, embora nosso foco principal seja a **educação em saúde**, a concepção que temos de saúde pode interferir na nossa forma de nos relacionar conosco e com os outros. Nesta aceção, há uma associação entre o acesso à educação e melhores níveis de saúde e de bem-estar, pois, dependendo do grau de instrução, podemos ter atitudes positivas ou negativas a respeito da vida.

A articulação da saúde não se dá, porém, exclusivamente com a educação. Podemos afirmar que existe uma primeira relação desta com a doença, posto que elas não se disjungem. Ou seja, constituem o *processo saúde-doença*. Processo que pressupõe uma articulação entre as diferentes interfaces sociais e depende do modo e da qualidade de vida e do acesso aos bens e aos serviços.

A problemática da saúde-doença, segundo Capra (1992), deve ser compreendida como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. De acordo com Rondelli (1995), a saúde-doença está intrinsecamente ligada à natureza do corpo humano que, embora universal quanto à sua estrutura anatômica e fisiológica geral, é tomado, pelas culturas e imaginários, como objeto de múltiplas e quase infinitas construções significativas. Tais construções passam a funcionar como guias das práticas exercidas sobre o corpo e dependem do momento histórico em que são realizadas.

Nesta perspectiva, baseado na visão de saúde-doença como processo social e biológico, com historicidade própria, e, como tal, essencialmente dinâmico, Rezende (1989) avalia que as ações desenvolvidas para a promoção da saúde e para o combate às doenças são guiadas pela “ideologia dominante”, no contexto social,

político, econômico e cultural das várias épocas da história. Isto justifica a reelaboração do modelo de atenção básica à saúde, no Brasil.

A própria definição da doença e da saúde, de acordo com Adam e Herzlich (2001), se dá em função das exigências do ambiente, das nossas inscrições e relações familiares e profissionais, constituindo-se, em sentido próprio, estados sociais. Neste sentido, Silva (1973) concebe a saúde e a doença como processo resultante da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos. Tal interação se desenvolve nos espaços social, psicológico e ecológico, e, sendo um processo, tem dimensão histórica. Segundo o referido autor, a saúde é entendida como o estado dinâmico da mais perfeita adaptação possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica. Em contrapartida, a doença é compreendida como manifestações de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, e se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e às pressões aos quais os indivíduos e os grupos humanos estão continuamente submetidos.

Diante do exposto, é possível compreendermos porque a saúde do indivíduo não depende exclusivamente dele, mas também da sua família, da comunidade na qual se encontra inserido, da nação. Razão pela qual, para obter **qualidade de vida na dimensão saúde**, é necessário que o indivíduo seja co-responsável pela sua saúde e pela saúde da coletividade. Esta é, ao nosso ver, a concepção que perpassa o PACS e o PSF.

Embora abordemos a saúde em articulação com a doença, posto que compactuamos com as idéias dos autores apresentados acerca da existência de um processo, podemos destacar especificamente a saúde e os fatores que a promovem.

Do mesmo modo, podemos nos referir à prevenção ou ao controle da doença, sem que isto signifique uma ruptura.

Segundo Brasil (1998, p. 249), “saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não como ausência de doença, [...] nos remete à utopia de saúde ótima, embora não nos forneça indicações concretas sobre o que seria esta situação de completo bem-estar”. Como se pode concluir “que um indivíduo não doente seja saudável de fato?” Se alguns são doentes do ponto de vista biológico e nem por isso deixam de participar da vida social e dos processos de produção; e alguns são portadores de deficiências temporárias. As condições individuais comportam, por sua vez, um alto grau de subjetividade, pois a saúde vai além do orgânico, havendo algo de singular na história da saúde de cada um, tornando-a um conceito amplo e complexo.

Nesta direção, Fernandes (1996, p. 32) questiona “[...] en que consiste um estado de completo bienestar? [...] és evidente que no se puede delimitar objectivamente y la respuesta, necesariamente va a ser subjetiva”. Conclui a referida autora que o conceito de saúde é extremamente subjetivo.

Especificamente nas comunidades ocidentais, as definições de saúde tendem a ser menos abrangentes. No caso de populações pobres, Helman (1994, p. 105) afirma que “[...] a definição funcional de saúde, provavelmente, é baseada na necessidade (econômica) de continuar trabalhando [...]”. A mesma definição é atribuída para o que se refere à assistência à saúde.

Helman (1994) concebe a saúde como algo mais do que ausência de sintomas desagradáveis e compreende que o seu conceito, assim como o de doença, difere entre indivíduos, grupos, culturas e classes sociais. Dado que os ACSs pertencem a um grupo social e culturalmente diferenciado daqueles aos quais pertencem os

médicos, as enfermeiras e os odontólogos do PSF, inferimos que suas representações sociais de saúde se diferenciam. Inferência que nos faz pensar ainda que suas representações sociais de **educação em saúde** se distinguem. Porém, conforme expomos mais adiante, devido à metodologia adotada no presente estudo, o teste destas hipóteses não foi possível.

Ainda no que concerne à definição de saúde, Na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), o seu conceito foi ampliado, e posteriormente aplicado na Lei 8080/90. A saúde passa a ser concebida como resultado de fatores tais como alimentação, habitação, educação, transporte, condições de emprego, renda, lazer, informação, acesso a bens e serviços coletivos essenciais. Nesta mesma perspectiva, Cohn et al. (2002) afirmam que para se ter saúde é necessário uma infra-estrutura urbana satisfatória. Ou seja, que se possua o conjunto das instalações necessárias às atividades humanas: rede de esgotos e de abastecimento de água, energia elétrica, coleta de águas pluviais e rede telefônica.

Chamamos a atenção para o fato da saúde requerer educação e da educação igualmente exigir saúde. Porém, destacamos, por enquanto, que a associação entre acesso à educação e a melhores níveis de saúde e de bem-estar é evidente (BRASIL, 1998), uma vez que as taxas de mortalidade infantil em diferentes países e realidades, por exemplo, são inversamente proporcionais ao número de anos de escolaridade da mãe.

Até aqui, vimos discorrendo sobre a saúde do ponto de vista de especialistas do campo da saúde, cujo capital científico é reconhecido no campo acadêmico. Porém, tratamos de conceituá-la, deixando de traçar um histórico da temática. O que o fazemos, de certa forma, ao historiar sobre a **educação em saúde**. Entretanto, uma vez que estamos focando o agente comunitário de saúde, não podemos deixar

de situar o contexto mais amplo no qual ele está inserido: O Sistema Único de Saúde<sup>12</sup>. Por conseguinte, precisaremos discorrer sobre a Reforma Sanitária.

Segundo Silva e Rodrigues (2000), a Reforma Sanitária trouxe a saúde para a arena das decisões políticas e não somente técnicas. Este contexto permite explicitar, claramente, na ótica aqui adotada, que a saúde não é apenas mais um setor da intervenção estatal, mas um campo social, tal como formulou Bourdieu. Um espaço social estruturado, onde tudo o que diz respeito à saúde (conhecimento, técnicas, cargos, verbas etc.) passa a ser objeto de intensas lutas simbólicas e embates concretos entre os partidários da capitalização e da mercantilização do objeto saúde, em sentido macro.

O movimento da Reforma Sanitária concebe as práticas de saúde com base no conceito de saúde como qualidade de vida e não somente assistência a doenças (BRASIL, 2003a). O PSF e o PACS são programas, portanto, que vêm propondo uma mudança nas práticas e concepções tradicionais de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS. Sobre eles precisamos discorrer, posto que é no seu contexto que se situa o agente comunitário de saúde. Adiaremos, no entanto, a exposição relativa aos mesmos para falarmos sobre a educação. Discussão que requer mais do que um enfoque direcionado para a abordagem específica do processo educativo, pois nosso olhar está voltado para um objeto não menos complexo: a **educação em saúde**.

---

<sup>12</sup> Cf MAIA, C. M. F. L. **A construção da gestão municipalizada em Campina Grande**: a saúde e seu processo histórico-social de 1987 a 2000. (Dissertação de Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva). Campina Grande: UEPB, 2003. 173 p., que dedica um capítulo à análise dos princípios norteadores e às normas operacionais do SUS.

## 1.2 CONSIDERAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A DISCUSSÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Defende Brandão C. (1991) que a escola não é o lugar restrito, e talvez não seja o melhor, onde ocorre a educação; e que assim sendo, nem o ensino escolar é único, nem o professor é seu praticante exclusivo. Para ele, não existe uma só forma, nem um modelo único de educação. Neste sentido, no âmbito familiar, nas relações de trabalho e de vizinhança, assim como na comunidade também se desenvolve a prática educativa. Com base nesta compreensão das práticas educativas, podemos dizer que, através do PACS e do PSF, um novo educador entra em cena: o **agente comunitário de saúde**.

A educação, segundo Libâneo (1999, p. 22), é um “[...] conjunto de ações, de processos, influências, estruturas, que intervêm no desenvolvimento humano de indivíduos e grupos na sua relação ativa com o meio natural e social, num determinado contexto de relações entre grupos e classes sociais”. Mas enquanto este autor destaca a sua finalidade, Canesqui (1998) a descreve como geração e transmissão de conhecimento, de habilidades e de valores, sempre tencionados pela natureza das relações sociais e políticas das distintas sociedades, as quais interferem na sua distribuição social. Demo (1996), por sua vez, avalia que é essencial não se perder de vista que o conhecimento é apenas um meio, e que para se tornar educativo, precisa se orientar pela ética dos fins e dos valores. Cabendo-nos então indagar, como educadores, que conhecimentos estamos produzindo e socializando e com quais objetivos. Nesta perspectiva, portanto, a dimensão ética deve perpassar todas as relações do processo educativo.

Uma vez que sobre o agente comunitário de saúde a literatura ainda é

escassa, e que ele tem sido, com freqüência, comparado ao auxiliar de enfermagem, avaliamos ser importante apontar as posições da enfermagem referentes à inserção do processo educativo na prática assistencial de saúde, conforme identificadas por Kleba (1999). Segundo a autora, na **visão ingênua**, a educação é reduzida às ações de orientação que possibilitam àquele que sabe ensinar os que não sabem, guiando-os em sua mudança de consciência, fazendo-os mudar comportamentos. A **visão pessimista** concebe a educação como instrumento de manipulação e de reprodução social, cujo poder de uso é possuído pela classe dominante. De acordo com esta posição, o Estado tem a capacidade de determinar ações e valores, enquanto a população e os profissionais, de modo alienado, são apenas conduzidos. Finalmente, a **visão otimista**, da qual nos aproximamos, compreende a educação como uma transformação individual e social. Nesse processo, profissionais e usuários participam ativamente, cabendo a estes facilitar e instrumentalizar a transformação da assistência e da vida, havendo participação daqueles na construção das mudanças.

Vasconcelos (1999) aponta que a educação não é simplesmente um componente de Atenção Primária à Saúde, pois, em sua totalidade, ela é um processo que se baseia no encorajamento e no apoio que propicia a pessoas e grupos sociais a assumirem maior controle sobre sua saúde e sua vida.

Além do dito sobre a educação, não podemos perder de vista que educar tem uma vinculação com o cuidar. Codo e Gazzotti (1999) compreendem a educação como uma arte de cuidar, e definem cuidado como uma relação entre duas pessoas, que resulta no bem-estar do outro. Já para Tronto (1997), o cuidar é, necessariamente, relacional, compromisso-objeto, o que possibilita a distinção entre 'cuidar de' e 'cuidar com'. O primeiro implica atender às necessidades particulares,

concretas, físicas, espirituais, psíquicas e emocionais dos outros. O ‘cuidar com’ caracteriza-se por uma forma mais geral de compromisso. Soares (2002) refere-se ao cuidar/educar como ação interdisciplinar.

Não somente porque estamos tratando de agentes comunitários de saúde, profissionais do campo da saúde, com características comuns aos auxiliares de enfermagem, falamos da relação educar *versus* cuidar. Sobre este aspecto, Batista e Codo (1999) afirmam que, no marco da expansão do capitalismo, a enfermagem, assim como a docência, passou a ser considerada atividade de trabalho que envolve “o cuidado dos outros”, sejam crianças ou doentes.

Vimos refletindo sobre a educação, sem mencionar o que é óbvio: o processo educativo envolve educadores e educandos (ou cuidadores e cuidados). Mas quem é o educador, no processo educativo sobre o qual estamos falando? Discorrer sobre a **educação em saúde** implica, por conseguinte, falar sobre o educador em saúde. Sem que isto signifique que deixamos de entender que o educar ocorre de maneira recíproca, conforme destaca Maturana (1998).

Retomamos, porém o questionamento: É o agente comunitário de saúde um educador? Sendo ele um educador, podemos denominá-lo de cuidador? Iniciamos, aqui, uma incursão neste tema, mesmo sabendo que por ora não podemos ainda responder a estas questões. Mas tal debate, por ora, não será suficiente para dar respostas para tais interrogações. Assim como não podemos responder, desde já, se os agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa se identificam como educadores. Esta compreensão só será possível quando apresentarmos como eles se auto-representam.

Sobre os agentes comunitários de saúde serem cuidadores, fazemos uma analogia destes com os educadores infantis, indo na direção do que diz Soares

(2002) a respeito de ser impossível identificar quem é exclusivamente educador ou cuidador, porque as ações do educar/cuidar estão imbricadas no ser profissional.

Para Freire (1994), ser educador é conhecer e se conscientizar do seu papel social, para assim transformar o meio e ser transformado; é perceber os efeitos desta transformação, pela própria criação. Deste modo, todo aquele que, com compromisso e responsabilidade, for atuante, ativo, numa ação dialética, mediando e sendo mediado, agindo e interagindo com tudo e com todos ao seu redor, será um educador. Do educador, porém, muito mais é requerido. Batista e Codo (1999) defendem que ele não precisa apenas ser consciente de seu papel, posto que deve estabelecer um vínculo afetivo e emocional com o educando.

Além de serem todos educadores, todos são educandos, pois, conforme avalia Madeira, M. (1998b), existe um potencial de educabilidade, o qual é inerente à própria condição humana. Assim, a possibilidade de aprender independe da idade e da condição sócio-econômica e, a aprendizagem pressupõe o estabelecimento de relações, a concretização de experiências, o exercício da imaginação e da criação, e a construção da crítica.

Por concordarmos com a perspectiva de que todos são educadores e educandos, vemos os ACSs nesta dialógica: educador e educando, mas, sobretudo como um educador em saúde, o que está, embora embrionariamente, presente na documentação oficial do Ministério da Saúde. Como veremos mais adiante, a pesquisa também nos permitiu fazer esta constatação. Isso nos faz compactuar com o posicionamento de Brandão C. (1991), segundo o qual não existe uma única forma, nem um único modelo de educação, assim como a escola não é o único lugar no qual ela ocorre. Portanto, a prática da educação não é exclusiva do ensino escolar, nem do professor profissional. Em síntese, adotamos aqui a concepção de

educação como prática social que ultrapassa os limites da instituição escolar, assim como reconhecemos a pertinência do posicionamento de Madeira V. (1999) e de Soares (2002), quando defendem que todos são educadores.

Concordamos ainda com Lima et al. (2000, p. 30), quando declaram que “[...] a educação se atrela à comunicação em saúde como forma de acesso às informações, emergindo a saúde como direito civil; e a educação, através de diferentes processos pedagógicos, instrumentaliza esta prática”. Do mesmo modo, Valla e Stotz (1994) apontam a relação entre educação e saúde como uma forma alternativa para resolver os problemas da população. Segundo eles, a atenção à saúde constitui um direito de cidadania que depende tanto do montante de investimentos públicos destinados aos serviços básicos, entre eles os serviços de saúde, como da capacidade das classes trabalhadoras de modificar a lógica de alocação dos recursos públicos.

Neste mesmo sentido, Homem D’El-Rey (2000) avalia que alguns desafios precisam ser revertidos: (a) os problemas ambientais, que põem em risco a vida do planeta: escassez de água potável, superaquecimento da terra, concentração da população em grandes aglomerados urbanos etc.; (b) os problemas comportamentais, tais como estilo de vida consumista e violência; (c) os econômico-sociais, que são decorrentes dos problemas ambientais e os agravam. Por exemplos, políticas econômicas de mercado para atender à globalização e à competitividade; novas demandas sociais, como o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida; (d) e formação de recursos humanos.

Na interface da educação e da saúde, encontramos uma prática social: a **educação em saúde**. Sobre ela damos um enfoque tanto voltado para a perspectiva dos especialistas, enquanto olhar do universo reificado, como para os agentes

comunitários de saúde, vinculados ao universo consensual, porém em alguns aspectos distintos deste e mais próximo do universo reificado. A respeito desta prática passamos agora a discorrer.

### 1.3 O QUE É 'EDUCAÇÃO EM SAÚDE': PERSPECTIVA DO SABER REIFICADO

Já afirmamos ser mister particularizar a **educação em saúde**. É este o objeto representacional que investigamos. Como mencionamos anteriormente, os saberes produzidos nos universos reificados, uma vez disseminados, circulam pelos universos consensuais, sendo aí apropriados, transformados, recriados. Por isso, passamos agora a discorrer sobre a **educação em saúde** segundo o universo dos especialistas, para que assim identifiquemos quais informações estão disponíveis para a circulação, de modo a melhor desenvolvermos a discussão sobre a representação social que os agentes comunitários de saúde constroem sobre esse objeto.

Compreendemos que, quando nos referimos à **educação em saúde** no âmbito do PACS/PSF e buscamos apreender a sua representação construída por agentes comunitários de saúde, estamos estudando a difusão do conhecimento técnico-científico em ambientes especializados. Ou seja, não analisamos a propagação do conhecimento reificado para o domínio público mais amplo, mas sim a difusão de um novo conhecimento dentro de círculos de especialistas de vários graus, ou, como denomina Bauer (1995), a difusão interna. Estamos assim assumindo nossa compreensão de serem os agentes comunitários de saúde especialistas do campo

da saúde. A própria Lei nº 10.507, que cria a profissão do agente comunitário de saúde, em 2002, legitimando-o, apóia nossa concepção. Além disso, encontramos, na versão preliminar do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2003a), informações sobre habilidades e conhecimentos imprescindíveis para o desenvolvimento destas competências que apontam para a necessidade – e porque não dizer interesse – de um saber ainda mais reificado.

Na atualidade, a **educação em saúde** é uma das mais importantes expressões de ação em saúde comunitária (ROSEN, 1994). Porém, saberes de especialistas sobre a saúde e sobre a **educação em saúde** vêm sendo veiculados nas sociedades, desde a Antiguidade. Como as representações sociais têm suas raízes na história e na cultura (MOSCOVICI, 1961, 1978; JODELET, 1989), não podemos nos eximir de tecer comentários acerca da história da **educação em saúde** a qual se atrela à história da própria saúde pública. Focalizamos, porém, aqueles pontos que avaliamos serem mais relevantes para a nossa discussão, com base em Rosen (1994), para descrever a história no contexto mais amplo, e baseados em Vasconcelos (1998), para a sua história no Brasil.

Rosen (1994) destaca que a **educação em saúde** e a higiene pessoal receberam contribuições importantes ao longo da história. Na Grécia, a medicina não se resumia à cura, uma vez que era dada importância à manutenção da saúde e que os problemas de higiene mereciam atenção. Para os médicos gregos, a vida necessitava ser organizada com equilíbrio da nutrição, excreção, exercício e descanso, levando-se em conta a idade, o sexo, a constituição do indivíduo e as estações. Todavia, apenas uma pequena classe, sustentada por escravos, podia seguir este regime. “Essa higiene era, portanto, uma higiene aristocrática” (ROSEN, 1994, p. 39).

Na Idade Média, ainda de acordo com a história da saúde pública narrada por Rosen (1994), a necessidade de viver originou uma literatura sobre a preservação da saúde, a qual oferecia regras de condutas sobre a higiene pessoal, como conselhos para manter a saúde, os quais se voltavam geralmente à classe alta. Achamos ser interessante destacá-los, principalmente porque buscamos apreender as representações sociais (teorias do senso comum). Uma obra clássica de **educação em saúde**, Regimen Santatis Salernitanun, provavelmente escrita no século XII, ilustra o senso comum num poema médico.

Por essas linhas a Escola de Salerno deseja  
Toda a saúde ao Rei dos Ingleses e aconselha.  
A mente mantenha livre de cuidados, e da ira o coração,  
Não beba muito vinho, ceie pouco, levante cedo,  
Depois de comer, ficar sentado causa danos;  
  
Depois do almoço, mantenha aberto seus olhos  
Quando sentir as Necessidades da Natureza,  
Não as retenha, pois isso é muito perigoso,  
E use ainda três médicos, primeiro o Doutor Descanso,  
Depois o Doutor Alegria, e o Doutor Dieta (ROSEN, 1994, p. 68-69).

A **educação em saúde**, porém, não se restringiu aos manuais, pois, para difundir o conhecimento e estimular a ação, surgiu a necessidade da criação da visitação sanitária, na qual se fazia presente uma figura feminina, ou seja, a enfermeira sanitária.

Rosen historia que, em 1862, após a Associação Sanitária de Manchester e Salford divulgar, entre os pobres, informações sobre saúde através da distribuição de panfletos, percebeu que a mesma trazia resultados limitados. A partir de então, “[...] empregou-se uma mulher da classe trabalhadora para ir de casa em casa, e transmitir noções de saúde e de higiene” (ROSEN, 1994, p. 273). Iniciativa bem

sucedida e que se ampliou. Mas não continuaremos alongando a história. Destacamos que Florence Nightingale defendeu a importância do ensinamento da saúde nos lares e a necessidade da enfermeira sanitária ir além da enfermagem para doentes, pois ela precisava ser uma 'missionária da saúde'. Em outras palavras, e modernizando a expressão, uma 'educadora em saúde'. É este ir de casa em casa, com a missão de promover a saúde, que aproxima – em termos de raízes – o agente comunitário de saúde da visitadora sanitária e, conseqüentemente, da enfermeira de saúde pública.

Entendemos que, embora o ACS e a enfermeira da família sejam novos profissionais no âmbito do SUS, seu papel encontra raízes históricas. Não apenas pela característica demarcada pela **educação em saúde** em nível domiciliar (embora esta não seja exclusiva), mas pela tradição de oferecer assistência aos pobres. Características que ainda nos fazem relacionar os próprios programas PACS e PSF com estas mesmas raízes. É evidente, porém, que na atualidade, e num outro contexto, imponham-se diferentes demandas e os programas de saúde possuam, igualmente, outras especificidades.

Rosen (1994) relaciona os programas de saúde aos problemas específicos de saúde de cada época. Segundo ele, a **educação em saúde** surgiu para combater a tuberculose, enquanto a necessidade de combater as doenças venéreas, nas forças armadas, fez, durante a Primeira Guerra Mundial, a sua evolução ser acelerada e ser dada ênfase à saúde como um dever.

No Brasil, as primeiras práticas sistemáticas de **educação em saúde** do Estado, voltadas para a saúde da população, estruturaram-se no final do século XIX e no início do século XX, visando combater a varíola, a peste e a febre amarela nos grandes centros urbanos. Porém,

[...] a educação em saúde naquelas campanhas urbanas de saúde pública era ainda breve e marginal porque, para as autoridades, o povo era incapaz de maiores entendimentos. Predominava a imposição de normas e medidas de saneamento consideradas científicas pelos técnicos e burocratas (VASCONCELOS, 1998, p. 68).

Registra ainda Vasconcelos (1998, p. 69), que as práticas de **educação em saúde** no final da Primeira República eram normativas, ou seja, “[...] os técnicos tinham um saber científico que devia ser incorporado e implementado pela população ignorante [...] o povo [...] continuava, porém, sendo visto como vítima incapaz de iniciativas [...]”.

Outra característica da **educação em saúde** é evidenciada, a partir de 1930, quando suas práticas são implementadas como uma forma de substituir e de justificar a falta de estruturação dos serviços de saúde. Para Vasconcelos (1998), a introdução de novas técnicas de disseminação e de convencimento, voltadas para uma população, até então, vista como passiva e incapaz de iniciativas, se deu em decorrência da crise mundial da borracha e do manganês, durante a Segunda Guerra Mundial. No governo militar de 1964 é que foram criadas as condições para a emergência de experiências em **educação em saúde** que, ainda segundo Vasconcelos, romperam com o padrão anterior, através do método da educação popular, sistematizado por Paulo Freire. Sem aprofundarmos a temática, apontamos que este foi um primeiro passo para a constituição de um conceito e de práticas em educação popular em saúde.

Canesqui (1998) comenta que, dentro de uma pedagogia política dirigida para os movimentos sociais como componente da educação “popular”, na década de 80,

a **educação em saúde** passou a ser concebida como integrante do processo político-cultural de constituição da democracia, dos direitos e da cidadania, centrando-se, sobretudo, nas relações interpessoais e sociais, através das quais se realizam as práticas institucionais de saúde.

Tanto Vasconcelos (1998) como Canesqui (1998) permitem que identifiquemos ser a **educação em saúde** definida pela política vigente no país. Quando a Divisão Nacional de Educação em Saúde do Ministério da Saúde (1987, s/página) elaborou um texto com o objetivo de discutir a **educação em saúde** e a Reforma Sanitária, visando repensar a prática da **educação em saúde**, assim demarcou esta relação:

Refletindo momentos históricos da sociedade brasileira, a prática da Educação e a da Saúde assumiram um caráter predominantemente conservador e reprodutivista, traduzindo o individualismo, o autoritarismo, o liberalismo, o assistencialismo [...] A saúde era vista como fruto da consciência individual [...] a Educação em Saúde assume o papel de transmissora de conhecimento [...] se traduzia em ações de higienização, normatização, destacando o papel de professores para este trabalho surgindo o profissional educador sanitário. Após o discurso higienista, foi enfatizada a organização de comunidade [...] Em outro momento priorizou-se a divulgação e a mobilização comunitária [...] Posteriormente enfatiza-se a racionalização da aplicação de recursos e começa a era do planejamento burocraticamente realizado [...] A este período segue-se o do planejamento participativo, quando o governo usa no seu discurso a palavra participação, porém, com o propósito de cooptar, para suas propostas, o movimento social emergente. Posteriormente, os serviços de saúde pública assumem o planejamento na linha dos orçamentos-programa, fragmentando as ações de saúde e colocando o ato médico como atividade central das ações de saúde. A Educação em Saúde caminha para a linha tecnicista, da educação programada, educação por objetivos, sendo vagamente definida como apoio aos programas de saúde [...] Com as mudanças sociais, econômicas, políticas e principalmente o fortalecimento dos movimentos populares no Brasil [...] surge a necessidade de romper com a prática pedagógica que vem se perpetuando. Assim como a educação é um instrumento de transmissão de ideologia dominante – de reprodução –, ela pode tornar-se historicamente e predominantemente um instrumento de transformação social, junto com as lutas sociais mais amplas [...].

Para Ramos (2003), cunha-se a educação popular em saúde, contra a educação para a saúde e a **educação em saúde**, como atividade estruturante para

articular a população e os sistemas de saúde. Vasconcelos (1998) entende que a educação popular em saúde foi uma ruptura na tradição da **educação em saúde** que alargou o cuidado à saúde na sociedade. Entretanto, Cocco (1999) avalia que, embora a prática pedagógica da educação popular em saúde seja bilateral e participativa, vestígios de normatização pelo poder técnico ainda são observados.

Compreendemos que a **educação em saúde**, tal como vimos referindo, rompe com sua perspectiva tradicional, aproximando-se daquela, tanto pela forma como apresenta a relação educador-educando, como pelas práticas educativas que desenvolve. Temos a compreensão de que não é a terminologia que diferencia a ‘educação em saúde’, ‘educação em saúde pública’, ‘educação para a saúde’ e ‘educação popular em saúde’. Concordamos assim com Cocco a respeito de, independente da denominação ‘educação em saúde’, ‘práticas educativas em saúde’, ‘comunicação em saúde’, ou ‘informação em saúde’, a essência ser única: “Como instrumentalizar a clientela na construção do processo de cidadania, criar condições que propiciem o desenvolvimento de sua autonomia? Como compartilhar conhecimentos, aprender com a população?” (COCCO, 1999, p. 63). Reconhecemos, porém, que a educação sanitária, ou como a denomina Homem D’El-Rey (2000), **educação em saúde** tradicional, é um termo inadequado para nos referirmos à perspectiva de educação com a qual estamos trabalhando.

Como o percurso que demos à história da **educação em saúde** nos afastou de uma denominação do que seja a educação sanitária e nos fez deixar de fazer referência à educação para a saúde, buscamos apoio em Fernandes (1996) para fazê-lo. Consideramos esta exposição necessária porque, mesmo tendo enunciado, desde o título da tese, a nossa opção pela terminologia “educação em saúde”, por vezes a designamos por “educação para a saúde”, conforme demonstrado na

metodologia desta pesquisa. Outras vezes, somos fieis à terminologia adotada no campo educacional, mais especificamente no que diz respeito aos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs).

Fernandes (1996, p. 54), ao expor a evolução histórica da educação sanitária à educação para a saúde, apresenta o significado de ter educação para a saúde, segundo Modolo (1979) “[...] obtener informaciones correctas y suficientes, ser capaz de analizar la propia realidad, la del bairro, la de la escuela o ambiente de trabajo, sacar deducciones en relación con las condiciones de vida y salud” e a define como

[...] una ciencia biológica, pedagógica, psicológica y didáctica [...], que teoriza, reflexiona, profundiza en todos los aspectos relacionados con la salud, desde todos sus ámbitos, vertiente y manifestaciones [...] se instaura como una atalaya concurrencial que detecta los problemas que producen disfunciones en la armonía vital, tanto psico-somática cuanto sócio ambiental y comunitaria (FERNANDES, 1996, p. 7-8).

Traçamos, até aqui, uma discussão que nos conduz a apontar distintas denominações da **educação em saúde**. Para encerrá-la, achamos pertinente apresentar uma concepção que, para Homem D’ El-Rey, está incluída no paradigma da Educação em Saúde Holística ou Abordagem Holística da Educação em Saúde. Segundo ele, trata-se de uma concepção na qual o indivíduo e a população cuidam de sua saúde a partir do entendimento das forças que interagem em seu ambiente de vida. Neste paradigma, “Saúde é entendida como o equilíbrio da dinâmica da vida. Educação é processo de auto-conhecimento [SIC] e auto-transformação nas relações em seu ambiente de vida” (HOMEM D’ EL-REY, 2000, p. 58).

Com esta concepção apontada, concluímos nossa exposição histórica, tendo deixado de mencionar autores e fatos importantes. Mas já tínhamos proposto

apresentar os aspectos que subsidiam nossa discussão posterior. Vimos, todavia, expondo sobre a história da **educação em saúde**, sem, no entanto conceituá-la. Percurso proposital, pois optamos por definições de autores contemporâneos, o que nos permite apresentar a visão institucional do próprio Ministério da Saúde, no Brasil, exposição que avaliamos ser essencial, uma vez que nossos sujeitos se localizam – e só se localizam – neste contexto.

Na atualidade, a **educação em saúde** tem interessado tanto aos profissionais da educação, quanto aos da saúde, dando-lhes subsídios para suas práticas em direção à conquista de uma vida saudável e na busca da cidadania.

No campo educacional, pois “[...] queira ou não assumir a tarefa da educação para a saúde, a escola está continuamente submetendo os alunos a situações que lhes permitem valorizar conhecimentos, princípios, práticas ou comportamentos saudáveis ou não” (BRASIL, 1998, p. 260).

O ensino da educação para a saúde no currículo brasileiro não é uma novidade, pois foi incorporado, desde o século passado, a disciplinas como: Puericultura, Nutrição, Higiene, Educação Física e, mais recentemente, Ciências Naturais e Biologia. Porém, estas disciplinas divulgavam apenas conhecimentos relativos aos mecanismos pelos quais os indivíduos adoecem ou asseguram sua saúde, pois se baseavam numa visão meramente biologicista e reducionista, contribuindo insuficientemente para uma aprendizagem efetiva (BRASIL, 1999).

Com o propósito de direcionar políticas, visando à recuperação da escola fundamental, comprometida com a equidade, a qualidade, a avaliação dos sistemas escolares e o seu contínuo aprimoramento, o Brasil, através do Ministério da Educação e do Desporto, elaborou o Plano Decenal de Educação para Todos – PDE – (1993 – 2003) (BRASIL, 1997a). Após a elaboração do PDE, cria-se a nova Lei de

Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN - Lei 9394/96. Interessa-nos destacar a orientação desta lei com relação à organização curricular, tanto para o ensino fundamental quanto para o ensino médio, conforme expresso no seu artigo 26. Este trata da obrigatoriedade de um currículo com base nacional comum, que poderá ser complementado de acordo com a realidade local. Nesta perspectiva, surgem os PCNs, no intento de orientar as ações educativas no país, levando em consideração a obrigatoriedade do Estado, com a equidade e a qualidade do ensino, tendo em vista o pleno desenvolvimento do educando e o seu preparo para o exercício da cidadania.

Os PCNs, definidos em termos de referenciais que norteiam o sistema educacional brasileiro, pautados na Constituição Brasileira, pelo Estado democrático, oferecem meios que permitem efetivar propostas regionalizadas, de acordo com cada realidade dos estabelecimentos de ensino, com vistas a desenvolver uma educação para a cidadania. “A educação para a cidadania requer, portanto, que questões sociais sejam apresentadas para a aprendizagem e a reflexão dos alunos” (BRASIL, 1997a, p. 19).

Os PCNs (BRASIL, 2001a) propõem que a saúde, bem como as suas formas de promoção e de proteção, seja contemplada como um dos temas transversais<sup>13</sup> emergentes de nossa sociedade. Os PCNs possuem como desafio o ensino do tema ‘educação para a saúde’, pois as experiências têm mostrado que o arsenal de informações sobre a mesma não tem surtido efeito na prática.

---

<sup>13</sup> Os temas transversais são conteúdos de caráter social, que devem ser trabalhados, como o próprio nome sugere, de forma ‘transversal’, ou seja, devendo perpassar o conteúdo de cada disciplina a ser ministrada em sala de aula, de modo a desenvolver hábitos e atitudes que venham contribuir na vivência de cada um, seja no âmbito individual ou coletivo. Os temas transversais propostos pelos PCNs são: ética, meio ambiente, pluralidade cultural, saúde, orientação sexual, trabalho e consumo, os quais “dizem respeito, a conteúdos de caráter social, que devem ser incluídos no currículo do ensino fundamental [...] não como área de conhecimento específica, mas como conteúdo a ser ministrado no interior das várias áreas estabelecidas” (FIGUEIRÓ, 2000, p. 1).

Com a designação 'educação para a saúde', entendida como fator de promoção e proteção à saúde, a **educação em saúde** é um tema preconizado pela nova legislação educacional brasileira em vigor, a LDBEN - Lei 9394/96, devendo ser trabalhado nas escolas a partir das séries iniciais do ensino fundamental obrigatório, com o objetivo de favorecer a conscientização, a sensibilização e a capacitação, voltadas à utilização de medidas práticas de promoção, de proteção e de recuperação da saúde (BRASIL, 1998).

No campo da saúde, destacamos algumas definições. Lima et al (2000) concebem a **educação em saúde** como uma prática crítica e conscientizadora, cujo objetivo é capacitar indivíduos e grupos a lidar com problemas de nutrição, reprodução e desenvolvimento biopsicológico, objetivando a transformação das práticas inadequadas de saúde. Para estes autores, a sua importância se dá para o entendimento do processo saúde/doença e para a busca de mudanças, tanto de usuários do sistema de saúde como de profissionais da área. Daí, as recomendações para a implementação da **educação em saúde** no âmbito dos serviços públicos de saúde.

Para Homem D' El-Rey (2000), a **educação em saúde** é uma prática vivenciada por todos os indivíduos e grupos sociais, que interfere no dia-a-dia das pessoas e consiste num processo que capacita o indivíduo, propicia seu conhecimento da realidade, identifica as forças que interagem em seu ambiente de vida e participa na busca conjunta de alternativas de transformação de suas condições de vida. Esta definição, não podemos deixar de destacar, relaciona-se à abordagem holística na **educação em saúde**, conforme a descreve, e aqui constatamos, compactua o referido autor.

As definições apresentadas, apesar de datadas de um mesmo período, situam, ao nosso ver, a co-participação da população na promoção de sua saúde, com ênfases distintas. Na primeira, parece-nos, a capacitação é unilateral. Mas, como não objetivamos contrapor definições e exaurir uma revisão das concepções atuais de **educação em saúde**, apenas destacamos um posicionamento de Cocco (1999, p. 65) a respeito do que concretamente nos possibilita a **educação em saúde** e sobre um ponto que, embora atual, é dificuldade real desde a Antiguidade:

Considero as práticas educativas, numa perspectiva mais ampla, como uma das possibilidades fundamentais para a discussão da qualidade de vida, que é, e continuará sendo, um dos grandes desafios para as próximas décadas, pois as profundas desigualdades sociais ainda persistem. Existe o convívio cotidiano com um grande volume de informações, sem que isso garanta que os indivíduos consigam apropriar-se das mesmas e consigam traçar o nexos com o seu cotidiano, incorporando-as, de modo que resultem em crescimento individual e coletivo.

Sobre esta dificuldade, reafirmamos que Rosen (1994) narrou a pouca eficácia da distribuição de panfletos como veículo de informações sobre saúde, desde tempos mais remotos. Especificamente com relação à **educação em saúde** como tema transversal trabalhado nas escolas, as experiências vêm mostrando que transmitir informações sobre o funcionamento do corpo e as características das doenças não é suficiente para que os alunos desenvolvam atitudes de vida saudável (BRASIL, 1997b).

Isso pode ser ilustrado com base nos dados do próprio Ministério da Saúde, os quais apontam que os altos índices de gravidez na adolescência foram causa de 15% das mortes, no ano de 1993, entre adolescentes de 10 a 19 anos; e que, em 1995, estes dados aumentaram para 25% (BRASIL, 1998).

De acordo com dados de um estudo desenvolvido por Carneiro (1997), o aumento no número de adolescentes grávidas e portadoras de DSTs, constatado pelo Ministério da Saúde, sugere que as campanhas preventivas não têm atingido seus objetivos porque os jovens não incorporam as medidas de prevenção ao seu repertório de comportamentos

Arruda (2001) destaca que as pesquisas vêm verificando que portadores do HIV positivo, mesmo quando atendidos por equipes multidisciplinares, recebendo a medicação necessária para o tratamento e sendo bem orientados quanto à forma de uso dos medicamentos, nem sempre os utilizam corretamente.

Estes dados nos fazem levar a atenção para o posicionamento de Bayés (1992) sobre ser a informação, na área de **educação em saúde**, uma condição necessária, porém não exclusiva, para a obtenção de mudança de comportamento. Esta visão se atrela à própria definição de **educação em saúde** elaborada por Montrone (2002), sobre a qual discorreremos, ao discutir as representações sociais construídas pelos **agentes comunitários de saúde**.

Alguns estudos embasados na Teoria das Representações Sociais podem continuar exemplificando quão complexas são as campanhas educativas. Carvalho (1998) constatou que as representações sociais da AIDS se articulam com outros pólos significantes. Assim, o preservativo é interpretado como uma invasão do espaço de prazer, de liberdade e de afirmação de si. Além disso, seu uso torna-se uma exigência que se contrapõe ao modelo de fidelidade, o qual incute uma confiança recíproca de valor cultural instituído como indispensável.

Hias e Camargo (2003) identificaram que, embora um grande número de jovens tenha informações sobre a AIDS, este conhecimento não se integra ao seu sistema de significados, impedindo condutas preventivas e de proteção nas suas

práticas cotidianas. Neste sentido, retomando Carvalho (1998, p. 91), “[...] um dado só se constitui em informação ao ser incorporado ao universo conceitual do sujeito, articulando-se aos sentidos preexistentes”. Dito de outro modo, parafraseando Jovchelovitch (1995, p. 78): “[...] não há possibilidade para a construção simbólica fora de uma rede de significados já construídos. É sobre e dentro dessa rede que se dão os trabalhos do sujeito de re-criar o que já está lá”.

De uma forma mais geral, quando Bursztyn e Tura (2003) analisam possíveis interfaces entre a avaliação em saúde e a Teoria das Representações Sociais, sintetizam estes posicionamentos:

[...] os programas de educação e saúde não podem se restringir a iniciativas visando informar a população sobre este ou aquele problema. Existe um trabalho educativo a ser feito, que extrapola o campo da informação, pois integra a consideração de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas (BURSZTYN; TURA, 2003, p. 85).

Concluimos, então, que a efetivação das práticas educativas em saúde é uma questão complexa. Ao nosso ver, é esta complexidade, assim como a necessidade de uma visão ampla do que é saúde, que conduz a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a orientar a estruturação das atividades de **educação em saúde** a serem desenvolvidas no âmbito do SUS, às quais visam integrar às ações de prevenção e de controle das doenças e dos agravos à saúde. A FUNASA conceitua a **educação em saúde** como

[...] um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico que no âmbito das práticas de atenção à saúde, deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde (BRASIL, 2003b, s/página).

Para o desenvolvimento das atividades de **educação em saúde**, ainda segundo a FUNASA, três pressupostos, os quais a inserem no contexto da promoção da saúde, são básicos:

A Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva;

“A prática educativa parte do princípio de respeitar o universo cultural das pessoas e as formas de organização da comunidade, considerando que todas as pessoas acumulam experiências, valores, crenças, conhecimentos e são detentoras de um potencial para se organizar e agir”;

Reafirma a educação como um processo baseado na participação das pessoas e na mobilização social, visando à mudança de determinada situação, rompendo com o paradigma da concepção estática de educação como transferência de conhecimento, habilidades e destreza (BRASIL, 2003b, s/página).

O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a), o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), contudo, ao analisarem e reinterpretarem as atribuições do agente comunitário de saúde, constantes na Portaria/GM 1886/97, com o fim de descrever o seu perfil de competências profissionais, utilizam a denominação educação popular em saúde. Esta se constituindo em uma de suas ações, conforme veremos mais adiante.

No âmbito do PACS e do PSF, todos são educadores em saúde. Situamos o agente comunitário de saúde como o educador da equipe que mais estabelece interações com os usuários do sistema. Não apenas pelo seu papel desempenhado no programa, como por ser ele um morador da mesma área daqueles que educa.

Ainda comentaremos mais sobre estes que são os agentes para os quais voltamos nosso olhar de pesquisadores. Interessa, porém, agora, destacar que eles são recursos humanos da própria comunidade.

A respeito do aproveitamento destes recursos humanos, Montrone (2002) avalia que o mesmo favorece a continuidade dos programas de saúde porque existe uma atuação dos participantes nas decisões e nas atividades, que contempla o contexto cultural e as necessidades da comunidade. Ainda porque, segundo ela, a participação de pessoas da comunidade possibilita uma propagação mais eficiente dos conhecimentos e provoca organização e responsabilidade para a valorização de práticas que melhoram a saúde. Referindo-se a autora especificamente aos programas de atenção à criança.

Apresentamos história e conceituações, mostramos quem são os educadores em saúde, na atualidade, contudo, exemplificando pouco quais práticas são de **educação em saúde** e sem afirmar qual o seu fim. Para não nos prolongarmos, criando mais pontos de discussão, podemos sintetizar que a **educação em saúde** visa à proteção e à promoção da saúde. Definir o que é promoção da saúde requer, no entanto, uma explanação ampla, pois a mesma envolve desde o oferecimento de condições e de instrumentos para uma ação integrada junto às diferentes dimensões da vida humana, como a política e a administração pública (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2003). Por isso, focalizamos o que mais se relaciona com a **educação em saúde**: a mobilização comunitária.

A promoção da saúde pode contribuir capacitando as comunidades, compartilhando saber técnico que, confrontado com o saber popular, possa criar condições para a tomada de consciência das situações de saúde das comunidades envolvidas e possibilitar a construção de estratégias de enfrentamento de seus problemas (BRASIL, 2003c, s/página).

A Diretoria de Programas de Educação em Saúde do Ministério da Saúde apresenta, na Conferência Nacional de Saúde On-line, dez áreas de trabalho relacionadas à **educação em saúde**, destacando a receptividade para novas perspectivas. As áreas identificadas são as seguintes: (a) Saúde na Escola; (b) Educação em Saúde para o Trabalhador; (c) Canal Futura – TV do Conhecimento; (d) Movimentos Comunitários; (e) Humanização do Atendimento; (f) DST/AIDS; (g) PACS e PSF; (h) Telemedicina; (i) Comunicação Social e (j) Grupo do IEC – Informação, Educação e Comunicação.

Cada uma destas áreas requer comentários, mas não enveredaremos por este caminho. Quando abordamos a saúde como tema transversal, trataremos da ‘educação para a saúde’ na escola. Destacamos aqui os programas PACS e PSF porque nos permitem contextualizar o ACS e, conseqüentemente, a perspectiva da **educação em saúde** com a qual eles trabalham.

Antes de expor sobre estes programas, porém, um outro foco que pode ser dado à **educação em saúde** parece-nos indispensável de ser discutido, uma vez que se trata de uma atual perspectiva de formação e de capacitação de recursos humanos em saúde da família: a **Educação Permanente em Saúde**, cuja relevância no âmbito do SUS culminou com a criação de Pólos de Educação em Saúde, em todo o Brasil. De acordo com Ricas (1994), o termo permanente foi difundido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) como referência à estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços.

## **CAPÍTULO 2**

### **O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Falar sobre o agente comunitário de saúde é despertar paixões (SILVA; RODRIGUES, 2000).

Fazer uma exposição dos programas de saúde que legitimam o agente comunitário de saúde permite-nos melhor contextualizá-lo como profissional, além de situar historicamente os referidos programas. Apresentamos, a seguir, como surgiram o PACS e o PSF, fazendo uma retrospectiva cujo corte se dá a partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a qual teve início na década de 80, com o envolvimento de profissionais da área de saúde e da universidade e foi, posteriormente, abarcado por centrais sindicais, movimentos populares de saúde e por alguns parlamentares.

Conforme explicam Vecina Neto; Cutait e Terra (1998), diversas propostas de implantação de uma rede de serviços direcionada para a atenção primária à saúde, visaram à hierarquização, descentralização e universalização. Em 1976, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Em 1980, surgiu outro programa, que, segundo os referidos autores, nunca se concretizou: o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), ao qual se seguiu, em 1982, o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Este conselho possibilitou a execução da política de Ações Integradas de Saúde (AIS), no ano de 1983.

A implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ocorrida em 1987, consolida as AIS, adotando, como diretrizes, a universalização e a equidade<sup>14</sup> no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento das instituições colegiadas gestoras, a implementação dos distritos sanitários e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

---

<sup>14</sup> “A equidade implica diminuir as diferenças desnecessárias, injustas ou evitáveis, nas condições de saúde ou no acesso aos serviços, de acordo com as necessidades de diferentes grupos populacionais” (MENDES, 1998, p. 57).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988, constituindo-se num relevante passo para a reforma sanitária no Brasil. Como estratégia para a reorientação do modelo de atenção básica em saúde, visando à melhoria do SUS e da qualidade de vida da população, o Ministério da Saúde instituiu, respectivamente em 1991 e 1994, o PACS e o PSF, os quais incorporam os agentes comunitários de saúde ao sistema.

Através da Portaria nº 1886/GM, o Ministério da Saúde reconheceu no PACS e no PSF importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

O PACS, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), representa um dos maiores avanços atuais na história da Saúde Pública no Brasil, uma vez que ele é inovador ao estimular a participação ativa de agentes sociais na efetivação das políticas públicas de saúde.

O PSF, por seu lado, surge como um eixo estruturante dos serviços de saúde, em nível da atenção primária à saúde (MENDES, 1998). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), o programa deve ser compreendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

Vecina Neto; Cutait e Terra (1998) avaliam que problemas relacionados a financiamento, clientelismo, mudança de padrão demográfico e epidemiológico da população brasileira, altos custos com a atenção básica, corporativismo dos profissionais de saúde, entre outros, têm sido obstáculos para avanços maiores e mais consistentes.

Traçar este percurso na presente exposição para poder enveredar na discussão que particularmente nos interessa - o agente comunitário de saúde e a **educação em saúde** -, mais do que contextualizar historicamente os programas aos quais este profissional se vincula, visa demonstrar a complexidade relacionada ao processo de reorientação da atenção básica em saúde. Também busca evidenciar os desafios e os empreendimentos necessários para a capacitação profissional. A ordenação e a formação de recursos humanos na área de saúde é uma atribuição do SUS, em seus três níveis de governo. Frigotto e Amâncio Filho (1996) afirmam se constituir em desafio formar e qualificar, sob um processo fundamentado numa visão crítica do contexto social e que não dissocie o domínio da técnica da participação e do agir político, a larga parcela da força de trabalho emergida do sistema ocupacional do SUS. Para eles, tradicionalmente, no Brasil, o sistema de ensino reproduz uma situação histórica de desigualdade e de exclusão, pois proporciona uma educação geral básica e superior para a classe dirigente, e uma educação reduzida, específica e limitada, para as classes subalternas.

No que concerne à capacitação dos recursos humanos no âmbito do SUS, mais especificamente do PACS e do PSF, posteriormente faremos algumas considerações, para assim subsidiar a discussão sobre a condição do agente comunitário de saúde como especialista do campo da saúde. Passamos, a seguir, a comentar sobre os programas que o instituíram e o legitimam como profissional.

## 2.1 O PACS E O PSF COMO ESTRATÉGIAS DE REORIENTAÇÃO DO SUS

Quando o Ministério da Saúde implantou os programas PACS e PSF como estratégia para reorientação da atenção básica em saúde, modificou uma orientação anterior. Conforme já referido, a reorientação do modelo assistencial se deu através do PACS, e posteriormente do PSF. O estímulo à adoção da estratégia de agentes comunitários de saúde pelos serviços municipais de saúde coube às Secretarias Estaduais de Saúde, como forma de contribuir para a reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1994).

No que concerne à estruturação das equipes do PACS, estas são compostas por um instrutor/supervisor, que geralmente é uma enfermeira, e agentes comunitários de saúde. O Ministério da Saúde (BRASIL, 1997c), através da Portaria nº 1886/GM, recomenda que uma Equipe de Saúde da Família (ESF) seja formada, minimamente, por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas). Porém, outros profissionais, como odontólogo, auxiliar de consultório odontológico, assistente social e psicólogo, poderão vir a integrar as equipes, a critério de cada município. Quanto ao acompanhamento e à supervisão do trabalho dos agentes comunitários de saúde, estes são feitos pelos enfermeiros (BRASIL, 1997c).

As ESF atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF), onde devem contar com equipamentos e instalações indispensáveis para garantir um bom atendimento à comunidade. Segundo o Ministério da Saúde, as ESF dispõem de meios e de profissionais capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde ali mesmo, na

USF, e realizam atendimento no próprio domicílio.

A valorização da família e da comunidade, assim como sua participação ativa na prevenção da doença e na promoção da saúde, é ponto comum aos dois programas. Botelho (2002) avalia que, atualmente, o eixo principal da saúde pública é o PSF. Segundo ela, todas as ações de saúde, até então tratadas de uma forma particularizada, podem ser trabalhadas com o PSF, como, por exemplo, as voltadas para a cobertura vacinal, a tuberculose, a hanseníase e as DST/AIDS.

Tecemos mais comentários relacionados ao PSF por ser este um programa em desenvolvimento, enquanto o PACS, embora represente um importante investimento na atenção básica, destacando-se como prioridade do Ministério da Saúde e do Governo Federal, é uma etapa transitória para o PSF (FONSECA, 2002).

O PSF é uma estratégia de reestruturação do modelo dominante, de forma a garantir o acesso aos serviços, e é baseado na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo com a comunidade. Seu objetivo é viabilizar a transformação da prática sanitária e criar mais condições para garantir a melhoria da qualidade de vida e de saúde. Para Silveira Filho (2002, p. 18),

A proposição do modelo de Saúde da Família deve constituir-se com a consolidação de uma prática que avance para o controle dos processos de saúde e doença de forma integral, que seja exercido sobre uma base populacional definida, que não seja excludente, que seja resolutivo, que busque o auto-cuidado [SIC] e que contribua para a construção de uma sociedade mais equânime.

O PSF inova porque descentraliza, controla e implementa ações, que ficam a cargo dos municípios, com fiscalização dos Conselhos de Saúde. Seu sucesso depende das experiências locais de implantação, ao qual se atrela tanto a gestão

municipal como o engajamento de profissionais e as interações sociais no interior das equipes. Por isso é um programa sujeito a avaliações negativas e positivas.

Assim como o PACS, o PSF demonstrou realizar experiências de focalização dentro de um sistema universalista (VIANA; DAL POZ, 1998). Ele está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do SUS. O princípio operacional do PSF, de descrição de clientela, proporciona o vínculo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a população, o que tem possibilitado o resgate da relação de compromisso e de coresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Esse vínculo tem se constituído como grande diferenciador em relação ao modelo tradicional de prestação de serviços de saúde (BRASIL, 2001b).

Não nos interessa aqui enveredar por uma avaliação dos programas, nem discutir a atuação de outros profissionais da equipe. Isto nos desviaria dos nossos objetivos. Porém, fica difícil falar sobre eles sem tecer comentários avaliativos. Além disso, tecer considerações sobre alguns aspectos possibilita-nos melhor analisar as representações dos outros sobre o agente comunitário de saúde.

Pimenta (2000) destaca que o PACS e o PSF produziram um consenso quanto a um projeto de mudança do modelo de saúde vigente que nenhum outro projeto, na história do SUS, conseguiu. No Encontro Nacional de Entidades Médicas, ENEM, Borba (2003, p.13, grifos nossos) afirmou que o PSF nasceu como alternativa para mudar o modelo assistencial brasileiro, contudo, nos moldes como funciona hoje, restringe-se apenas a fazer '**medicina de pobre para pobre**'. Avaliação que o Ministério de Saúde considera ser inadequada.

Borba (2003) aponta, entre as falhas do PSF, o vínculo empregatício precário, ou a ausência dele, baixa remuneração, freqüente atraso do pagamento dos salários

e excesso de trabalho. Comentaremos posteriormente sobre a remuneração e a precariedade do vínculo empregatício do ACS, particularmente por serem pauta de luta da Associação e do Sindicato dos ACS do município de João Pessoa e temáticas apontadas, algumas vezes até espontaneamente, nas entrevistas. Como uma apreciação precisa incluir tanto aspectos negativos, como positivos, passamos, então a apontá-los.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) avalia positivamente a atuação do agente comunitário de saúde com base em dados que indicam redução dos índices de mortalidade infantil e aumento das taxas de cobertura pré-natal, de vacinação e de vigilância à saúde dos seguintes segmentos: mães, crianças, adolescentes, adultos e idosos, em diversos municípios. Fracoli e Bertollozi (2003) avaliam que, na esfera familiar, o PSF propicia maior proximidade com as pessoas e seus modos de “andar na vida”, principalmente através das visitas e dos atendimentos domiciliares, elencadas como práticas importantes dos profissionais que atuam junto ao Programa. Podemos aqui destacar que esta proximidade é maior quando se trata do agente comunitário de saúde, pois se “[...] a cultura do enfermeiro e da família é diferente, bem como a sua inserção social a do agente comunitário de saúde não o é” (FRACOLLI; BERTOLLOZI, 2003, p. 7). E as estratégias que, segundo as referidas autoras, devem ser buscadas para a compreensão e a aproximação do significado da família acerca da sua qualidade de vida e de saúde, podem ser conseguidas, a nosso ver, através do agente comunitário de saúde.

De acordo com Zoboli; Martins e Fortes (2003), os seguintes princípios éticos devem ser observados, com atenção, nas atividades do PSF: privacidade, confidencialidade das informações, justiça, solidariedade e equidade. O dever de manter o segredo das informações constitui-se em obrigação ética dos profissionais

de saúde, técnicos e auxiliares, do corpo técnico-administrativo e dos agentes comunitários, e devem ser criadas condições para que se mantenham sob sigilo os dados relativos à intimidade do usuário e das famílias. Isto se aplica igualmente ao âmbito interno e próprio de cada família, pois um usuário pode não desejar que alguns fatos ou dados de sua privacidade sejam revelados a outros membros da família.

Os referidos autores defendem ser dever ético dos profissionais de saúde manter sigilo das informações confidenciais e que devem ser criadas condições para a preservação dos dados relativos à intimidade do usuário e das famílias. A confidencialidade também se aplica ao âmbito interno e próprio de cada família, pois um usuário pode desejar que fatos ou dados de sua privacidade não sejam revelados a outros membros da família.

De acordo com o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2003c), a Reforma Sanitária continua enfrentando muitas dificuldades para a sua concretização. A dificuldade de construir uma prática de promoção da saúde capaz de romper com o próprio modelo do conhecimento e de formação dos profissionais é um dos obstáculos. Deste modo, focalizar, numa pesquisa, o agente comunitário de saúde enquanto profissional que mais se aproxima da demanda do SUS, pode vir a contribuir com a obtenção de dados tanto para a sua capacitação como para a de outros profissionais do PSF.

Capacitar de forma contínua é um propósito da política de recursos humanos no âmbito do SUS. Ao nosso ver, é uma estratégia imprescindível para que a qualificação dos trabalhadores da saúde possa ocorrer de modo efetivo. Diante da relevância dada à educação destes profissionais, dedicamos um item a esta temática. Acrescentamos que, diante da proximidade do tema com a **educação em**

**saúde**, no sentido de prática que visa capacitar não trabalhadores de saúde, mas indivíduos e grupos de um modo em geral, dedicar um tópico referente à educação permanente em saúde é importante. Antecipamos, aqui, que a representação social que os agentes comunitários de saúde constroem acerca da **educação em saúde** tem vários sentidos, inclusive o de capacitação profissional.

## 2.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO INTERIOR DO PACS E DO PSF

As Normas e Diretrizes do PACS (BRASIL, 1994) garantiram a capacitação e o processo de educação permanente aos enfermeiros/instrutores supervisores dos agentes comunitários de saúde, como responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Quanto à capacitação do agente comunitário de saúde,

[...] deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde [...] O ACS deve ser capacitado para prestar assistência a todos os membros das famílias acompanhadas, de acordo com as suas atribuições e competências [...] O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território de trabalho (BRASIL, 1994).

A partir da criação do PSF, para a implantação da Política de Educação Permanente é constituído o Pólo de Educação Permanente em Saúde. Pormenorizá-la parece-nos indispensável, pois nos fornece dados para o debate que vimos

fazendo sobre serem ou não os agentes comunitários de saúde especialistas do campo da saúde.

A educação permanente das equipes de saúde e dos agentes sociais da saúde objetiva humanizar e qualificar a atenção básica em saúde. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003c), na 12ª Conferência Nacional de Saúde, detalha a articulação interinstitucional necessária para que os pólos de educação trabalhem fortalecendo seus compromissos com o SUS: articulação entre gestor estadual, gestores municipais do SUS, universidades e instituições de ensino, escolas técnicas, centros formadores, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, hospitais universitários, entidades profissionais, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, movimento estudantil e movimentos sociais que trabalham com saúde.

O treinamento introdutório é um dos pilares da capacitação das ESF (BRASIL, 2001c). Neste, são trabalhados os seguintes conteúdos: (a) princípios e diretrizes do SUS; (b) bases da atenção primária<sup>15</sup> em saúde; (c) desenvolvimento de trabalho em equipe; (d) diagnóstico da saúde da população adscrita; (e) processo de territorialização e (f) técnicas de mobilização social.

As atividades desenvolvidas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde incluem, entre outros, os seguintes cursos: (a) Instrutores/supervisores do PACS e de agentes comunitários de saúde; (b) Temáticas da atenção básica em saúde trabalhadas no PACS e no PSF (DST/HIV e AIDS, hanseníase, tuberculose, diabetes, hipertensão arterial, nutrição, saúde bucal etc); (c) Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI); (d) Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); (e) Abordagem integral por ciclos da vida: criança, adolescente,

---

<sup>15</sup> A atenção básica em saúde se refere a um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2001).

adulto, idoso, mulher; (f) Mostras de produção em saúde da família, estágios e seminários em cursos de graduação, cursos de pós-graduação *latu senso* (Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família).

Sobre a situação do PACS e do PSF, mais especificamente no município de João Pessoa, uma contextualização será por nós apresentada. Nossa explanação, porém, gira, principalmente, em torno deste último, devido ao fato dele vir absorvendo o PACS.

A Gerência Nacional do PSF ofereceu aos estados e municípios normas e diretrizes que orientaram e garantiram uniformidade na implantação e/ou implementação do programa. Com isso, possibilitou uma maior organização dos serviços municipais de saúde; uma ligação efetiva entre a comunidade e as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) – unidades prestadoras de serviços públicos – a participação da comunidade no planejamento, na programação local e nas articulações interinstitucionais; a interiorização dos profissionais de nível superior e a integração de todas as ações (BRASIL, 1994).

### **2.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM PROFISSIONAL DO ÂMBITO DO PACS E DO PSF**

O número de atividades especializadas, denominadas de profissões, segundo Elias (1994), tem se elevado ao longo dos milênios. A princípio, lentamente, atualmente em ritmo mais acelerado. Segundo ele, muitas sociedades possuem centenas de ocupações especializadas, em relação às quais o indivíduo tem certa margem de escolha, dependendo de sua origem social, sua escolarização e seu

talento. Avalia Elias (1994, p. 115) que “[...] entre os médicos, há especialistas em ouvidos e olhos, crianças e mulheres, psiquiatras e especialistas em doenças internas e o número destes, como o das profissões auxiliares, aumenta constantemente”.

No campo da saúde, uma das profissões que surgiu, recentemente, no Brasil, foi a do agente comunitário de saúde. Sem a margem de escolha a qual se refere Elias (1994), pois se trata de uma profissão sem especializações, este profissional carrega consigo uma característica voltada para o ser-das-comunidades de baixa renda, além de ter um papel peculiar, por ser exclusivo do âmbito do SUS.

Fazemos aqui uma exposição sobre o agente comunitário de saúde, segundo o Ministério da Saúde, o que requer que situemos o período sobre o qual nos reportamos. Trata-se de um profissional cujo exercício se dá exclusivamente no interior do PACS e do PSF, sob a supervisão do gestor local em saúde, e, desde o seu surgimento como recurso humano emergido no SUS, quando não era legitimada a sua profissão, até o presente, seu perfil sofreu alterações. Isto significa que mesmo a identidade institucionalizada é dinâmica. Como é um profissional criado recentemente, esta dinamicidade reflete o próprio movimento do SUS, do PACS e do PSF, principalmente as mudanças relacionadas à experiência acumulada nestes programas.

Compreendemos, desta forma, que, institucionalmente, a identidade de agente comunitário de saúde vem sendo construída desde a criação da sua profissão. Mudanças podem ser constatadas através de uma prescrição relativa à sua escolaridade. Anteriormente requerido do ACS apenas saber ler e escrever, atualmente, o ensino fundamental completo torna-se uma exigência. Ou seja, o Ministério da Saúde passa a representar haver necessidade de maior escolarização

para que os agentes comunitários de saúde desempenhem suas funções nos programas. Acreditamos que não exclusivamente em decorrência da sua prática profissional e do que dele é esperado, como devido às práticas e às representações de outros profissionais da equipe.

A versão preliminar do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2003a), para a qual foi feita uma consulta pública, traduziu o próprio movimento identitário do agente comunitário de saúde sob a perspectiva das instâncias oficiais, pois envolveu a análise e a re-interpretação das suas atribuições constantes na Portaria/GM 1886, as quais culminaram na identificação de eixos que estruturam seu trabalho e deram origem às suas competências. Sobre as mesmas retomaremos comentários, posteriormente, visto se relacionarem com habilidades e conhecimentos.

Através da documentação oficial, podemos caracterizar o agente comunitário de saúde e detalhar mais sobre as prescrições para que se possa fazer parte deste grupo social.

Segundo o Ministério da Saúde:

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual a de seus vizinhos, mas que está preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde, e também da saúde da comunidade. Ele age em sintonia com a unidade de saúde mais próxima [...] identifica problemas, orienta, encaminha, e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, a promoção, a recuperação/reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade (BRASIL, 2000, s/página).

O agente comunitário de saúde é institucionalmente visto como uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual à de seus vizinhos. Como decorrência desta visão, existe uma prescrição que ele seja morador da comunidade, uma descrição

sobre seu papel profissional e uma avaliação referente à sua qualificação para desempenhá-lo. Co-existe, outrossim, uma visão sobre o ser igual e o ser diferente dos outros membros de sua vizinhança.

O ACS reside na própria comunidade em que trabalha e, por causa disso, torna-se fácil o seu acesso às famílias da vizinhança e a rápida identificação de seus problemas. Apesar do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994, 1997c) exigir que o agente comunitário de saúde resida na micro-área de atuação, por considerar ser este um requisito que possibilita a identificação sócio-cultural dos agentes comunitários de saúde com a comunidade, e, no ano de 2003, o discurso de um representante do Ministério da Saúde de um novo Governo Federal reafirmar a importância desta prescrição, existe um debate relacionado a esta obrigatoriedade. Esta polêmica requer um debate, é visível no discurso dos diversos profissionais do PACS e do PSF. Na 12ª CNS, na discussão relativa à realização de concurso público para os agentes comunitários de saúde em nível nacional, a exigência de morar na micro-área há pelo menos dois anos é flexibilizada, exigindo-se a moradia no local, para poder ser o agente comunitário contratado (CAVALCANTI, 2004).

Quando mencionamos o concurso público, enunciamos outra polêmica, relativa à forma de contratação do agente comunitário de saúde. A mesma está presente nas falas dos atores sociais e nas pautas do Movimento Associativo dos agentes comunitários de saúde, conforme podemos ver mais adiante. É temática de documentos oficiais, como por exemplo, o apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) sobre a modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde, através das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OCIP). Envolve, além disso, uma discussão de parlamentares, como exemplifica a Proposta de Emenda Constitucional, a PEC 07/2003, apresentada pelo deputado Maurício

Rands, do estado de Pernambuco, sugerindo que o ingresso na carreira pública e no emprego público tenha uma exceção, para permitir que o órgão público possa contratar, em caráter excepcional, o agente comunitário de saúde, a partir de um processo seletivo simplificado.

Tais polêmicas refletem a condição ‘ímpar’ do ser agente comunitário de saúde. Pois na própria definição do Ministério da Saúde que apresentamos, ele “é uma pessoa da própria comunidade [...], mas que está preparado para orientar” (BRASIL, 2000). De acordo com um representante do Ministério da Saúde, no caso específico do agente comunitário de saúde, o concurso público para emprego público universaliza, porque todos podem fazê-lo, havendo, desta forma, um choque, principalmente com dois pré-requisitos essenciais para a profissão: morar na comunidade e ter liderança.

[...] o grande dilema que encaminhou esse tempo todo é: como compatibilizar os pré-requisitos essenciais da categoria profissional dos ACS, que são: a liderança, o espírito de solidariedade; enfim, o conhecimento da comunidade, morar na comunidade, etc, com os princípios que norteiam o concurso público [...] Porque quando remete ao concurso público, a Constituição diz que é preciso da intencionalidade, da universalidade, e aí se choca com os pré-requisitos essenciais. [...] Então, para o programa, os agentes comunitários [...] ele é uma coisa assim, que está inerente... É como a personalidade nossa, ela nasceu com o programa [...] Porque se não fosse isso, não precisava ter agente comunitário de saúde. O auxiliar fazia, o técnico fazia [...] (INFORMAÇÃO VERBAL)<sup>16</sup>.

É provável que, por ocasião da leitura deste trabalho, novidades relacionadas a esta temática existam, pois as discussões são contínuas. Uma mudança relacionada ao pré-requisito de morar na micro-área de atuação há no mínimo dois anos é

<sup>16</sup> Informação fornecida por um representante do Ministério da Saúde, por ocasião de uma assembléia extraordinária do SINDACS-PB, realizada em 23 de maio de 2003.

alterado para 'simplesmente' residir na área, o que entendemos ser uma flexibilização que deverá ser apropriada à universalização do concurso. Porque assim, a exigência será que o profissional passe a residir na micro-área.

Uma vez que para os atuais agentes comunitários de saúde não havia esta flexibilização, parece-nos apropriado propor uma futura análise (voltada para os agentes que passaram a residir na área após serem contratados) acerca do que nós mesmos apontamos sobre as relações estabelecidas entre este profissional e a comunidade. Embora continuemos avaliando que por desenvolverem seu trabalho junto aos seus vizinhos, é possível aceitarmos que existe uma relação com os usuários da saúde mais fácil, além de haver peculiaridades neste relacionamento. É que o agente comunitário de saúde vivencia uma experiência única: é um cuidador e um educador que parece não estabelecer relação de hierarquia (BRITO; DOMINGOS SOBRINHO, 2001). Se vier a estabelecê-la, a mesma deve se diferenciar da relação instituída entre médicos e usuários da saúde.

A respeito da peculiaridade do trabalho do ACS, o Ministério da Saúde, ao discorrer sobre a natureza da sua função, o descreve como "um profissional *sui generis*" (BRASIL, 2002, p. 9), posto que ele é procedente da comunidade, devendo exercer liderança entre seus pares, distinguindo-se assim do servidor público clássico. Residir na comunidade e ter conhecimento da realidade social da mesma, somados à liderança e à solidariedade são, para o MS, aspectos fundamentais, que se sobrepõem ao conhecimento técnico que pode ser obtido, via capacitação, através do Poder Público.

Ainda, de acordo com o DEGES; SGTES, existe uma singularidade profissional do agente comunitário de saúde, por ser ele um trabalhador de interface intersetorial no campo da saúde e da ação social. Inclusive, é a partir destas singularidades e

das especificidades do seu trabalho que estes órgãos propõem a já mencionada versão preliminar do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2003a). Porém, antes de comentar tais competências, tema que surge a partir da necessidade de promover a qualificação profissional por meio de um processo sistemático de formação, conforme exigência da lei, e que remete à exposição de habilidade e conhecimentos, apresentamos as atribuições dos agentes comunitários de saúde segundo documentos anteriores.

Descrever as suas atribuições, as quais se constituem numa faceta da sua identidade, se faz necessário, pois, como aponta Lane (2000), a identidade, juntamente com a consciência, a atividade, e a afetividade são categorias inter-relacionadas, umas determinando as outras, através da mediação do pensamento e da linguagem, e, conseqüentemente, influenciadas pela ideologia produzida pelas instituições e pelo trabalho produtivo organizado. Embora articuladas, podemos focalizar uma ou outra destas categorias. No presente estudo, como o próprio título sugere, nosso olhar está voltado para a identidade. O que não significa deixar de tecer comentários sobre as demais categorias. Ao longo do texto nós o fazemos, pois sua inter-relação assim nos impõe, porque: “A identidade é essa capacidade metamorfósica de se apropriar do mundo, de se constituir sujeito, de transformar o mundo e de se transformar nele [...] possível porque existe a mediação social da linguagem, da atividade, da presença do outro [...]” (BRANDÃO, I., 1999, p. 117).

A descrição das atividades desenvolvidas pelo ACS, juntamente com a avaliação feita pelo Ministério da Saúde, revela a representação que se faz da sua identidade oficialmente construída. Ao delinear quem é o agente comunitário de saúde, pautados na documentação oficial, estamos nos reportando à sua “identidade legitimadora”, conforme a denomina e caracteriza Castells (2000): introduzida pelas

instituições dominantes da sociedade, no intuito de expandir e racionalizar sua dominação. Passemos então a descrevê-lo.

Os agentes comunitários de saúde atendem aos moradores, nos seus respectivos domicílios, no que diz respeito às questões relacionadas com a saúde, seja orientando, sugerindo, apoiando, controlando e acompanhando a realização dos procedimentos necessários, seja buscando encontrar alternativas para enfrentar situações problemáticas juntamente com a comunidade (BRASIL, 2001c). São atribuições do ACS: (a) cadastro das famílias da sua micro-área de atuação; (b) visitas domiciliares; (c) identificação das micro-áreas de risco; (d) execução, dentro do seu nível de competência, de ações e atividades básicas de saúde e ações para a sua promoção, e para a prevenção da doença; (e) incentivo ao aleitamento materno; (f) estímulo à organização comunitária; (g) orientação sobre a utilização adequada dos serviços de saúde e sobre alternativas alimentares, assim como promoção de ações de saneamento e melhoria do meio ambiente; (i) e promoção de educação em saúde (BRASIL, 1994).

O ACS também recolhe informações detalhadas acerca da realidade de cada domicílio, acompanhando, assim, as modificações que ocorrem nos dados seus dados cadastrais, mantendo, com isso, atualizado o sistema de informações. Dessa forma, ele fica sabendo onde há pessoas que necessitam de maior atenção: crianças, gestantes, desnutridos, puérperas, idosos, ou portadores de problemas de saúde como hipertensão, diabetes e outros. Além disso, identifica as condições de habitação: serviços de água, de esgoto e de coleta de lixo; e qual a situação de trabalho e de renda dos moradores.

Uma descrição baseada em documento mais atual é assim feita:

Os ACS atuam no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco em saúde, participando da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, estendendo as responsabilidades das equipes locais de saúde, colocando em ação conhecimentos sobre a prevenção e solução de problemas de saúde, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais (BRASIL, 2003a, p. 13).

Apresentadas as atribuições do ACS, comentamos serem as seguintes, num total de cinco, as suas competências, conforme descrição do seu perfil profissional:

**Desenvolver ações que facilitem a integração entre as equipes de saúde e as populações adscritas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades. [...]**  
**Participar do desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação,** em equipe, das ações de saúde no âmbito de adscrição da respectiva UBS. [...] **Desenvolver ações de promoção da saúde** por meio de atividades educativas, do estímulo à participação social e do trabalho intersetorial, visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde. [...] **Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário** para a população, conforme plano de ação das equipes de saúde. [...] **Desenvolver ações de prevenção e monitoramento,** definidas no plano de ação das equipes de saúde, dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes conforme protocolos de saúde pública. [...] (BRASIL, 2003a, p. 15-24, grifos nossos).

A tais competências estão relacionadas habilidades e conhecimentos necessários. A título de exemplo, a competência **desenvolver ações de promoção da saúde** requer, entre outras, as seguintes **habilidades**: "Propiciar a reflexão acerca dos problemas de saúde junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades de acordo com as características sócio-culturais locais; Identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida [...]; Utilizar recursos de informação e

comunicação adequados à realidade local; Utilizar meios que propiciem a mobilização e o envolvimento da população no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde; Orientar a família e ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social; Apoiar as políticas de alfabetização [...]” (BRASIL, 2003a, s/página). E exige **conhecimentos**, tais como: Processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida e seus determinantes e condicionantes; Promoção da saúde; Conceitos de qualidade e condições de vida; Conceitos de informação, educação e comunicação; Formas de aprender e ensinar em educação popular; Cidadania; Participação e mobilização social; Conceitos operados na sociedade civil contemporânea; Lideranças; Cultura popular; Pessoas portadoras de necessidades especiais; Princípios organizacionais e responsabilidades dos níveis de gestão federal, estadual e municipal do SUS (BRASIL, 2003a).

Enumeramo-los porque eles nos dão subsídios para inferirmos ser o agente comunitário de saúde um especialista do campo da saúde. Inferimos, ao invés de afirmarmos, posto que o recorte para a atuação do ACS, apresentado neste documento, está, segundo o DEGES e o SGTES (BRASIL, 2003a), sujeito à validação, embora sua elaboração tenha envolvido a análise e a re-interpretação das atribuições do ACS constantes na Portaria/GM 1886. Pensamos ser esta uma discussão concluída, posto que nos afasta dos nossos objetivos.

Expomos o instituído oficialmente acerca do agente comunitário de saúde, ou, como já afirmamos, sobre uma de suas facetas identitárias. A seguir, fazemos breves comentários concernentes ao PACS e o PSF no município de João Pessoa, para no capítulo três debater especificamente sobre a identidade do agente

comunitário de saúde, apreendendo os elementos do seu sistema de referências identitárias, conforme nos propusemos.

No que concerne à implantação do PACS, a mesma se deu no ano de 1994, com a composição de 12 equipes, nas quais se distribuíam 72 agentes comunitários de saúde. Ao passo que o PSF foi implantado em 1997, com sete equipes, cuja composição de profissionais era a mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde.

De acordo com uma avaliação feita por França; Araújo e Carvalho, no ano de 2000, no estado da Paraíba, o PACS e o PSF seriam estratégias para a promoção da saúde, em expansão. Porém, no município de João Pessoa, extinguiram-se equipes do PACS, enquanto ampliaram-se as do PSF. Pois se em janeiro de 2000 eram sete as equipes do PSF, este número tinha subido para 39 em novembro de 2001, e para 52, em julho de 2003. A expectativa era que fossem totalizadas 126 equipes até dezembro de 2003. O que de fato se concretizou. Uma melhor (mais atualizada) contextualização dos ACSs é feita no capítulo seguinte, quando traçamos nosso percurso metodológico. Fazemos, por ora, um parêntese para situar o setor saúde no âmbito da esfera municipal, uma vez que é a esta estrutura que as Equipes de Saúde da Família (ESF) se articulam. O município de João Pessoa está organizado em cinco Distritos Sanitários. Os distritos conglomeram as USF, nas quais se inserem as ESF. Cada USF abriga uma ESF, podendo, embora raramente, acolher duas equipes. Neste sentido, Santana e Carmagnani (2001) afirmam que a USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade. A caracterização que descrevemos a seguir era a vigente em dezembro de 2002.

DISTRITO SANITÁRIO	Nº de USF	Nº de ESF
Distrito I – Cruz das Armas	13	13
Distrito II – Cristo	14	16
Distrito III – Mangabeira	13	13
Distrito IV – Bairro dos Estados	15	18
Distrito V – Jardim Luna	6	7

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA [2002?]

**Figura 1:** Distribuição das Unidades de Saúde da Família e das Equipes Saúde da Família do município de João Pessoa, por Distrito Sanitário.

Foi esta estrutura que subsidiou nossa metodologia, no que se refere à seleção dos participantes da pesquisa. Detalhamos esse processo no capítulo seguinte.

## CAPÍTULO 3

### **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA IDENTIDADE EM CONSTRUÇÃO**

Como, de fato, não experimentar um sentimento de inquietação no momento de tornar *públicas conversas privadas*, confidências recolhidas numa relação de confiança que só se pode estabelecer na relação entre duas pessoas? [...] jamais houve um contrato tão carregado de exigências tácitas como um contrato de confiança (BOURDIEU, 1999).

Por ser um novo personagem no Sistema Único de Saúde e por se tratar de uma profissão reconhecida<sup>17</sup> recentemente, o agente comunitário de saúde é um profissional a respeito do qual a literatura ainda é restrita, conforme já ressaltamos. Isto, porém, não significa deduzir haver inexistência de uma identidade social. Já afirmamos ter como objetivo geral, apreender e analisar a representação social construída por agentes comunitários de saúde sobre a **educação em saúde** e sua relação com o seu sistema de identificação coletiva. Buscamos neste capítulo, especificamente, identificar e analisar os elementos que compõem o sistema de referências identitárias do agente comunitário de saúde, bem como determinar como este profissional é percebido, pelos demais membros das equipes do PSF, pela comunidade e pelo Ministério da Saúde.

Para a consecução destes objetivos, levamos em conta que em termos operacionais,

[...] a pesquisa da representação social é uma relação entre quatro conjuntos de variáveis. Ao caracterizar um “objeto” [...] nós analisamos a estrutura do conteúdo, associamos esses tópicos aos seus usuários, construímos hipóteses sobre suas funções, e para fazer tudo isso nós empregamos certos métodos de investigação (BAUER, 1995, p. 242).

---

<sup>17</sup> Embora a Portaria 1886 tenha estabelecido o rol de atividades do agente comunitário de saúde, a profissão foi reconhecida pela Lei 10507 de 10 de julho de 2002. Com base no histórico elaborado por Spink (2003) acerca da legislação brasileira sobre a regulamentação do exercício profissional das profissões da área de saúde, encontramos apoio para justificar o quão recente é a profissão do ACS. Não exclusivamente devido ao ano em que este surgiu no cenário do SUS, mas também em comparação com outras profissões da área. Por exemplo, em 1931 houve a regulamentação do farmacêutico e do exercício da odontologia. Em 1932, o Decreto n. 20.931 regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira. Em 1949, é aprovado o regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem. Em 1955, a Lei n.2604 regula o exercício da enfermagem. Em 1957, 1962 e 1979, são reguladas, respectivamente, as profissões de assistente social, de psicólogo e de biólogo.

Para definir o percurso metodológico do presente estudo, além do embasamento requerido por nossa opção teórica, pautamo-nos nos seguintes aspectos:

(1) A articulação da Teoria das Representações Sociais com a Praxiologia de Bourdieu requer uma metodologia plural, com combinação de métodos quantitativos e estatísticos, e de métodos qualitativos e etnográficos;

(2) A natureza do processo identitário exige a convergência dos instrumentos analíticos das ciências sociais (ANDRADE, 1999);

(3) Para o estudo dos fenômenos sujeitos à historicidade, o uso de diferentes instrumentos de coleta de dados é indispensável (fidedignidade) e as técnicas podem ser complementares ou contrastadas;

(4) Quando a pesquisa é fundamentada na Teoria das Representações Sociais, não há, segundo Farr (1993), privilégio de nenhum método em especial. E a tarefa do pesquisador é, conforme defende Moscovici (1995), discernir qual dos métodos pode ser mantido com responsabilidade, sem fetichizar especificamente nenhum deles;

(5) O alerta feito por Sá (1998) acerca da escolha de métodos, pois segundo ele, alguns pesquisadores não percebem a relação de interdependência que as fases de coleta e a análise de dados de uma pesquisa guardam entre si. Dessa forma, tais pesquisadores podem ficar com uma quantidade extremamente rica de dados que acabam, entretanto, gerando resultados apenas impressionistas e bastante fracos do ponto de vista analítico. Ou, ao contrário, podem confiar excessivamente no poder de análise dos instrumentos estatísticos e descuidar de um melhor planejamento da coleta dos dados, tendo como consequência resultados sofisticados a respeito do que não se define muito bem o quê é.

### 3.1 POPULAÇÃO E CAMPO DE OBSERVAÇÃO

Livrai-nos dos cães de guarda  
metodológicos (BOURDIEU).

Conforme já demonstramos, o campo da saúde é o espaço sobre o qual investimos nosso olhar como pesquisadores. Focalizamos especificamente o PACS e o PSF do município de João Pessoa. No primeiro, transitam agentes comunitários de saúde e enfermeiras. O segundo é um espaço no qual circulam, além destes profissionais, auxiliares de enfermagem, médicos, odontólogos e auxiliares de gabinete odontológico. Apresentamos esta ordem de enumeração dos profissionais propositalmente. Ela traduz, ao nosso ver, a relação de maior proximidade com o ACS via atribuições de cada um destes profissionais. Relações que se alteram, dependendo das características de algumas equipes e de sua clientela. Contudo, embora nosso estudo se inscreva no campo da saúde, de acordo com o já comentado anteriormente, ele se articula com o campo da educação.

Falar sobre a população do presente estudo implica, além de contextualizar o PACS/PSF do município de João Pessoa, conforme o fizemos no capítulo anterior, apontar números. Ou, mais especificamente, indicar quantos eram os ACSs, na época da coleta de dados: 197. Deste número, 161 estavam distribuídos nas 52 equipes do PSF e 36 eram vinculados ao PACS (informação verbal)<sup>18</sup>. Destacamos

---

<sup>18</sup> Informações prestadas pela Coordenação do PACS/PSF, por ocasião de um dos contatos feitos na Secretaria Municipal de Saúde.

estas informações porque foi com base nelas que traçamos nosso percurso metodológico, levando em consideração que estes profissionais estão distribuídos em cinco Distritos Sanitários. Situamos estes números no tempo porque, enquanto desenvolvíamos a pesquisa, acompanhamos uma ampliação do PSF que resultou na totalização de 660 ACSs atuando no município, no início de 2004, ao término da coleta de dados. Com os recém-contratados, apenas tivemos breves interações que ocorreram casualmente. Porém, em duas das observações sistemáticas, pudemos observar o grupo depois de sua ampliação.

Para compreender qual a hetero-representação social do agente comunitário de saúde, ou seja, qual a identidade a ele atribuída pelos outros, não pudemos nos eximir de coletar dados junto aos demais profissionais das equipes do PACS e do PSF. Também junto à direção de um dos Distritos Sanitários e a profissionais das coordenações dos programas. Quanto à identidade que lhe é instituída pelo Ministério da Saúde, analisamos documentos e discursos oficiais. Entre os documentos, os manuais de implantação e relatórios de avaliação dos programas, as portarias que os instituíram e a portaria que reconheceu a profissão do agente comunitário de saúde. Os discursos: um de um representante da Secretaria de Saúde do Município e outro de um representante do Ministério da Saúde.

Como campo de observação, temos: (1) as micro-áreas de atuação dos agentes comunitários de saúde, (2) as Unidades de Saúde da Família, (3) a Associação dos Agentes Comunitários de Saúde (AACCS-JP) e (4) o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado da Paraíba (SINDACS-PB).

Não delimitamos, a priori, o número de participantes do estudo, nem compusemos uma amostra representativa da população. Nossa opção teórico-metodológica, entretanto, nos fez planejar um número de sujeitos que, após a

análise das evocações, permitisse identificar a configuração estrutural da representação social de **agente comunitário de saúde** e de **educação em saúde**. Tivemos, ainda, o cuidado de trabalhar com profissionais dos distintos Distritos Sanitários e de abranger uma maior diversidade de Unidades de Saúde da Família, além de ACSs e da instrutora/supervisora do PACS. Optamos por não coletar dados junto a agentes comunitários de saúde recém-contratados. Com base nestes critérios, da seguinte forma se distribuem os participantes da pesquisa:

(a) 119<sup>19</sup> agentes comunitários de saúde de ambos os sexos, dos quais 82% do PSF e 18% do PACS. A grande maioria de profissionais do PSF decorre da amplitude do mesmo em detrimento do PACS. Nestes termos, trabalhamos com 55,5% do total de profissionais do PACS e com 61,5% do PSF.

(b) a enfermeira do PACS

(c) 63 profissionais da ESF e da coordenação PACS/PSF, de ambos os sexos, assim distribuídos: 16 enfermeiras, 16 auxiliares de enfermagem, 12 médicos, nove odontólogos, seis auxiliares de gabinete odontológico, quatro coordenadores, um psicólogo<sup>20</sup> e uma recepcionista<sup>21</sup>.

Devemos, no entanto ressaltar que essa delimitação numérica refere-se especificamente aos respondentes dos instrumentos. Na prática, o número de participantes foi maior, uma vez que, em decorrência das observações, a pesquisa envolveu outros agentes comunitários de saúde, inclusive de outros municípios, sobre os quais também são comuns os registros no Diário de Campo. Contamos

---

<sup>19</sup> O leitor poderá questionar porque este número, e não 120, que inclusive correspondeu ao total de respondentes. Ocorreu que uma das ACSs, após o processo de coleta de dados, desistiu de participar da pesquisa.

<sup>20</sup> Apenas uma equipe contava com um profissional de Psicologia trabalhando à sua disposição, sem, no entanto ser um membro efetivo da equipe.

<sup>21</sup> Funcionária municipal em processo de reabilitação profissional, à disposição de uma das ESF.

também com dados de agentes comunitários de saúde e enfermeiras que foram acompanhados em visitas domiciliares e/ou nas USF.

Alguns dos agentes comunitários de saúde observados nestas situações, além de outros cujas interações se deram exclusivamente na sede da AACCS-JP/SINDACS-PB, entre os quais alguns recém-contratados, participaram do teste de refutação, de acordo com a descrição que fazemos posteriormente.

### **3.2 ENTRADA NO CAMPO**

Atentos para as considerações tecidas por Cruz Neto (2000) acerca da necessidade de cuidados para evitar obstáculos que possam dificultar ou inviabilizar o trabalho de campo, planejamos a entrada no mesmo através da aproximação com os agentes comunitários de saúde, via Coordenação Local do PACS e do PSF. Esta etapa, porém, foi precedida de uma leitura cuidadosa da documentação sobre o PSF/PACS, para que pudéssemos estar equipados com materiais adequados para compreender e dar sentido aos dados coletados, conforme recomendam Jovchelovitch e Bauer (2002).

De fato, existiram duas etapas relacionadas à entrada no campo. Na primeira, contatos realizados com profissionais da Coordenação Municipal do PACS, bem como com instrutoras/supervisoras e com lideranças da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde, proporcionaram informações acerca do programa. Estamos falando de uma época anterior à implantação do PSF no município.

Na segunda etapa, que se fez necessária tanto devido ao surgimento do PSF

como porque atentamos para a exigência de submeter o projeto da pesquisa à apreciação do Conselho de Ética, que exigiu encaminhamentos que requereram a apresentação da proposta do estudo junto à Secretaria da Ação e Promoção Social, obtivemos informações sobre o novo programa e fomos encaminhados para os distritos sanitários. Nos distritos e nas ESF, a exposição do projeto da pesquisa propiciou uma oportunidade de esclarecimentos. Nesta etapa, tanto expusemos questões relacionadas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no APÊNDICE A, cujo uso visa atender às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1997d), como discutimos as estratégias para a aplicação dos instrumentos.

Embora não se constituindo numa outra fase, a aproximação com os agentes comunitários de saúde, e com a clientela por eles atendida, teve um caráter peculiar. Referimo-nos à entrada no campo propriamente dita, cujo início se deu em 2001, com a primeira visita a uma equipe do PACS.

Salientamos ter esta etapa se constituído num desafio marcado por dificuldades e por situações que propiciaram aprendizagem aos pesquisadores. Notoriamente, o saber a respeito de quando apenas ter que ouvir e quando precisar falar. A pesquisadora era o diferente, o que causava curiosidade, ou até mesmo receio da parte daqueles – referimo-nos às pessoas das áreas nas quais acompanhamos as visitas domiciliares e/ou participamos da palestras educativas – com os quais os contatos eram mais breves.

A discussão acerca da relação pesquisador-pesquisado merece destaque porque nos fornece subsídios complementares para a compreensão da identidade do agente comunitário de saúde. A inserção no campo foi permeada pela “testagem”

da pesquisadora e pelo enfrentamento de dificuldades que podem, sinteticamente, assim ser descritas:

(1) Visitas domiciliares em áreas de risco e a famílias com problemática mais séria em relação a outras famílias;

(2) Questionamentos sobre o estar com medo de circular por certas áreas;

(3) Comparação da pesquisadora com os membros da equipe que não conseguiram ultrapassar certos limites físicos das micro-áreas;

(4) Questionamentos dos agentes comunitários de saúde das áreas não visitadas sobre como a pesquisadora conseguiu acompanhar as visitas domiciliares. O que foi visto e não pode ser dito. O que não deve ser dito. A confiança dos que participaram da pesquisa. A obtenção de autorização para ir a certas áreas;

(5) A referência à pesquisadora como colega, como professora da universidade (“De quais universidades mesmo?”), como pesquisadora etc. Os convites para participar das mesas redondas. As surpresas na hora da mesa redonda: O estar nela, juntamente com o Secretário Municipal de Saúde, com membros da Central Única de Trabalhadores (CUT), com políticos, com os presidentes de Associações de outros municípios. Os questionamentos sobre existir medo de falar na tribuna;

(6) As referências de líderes comunitários que foram feitas a si mesmos como doutores em comunidade;

(7) Enfim, os pedidos de explicações referentes aos objetivos da pesquisa e à expectativa sobre a possibilidade da pesquisadora dar-lhes visibilidade e, inclusive, propiciar melhorias para as áreas visitadas.

Devido às características deste contexto, tivemos que traçar estratégias, como solicitar informações sobre a localização da USF aos moradores do bairro; chegar a

USF antes do horário marcado; comprar água ou coco em mercearias do bairro, o que favorecia uma maior aproximação. Tais estratégias, além de esclarecer o papel 'do estranho', eliminaram expectativas sobre possíveis melhorias para os bairros visitados. Ainda, inferimos, acabaram por criar uma visão da pesquisadora como pessoa simpática e comunicativa. Esta última, uma característica valorizada pelos agentes comunitários de saúde.

Não estamos, porém, afirmando que se trate de um consenso. Os relatos a seguir, extraídos do Diário de Campo, demonstram nossa inquietação com duas situações, ambas marcadas pela recusa em participar da pesquisa:

Hoje tive uma surpresa. Assim se dirigiu a mim, X, uma profissional da equipe: "Sobre o quê você está pesquisando? Sobre o agente comunitário de saúde eu não tenho interesse em falar". Nem posso acreditar que assim tenha ocorrido uma recusa. Não é a recusa em si. Claro que respeitei. É que senti uma certa aspereza. Também não entendi o argumento para a recusa. Eu, que em outras situações teria perguntado porque o assunto não interessava ou qual assunto lhe interessaria, preferi apenas agradecer por ter sido ouvida (DIÁRIO DE CAMPO).

Admirei X. Sua forma de relacionamento com as pessoas é doce. Sobre ela, cheguei a ouvir referências tais como prestativa, amiga e pessoa de paciência, quando estava no ponto do ônibus. Lamentei pela recusa. Tive a impressão que não houve empatia dela por mim. Tive a impressão que ela se achou invadida. Mas por nenhum momento percebi aspereza. Acho que talvez eu possa dizer 'frieza'. Mas isto porque estou tomando como parâmetro a doçura dela com os outros. Também porque me dou conta que muitas das agentes comunitárias de saúde quando me reencontram nas assembleias fazem festa, cumprimentando-me de forma animada. Ocasão na qual sinto-me tratada com respeito e carinho (DIÁRIO DE CAMPO).

Poderíamos ter inferido que nossas impressões se relacionam ao fato das recusas. Mas outras duas recusas ocorreram de forma diferente. Podemos dizer que foram feitas com um certo cuidado para não haver indelicadeza. Uma, inclusive, de uma profissional que facilitou o acesso à unidade que acolhia duas equipes.

Faço este registro ainda com ar de curiosidade. Eu, que venho coligindo dados que permitem fazer tantas inferências, não consigo deixar de imaginar porque alguém, tão prestativo, tão simpático, diz preferir não participar da pesquisa e ao mesmo tempo me serve um café, me apresenta a outras pessoas da equipe. Passa-me o recado sobre mudança de horário de entrevistas etc (DIÁRIO DE CAMPO).

Através destas considerações e destes relatos, expomos a existência de um número reduzido de recusas à participação na pesquisa. Além dessas, registramos mais uma recusa por parte de uma odontóloga que alegou não dispor de tempo, por estar sobrecarregada, trabalhando com a clientela de duas equipes. Acrescentamos ainda que duas ACSs ficaram receosas em assinar o TCLE. Responderam aos instrumentos da pesquisa conjuntamente com outros membros da equipe e foram entrevistadas. A decisão em assinar o termo foi adiada e, devido a dificuldades de um novo contato, preferimos eliminá-las da amostra. A partir de então, apenas depois de assinado o termo, aplicávamos os instrumentos.

Aliás, o referido termo foi a nossa maior dificuldade. Para demonstrar o dito, expomos um registro do Diário de Campo e uma avaliação de uma agente comunitária de saúde:

Tenho a impressão de que não conseguirei iniciar a coleta de dados. Preparei todo o material para aplicar as associações-livres para 30 ACSs, numa oportunidade que me foi concedida durante um treinamento no auditório da Secretaria de Saúde. Não apliquei. O problema foi uma discussão a respeito da assinatura do Termo de Consentimento. Mas este debate, em si, é um dado. Existe uma preocupação com relação a todos os itens do termo. Existiu um questionamento a respeito dos objetivos da pesquisa. A situação me pegou de surpresa porque com a maior parte daquela turma eu vinha tendo contato nas assembléias da associação. [...] foi dada uma sugestão que achei muito interessante e apropriada: levar o termo para discussão na próxima assembléia (DIÁRIO DE CAMPO).

Naquele dia lá na Associação, eu disse: Ih! Vem muita besteira por aí. Aí X disse: 'Mulher, é uma pesquisa, deve ser importante pra gente'. Aí eu disse: importante pra gente é a gente ser reconhecida. Se for pra levar a gente a

ser reconhecida é bom. Foi isso que eu pensei: é muita besteira que vem por aí. E to vendo que não é [...] Porque quando eu vi aquela folha [O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO], tudinho, eu não julguei você, dá pra entender? Eu disse: isso é besteira, quero lá saber disso. Eu com tanta coisa pra resolver, quero lá saber disso. Aí, hoje, conversando com você, eu to vendo que não é besteira. Que é um trabalho importante pra você e que poderia ser também pra mim. Importante, porque eu to conversando... botando pra fora, aquilo que eu gostaria de dizer pra alguém. Sabendo que é tudo confidencial. Mas também se chegar aos ouvidos dos homens, ainda vai ficar mais importante ainda [RISOS] (FH7)<sup>22</sup>.

Uma vez que fizemos referência a uma maior dificuldade, o leitor deve supor que existiu pelo menos uma outra, de menor grau. Realmente existiu. Como nosso trabalho etnográfico teve como ponto de partida uma área escolhida aleatoriamente, a qual é uma área de risco (informação verbal)<sup>23</sup>, a respeito dos quais decidimos não comentar porque assim a mesma seria identificada, surgiu um problema relativo à própria locomoção da pesquisadora.

Associadas a esta dificuldade existiram situações que, de certa forma, testaram<sup>24</sup> a disponibilidade e a coragem de quem se propunha a acompanhar os agentes comunitários de saúde, principalmente em visitas domiciliares. Mas depois constatamos ser uma outra forma de demonstrar os desafios a serem vencidos no dia-a-dia do profissional que, enfim, despertara a atenção de alguém que viria a conhecê-los além dos números dos relatórios da Secretaria de Saúde. Por parte dos ACSs e de alguns moradores desta área, o que a princípio inferimos ser

---

<sup>22</sup> Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, adotamos um sistema de código para nomeá-los. A letra inicial, F ou M, indicam, respectivamente, o sexo feminino e masculino. A letra H significa que o profissional da ESF referido é o agente comunitário de saúde. Os números que a seqüenciam indicam a ordem do contato feito. Assim, FH7 demonstra que se trata de um ACS do sexo feminino que foi o sétimo participante do processo de coleta de dados através da aplicação dos instrumentos.

<sup>23</sup> Informação fornecida pelo engenheiro Antônio Cavalcanti de Brito, por ocasião de um contato com a equipe da Defesa Civil do Estado da Paraíba, em setembro de 2002.

<sup>24</sup> A esse respeito, num dos últimos contatos realizados com lideranças do movimento associativo dos agentes comunitários de saúde, o seguinte comentário demonstra que nossas inferências foram realidade: "Fomos tão exigentes, que eu disse: 'Ela não vai agüentar, vai desistir'. Mas você foi forte".

exclusivamente um teste para aceitação do pesquisador, na realidade tratava-se de nossa falta de conhecimento e o nosso despreparo para algumas das situações por eles vividas. Demonstramos o dito com registros do Diário de Campo:

Tive a impressão de estar sendo posta à prova. Pulei cercas, subi e desci não só ladeiras, degraus, como morros. Para subir no morro, o pessoal me ajudou. Lá de cima pensei não mais conseguir descer. Situação que me apavorou quando eu soube que ali era uma área com risco de desmoronamento (DIÁRIO DE CAMPO).

Uma jovem me ensinou onde descer do ônibus para chegar até meu destino e disse poder me acompanhar. Passamos por [...] e chegamos a uma ponte de madeira, estreita, comprida, sem apoio para segurar, que dava acesso ao outro lado do rio. Comentei para minha guia que não conseguiria atravessar. Não exatamente com estas palavras, mas penso que quase assim, ela me animou: “A senhora consegue. Eu atravesso essa ponte todo dia. Até o povo mais velho passa por aqui. O rio não é fundo não. Já teve gente que caiu aí, mas não se afundou. Venha que eu ajudo”. Precisei decidir que ia. A negativa significaria, ao meu ver, desistir da pesquisa (DIÁRIO DE CAMPO).

Hoje, fiz um paralelo com a escolha das casas visitadas com outros agentes. Acho que X, propositalmente, me levou às residências mais problemáticas. [...]. Depois, ela me disse que tinha escolhido as piores, para eu poder conhecer melhor o trabalho dela (DIÁRIO DE CAMPO).

Depois de atravessar, já no escuro, escuro mesmo, o rio, novamente, numa outra ponte de madeira, avistar o ponto do ônibus pareceu-me via de acesso ao outro lado do mundo. Acho que assim me senti, não por ter acompanhado acamados, mas por ter visto de tão perto os que são limitados pelas suas condições sócio-econômicas (DIÁRIO DE CAMPO).

Participei da reunião com as gestantes sobre o aleitamento materno. Agentes e instrutora conseguiram arrecadar peças de enxoval para o sorteio. Eu cheguei lá com dois pacotes: um de fraldas e um de meias. Tive dúvidas se deveria assim proceder. Mas com muitas daquelas gestantes eu havia me encontrado, ora no Posto, ora nas suas casa. Não poderia ignorar a situação observada (DIÁRIO DE CAMPO).

Ao final da coleta de dados, relendo o Diário de Campo, lembramos da seguinte afirmação de Santin (1998, p. 136): “[...] o método deixa de ser um simples

instrumento de produção de conhecimentos para tornar-se um método de participação pelo fato de que o pesquisador participa com sua própria vida incorporando-se por inteiro aos fenômenos que busca pesquisar”.

Reporta-se o referido autor à metodologia existencial. Não estamos afirmando ter utilizado a mesma, fazemos sim uma analogia. Mas nos afastaremos do nosso foco, se nos aprofundarmos nesta discussão. Antes de tomar como vereda uma descrição relativa às técnicas e aos instrumentos de coleta de dados, pois até aqui só informamos o uso das observações, achamos ser conveniente tecer alguns comentários sobre o sentimento de pavor a respeito do qual fomos indagados em campo. Registros do Diário de Campo nos permitem uma síntese:

[...] raramente senti medo da violência que não pude ignorar assolar algumas áreas visitadas. Penso que minha experiência como psicóloga social e com as pesquisas junto a crianças e adolescentes em situação de risco me prepararam. Não só para estar ‘no meio’ das problemáticas demarcadas pela própria condição sócio-econômica, como para a informalidade na forma de me apresentar, o respeito e a abertura para esclarecer dúvidas e ‘matar curiosidades’ – algumas até no nível pessoal, como idade, estado civil (DIÁRIO DE CAMPO).

Concluída a pesquisa, avaliamos que a nossa própria visão do agente comunitário de saúde como um profissional de saúde de confiança e amigo das famílias nos deu segurança para conviver com o novo. Hoje, é possível compreender o comentário de um jovem com o qual eu conversava na sala de espera de uma USF: “Aqui no bairro, a senhora tá mais segura do que lá de fora”.

### 3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

A presente pesquisa é um estudo de caráter etnográfico que inclui, como complementação da observação direta de práticas, de objetos e de símbolos dos agentes comunitários de saúde e de observações participantes, associações-livres, questionários e entrevistas.

Destacamos que a análise das práticas sociais só é válida se for considerada a perspectiva da comunicação, ou seja, dos processos simbólicos (produção, articulação e recepção de sentidos) que as atravessam e as estruturam (SILVA; PINTO, 1986).

A utilização desta combinação de técnicas visa à complementação e ao contraste dos dados. Uma outra forma de contraste adotada é a comparação entre grupos. Considerando que desenvolvemos, no município de Campina Grande – PB, um estudo sobre as representações sociais de ACSs sobre a **educação em saúde** (BRITO; MEDEIROS, 2002) e sobre a sua auto-representação (BRITO; MEDEIROS, 2003), estes dados possibilitam, principalmente, confrontar a configuração estrutural da representação das duas realidades. Não estamos, com isto, desconsiderando que as representações sociais são compartilhadas por um grupo, de acordo com sua história. É que difícil se faz não atentar que os agentes comunitários de saúde atuam segundo as mesmas diretrizes propostas pelo PACS e pelo PSF em nível nacional. Independente do programa e do município, eles estão inseridos num contexto de baixa renda, atendendo as populações pobres.

Ainda com relação à caracterização da pesquisa, ela tem um enfoque predominantemente qualitativo, acatando as considerações de Spink (1993)

referentes à objetividade na pesquisa qualitativa. A fidedignidade, ou seja, a possibilidade de obtenção de dados semelhantes mediante o uso de diferentes instrumentos de coleta de dados, é indispensável no caso dos fenômenos sujeitos à historicidade. Portanto, as técnicas foram complementadas ou contrastadas.

Ao declarar a primazia qualitativa da presente pesquisa, afirmamos também existir um enfoque quantitativo. Deixamos de enveredar por uma discussão sobre as diferenças entre a pesquisa quantitativa e a qualitativa, que são apenas aparentemente competitivas, pois: “Não há quantificação sem qualificação [...] Não há análise estatística sem interpretação” (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2002, p. 24).

### 3.3.1 AS OBSERVAÇÕES

Uma vez que as representações sociais são manifestação da cultura da sociedade e dos subsistemas culturais criados pelos sujeitos da investigação e, enquanto tais revelam-se no plano dos discursos e das ações concretas, com o objetivo de fazer uma descrição de cunho etnográfico, ao longo de todo o trabalho de campo, a observação direta sempre foi usada.

Costa, A. (1986) defende a complementação da observação direta de práticas, objetos e símbolos, com a conversação e a entrevista. O ponto de vista dos agentes sociais sobre as suas próprias práticas e as suas próprias representações, de acordo com o referido autor, é um elemento indispensável a ser associado a outras formas de informação não menos importantes, obtidas pelo pesquisador, sem passar pela verbalização dos participantes da pesquisa.

A observação participante, assim como as verbalizações dos outros sobre os agentes comunitários de saúde, foi outro instrumento que dispensou a verbalização dos agentes comunitários de saúde, embora praticamente quase todo material verbalizado durante as observações tenha sido relevante para identificarmos tanto as suas representações como o seu *habitus*. Esta exigiu um envolvimento direto com o grupo social estudado e requereu a aceitação e a inclusão da pesquisadora no grupo. Como sugere Iturra (1986), essa técnica tem uma justificativa ligada à estruturação da experiência cultural pelos grupos sociais. Então, como nem tudo o que se faz, se diz, seja porque não é culturalmente natural que um “estrangeiro” - o pesquisador – saiba, seja porque é de sua natureza não ser dito, ou ainda porque há coisas que simplesmente são feitas e não ditas porque entram num território individual, quase escondido do social; o observador só o poderá saber se for incluído no grupo. Uma vez que enveredamos num campo de pesquisa que nos colocou diante de diversos bairros de populações de baixa renda, com suas dificuldades e suas peculiaridades, trabalhar com este instrumento foi difícil, além de marcado por desafios, como já fizemos alusão. Porém, em concordância com a previsão de Ludke e André (1986), uma vez que nossa identidade e os objetivos do estudo foram revelados desde o início, e que solicitamos cooperação ao grupo, tivemos acesso a inúmeras informações, inclusive confidenciais.

Nos anos de 2002 e de 2003 foram realizadas observações com participação plena. Ou seja, com envolvimento em todas as dimensões de vida dos agentes comunitários de saúde, atentando-se para evitar uma participação excessiva, que ao ver de Kude (1997) pode implicar que o pesquisador se torne um membro “nato” do grupo pesquisado, o que levaria prejuízo aos objetivos da pesquisa.

Foi feito o acompanhamento das seguintes atividades de uma equipe do

PACS: (a) visitas domiciliares realizadas por seis das agentes comunitárias da mesma (num total de 31 horas), sendo uma das visitas realizada com supervisão e participação da instrutora/supervisora; (b) duas reuniões mensais de avaliação e planejamento com a instrutora/supervisora; e (c) uma reunião sobre aleitamento materno, a qual incluiu teatralização. Numa outra equipe do PACS foi realizada a observação de uma reunião sobre DSTs/AIDS, dirigida para adolescentes.

Os dados decorrentes destas observações tanto auxiliaram na definição e organização dos demais instrumentos, como propiciaram o conhecimento dos termos inerentes à linguagem dos usuários do PAS e do PSF, e a compreensão do linguajar específico dos ACSs. Entendemos, por exemplo, que 'TB' tanto se refere à tuberculose como a um terreno baldio. Sombra ou espelho é a cópia do cartão de vacinas, através do qual os ACSs acompanham as crianças de sua micro-área.

No que diz respeito especificamente às observações, as visitas às USF, ocorridas para apresentação da pesquisa, agendamentos dos contatos posteriores e, principalmente, para a coleta de dados, possibilitaram-nos fazer observações importantes, inclusive com relação à dinâmica de algumas equipes e à interação entre usuários e agentes comunitários de saúde. Fizemos um acompanhamento sistemático das assembleias ordinárias e extraordinárias da AACCS-JP e do SINDACS-PB, o qual totalizou 63 horas. Observações e contato com alguns agentes comunitários de saúde, feitos por ocasião de visitas à sede da associação, foram, igualmente, fonte de dados.

Mesmo após a finalização da aplicação dos demais instrumentos de coleta de dados, e ainda durante e após a análise dos resultados, continuamos com as observações das reuniões da associação. Tanto porque estas nos possibilitavam uma melhor compreensão dos dados, como porque nos permitiam ir seguindo todo o

movimento de luta da categoria no município. Do mesmo modo, nos permitiam ir acompanhando as mudanças ocorridas institucionalmente. Por isso, a última observação foi realizada em 30 de janeiro de 2004, durante a fase final de redação da tese. Observação que não dispensamos porque quisemos aproveitá-la para informar sobre a aproximação da finalização da tese e para contatar agentes comunitários de saúde interessados em obter detalhes sobre a pesquisa e/ou em ler a transcrição de suas entrevistas. Constatamos, porém, que a mesma foi essencial porque possibilitou o desfecho de questões discutidas nas assembléias anteriores, propiciou informações atualizadas, como, por exemplo, a notícia da elaboração do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2003a), e ainda nos permitiu identificar algumas características dos profissionais contratados durante e após a coleta de dados, ou seja, na segunda fase de ampliação do PSF.

Para o registro das observações, inclusive as realizadas durante a aplicação dos instrumentos, conforme já nos referimos, foi utilizado um Diário de Campo, que incluiu, além de descrições do observado, como constata exemplos já apresentados, avaliações do observador<sup>25</sup>.

### 3.3.2 AS ASSOCIAÇÕES-LIVRES

<sup>25</sup> Levamos em conta a indicação de Chizzotti (1991, p. 91) sobre o registro do diário de campo dever conter “[...] todas as informações sobre as técnicas, os dados, o desenrolar do cotidiano da pesquisa, as reflexões de campo e as situações vividas de campo [...]”.

Para colocar em evidência a saliência dos elementos das representações e possibilitar o desenho de sua configuração estrutural, aplicamos as associações-livres junto a um número maior de ACSs do que se fez necessário entrevistar. Na pesquisa, o teste de associação é utilizado para fazer surgir, espontaneamente, associações relativas às palavras ou questões exploradas. Abric (1994a) avalia que para coletar os elementos constitutivos de uma representação, o principal método é a associação-livre. Também justificamos seu uso devido ao seu caráter espontâneo e projetivo que permite mais rápida e facilmente o acesso a estes elementos. Além disso, a técnica projetiva é adequada para a apreensão da identidade, uma vez que, ao se indagar por ela, “[...] penetra-se nas filigranas das relações de poder e as respostas obtidas podem questionar ou repor significações hegemônicas que as sustentem” (SAWAIA, 1999, p. 123).

As evocações foram registradas de forma escrita, pelo próprio respondente, que apontava a ordem de importância de cada evocação. Porém, no estudo piloto, testamos e comparamos esta forma e a verbalizada, pois haviam sido feitas referências, por parte de duas enfermeiras, à possível dificuldade de escrever de alguns agentes comunitários de saúde.

Uma vez que as evocações na forma verbalizada tendiam a ser mais longas e, por vezes, tornavam-se racionalizações, e posto que não houve dificuldades relacionadas à forma escrita, esta foi adotada, embora tenham sido feitos comentários sobre serem curtas as linhas para o registro das evocações. Tal estratégia visou garantir que fossem escritas palavras e/ou expressões, evitando-se, assim, as racionalizações das construções longas. Tivemos, porém, o cuidado de

informar não haver necessidade de preocupação com palavras de grafia difícil, justificando que uma troca de letra não seria um problema. Entretanto, para garantir o registro das palavras realmente evocadas pelo respondente, tomamos como critério ler as respostas no final da aplicação do instrumento<sup>26</sup>. Procedimento que nos possibilitou tirar dúvidas relacionadas ao estilo de grafia, quer dizer, à letra, não só dos agentes comunitários de saúde, mas dos demais profissionais da equipe. Posteriormente identificamos que, com relação aos primeiros, ainda pudemos esclarecer dúvidas relacionadas ao que viemos a chamar de evocações combinadas.

Para fins de contraste, conforme já anunciamos, fizemos o teste das associações-livres com os demais membros das equipes do PSF. Igualmente, embora num número reduzido, com coordenadores do PACS/PSF e os diretores dos Distritos Sanitários. As associações foram evocadas a partir das expressões indutoras: 'educação para a saúde', 'agente comunitário de saúde' e 'saúde'. Tomamos como procedimento fazer a seguinte pergunta: '*Ao escutar a expressão 'educação para a saúde', quais as quatro primeiras palavras ou expressões que lhe vêm à mente?*' E do mesmo modo com os demais estímulos. As associações-livres foram registradas na ordem de evocação, o que nos permitiu identificar as palavras e as expressões mais freqüentes e mais prontamente evocadas.

O leitor deve ter percebido o uso da expressão '*educação **para a** saúde*' e não '*educação **em** saúde*'. Pode até parecer um equívoco, mas não o é, visto ser esta a forma com a qual os ACSs decodificam o objeto representacional.

Com o objetivo de evitar o efeito de ordem, adotamos como procedimento combinar a ordem de apresentação dos estímulos. Deste modo, utilizamos as seis

---

<sup>26</sup> O processo de aplicação dos instrumentos de coleta de dados, especificamente no que diz respeito às associações-livres, foi complexo e em si nos deu pistas sobre a identidade do grupo, além de ter fornecido dados sobre sua relação, e dos demais membros da ESF, com o objeto (BRITO, 2003).

combinações possíveis: (a) 'agente comunitário de saúde' / 'educação para a saúde' / 'saúde'; (b) 'agente comunitário de saúde' / 'saúde' / 'educação para a saúde' (c) 'educação para a saúde' / 'agente comunitário de saúde' / 'saúde' e assim por diante. Destacamos todo o cuidado com o treino das associações-livres.

Ainda com relação à aplicação das associações-livres, mantivemos o mesmo procedimento para a coleta, independente da profissão exercida pelo respondente na ESF. A princípio, isso pode parecer coligir dados desnecessários, visto que para apreender as representações sociais sobre o ACS, evocações sobre outros objetos, como educação para a saúde e saúde, não nos forneceria subsídios. Entretanto, além de garantirmos o rigor nos procedimentos, identificamos peculiaridades referentes à **educação em saúde**, o que nos permitiu maior discernimento sobre a relação dos agentes comunitários de saúde com este objeto.

### 3.3.3 OS QUESTIONÁRIOS E AS ENTREVISTAS

O questionário incluiu questões fechadas e abertas sobre dados sócio-demográficos dos ACSs, o exercício da sua atividade profissional e sobre a sua relação com os demais membros da equipe do PAC/PSF e com a comunidade. Uma versão mais ampla do questionário foi aplicada, exclusivamente, aos agentes comunitários de saúde do PACS. Para estes, uma vez que as observações foram realizadas por ocasião da primeira fase de entrada no campo, quando o PSF ainda estava sendo implantado no município de João Pessoa (embora também nas assembléias da AACCS-JP e do SINDACS-PB), o questionário teve o propósito

apontado por Ferreira, V. (1986): objetivar informações e explorar fenômenos. A utilização, principalmente, de perguntas abertas permitiu apreender que as diferenças entre estes profissionais e os do PSF não se relacionam às atividades realizadas, mas sim ao apoio de uma ESF e da USF. O comentário de um ACS do PSF, que foi vinculado ao PACS, retrata adequadamente esta diferenciação: “A prestação de serviço do PSF é mais forte do que do PACS. Que a ajuda que o PACS tinha não é que nem agora, do PSF. Agora é mais organizado” (MH116).

Não apenas as questões abertas do questionário, mas igualmente as perguntas das entrevistas em profundidade e as observações permitiram identificar as atividades desenvolvidas pelos ACSs, bem como sua apreciação acerca da importância das mesmas e sobre quais ações se referem à **educação em saúde**. As fotografias em exposição nos Distritos Sanitários, nas USF, assim como as fotos dos membros das equipes do PACS/PSF e da direção da AACs-JP e do SINDACS-PB, da mesma forma favoreceram a identificação das atividades representadas como fundamentais no cotidiano do agente comunitário de saúde. Deduzimos, inclusive, que o registro fotográfico, além de expressar um gosto dos agentes comunitários, é um símbolo de distinção. Por isso, assinalamos a importância de uma análise posterior, a qual nós mesmos nos propomos a fazer. Com relação à incorporação desta prática espontânea dos ACSs como instrumento de coleta de dados, Sá (2002) nos encoraja a fazê-la, ao destaca a sua originalidade.

Justificamos o uso da entrevista por ser um instrumental que valoriza a fala dos agentes sociais. Segundo Minayo (1998), a possibilidade da fala, por si mesmo, revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e hábito. Mas não podemos aqui deixar de destacar que, de acordo com esta pesquisadora, a entrevista transmite, através de um indivíduo, as representações de grupos

determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas, e é o que a torna um instrumento de coleta de dados privilegiados para as ciências sociais. Embora esta característica não apóie nossa opção, já que elegemos a Teoria do Núcleo Central como base teórico-metodológica deste estudo, não a desconsideramos.

Uma vez que não realizamos entrevistas estruturadas, conforme descreveremos mais adiante, nelas pudemos identificar a exposição de devaneios, projetos, impressões etc, conforme Brandão, C. (1986) caracteriza a entrevista livre. Ao nosso ver, a exposição de trechos das entrevistas possibilita-nos discernir porque temáticas que a priori não se relacionam à identidade do agente comunitário de saúde, nem à **educação em saúde**, são abordadas.

Sobre o uso deste instrumental como estratégia metodológica de pesquisa em representações sociais, Sá (1996) aponta que a entrevista em profundidade é amplamente privilegiada por Jodelet e avaliada por Abric, como método indispensável. Para nós, também indispensáveis de serem apresentadas. Partimos do fato de que, como não fragmentamos as associações-livres feitas de modo combinado – sobre este dado ainda comentaremos –, então sensato é expor a fala de pelo menos um agente comunitário de saúde, em sua totalidade. O que não significa afirmar que omissões não possam ser feitas, tanto para não identificar pessoas e lugares, como para se expor exclusivamente o autorizado e o que se faz pertinente aos objetivos da pesquisa.

No que concerne à aplicação das entrevistas, as mesmas foram realizadas individualmente e iniciadas a partir da solicitação de justificativas para as associações-livres feitas, inexistindo, assim, um roteiro previamente elaborado. As explicações das associações, porém, favoreceram questionamentos sobre cinco

temáticas principais: (1) a relação do agente comunitário de saúde com a comunidade, com a ESF e com os órgãos públicos; (2) as ações do agente comunitário de saúde ligadas à **educação em saúde**; (3) a representação dos outros sobre o agente comunitário de saúde; (4) o gosto pelas atividades desenvolvidas; e (5) os desafios e as lutas enfrentadas pela categoria. Além disso, elas conduziam a que, de forma espontânea, fossem feitos comentários relativos a expectativas geradas pela pesquisa.

Posto que a nossa opção teórico-metodológica requereu um número de agentes comunitários de saúde cuja totalidade não seria necessário entrevistarmos, criamos três situações. Uma, na qual eram aplicadas as associações-livres de palavras, solicitadas suas justificativas e, a partir daí, realizada uma entrevista em profundidade. Outra, que combinava associações-livres e suas justificativas. Uma terceira, que se limitava apenas à aplicação das associações e às justificativas de palavras e expressões pouco evocadas. Para justificar nossa opção com relação às entrevistas, tomamos como base o posicionamento de Sá (1998, p. 92), segundo o qual o requisito amostral não chega a ser necessário porque a representação manifestada por um certo número de sujeitos e por um número maior seria a mesma. Ele sugere empregar o critério de ‘saturação’, ou seja, que quando os temas e/ou argumentos começarem a se repetir sejam realizadas mais algumas entrevistas e se conclua a coleta.

Definimos distintas situações relativas à aplicação dos instrumentos para garantir que as mesmas fossem realizadas junto aos agentes comunitários dos cinco Distritos Sanitários. Desta forma, as entrevistas em profundidade não se concentraram num único distrito, nem numa mesma unidade. Essa medida garantiu que aprofundássemos a coleta dos dados para os casos menos freqüentes: agentes

comunitários de saúde do sexo masculino, agentes comunitários de saúde vinculados à diretoria da AACCS-JP e agentes que não eram a esta associados.

As entrevistas foram gravadas, na maioria das vezes, sempre quando houve consentimento. Posteriormente, foram por nós transcritas, o que propiciou o registro de notas analíticas, além de ir tornando o conteúdo das mesmas mais familiares, facilitando assim o processo de impregnação. No que se refere à transcrição, embora na literatura o maior apoio seja à transcrição na íntegra (BARDIN, 1978; SHARROCK; ANDERSON, 1987; GILL, 2002), não optamos por esta forma. Justificamos tal opção com base no posicionamento de Bourdieu (1999d), que defende que, em respeito ao entrevistado, às vezes se faz necessário excluir do texto certos desdobramentos, frases confusas, redundâncias verbais ou de tiques de linguagem (bom, é..., né?). Com o propósito de não deixarmos transparecer quem era o respondente, excluímos os nomes de pessoas e de lugares, principalmente porque estes, na maioria das vezes, retratavam conflitos, ora com a equipe, ora com a comunidade, ou problemáticas ligadas às condições de vida da clientela atendida pelo PACS/PSF. Ainda substituímos termos expressos de modo equivocado pela sua grafia correta (instrói por instrui), desde que não se tratasse de terminologia específica da área da saúde. Decisão que tomamos com base na preocupação do próprio sujeito com o registro de erros ou no seu questionamento acerca da pronúncia correta do termo, como foi o caso do exemplo dado. Procedemos, porém, aos registros das pausas e dos risos, posto que identificamos que os mesmos ocorriam principalmente diante de certas temáticas: Visão da Secretaria de Saúde sobre o agente comunitário de saúde, **educação em saúde** e a relação agente comunitário de saúde e educador.

Quanto às entrevistas realizadas com os demais membros da equipe, as

mesmas tiveram como questão indutora associações-livres feitas exclusivamente para o estímulo 'agente comunitário de saúde', constituindo-se, assim, numa versão compacta da entrevista dos agentes comunitários de saúde. Duas delas foram gravadas, por nossa opção, uma vez que se trataram de entrevistas em profundidade. Precisávamos compreender mais o campo e tirar dúvidas relacionadas ao observado e ao que vinha sendo dito pelos ACSs. Outras duas, embora breves, foram gravadas, mas por solicitação dos respondentes.

Devido à necessidade de aprofundamento de alguns dados obtidos através deste e de outros instrumentais, realizamos observações complementares, as quais se efetivaram durante as assembleias extraordinárias da AACCS-JP e em uma assembleia do SINDACS-PB. Nesta última observação, identificamos ter sido dado ênfase ao registro de nossa presença. É tanto que as credenciais de professora e de pesquisadora foram dadas por ocasião do convite para a composição da mesa. Mas esta observação foi fecunda em informações, principalmente por ter sido possível gravar todo o debate entre agentes comunitários de saúde e um representante do Ministério da Saúde. Os detalhes registrados não apenas nos permitem confirmar a compreensão que tivemos da "identidade instituída" dos agentes comunitários de saúde, como perceber, mesmo que só no discurso, diferenças decorrentes da mudança de governo federal.

A importância dada à pesquisadora, por se interessar em conhecer o trabalho dos agentes comunitários de saúde, foi, ao longo de toda a pesquisa, reafirmada. Isto se atrela, conseqüentemente, às expectativas criadas pelo grupo. Sobre este aspecto, a reação diante do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e a gravação das entrevistas se faz necessário posteriormente discorrer porque fornecem indícios da identidade do grupo.

### 3.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos questionários incluiu um tratamento estatístico descritivo<sup>27</sup>. A quantificação desses dados visou ordenar a sua exploração e classificação.

Realizamos, com relação às associações-livres, uma análise categorial que permitiu classificá-las e agrupá-las por semelhança semântica. O trabalho de classificação iniciou-se pela busca de sinônimos ou palavras próximas no nível semântico. Em seguida, prosseguimos com a classificação em unidades de significação e a conseqüente categorização. Para este processo, porém, consideramos as justificativas dadas para as evocações. Embasamo-nos no posicionamento de Guimelli (1994), para quem o sujeito é o único perito de sua própria produção.

Desta forma, pudemos categorizar adequadamente evocações cujo sentido se distanciava da semântica, como por exemplo: “Educação para a saúde vem na mente **Autocontrole**”. Evocação para a qual foi dada a seguinte justificativa: “Autocontrole é uma coisa assim... Orienta autocontrole, no sentido de prevenção. Autocontrole para usar a camisinha: Não deu tempo, não me controlei” (FH64).

Após a categorização das associações-livres, combinamos os critérios propostos por Vergès (1992; 1994): frequência de evocação e ordem média de evocação. Este exame tomou como base os procedimentos descritos por Sá (1996)

---

<sup>27</sup> As correlações, possíveis tanto para os dados sócio-demográficos (correlações entre homens e mulheres, escolaridade, tempo de serviço e vinculação ao PSF ou PACS), como para os próprios dados referentes às representações, deixaram de ser realizadas.

e Tura (1998) para a construção dos quadrantes de definição dos diferentes graus de centralidade dos conteúdos das representações sociais. Trata-se do mesmo procedimento adotado por nós em pesquisa desenvolvida junto a agentes comunitários de saúde do município de Campina Grande, acerca de suas representações sobre a **educação em saúde** (BRITO; MEDEIROS, 2002). Com os dados do referido estudo pudemos fazer um contraste com o nosso.

Além da combinação da ordem de evocação com sua freqüência, e para que não se confiasse exclusivamente na ordem imediata de evocação como um definidor da palavra ou expressão mais importante para o sujeito, realizamos uma validação experimental através da hierarquização dos elementos realizada pelo próprio sujeito. Porém, em moldes distintos da forma sugerida por Vergès (1992; 1994), que consiste em pedir aos sujeitos para sublinhar as duas evocações que lhes parecem mais importantes. Tomamos como procedimento solicitar que fosse dada a ordem de importância dos elementos evocados por cada sujeito. A partir desta ordem hierárquica, criamos uma lista com as 10 evocações apontadas como mais importantes.

Efetivamos uma validação experimental da hipótese de centralidade, através do teste de refutação (ou teste de dupla negação), o qual consiste em questionar os sujeitos se é possível pensar no objeto mediante a ausência dos elementos identificados como centrais. De acordo com Moliner (1994), a saliência dos elementos não assegura serem estes de fato centrais, por isso, este teste pode ser usado como relevante indicador da centralidade. Sua lógica, segundo Silva, Tura e Madeira (2003), é enfatizar o trabalho cognitivo, o qual implica reconhecer os elementos não negociáveis da representação.

Aplicamos o referido teste a 42 ACSs, após a apreensão dos elementos

centrais da representação social de agente comunitário de saúde e de **educação em saúde**. A título de exemplo, questionamos: (a) É possível pensar em agente comunitário de saúde sem pensar em **orientador**? (b) É possível pensar em agente comunitário de saúde sem pensar em **amigo**? etc (c) É possível pensar em **educação em saúde** sem pensar em **prevenção**? (d) É possível pensar em **educação em saúde** sem pensar em **higiene**? E assim por diante, conforme os elementos identificados no sistema central da representação social destes objetos.

Para o tratamento das entrevistas, utilizamos a técnica da análise temática de conteúdo, conforme proposta por Bardin (1978). Também com apoio em Vala (1986), segundo quem o pesquisador, ao proceder a análise de uma entrevista, formulará uma série de questões: sobre a frequência e importância da ocorrência; sobre as características ou atributos associados aos diferentes objetos; sobre as associações ou dissociações entre objetos. Esta foi uma análise parcialmente realizada, uma vez que optamos por examinar apenas as conexões, com base num fundamento teórico-metodológico, tal como descrito por Sá (1996). De acordo com este autor, além da saliência, a grande quantidade de conexões que um elemento mantém com outros elementos da representação é frequentemente considerada como um segundo indicador de sua provável participação no núcleo central.

Para Moliner (1994), uma das características dos elementos centrais de uma representação é a sua maior conexidade em relação com os elementos periféricos. Ainda segundo ele, na caracterização dos elementos centrais devem ser buscados seu valor simbólico, sua saliência, sua associatividade e sua conexidade. Deste modo, parece aqui cabível explicitar que não realizamos a tradicional análise de similitude. Não por desconsiderarmos sua importância. Reconhecemos inclusive que a mesma possibilita mais rapidamente a interpretação de dados, além de enriquecer

as análises. Avaliamos ser um método de detecção de conexidade amplamente utilizado, como demonstram os estudos de Tura (1998); Madeira, Tura e Gaze (2003) e Magalhães e Barbosa (2003). Porém, uma vez que caracterizamos o presente estudo como por excelência qualitativo, havendo outras formas de identificação<sup>28</sup> da mesma, como constituição de pares de palavras, comparação pareada e constituição de conjuntos de palavras, optamos por utilizar a seguinte forma: listar conexões a partir das justificativas feitas pelos agentes comunitários de saúde para as evocações por eles feitas. Convém destacar que este procedimento não foi planejado, mas sim identificado, por ocasião da análise.

Quanto à forma de categorização dos dados, a mesma foi manual, com consenso de três juizes experientes no processo. Diante deste procedimento, parece-nos necessário explicar porque não elegemos o uso da análise através do EVOC, tratamento estatístico de uso já consagrado nos estudos sobre a perspectiva estrutural das representações sociais. Tomamos como base o já comentado sobre o cuidado com a confiança excessiva no poder de análise dos instrumentos estatísticos. Encontramos apoio também em Kronberger e Wagner (2002), quando avaliam que repostas abertas e de associação de palavras podem ser feitas tanto através de análise de conteúdo manual como de procedimentos estatísticos automatizados. Assim, optamos pelo uso da categorização manual para dar conta de evocações combinadas (“Confiança e solidariedade” FH21 / “Mais informação e comunicação” FH38), de evocações cujo sentido se distancia da semântica (“Autocontrole” FH64) e de evocações longas (“É passar tudo que aprendi para outro” FH74 / “Pessoas que não têm medo de enfrentar dificuldades dentro de sua

---

<sup>28</sup> Para detalhamento destas técnicas, Cf SÁ, C. P. da. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

profissão” FH90). Ainda, a opção em não usar o EVOC não impediu que combinássemos a frequência e a ordem média de evocação e subseqüentemente identificássemos a configuração estrutural da representação social de **agente comunitário de saúde** e de **educação em saúde**.

Posto que, segundo a Teoria do Núcleo Central, a configuração estrutural de uma representação social se constitui de seu provável sistema central e periférico, mesmo tendo sido por nós seguida a orientação de trabalhar com uma pluralidade de instrumentos para dar conta da complexidade do constructo das representações, uma vez que deixamos de utilizar o EVOC e a análise de similitude, achamos ser necessário aplicar o teste de refutação conforme descrito por Moliner (1994).

No que se refere à análise dos dados das observações participantes, estas subsidiaram a redefinição dos instrumentos de coleta de dados, principalmente as referentes à relação da comunidade com os agentes comunitários de saúde. É que uma vez que tivemos o cuidado de trabalhar com o TCLE, a viabilização do seu uso junto a grupos como crianças, adolescentes, idosos, requeria a autorização de seus responsáveis. Além do que principalmente as mulheres tinham receio de assinar um documento sem combinar com seus companheiros. Como nosso estudo trata da identidade social, que já afirmamos, se relaciona com a identidade atribuída pelos outros a um determinado grupo, a representação daqueles para quem se volta a atuação dos agentes comunitários de saúde: as famílias / a comunidade, precisou ser inferida através de observações e conversas que foram tidas por ocasião das participações nas reuniões, nas salas de espera das unidades de saúde etc.

Comentar mais sobre o termo de compromisso seria necessário, para poder se dar conta da complexidade envolvida com o seu uso. Mas preferimos apenas destacar sua importância nesta pesquisa e o compromisso dos pesquisadores com

todos os termos, principalmente com a devolução dos dados. Tal compromisso parece-nos ensejar um capítulo à parte, porém a ser escrito posteriormente. Inferimos que não somente com os agentes comunitários de saúde, mas essencialmente com eles, o debate será enriquecedor e contínua fonte de coleta de dados. Por ora, cabe-nos apresentar os resultados já obtidos.

### **3.5 SOBRE OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SI MESMO**

Identificar os agentes comunitários de saúde é necessário porque as representações sociais são construídas sobre um objeto social, sustentadas pelo grupo que as compartilha, conforme a sua posição no conjunto da sociedade, emergindo de seus interesses específicos e da sua própria dinâmica. Mais que isso, Bauer (1995, p. 235) defende que é essencial: “[...] situar seu conteúdo simbólico no espaço e no tempo, e relacioná-lo funcionalmente a um contexto intergrupar”. Uma vez que já situamos o agente comunitário de saúde no contexto mais amplo do SUS, do PACS e do PSF, assim como no âmbito do município de João Pessoa, passamos a caracterizar os participantes da pesquisa.

#### **3.5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Do total de 119 participantes, o percentual de agentes comunitários de saúde do sexo feminino é de 90.3%, e do masculino, 9,7% (Em contrapartida, a diretoria da AACCS-JP é predominantemente formada por homens, que também constituíam a maioria entre os membros da diretoria do SINDACS-PB). Este quadro essencialmente feminino deve-se à própria característica do trabalho, que envolve o cuidar e o educar. Sobre estes aspectos já apontamos que a enfermagem e a docência, historicamente, demandam atributos tidos como essencialmente femininos. E, embora não estejamos desenvolvendo uma pesquisa com enfermeiras ou professoras, permitimo-nos compará-las ao agente comunitário de saúde no que se refere às atividades voltadas para o cuidar e o educar.

Brito e Domingos Sobrinho (2001) avaliam que o agente comunitário de saúde é um educador, tanto porque assim é descrito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997c), como porque possuem uma visão ampla de educação, adotando sua concepção como prática social que ultrapassa os limites da instituição escolar. Igualmente porque o próprio trabalho, enquanto relação social fundamental, se constitui num princípio educativo (GÓMEZ, 1995). Argumentam ainda Brito e Domingos Sobrinho (2001) que o agente comunitário de saúde é um cuidador porque o seu papel assemelha-se ao do auxiliar de enfermagem. Como avaliam Leite da Silva e Erdmann (1995), a essência ou foco central na enfermagem é o cuidado, e nela, o cuidado torna-se profissão que auxilia na recuperação e na assistência a outrem. A relação entre o educar e o cuidar igualmente é feita por Soares (2002), para quem não nos cabe estabelecer o limite do cuidado de si, uma vez que o cuidar que promove a saúde vai além da relação individual/material, transcendendo o espaço e o tempo. O limite do cuidado de si encontra-se, segundo

a autora, no mundo subjetivo das relações, fazendo, no cotidiano, um pacto com a interdisciplinaridade e educando o ser humano para a construção e o reconhecimento da alteridade. Com ela concordamos, para defender o argumento de ser o agente comunitário de saúde um educador e um cuidador, portanto, um profissional inserido no campo da saúde e da educação. Além desses posicionamentos, apesar de ainda não termos exposto os dados relativos às representações sociais que são construídas pelos ACSs, acerca de si e da **educação em saúde**, aqui se faz apropriado destacar que tais representações nos levam a comentar sobre o cuidado como uma dimensão humana, pois “Cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p. 33, grifos do autor).

Ainda sobre a larga presença feminina na profissão do agente comunitário de saúde, esta é igualmente registrada no município paraibano de Campina Grande (BRITO; MEDEIROS, 2002; 2003). Da mesma forma o é no município de São Paulo (SILVA; DALMASO, 2002). Porém, quando houve, em 2003, a contratação de 400 novos ACSs, no município de João Pessoa, o número de ACSs do sexo masculino aumentou. Mudança que chegou a ser ressaltada no registro do Diário de Campo, datado de 30 de janeiro de 2004, relativo à última reunião observada. Ou seja, presenciamos uma maior inserção de agentes comunitários de saúde do sexo masculino no PSF. O que ao nosso ver exprime ter se constituído esta profissão numa oportunidade de ingresso dos homens no mercado de trabalho, ampliada devido à falta de exigência de experiência. Mas parece demonstrar a ruptura com uma tendência anterior de feminilização da profissão.

A idade dos agentes comunitários de saúde do sexo feminino variou de 22 a 53 anos, com média de 33,7 anos (d.p. = 7), enquanto a média de idade do sexo masculino correspondeu a 29 anos, variando de 22 a 40 anos (d.p. = 5,02). Sem considerar as diferenças de sexo, a média de idade equivale a 33,4 anos (d.p. = 6,98).

Quanto à escolaridade, temos um grupo notoriamente heterogêneo. Pois 56,9% possuem o ensino fundamental completo e 14% cursam o referido ensino. Um percentual de ACSs equivalente a 15% concluiu o ensino médio, enquanto 9,1% o estão cursando, havendo inclusive matriculados na primeira fase deste grau de ensino. Matrículas no ensino fundamental significam dizer que o município de João Pessoa tem agentes comunitários de saúde que, embora atendam ao critério mínimo de escolarização requerido anteriormente pelo Ministério da Saúde, precisam concluí-lo para atender às atuais exigências. Não obstante, numa frequência menor, há profissionais com o ensino superior completo e outros os cursando. Ressaltamos que 40,6% dos ACS frequentam o curso de auxiliar de enfermagem. O equivalente a 38% deles já concluiu o referido curso e cerca de 25% pretendem cursá-lo. Sobre o interesse por este curso técnico, assim como o debate concernente à relação entre o auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde, ainda será necessário discutir.

Almeida (1996) avalia haver entre os profissionais das categorias auxiliares em saúde atuantes no setor, uma expressiva participação de pessoal sem qualificação formal e com precária escolarização. Sobre a escolarização dos agentes comunitários de saúde do presente estudo, não podemos argumentar que a situação seja diferente, uma vez que constatamos a presença de profissionais cuja escolaridade é inferior à primeira fase do ensino fundamental. Entretanto, não

podemos deixar de destacar a larga existência de ACS com o ensino médio completo, além dos concluintes do ensino superior e dos que cursam este nível. No que diz respeito à qualificação formal, destacamos os cursos oferecidos pela Secretaria de Saúde, tais como: Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI), Tuberculose, DSTs, Hanseníase, entre outros<sup>29</sup>.

A situação conjugal é a seguinte: 57,8% dos agentes comunitários de saúde vivem com um(a) companheiro(a). Um percentual de ACSs equivalente a 68,8% tem filhos, registrando-se uma média de dois filhos.

No que se refere à religião, 55,2% são católicos; 16,38% evangélicos; 4,3% outras religiões (espiritismo e testemunha de Jeová) e 19,8% não informaram. Um único agente comunitário de saúde afirmou não ter religião, enquanto quatro (3,4%) declararam ser sua religião, Deus.

Quanto ao tempo de exercício profissional, existe uma variação de dois a oito anos e uma média equivalente há quatro anos e seis meses. Com relação às informações referentes ao tempo de serviço, chama a atenção que enquanto alguns lembram dia, mês e ano da contratação, outros apenas recordam que faz muito tempo e chegam a contar anos, sem, no entanto, dizer quantos. Para fins de cálculos, estes dados foram desprezados, sem, contudo, deixarmos de considerar que eles engrossam as informações sobre o exercício da profissão vir sendo desenvolvido pelos participantes da pesquisa por um período que os aproxima dos objetos representacionais por nós investigados.

A vinculação à AACS-JP foi referida por 85,9% dos respondentes, enquanto 5,1% afirmaram não serem associados. O percentual de 9% não forneceu informação sobre sua condição de associado ou não. Ora porque não foi

---

<sup>29</sup> Estas considerações se aplicam a todos os respondentes. Atualmente, o Ministério da Saúde exige do ACS a escolaridade mínima do ensino fundamental completo.

questionado, ora porque preferiu não responder.

Diante da importância do associativismo para os agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa, traçamos um breve percurso histórico do mesmo. Conjeturamos que sua apresentação descreve-os enquanto grupo.

### **3.5.2 O MOVIMENTO ASSOCIATIVO COMO ESPAÇO DE LUTA E SÍMBOLO DE DISTINÇÃO**

*Eu acho que uma andorinha só não faz verão. Mas todos juntos, com certeza, vai fazer chover (AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE, SEXO FEMININO, ENSINO MÉDIO COMPLETO, IDADE SUPERIOR A 40 ANOS).*

Pautados na discussão feita por Strauss (1999) sobre os grupos de 'afiliação' e os grupos de 'referência', é possível nos reportarmos ao grupo de agentes comunitários de saúde como um grupo cujos membros são genuínos. Ou seja, estão afiliados de modo formal. A afiliação à Associação de Agentes Comunitários de Saúde, porém, é uma escolha que implica 'custos'. Embora o despendido em dinheiro equivalha a contribuições mensais estipuladas em 1% dos seus vencimentos, diante de salários avaliados por estes profissionais como baixos, é uma diminuição que precisa ser vista como necessária, além de requerer ganho.

É válido então ressaltar, entre os motivos da vinculação à associação, a luta pelo reconhecimento enquanto profissional e por sua valorização. Uma conquista sobre a qual já fizemos menção, que se deu recentemente, em nível nacional, foi o reconhecimento da profissão do ACS. Porém, a luta pela regularização do vínculo

empregatício e pela obtenção dos direitos trabalhistas, como carteira de trabalho assinada, é uma reivindicação ainda não alcançada. Por isso, estar unido na associação, para a maioria dos associados é estratégia para a luta: “Nos dá direito a reivindicar juntos com os colegas” (FH35); “[...] já pensou se fossem 200 agentes de saúde, saindo todo mundo, todos os dias, pra ir brigar por uma coisa que a gente quer de melhor?” (FH2); “Tem que se reunir pra ter força, pra poder batalhar e enfrentar, conseguir alguma coisa com nossas reivindicações” (FH59).

Entretanto, para uma minoria, inexistem vantagens de ser associado: “Eu ainda não descobri porque sou sócia, pois a associação não nos oferece absolutamente nada” (FH31); “Sou da associação porque a maioria é sócio. Mas eu não gosto de associação, pois não resolve nada de nada” (FH27).

Comentários complementares, relativos à associação e ao sindicato, bem como à própria participação de seus sócios e seus dirigentes, ainda se fazem necessários. Porém, temporariamente, os adiamos. Acrescentamos, no entanto, que Brito e Domingos Sobrinho (2001) consideram a organização dos agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa, em uma associação, como um exemplo de visibilidade conseguido pelo grupo.

A AACCS-JP, sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, foi fundada em 16 de abril de 1999. Ao longo de sua breve história, ‘muita história’. Acontecimentos relatados e acompanhados. Apresentamos uma breve exposição dos mesmos, embora dando importância a este movimento e reconhecendo que esta entidade, assim como o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde, criado no ano de 2002, são mediadores na construção da identidade destes profissionais.

Ao nosso ver, a organização do Sindicato resulta de todo um empenho dos profissionais e da direção da associação local, em articulação com associações de

outros municípios, em torno de uma causa principal: a precarização do trabalho. Associação e sindicato dão visibilidade aos agentes do presente estudo, inclusive distinguindo-os dos ACSs dos demais municípios paraibanos.

Convém destacar que, desde sua fundação, o presidente tem sido o mesmo. Reeleito por duas vezes. O estatuto não trata do assunto. Nas nossas observações e entrevistas não registramos comentários acerca do mesmo, o que inferimos ser decorrente da satisfação com a sua gestão e, ao nosso ver justifica sua eleição para a presidência do Sindicato, cuja fundação ocorreu no ano de 2002. Outra inferência é que o seu capital cultural é interpretado como fator que aumenta a capacidade de mobilização da categoria.

Ainda sobre a visibilidade, se pensado, como Bourdieu, que ninguém faz nada sem interesse, a aceitação da presença e do acompanhamento do pesquisador, para o desenvolvimento do presente estudo, parece ser, para os agentes comunitários de saúde, uma possibilidade de efetivá-la. Sobre esta expectativa, assim se posiciona um agente comunitário por ocasião da apresentação da proposta da pesquisa, em uma assembléia da AACS-JP: “Até que enfim, alguém se preocupa em acompanhar de perto e saber o que a gente tá fazendo” (FH79).

Outros discursos com esta mesma idéia, além das facilidades de inserção do pesquisador no campo, inclusive de acesso à documentação da associação, parecem indicar ser coerente tal inferência.

E a senhora pensa em fazer algum livro sobre o agente de saúde? Seria bom (FH44).

De que forma você acha que esse seu trabalho pode nos ajudar, no futuro? Assim em relação aos governantes (FH59).

Acho importante esse seu trabalho sobre agente de saúde, porque já nos dá, assim... uma moral. E quem sabe, a gente se abrindo, abre uma porta pra saúde (MH72).

Eu adorei fazer essa entrevista. Que traga bons frutos pra gente. E pra senhora também (FH79).

Que esse seu trabalho seja não só pra você [...] E vá ter um retorno pra nós [...] Tenha certeza que a partir do seu, outros setores da universidade vão vir em busca de nós (FH3).

Neste sentido, nos preocupamos com as expectativas que foram criadas. O seguinte registro demonstra como nos sentíamos à medida que a coleta de dados avançava:

Eu venho pensando em poder sugerir algumas coisas para a Secretaria de Saúde. Algo mais que os dados da pesquisa. Sugerir com argumentos. Se vai dar resultado, eu não sei. Tenho refletido: vou terminar e dizer: 'missão cumprida'. Eu não só terei obtido as informações, como apresentarei o trabalho, serei avaliada. Venho me encaminhando para conseguir o título de doutora em educação. Isso vai ser bom pra mim, profissionalmente. E os agentes? Que dedicaram tanto tempo a mim... falaram, confiaram, conversaram tanto sobre o seu trabalho. E as outras pessoas da equipe? Em troca, o quê? [...]. Sem falar em tantas pessoas, em famílias que, embora indiretamente, passaram a ser observadas, e que vêm abrindo suas portas para mim (DIÁRIO DE CAMPO).

Esta nossa inquietação resulta das próprias características do grupo focalizado. Além disso, de nosso próprio interesse pela temática, desde a escolha dos nossos objetivos e dos sujeitos que nos interessaram conhecer. Ousamos concluir que o método é mais que participação, como avalia Santin (1998). É compromisso. Necessidade de propiciar uma contrapartida. Esperamos que os próprios dados sobre as representações de objetos sociais inerentes ao cotidiano do ACS venham

nos possibilitar mais que a articulação entre uma prática e uma teoria.

Diante deste movimento associativo e do modo como nele se dá a inserção de seus agentes (no sentido mais amplo do termo), podemos fazer referência ao *habitus* do agente comunitário de saúde, levando em conta que este se trata de um

[...] terreno comum em meio do qual se desenvolvem os empreendimentos de mobilização coletiva, cujo êxito depende forçosamente de um certo grau de coincidência e acordo entre as disposições dos agentes mobilizados e as disposições dos grupos ou classes [...] (BOURDIEU, 1999, p. 52).

Após a análise dos dados, relendo o Diário de Campo, identificamos que muito sobre o dito traduz as falas das lideranças, nos fazendo inferir ser o movimento associativo dos ACSs uma identidade de resistência, conforme descreve Calhoun (1997, p. 17 apud CASTELLS, 2000, p. 24)

[...] criada por atores que se encontram em posições/condições desvalorizadas e/ou estigmatizadas pela lógica da dominação, construindo, assim, trincheiras de resistência e de sobrevivência com base em princípios diferentes dos que permeiam as instituições da sociedade, ou mesmo opostos a estes últimos, conforme propõe.

Segundo Castells, a construção das identidades se dá em contextos marcados pelas relações de poder. A identidade destinada à resistência leva à formação de comunas ou comunidades. Ele avalia que ela é provavelmente o tipo mais importante de identidade de nossa sociedade. “Ela dá origem a formas de resistência coletiva diante de uma opressão que, do contrário, não seria suportável

[...]” (CASTELLS, 2000, p. 25).

A identidade de projeto, na sociedade em rede, se é que pode se desenvolver, se origina a partir da resistência comunal. Quando os atores sociais, utilizando-se de qualquer tipo de material cultural ao seu alcance, constroem uma nova identidade capaz de redefinir sua posição na sociedade e, ao fazê-lo, de buscar a transformação de toda a estrutura social.

### **3.5.3 AUTO-REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

A identidade é uma representação de si e é representação que do que os outros acreditam ser ele ou dele esperam e exigem (CARVALHO, 2001). Por isso, ao falarmos da representação social que os agentes comunitários de saúde constroem sobre si mesmos, discorremos, ao mesmo tempo, sobre a representação que estes elaboram dos outros sobre eles próprios.

#### **3.5.3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DO FALAR DE SI ATRAVÉS DE ASSOCIAÇÕES-LIVRES**

Para o estímulo ‘agente comunitário de saúde’, foram feitas 473 evocações, as quais reuniram 214 palavras diferentes que, após serem classificadas e agrupadas, corresponderam a 69 categorias, das quais, para a análise combinada da frequência e da ordem média de evocação, foram consideradas 14. A média de evocação por sujeito correspondeu a 4,09. Se comparado o número total de evocações feitas para o estímulo ‘agente comunitário de saúde’ com o obtido para ‘educação para a saúde’ (N = 453) e ‘saúde’ (N = 448), identificamos que aquele suscitou mais evocações. Com base nesses dados, fazemos uma primeira inferência: para os agentes comunitários de saúde é mais relevante falar de si. Porém, para não incorrer no equívoco de sermos simplistas, devemos considerar que a **educação em saúde** e a **saúde** são objetos sociais com os quais o agente comunitário de saúde mantém um outro tipo de experiência e uma outra distância. Assim sendo, as análises do capítulo seguinte apontam outras relações.

Um outro dado igualmente aponta para a relevância do falar de si. Ao contrário de ‘educação em saúde’, todos os participantes da pesquisa fizeram evocações para o estímulo ‘agente comunitário de saúde’. De acordo com os registros no Diário de Campo, estas evocações eram feitas mais rapidamente (ainda que num tempo quase comparável ao das evocações feitas para ‘saúde’) e inexistiram comentários acerca da falta de compreensão do estímulo dado. Uma única referência à dificuldade foi justificada com base na representação da importância do objeto para si e da desvalorização para os outros.

Tive dificuldade de responder o que me vem na mente quando fala em agente comunitário de saúde. O agente comunitário de saúde... Ele é tudo e ao mesmo tempo ele não se torna nada. Ele não se torna nada, ele não se torna ninguém. Porque ele não é reconhecido em canto nenhum do mundo. Ele não tem nada. O agente comunitário é como se fosse um bode expiatório. Eu me sinto assim. Não só eu, como muitas colegas minhas se sentem assim. A gente se sente como se fosse um bode expiatório. Somente. Mas que na realidade, o agente comunitário, ele não aparece em

canto nenhum. A não ser quando é pra fazer alguma coisa pra cumprir o calendário (FH50).

Uma comparação entre os estímulos, feita por um dos agentes comunitários de saúde, corrobora nossas avaliações registradas no Diário de Campo:

Esse [O ESTÍMULO 'EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE'] deu um pouco mais trabalho do que o outro [refere-se ao estímulo 'saúde']. Falar do agente comunitário foi o mais fácil. Porque no caso, eu disse algo referente a mim. Porque eu me sinto uma pessoa amada, uma pessoa muito fundamental ao público (FH104. REGISTRO NO DIÁRIO DE CAMPO).

O estímulo 'agente comunitário de saúde', além de provocar um maior número de evocações e ter sido por vezes avaliado como fácil, apresenta uma outra característica peculiar: gera evocações 'combinadas'. Exemplificamo-nas:

Ser uma pessoa popular e ter ética profissional (FH26).

Carinho, amor e dedicação com os outros (FH58).

Uma pessoa com capacidade e segura do que fala (FH69).

Luta: garra-disposição (MH70).

Ajudar e orientar as famílias (FH75).  
Ética, responsabilidade, elo, liberdade (FH96).

Compreensão e união com todos (FH98).

Orientador e comunicador das ações comunitárias de saúde (MH99).

Pessoas de alta estima<sup>30</sup> e confiável (FH104).

Psicólogo, amigo, conselheiro, entre outra série de adjetivos a ele atribuídos (FH115).

O total de evocações combinadas correspondeu a 44. Estas, embora submetidas à análise, foram desconsideradas, para fins de cálculo da ordem média de evocação e de frequência. Opção que visou não fragmentar o discurso, pois, conforme indaga Schettini Filho (2003, p. 56): “Por que alienar uma parte do todo, se ele perderia o sentido sem suas partes?”

A justificativa dada por um agente comunitário de saúde para a evocação ‘vida e bem-estar’ feita para o estímulo ‘educação para a saúde’, exemplifica esta relação:

Pensei os dois juntos. [...] Eu acho que é assim: que para se pensar a educação para a saúde... tem que pensar profundo: vida, essência. Vida é vida. Não tem como explicar. Vida é isso aí, é bem-estar. Um bem-estar físico, um bem-estar mental, um bem-estar familiar, tudo. Então, vida, eu coloquei assim, mas nesse sentido: viver-bem-estar (MH70).

Porém, uma vez que não desconsideramos as demais evocações (não combinadas) dos agentes comunitários de saúde que fizeram evocações combinadas, e para garantir que este procedimento não fortalecesse ou enfraquecesse alguma evocação, após ser identificada a configuração estrutural da representação, fizemos um novo cálculo, excluindo os respondentes que haviam

<sup>30</sup> Refere-se às pessoas que são altamente estimadas pela comunidade. E não a auto-estima.

feito tais evocações (N = 35)<sup>31</sup>. Identificamos que tal procedimento não provocou viés dos dados, uma vez que os elementos do núcleo central se mantiveram inalterados, havendo apenas mudança de uma representação da primeira periferia, situada no quadrante superior direito, que passou a se localizar no quadrante inferior esquerdo, o que não altera a constituição dos elementos do sistema periférico equivalente à primeira periferia.

Como já referimos, as categorias a partir das quais identificamos a configuração estrutural da auto-representação social do agente comunitário de saúde foram 14. Expomos, na Figura 2, a combinação dos critérios frequência e ordem média de evocação, conforme proposição de Vergès (1992; 1994). Esta análise permitiu a identificação de dois índices: (1) média da ordem média de evocação (MOME) e (2) média da média das frequências (MF), com base nos quais obtivemos o desenho da Figura 3.

A ordem média de evocação, conforme a proposta de Vergès (1992), é alcançada considerando-se a evocação feita em primeiro lugar com peso 1, em segundo lugar, com peso 2, e, assim por diante. Em seguida, o somatório destes produtos é dividido pelo somatório das frequências da categoria citada nas diversas posições, obtendo-se assim a ordem média de evocação da categoria. A média aritmética dos valores da ordem de evocação de cada categoria corresponde à média da ordem média de evocação (MOME).

CATEGORIAS	1 EVOC	2 EVOC	3 EVOC	4 EVOC	$\Sigma$	OME
1. ORIENTADOR	20	19	16	13	68	2,3
2. IMPORTANTE	12	6	5	4	27	2,03
3. AMIGO	15	5	8	6	34	2,14

<sup>31</sup> Este número não corresponde ao total de evocações combinadas porque há casos de um mesmo ACS fazer mais de uma evocação com esta característica.

4. AJUDA	9	7	8	5	29	2,31
5. ELO DE LIGAÇÃO ENTRE COMUNIDADE E ESF	8	8	5	4	25	2,2
6. GRATIFICANTE	6	4	5	8	23	2,65
7. RESPONSÁVEL	8	4	-	1	13	1,53
8. PREVENÇÃO	4	2	5	2	13	2,38
9. CONFIANÇA	3	2	4	1	10	2,3
10. DESVALORIZADO	2	7	5	5	19	2,68
11. MEMBRO DA COMUNIDADE	4	3	3	4	14	2,5
12. PACIENTE	1	2	4	4	11	3
13. DEDICADO	1	5	2	7	15	3
14. COMPETENTE	-	2	5	5	12	3,25
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>76</b>	<b>75</b>	<b>69</b>	<b>313</b>	<b>34.29</b>

OME = Ordem Média de Evocação

**Figura 2** – Demonstrativo da freqüência e da ordem média de evocação das categorias de respostas das associações-livres para ‘agente comunitário de saúde’

Número total de evocações = 473

Número de palavras diferentes = 214

Número de evocações combinadas = 44

Média de evocação por ACS: 4,09

Número de evocações analisadas para a configuração = 313

Média da ordem média de evocação = 2,45

Média de freqüência = 22

Ainda com relação ao número de categorias consideradas para fins da demonstração da configuração da representação, acrescentamos que este foi definido com base no critério mínimo de dez evocações. Este procedimento visou dar maior consistência aos dados e propiciou-nos trabalhar com um *corpus* constituído por 66,17% do total de evocações. Porém, embora tenhamos tido segurança em trabalhar com este percentual, uma vez que Vergès (1992) desenvolveu seus estudos sobre a representação social da economia e de temas correlatos, analisando 54% da totalidade das evocações, preferimos ter alguns cuidados para garantir um levantamento o mais fidedigno possível da nuclearidade (a qual, em todo caso, é definida em termos de provável) da representação. Julgamos indispensável expor estes comentários porque num estudo de ampla

circulação no meio acadêmico, desenvolvido por Tura (1998), sobre a estrutura das representações sociais da AIDS entre estudantes, 98,9% das evocações foram consideradas.

Acrescentamos que, mesmo depois de nossa opção por realizar o teste de dupla negação ou o teste de refutação, após a determinação das categorias a serem submetidas à análise combinada dos critérios frequência e ordem média de evocação, buscamos, através da análise das entrevistas, identificar casos de evocações que eram destacadas no discurso racionalizado e que, devido ao corte, a partir da definição de uma frequência mínima, haviam sido desprezadas.

Procedimentos descritos, e não havendo sido identificado conteúdo relacionado às categorias de evocações excluídas que justificasse a reconsideração das mesmas, cabe-nos apresentar a Figura 3. Através dela, apreendemos os elementos que compõem o sistema de referência identitária dos agentes comunitários de saúde.

<p>OME &lt; 2,45 / f &gt; 22</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ORIENTADOR (2,3 – 68)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>AMIGO (2,1 – 34)</b></li> <li>• <b>AJUDA (2,31 – 29)</b></li> <li>• <b>IMPORTANTE (2,03 – 27)</b></li> </ul> </li> <li>• <b>ELO DE LIGAÇÃO ENTRE COMUNIDADE E EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA (2,2 – 25)</b></li> </ul>	<p>OME &gt; 2,45 / f &gt; 22</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>GRATIFICANTE (2,6 – 23)</b></li> </ul>
<p>OME &lt; 2,45 / f &lt; 22</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RESPONSABILIDADE (1,5 – 13)</b></li> <li>• <b>PREVENÇÃO (2,38 – 13)</b></li> <li>• <b>CONFIANÇA (2,3 – 10)</b></li> </ul>	<p>OME &gt; 2,45 / f &lt; 22</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DESVALORIZADO (2,7 – 19)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DEDICAÇÃO (3 – 15)</b></li> </ul> </li> <li>• <b>MEMBRO DA COMUNIDADE (2,5 – 14)</b></li> <li>• <b>COMPETENTE (3,3 – 12)</b></li> <li>• <b>PACIENTE (3 – 11)</b></li> </ul>

**Figura 3** – Demonstrativo dos possíveis elementos centrais e periféricos da configuração estrutural da representação social de ‘agente comunitário de saúde’ construída por agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa - PB (n = 313)

Os elementos: (a) **orientador**, (b) **amigo**, (c) **ajuda**, (d) **elo de ligação entre comunidade e Equipe Saúde da Família** e (e) **importante** agrupam-se no quadrante superior esquerdo<sup>32</sup>, constituindo o possível sistema central da representação social do agente comunitário de saúde. O que nos faz concluir haver relevância do mesmo e existência de uma identidade social. Pois,

<sup>32</sup> Estes elementos se localizam no quadrante superior esquerdo por possuírem freqüência maior que 22 e ordem média de evocação menor que 2,45. Do mesmo modo, a inserção dos demais elementos nos outros quadrantes depende da combinação da ordem média de evocação e da freqüência.

Se as representações têm um núcleo, é porque elas são uma manifestação do pensamento social: e, em todo pensamento social, uma certa quantidade de crenças, coletivamente produzidas e historicamente determinadas, não podem ser questionadas, posto que elas são o fundamento dos modos de vida e garantem a identidade e a permanência de um grupo social (ABRIC, 2003, p. 39):

Nos demais quadrantes, distribuem-se os possíveis elementos do sistema periférico. **Gratificante**, um elemento que se situa no quadrante superior direito, e os elementos: (a) **responsabilidade**, (b) **prevenção** e (c) **confiança**, agrupados no quadrante inferior esquerdo, constituem o que Sá (2002a) denomina de periferia mais próxima ou primeira periferia, também por ele já denominados de elementos intermediários. No quadrante inferior direito, os elementos: (a) **desvalorizado**, (b) **membro da comunidade**, (c) **paciente** e (d) **dedicação**, constituem a possível periferia mais distante ou segunda periferia.

A existência de elementos periféricos, até mesmo dos mais individualizados, que sequer foram incluídos no *corpus* de análise para o desenho da configuração estrutural da representação de agente comunitário de saúde, não significa inexistir uma homogeneidade dos agentes comunitários de saúde com relação a eles próprios. Tornamos a afirmar que, de acordo com os pressupostos teóricos da Teoria do Núcleo Central, são os valores centrais idênticos do sistema nuclear que definem a homogeneidade do grupo com relação ao objeto representacional.

Voltemos nosso foco para o possível sistema central da representação de agente comunitário de saúde. Ou, conforme caracteriza Abric (2003), para a parte da representação que **não é negociável**.

Pensar no núcleo identitário como uma “forma de reconhecimento

preferencial<sup>33</sup>”, que nomeia a identidade auto-atribuída como especialmente significativa, num determinado momento da vida, parece justificar a ausência de elementos de valor pejorativo e/ou descritores de ações socialmente não legitimadas.

Destacamos que no sistema central da representação social de agente comunitário de saúde estão presentes os dois grandes tipos de elementos descritos por Abric (2003): **funcionais** e **normativos**. A maioria dos elementos descreve o papel do ACS: orienta, ajuda, é amigo, é o elo entre a comunidade e a Equipe Saúde da Família. São, inferimos, elementos funcionais, os quais estão associados tanto às características descritivas como à inscrição do objeto nas práticas sociais ou operacionais. Contextualizando: o ACS orienta, ajuda e é o elo entre a comunidade e a ESF. Representam os agentes comunitários de saúde ser este o seu papel. Por isso se consideram importantes no PSF. Eles se descrevem como um amigo, elemento que se relaciona com ajuda, pois há uma representação acerca de ser papel do amigo ajudar. Ainda retomaremos esta discussão. Destacamos, por enquanto, que, diante do aparentemente óbvio, quando nos referimos à classificação destes elementos funcionais como inferência, estamos levando em consideração que não utilizamos nenhum dos dois instrumentos<sup>34</sup> disponíveis para a sua determinação.

Quanto ao elemento nuclear ‘**importante**’, inferimos ser normativo, pois se relaciona ao sistema de valores dos indivíduos. Neste caso, uma apreciação que implica uma autocategorização positiva, valor que se fundamenta tanto porque o ACS faz prevenção, como porque ajuda, conforme ilustram os discursos seguintes.

---

<sup>33</sup> Expressão cunhada por Penna (s/d).

<sup>34</sup> Referimo-nos ao índice de normatividade/funcionalidade (ABRIC; TAFANI, 1995) e ao índice desenvolvido com base nos métodos de SCB (ROUQUETTE; RATEAU, 1998).

Fundamentado também por outras razões. A associação deste elemento a outros objetos nos faz identificar e demonstrar, mais adiante, outras justificativas.

Importante porque é através do agente de saúde que a gente previne as doenças, está mais ao lado daquelas famílias que a gente acompanha. É importante por isso. A gente vê logo, antes de acontecer alguma coisa mais grave (FH47).

Importante porque ele é como se fosse aquela pessoa... Não tem o professor, né? Ele está sempre vendo a deficiência do aluno. O professor que ama o aluno vê sempre sua deficiência. O ACS tem o papel de professor, de pai. É sempre bom ajudar. O agente se preocupa em ajudar. Andando e firme. Consciente que é importante. Ele [AS PESSOAS DA COMUNIDADE] não é uma pessoa desprezível. Ele tem o agente pra buscar (FH113).

Importante é uma apreciação freqüentemente evocada em articulação com **muito**: “É uma pessoa muito importante na comunidade” (FH75); “Muito importante” (FH109); “Fator muito importante” (MH83). Intensidade que é assim estabelecida:

O agente de saúde é muito importante. Eu acho, sabe? Na comunidade. Porque quando o agente não tinha... é... aquele caso, como eu disse, me procurava muito. E agora, a gente vai até a eles. A gente vai até a eles, eles dizem os problemas deles. A gente é um caminho pra eles. Porque antes não tinha um agente de saúde. A gente sabia muito as coisas, mas as coisas que eles traziam. Algumas pessoas. Mas agora não, a gente vai buscar mesmo (FH75).

Muito importante porque ele está ali, com a comunidade. Deu lugar a população que estava em sua casa. A gente escuta o que eles querem falar com a gente. Desabafar. Eles acham importante. Confiam na gente. Perguntam porque o ACS não passou. Hoje, principalmente as pessoas idosas, já têm quem oriente sobre como tomar os remédios, que dia tem médica. E é muito importante. Eu tenho o melhor emprego do mundo [...] (FH109).

Intensidade que por vezes é dada por ocasião das justificativas para evocações que não a referiram. Como exemplifica a resposta para o seguinte questionamento: Por que você, ao ler agente comunitário de saúde, pensou em 'importante para a comunidade'?

Muito importante porque é o elo da comunidade. É uma pessoa que tá sempre levando e trazendo informações de um quadro [UM PROBLEMA DE SAÚDE] de uma família. ACS já tá dizendo tudo: a gente faz parte daquela família. Eu sinto a comunidade como uma família. Me sinto muito valorizada. Com minha idade, meus estudos, neste trabalho (FH86).

Ser importante é destacado nas entrevistas, quando os ACSs discorrem sobre a representação dos outros sobre si. Comentários que ainda retomaremos, não exclusivamente por causa das contradições, mas principalmente porque estamos abordando a identidade. Reafirmemos: a identidade também é a representação que o grupo tem dos outros sobre si.

Na minha área, graças a Deus sou bem aceita e todos têm o maior respeito e me considera bastante, acha muito importante (FH47).

É bonito e importante. Porque é a gente que vai lá pra comunidade, a gente é que vem pro posto e volta pra comunidade, pra dar resposta. Então é a gente que rala. Não é toda hora que médico e enfermeiro quer estar dentro da comunidade, sujando seus pezinhos, sujando seu carrinho, não! (MH83).

Observemos ainda que a importância do agente comunitário de saúde se relaciona com a descrição do seu papel profissional. Com este sentido, transcrevemos mais um discurso, que tem uma característica comum a outros, qual

seja: razões múltiplas para tal valoração.

Olhe, o serviço do ACS, ele é um serviço super importante, uma vez que você precisa ir de casa em casa e fazer o controle, a fiscalização em saúde, principalmente das áreas de risco e das demais áreas. O ACS vai ser a pessoa que vai orientar, que vai encaminhar, que vai conscientizar as pessoas, no sentido de fazer a sua própria saúde e o seu próprio bem-estar, tanto pessoal como ambiental. É a pessoa que vai dar o equilíbrio, tentar te dar pelo menos esse equilíbrio, que vai orientar, que vai tentar direcionar e fazer com que as pessoas, na sua coletividade, tentem fazer uma melhor saúde, tanto a mental, como a pessoal (MH5).

A valorização ainda é fundamentada a partir da percepção da importância do ACS para os outros: a família, as pessoas e as famílias da comunidade, e os profissionais da equipe. Faz o agente comunitário de saúde referência a recursos de que ele dispõe: **informações**. Seja sobre saúde, seja sobre a comunidade. Ilustremos:

Minha família me acha uma pessoa importante. Porque através do meu trabalho, eu aprendi coisas que eu não sabia. E que eu posso salvar uma vida. Em termos de informações (FH104).

Para eles [AS PESSOAS DAS FAMÍLIAS ACOMPANHADAS], a gente é importante. Eles contam os problemas que têm, sabendo que **a gente sempre ajuda**. Devido às orientações que a gente repassa para a comunidade. Os médicos também dependem do trabalho da gente. Se a gente não passasse as informações, eles não iam saber (FH114).

Extrapolando a análise da representação social em si, entendemos a informação tal como a concebe Lima (2001): uma forma de capital social. Segundo ele, a informação é um capital porque é referente às relações sociais, via trocas

permanentes entre os indivíduos, provendo a base para a ação social.

Ainda para Lima (2001, p. 50): “O uso das informações e sua manutenção nas relações sociais fazem com que estas possam ser utilizadas para diversos propósitos”. Contextualizando o agente comunitário de saúde, as informações servem para orientar sobre saúde, ou seja, para a **educação em saúde**. Mas é útil para seu reconhecimento pelos outros e sua conseqüente luta por distinções e por poder.

A auto-representação positiva, de um profissional valorizado, compartilhada pelos ACSs, nos remete a Abric (1998) quando afirma que as representações sociais permitem a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante.

Em parte é gratificante a gente poder ajudar as pessoas mais simples da comunidade. Em parte a gente não é bem reconhecida. Assim... pela Secretaria, que não valoriza muito o trabalho da gente. Não dá muitas condições. Não oferece muitas condições da gente atender melhor a comunidade (FH114).

É gostoso você poder ajudar alguém, entendeu? Você servir aquela pessoa, e saber que o trabalho que você foi lá, a informação que você levou, a ajuda que você prestou, serviu, de alguma coisa pra aquela pessoa. [...] depois que eu entrei, que fui me entrosando no trabalho, eu gostei. Gostei muito. A raiva que a gente tem, o ACS tem, a revolta, é por conta da falta de reconhecimento deles. Aí sim. Agora, pra prestar... a prestação de serviço ao povo, o trabalho que a gente faz é muito bom, é muito gratificante. Você ver e você resolver o problema daquela pessoa, daquela família que tava precisando disso, daquilo. Eu conseguir resolver! É muito bom você saber que aquela pessoa ficou bem porque você deu uma mãozinha (FH59).

O ser agente comunitário de saúde como gratificante, e em contradição com sua auto-representação de desvalorizado, aproxima-nos da identidade do ser professor como pesaroso e desafiador, e como motivo de frustrações profissionais, porém contraditoriamente gratificante (LIRA; DOMINGOS SOBRINHO, 2001).

Ainda nesta perspectiva, situamos a concepção de Tajfel (1983, p. 294), que articula as condições objetivas da relação intergrupar com uma dimensão cognitiva, fazendo da identidade social uma construção subjetiva - perspectiva psicossociológica:

[...] a identidade social dum indivíduo concebida como o conhecimento que ele tem de que pertence a determinados grupos sociais, juntamente com o significado emocional e de valor que ele atribui a essa pertença só podem ser definidos através dos efeitos das categorizações sociais que dividem o meio social do indivíduo no seu próprio grupo e em outros.

Por isso consideramos relevante enveredar por uma discussão relativa ao gostar de ser agente comunitário de saúde e às razões que fundamentam tais apreciações. Existe uma diversidade de fundamentos para este gosto (APÊNDICE B), não obstante sejam possíveis ressalvas.

[...] De manhã, de tarde, leva chuva, leva sol. A gente não tem um equipamento próprio pra ir trabalhar. Ganhei uma capa faz quatro anos [RISOS], a capa já se acabou. Fardamento, a gente não tem fardamento apropriado [...] Só roupa de campanha... A gente não tem um sapato pra andar na chuva, não tem uma capa, não tem uma sombrinha. Aí se você não tiver dedicação e gostar do que você faz, você desiste. Porque realmente o salário não é animador não [RISOS]. Tem que realmente gostar do que faz e ter dedicação, realmente. Porque se você não gostar, você não tem dedicação não (FH44).

Ah! De ser agente comunitário, gosto. Demais. Porque eu me sinto bem, ajudando as pessoas [...]. Porque ajudar o meu próximo me dá... me deixa muito gratificada. Eu me sinto bem. Eu me sinto bem mesmo [...] Sonho ser reconhecida, a categoria. Nós não somos reconhecidos. Imagine: eu, vai fazer X anos [...] mas tem XX. Faz mais de oito anos que trabalha. Imagine quantos anos nós já perdemos. Se formos postos pra rua, fica uma mão na frente e outra atrás. Sem ter direito a nada. A gente não tem o direito que o trabalhador tem (FH7).

Uma vez que o ACS gosta de seu papel profissional e se vê como um orientador, é importante destacar que, para Freire (1997, p. 159), a afetividade "Significa esta abertura ao querer bem a [SIC] maneira que tenho de autenticamente selar o meu compromisso com os educandos, numa prática específica do ser humano". Se a docência desperta nos professores a afetividade, a alegria, denominada por Freire de "força misteriosa", a qual é aceita por muitos como vocação, parece-nos ser apropriada sua analogia com o ACS. Isto nos possibilita entender porque, mesmo diante da precarização do trabalho, e embora fazendo ressalvas e/ou apontando outros aspectos negativos, este profissional enfatiza o amor e o compromisso diante dos usuários do sistema de saúde.

[...] porque é um dom você ser agente de saúde. Um dom que nem todos têm condições de vivenciar verdadeiramente o ser agente de saúde. Então pra mim é uma vocação. É como se fosse um chamado a ser, a se despojar, realmente, a buscar realmente, e levar aquilo... tudo que pudermos. Então vocação, isso aí vem de decisão porque como eu falei, a situação irregular da gente. Mas a gente tem aquela disposição. É um chamado. Vê isso, assim, como um chamado da vida (MH70).

[...] acho que foi esse dom que Deus me deu. Acho que Deus me botou no mundo pra isso. Porque ajudar o meu próximo me dá... Me deixa muito gratificada (FH7).

Ele escuta, orienta e procura ajudar, com respeito e dedicação. E ele tem o dom carismático de passar confiança, para a comunidade aceitar suas informações e soluções (FH28).

Estes dados nos levam a apontar o posicionamento de Strauss (1992, p.79), para quem a reivindicação de uma missão ocupa "[...] um papel no contexto de uma luta pelo reconhecimento e pela obtenção de um status institucional". Porém, como

nos embasamos na praxiologia bourdieusiana, é necessário destacar que apesar de compactuarmos com essa apreciação e com o posicionamento freireano acerca da vocação,

A lógica, essencialmente social, do que chamamos de “vocação”, tem por efeito produzir tais encontros harmoniosos [REFERE-SE AO ENCONTRO COM AS EXPECTATIVAS OBJETIVAS INSCRITAS IMPLICITAMENTE] entre as disposições e as posições, encontros que fazem com que as vítimas da dominação simbólica possam cumprir com felicidade (no duplo sentido do termo) as tarefas subordinadas ou subalternas que lhes são atribuídas por suas virtudes de submissão, de gentileza, de docilidade, de devotamento e de abnegação (BOURDIEU, 1999a, p. 73).

Não ignoramos que Bourdieu aqui faz referência às posições oferecidas às mulheres, pela estrutura fortemente sexuada, no que se relaciona à divisão do trabalho. Mas entendemos que esta pode se aplicar a qualquer situação na qual haja dominadores e dominados. Por isso, embora com base em Freire (1997) avaliemos que o ser agente comunitário de saúde desperta afetividade, não descartamos a possibilidade de existência de uma dominação simbólica cujas vítimas reconhecem a sua desvalorização perante a própria instituição que os instituiu e, como vemos mais adiante, se identificam com outros profissionais, a priori reconhecidos socialmente. Apesar de cogitarmos esta possibilidade em nossa análise, não podemos negar que a afetividade é saliente entre os agentes comunitários de saúde. Dado que nos faz pensar que assim como as representações sociais podem co-existirem dois sentidos para a vocação. Embora, ainda nos questionemos, pautados na avaliação sobre em ambas perspectivas – educação e enfermagem – o cuidado ser remunerado e disto decorrer a expectativa de qualidade. Para obtê-la “[...] é preciso não só dominar as técnicas necessárias, mas estar mediado por afetividade, nem que a expressão

deste afeto seja uma representação necessária [...]” (BORSOI; CODO, 1995, p.141). São nossos dados do Diário de Campo e nossa inserção relativamente longa no campo que nos permitem inferir serem genuínas as representações de afeto dos agentes comunitários de saúde. Ou, extrapolando o dito por Batista e Codo (1999), os quais defendem que os educadores não apenas precisam ser conscientes de seu papel, mas precisam estabelecer um vínculo afetivo e emocional com o educando. Esta necessidade se estende aos cuidadores. Se tivermos em conta que estamos tratando de educadores e de cuidadores de pessoas e de famílias com as quais existem outros laços afetivos, como amizade, parentesco e vizinhança, compreendemos porque outro elemento da configuração estrutural da auto-representação de si a ela se relaciona: a identificação do agente comunitário de saúde com o amigo e com os familiares. Além disso, embora de modo pouco compartilhado, com a feminização do agente, uma vez que seu trabalho foi ligado ao universo feminino da mulher, assim como o é, quando comparado a um dos papéis do círculo familiar: o de mãe.

Amigo, porque realmente a gente é amigo. Eles confiam na gente como se fosse um amigo. A gente se torna amiga deles. Eu tenho muitos amigos. Até nas ruas que eu não mais faço [AS VISITAS DOMICILIARES], as pessoas falam comigo, me tratam como amigo. Que na verdade, o agente de saúde pra mim é mais que um amigo, é um orientador. Que além de passar as orientações de saúde, com o passar do tempo se torna um amigo daquela pessoa. Eles adquirem confiança na gente. Por isso que a gente se torna amigo deles [...] Além de ser amigo, compreensivo, paciente e dedicado, o agente de saúde tem que ser também um pouco de mãe e às vezes de pai. Porque assim como as pessoas adultas precisam da gente, as crianças também acabam adquirindo até um certo laço. A gente chega, eles chamam a gente de tia. Então a gente tem que ter também um pouco de mãe, ser como fosse uma professora. Só que uma professora... não daquelas que fica lá sentada. Mas uma professora, fazer como diz mamãe, como uma tia, que orienta, que cuida: ‘Olha, obedeça a sua mãe, num sei o quê’. E até tem determinada casa que a gente chega, que as mães dizem: ‘Olha, dá um conselho a esse menino, que esse menino tá descuidado’. Então tem que ter também esse lado característico de pai, de mãe, também (FH44).

[...] ele é mais do que um educador. É um pai, é uma mãe, é tudo [RISOS] (FH75).

É muito extenso o trabalho. Tem casa que a gente é mais... Tem casas que a gente é até chamada de mãe, tia (FH64).

O ACS tem o papel de professor, de pai (FH113).

É um amigo, um... é um amigo. Mais do que isso. Eu não vou nem dizer assim: é uma mãe, é um... Mas é um amigo mesmo, porque acho que amigo já inclui a palavra mãe (FH16).

Quando compara seu papel profissional, principalmente ao de um pai e ao de uma mãe, está o agente comunitário de saúde fazendo analogia com cuidadores, no sentido mais amplo: protetores e benfeitores. Parece-nos então ser apropriado fazer referências ao agente comunitário de saúde como cuidador, em relações de 'cuidar de' e de 'cuidar com', conforme as descreve Tronto (1997), conforme anteriormente citado. De um modo geral, a analogia feita com o amigo, psicólogo, pai, mãe, são ancoragens, associando o não familiar a categorias familiares. Ou, como afirma Arruda (1998, p. 37): "O novo [...] desperta o passado, no qual se espelha para se fazer incorporar".

A fundamentação para as evocações relacionadas ao gostar de ser agente comunitário de saúde é diversificada, conforme exemplificamos a seguir.

Eu gosto de trabalhar com famílias. Gosto mesmo. Quando eu boto assim: trabalhar com famílias é porque a gente às vezes atende pai, mãe, avô. Nessa comunidade aqui, geralmente mora uma casinha na frente e tem várias casinhas que abriga duas, três gerações. E eu gosto disso, gosto mesmo. Graças a Deus. Quando eu chego: 'Graças a Deus que você chegou' (FH79).

Eu adoro ser agente. Apesar de ter muita cobrança. Faça isso, faça aquilo. Cobram muito da gente. Mas às vezes a gente vai cobrar e não tem o direito. Então, eu gosto muito do que eu faço. Trabalhar com crianças, hipertenso, gestante etc e outros (FH68).

Eu acho muito gratificante porque tem muita gente que sente a nossa falta, quando passamos vários dias sem fazer visita. Eu tenho várias pessoas que quando eu não passo lá, eles passam na minha casa [...]. A gente se apega a um, a outro. É muito bom. Eu gosto. Eu sou comunicativa, assim... Gosto de conversar, trabalhando e me dando bem com todo mundo (FH80).

A ênfase concernente ao gostar é demonstrada através da sua intensidade. Seja por via de hipérbole: “A melhor coisa do mundo” (FH4) / “[...] Tá até no sangue” (FH41). Ou por meio de advérbios, de adjetivos e de repetições: “Eu gosto muito de trabalhar como ACS” (FH6) / “Ah! Gosto. **Demais**” (FH7) / “Gosto, **com certeza**. Eu gosto de ser agente comunitário de saúde. Gosto. Gosto muito” (FH8) / “Gosto. **Muito**” (FH17) / “Eu **amo** ser agente de saúde” (FH45) / “Pra mim, é o melhor trabalho que tem” (FH49) / “Com certeza. Adoro fazer meu trabalho” (FH50) / “**Adoro. Ave Maria!** É o meu sonho [...]. Eu adoro, eu adoro” (FH56) / “Gosto. Gosto. Eu gosto **muito** mesmo” (FH91) / “Gosto, gosto, gosto” (MH118). Nos negritos das falas outra forma de ênfase dada ao gostar, qual seja, a entonação que ressaltou a palavra ou a expressão.

O gostar é referido mesmo diante de outras temáticas em discussão, como valorização profissional, diferenciação salarial, concurso para novos agentes comunitários de saúde. Por vezes, é fruto de comentários complementares, após a conclusão da entrevista.

Se eu não der valor, quem vai dar valor ao ACS? Então, é assim. A gente tem que mostrar o trabalho da gente. Eu gosto muito de ser ACS (FH6).

Sobre a diferença entre o salário dos agentes comunitários do PACS e do PSF e o aumento salarial, ainda estamos achando que o nosso trabalho não vai subir. Mas mesmo assim, vamos esperar. A gente não tem outra alternativa. Principalmente nós que gostamos de ser agente de saúde.

Temos que esperar mesmo. Pra mim é muito gratificante. Porque além de eu ser uma pessoa muito amorosa, sou muito comunicativa (FH17).

E o ACS tem que ser uma pessoa que gosta muito do trabalho. Não é pelo salário não, é pelo emprego. Será que o pessoal que está fazendo as provas agora tem o dom? Será que ele quer isto para ele? (FH40).

Porque eu trabalho muito com gosto, com gosto mesmo no meu serviço, apesar disso, de encontrar dificuldades (FH93).

O gostar de ser agente comunitário de saúde justifica evocações feitas para outros estímulos: “Saúde é **estar bem com o outro**. Porque nosso trabalho, eu encaro assim, como uma doação. Estar bem é estar disponível sempre ao outro. Ou seja, oferecer o que a gente tem” (FH86). “Educação para a saúde vem à mente que ACS é muito especial. [...] Eu me sinto especial por me dedicar inteiramente a ele. Eu gosto muito do meu trabalho. Gosto mesmo” (FH67).

As considerações de Valla (1998) sobre o apoio social ser um processo recíproco por gerar efeitos positivos para quem os oferece, nos dão outro subsídio para confirmar o gosto pela profissão. Todavia, apesar desta saliência do gostar, o mesmo não se isenta de dialéticas. Pois razões do gostar se articulam dialeticamente com outras para não gostar ou fazer restrições ao gostar incondicionalmente.

Gosto. Porque a gente se sente gratificado quando vê fazer alguma coisa de bem pra alguém. Às vezes a gente quer achar que não é bom, devido assim a alguma barreira que aparece, algum obstáculo. Às vezes a gente quer assim se entristecer, quando a gente é menosprezado ou menos valorizado... aí às vezes quer achar que não é bom. Mas no momento que a gente tá agindo, tá prestando ajudar alguma pessoa, que tá socorrendo uma pessoa, tá sendo útil a alguém, eu me sinto bem (FH51).

**Gosto de ser agente de saúde.** Porque conheço todo mundo. Gosto de ajudar. Mas os sonhos estão se acabando. Se tivesse um plano de saúde

não estaria ali [...]. A gente arrisca a vida da gente bote aí [...] Isso aí pode botar e inclusive escrever [REFERÊNCIA FEITA PORQUE ANTERIORMENTE FOI ABORDADO UM ASSUNTO RELATIVO A UM PROBLEMA NA COMUNIDADE, PARA O QUAL X SOLICITOU QUE NÃO FOSSE FEITO REGISTRO]. Um dia fui na secretaria [...] para o ACS então a recepção já é outra. Parece que é feio ser agente de saúde. **Eu não gosto de ser agente de saúde** (FH65).

Apesar que eu gostaria de poder oferecer mais as pessoas. Porque elas confiam tanto na gente. Elas esperam tanto da gente. A gente vê a admiração delas por a gente. Porque tudo que elas vêm perguntar, assim na orientação, na educação dos filhos, o que fazer. Então, eu gostaria de poder fazer mais, [...]. Muita gente não tem nem o dinheiro da passagem, quando precisa ir pra um especialista. [...]. A gente pensou até que ia melhorar com Lula. Mas ninguém tá vendo nada até agora [...] Com esse salariozinho que tá aí, sinceramente, se eu conseguisse uma coisa, que ao menos fosse de carteira assinada, e que me desse ao menos o décimo terceiro, me desse férias, eu trocava, sinceramente. [...] passar dois expedientes, trabalhando por uma coisa que você não tem expectativa de melhora de nada (FH44).

É um trabalho bem humano. E de ótimos resultados, quando se tem apoio. Quando não, ele age com o coração e continua fazendo o seu trabalho (FH21).

Ao discorrer sobre o gostar, ou seja, sobre afetividade, estamos fazendo referência a um dos elementos da configuração estrutural da representação social de agente comunitário de saúde: **gratificante**.

Em parte é gratificante a gente poder ajudar as pessoas mais simples da comunidade. Em parte a gente não é bem reconhecida. Assim... pela Secretaria, que não valoriza muito o trabalho da gente. Não dá muitas condições. Não oferece muitas condições da gente atender melhor a comunidade (FH114).

Eu adoro ser uma ACS [...] Só que tem horas, assim que dá vontade de eu desistir de tudo. Desistir assim... não porque eu não gosto do que eu faço. Por causa das pessoas. Depois dessa bolsa alimentação... Aí eu soube que disseram que eu botava por cara. 'Não, bota fulano, não bota a mim. Eu também preciso'. Eu sei que todo mundo precisa. Eu ajudo tanta gente aí. Muita gente, eu ajudo. Todo mundo precisa. Mas não é por cara. É porque eu recebo ordens. Então, se disserem: tem 20 vagas. Eu não posso dizer que venha 30 pessoas. Quando eu chego aqui tem mais de 40. Aí vem pra cima de mim. 'Não, porque você bota por cara'. Então isso me revolta. Eu fico muito revoltada. Porque as pessoas não entendem. Pensam que eu não faço nada. Eu digo: minha gente, eu corro muito. Eu ando demais. Eu sou sozinha, pra 176 famílias, fora o que falta cadastrar. Já outro dia eu disse:

eu to vendo a hora eu apagar. Pra dar conta de tudinho, final do mês tá tudo ali, direitinho. Criança pesada. Então, tudo sou eu (FH68).

Gosto. Eu só fico triste pelas coisas que acontecem, assim. Porque a gente, às vezes, quando pede uma visita, e o médico não quer ir. Porque eu, quando entrou o PSF logo, cheguei a dizer, numa reunião, que eu fiquei muito decepcionada. Porque eu passei X anos no PACS. E os agentes sempre esperaram que quando entrasse o PSF, ele ia ser melhor. A gente ia poder atender melhor o pessoal. E não foi. E isso me deixou muito decepcionada. Eu fiquei muito triste. Muito desestimulada no meu trabalho. Agora não. Agora eu já me readaptei. Mas eu fiquei triste com isso (FH84).

Destacamos que é possível haver uma delimitação em duas partes: o que é e o que não é gratificante. Assim como é possível existir uma oposição entre o gostar e o ter raiva. O que significa que um mesmo agente comunitário de saúde pode se perceber como importante, mas se avaliar negativamente.

[...] Gosto muito. Tem um lado negativo. Eu gosto porque eu sinto satisfação no que faço. É bom ajudar. É bom quando eu chego e alguém me dá um cheiro. Aquela pessoa... Ah! Meu Deus! Que me preza. Cartão de Natal [...]. Tudo dá uma satisfação enorme. O lado negativo é assim: porque uma vez que a gente fez uma brincadeira [...]. Que você contou uma historinha para do outro lado encontrar algo que lhe desse segurança [...]. Eu falei que eu queria um carro de vidro blindado. Eu queria ficar num espaço, num espaço, num vidro, numa caixa, num redondo. Algo assim blindado. Por quê? Porque tem o perigo. Gente! Não adianta dizer que não tem. A gente trabalha na comunidade, pede sigilo, tem cuidado, tem a satisfação, como eu falei, tudo isso que eu falei. Tudo isso tem na comunidade. Principalmente sigilo muito, cuidado muito [...]. Saber onde você está pisando [...] (FH8).

A relação entre o gostar e as dificuldades e/ou desvalorização da profissão impõem a necessidade de gostar para permanecer agente. Este dado permite compreender a existência de elementos normativos na representação de si, como dedicação e paciência. Parece justificar a representação da profissão como um dom.

[...] se você não tiver dedicação e gostar do que você faz, você desiste. Porque realmente o salário não é animador não [RISOS]. Tem que realmente gostar do que faz e ter dedicação, realmente [...] (FH44).

Pra você ser um agente comunitário, você tem que se dedicar no que você faz. Se você não gosta do que você faz, se você não gostar de visita... Porque muitas vezes a gente chega na casa da pessoa... não é todo dia a pessoa tá com cara bonita. Aí, então, tem que ter aquela dedicação, tem que saber... tem que gostar do que faz (FH57).

Muitas pessoas acha que é fácil ser ACS, que ganha bem. Esse pessoal do concurso agora. Mas precisa estar preparado para o que vem depois. Porque o médico e a enfermeira trabalham com os dados do agente. Fornecer dados verdadeiros, não inventar. É um desafio trabalhar como agente... Por conta que se você faz um ideal e não é aquilo, aí fica decepcionado. Você imagina que seria assim, aí você vê a importância do trabalho. Tem gente que acha que a gente trabalha e ganha bem, que somos funcionários da prefeitura. Mas nós não somos funcionários de nada. Porque na realidade eles não reconhecem a gente. É como o caso do trabalhador rural. Quem trabalha na cidade, já começa no supermercado, tudo empacotadinho, sem se preocupar com o trabalho dele. Porque a gente é maltratado pelo povo também. Não é só pelo sistema. Mas mesmo assim, mesmo sendo maltratado, temos que pegar as informações corretas. Se eu disser que tem 30 hipertensos, tem que ter, para poder vir a medicação correta. Senão tem morador esculhambando, no meio da rua, porque eu não pude levar o remédio que faltou. Maltratado mesmo, pois eu tive esta experiência (FH71).

As narrativas relacionadas ao lado negativo do gostar de ser ACS nos possibilitam tecer comentários acerca de problemáticas inerentes às condições de vida da clientela atendida: “[...] tem o perigo” (FH8) / “A gente arrisca a vida da gente” (FH65).

Destacamos ainda ser aceitável haver uma percepção negativa acerca do que os outros pensam sobre o ACS, e mesmo assim existir uma auto-representação positiva.

Eu gosto de ser o que eu sou. E muitas pessoas acham que só porque são agentes, é uma pecinha pequena. Pra mim, eu não me sinto pequena, me sinto muito grande. Porque o agente, ele é mais importante [...] ele é mais importante do que qualquer doutorado. Porque o agente conhece a comunidade, conhece as famílias, e sabe todos os problemas. É tanto que uma equipe médica, ela não entra numa comunidade, se o agente não tiver por perto. Então eu acho uma parte muito importante do agente (FH104).

A dualidade pode ser registrada através das evocações de um mesmo agente comunitário de saúde: “Profissão desvalorizada” / “É tão importante para a comunidade” / “Através deste trabalho, ela educa a comunidade” / “Que um dia exista alguém que possa valorizar esta profissão” (FH9).

Este dualismo nos remete a um debate mais aprofundado acerca da identidade do agente comunitário de saúde como desvalorizado. **Desvalorizado** é um dos elementos da segunda periferia da sua auto-representação e é mais um indício desta característica das representações.

Esta valoração negativa não significa dizer, entretanto, que a identidade destes profissionais deixa de ser gratificante. Atentemos também ainda para o fato de que os elementos normativos de valorização positiva são nucleares na representação social do agente comunitário de saúde, enquanto o negativo é da segunda periferia, portanto menos compartilhado. Dado que se explica por causa da função identitária das representações sociais. Abric (1998) destaca que a representação social do próprio grupo é sempre marcada por uma super avaliação de algumas de suas características, ou de suas produções, para garantir uma imagem positiva do grupo de inserção.

Outras características qualificadoras denotam um sentido positivo. Como é o caso do conteúdo verbalizado na seguinte explicação para o gostar de ser ACS.

Gosto de ser agente comunitário. Muito. Pra mim é muito gratificante. Porque além de eu ser uma pessoa **muito amorosa**, sou **muito comunicativa**. E isso, pro agente, tem uma influência fundamental. Porque se o agente, ele se inibe em se expressar, fazer uma pergunta mais... porque muitas vezes a gente acha que a pergunta não é conveniente eu fazer a dona fulana... mas eu preciso saber isso dela. Pra dizer alguma coisa a ela. Se ele não souber fazer, vai ficar ruim pra ele. E se o agente, se ele não for realmente uma pessoa comunicativa, uma pessoa amorosa, uma

---

---

peessoa que saiba o que está fazendo, ela não vai se dar bem nunca como agente de saúde (FH17).

Iniciar uma exposição dos motivos que justificam o gostar de ser ACS seria aqui interessante, contudo, só posteriormente é que a fazermos. Mais apropriado agora é enfatizar que as dialéticas entrelaçadas ao ser gratificante exemplificam as características aparentemente contraditórias das representações sociais, que conforme já referimos, segundo Abric (1994a) são consensuais, mas marcadas por diferenças interindividuais. De modo igual, ressaltarmos a relação existente entre as representações sociais dos objetos sociais.

Necessário se faz ainda destacar que, apesar de nos termos proposto a discutir o sistema central da representação, enveredamos por um comentário sobre um elemento do sistema da primeira periferia: gratificante. Discussão que nos encaminhou para um outro elemento da segunda periferia: desvalorizado. Esta estrutura na exposição dos resultados da pesquisa é resultado de um dos princípios das representações sociais: em torno do sistema nuclear se estrutura o periférico. Compreendemos que ocorre, então, uma relação intersistemas, a qual direciona para uma circularidade que impede a separação de um sistema ou mesmo de um elemento, a não ser a título de ilustração. Então, para retomar nosso foco para o sistema central, destacamos o elemento **amigo**.

Antes de discutir tal autocategorização, convém comentar sobre a afetividade na prática do agente comunitário de saúde, dado que nos reporta à afetividade na docência, conforme a descreve Souza e Mendes (2001): ora interligada à vocação, num sentido de doação, de missão; ora à profissão, apresentando-se como uma qualidade que os professores julgam necessária à atividade docente, ou como uma construção desenvolvida nas interações humanas fincadas à prática educativa. A

afetividade é demonstrada por Oliveira (1998), ao identificar que um complexo representacional de cunho defensivo leva os professores a significar o próprio trabalho como um “ato-heróico”. Heroísmo que apresenta algumas características básicas do mito: a ênfase na vocação inata, hereditária e divina; a tendência para a doação e para o sofrimento; além da expectativa de um futuro glorioso. A tendência para doação foi constatada por Soares (1999) no estudo sobre as representações sociais de educador, construídas por professores e profissionais do quadro administrativo, técnico e operacional de uma creche pré-escola pública. Este dado faz fortalecer a nossa inferência acerca da vocação do ACS ser uma disposição constitutiva de um *habitus*. Nas palavras de Bourdieu (2000, p. 61): “[...] Um conhecimento adquirido e um haver, um capital (de um sujeito transcendental na tradição idealista) [...] Indica a disposição incorporada, quase postural [...]”.

Tal ilação provém igualmente de uma ponderação de Perrusi (2000, p.81), com a qual compactuamos, sobre “[...] a vocação como uma série de predisposições básicas, construídas socialmente, relacionadas a uma profissão determinada, representando um conjunto de valores que interpelariam e legitimariam a finalidade e a ação de tipo profissional”. Segundo ele, por meio da socialização profissional, a vocação se constitui num médium através do qual o indivíduo interioriza os valores, assim como as regras e as normas da profissão, incorporando-os ao seu mundo interior e tornando-os “pessoais”. Não exclusivamente as representações sociais dos agentes comunitários de saúde nos fazem inferir a existência de um *habitus*, mas suas práticas cotidianas. Neste sentido, Monteiro (2003) defende que, de um modo geral, as ações não resultam de um planejamento racional, porque elas refletem a reprodução de comportamentos aprendidos e internalizados, conforme sugere o conceito de *habitus* proposto por Bourdieu.

Sobre o elemento identitário auto-atribuído, **amigo**, trata-se de uma metáfora, a qual, através de nossas observações, inferimos ser compartilhada pelas pessoas das micro-áreas de atuação dos agentes comunitários de saúde. Principalmente pelos idosos. Presenciamos, por exemplo, cenas de carinho (abraços, beijos, acenos). Teceremos os comentários mais adiante. Não abandonemos nossa focalização para o ser amigo. As justificativas para este elemento podem ser demonstradas através dos discursos seguintes:

Amigo, porque realmente a gente é amigo. Eles confiam na gente como se fosse um amigo. A gente se torna amiga deles. Eu tenho muitos amigos. Até nas ruas que eu não mais faço [REFERE-SE ÀS VISITAS DOMICILIARES], as pessoas falam comigo, me tratam como amigo. Que na verdade, o agente de saúde pra mim é mais que um amigo, é um orientador. Que além de passar as orientações de saúde, com o passar do tempo se torna um amigo daquela pessoa. Eles adquirem confiança na gente. Por isso que a gente se torna amigo deles (FH44).

[...] o princípio de tudo, eu coloquei em primeiro lugar, amizade [REFERE-SE À PRIMEIRA EVOCAÇÃO]. Que eu acho que é fundamental a gente ter amizade com a comunidade. Porque sem amizade, como é que eu vou entrar na casa do pessoal, não é? [...] porque a partir dessa amizade, eu vou orientar, posso ajudar (FH16).

Estes discursos envolvem duas relações distintas de compreensão. A amizade é decorrente do processo de orientação. A amizade é o que a possibilita. Ao estabelecerem um vínculo de amizade com os usuários do PSF, os ACSs não estão negando sua identidade profissional, pois, para eles, ser profissional e ser amigo não se contrapõe. Na realidade, inferimos, o exercício profissional do agente comunitário de saúde favorece o fortalecimento de vínculos.

Tem que ser amigo da comunidade. Que é uma coisa que a gente é. Muito amigo. [...] no meu caso, eu moro aqui há X anos dentro dessa comunidade que eu trabalho pra ela. Existe muita gente que são pessoas que eu vi nascer e se criar e que hoje tem filhos. Aí a coisa já facilita muito para o agente comunitário. É acesso a sua residência, é contato de qualquer coisa que você queira, como agente comunitário. Eles se prontificam (FH50).

A gente passa a ser tão íntimo daquela família, que a gente se torna amiga. A gente acaba se envolvendo nos problemas deles, a gente acaba sofrendo com eles. Participa das coisas boas com ele, das festas de aniversário [RISOS]. E dos velórios também. A gente tá sempre por perto. De uma maneira ou de outra, a gente tá sempre por perto (FH76).

[...] quando a gente vem fazer o contato, começa a conhecer a comunidade, a gente vai tendo assim conhecimento... Se a comunidade chora, a gente chora junto. Porque a gente é como se fosse uma família. [...] eu tenho a comunidade como uma família. [...] Porque a gente procura tá ali, ajudando. De qualquer forma, de qualquer maneira, pra agradar. No meu trabalho eu sempre faço isso: eu procuro agradar a minha comunidade [...] (FH77).

Não exclusivamente no que diz respeito aos vínculos percebidos pelos agentes comunitários de saúde, mas na prática, os mesmos acontecem, conforme o registro de nossas observações. Salientamos, então, a sua importância. Oliveira (2001) comenta que a necessidade do estabelecimento de relações primárias significativas ou redes psicossociais de apoio tornam possível a segurança pessoal e social, a qual independe de políticas públicas e institucionais e vêm se sobressaindo como proposta de promoção da saúde. Como o agente comunitário de saúde desenvolve, no âmbito do PACS e do PSF, atividades de **educação em saúde**, o vínculo com os usuários destes programas terá dupla vantagem.

Ainda sobre a auto-representação do agente comunitário de saúde como amigo, podemos inferir que a mesma está relacionada à sua representação como alguém que não exerce simplesmente as atividades esperadas dele institucionalmente, mas que ajuda, é solidário, é de confiança. Porque na prática, assim como relatam Brito e Medeiros (2002), sua rotina é a de um amigo, pois mesmo em período de férias ou em finais de semana, acompanha gestantes à

maternidade e doentes a hospitais; porque reparte seu alimento com quem não o tem; porque mobiliza a vizinhança para cooperar com uma família cujos pais estão desempregados, entre outras práticas. Pessoa de confiança porque, para eles, parece ser esta a condição para ser amigo: o guardar segredos.

Um amigo, porque a gente tem muita confiança. Como marido e mulher, filho e mãe. Porque o agente é um amigo. Tem confiança em você. Sabe que eu não vou dizer noutra lugar. Eles dizem que você é uma amiga. Sabe escutar e dizer as palavras certas (FH109).

O ACS é amigo da comunidade. O ACS representa para a comunidade uma pessoa de confiança. Visitas as famílias cadastradas (FH24).

Faço oito visitas diárias, no Programa das Famílias, agora. Então, muitas vezes, eu faço uma visita. [...] Demora assim, quando é um diabético, um hipertenso, então, quando encontra alguém com problema, uma pessoa com depressão. Ah! Isso é uma manhã. Porque isso preocupa. Enquanto eu não ver que a pessoa está bem, eu não consigo sair dali. Eu sou movida, assim... pela aquela, aquela emoção que eu não sei bem o que é (FH8).

Pelo exposto, amizade e ajuda estão articuladas. **Ajudar**, que é um elemento funcional e descreve o papel do agente comunitário de saúde, segundo eles próprios e não de acordo com o que é instituído pelos programas de saúde, não se contrapõe a ser profissional.

O agente comunitário ajuda, passando informação. Porque às vezes tem muitos problemas que elas não sabem a quem procurar. No caso, tem um exame de alto custo. [...]. Mas ela não sabe como resolver esse problema dela. Eu soube. No HU [HOSPITAL UNIVERSITÁRIO]. Como eu sei, como já tive a informação, você acaba bancando pelo telefone, você vai tendo acesso, não vai poder mais se levantar de madrugada. Então eu acho que tô ajudando a comunidade, ao passar essa informação pra elas. Como às vezes tem problema de lixo. Como tem na comunidade da nossa companheira. E sempre ela conseguiu resolver um bocadinho de coisas. Procurando resolver tudo, nós vamos chegar a resolver, assim, onde tem associações, procurar o presidente da associação [...]. (FH4).

Não quisemos com este exemplo sugerir que entre as atribuições do ACS não esteja instituída a atividade de orientação. Quando o descrevemos, chegamos inclusive a destacá-la. O que estamos salientando é que a ajuda é representada como uma postura que caracteriza uma identidade profissional, exclusivamente por quem a exerce. Ou seja, é uma referência identitária do agente comunitário de saúde. Ainda destacamos ser esta uma referência compartilhada pelos agentes comunitários de saúde do município de Campina Grande, estudados por Brito e Medeiros (2003). Embora outros significados sejam dados ao elemento ajuda, e existam outras relações deste elemento, a sua nuclearidade, comum aos dois grupos de ACSs, somada aos dados do Diário de Campo, nos faz inferir que estes profissionais traduzem o que Morin (1996, p. 22) afirma sobre a solidariedade:

[...] a única maneira de salvaguardar a liberdade (da existência de todas as vidas), é que haja o sentimento vivido de comunidade e solidariedade, no interior de cada membro, e é isso que dá uma realidade de existência a uma sociedade complexa. Portanto, a solidariedade é constituinte desta sociedade.

Estamos desta forma interpretando que, embora **ajudar** seja um elemento representacional inferido por nós como funcional, tem objetivo voltado para a normatividade. Em outras palavras, deduzimos existir uma decodificação que o papel do ACS é ajudar. Utilizando as próprias palavras de um deles: o agente é “ajudante” (FH114).

Pertinente parece-nos destacar os comentários de Santos (1990) concernentes ao papel profissional como forma de satisfação da necessidade de prestígio e de valorização de si, ou uma necessidade de ser amado e aceito, e uma fonte de ação e produção de ação que permite um sentimento de ser útil, de servir a algo. Esta parece ser uma inferência possível diante do fato de ser a ajuda um elemento do sistema central da representação social de ser médico, para alunos do curso de medicina (SILVA; TURA; MADEIRA, 2003); de ser ajuda uma representação compartilhada por agentes comunitários de saúde do município de Campina Grande (BRITO; MEDEIROS, 2003).

Este resultado comum nos conduz a uma idéia defendida por Telles (1994), qual seja, que as relações de favor que sempre determinaram o padrão de sociabilidade que prevalece na cultura brasileira, onde o direito às condições básicas de sobrevivência ainda não foi conquistado, transformam a maioria em não-cidadãos.

Silva; Tura e Madeira (2003, p. 245-246) fazem uma análise referente à ajuda como elemento do núcleo central da representação social de alunos do curso de medicina sobre ser médico, que pode ser aplicada aos agentes comunitários de saúde: “Quem presta ajuda é uma pessoa amiga, é bem vista e querida por realizar uma ação solidária. [...] a fim de efetivar a ajuda, esta deve ser realizada com amor, dedicação, solidariedade e compreensão. [...] Ajuda e respeito também caminham juntos”.

Com estas comparações, não estamos afirmando que os estudantes das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro possuem, do ser médico, as mesmas representações que os agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa possuem de si. Isto nos colocaria em confronto com nossa fundamentação teórica,

posto que, segundo a Teoria do Núcleo Central, não é o conteúdo de uma representação que define sua equivalência com a representação de outro grupo ou de outro objeto, mas sim a forma como esta se organiza<sup>35</sup>. Apenas algumas das relações entre os elementos, independente de serem centrais ou periféricos, aplicam-se aos dois grupos.

Mais uma vez focalizando os dados do nosso estudo, assinalamos que para ser possível desempenhar seu papel profissional, precisará o ACS **ser amigo, disponível, solidário, paciente e dedicado**. Sublinhados aqui, dois outros elementos da segunda periferia da representação. Ilustramos com um exemplo:

Tem que primeiro ouvir contar, escutar direitinho. Se a pessoa se porta de uma maneira, a gente vai acompanhando o jeito daquela pessoa, tentando resgatar ele daquela situação. E também tem que ser bem disponível. E ajudador. Acho que é isso aí. Devia ser assim. (FH51).

Realmente tem que ter essa dedicação com a comunidade, em todos os sentidos. Chega numa visita e tem problema. O agente de saúde não é só agente de saúde. É amigo, é confidente. Tem uma senhora na comunidade [...] que às vezes eu passo três vezes por mês na cada dela. Porque ela se sente muito sozinha. É se dedicar bastante. Ouvir sempre. Ser paciente com a comunidade [...] (FH67).

Embora haja uma série de valores requeridos para desempenho de suas atividades. Em síntese, o ACS precisa ser solidário. Solidário, mesmo que a solidariedade possa ser interpretada como necessária e como algo que se aprende.

---

<sup>35</sup> No estudo de Silva, Tura e Madeira (2003), por exemplo, o elemento responsabilidade, que é periférico na representação social de agente comunitário de saúde, é central para os estudantes de medicina. Assim como amigo, central para os ACSs, é periférico para os estudantes.

Solidariedade é onde eu vejo... É o principal... A porta da entrada nossa é essa. Porque o que a gente mais sente é isso. As pessoas, quando a gente vai fazer as visitas, as pessoas, geralmente, estão precisando... Nem só em relação à saúde. Uma ajuda... uma orientação... mesmo a gente não tendo capacidade de orientar. Mas eles sentem um apoio na gente. Conforme a gente vai fazendo as visitas, eles vão desabafando os problemas deles com a gente. Então a gente tem que saber ser solidário. [...] a gente acaba se envolvendo com os problemas deles. A gente vai dar aquela atenção, vai aconselhar, na medida do possível. [...] A gente ajuda, no máximo... E realmente porque a necessidade dos outros, problemas de saúde, a gente acaba se envolvendo. Procurando o máximo possível ajudar. A gente não vira só um orientador. A gente tá sempre procurando ajudar aquela família [...] Então, a gente tem que ser solidário. Então a solidariedade faz parte... Mesmo o agente de saúde, ele aprende a ser solidário. Mesmo se ele não tiver esse sentimento aí, ele vai descobrir, trabalhando. E se ele realmente gostar, ele acaba se tornado solidário, porque é uma coisa que tá envolvida, não tem como você separar. Por isso que eu acho que solidariedade faz parte do nosso trabalho (FH59).

O discurso que acabamos de apresentar leva-nos a inferir a existência de uma representação da disponibilidade para ouvir como uma forma de ajuda, como solidariedade, posto que há uma interpretação da possibilidade da supremacia de ser escutado, em comparação com o cuidado medicamentoso. Ajuda-nos a fazer esta inferência a seguinte afirmação: “O pessoal carente às vezes precisa mais de uma conversa do que de remédio” (FH10).

Ainda acerca do ser solidário, postulamos que ajuda é a forma como os agentes comunitários de saúde decodificam a solidariedade. Pois a ajuda não está atrelada à piedade ou ao assistencialismo. Com base neste postulado e nas nossas observações, cogitamos a possibilidade de empreendermos um estudo sobre a representação que estes profissionais constroem deste objeto. É que estamos nos questionando se não estaríamos diante de representações que se caracterizam por relações de encaixe, conforme as descreve Abric (2003).

Comentários dos agentes comunitários de saúde sobre o contexto de pobreza que os cerca possibilitam-nos inferir a existência de uma relação entre a sua compreensão sobre ser a sua situação sócio-econômica, mesmo diante da sua

precarização do trabalho, diferente (para não dizermos melhor) da maioria das famílias de sua vizinhança. Ao nosso ver, esta é uma representação que se articula com a sua identidade de solidário, daquele que ajuda.

A gente lida diretamente com a pobreza. Com fome. Teve um senhor, que não é da minha área, que foi interno, desnutrido por falta de nutrientes. Ficou quase doido. Desmaiando, só dormindo, caindo. Esse homem é de outra área. Mas quando um tem um problema, a gente ajuda. [...] Ele estava quase em coma. [...] Liguei para os Bombeiros (FH64).

[...] a necessidade dos outros, problemas de saúde, a gente acaba se envolvendo. Procurando o máximo possível ajudar. [...] A gente tá sempre procurando ajudar aquela família. Eu sei, com muitos problemas. Sabe que o agente de saúde enfrenta muitos problemas, [hoje], a fome, falta de dinheiro pra tudo. Então, a gente tem que ser solidário (FH59).

Com relação a esta articulação entre ajuda, solidariedade e pobreza, destacamos que Silva e Dalmaso (2002, p. 181) identificaram, entre as principais motivações para o trabalho de ACSs do Projeto Qualidade Integral em Saúde (PSF/Qualis– SP):

[...] o contato com a população concebida como carente, traduzido principalmente pela “ajuda”. [...] Quanto ao significado do seu trabalho, destaca-se a solidariedade, traduzida pelo “sentir-se prestativo”, com ênfase à faceta humanística (um dos destaques da estratégia PSF) que às vezes, tendem para o messianismo.

Além da representação social do agente comunitário de saúde do município de João Pessoa como um profissional que ajuda, é solidário e amigo, existe uma avaliação sobre serem estes descritores de uma forma de apoio, principalmente para

os idosos. Mas não podemos inferir ser esta uma representação do apoio social com todas as características que o define. Ou melhor, como qualquer informação oferecida por grupos ou pessoas com os quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos, conforme descreve Valla (1998). Existe apenas a representação dos seus efeitos emocionais.

Antes de analisarmos uma outra dimensão interpretativa da ajuda, salientamos quanto os dados destas pesquisas concedem base para uma discussão referente à solidariedade diante da pobreza e da doença. Stotz (2003) discute a polissemia do termo, sua vinculação a diferentes tradições e as ações de solidariedade na saúde, o que demonstra, ao nosso ver, a necessidade de aprofundamento do debate. No entanto, fazemos apenas o registro do mesmo, para não nos distanciarmos dos nossos propósitos.

Um outro significado da ajuda pode ser identificado através de respostas dadas para o questionamento sobre o que faz um agente comunitário de saúde:

[...] a partir dessa amizade, eu vou orientar, posso ajudar. Através das minhas orientações eu posso ajudar (FH16).

[...] Tratar os diabéticos, **ajudar** os que têm pressão alta e dar informações sobre doenças transmissíveis (FH6).

O ajudar referido neste último discurso não diz respeito exclusivamente às orientações propriamente ditas, mas a passar na casa do hipertenso, depois do término do horário de trabalho e/ou nos finais de semana, por exemplo, para lembrar que não é para comer 'jabá', para saber se ele tomou a medicação. Neste mesmo sentido, procurar as mães para vacinar os filhos por vezes significa literalmente levá-los para tomar a vacina. Como justificou uma ACS, não dá para deixar menino sem

vacina.

Porém, uma das evocações combinadas permite-nos identificar uma articulação entre o ajudar e a atividade de orientação: “É uma pessoa que está disposta a orientar e ajudar” (FH7F). A associação entre estes dois elementos será retomada quando abordarmos o elemento orientador.

Ademais, são justificativas para a importância do ser agente comunitário de saúde o prazer decorrente da ajuda e a preocupação em ajudar. “É sempre bom ajudar. O agente se preocupa em ajudar. Andando e firme. Consciente que é importante” (FH113).

Destaquemos, aqui, o gosto e a satisfação em ajudar. Esta é a principal razão apontada para o gostar de ser agente comunitário de saúde.

Adoro ser agente comunitário. Ave Maria! É o meu sonho. Assim, de tá conversando com eles. Assim... perguntando o que eles tá sentindo. Eu querer ajudar, poder ajudar. Eu adoro, eu adoro. Eu gostaria de chegasse um dia e dizer: ‘X, eu tô precisando de você’. E eu dizer: eu tô aqui, pra lhe servir. Adoro, adoro essa parte (FH56).

[...] no momento que a gente tá agindo, tá prestando ajudar alguma pessoa, que tá socorrendo uma pessoa, tá sendo útil a alguém, eu me sinto bem (FH51).

A ajuda se relaciona ao gosto pela escuta que é feita: “É tão bom você poder ouvir uma pessoa e poder ajudar” (FH4), e ao gostar de falar: “Eu gosto muito de falar, de ajudar as pessoas (FH57)”. Mas, atrelada à escuta, está a sua importância, que se manifesta através de uma complexidade de argumentos. Uma das evocações ‘combinadas’: “Uma pessoa amiga que gosta de ouvir” (FH51), assim como sua justificativa, demonstra o dito:

Antes de orientar tem que ouvir. O agente é uma pessoa que gosta de ouvir porque principalmente é a função dele. Se ele não ouvir, ele não vai poder orientar. Que não vai chegar num lugar e orientar determinada pessoa, se a gente não ver, não ouvir, não entender pra poder orientar naquilo que for preciso. Eu acho que a gente tem que ver, conversar direitinho, saber qual o problema, pra saber qual a orientação que vai dar (FH51).

O exemplo dado parece nos afastar da discussão referente à ajuda. Acreditamos, porém, que mais uma vez, estamos diante de um dado que demonstra haver um imbricar de representações entre os objetos sociais. Mais que isto, queremos indicar que, no presente estudo, embora ouvir seja um elemento de baixa frequência de evocação – ele sequer está presente na segunda periferia da configuração estrutural da representação social de agente comunitário de saúde -, nem por isso deixa de ser importante, nem perde sua característica de ser um dos elementos que protegem o sistema central.

É tanto, que o gosto pela escuta é caracterização de muitos. Identificamos este dado nas entrevistas e nas observações. E, ao justificar as razões do gosto pela ajuda, evidenciamos que ao agente comunitário de saúde igualmente agrada falar e conversar, embora o ser comunicativo<sup>36</sup>, exemplificado a seguir, seja um conteúdo representacional mais individualizado.

A gente se apegar a um, a outro. É muito bom. Eu gosto. Eu sou comunicativa, assim... gosto de conversar trabalhando e me dando bem com todo mundo. Eu gosto (FH80).

<sup>36</sup> Quando aqui apresentamos um elemento representacional ausente da configuração estrutural, remetemos o leitor para a evocação 'comunicativo', cuja frequência foi igual a dois, mas que, no entanto como se articula a outras evocações, embora desconsiderada, não fica descontextualizada do todo e, conseqüentemente, da discussão.

Ser um agente de saúde tem que ter muita comunicação. Porque tem que tratar bem, assim no meio de conversas, se entender. Assim, quando eu digo assim... quando alguém chega aqui e diz: mas aquela menina é tão comunicativa, ela trata a gente tão bem! Porque raramente tem pessoas que trabalham no ambiente, que é uma pessoa assim fechada. Então as pessoas: 'Nunca mais vou naquele posto ou então em qualquer outra unidade, porque a menina me tratou super mal' (FH68).

Não estamos desconsiderando que “As perguntas são quase que um convite ao entrevistado para falar longamente, com suas próprias palavras e com tempo para refletir” (GASKELL, 2002, p. 73), mas muitos dos discursos que vêm sendo apresentados são longos por assim ser a forma deste profissional expor seus posicionamentos. Por isso, freqüentemente, fizemos cortes<sup>37</sup> nas transcrições. A longa duração da fala conclusiva após o término dos questionamentos nos dá testemunho deste gosto, ou, como inferimos, desta disposição do *habitus*.

Registramos o seguinte no Diário de Campo: ‘X descreveu-se como muito comunicativa. Pretende cursar psicologia. Quer ser sexóloga’. Assim afirmou ela: “Minha paixão pela psicologia é que eu gosto de falar. Sei que minhas palavras são atendidas” (FH64). Este dado nos remete a um outro, que, embora não presente na configuração estrutural apresentada, pois foi evocação feita duas vezes, surge nas entrevistas, apesar de raramente: a imagem do ACS como psicólogo.

Esta autocategorização levou-nos a cogitar a possibilidade de ter havido, na conversação, influência de nossa posição e nossa formação em psicologia (inclusive porque alguns ACSs se posicionaram, espontaneamente, sobre a necessidade de um psicólogo na equipe). Estamos nos referindo ao alerta de Bourdieu (1999d) para o fato de que as interações entre pessoas e grupos sofrem influência decorrente do capital simbólico, o qual abrange tanto os méritos acumulados, como o prestígio e o

<sup>37</sup> O símbolo [...] indica as referidas supressões.

reconhecimento associados às pessoas ou às suas posições sociais, o que cada um carrega consigo em qualquer processo interativo. Contudo, a ocorrência desta comparação entre agente comunitário de saúde e psicólogo no estudo desenvolvido por Brito e Medeiros (2003), assim como a relação entre o psicólogo e a escuta, o aconselhamento e o sigilo presente nas falas de nossos interlocutores nos possibilitaram identificar não se tratar deste tipo de efeito.

Existe ainda uma opinião sobre haver necessidade de saber ouvir e de ter cuidados com a forma de se expressar para poder ser compreendido:

O agente de saúde, em primeiro lugar, tem que **se dedicar** ao que faz. Tem que **saber ouvir** os problemas com filho, com marido (FH67).

Eu perguntei a uma mãe se ela ia dar o soro ao bebê dela, que estava com diarreia. E ela falou que ele não estava com diarreia, estava se cagando. Palavras deles. Então a gente tem que **entender** o que é que eles tão dizendo e poder passar. É por isso que o agente de saúde, ele é um educador. Porque o que a gente aprende chega a passar pra eles. Mas que não machuque, que saiba conversar com eles e entender o que eles querem falar (FH49).

Um agente comunitário para ser nota dez deve ouvir os problemas das pessoas. Prestar as informações sobre saúde corretas. Usar linguagem simples e direta. E **ser paciente**. Tem muita gente que fala palavras difíceis da comunidade entender. Exemplo: 'Qual a data de nascimento do senhor?' Devia perguntar: 'Que dia o senhor nasceu? Perto de quê? Do São João? De Santana? Tente lembrar do ano!' Assim eles compreendem (FH114).

Destacamos as prescrições para uma escuta que ajude: ser paciente, saber ouvir, entender. No primeiro desses três discursos, ser dedicado é outra prescrição para o agente comunitário de saúde sobre a qual já afirmamos ser um elemento periférico da representação de si. Este contexto retrata a representação social sendo prescritiva de comportamentos e de práticas obrigatórias.

Porém, a escuta, o ouvir e o conversar são prescritos pela responsabilidade, uma vez que se faz necessário ter sigilo. Sem responsabilidade, a escuta não ajuda. Porque se ouvem e conhecem 'coisas' que não podem ser ditas. Além de outras que não podem ser tratadas com remédio: apenas ouvidas.

O pessoal carente às vezes precisa mais de uma conversa do que de remédio (FH10).

Muitas vezes, os problemas dessas pessoas é solidão. Aí a gente tem que ser atenciosa com elas. Cuidadosa. Porque, às vezes, até o jeito da gente falar... [...] A doença todinha é a falta de solidariedade. Eles se sentem sozinhos. É a solidão do dia a dia. Por isso eu disse que é fundamental respeitar a individualidade. É muito fundamental ganhar a confiança dessas pessoas, ser amiga. Porque sabe que amiga de verdade. A ética é demais importante (FH66).

Este último discurso, que articula a ética, o cuidado com o outro e a solidariedade, remete-nos ao estudo de Passegi (2003) sobre as representações sociais da escrita, no qual foi identificado que a dimensão ética manifesta-se tanto na solidariedade como na preocupação com o outro. Neste sentido, embora os ACSs refiram-se pouco freqüentemente à ética, parece-nos que ela está usualmente presente na sua prática cotidiana. Isto é evidente tanto na interface da solidariedade e do cuidado com o outro, como no sigilo com as informações.

Ainda no que concerne à ética e à solidariedade, as relações entre sujeitos baseadas nestes princípios é um dos pressupostos da **educação em saúde** holística, que nos foi apresentada por Homem D'El-Rey (2000). Proposição do universo de especialistas, ainda nem muito divulgado, que é compartilhado pelos agentes comunitários de saúde quando se auto-representam como educadores.

Os agentes comunitários de saúde disputam com outros sistemas identitários do campo da saúde a afirmação de sua existência como ser social. Assim, buscam referências identitárias, igualando-se a outros profissionais de saúde, principalmente com o psicólogo quanto ao papel de ouvir e ser sigiloso.

O agente de saúde, acima de tudo, ele é um **psicólogo** (FH31).

Acho que agente comunitário não é educador. Não sei nem dizer. Acho que sou uma orientadora e aconselho. Muitas vezes, a gente é **psicóloga**, é **professora**, a gente é tudo. No caso de briga, violência entre casais. Ouvir, aconselhar. O que é isso? Trabalho de psicólogo. Até sexólogo nós somos, porque damos orientação (FH117).

[...] nós que somos ACS, na verdade a gente faz **papel de psicólogo**. Faz o papel de conselheiro. Faz o papel de tantas coisas, que as pessoas... geralmente a gente chega, tá havendo uma discussão, eles pedem uma orientação. Briga de marido e mulher, pedem uma orientação, a gente tá sempre ali, orientando pra tudo, esse pessoal (FH79).

[...] Às vezes a pessoa está com um problema. E a gente tem que compreender que aquele dia não é o adequado para a pessoa conversar com a gente. A gente tem que entender que não é para invadir seu espaço. Às vezes a pessoa se abre. Às vezes, até com a compreensão, a gente passa tranquilidade para aquela pessoa. Agente de saúde é tudo [RISOS]. **Às vezes é psicólogo**, é... É uma mistura, amigos, é tudo (FH58).

[...] a gente sabe muito da comunidade... e você guarda muito segredo. Você não pode passar adiante para outras comunidades. Você guarda aquelas informações [...] guarda os segredos deles. Nesses assuntos das famílias, a gente sabe. Segredos que não podem ser revelados. Nem mesmo pra equipe a gente fala. Fica guardando esses segredos [...] Porque tem coisas que a gente pensa que pode ser revelado. A gente tem umas coisas como **psicólogo**, que lida com todo mundo. A gente lida com XX, a gente lida com YY. A gente lida com todo tipo de gente. E eles confiam muito na gente [...] (FH57).

Elas até chamam a gente. A gente se sente privilegiado. Porque às vezes a gente entra lá na casa, a gente **se sente médica**, a gente **se sente psicóloga**, a gente tem que tá preparado pra tudo (FH93).

Compara-se com o agente da pastoral:

Eu trabalhei na Pastoral da Criança, e era um trabalho que é quase a mesma coisa que o agente de saúde faz. Com diferença pouca (FH91).

[...] Trabalho na Pastoral, junto com agente de saúde, que é quase o mesmo trabalho. E também na igreja continuo. É direto. Tem um trabalho de evangelização, trabalho na igreja. É tudo uma coisa só [...] (FH47).

Estas referências identitárias do agente comunitário de saúde, construídas junto a profissionais socialmente reconhecidos, reportam-nos à definição dada por Sherif (1948, p. 105 apud STRAUSS, 1999, p. 151) para o grupo de referência como sendo aquele do qual:

[...] derivam os padrões, as atitudes e as aspirações de *status* do indivíduo. [...] Em muitos casos os grupos de referência desse indivíduo são aqueles dos quais ele é membro genuíno. [...] Mas a coisa nem sempre é assim. O indivíduo pode ser membro genuíno de um grupo, mas por meio de seu contato com as atitudes e aspirações de outro indivíduo ele pode fazer o máximo esforço para vincular a si mesmo, seus padrões, suas aspirações a esse grupo.

Ainda no que diz respeito à comparação de igualdade feita com outros profissionais, parece-nos adequado um diálogo com a afirmação de Bellah et al (1985, s/página apud CASTELLS, 2000, p. 84) de que “[...] os indivíduos necessitam do apoio de grupos que carregam consigo uma tradição moral capaz de reforçar suas próprias aspirações”. Esta é uma interpretação que, ao nosso ver, justifica a ausência de uma maior demarcação da identidade social do agente comunitário de saúde pela diferença. Pois sendo ele, segundo ele próprio, desvalorizado para os outros, mesmo que seja este um conteúdo menos compartilhado pelo grupo, a construção de sua identidade se dá na relação com profissionais reconhecidos.

Este dado retrata quão fundamental é o papel que a função identitária das representações sociais assume nos processos de comparação social, tal como postula Abric (1998). Mas o processo de diferenciação social se atrela a esta função das representações, a qual define a identidade e permite a proteção das especificidades dos grupos sociais. Porque quando um grupo se distingue de outros, se resguarda.

Embora não se comparem a auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários de saúde buscam sua qualificação através da formação em uma profissão já reconhecida: o auxiliar de enfermagem. Os que ainda não o cursam ou cursaram expressam seu interesse em fazê-lo. As vantagens em torno desta formação são representadas pelo grupo, principalmente como uma qualificação que favorece a comunidade.

A gente tem que tá sempre se qualificando, sempre tendo curso, treinamento. Vez em quando surge isso pra gente. Agora a gente tá fazendo o curso do PROFAE [PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM], fazendo curso de auxiliar. Isso é bom. É bom porque a gente vai ganhando muita experiência (FH84).

Sonho fazer o curso de auxiliar de enfermagem e mais lá um pouquinho pro futuro, fazer o técnico (FH18).

O curso de auxiliar ajuda. Ajudo meus hipertensos. Porque uns que não podem nem vir aqui, eu verifico a pressão. Ajuda tanto, que no sábado, eles me procuram lá em casa (MH70).

Meu sonho é concluir o auxiliar, porque até ficava melhor pra ajudar o pessoal. Com certeza. Chega gente aqui no Posto, precisando verificar uma pressão, de verificar uma coisa, e as meninas, às vezes, tão muito ocupada. Se você é auxiliar de enfermagem [...] Já ia melhorar as condições da gente. E esse curso veio exatamente pra isso: pra melhorar os agentes de saúde. Eram muitos, os agentes de saúde fazendo o PROFAE [...] (FH44).

Eu acho o seguinte: eu defendo que o agente de saúde reivindique em cima da sua profissão, com certeza. Mas se aparece uma oportunidade, grátis, dando, para o agente comunitário de saúde, até um auxílio – pelo PROFAE

tem um auxílio - para ele se capacitar no curso de auxiliar de enfermagem, eu também defendo. Eu acho que o agente de saúde deve ser um agente comunitário de saúde. Tende pra outra profissão, não é? Porque o auxiliar de enfermagem é outra profissão, não é isso? Mas é importante que ele tenha no seu currículo, como pessoa, o curso da área de saúde, registrada: o auxiliar de enfermagem. Agora, o agente comunitário de saúde, a profissão de agente comunitário de saúde deve ser reconhecida... Aí é salutar. Cada agente comunitário de saúde deve procurar a sua melhora. Aparece essa oportunidade, faça. Agora caso a gente consiga outra coisa melhor, não é? Infelizmente são coisas da vida [...] Eu defendo o agente comunitário de saúde com o curso de auxiliar de enfermagem. Agora, recordando que ele, como agente comunitário de saúde, tendo esses cursos, ele vem até a se aprimorar, cada vez mais, na área de saúde. É um profissional, de mão cheia. A comunidade que tem um agente comunitário de saúde que tem o técnico de enfermagem, que tem o auxiliar de enfermagem, tá de mão cheia essa comunidade [...] porque nas horas mais que a comunidade precisa... À noite, no caso, à noite, o agente de saúde se encontra lá. Vá lá que um paciente passa mal. Vai lá na comunidade, bate na porta... O auxiliar de enfermagem da equipe se encontra na comunidade? Não se encontra. Ele [O ACS], com o curso, ele pode verificar a pressão, ele pode verificar o PA, ele pode verificar a temperatura, ele pode ver o estado grave, que pode ser encaminhado pra o médico. Assim, isso é importante que se tenha esse curso (MH118).

O projeto futuro de fazer o curso de auxiliar de enfermagem também foi descrito pelos ACSs do município de Campina Grande. Além deste declarado interesse, Brito e Medeiros (2003) identificaram que 40,6% dos participantes da pesquisa freqüentavam o referido curso, além de alguns já o terem concluído. Da mesma forma, a perspectiva de profissionalização no campo de trabalho da enfermagem foi identificada, por Silva e Dalmaso (2002), como uma das motivações para o trabalho, entre agentes comunitários de saúde do PSF/Qualis – SP.

Embora a importância da formação em enfermagem, mesmo que em nível de auxiliar, seja compartilhada por ACSs de distintos municípios, a avaliação de outros profissionais acerca desta formação para o agente comunitário de saúde é diferente:

A gente, que é agente comunitário de saúde, é sofrida demais! Estavam precarizadas as relações de trabalho, a gente começou a sonhar com outra profissão, que é de auxiliar. Aí tem um perigo grande, porque vocês, enquanto categoria, enquanto sindicato, ao invés de sonhar em ser uma

boa profissional, agente comunitário de saúde, ou bom profissional, começou a querer ser outra coisa. Porque o que você faz no PROFAE não é ser o agente comunitário de saúde. Vocês estão sendo outra coisa. Então, se a gente brigar por outra profissão, é como eu que sou professora, brigasse pra ser dentista. 'Não, eu quero um bom curso de dentista Mas você não é professora? Sou. Pra que você quer curso de dentista?'. A gente sai do foco. E aí eu acho que vocês têm que querer o PROFAE, claro! Que você pode ter uma vontade, uma vocação, um interesse de ser outro profissional, não tem problemas. Mas o sindicato de vocês, enquanto categoria, não pode estar defendendo e pedindo, outro curso, de outra coisa. Dá pra entender o que eu estou dizendo? Então, eu acho que assim, o PROFAE... Hoje eu acho que ele pode ser melhorado, era muito ruim, foi muito mal feito o começo dele. A gente pode até brigar por ele. Mas agente comunitário de saúde tem que brigar por bom curso de agente comunitário de saúde (educadora da Central Única de Trabalhadores - CUT).

Como o curso auxiliar de enfermagem foi uma proposição do governo federal, através do PROFAE, e como sua realização proporciona um incentivo em termos monetários (equivalente a R\$ 30, 00, no período da coleta de dados), avaliamos ser mais apropriado referir-nos a uma oportunidade do que a uma aspiração. Se bem que aqui se faz cabível mencionar Bourdieu (1998a), para quem as aspirações excluem a possibilidade de desejar o impossível, por serem definidas, tanto em sua forma como em seu conteúdo, pelas condições objetivas. É provável que aspirar ao que é possível concretizar justifica tanto as inúmeras referências ao desejo de fazer o curso e/ou de concluí-lo, como as poucas alusões a outros cursos ou profissões. O que concretamente não significa afirmar a sua impossibilidade, já que, embora pouco freqüentemente, há ACSs cursando o ensino superior ou mesmo graduados, conforme descrito anteriormente:

Foi meu sonho ser médica. Mas já que não podia ser médica... Aí eu morei com uma senhora que era enfermeira. E eu via muito o trabalho dela, e eu fui gostando também daquilo ali. E eu gosto de fazer curativo, gosto de aplicar injeção, eu gosto dessas coisas assim de mexer com doença. E eu tinha vontade também de fazer o curso de auxiliar de enfermagem [...] Até que [...] eu me inscrevi agora. Porque eu gosto dessa área de saúde (FH7).

[...] cada vez mais que a pessoa tem a oportunidade e aparece a oportunidade como apareceu esse curso, é importante. Você cria mais um leque de amigos, se capacita melhor em outra profissão. É importante por um lado... inclusive é importante, até no próprio trabalho do ACS. Porque tem coisas, na área, que você... não vai tá o auxiliar de enfermagem bem próximo a você, e você já tendo o curso, não é? Você pode muito bem ajudar até a própria equipe, até a própria comunidade, na sua área. Assim, eu achei por bem que veio bem a calhar. E veio bem no horário certo, esse curso do PROFAE (MH118).

Eu gostaria, se eu fosse me formar hoje em dia, eu queria me formar psicóloga [...] Ou senão assistente social, eu queria muito (FH4).

Chama-nos atenção o fato dos agentes comunitários de saúde não se compararem a profissionais da ESF. Nem mesmo com o auxiliar de enfermagem, que é uma profissão almejada por muitos. Este dado nos permite afirmar que, embora situados no PSF, os agentes comunitários de saúde disputam com sistemas identitários externos a este a afirmação de sua existência como ser social.

Entretanto, o agente comunitário de saúde não se compara apenas a profissionais já reconhecidos socialmente, mas a outros personagens que, como já referimos, atrelam-se à afetividade por serem pessoas ligadas ao círculo de socialização primária: amigo, mãe, pai, irmã, tia e professora. Figuras analógicas que, freqüentemente, surgem no discurso de forma associada.

A gente é psicóloga, a gente é amiga (FH49).

Previne. Previne, antes que aconteça o pior. A gente educa, conscientiza... é isso. E apóia. O agente de saúde é psicólogo (FH8).

Eu acho que sim. Eu sou um pouco de educadora, não como professora, mas pra educar algumas coisas, eu acho que sim. [...] (FH44).

Eu considero amiga, irmã, da família. É assim que eu me sinto (FH89).

Psicólogo, amigo, conselheiro, entre outra série de adjetivos a ele atribuídos (FH115).

Compara-se a figuras como anjo, pai do céu:

Eles se abrem com a gente como se a gente fosse pai do céu (FH66).

Ela diz: 'Ah! Meu Deus, meu anjo, meu anjo da guarda. Foi você que deu minha visão' (FH47).

As metáforas do 'anjo da guarda' e do 'pai do céu' reportam-nos a Gomes (1998, p. 28), quando diz que a noção de objetivação implica admitir a associação de um símbolo ou imagem a um elemento natural. "É como uma espécie de 'monossemia' ou 'imagensemia', vinculado à primeira, 'uma contrapartida material', e à segunda uma contrapartida abstrata".

Existe ainda um metaforismo através da comparação com animais: formiguinha, abelha, leão. Do mesmo modo, por intermédio de sua coisificação: bombril, chave, porta, canal. Utilizam os agentes comunitários de saúde uma "linguagem metafórica/imagética", tal como a denomina Alves-Mazzotti (1996), para fazer referência a algumas das caracterizações de 'meninos de rua'. Ilustramos com alguns discursos:

Sabe tudo o ACS. Ensina mãe como dar de mamar e orienta as mães como fazer pré-natal... E assim, o ACS é uma formiguinha (FH76).

Nós somos é tipo umas formiguinhas no campo. Nós ali caçamos. A gente tá o dia-a-dia com a população carente. A gente tá cara a cara com os problemas [...]. Muitas vezes, a gente que passamos as informações pra eles, a qual eles necessitam. Pra que se tenha, pra que eles venham a ter o que tá acontecendo no país, no Brasil (FH112).

O ACS é um **guerreiro nato**. Ele é como um leão na selva, tentando sobreviver com dignidade e fazer o mesmo pelos seus protegidos. No caso, a comunidade (FH31).

Hoje eu digo, a gente é capacitada. Fiz o curso de DST/AIDS. Por isso que eu digo que sou uma profissional da saúde, também. A gente é tudo. Mil e uma utilidades. Bombril (FH117).

**Persistência** é sempre estar presente na comunidade. Independente de qualquer situação, sempre estar presente e se dedicando ao máximo a cada um deles. Porque há problema na comunidade. E nesse ponto, a gente tem que ser persistente. O agente comunitário de saúde é como se diz, é como bombril. Tem mil e uma utilidades (FH67).

A analogia do ACS com o guerreiro nato traduz sua percepção como batalhador, destemido e firme, conteúdo que vem sendo exposto nas falas que apresentamos, pois, por exemplo, ter persistência é característica de quem batalha. Relaciona-se com a disposição que a grande maioria destes profissionais tem de reivindicar pelos seus direitos e das famílias que eles acompanham no PSF/PACS.

A coisificação do agente comunitário de saúde como bombril, marca registrada de uma palha de aço divulgada na mídia como possuidora de mil e uma utilidades, traduz a percepção de si como versátil. Ou seja, como aquele que possui qualidades variadas e numerosas; como aquele que faz de tudo:

O ACS **faz de tudo um pouco** (FH30).

Agente comunitário de saúde **faz tudo** (FH54).

Muitas vezes, a gente é psicóloga, é professora, **a gente é tudo**. No caso de briga, violência entre casais. Ouvir, aconselhar. O que é isso? Trabalho de psicólogo. Até sexólogo nós somos, porque damos orientação. Eu acho que é educador. Não sei nem como qualificar (FH117).

[...] a gente **faz de tudo** [...]. Nós ACS, nós que somos ACS, na verdade a gente faz papel de psicólogo. Faz o papel de conselheiro. **Faz o papel de tantas coisas**, que as pessoas... Geralmente a gente chega, tá havendo uma discussão, eles pedem uma orientação. Briga de marido e mulher, pedem uma orientação... a gente tá sempre ali, **orientando pra tudo**, esse pessoal. [...] Gostaria que nossa situação fosse reconhecida, porque não é. A gente **faz de tudo** e o governo nem... Quer dizer, eu acho assim: que eles não valorizam tanto nosso serviço (FH79).

Estas metáforas construídas pelos agentes comunitários de saúde para se autodescreverem remetem-nos à definição das representações sociais “[...] como um conteúdo mental estruturado - isto é, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico sobre um fenômeno relevante, que **toma a forma de imagens ou metáforas**, e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social” (WAGNER, 1998, p. 3-4, grifo nosso).

De acordo com Nóbrega (2001), as metáforas e as analogias podem ser consideradas a base sólida de uma representação. Segundo ela, a analogia é fixada sobre o objeto, estabelecendo as características da sua representação e sendo responsável pelo agrupamento das noções em uma mesma categoria. Seu estabelecimento só ocorre “[...] a partir dos laços temáticos, formando uma comunidade de temas no interior das representações” (p. 84). Neste sentido, Moscovici (2003, p. 210) afirma que, “[...] do ponto de vista dinâmico, as representações sociais se apresentam como uma “rede” de idéias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente [...]”.

Retomamos a discussão da representação do agente comunitário de saúde como sendo ‘tudo’ para registrar que, apesar de tal valoração, ele é consciente de sua desvalorização em termos das relações de trabalho. Por isso, mesmo quando se

auto-reconhece como sendo tudo, sua avaliação como sendo 'nada' é uma contradição possível, conforme exemplifica o discurso seguinte:

O agente comunitário de saúde, **ele é tudo e ao mesmo tempo ele não se torna nada**. Ele não se torna nada, ele não se torna ninguém. Porque ele não é reconhecido em canto nenhum do mundo. Ele não tem nada. Ele... o agente comunitário é como se fosse um bode expiatório. Eu me sinto assim. Não só eu, como muitas colegas minhas se sentem assim. A gente se sente como se fosse um bode expiatório. Somente. Mas que na realidade, o agente comunitário, ele não aparece em canto nenhum. A não ser quando é pra fazer alguma coisa pra cumprir o calendário (FH50).

O sentido dado a esta dualidade: tudo *versus* nada (ser importante, mas ser desvalorizado) parece ser sintetizado numa outra analogia:

Somos desconhecidos pelos poderosos, mas não sabem eles que nos pequenos frascos estão as melhores fragrâncias. [...] As pequenas fragrâncias, por quê? Porque a gente, multiplicando, a gente se torna os maiores, não é? (FH112).

Tecidos comentários relativos às metáforas e às analogias, retomamos a discussão sobre as representações que os agentes comunitários de saúde constroem acerca dos outros sobre si. Ser uma pessoa que ajuda e ser uma pessoa que ouve são representações de si, e dos outros sobre si.

Minha família me vê como aquela pessoa que se preocupa com os outros. Às vezes dizem: 'Essa menina é muito besta, que sai assim a essa hora, arruma medicação pra um. Nem todos reconhecem e ela sempre continua insistindo'. Nesse ponto assim eu sou insistente e uma pessoa que gosta de orientar e de ajudar (FH51).

Alguns valorizam, até pela amizade de ter uma ação de tá uma pessoa doente, você chegar lá, conversar, ficar um tempinho conversando com um idoso [...] Eles já têm aquela pessoa como aquela pessoa que me ouve direitinho (FH51).

Escutar é uma prescrição para a orientação, para que seja possível ser orientador, que é a identidade mais compartilhada pelo grupo. **Orientador** é o elemento mais saliente e parece indicar que a orientação estrutura a representação social de agente comunitário de saúde. Um dado que corrobora nossa inferência é que a relação entre agente comunitário de saúde e orientador se dá, independente de sua evocação ter sido feita.

Agente comunitário de saúde vem na mente: amigo, compreensivo, paciência e dedicação. [...] Amigo porque realmente a gente é amigo. Eles confiam na gente como se fosse um amigo. A gente se torna amiga deles. [...] Que na verdade, o agente de saúde pra mim é mais que um amigo. É um orientador. Que além de passar as orientações de saúde, com o passar do tempo se torna um amigo daquela pessoa. [...] (FH44).

Orientador é uma auto-representação funcional que descreve quem é o agente comunitário de saúde:

Eu digo: Minha função é orientá-lo pra que você não adoença e chegue a ir prum hospital. Que você se cuide antes. Este é o trabalho do agente comunitário. E não trazer nada pra você (FH50).

Orientação é o que a gente realmente faz. Acho que o agente de saúde é criado pra orientar a comunidade (FH16).

[...]. Nós devemos chegar numa casa, educar eles assim: se ele não usa água potável, ele deve filtrar; ensinar a ele a higiene. A higiene pessoal, a higiene da casa; prevenir as doenças. Isso aí, pra mim, aí é educar eles. E se ele chega também e encontra pessoas com filhos que não tão na escola, nós devemos orientar a ela a colocar os filhos na escola (FH7).

A respeito deste elemento nuclear, já vimos articulando-o, ao longo de nossa discussão, a outros elementos. Destaquemos dois fragmentos de discurso já apresentados: “[...] a partir dessa amizade, eu vou orientar, posso ajudar (FH16)”; “O agente comunitário ajuda, passando informação” (FH4). Identificamos que ajuda e orientação são representações que se articulam.

Outras justificativas para a evocação ‘orientador’ permitem a identificação de mais relações com outros objetos.

Orientador é que ele, além de educar, além de ser tido como orientador, ele é o educador primordial. Por quê? Ele, como comunitário, é que está nas assembléias, nos treinamentos, pega todo tipo de conhecimento e ele vem repassar pra comunidade (MH99).

A gente trabalha na orientação, na prevenção. Aí, para mim, a mesma palavra, a mesma palavra. Eu mesmo, eu fazendo meu trabalho, eu também oriento. Porque todos nós, todos os ACSs, a gente trata o quê? Orientar o que é saúde, o que é isso. Porque se alguém não sabe fazer alguma coisa, a gente orienta ele como fazer (FH74).

O agente de saúde lembra também orientação. Orientar em termos de saúde, em termos de higiene, que é fundamental. Em termos até assim de certos problemas que eles têm mesmo. Como de escola: ‘Eu to com problema, X, porque meu filho tá fazendo isso e isso na escola’. Enfim, a gente aos poucos vai orientando mesmo. E eles chegam a captar a nossa orientação (FH17).

Tem um papel muito importante o agente de saúde. Médico, assim... É porque se nós temos um treinamento, aquele treinamento, a gente tem que fazer uma auto-avaliação do que nós aprendemos [...] nossa obrigação é passarmos aquilo pra comunidade. Isso aí já é... nós temos o educador. Então, nós como educadores da saúde, na comunidade... aí a importância do agente comunitário em termos de educação para a saúde (MH99).

Identificamos situações nas quais o agente comunitário de saúde, não tendo feito evocações relacionadas à orientação, quando vai justificar porque pensou em cada uma das palavras ou expressões evocadas, antes de explicar, faz referência à orientação. O exemplo seguinte, de um ACS que evocou **Amigo, Compreensível, Alegre e Carinhoso**, demonstra este dado.

E o agente de saúde lembra também orientação. Orientar em termos de saúde, em termos de higiene, que é fundamental. Em termos até assim de certos problemas que eles têm mesmo. Como de escola: 'Eu tô com problema, X, porque meu filho tá fazendo isso e isso na escola'. Enfim, a gente aos poucos vai orientando mesmo (FH17).

Num contraste com a configuração estrutural da representação social do agente comunitário de saúde do município de Campina Grande – PB (BRITO; MEDEIROS, 2003), identificamos que **orientador** é um elemento do sistema central. Inferimos ser esta uma representação compartilhada por profissionais cuja prática diária se relaciona, direta e enfaticamente, para a orientação. Inferência que se fortalece diante da representação social de profissionais de saúde de unidades básicas de saúde de diferentes áreas do Rio de Janeiro como agentes de informação (BRANCO, 2003). Nesse estudo, Branco identificou que informação é um elemento do núcleo central e que os profissionais valorizam as informações, orientações e conhecimentos relativos às diferentes dimensões da vida dos adolescentes.

Não somente a representação de agente comunitário de saúde como um orientador é comum aos grupos de João Pessoa e de Campina Grande, mas é a

orientação a atividade mais freqüentemente desenvolvida. A descrição feita no capítulo anterior, assim como as próprias falas apresentadas e nossas observações, permitem defender ser esta uma prática cotidiana deste profissional. O que sugere uma relação entre a prática e as representações. As respostas dadas pelos agentes de João Pessoa para a questão: 'O que faz um agente comunitário de saúde?' demonstram a sua complexidade e a diversidade de ações envolvidas no orientar. Fazemos a seguir alguns comentários, que ampliaremos por ocasião da discussão sobre as representações sociais da **educação em saúde**, no capítulo seqüente.

Dá orientação. Faz encaminhamento. Às vezes, a pessoa não sabe nem como procurar um médico. Às vezes, uma pessoa com DST, que tem vergonha, conta pra gente. A gente, às vezes, diz até ao médico, antes da pessoa. A gente tem sigilo (FH10).

Orientar as mães sobre o pré-natal, a vacinação. Orientar os idosos sobre a pressão alta. Orientar sobre a desnutrição e etc (FH19).

Acompanha, através de visitas. E orienta as famílias sobre a saúde, ouvindo as famílias. Acompanha as famílias, orientando as gestante pra fazerem pré-natal; hipertenso; diabético; crianças menores de dois anos, nas vacinas, peso, o desenvolvimento da criança; nas doenças: diarreia, pneumonia, IRA [refere-se à insuficiência respiratória aguda] etc (FH25).

Visitas domiciliares, educando, passando informações sobre saúde. Visitas às gestantes, orientando-as mais a cuidar da saúde do bebê, orientando sobre vacinação, orientando idosos, impertescos<sup>38</sup> [REFERE-SE AOS HIPERTENSOS] etc (FH28).

Visita as famílias de sua comunidade, orientando e prevenindo as doenças (FH32).

<sup>38</sup> Transcrevemos fielmente o termo. Destacamos, porém, que seu uso nos chamou atenção, uma vez que observamos todo um linguajar consoante com o do discurso científico: verificar ou medir a pressão (ao invés de tirar pressão, como se emprega popularmente), glicemia, IRA (Insuficiência Respiratória Aguda), profilaxia de tuberculose etc.

Esta inter-relação da atividade de orientação do agente comunitário de saúde com o conteúdo da sua auto-representação remete-nos a Wagner (1998, p. 19-20), quando avalia serem a ação e a representação indissociáveis, uma vez que “[...] a ação é parte de uma representação e não sua consequência”. A relação que fazemos acerca da representação da atividade de orientação desenvolvida pelos agentes comunitários de saúde aponta para a necessidade de uma discussão sobre as representações sociais e as práticas sociais<sup>39</sup>. Eximimo-nos de detalhá-la, sem, no entanto, desconsiderar sua importância e controvérsias, o que nos remete a dispensar breves considerações.

Segundo Harré (2001, p. 107), “[...] o conceito de representação social deve desempenhar um papel essencial para explicar, no plano teórico, a organização dos comportamentos coletivos humanos”. Mas, conforme aponta Flament (2001), independente da representação, certas circunstâncias podem gerar práticas em desacordo e as pesquisas apontam para o predomínio das práticas sociais no desprendimento de transformações profundas das representações sociais. Estas mudanças ocorrem no nível de seu núcleo central, o que ao nosso ver leva Campos e Loureiro (2003) a se referirem à abordagem estrutural como uma perspectiva de estudos das práticas sociais.

Abandonando a discussão sobre a relação entre representações e práticas, voltemos a estas. De acordo com as informações dos agentes comunitários de saúde, identificamos que não exclusivamente quando busca descrever o que faz, mas quando justifica a evocação ‘orientador’, é-lhes necessário informar sobre a quem se dirige à orientação e sobre o quê se orienta. Ou seja, falar em orientação e

---

<sup>39</sup> Para um aprofundamento da relação entre as práticas sociais e representações, cf Campos (2003, p. 29), que analisa ser indispensável a seguinte questão teórica: “são as práticas que determinam as representações ou é o inverso?” Ele aponta os casos nos quais as práticas determinam as representações sociais; os casos em que estas determinam as práticas e os comportamentos; e a autodeterminação recíproca de práticas e representações.

do papel do agente comunitário como orientador parece impor uma discussão sobre as várias temáticas orientadas e para quais grupos as mesmas são dirigidas.

Orientamos as pessoas para não se automedicarem. Que venham ao médico, se consultar. E para ter cuidado com a saúde deles, principalmente para não pegar uma gravidez indesejada, para não pegar DST/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (FH45).

Orientação é o trabalho que sempre a gente faz. O nosso trabalho é esse: é orientar as famílias [...]. Isso aí é de praxe para todos nós (FH50).

Estas falas expõem racionalizações referentes à orientação como uma representação social da **educação em saúde**. Expõem conteúdos que nos remetem a um questionamento anterior, sobre serem os agentes comunitários de saúde especialistas do campo da saúde. Leva-nos a concordar com o posicionamento de Garnelo (2003), que afirma existir um domínio de conteúdos da biomedicina pelos ACSs. Possibilita-nos interpretar que quando Aguiar e Almeida (1989) reportam-se aos profissionais de saúde de nível médio como estratégicos na construção de um sistema de saúde menos cientificista, não estão afirmando se tratar do 'não científico'. Remete-nos às evocações e às apreciações de outros membros da ESF sobre o conhecimento do ACS acerca de noções básicas de saúde e da comunidade.

O agente comunitário de saúde é a pessoa que fornece conhecimentos à população. Na época da vacina, na época da epidemia, ele faz aquele apanhado conosco e passa para a informação. Dá informações sobre soro caseiro. Reunião com apanhado geral das dúvidas para ele transmitir aquelas informações. Tipo uma reciclagem (FAN15, auxiliar de enfermagem).

Conhecimento e popularidade (FD6, médico).

Conhecimento do povo (FD1, médico).

Conhecimento básico de saúde (FD8, médico)<sup>40</sup>.

Remete-nos a avaliações dos próprios agentes. Entre eles, o dual, pois enquanto uns avaliam estar preparados para orientar, outros não.

Hoje eu digo, a gente é capacitada. Fiz o curso de DST/AIDS. Por isso que eu digo que sou uma profissional da saúde, também. A gente é tudo. Mil e uma utilidades. Bombril (FH117).

O agente comunitário, ele surgiu pela uma graça. Porque você sabe que tudo você tem que ter um treinamento, tudo você tem que ter uma orientação de alguém, antes. E a orientação que nós tivemos foi muito pouca. Encima do nosso trabalho, da vida que a gente vive aqui. [...]. Eu acho que se eles pensassem bem, eu acho que era a chance e a oportunidade que o agente se tornasse um educador da saúde. Mais infelizmente a gente tá muito longe disso ainda (FH50).

Nós temos treinamento sobre a saúde, pela Secretaria de Saúde (FH26).

Este último discurso anuncia que o fato do agente comunitário de saúde se representar como um orientador, não significa que ele se reconheça como um educador. Dúvidas e insegurança, assim como se dá com relação à temática 'educação para a saúde', a ser demonstrado no capítulo seguinte, são freqüentes quando se questiona se ele é um educador. O que inferimos possuir relação com a

<sup>40</sup> Assim como para identificarmos os ACSs, a letra inicial dos códigos dados para os demais membros da ESF, F significa ser do sexo feminino e M, do masculino. Quanto às letras que antecedem os números: (a) D é código para médico; (b) N, para enfermeira; (c) AN, auxiliar de enfermagem; (d) T, odontólogo; (e) AT é auxiliar de consultório odontológico. Mas embora utilizando estes códigos, registramos a especificação das respectivas categorias, após a sua marcação.

representação social que este grupo tem de outros objetos, como a **educação em saúde**, a saúde, a educação e o educador. Mas, apesar da falta de uma afirmativa e de justificativas para não se autodenominar um educador, surgem as dualidades através de razões apontadas para o ser.

ACS é educador às vezes sim, mas às vezes não. Ele é educador quando ele vai passando pra comunidade, aquilo que ele aprende, e aquilo que ele sabe ensinar a ele [...] A higiene pessoal, a higiene da casa; prevenir as doenças. [...] nós devemos orientar a ela a colocar os filhos na escola (FH7).

Eu não sei responder... assim o que o educador de saúde faz. Mas eu acho que o agente faz uma parte do educador de saúde [...] Encaminhar as devidas unidades, encaminhar a médico. Muitas vezes eles têm um problema sério. Procure um psicólogo, vá a ele, converse com ele, vai ser legal. Você vai se sentir bem, aí você vai melhorar. Eu acho mais ou menos isso (FH17).

Um educador? Ele é sim... na parte de orientação ele é um pouco. Um pouco [...]. Na minha concepção. Porque ele tem muita dificuldade de fazer isso aí. Uma orientação é difícil, às vezes, de uma educação. Eu acho que é difícil. Diferente, não é? Ele orienta numa coisa, mas se ele não consegue assim ser... sei lá! Totalmente. Acho que devido a função dele (FH51).

Eu acredito que seja [RISOS]. Embora seja muito difícil, mas acredito. Porque é como eu tava falando, é aí que a gente orienta. Muita gente confia na gente, até mesmo os filhos tão com problemas, os pirralhos... 'Olha, X, fala a ele, fala com ele, com fulano... Fala com ele, aqui. Olha como ele ta! Então a gente educa. Educa até mesmo em relação principalmente da saúde. Já começa a educação... a gente já começa a educar eles pela saúde. Em relação à saúde. Não só as crianças, como os adultos também. Leve seu filho! Tem tanta gente que [...] não tem aquela formação de querer levar uma criança, ou de tá doente e procurar um posto de saúde. Acha de se cuidar em casa mesmo. E aí, por aí, a gente vai orientando. Então é por isso que eu acho que é um educador. A gente educa quanto à saúde. Em relação à saúde (FH16).

Contudo, há certezas sobre o ser educador, freqüentemente, demarcadas com ênfase.

Eu acredito que sim. Ele é realmente um educador, se ele realmente trabalha com sua dignidade, com seu respeito, ele é um grande educador. Porque ele é conhecedor de grandes verdades, conhecedor... de grandes conhecimentos e eu acredito que ele é um educador profundo (MH70).

É um educador, sim. De importância maior mesmo. É porque ele é, como eu digo... é o elo de ligação que tá ali. Ele e outras pessoas que podem vir com educação. Mas é ele que tem esse grande propósito de agente. Ele é realmente uma pessoa considerada na comunidade. Que traz benefícios. E ele trafega em todos os ângulos. Eu acho que ele é um educador (MH72).

Com certeza. Porque o trabalho dele já visa isso. Porque quando você tá orientando, você tá... eu não digo educando, porque eu acredito que as pessoas já têm, assim... elas já sabem o que faz... o que prejudica, o que faz bem, o que faz mal. Então a gente tá reeducando. Eu acho que o agente de saúde é um reeducador. Ele tá procurando, ali, sempre, assim... lembrando a... tudo que a pessoa precisa fazer pra ter uma vida boa, pra ter uma vida melhor, com relação a tudo. Com relação a tudo (FH77).

O ACS é um educador porque eles tão sempre orientando, eles tão sempre ali, cavando, tirando alguma coisa que esteja em alteração naquela família. Então, ele cava as coisas, para que ele possa também, através daquilo que ele viu, ele poder contribuir com alguma coisa, educá-lo em alguma doença que ela tiver, encaminhá-la para alguma unidade de saúde. Então o ACS é muito importante por isso aí. Para a gente, educação não é só ter uma boa letra, ter um bom vocabulário, mas importante também é que você seja higiênico, tenha uma boa higiene na sua casa, fazer tudo para que não possa lhe prejudicar futuramente (MH73).

Mesmo quando se reconhece como um educador, o agente comunitário de saúde se distingue de outros educadores:

Pelo que a gente aprendeu e que a gente convive, a gente acha que é um educador porque o pouco conhecimento que nós temos nós passamos para comunidade. E tem uma diferença entre os outros educadores porque a gente fica lá, insistindo. A gente insiste, insiste, até que aquela pessoa ceda e fique curado ou aprenda alguma coisa da saúde [...]. A gente é educador e insistente porque além de falar, a gente insiste [...] (FH57).

Esta 'ambivalência' relativa à condição de ser ou não um educador, ao nosso ver, pode ser explicada através dos seguintes comentários: "Eu sou um pouco de

educadora, não como professora. Mas pra educar algumas coisas, eu acho que sim” (FH44); “Eu acho que entre aspas ele é um educador. Agora, tá muito longe dele ser um educador” (FH50).

Estes relatos indicam que o único posicionamento que sugere ser o orientador diferente do educador: “[...] além de ser tido como orientador, ele é um educador primordial” (MH99), não se trata realmente de uma diferenciação entre ambos, mas de uma relação de proximidade. A própria fala do agente comunitário, justificando seu posicionamento, conforme já expusemos anteriormente, nos fornece indícios para esta inferência.

Os inúmeros exemplos atrelados às justificativas para o ser ou não ser educador foram propositais. Visam demonstrar a complexidade e a vastidão de significados atribuídos pelo grupo. Objetivam fornecer subsídios para a compreensão da representação social de **educação em saúde** a ser discutida no capítulo seguinte. Propiciam, também, algumas inferências.

O agente comunitário de saúde tem uma identidade em construção. Assim, supomos que certas funções e características identitárias não estão ainda solidificadas, como estão em outras identidades profissionais.

Quando a gente é educando [QUIS DIZER EDUCADOR], fala de coisas de experiência sobre higiene. Sobre prevenção de DST, que o povo procura muito a gente... os adolescentes. Tirar dúvida dos adolescentes. Então acho que a gente, nosso trabalho, a gente tá conversando... Às vezes a gente tá conversando informalmente e acaba orientando (FH76).

Apesar da dificuldade de se reconhecerem como educador e da possibilidade até de confundirem o termo educador com educando, alguns agentes comunitários

de saúde possuem uma representação de educação como um processo bilateral, no qual educador não só transmite, como aprende. E que as temáticas não relacionadas à saúde igualmente são alvo de orientação e que o vizinho que sabe mais pode ensinar, inclusive, ao próprio agente comunitário de saúde. Muitas das dúvidas e incertezas desaparecem quando se procura fundamentar o ‘talvez’, ‘acho que sim, não tenho certeza’. Porém, embora esta seja a visão mais amplamente compartilhada, a representação de si como aquele que sabe e ensina, pautada numa perspectiva de educação bancária, co-existe no grupo, conforme relatos anteriormente apresentados demonstram. É o caso do seguinte discurso:

[...] Eu ensino o que o lixo traz. Agora que a gente tá na campanha da hanseníase, então eu to explicando pra eles, como é que a hanseníase aparece: “Se apertar, você não sentir, então procure um médico”. Então, eu to ensinando. Eu sou uma educadora (FH56).

Entre os principais fundamentos para justificar ser o agente comunitário um educador, enumeramos:

Justamente porque a gente conversa muito com eles, explica várias coisas que a gente sabe que é importante pro dia-a-dia. A saúde, a higiene. A higiene de modo geral. Aí nisso tudo, a gente se torna um educador pra eles. Porque a gente repassa informações importantes. Assim como lavar o cabelo, cortar as unhas, isso é uma questão de higiene (FH114).

Este é o trabalho dele, promover a prevenção das doenças, através da conscientização (FH21).

Tá corpo a corpo com as pessoas (FH22).

Informa pessoas que não conhece nada a respeito. E o trabalho é informar sobre saúde. (FH23).

Trabalha com prevenção a saúde (FH24).

Nós temos treinamento sobre a saúde, pela Secretaria de Saúde (FH26).

O ACS consegue quebrar o gelo que existe na mente de alguns (FH27).

[...] tem o dom carismático de passar confiança para a comunidade aceitar suas informações e soluções (FH28).

O ACS tem contato com o paciente (MH29).

Sobre a representação do agente comunitário de saúde como educador, salientamos a sua importância no processo de **educação em saúde**, nos moldes do universo reificado. Compactuamos, assim, com a apreciação de Stotz (1996) a respeito da necessidade do profissional de saúde se considerar um educador quando entra em relação com a população, o que lhe exige educar-se para que possa agir como “facilitador” e, também, como “mobilizador” dos meios disponibilizados pela sociedade para alterar as condições geradoras das doenças. Neste sentido, o interesse dos sujeitos da pesquisa voltados para a qualificação profissional, assim como o reconhecimento de sua importância, estão de acordo com a perspectiva deste autor. Diverge porque existe a representação de ser esta um crescimento profissional e um benefício em prol da comunidade, através de uma melhor qualidade do trabalho.

Com apoio em alguns destes discursos, identificamos que a prevenção é o objetivo da orientação do agente comunitário de saúde ‘orientador’. **Prevenção** é um dos elementos periféricos de sua auto-representação. Assim se dá a sua relação com a identidade daquele que orienta. Um elemento menos compartilhado pelo grupo, porém articulado em torno da orientação.

Com relação à autocategorização do agente comunitário de saúde como **elo entre a comunidade e a Equipe Saúde da Família**, esta se ‘confunde’ com suas ações profissionais.

O elo é a coisa de saber do problema, ele vai saber do tipo de orientações que ele vai dar. E no caso que ele é o elo, ele vai saber onde recorrer. Se no caso a unidade resolve, ou se tem que ir a um órgão assim... às vezes a prefeitura, a um... até a um hospital. A uma outra coisa, aí, de acordo com o que ele vê. Ele vai poder, por último, ajudar a pessoa. Aí forma um grupo de ações pra poder mostrar um agente de saúde (FH51).

O elo da comunidade é porque qualquer problema, não é? Se for assim, caso que traga ao posto, aí a gente vem ao posto, fala aqui com XX, que é enfermeira, então com a doutora, e a gente comunica pra elas, pra ver o que é que a gente pode fazer com aquela família. [...] É o elo da comunidade junto com a equipe (FH54).

Olhe, o eixo que eu falo aí [REFERE-SE À EVOCAÇÃO FEITA PARA O ESTÍMULO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE] é no sentido de ser o elo, ser a mola, ser o motor que vai ligar o serviço de saúde pública com a comunidade. Que já antes do programa, até eles tinham um afastamento imenso, e agora, com esse eixo, que eu sugiro aí, ele torna mais fácil o acesso, ele torna mais viável, até mais facilitado. Mais esclarecido em dúvidas que a comunidade venha a ter do serviço. Ele resume, ele diminui a distância que antes existia com maior intensidade (MH5).

Em todos os programas de saúde o primeiro chamado é o agente. Por quê? O agente, ele tem o contato direto com a comunidade. Ele que vai servir de intermediário do Ministério, da Secretaria, da equipe. Mas quem primeiro contata com a comunidade é o agente. [...] Então, o agente comunitário tem esse papel importante de passar e repassar isso pra eles (MH99).

Os agentes comunitários de saúde não só se reconhecem como esse elo, como têm uma representação de assim serem vistos pela ESF e pela comunidade:

Eles [OS DE MAIS MEMBROS DA EQUIPE] dizem que a gente é um elo importante. Eles falam isso e tratam a gente dessa forma, também. Trabalha em conjunto (FH18).

As pessoas da minha comunidade já me respeitavam. Agora, eles me respeitam muito mais, pois me vê como um elo de ligação entre eles, eu e a unidade básica (FH27).

O ser este **elo de ligação** surge como um elemento representacional que tanto se relaciona com a prática dos agentes, como com a representação institucional, com o veiculado pela mídia e com a memória coletiva.

O reconhecimento do agente comunitário de saúde como 'elo' igualmente foi identificado por Brito e Medeiros (2003). Esta é uma interpretação compartilhada pelos demais profissionais da ESF e retrata o discurso oficial, sobre os quais ainda nos reportaremos. Ainda, de acordo com Silva e Dalmaso (2002, p. 15): "Historicamente, a idéia do agente de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas e nomenclaturas, aparece em várias partes do mundo: a idéia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde".

Para Wagner (1998), as representações sociais fazem parte das identidades sociais e sempre conterão informações sobre sua referência grupal. Segundo ele, mesmo que algumas atribuições equivocadas possam ocorrer, geralmente, os sujeitos sabem qual representação se pode esperar que seja compartilhada por outras pessoas.

A respeito do que pode ser esperado do agente comunitário de saúde, a sua imagem veiculada pela mídia não foi analisada. Porém, não nos eximimos de mencioná-la, tanto porque foi referida por eles, como porque as representações sociais são construídas através do que é veiculado por este meio. Atentamos para a sua importância em razão de nos apoiarmos no posicionamento de Fischer (1999, p.

21), para quem: “Um dos espaços da cultura em que se torna mais visível o processo de construção social de identidades talvez seja o da mídia e, particularmente, o da publicidade”.

[...] A gente vê que eles [AS AUTORIDADES] passam comerciais na televisão, dizendo que o ACS é uma pessoa muito importante para o Brasil, muito importante. É um elo importante (MH73).

Aparece na televisão. Mas os políticos não dão valor. É só fachada aquilo ali (FH9).

Transparece neste último discurso, uma opinião sobre a desvalorização e a propaganda com fins eleitorais. Trata-se de posicionamentos compartilhados pelo grupo, que serão retomados.

Com esta discussão em torno da autocategorização do agente comunitário de saúde como ‘elo’, concluímos – temporariamente – os comentários sobre o sistema central da representação social de agente comunitário de saúde. Discussão que envolveu elementos do sistema periférico, alguns dos quais já suficientemente discutidos. Outros precisam ter o debate ampliado, além de ainda abordarmos alguns ainda não destacados. Repetimos aqui que, por serem periféricos, não são estes elementos menos importantes do que os centrais, conforme alertam Campos e Loureiro (2003). Por isso apresentamos esta estrutura de exposição.

Sobre a **prevenção**, já afirmamos ser um dos fundamentos para o próprio reconhecimento do ACS como **importante** e ser o objetivo da orientação. Ela descreve o seu papel e se articula com o elemento **ajuda**. Aqui, mais um indício de que a ajuda não é vista como piedade ou como assistencialismo.

O que faz um agente comunitário de saúde? Previne. Previne, antes que aconteça o pior. A gente educa, conscientiza... É isso. E apóia. O agente de saúde é psicólogo (FH8).

A ajuda que faltava à comunidade com relação à prevenção de doenças. Eu sei que a maioria das pessoas que mora até em favela, hoje, tem uma televisão, o meio de comunicação que eles mais utilizam. Mais eles, com relação às doenças, saber o que é aquela doença, especificamente dizendo. As pessoas não sabiam dizer, não tinham informações do que aquela doença poderia tratar, se não fosse tratada. Então, quando a gente começou, a gente começou com esse trabalho de prevenção. E até hoje a gente tem esse trabalho de prevenção de doenças. É antigamente a comunidade era muito desinformada. Muito desinformada mesmo. E hoje, depois do trabalho do agente de saúde, ele sempre trabalhando em cima da prevenção, da orientação. Pra que a comunidade se interesse pra se prevenir, se interesse pra se cuidar, antes de ter a doença (FH77).

Quando se fala em agente de saúde... Prevenção. Deve ser assim... que o agente de saúde é uma ajuda... sempre é uma ajuda, quando a gente chega na casa de alguém, não é? Porque a gente trabalha em cima da prevenção. Porque a gente sempre vai falar sobre as prevenções. O trabalho da gente é mais isso aí: prevenção (MH116).

Mesmo que os agentes comunitários de saúde destaquem a necessidade de medicamentos na USF, que reclamem quando esta falta e que se preocupem com a sua distribuição junto aos hipertensos, estes relatos, vistos em conjunto com as representações de **saúde** e de **educação em saúde** sugerem que, para o agente comunitário de saúde, a prevenção se sobrepõe à prática curativa. Daí o cuidado com o cartão de vacina e o empenho nas campanhas educativas e de vacinação, e com a distribuição de preservativos e a orientação sobre o seu uso.

Posicionamentos dados para justificar as razões de ser o agente comunitário um educador retratam o valor da prevenção.

Este é o trabalho dele, promover a prevenção das doenças, através da conscientização (FH21).

A gente passa informação. Foi muito bom: a gente fez treinamento sobre DST. A gente tem os folhetozinhos de informação... então a gente passa as informações. Porque tem pessoas que não sabiam nem o que é uma camisinha. E hoje em dia já usa, sem problema. Ou mulheres que não tinham como convencer o marido a usar camisinha, e depois das informações do agente de saúde... Eu mesma me empenho muito nisso. Gosto muito de entender sobre isso. E passo informações, falo da importância da camisinha, o risco de fazer uma automedicação [...] (FH18).

Ainda com relação à prevenção, especificamente quando é evocada nas associações-livres, freqüentemente ela surge nas evocações combinadas, a exemplo de: “Conscientização, prevenção” (FH21).

As nuances relacionadas à prevenção são muitas. A prevenção também é um elemento presente na configuração estrutural da representação que os agentes comunitários de saúde constroem da **educação em saúde** e da **saúde**. Ao nosso ver, um dos discursos registrados ilustra esta complexidade:

Nessa palavrinha prevenção entra muita coisa. A gente fala de DST/AIDS, gravidez na adolescência, de gravidez precoce. Fala de hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, verminose. Prevenção de piolho. Até doença mental a gente fala. Eu falo, não sei se as meninas falam. A importância do sorriso, que previne doenças e ajuda na cura da dor, no alívio. Estou lendo um livro: Otimismo e felicidade, de Lauro Trevisan, psicanalista e filósofo. [...] Uso de drogas, também [...] o exame preventivo e o auto-exame. O citológico, e o auto-exame de mamas. Esse também é o nosso be-a-bá [...] (FH64).

Sobre a **responsabilidade**, já dissemos ser uma prescrição para o escutar, o ouvir e o conversar. Mas esta representação atrela-se a outros aspectos, como exemplifica o discurso seguinte:

Acima de tudo, a gente tem que ter uma responsabilidade muito grande. Porque você vai lidar com vidas, vai lidar com os problemas dos outros... Responsabilidade em horário, em anotações. O que você vai anotar, o que você não vai. É grande a responsabilidade (FH57).

Destacamos aqui que a responsabilidade com coisas tão objetivas como horário, remédios e anotações não exime o agente comunitário de saúde de se responsabilizar, de ser ético e de ter compromisso com o sigilo. Ou seja, o **ser de confiança**. Afinal, este é para eles, já dissemos, papel do amigo.

Porque para ser um ACS, a responsabilidade é a coisa chave do nosso trabalho. O andar base, a estrutura do nosso trabalho. Ter responsabilidade com o que a gente tá fazendo. Sem responsabilidade fica tudo desorganizado (FH58).

O ACS é amigo da comunidade. O ACS representa para a comunidade uma pessoa de confiança. Visitas as famílias cadastradas (FH24).

Lá na comunidade existe esse laço. Laço de troca, de amizade, de confiança (MH87).

No penúltimo último discurso, a confiança se relaciona à solidariedade e à reciprocidade. No último, relaciona-se à competência. Mas antes de abordarmos a auto-representação do agente comunitário de saúde como competente, concluamos os comentários referentes à ética.

Ética caracteriza-se como uma evocação pouco freqüente (N = 4) e mais tardiamente evocada, porém apontada, na maioria das vezes, como a mais importante. Duas destas evocações foram combinadas:

Ter responsabilidade e ética profissional (FH14).

Ser uma pessoa popular e ter ética profissional (FH26).

Nos discursos apresentados, a ética atrela-se tanto à responsabilidade como ao sigilo. Significa ser capaz e estar preparado para ser ACS.

Ética é o principal. Porque a gente trabalha com a equipe e com a comunidade. Então se a gente sai, por exemplo, sai de uma casa para outra casa e perde a ética profissional! Se a gente sai comentando o que ouviu, perde o crédito. Se não tiver esta ética, acabou. Imagine você falar de uma coisa que alguém contou em sigilo. Quem não tem ética fica difícil conviver com outras pessoas. Porque tudo que constrói, destrói (FH58).

Especificamente com relação ao **ser competente**, trata-se de um elemento que possui dois significados. O conhecimento obtido nos treinamentos e na prática, mas também a avaliação da necessidade de mais treinamento e melhor qualificação.

O ACS só é visto teoricamente. Valorização nenhuma. Mas eu digo: é capaz (FH117).

Qualificação, eu acho muito importante. Eu acho que o agente precisa até mais. Porque a gente precisa aprender, que é pra passar, com segurança, pra comunidade. Então, a qualificação pro agente de saúde, eu acho muito importante. Mais treinamento (FH18).

A autocategorização do ACS como competente não significa deixar ele de se reconhecer como um profissional que aprende. Não apenas nos cursos, mas através da comunidade e dos outros profissionais do PSF.

**É aprendiz de ações em saúde / Simples / Competente / Capaz (FH43).**

[...] quando eu entrei aqui, não sabia nada. Quer dizer, depois que eu entrei no PSF, eu sabia PACS [...] Só que aqui dentro [REFERE-SE À USF] tem mais profissionais. Aí, como profissional, a gente aprende muito. [...] (FH74).

Ressaltemos que ter sido treinado é uma das justificativas para o ACS reconhecer-se um educador. Treinamento é temática presente nas suas discussões sobre **educação em saúde**. Ser capacitado é uma prescrição para o seu exercício profissional. Além disso, entre a série de qualificadores presentes na representação de si mesmo, **ser paciente** é condição requerida para o desempenho de seu papel.

Precisa ser paciente. Se não tiver paciência, não tem dedicação (FH44).

Ser paciente, porque o ACS realmente tem que ser. Porque quando a gente chega na casa da família, às vezes a família tá tranqüila, mas às vezes tá com problemas, entendeu? Tem que conversar. A gente tem um tempo pra ficar, mas se a pessoa precisar de mais tempo, a gente tem que dedicar mais tempo [...] (FH18).

Atentemos que paciência e dedicação estão, nos dois discursos, entrelaçados. Sobre a relação entre os elementos qualificadores presentes na configuração estrutural da representação social do agente comunitário de saúde vimos fazendo comentários. Articulamos alguns deles a outros qualificadores. Outros, não mencionamos. Ora porque foram pouco freqüentes, ora porque outros atributos, com significado similar, haviam sido apresentados.

A diversidade de adjetivos de valor positivo que é utilizada pelo agente comunitário de saúde para se qualificar chama-nos a atenção. Eles estão, na sua grande maioria (exceção que se faz ao ser importante), no sistema periférico. Outros, mais individualizados ou racionalizações feitas nas entrevistas. A

combinação de características positivas, nuances e ênfases dão destaque a esta diversidade.

Este resultado nos reporta a afirmação de Wagner (1998) de que os membros de um grupo têm uma concepção das condutas 'normais' de seus parceiros, diante de uma situação que requeira uma dada representação, a qual resulta de uma 'gênese pública', como um pré-requisito para uma interação social harmônica.

Ilustramos a maior parte destes qualificadores, através de uma justificativa dada para a evocação **ser especial**:

O ACS é uma pessoa muito especial. O ACS para mim é uma pessoa muito importante na comunidade. Para começo, deve ser uma pessoa muito conhecida, muito capacitada. Uma pessoa que tenha amor ao que faz. Ter amor ao trabalho. Sem amor não é nada. Pessoa muito responsável, que não tenha preconceito. Uma pessoa que saiba respeitar a individualidade do outro. Que saiba escutar. Ouvir o paciente, a pessoa que vai procurar por ele. Que saiba chegar na casa, se apresentar. Ser um amigo [...] Saber fazer como ganhar a confiança. Para ganhar a confiança tem que saber respeitar a comunidade. O ACS tem que ser uma pessoa conhecida. [...]. Ter ética profissional. [...] tem que ter amor. Muitas vezes, os problemas dessas pessoas é solidão. Aí a gente tem que ser atenciosa com elas. Cuidadosa. Porque, às vezes, até o jeito da gente falar... É fundamental respeitar a individualidade. É muito fundamental ganhar a confiança dessas pessoas, ser amiga. [...] (FH66).

Como com um único exemplo não é possível enumerarmos os atributos de valor, façamos uma relação: 'amigo', importante, indispensável, fundamental, solidário, atencioso, paciente, amoroso, ético, respeitador, simples, persistente, dedicado, disposto, disponível, diferente, amado, reconhecido, confiável e lutador. Enumeramos, assim, exemplos de valoração positiva, os quais, porém, não são exaustivos.

A maior parte destes qualificadores revela investimento afetivo, que por vezes é destacado no próprio discurso, através de narrativas sobre o dom e o amor. Com

relação ao amor, elemento de baixa frequência de evocação (N = 6), destacado nas evocações combinadas, porém uma das principais razões para gostar de ser agente comunitário de saúde, fazemos alguns comentários.

Assim como outros elementos (importante, solidário), amor tem múltiplos significados: (a) amor pelo trabalho, (b) trabalhar com amor e (b) ter amor pelo próximo. Exemplificamos com as evocações simples e combinadas:

Trabalhar com amor (FH25) / Amor pela comunidade (FH37) / Amor pelo que faço (FH47) / É um trabalho feito com amor (FH49) / Amor (FH71) / Amor ao trabalho (MH118).

Trabalho com todo amor e carinho (FH36) / Carinho, amor e dedicação com os outros (FH58) / Amor e solidariedade com o próximo (FH98).

Ilustramos com falas das entrevistas:

Trabalho por amor, mas é amor também. Tenho até dúvida que venha a remuneração (FH2).

Muitos agentes comunitários de saúde vêem como um trabalho qualquer. E o agente comunitário de saúde não é um trabalho qualquer. É um trabalho de lidar diretamente com a população, com recursos humanos. E é complicado isso. É por isso que eu citei, ali, o amor ao trabalho. Precisa ter amor. Tudo tem que ter o amor na frente. Se você não tiver amor, o que você faz sai mal feito (MH118).

Ainda, ter amor à profissão e à comunidade é uma das principais razões para gostar de ser agente comunitário de saúde:

Gosto de ser agente comunitário porque é um trabalho que faço com muito amor. Por ser pessoas carentes e que precisam assim como eu (FH25).

Ademais, com relação aos qualificadores, destacamos o atributo **lutador**. Embora seja pouco evocado e raramente estar associado a outro atributo –apesar de presente em evocações combinadas – por ser a dinâmica sobre a qual repousa a união do grupo no associativismo e sindicalismo, esta é uma representação cuja importância foi detectada na observação de cunho etnográfico. Trata-se de um conteúdo representacional pouco veiculado, mas que orienta a prática dos agentes comunitários de saúde. É um conteúdo que tem dois significados, já que existe uma luta referente à questão trabalhista e outra que visa benefícios para a comunidade.

E a gente continua na luta, aí, querendo não é nem o aumento de salário, é equiparação salarial. Que tá essa diferença que você sabe. Mas até agora nada. Muito difícil da gente conseguir. Descobri que, realmente, quanto menor é aquela categoria, mais difícil é de conseguir as coisas (FH59).

O ACS, ele não só luta pelos seus direitos. Ele luta pelos direitos de toda uma comunidade que tá ali, que vive também uma posição social, na maioria das vezes, desprivilegiada, e que tão ali na busca de uma identidade, tão ali na luta da sobrevivência. Ali, e não conseguem se achar. Nós percebemos muitos casos de criminalidade, de violência, justamente pela questão ocupacional, que eles não conseguem encontrar emprego. Que é uma questão hoje, que é um problema social gravíssimo, até mundial. E nós detectamos muito desse tipo de coisas na comunidade: violência, inseguranças, drogas. Isso é constante no nosso dia-a-dia (MH5).

Ele é importante, justamente para ele, para a comunidade. Já que ele trabalha com o povo, tem que lutar, tem que ir buscar, tem que resgatar a dignidade, a saúde, daqueles que precisam, necessitam dele (MH70).

Lutador porque a gente é uma classe lutadora. Até pra reimplantar este programa aqui, a gente que foi para a Câmara de Vereadores, levantou a Câmara. Até Ricardo Coutinho [À ÉPOCA DO DISCURSO, VEREADOR DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA] abraçou nossa causa (FH117).

**Luta** é temática central nas reuniões da AACCS-JP e do SINDACS-PB. É conteúdo recorrente e enfatizado pelos representantes das referidas entidades, mas não só exclusivamente por eles. Os registros do Diário de Campo permitem-nos inferir que, independente de sexo e de escolaridade, a participação de alguns nas assembléias é freqüentemente demarcada por discursos reivindicatórios, por contestações, por despojamento e diálogo com os representantes instituídos de poder no campo da saúde.

O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) avalia que, em decorrência do seu pioneirismo, o PACS – acrescentamos aqui, o PSF – enfrenta dificuldades e obstáculos quanto à forma jurídica de contratação dos agentes comunitários de saúde. O Ministério da Saúde reconhece como legítima a reivindicação da categoria pelo seu reconhecimento e pela concessão dos direitos trabalhistas.

Algumas ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, ao longo de nossas observações, evidenciam a articulação entre o dizer e o fazer, apesar de se tratar do dito acerca de um conteúdo pouco compartilhado nas associações-livres. Mas ao nosso ver sintetizado pela seguinte evocação combinada: “Agente comunitário de saúde é luta: garra-disposição” (MH70).

O **ser lutador** também é uma percepção institucional. Relevante faz-se aqui apontá-la, embora retomemos a discussão posteriormente.

Depois de muitas lutas que vocês tiveram, o governo conseguiu finalmente editar o decreto que estabeleceu... a Portaria 1886, depois veio o decreto, estabelecendo o conjunto, o rol de atividades que o agente comunitário poderia fazer. E insinuou alguma coisa na formação, definiu os critérios. Ali, ainda não estava resolvido o problema. Depois vocês continuaram a luta, e o governo veio editar, no final do mandato do Serra e do FHC, a Lei 10507

de 10/07/02, reconhecendo a profissão dos agentes comunitários de saúde (INFORMAÇÃO VERBAL)<sup>41</sup>.

Destacamos estes qualificadores de cunho eminentemente positivo, mas sem perder de vista a representação negativa '**ser desvalorizado**', que se trata de uma interpretação de como os outros vêem o agente comunitário de saúde, e que se constitui numa dualidade com a representação de ser importante para os outros.

Uma vez que destacamos a utilização de metáforas na construção da identidade do agente comunitário de saúde, convém mencionar uma, cujo significado é o ser desvalorizado: "**Bostinhas**<sup>42</sup> esquecidos" (MH83).

A série de qualificadores **de dimensão positiva**, com os quais os agentes comunitários de saúde identificam-se, remetem-nos a Erikson (1976, p. 21), o qual considera que:

[...] a formação da identidade emprega um processo de reflexão e observação simultâneas, um processo que ocorre em todos os níveis do funcionamento mental, pelo qual o indivíduo se julga a si próprio à luz daquilo que percebe ser a maneira como outros o julgam, em comparação com eles próprios e com a tipologia que é significativa para eles; enquanto que ele julga a maneira pela qual eles o julgam, à luz do modo como se percebe a si próprio em comparação com os demais e com os tipos que se tornaram importantes para ele [...].

O leitor pode se questionar sobre o porquê de, sendo nossa discussão atrelada à identidade social, apontarmos um posicionamento atrelado aos termos psicológicos. Mas Erikson não desconsidera que a identidade se estrutura e se

<sup>41</sup> Informação fornecida por um representante do Ministério da Saúde, por ocasião de uma assembléia extraordinária do SINDACS-PB, realizada em 23 de maio de 2003.

<sup>42</sup> Diminutivo de 'bosta', cujo significado é excremento. No sentido figurado, significa indivíduo reles, insignificante ou desprezível; títica (FERREIRA, s/d).

reestrutura com base nas relações sociais que se estabelecem no decorrer da vida do sujeito. Nós não podemos deixar de considerar que sua afirmação se estende aos grupos. É tanto que os agentes comunitários de saúde julgam-se a si mesmos, comparam-se e se distinguem de outros grupos, conforme ainda evidenciaremos.

Sobre o **ser desvalorizado**, apesar de elemento da segunda periferia, ele passa a ser compartilhado pela maioria dos agentes comunitários de saúde quando se refere à compreensão que eles têm acerca da representação dos políticos e dos gestores de saúde sobre si. Porém inferimos que esta relação não diz respeito a uma interpretação da existência de menosprezo do seu papel no PSF e no PACS, mas à sua forma de inserção profissional precarizada. Precarização que os distingue do servidor público clássico, ou seja, daquele concursado e possuidor de seus direitos trabalhistas e previdenciários. Registremos ainda: de fato, esta é uma distinção real, que, inclusive, é reconhecida pelo próprio Ministério da Saúde, conforme já mencionamos. Além disso, os distingue dos demais membros da equipe, os quais possuem a condição de funcionário municipal do quadro efetivo, apesar de sua instabilidade referente à inserção no PACS e no PSF. Cabe aqui apontar que a identidade se constrói pela relação com os outros (CIAMPA, 1994). É o reconhecimento destas distinções e sua decorrente precarização que inferimos ser o principal propulsor do movimento associativo da categoria, o que se dá via associação e sindicato, sobre os quais posteriormente ainda teceremos considerações.

De acordo com nossos registros em Diário de Campo, assim como registros verbais dos agentes comunitários de saúde, a luta pela criação da profissão foi um freqüente motivo que os levou à filiação à AACCS-JP. Porém, embora a mesma tenha sido criada em 10 de julho de 2002 (Lei nº 10.507), identificamos ser comum

referências à necessidade de sua criação. Entendemos que a precarização das relações trabalhistas é interpretada como desvalorização, impedindo o reconhecimento de sua existência ou simplesmente a sua valorização pelos outros.

[...] a gente trabalha, a gente se dedica, a gente passa o tempo na rua, mas não somos considerados como profissional (FH44).

Eu trabalharia mais satisfeito, ainda, se realmente a gente fosse considerado como um profissional. Já que a Constituição diz que é uma profissão. Por sinal, tudo conforme os outros (MH70).

Este dado nos remete a Spink (2003), para quem a regulamentação profissional é, em última análise, o reconhecimento, em termos legais, da “utilidade” de uma determinada prática profissional para a sociedade. Esta utilidade reporta-se ao estágio de desenvolvimento político-econômico, aos valores culturais preponderantes ou, ainda, a aspectos mais universais, como é o caso das profissões ligadas à sobrevivência do homem. Parece faltar ainda, para o agente comunitário de saúde, a constatação da sua utilidade profissional, além dos documentos legais. Ou então, aquela confusão, que, segundo o Ministério da Saúde, ocorreu num primeiro momento, **entre a criação da profissão**, a qual se refere “[...] às condições para o exercício da atividade e parâmetros mínimos para tanto” (BRASIL, 2002, p. 10) e **com o reconhecimento dos direitos sociais dos agentes comunitários de saúde**, os quais “[...] decorrem da natureza jurídica da contratação, de sua forma e do regime a que se vincula” (BRASIL, 2002, p. 10), não foi criada pelos agentes comunitários de saúde, pois eles conseguem claramente entender que a regulamentação da profissão em lei não garante o gozo dos direitos trabalhistas e previdenciários.

As relações de trabalho do agente comunitário de saúde são uma vivência em torno da qual parecem articular-se as representações mais compartilhadas que eles têm dos outros sobre si. Passamos a tecer comentários complementares sobre estas, destacando que interpretar serem negativas as avaliações dos outros sobre o grupo não significa uma autodesvalorização.

Tomemos como ilustração a exposição feita por uma agente comunitária de saúde para o seguinte questionamento: 'Quem dá valor ao trabalho do agente comunitário de saúde?'

[RISOS] No papel, a secretaria. Instrutora, todas elas que a gente já teve, tratam a gente com respeito. Só instrutora. Tenho muita revolta no trabalho. O incentivo para continuar é só a instrutora. Toda ela [enumerou seis nomes]. Não tenho o que dizer. Sempre ajuda nas dificuldades. Diz: 'Tenha paciência, vai melhorar' [...] O resto é só papel. Só mentira. No papel, eles fazem as coisas. Aparece na televisão. Mas os políticos não dão valor. É só fachada aquilo ali. Nós somos considerados favelados. O que não tem nada, não tem estudo. 'Se você quiser, fica, senão, tem quem queira'. É assim que a gente ouve. Queria que este novo governo, que foi pobre, desse uma melhora no nosso trabalho. [...] Agora a comunidade, acho que ela acha bom. Pergunta: 'O que tá fazendo na minha porta de novo?' Mas quando precisa, procura a gente. Acho que ela acha bom (FH9).

Destacamos a complexidade ligada a quem valoriza e a quem não valoriza o agente comunitário de saúde. A mágoa que identificamos, e que foi verbalizada num outro momento da entrevista. A esperança de conseguir mudanças, atrelada a um novo governo. Algumas destas representações são largamente compartilhadas pelo grupo. Outras menos. As dialéticas também são encontradas, porém muitas vezes justificadas. Principalmente as que dizem respeito à comunidade.

Nem Jesus agradou, quanto mais a gente como agente comunitário (FH69).

A comunidade é o seguinte: se você fizer 99, e não fizer os 100, não fez nada (MH99).

Como diz Deus: 'Ninguém vai agradar a todos'. E o ACS está no mesmo caminho (FH74).

A comunidade, em si, não são todos que dá... que valoriza o trabalho do agente. Não são todos. Mas existem pessoas que valorizam o trabalho do agente. A gente tira porque às vezes a gente ouve muitos comentários. Comentários gratificantes e comentário desestimulante. Porque são pessoas que dizem o seguinte: 'Ah! Se não fosse dona X eu não tinha feito isso' [...] Ela diz: 'Ah! Meu Deus, meu anjo, meu anjo da guarda. Foi você que deu minha visão'. Só de ouvir isso aí, a gente já se sente lá em cima. Mesmo que venha outro e dê uma porrada em você, você queira cair, mas você lembra que lá fora tem outras pessoas que valorizam seu trabalho. [...] Do jeito que tem essas pessoas que valorizam, existem outras que desvalorizam, que fala, que mete o pau, que diz que a gente não faz nada. Às vezes a gente passa na casa, na visita domiciliar, todos os meses, todos os meses, todos os meses... Se eu passo, passando uma besteirinha depois de um mês: 'Mas mulher, nunca mais tu viesse na minha casa. O que foi que houve?' Aí chega na casa da vizinha e diz: 'Aquela agente comunitária, não veio mais na minha casa. Eu nunca vi uma agente comunitária desse jeito'. É nesse ponto aí que a gente é desvalorizado. Outras, a gente chega, bate na casa, chama, o cara tá lá dentro. Ou chega e diz: 'O que é que você quer?' A maneira. Às vezes a gente fica em pé no portão - no sol quente - esperando praquela pessoa vim atender. E quando vem atender, ela fica do lado de lá e a gente do lado de cá. É dessa maneira que eu acho que o agente tem que aprender muito pra ser valorizado. Porque existe muita desvalorização dentro da comunidade (FH50).

As opiniões acerca da falta de reconhecimento do agente comunitário de saúde por parte da comunidade são menos compartilhadas. O que se inverte, quando se trata dos representantes dos órgãos públicos. Contradições ainda existem, porque há dualidade para alguns sujeitos, que em parte se vêem reconhecidos e, em parte, não, por esses segmentos.

A possibilidade de terceirização do trabalho é vista como uma desvalorização e é temática enfaticamente discutida durante o governo anterior. Considerando que este julgamento concernente ao ser desvalorizado traduz, com relação às relações de trabalho, uma posição/condição desvalorizada e estigmatizada pela lógica da dominação, com base em Castells (2000), podemos supor que os agentes

comunitários de saúde criaram uma identidade de resistência, não dispondo nós de subsídios para inferir a existência de uma identidade de projeto.

A terceirização é assim avaliada por uma agente comunitária de saúde:

Sobre os agentes de saúde, de uma forma em geral, eu queria acrescentar que a gente, por exemplo... que o trabalho do agente de saúde se tornasse um trabalho profissionalizante. Ou seja, que eles considerassem a gente como profissional. Porque a gente trabalha, a gente se dedica, a gente passa o tempo na rua, mas não somos considerados como profissional. Eles alegam que não assinam a carteira e nem pode dizer que dá pra fazer concurso pra ser efetivo da prefeitura porque nós não somos profissionais. Ou seja, eles acham que o trabalho do agente de saúde pode ser terceirizado, como se fosse um leiturista da CAGEPA [COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DO ESTADO DA PARAÍBA], que todo mês é um. Mas não é. Porque o trabalho do agente de saúde é um trabalho que você conquista no dia-a-dia. A gente tira por isso: Eu deixei de fazer algumas visitas porque as pessoas mudaram de área, e aí as pessoas diziam: 'Olhe, por que você mudou? Eu não vou ficar com aquela menina não [...] com você eu confiava mais, com você eu aprendo mais, com você... eu sei que você me conhece [...]. Assim, adquire confiança. Então como eles não consideram a gente como profissional, eles acham que o trabalho pode ser terceirizado. O trabalho terceirizado não vai ter a mesma qualidade que tem com as pessoas da comunidade. Ou seja, vai ficar uma relação totalmente fria. Porque durante um ano vai ser um, durante um ano vai ser outro. Ou seja, vai ser um trabalho como outro qualquer (FH44).

A temática relacionada à precarização das relações trabalhistas do agente comunitário de saúde é recorrente nas entrevistas, é central nas discussões das assembleias da AACS-JP e é ponto-chave das reivindicações da categoria. Considerando que nos referimos ao método como sendo um compromisso do pesquisador, não podemos nos eximir da condição de psicólogos e deixar de chamar a atenção para dados relativos à falta de confiança em alcançar melhorias.

Você já viu uma categoria que trabalha quatro anos, mais de quatro anos [...]. Tem gente que trabalha há mais de dez anos. E que não é reconhecido. E que não tem nenhuma espécie de vínculo empregatício e

que não tem nenhuma expectativa de melhorar, não tem nenhuma expectativa de viver uma vida melhor, no futuro. Por exemplo, caso a gente entre num estado delimitador, assim, uma doença [...] a gente vai chegar ao caos ali, sem direito de nada. Nada nos assegura. É como a gente fosse um produto descartável, assim, que sobrou. De repente, cai uma situação desse tipo e depois fica ao Deus dará [...] (MH5).

A gente pensou até que ia melhorar com Lula, mas ninguém tá vendo nada até agora [...] Com esse salariozinho que tá aí, sinceramente, se eu conseguisse uma coisa, que ao menos fosse de carteira assinada, e que me desse ao menos o décimo terceiro, me desse férias, eu trocava, sinceramente. [...]. Passar dois expedientes, trabalhando por uma coisa que você não tem expectativa de melhora de nada... (FH44).

Estes depoimentos e expressões de desencantamento fazem-nos supor ser esta uma das razões para os atuais conflitos relacionados ao interesse de vinculação de alguns agentes comunitários de saúde à Associação dos Profissionais do Programa Saúde da Família. Também nos faz avaliar ser urgente a necessidade de resolução da questão da precariedade das relações trabalhistas do agente comunitário de saúde, pois ele é um profissional exposto a condições propiciadoras da síndrome de *burnout*<sup>43</sup>. Como é representado como o pilar dos programas PACS e PSF, precisa na prática sentir-se como tal, o que certamente ameniza tais condições e se somam muito bem ao gostar da profissão. O atual discurso oficial aponta para a resolução de tal problemática, conforme ainda destacaremos. A esperança de alguns é suporte que se fortalece nas reuniões da categoria.

Mas o desestímulo de alguns agentes comunitários de saúde, assim como o desânimo retratado nos discursos, não significa estarem eles desesperançados. A esperança, ao nosso ver, é um sentimento necessário. Assim, compactuamos com Freire (1993, p. 2), quando afirma que:

<sup>43</sup> De acordo com Vasquez-Menezes e Soratto (1999), o cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grandes responsabilidades profissionais, a cada gesto no trabalho.

No momento em que você definitivamente perde a esperança, você cai no imobilismo. [...] A esperança é uma invenção do ser humano que hoje faz parte da nossa natureza que se vem constituindo histórica e socialmente. Ou seja, a esperança é um projeto do ser humano e é também a viabilização do projeto.

Este posicionamento apóia nossa inferência sobre ser este o sentimento que mobiliza os agentes comunitários de saúde na associação; no sindicato; na greve; no acampamento em frente ao Palácio do Governo; na busca de assinaturas junto aos moradores de suas áreas de atuação para um abaixo-assinado a favor de melhores condições de trabalho; no apoio à candidatura de um agente comunitário de saúde para o cargo de vereador etc. Faz-nos deduzir que a esperança será uma das viabilizadoras da sua identidade de projeto, conforme a descreve Castell (2000).

A discussão em torno das ações reivindicatórias dos agentes comunitários de saúde leva-nos a considerar o ponto de vista de Maheirie (1997) sobre a identidade ser eficaz no campo da política, reafirmando a dignidade de uma determinada categoria, através daquilo que é partilhado, podendo, além disso, ser extremamente eficaz na luta e no enfrentamento de situações de conflito, nas quais se usa o “nós” como afirmação e positividade, ou seja, como força política. Ainda segundo a referida autora, faz-se necessário pensarmos na identidade dos movimentos sociais (MS) como um processo contínuo em construção e desconstrução, na ambigüidade presente e inevitável que lhe compõe, implicando um trabalho de unificação da diversidade, incorporando a diferença. Apreciamos pertinente fazer esta articulação entre identidade e movimentos sociais porque levamos em consideração a definição de Gohn (2000) sobre as associações e os sindicatos serem movimentos sociais. Neste sentido, a história dos agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa requer, ao nosso ver, um estudo específico da identidade da sua

associação. Assim como achamos apropriado pesquisar a identidade do Sindicato, o qual agrupa ACSs de outros municípios.

A autocategorização dos agentes comunitários de saúde em torno de seus qualificadores favoreceu um debate sobre a participação política da categoria e foi nos afastando dos elementos da configuração estrutural de sua representação. Retomaremos a discussão. Sobre o **ser membro da comunidade**, inferimos tratar-se de uma representação prescritiva para ser elo entre a comunidade e a ESF. Esta, como já afirmamos, uma representação descritiva do papel do ACS. O ser membro da comunidade, porém, não apenas se relaciona à representação do ser um morador de vida igual a dos outros membros da sua comunidade, conforme representa o MS e alguns dos profissionais da ESF, como demonstram os exemplos seguintes:

[...] o agente comunitário [...] é um representante da comunidade. Ele já é da comunidade. [...] Ele tem a identidade da comunidade. Ele tem a cara da comunidade. [...] Ele está sempre interagindo com as pessoas da comunidade. Interação da comunidade da qual ele já faz parte. [...] Tem a cara da comunidade porque tem que morar na própria área. Tem toda exata identidade. Ele tem mais ou menos os mesmos hábitos, a maneira de viver da comunidade. [...] ele conhece todos os comunitários [...]. Além do mais, são pessoas que conhecem os problemas dos comunitários (FN15, enfermeira).

[...] os pré-requisitos essenciais da categoria profissional dos agentes comunitários de saúde, que são: a liderança, o espírito de solidariedade; enfim, o conhecimento da comunidade, morar na comunidade, etc [...] É como a personalidade nossa: nasceram com o programa esses requisitos. Por quê? Porque se não fosse isso, não precisava ter agente comunitário de saúde. O auxiliar fazia, o técnico fazia (REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM ASSEMBLÉIA EXTRAORDINÁRIA DO SINDACS-PB).

Esta é a opinião de alguns agentes comunitários de saúde:

Comunitário porque ele [O ACS] também faz parte daquela comunidade, vive também os mesmos problemas que o povo passa. Eles também não é diferente da comunidade. Ele também é um comunitário, que ele vive ali, naquela comunidade, passando o que os outros também passam (MH73).

Se um dia disser que estou sem meu trabalho, eu estou sem chão. Porque outro trabalho pra mim eu não vou gostar como este. Eu tenho muito vovô. É minha família. Porque eu não tenho só meu marido e meus [...] filhos, mas uma família em cada casa. Cada uma com sua história, seu pedacinho de história (FH109).

Com esses discursos, os agentes comunitários de saúde ressaltam sua pertença a um grupo específico, de caráter comunitário: seus parentes, seus vizinhos, seus amigos. Eles também fazem referência à sua pertença à ESF, ressaltando, inclusive, sua importância e sua condição de indispensável.

Aqui, na minha unidade, a gente é reconhecido. Por quê? Porque a gente não trabalha como uma equipe, mas como uma família. Não tem aquele preconceito: médico, agente, enfermeiro. [...] A gente trata médico, enfermeira, como se fosse mesmo colega de trabalho, como família. Eles também não tratam a gente com diferença. Mas em muitas equipes tem surgido muitas coisas [...] Eu tenho visto os comentários dos próprios agentes. [...] Aqui, graças a Deus, a gente procura viver a vivência de família [...] (MH70B).

Mas tanto as representações do ser igual à comunidade, como a de ser um membro da equipe, não estão livres de contradições, as quais por vezes os possibilitam contra argumentar acerca da exigência de morar na área de trabalho.

A obrigatoriedade de morar na comunidade envolve opiniões divergentes entre os agentes comunitários de saúde. Pois para alguns é condição para que o seu trabalho possa ser desenvolvido. Para outros, não é esta exigência que garante o

bom trabalho do agente comunitário de saúde. Achamos que a solução possa ter sido apontada por um agente comunitário de saúde: “[...] a gente precisava ter morado alguns anos na comunidade, mas poderia se mudar porque já conhece a comunidade e todo mundo quer melhorar” (FH101).

A gente precisa viver a vida da comunidade. A gente precisa vivenciar uma vida realmente bem comunidade. Por isso que eu pensei vivência. Não adianta alguém exercer agente de saúde, mas não viver, não sentir a dor, não sentir as alegrias daquele povo que ele trabalha. Porque se torna uma família. Pelo menos assim, a gente muitas vezes chega em casas de pessoas que parece até que é da família. Devido à vivência, se acostumam. Quando eu passo... ‘Ah, passou um mês inteirinho sem a gente descer naquela casa’. O povo já reclama, diz que eu sumi (MH70B).

[...] Acho errado que para ser ACS tenha que morar na comunidade. Porque, quem não quer melhorar? Só porque eles não querem? Só porque eles não moram na comunidade? Médica, enfermeira, técnica de enfermagem (FH9B).

O programa, também nas diretrizes, determina que o agente comunitário de saúde tem que morar na micro-área da área onde trabalha. [...] O ACS, ele faz o processo seletivo, mora na casa dos pais ou mora em casa de aluguel. E aí, o agente comunitário de saúde, depois de dois anos, ele precisa se mudar, porque o rapaz pediu a casa. Não tem casa, dentro da área, pra ele ficar dentro da área. E aí? Ele vai optar... Ele vai optar pra ou sair do trabalho ou ficar no programa, pagando até um aluguel maior, mesmo sem poder (ACS, em assembléia extraordinária do SINDACS-PB).

Embora discutível e desejo de alguns agentes comunitários de saúde, a obrigação de morar na área de atuação não se alterou com a nova portaria. Este pré-requisito, segundo um membro ministerial, decorre da interpretação do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994, 1997) sobre assim se tornar fácil o acesso do ACS às famílias da vizinhança, bem como a rápida identificação de seus problemas.

A importância e a necessidade do agente comunitário de saúde residir na

comunidade é uma avaliação dos demais membros da equipe, principalmente das enfermeiras.

[...] tem que morar na própria área. Tem toda exata identidade. Ele tem mais ou menos os mesmos hábitos, a maneira de viver da comunidade. De certa forma isto ajuda porque ele conhece todos os comunitários. A gente tem mais segurança que a história contada pela comunidade é verdadeira. É mais fidedigna porque o agente está presente e ele não tem como contar outra história. Além do mais, são pessoas que conhecem os problemas dos comunitários. O agente facilita também o trabalho, na questão da segurança, até para caminhar nas favelas, áreas de maior periculosidade. O agente nos dá maior segurança. A gente passa, assim, com maior segurança (FN15E, enfermeira).

Quando afirmamos ser esta uma exigência discutível, estamos levando em conta tanto controvérsias como alguns questionamentos feitos pelos próprios agentes comunitários de saúde. Discutível porque, para nós, fere a Constituição Federal (BRASIL, 1988) no que diz respeito ao direito do cidadão. Além disso, quando ‘se obriga’ o ACS a continuar residindo na sua micro-área de atuação para poder ser manter no emprego (exceções que vimos, na prática, ocorrem quando há compatibilidade entre o novo endereço e vaga na micro-área do mesmo), impede-se que ele concretize suas aspirações de promoção social relativa à melhoria concernente ao seu espaço físico, conforme o descreve Bourdieu (1999c).

Na nossa opinião, quando os agentes comunitários de saúde aspiram por um lugar melhor (“Eu gostaria de poder morar fora da comunidade. Uma rua ou duas após” FH62), sonham com um lugar menos excludente. Porém não necessariamente um lugar muito diferente do que eles moram, uma vez que seus salários não lhes permitem residir, seja pagando aluguel ou como proprietário, em bairros com toda a

infra-estrutura que eles mesmos apontam como necessárias para se ter saúde, para se ser educado na saúde.

Distanciamos-nos da discussão da representação do agente comunitário de saúde como membro da comunidade, mas precisamos retomá-la, porque, para eles, ser membro da comunidade significa mais do que ser dela um morador. Chama a atenção, inclusive, o cuidado com as diferenças:

Quando se trabalha com pessoas... fica muito difícil. Porque o agente... Você trabalha com mente, cada pessoa tem uma mente diferente. Cada pessoa age diferente. Então é você fazer uma coisa que está certa, aqui, existe outra ali que vai dizer que você não está correto. [...] ele se esforça muito pra ver se ele dá o melhor que pode (FH50).

Retomemos aqui o já dito sobre o fato de, escolhendo moradores da comunidade, o programa explicitar que a cooperação com a comunidade mobilizada, via associações, igrejas, sindicatos etc é um objetivo específico anunciado como a principal estratégia de formação do agente comunitário. Ou, como especifica Scott (2001), para um morador se tornar agente, além dos requisitos relacionados à idade, escolaridade, tempo de residência na área de atuação, tempo integral disponível, existe uma recomendação que implica uma diferença sutil: experiência e participação em ações comunitárias.

Esta sutileza apontada pelo autor, e que para nós se constitui numa referência identitária do agente comunitário de saúde, o distingue de muitos dos membros de sua vizinhança. Inclusive, dá-nos apoio para compreendermos a 'localização' do elemento ajuda (e também amigo) no sistema central de sua auto-representação. Destacamos que o agente comunitário de saúde é freqüentemente comparado, por

ele próprio, com o agente da pastoral. Ou então, esta ou foi ou uma experiência sua.

Salientemos ainda que o trabalho do agente da pastoral é voluntário.

Realizo assim um trabalho como voluntário da Pastoral da Criança (FH25).

Eu já trabalhava na comunidade faz tempo. Acompanhava já a comunidade e o trabalho do agente veio complementar o resto. Eu trabalhava na Pastoral da Criança. Também um trabalho que acompanhava as famílias. [...] Trabalho da pastoral, trabalho da igreja é quase o mesmo trabalho junto com o agente. É tudo uma coisa só (FH47).

Eu me sinto muito bem no meu trabalho. E gosto também. Eu acho que foi um trabalho mandado por Deus, que foi um trabalho voluntário. Assim, modo de dizer. Porque o ser mais humano do que ser o agente. [...]. Então a gente faz mais por amor do que por obrigação [...] (FH49).

Soma-se a esta analogia do ACS com o agente da pastoral e com o voluntariado, uma avaliação quase unânime de sua remuneração ser baixa, além de suas relações de trabalho serem precárias.

Estes dados, associados ao envolvimento e às relações afetivas que se estabelecem, fornecem pistas para o entendimento da profissão do agente comunitário de saúde como um dom.

[...] é um trabalho bem humano. E de ótimos resultados, quando se tem apoio. Quando não, ele age com o coração e continua fazendo o seu trabalho (FH21).

[...] eu me sinto bem, ajudando as pessoas. Eu sempre disse: acho que foi esse dom que Deus me deu. Acho que Deus me botou no mundo pra isso. Porque ajudar o meu próximo me dá... me deixa muito gratificada. Eu me sinto bem. Eu me sinto bem mesmo. E eu gosto (FH7).

Embora se auto-representem como um membro da comunidade, os agentes comunitários de saúde distinguem-se de seus pares. Tanto porque possuem conhecimentos sobre saúde, como por terem condições de orientar. Porque fazem uso do celular e têm gosto pela fotografia.

Na nossa equipe, fotografa. Aí qualquer coisa, chama X, liga pra X. Vamos fazer isso, fotografar isso'. Tem outras comunidades que as meninas também têm máquina e elas fotografam tudo. É um laço a fotografia pra gente, muito aconchegante. [...] Porque às vezes tem pessoas que Deus leva, que a gente tinha aquele carinho por ela. Muitas vezes fica estampado nas nossas fotografias. 'Ah! Seu fulaninho'. Isso recorda. 'Olha aquele dia que nós fizemos assim, assim'. 'Virgem, mulher, como tu tá gorda'. Ou qualquer coisa assim. Esses comentáriozinhos. A gente guarda isso com muito carinho. É uma coisa que a gente faz com carinho: a fotografia. (FH17).

Eu queria fotografar as visitas, para guardar as fotos de lembrança (FH54).

Eu gosto de fotografar muito. Eu tenho minha máquina (FH64).

O gosto pela fotografia, entretanto, aproxima os agentes comunitários de saúde dos outros membros da equipe, da coordenação do PACS/PSF e dos Distritos Sanitários. As distinções são outras. Uma delas, institucional, é uma das razões do representar-se como desvalorizado. Pois enquanto estes possuem suas relações precarizadas devido à falta de vínculo empregatício, aqueles não as têm, uma vez que são todos funcionários públicos municipais.

Distinguem-se dos demais membros da equipe, devido ao seu papel profissional:

Eles às vezes vêm atrás de agentes pra verificar pressão. Só que a gente tem que falar pra eles que a gente num somos enfermeiras (FH6).

O dentista e o auxiliar, só vai na comunidade, quando tem palestra. Eu, todo dia estou lá, pois eu já estou lá (FH10).

A diferença do agente comunitário de saúde é que ele tem, assim o apoio do médico, do enfermeiro, do auxiliar. E o agente da pastoral, ele trabalha só com o peso, mas tem o acompanhamento da multimistura, trabalha também encima da vacina, que o agente de saúde também trabalha. Trabalha com a gestante, que o agente de saúde também trabalha (FH91).

Um ser humano diferente que visa e busca o melhor pra comunidade. Assim, um ser humano diferente, porque é como eu disse: é um ser humano que faz esse trabalho. Porque nem todas as pessoas têm esse papel que o agente de saúde tem, de sempre ta ali, de sempre ta... não é conviver assim, de tá dentro da casa. Mas você conhecer a família, até mesmo assim, fora do seu trabalho, você saber, olhar pra ela e saber assim o que a aflige. [...] Se a comunidade chora, a gente chora junto. Porque a gente é como se fosse uma família. Por isso que eu botei assim: é diferente. É um ser diferente. Porque a gente procura ta ali, ajudando [...] (FH77).

Uma distinção que não é equivalente entre os diversos profissionais. Porque a distância, em termos de cultura, de condições de moradia, de salários, entre outros aspectos, não é a mesma. Identificamos que, diferentemente de médicos, enfermeiras e odontólogos, os quais, com raras exceções, residem em bairros distintos da Unidade de Saúde, auxiliares de enfermagem e auxiliares de gabinete odontológico, com frequência têm endereço domiciliar nestes bairros. Distinguindo-se, porém, dos agentes comunitários de saúde, por não ser esta uma condição para permanecer no PSF, além de lhes ser comum o distanciamento da micro-área.

Para nós, o agente comunitário de saúde distingue-se, também, por geralmente estar disponível para contato, mesmo fora de seu horário de trabalho, assim como por, freqüentemente, ser visto em interação com moradores de sua área e/ou de áreas nas quais já atuou. Isto nos remete aos vínculos afetivos já referidos.

Eu estou sempre, assim... disponível pra eles. Batem na porta, ligam o telefone, e eu tô sempre lá. [RISOS] Isso é no caminho da feira, se eu vou levar o menino na escola... um me pára, outro pára (FH76).

Quando a gente faz esse porta à porta, a gente tá sempre cuidando de toda a família. A gente pergunta pelo que saiu pra trabalhar, pelo que viajou, pelo que vai voltar. A gente tá cuidando sempre de todos. Do que tá na creche, do que tá no colégio, a gente tá sempre cuidando de um todo. A gente não cuida de uma pessoa específica, a gente sempre vem buscar a família como um todo (FH76).

Após a visita à USF, X me acompanhou até o ponto do ônibus. Destas oportunidades para continuar a coleta de dados. Paramos inúmeras vezes. As pessoas as chamavam de longe. Ela esperava, algumas vezes, já conversando com outras. Tirou dúvidas quanto a procedimentos para exames, orientou sobre a alimentação de uma criança com diarreia e a necessidade da consulta médica, além de ter confirmado o horário da dentista. Ganhou uma fruta de uma adolescente (ocasião na qual foi comentado algo acerca do uso do preservativo) e um abraço de uma criança. [...] Acenava para todos. Já no ônibus, ainda ouvi chamarem o seu nome (DIÁRIO DE CAMPO).

Acreditamos que a descrição do Diário de Campo ora apresentada – assim como outras que já fizemos – constata que as representações sociais construídas pelos ACSs sobre si guiam os seus comportamentos e as suas práticas, e eles exercem assim a sua função orientadora, conforme descrita por Abric (1998).

Ainda sobre a distinção, os agentes comunitários de saúde distinguem-se dos demais profissionais de saúde. Mas também dos profissionais do PSF. São diferentes ainda dos demais moradores de sua área, ou seja, de seus vizinhos. Não tendo eles aquela vida igual preconizada pelo Ministério da Saúde. Enfatizamos que, por serem agentes comunitários de saúde (“só eles são”), tornam-se diferentes dos outros moradores de sua micro-área. O que não significa dizer que inexistem igualdades entre eles. Neste sentido, assim se expressa uma enfermeira do PSF:

Quando eu coloco conhecedor da comunidade, é porque eles conhecem. Eles conhecem a cultura. Na verdade, eles são a própria comunidade. Eles representam exatamente... Se é uma comunidade agressiva, eles têm traços agressivos. Apesar deles ter uma educação diferenciada, ter situação um pouco mais diferenciada do que a grande maioria da comunidade. Mas eles representam, exatamente, o que é a comunidade [...]. Eles estão misturados. Eles são a comunidade (FN7).

Os agentes comunitários de saúde ainda se distinguem entre eles:

Falta até empenho profissional mesmo do próprio ACS. Que tem muitos que diante de tanta luta, desestimulam, desanima. Então o que precisa é que o ACS, todos eles, cumpram, de verdade, o seu papel. Existem pessoas que, infelizmente, não são apaixonadas pela profissão (FH76).

[...] pra uns é 10, pra outros é cinco. Outros, é zero [...] (FH51).

[...] sou conhecedor que temos muitos bons agentes comunitários de saúde. E também nós temos outros, que deixam um pouco a desejar. Mas, daqueles que eu sei que fazem um bom trabalho, eles têm o respaldo da comunidade. Como você sabe, você prestando um bom serviço à comunidade, você tem o respaldo. E aqueles que não têm, ficam um pouco a desejar, perante a comunidade [...] (MH118).

[...] hoje a gente tem três salários. Existe três salários pra o ACS. Tem do PACS, que recebe CR\$ 200,00. Tem do PSF, que foi a primeira equipe, recebe CR\$ 350,00. Tem a gente, que é da segunda equipe que entrou, que recebe CR\$ 250,00. São três tipos de salário pra uma mesma categoria. Onde todo mundo faz o mesmo trabalho... três tipos... isso não é justo. Há de convir que isso não é justo, de forma alguma (FH16).

Neste último discurso, diferença e igualdade: **‘todo mundo faz o mesmo trabalho’**. Porém, apesar de ser o trabalho do agente comunitário de saúde idêntico, independente de ser ele do PACS ou do PSF, ou ainda das primeiras equipes deste último, há distinções institucionalmente impostas. Diferenças que mobilizam a AACCS-JP pela luta por isonomia salarial.

No momento que o agente comunitário de saúde de João Pessoa, temos diferenças salariais. A gente está lutando pela isonomia salarial [...] é uma diferença muito grande [ENTRE OS SALÁRIOS DOS ACSs DO PACS E DO PSF]. Não somente no município de João Pessoa, como em outros municípios da Paraíba, como também do Brasil. Então, nós queremos é a regularização e a isonomia salarial como um todo. (ACS, em assembléia extraordinária do SINDACS-PB).

Outrossim, embora de modo pouco compartilhado, há uma diferenciação, entre os agentes comunitários de saúde, relativa à questão de gênero:

O trabalho de educação é muito sobre a higiene pessoal de cada pessoa. Saber como se banhar, como se tratar. O que deve usar e o que não deve. Como lavar suas roupas íntimas [...] Como a gente é mulher, a gente sabe entender, aí sabe conversar mais. Com as donas de casa, com as mocinhas, adolescentes. Porque quando é mulher as pessoas perdem mais timidez. A gente vê muita reclamação de homem. 'Eu não converso muito porque é homem'. E com as mulheres, mulheres com mulheres, entende mais. Mesmo que às vezes também seja difícil a gente chegar numa casa que tem só homem. Pra conversar, não é? Só que a gente vai levando do jeito que dá pra levar. Muitos, às vezes, quer até que a gente entre, fique bem à vontade. Mas a gente fica, mas não como quando tá a dona da casa. E as donas da casa são mais, a maioria. São mulheres, donas de casa, os homens, a maioria vão trabalhar, a gente se sente melhor (FH49).

O trabalho do agente comunitário de saúde é mais um trabalho... Confesso a você, mais feminino. Do sexo feminino. Porque eu analiso o seguinte... Veja bem que você pode puxar nos quadros dos agentes comunitários de saúde, tem mais do sexo feminino. Mas isso em nada impede que o homem participe. Que goste de fazer. Porque assim, nós não tínhamos bons obstetras homens, etc, etc. O agente comunitário de saúde, nesse trabalho educativo, nesse trabalho dia-a-dia dele, de prevenção a saúde, ele tem o trabalho com a mulher, com o idoso, com a criança, e com mulheres adultas e homens adultos. [...] é complicado para o homem, eu digo a você, em alguns aspectos. Em outros aspectos, não. É até mais fácil. Mas quando a gente vai lidar com gestantes... Realmente tem gestante que deseja fazer seu trabalho mais com mulheres. Mas quando você tem a confiança, e pega a confiança daquela gestante, não tem problema. Desenrola bem o trabalho. [...] muitas coisas que é pertinente a função do agente comunitário de saúde é mais de natureza feminina. Agora nada impede que o homem, em si, seja um agente comunitário de saúde (MH118).

As partes mais fácil que eu trabalho é sempre orientar as mães que tem neném em casa. As diabetes, gestante. Já nessa base [REFERE-SE AOS TEMAS LIGADOS À SEXUALIDADE] aí é mais difícil pra mim. Porque às vezes... tá a dona de casa assim... se eu for falar ela pode querer achar que eu to... interpretando alguma coisa mal, assim... Aí sempre é mais com os jovens da comunidade. Aí, quando tá a mãe e o pai, eu falo do que tem que ser falado. Mas no caso, quando eu chego numa casa que tá só a mulher, aí eu nunca falo nesse tema de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. [...] Da minha parte é mais fácil com os rapazes. Porque... os meninos, quando eu passo, dizem: 'X, aquele preservativo, tem lá?' Eu digo:

tem. Já tem uma moça na minha rua, que ela queria, mas ela, com vergonha de me pedir, mandou um amigo dela pedir (MH116).

Mas também há igualdades entre os gêneros:

Tanto faz ser mulher ou ser homem. Contanto que ele seja conhecido na comunidade. Porque é mais confiável (FH69).

Os agentes comunitários de saúde distinguem-se de outros moradores:

Pra saber visitar, porque lá ele vai encontrar pessoas com humores diferentes, características diferentes, e até situação de vida bem diferente (FH51).

Porém, se igualam a estes:

Eu me identifico muito. Me identifico... com o trabalho. Por eu viver na mesma comunidade, me identifico melhor. Por morar na própria comunidade, por ser da comunidade e ter a mesma estrutura dela. Por viver da mesma forma [...] (FH117).

Por este ângulo, se concordarmos com Cortez (2001) que o conteúdo da identidade é a diferença, então podemos falar da identidade dos agentes comunitários de saúde como desigualdade. Esta perspectiva, conforme compreendida por Cortez (2001) e Borges (2001), remete-nos à condição precarizada de trabalho do ACS. Desigual dos demais membros da equipe, por não

ter vínculo trabalhista. Desigualdade que é tida como desvalorização.

Nós não somos reconhecidos [...]. Imagine quantos anos nós já perdemos. Se formos postos pra rua, fica uma mão na frente e outra atrás. Sem ter direito a nada. A gente não tem o direito que o trabalhador tem. E nós sonhamos com isso, com esse direito que todo trabalhador tem. Ter direito a médico, a férias remuneradas, que nós não temos. Se queremos tirar umas férias, tem que tirar 15 dias, e ninguém recebe nada. Mas tem que cumprir com o horário de trabalho, tudinho. Tem que ter 15 dias, e 15 dias para trabalhar. Aí volta, mais 15. O tempo que eles quiserem tirar. [...] Porque muitos diz que agente de saúde não é nada. Ele é. Pra eles pode não ser. Uma vez como dra XX disse que o agente de saúde não era nada. Pode não ser pra ela, mas pra Deus eu sei que tenho muita importância [...] Mas tem alguém na comunidade que reconhece que a gente é muita coisa [...] A médica, em si, ela não reconhece o trabalho da gente. Ela já disse uma vez, que agente de saúde não é nada. Mas a enfermeira, ali é uma pessoa, um ser humano. Ela trata a gente de igual pra igual. Porque ela tem um grau mais elevado, e nós não, e ela não trata a gente com indiferença não. Nem ela nem X, Y [...] (FH7).

Eu gosto de ser o que eu sou. E muitas pessoas acham que só porque são agentes, é uma pecinha pequena. Pra mim, eu não me sinto pequena, me sinto muito grande. Porque o agente, ele é mais importante [...] ele é mais importante do que qualquer doutorado<sup>44</sup>. Porque o agente conhece a comunidade, conhece as famílias, e sabe todos os problemas. É tanto que uma equipe médica, ela não entra numa comunidade, se o agente não tiver por perto. Então eu acho uma parte muito importante do agente (FH104).

Nesta última transcrição, desigualdade, mas também igualdade. Dualidade que enfatizamos para justificar nossa concepção de identidade, conforme detalhada na introdução. Observemos, porém, que mesmo ao mencionar o tratamento de igual para igual, há uma representação sobre a existência de diferença de grau, que neste caso específico diz respeito tanto à escolaridade como às relações trabalhistas, principalmente a diferença de salário.

<sup>44</sup> Inferimos que embora possa ser esta uma referência à pesquisadora, trata-se de uma alusão aos cursos de nível superior dos membros da equipe.

Existe, da mesma forma, uma desvalorização decorrente da percepção da desigualdade de tratamento entre o agente comunitário de saúde e os demais membros da ESF, principalmente médico, enfermeira e odontólogo.

[...] pra médico, enfermeiro, eles fazem um treinamento em lugares chiquérrimos. E pra gente é num canto pequeno, sem nenhum espaço. Uma quntura terrível que eu acho uma negação (FH111).

Um dia fui na secretaria. Quando chega lá, é enfermeira, é médica... Porque tem muita gente que quer ser enfermeira [...] para o ACS então a recepção já é outra. Parece que é feio ser agente de saúde (FH65).

Analisamos as representações sociais construídas pelos agentes comunitários de saúde sobre si. Contrapusemos algumas delas com as representações dos outros e sobre estas ainda voltaremos a focar. Confrontamos os dados com outras pesquisas, embora sejam as representações sociais de um objeto social compartilhadas por um grupo num dado período histórico. Parece-nos ainda necessário fazer mais um contraste com o estudo desenvolvido junto a ACSs do município de Campina Grande. Tal confronto remete-nos a dados de fontes primárias as quais não nos eximimos de apresentar.

No estudo desenvolvido por Brito e Medeiros (2003), agentes comunitários de saúde também compartilham, como centralidade da sua auto-representação, os elementos: **amigo**, **ajuda** e **orientador**. Considerando que estes profissionais atuam no PACS e no PSF, programas implantados em nível nacional, com características que se alteram sutilmente de acordo com o município onde se desenvolve, inferimos ser a prática que determina as representações. Porém, não estamos assim negando que as representações orientam as condutas. Esta é uma questão cuja polêmica e complexidade já expusemos.

A existência de representações sociais de si compartilhadas por ACSs de João Pessoa e de Campina Grande aproximam-nos de duas fontes primárias: (a) a poesia ‘Agentes Comunitários em Ação’ (CERQUEIRA, 2002), cuja autoria é de uma agente comunitária de saúde de Feira de Santana – Ba e (b) a Oração do Agente de Saúde (UGGÉ, s/data). Assim é descrito o ACS nos versos da poesia:

Ser Agente Comunitário  
Não é serviço voluntário  
Mas é preciso muito amor  
Para realizar este trabalho  
Acompanha crianças e gestantes  
Orienta sobre higiene e alimentação  
Quando precisamos de ajuda  
Nos dão sempre atenção

As crianças desnutridas  
Indicam complemento alimentar  
Para recuperar o peso  
A multimistura vão levar

Em caso de epidemia  
Trabalham com muita ação  
Acompanham também diabéticos  
E quem tem hipertensão

Para as famílias carentes  
Fazem muito bem, Obrigado!  
São boas companheiras  
E bastantes dedicadas

Debaixo de sol e chuva  
Vão e vem, não se cansam  
A recompensa é quando vê  
Um sorriso de uma criança.

Destacamos que, na poesia, o amor (salientada a sua intensidade: **muito**), o companheirismo e a dedicação, assim como o acompanhamento, a ajuda e a orientação retratam representações de si por nós apreendidas, conforme trechos das entrevistas já apresentados. As orientações se relacionam à temática e voltam-se

para aqueles que também são apontados pelos agentes comunitários de saúde de João Pessoa. Retomaremos estes dados ao discutir as representações sociais de **educação em saúde**.

Na oração do agente de saúde (ANEXO 1) - não denominado exatamente do agente 'comunitário', mas ele retratando, pois deste modo foi escrito: "[...] para servir-vos nos doentes de nossas comunidades" -, são prescritas as suas qualidades: "[...] paciência, serenidade, coragem e, sobretudo, um grande amor para quem sofre mais do que nós" (UGGÉ, s/data).

Novamente, o amor, com intensidade, é uma prescrição. Este sentimento comum na representação de si, tanto de agentes comunitários de saúde de João Pessoa, como de Campina Grande, e nas fontes primárias, relaciona mais uma vez à identidade à afetividade. Relação que é identificada pelos outros profissionais da ESF e cuja descrição mais detalhada ainda apresentaremos para dar conta do princípio de ser a identidade construída também a partir da perspectiva do outro. Da mesma forma que é construída pela representação 'da representação' dos outros sobre si, conforme já abordamos e passamos a pormenorizar.

### **3.6 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS OUTROS SOBRE SI: MAIS ALGUNS COMENTÁRIOS**

Quando nos referimos ao outro da relação do agente comunitário de saúde, reportamo-nos a um contexto demarcado por uma hierarquização de saberes legitimados. Aceitando a identidade como um fenômeno relacional e tomando como base a existência de reificação no interior do PSF, parece-nos possível fazer as

seguintes comparações: possui o ACS mais saber sobre saúde do que a comunidade e as famílias acompanhadas; menos saber do que os profissionais de nível superior e auxiliar de enfermagem.

Paralelo, porém, ao saber legitimado por cada uma destas profissões, há outro, cujo domínio decorre da prática e da experiência na comunidade, e por isso é de poder do ACS. Este saber da experiência, ou, utilizando a linguagem bourdieusiana, este "recurso" é que dá poder para a apropriação de certos frutos.

[...] No treinamento do PSF, tinha médica toda chic, cheia de jóia, sapato alto, pensando que vai trabalhar assim (FH71).

As pessoas não reconhecem nosso trabalho. Valorizam outros [...] valorizam uma enfermeira, uma auxiliar. Onde a base da enfermeira e da auxiliar somos nós. Até mesmo do médico. Porque se a gente não trazer a comunidade até a unidade de saúde, o médico não vai saber quem é que está precisando e quem não tá [...] Porque a gente é quem traz essa informação pra ele. É através da gente que funciona aqui. Então eu acredito que se acabar o agente de saúde, acaba o PSF [RISOS]. Porque acaba o posto de saúde, a unidade de apoio [...] (FH16).

Estar bem preparado para pegar o campo bem, lá fora. A gente não pode chegar na casa dos outros e dizer o que se passa, sem se entrosar. Tem que pedir licença, se entrosar [...] (FH92).

Ao nosso ver, este dado evidencia o posicionamento de Deschamps (1982), no que concerne à identidade social poder variar fundamentalmente em função do capital material e simbólico que os indivíduos possuem. Corroborar a visão de Oliveira; Siqueira e Alvarenga (1998) de que o sistema de cuidados e de promoção da saúde é um campo<sup>45</sup> social de embate de forças entre atores, no qual cada um possui determinado capital simbólico que pode permitir certo grau de violência

<sup>45</sup> Mantivemos aqui a posição da autora, mas consideramos necessário destacar que os cuidados e a promoção da saúde, por si só, são integrantes do campo da saúde.

simbólica sobre os menos capitalizados simbolicamente, que, por conseguinte, detêm menor poder no campo. Porém, no contexto do PACS/PSF, uma discussão se faz necessária, qual seja, definir hierarquias. Reconhecemos terem estes programas de saúde suas especificidades, muitas das quais relacionadas às suas características de novo modelo de reorientação da atenção à saúde, o que parece demandar uma investigação mais direcionada sobre o tema. Nossas observações, porém, assim como algumas das informações fornecidas tanto pelos agentes comunitários de saúde como pelos demais profissionais da ESF, nos fazem inferir serem aqueles os detentores de maior poder.

Pode perguntar a um enfermeiro, a um médico, o que é que ele acha do agente de saúde. Ele diz que o agente de saúde é alma do trabalho [...] sabe que o trabalho da gente é importante. É bonito e importante. Porque é a gente que vai lá pra comunidade, a gente é que vem pro posto, e volta pra comunidade, pra dar resposta (FH84, ACS).

Se não for o agente comunitário de saúde, a gente não conhece a comunidade. Ele sabe quem mais precisa (FD7, médica).

Se não tiver um agente que é seu amigo, você não tem trabalho na equipe. [...] Sem agente, a equipe não é nada. [...] Antes do PSF existir, o agente comunitário de saúde já existia. Ele já sabia o que fazer. Em cima do agente comunitário foi que teve desenvolvimento o PSF (FT4, odontóloga).

Sem a colaboração dele a gente não pode fazer tudo isso, se ele não fizer o serviço dele. Na realidade, ele informa. Ao fazer a visita, podemos confirmar se o que ele falou é verídico. E aí tomar a conduta (FN5, enfermeira).

[...] sem eles não tem condições. Não poderia nem existir a unidade de saúde (FAN12, auxiliar de enfermagem).

A relação de forças chega a ser reconhecida por alguns profissionais do PSF, apesar de ser pouco compartilhada e, na maioria das vezes, ser fruto de dificuldades experienciadas por um pequeno número das ESF por nós contatadas.

Eles têm o poder de ter a intimidade de entrar na intimidade das pessoas (FHN7, enfermeira).

Ele tem origem no seu local de trabalho. Por esta característica, ele tem conhecimento e poder de caso (FA102, coordenadora).

Elas estão na casa delas; você chega, elas já estão armadas. Sei na casa de quem posso marcar reunião. Tem aquelas que testam a gente, também. É um jogo de forças (FD2, médica).

Eu sinto que elas, assim... não sei se pela questão hierárquica, não sei o que é que acontece, mas elas ficam em posição de batalha com a gente [...] (FT7, odontóloga).

Para desenvolver um trabalho conjuntamente com o ACS há dificuldades. Porque do jeito que eu posso ser aceita pela comunidade, posso ser denegrada. Se for denegrada, a comunidade fecha as portas [...] A convivência ainda é difícil [...] A aceitação não foi 100% [...] Eu dizia subam, elas desciam. Eu dizia vá, elas voltavam (FN1, enfermeira).

Fizemos menção a esta relação de poder para destacar que a:

Identidade esconde negociações de sentido, choques de interesse, processos de diferenciação e hierarquização das diferenças, configurando-se como estratégia sutil de regulação das relações de poder, quer como resistência à dominação, quer como seu reforço (SAWAIA, 1999, p. 123).

Ao nosso ver, o poder inerente à própria condição de ser agente comunitário de saúde é representado pela categoria, apesar da co-existência de sua representação

como importante e como desvalorizado. Por isso eles se organizam em associação e sindicato e reivindicam. Registros de nosso Diário de Campo dão suporte para esta inferência.

O ACS, hoje, não é um funcionário porque ele não tem direitos adquiridos. Nós temos vínculos, não somos funcionários. Vínculos, temos, mas funcionários nós não somos. Não temos décimo, férias, PIS, PASEP. O vínculo nós temos, pois fizemos o teste seletivo e uma entrevista, para saber se nos adequávamos ao programa. Os ACSs não são funcionários, mas têm vínculo, como uma bolsa. [...] Realmente foi lá, no Ceará, o primeiro programa. Mas o programa surgiu em Cuba, num país socialista, numa ditadura. Mas o resultado do programa levou cinco a seis anos para dar resultado. Mas quando chegou aqui no Brasil, através do Ceará, o programa teve distorções. Em Cuba, o médico, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem moram na comunidade. Distorceu: 'Vamos colocar alguém morando na comunidade! O agente'. [...] Há polêmicas no PSF. [...] Através do movimento classista, alguns municípios conseguiram sensibilizar os gestores e conseguiram aumento salarial. Sobre o quadro de trabalhadores, prestadores de serviço. Irregular. O que fazer? Pressionar o gestor? Como regularizar? Através de concurso público? (DIÁRIO DE CAMPO. ACS, NUMA AVALIAÇÃO TRIMESTRAL DO MOVIMENTO CLASSISTA).

Nestes enunciados, a demarcação de uma diferença é ressaltada: o não ser funcionário público. Apresentam-se também registros de informações históricas sobre o PSF e críticas acerca da inserção exclusiva do agente comunitário de saúde na comunidade. Mas já comentamos sobre a AACCS-JP e o SINDACS-PB.

Já nos reportamos à dualidade relativa à representação que os agentes comunitários de saúde têm dos outros sobre si. Inferimos que é a percepção da falta de reconhecimento, a qual está atrelada, essencialmente, à precarização de suas relações trabalhistas, que os faz se auto-representarem, embora de forma mais individualizada, como desvalorizados.

Porém, são elaboradas justificativas para a inexistência de seu reconhecimento por parte de alguns membros da comunidade.

Eu vou lhe dizer, eu digo assim porque... Certo que há aquela expressão: Nem Deus agradou a todos. Mas a gente vê a maior parte, eles chegam a agradecer, e comenta muito que graça a Deus por ter um ACS na comunidade. Que eles não tinham. Então eu acho que [RISOS] eles, eles valorizam muito o agente de saúde (FH75).

A comunidade é o seguinte: se você fizer 99, e não fizer os 100, não fez nada (MH99).

A comunidade chega a conhecer. Mas muitos não dão valor. Porque eles não se preocupam no que a gente aprende, no que a gente passa. Existe aquele ditado: Você faz 199 [quis dizer 99], não fazendo 100, você não tá completo. E tudo que a gente faz, nós temos superior, que dá um corte. Você pode fazer aquilo, não pode fazer aquilo. O agente, no caso a minha pessoa, o que eu puder fazer pra ajudar o pessoal, eu faço. Mas chega um certo limite que eu quero fazer, e eu não posso. Então naquele momento que eu não posso fazer, já diz: 'Eita, fulano não faz pra mim, porque só faz por cara'. Então, é como se diz: ninguém agrada 100% (FH104).

Destacamos, ainda, que mesmo diante da diferenciação existente entre os agentes comunitários de saúde do PACS e do PSF, a qual nos fez esperar que, de uma forma geral, o ACS do PACS mais freqüentemente se considerasse como não valorizada, porque sua relação com a comunidade não tem o apoio de uma equipe, suas contradições são as mesmas dos ACSs do PSF.

O agente comunitário é muito importante para a comunidade porque eles ficam sabendo de muitas coisas que a gente orienta (FH19).

Poucas pessoas da própria comunidade. Só aquelas mais carentes. E ninguém mais (FH23).

Poucos dão valor porque não sabem a importância de um ACS (FH20).

A comunidade beneficiada (80%) dá valor ao trabalho do ACS (FH21).

Embora haja esta percepção relativa à sua desvalorização por parte de alguns membros da comunidade, os ACSs compartilham, largamente, uma compreensão do reconhecimento do seu trabalho pela comunidade.

A comunidade acha o trabalho do ACS muito importante, pois estão sempre querendo melhorar a situação da comunidade (FH32).

A comunidade reconhece nosso trabalho. [...] Como ACS a gente é muito bem aceito. Na minha área, alguém já se recusou a me receber... um ano, oito meses, mas depois de um ano, ninguém, ninguém me recusou. E onde eu chego eu sou aceita [...]. 'Quero falar com você, venha aqui, venha aqui, não deixe pra de tarde não, quero falar de manhã' [...] (FH17).

Já a valorização pela própria família, parece ser fruto de uma compreensão de que os parentes o consideram importante para a comunidade. É que registramos relatos de queixas relativas ao fato de marido e filhos acharem que as atividades do ACS o afastam da família, uma vez que, mesmo após o término do horário de trabalho, e nos finais de semana, continua exercendo suas tarefas, conforme julgue ser necessário. Quanto ao reconhecimento dos outros profissionais do PSF:

Eles reconhecem, porque sem o agente não existiria PSF. Nós somos o pivô. Sem nós não existiria equipe. Agora mais do que nós ainda, eu creio que seja a comunidade [...] todos são importantes. Cada um tem o seu mérito (MH99).

Muitos dizem que agente de saúde não é nada. Ele é. Pra eles pode não ser. Uma vez como dra XX disse que o agente de saúde não era nada... pode não ser pra ela, mas pra Deus eu sei que tenho muita importância [...] tem alguém na comunidade que reconhece que a gente é muita coisa (FH7).

Como o agente comunitário de saúde está inserido num campo que o põe em relação com gestores, Secretaria Municipal de Saúde e seus representantes, além do Ministério da Saúde, eles constroem uma imagem destes sobre si:

O agente de saúde, agora é que foi reconhecido profissionalmente. Como uma profissão. E eu acho até que foi por conta da eleição, que ele [O PRESIDENTE DA REPÚBLICA] fez isso. Só isso. Agora como a gente não tem nada, assim certo, pra gente, é muito vago (FH59).

Olha, os órgãos competentes que estão ali no poder. Ali que administram esse trabalho [...] eles não reconhecem a gente profissionalmente. Eles não reconhecem o eixo que nós somos, e a importância que a gente tem. Nesse trabalho tão ilustre, tão divulgado, aí nos meios de comunicação. Mas que, por outro lado, eles não reconhecem, eles não passam. Passam só o lado positivo, o lado bom, o lado político das coisas. Eles não reconhecem isso. Como um trabalho profissional, como um trabalho, ali que é importante, que não pode deixar de existir nas comunidades (MH5).

Eu queria realmente expressar a injustiça que a autoridade tem com os ACSs. A gente vê que eles passam comerciais na televisão, dizendo que o ACS é uma pessoa muito importante para o Brasil, muito importante. E é contrário o que eles dizem, para o que eles fazem. Se é uma peça importante, por que ainda não é regularizada a remuneração do ACS? Por que ACS ainda não é uma profissão, se eles dizem que é uma peça importante? Porque todo mundo sabe que ACS também trabalha por amor, e também tem suas necessidades. Então, essas autoridades, elas não fazem justiça com o que deve ser. Em nosso Estado, também. Em nossa cidade, aqui em João Pessoa, tem umas partes de ACS que ganham trezentos reais, trezentos e cinquenta, e outros, duzentos. É uma injustiça muito grande que eles fazem. E por que o prefeito diz que o ACS é uma obra-prima, que está prevenindo as doenças, está diminuindo a dengue. A desnutrição já não existe muito como existia, e graças ao ACS. Não retribuem aquilo que eles falam. Não retribuem aquilo que eles sempre vêem, eles mesmos vêm tocando no assunto [...] (MH73).

O agente de saúde é visto teoricamente. Valorização nenhuma. Tem valor para jogar o ACS num lugar, na imprensa. Mas valor de fato, não. A gente que lutou pela categoria. Somos uma categoria, hoje. Mas não é valorizado. Só é valorizado, bem querido, quando se precisa. A gente só tem teoria. Eles querem ver a prática. Com o PSF até melhorou, porque tem médico. Eu até acho que isto foge aos princípios do PSF. Porque a comunidade só corre pra unidade, em prol do médico. Fica acomodada. O papel do ACS é valorizado no papel, na prática, não (FH117).

Com base nos exemplos que acabamos de expor, é possível afirmar que os agentes comunitários de saúde possuem um discernimento de que sua importância nos programas PACS e PSF é constatada. Inexistindo, porém, uma demonstração deste reconhecimento, o que é interpretado como desvalorização.

Ainda, embora parecendo ser um dado que integra uma experiência individual, a desvalorização do ACS por parte da equipe pode ser identificada.

[...] o agente sem farda é mais bem tratado nos postos de saúde do que com farda. Não sei o que acontece com essas pessoas. Eu acho que nós, agentes de saúde, merecemos uma atenção melhor (FH119).

Diante da ambivalência evidenciada nos discursos dos agentes comunitários de saúde acerca dos outros sobre si, cabe-nos destacar que quando se trata da percepção de si, não são registradas contradições, uma vez que todos se valorizam.

Quem dá valor ao trabalho do ACS? Acho que só nós, só os ACSs. Tem algumas pessoas da comunidade que dão valor, mas acho que nós ACS que damos. E a equipe mesmo, como eu falo assim, como a minha, como a doutora, porque se os ACS não tivessem, acho que o posto não existia. Existia assim, eles vir ou não vir. [...] Já os prefeitos e governantes não cumpriram isso. Eu posso fazer o quê? Eu faço por amor à vida (FH4).

Eu acho eu mesma. Se eu não der valor, quem vai dar valor ao ACS? Então, é assim. A gente tem que mostrar o trabalho da gente (FH6).

Tanto quando se apresentam como quando opinam sobre como os outros os representam, os agentes comunitários de saúde valem-se de várias formas, umas mais compartilhadas que outras (orientador X paciente). Algumas são apropriações da identidade legitimada (elo de ligação entre comunidade e ESF), outras, resultado da experiência (amigo). Há, ainda, a co-existência da dualidade

'importante/desvalorizado'. Estas identidades, assim como as demais, foram confirmadas diante da combinação dos instrumentos de coleta de dados. Contudo, no que se refere à centralidade destas identidades, na autocategorização do agente comunitário de saúde, os estudos e os avanços da Teoria do Núcleo Central ainda permitem que procedamos de modo a testá-la, conforme já exposto anteriormente.

Apresentamos a seguir um comparativo entre os elementos da representação mais importante, de acordo com a combinação dos critérios frequência e ordem média de evocação, e os elementos conscientes e individualmente avaliados como mais importantes.

Para fins de elaboração deste comparativo, definimos, como ponto de corte, a disposição de todos os elementos considerados centrais, com base na combinação dos critérios frequência e ordem de importância. Porém, uma vez que 'gratificante' tem uma tendência à centralidade, sendo o elemento que dá seqüência à listagem, optamos por mantê-lo. Deste modo, procedemos ao exame dos elementos que correspondem a 65,5% das evocações analisadas para fins de construção do diagrama dos sistemas central e periférico das representações sociais de ACS.

<b>ELEMENTOS MAIS EVOCADOS E SALIENTES</b>	<b><math>\Sigma</math></b>	<b>ELEMENTOS AVALIADOS COMO MAIS IMPORTANTES</b>	<b>FREQÜÊNCIA DE REFERÊNCIA</b>
<b>1. ORIENTADOR</b>	<b>68</b>	<b>1. ORIENTADOR</b>	<b>21</b>
<b>2. AMIGO</b>	<b>31</b>	<b>2. IMPORTANTE</b>	<b>11</b>
<b>3. IMPORTANTE</b>	<b>27</b>	<b>3. RESPONSABILIDADE</b>	<b>7</b>
<b>4. ELO DE LIGAÇÃO ENTRE COMUNIDADE E ESF</b>	<b>25</b>	<b>4. AMIGO</b>	<b>7</b>
<b>5. GRATIFICANTE</b>	<b>23</b>	<b>5. AJUDA</b>	<b>7</b>

6. AJUDA	18	6. ELO DE LIGAÇÃO ENTRE COMUNIDADE E ESF	6
7. RESPONSABILIDADE	13	7. GRATIFICANTE	3
$\Sigma$	205	$\Sigma$	62

**Figura 4** - Comparativo entre os principais elementos mais evocados e os elementos mais salientes da representação social de agente comunitário de saúde construída por ACSs do município de João Pessoa

Entre as evocações avaliadas pelos próprios agentes comunitários de saúde como mais importantes, encontra-se, na terceira posição, uma representação de fora do sistema central, que está na primeira periferia, porém sem tendência à centralidade, conforme o é **gratificante**. Trata-se do elemento **responsabilidade**. Porém, embora seja dada importância a estes elementos, é conferida a relevância das representações do sistema central. Este resultado, em associação com o teste de refutação, conforme demonstram os dados a seguir, permite comprovação empírica da hipótese de centralidade das representações sociais de agente comunitário de saúde. Devido à proximidade do elemento gratificante com a nuclearidade da representação, também o incluímos no teste.

Silva, Tura e Madeira (2003) defendem que os elementos cuja dupla negação for igual ou superior a 70% confirmam a nuclearidade da representação do objeto estudado. Desse modo, como pode ser observado na Figura 5, os índices de refutação para os elementos do núcleo central da representação social de agente comunitário de saúde atendem tal exigência. O percentual equivalente a 92,9% dos 42 participantes do teste afirmou que não se pode pensar em agente comunitário de saúde sem pensar em **orientador** e em **amigo**.

**Elo de ligação entre a comunidade e a ESF e ajuda** foram elementos refutados, respectivamente, por 90,5% e 85,7% dos respondentes. No contraste com os profissionais de Campina Grande, **elo de ligação** é um elemento com forte tendência à centralidade. A refutação para o pensar em agente comunitário de

saúde sem cogitar ser ele **importante** equivaleu a 78,6% das respostas. Apesar deste índice, trata-se de um conteúdo representacional pouco compartilhado (elemento da segunda periferia) pelos ACSs do grupo de contraste, no qual **gratificante** aparece pouco freqüentemente e de modo mais tardio.

ELEMENTOS DO NÚCELO CENTRAL	ÍNDICE DE REFUTAÇÃO (%)
ORIENTADOR	92,9
AMIGO	92,9
ELO DE LIGAÇÃO ENTRE COMUNIDADE E EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	90,5
AJUDA	85,7
IMPORTANTE	71,4
GRATIFICANTE	80,1

**Figura 5** – Refutação dos agentes comunitários de saúde para os elementos do núcleo central da representação social de agente comunitário de saúde

Os resultados do teste de centralidade confirmam a centralidade de todos os elementos do núcleo central da representação social de agente comunitário de saúde. Demonstram, do mesmo modo, a forte tendência à centralidade do elemento **gratificante**. O índice de refutação para o elemento **importante**, o mais baixo de todos e praticamente no limite definido (70%), pode ser justificado pela ambivalência do **ser importante** e **ser desvalorizado**.

Com estas considerações, encaminhamo-nos para uma finalização da interpretação e da significação do agente comunitário de saúde segundo ele próprio. Significações que, por serem compartilhadas, são sociais. Como tratamos da identidade social, a interpretação dos outros sobre quem é o ACS é faceta cuja

apreensão é indispensável. Sobre esta, passamos a discorrer na seção seguinte.

### 3.7 A IDENTIDADE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE CONSTRUÍDA PELOS OUTROS

Buscamos identificar qual a representação dos outros sobre o agente comunitário de saúde porque uma identidade social não é construída exclusivamente através das representações dos próprios grupos sociais. Com relação a esta dimensão da identidade, destacamos que:

[...] a instituição de uma identidade, que tanto pode ser um título de nobreza ou um estigma (“você não passa de um...”), é a imposição de um nome, isto é, de uma essência social. Instituir, atribuir uma essência, uma competência, é o mesmo que impor um direito de ser que também é um dever ser (ou um dever de ser). É fazer ver a alguém o que ele é e, ao mesmo tempo, lhe fazer ver que tem de se comportar em função de tal identidade [...] Instituir, dar uma definição social, uma identidade, é também impor limites [...] A essência social é o conjunto desses atributos e dessas atribuições sociais que o ato de instituição produz como ato solene de categorização que tende a produzir o que ele designa (BOURDIEU, 1998b, p. 100-101).

Esta perspectiva demonstrada por Bourdieu, ao nosso ver, aproxima-se da identidade legitimadora, tal como concebida por Castells (2000)<sup>46</sup>, como aquela

<sup>46</sup> Castells (2000) defende que a construção das identidades se dá em contextos marcados pelas relações de poder. A identidade legitimadora é introduzida pelas instituições dominantes da sociedade, no intuito de expandir e racionalizar sua dominação em relação aos atores sociais. A

introduzida pelas instituições dominantes da sociedade, no intuito de expandir e racionalizar sua dominação em relação aos atores sociais.

Embora não fazendo diálogo com este autor, Domingos Sobrinho (2003a, p. 67) possui uma visão que complementa esta perspectiva de identidade legitimadora, articulando-se, inclusive com a praxiologia bourdieusiana:

No processo de definição do legítimo, as instituições jogam, então, um papel fundamental ao fazer existir oficialmente as relações sociais e consolidá-las. Elas podem impor, em seus terrenos respectivos, definições legítimas da realidade e detêm a autoridade para excluir as reações adversas [...].

Com apoio neste posicionamento, podemos afirmar que a representação institucional do agente comunitário de saúde, seja a do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde e dos demais profissionais da ESF, bem como a das pessoas e das famílias usuárias do PACS e do PSF e dos seus próprios familiares, constrói sua identidade social. As representações divulgadas pelo atores legitimados pelo campo da saúde tanto significam a identidade que por eles é construída, como circulam, favorecendo seu compartilhamento com as mesmas.

Já vimos nos referindo às representações sociais dos outros sobre os agentes comunitários de saúde e inclusive apresentamos o discurso científico deste agente social, quando descrevemos o PACS e o PSF. Reafirmamos aqui que a identidade de um grupo também se refere às representações a ele imputadas por outros

---

identidade de resistência é criada por atores que se encontram em posições/condições desvalorizadas e/ou estigmatizadas pela lógica da dominação. A identidade de projeto origina-se a partir da de resistência. Existe quando os atores sociais, utilizando-se de qualquer tipo de material cultural ao seu alcance, constroem uma nova identidade capaz de redefinir sua posição na sociedade e, ao fazê-lo, buscam a transformação de toda a estrutura social.

grupos. Trata-se do que Andrade (1999, p. 93) define como “[...] “amálgama” de uma “definição interna” (o sentimento de ser e fazer, o desejo de ser, a imagem de si próprio), e de uma “imagem externa” (o que se espera dele no quadro das identidades coletivas, a imagem que os outros têm dele)”. Sobre esta ‘imagem externa’, ou seja, sobre as representações construídas pelos outros acerca dos agentes comunitários de saúde, passamos a detalhar. Para destacar a importância da apreensão de quem é o agente comunitário de saúde segundo a visão dos outros, encontramos suporte em Silva, L. (1999, p. 75), para quem “O conjunto de identificações dos vários grupos sociais passa pelo dinamismo das representações que fazem de si mesmo, bem como a interação das representações existentes socialmente”.

### 3.7.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOB A ÓTICA INSTITUCIONAL E SEGUNDO OUTROS ESPECIALISTAS DO CAMPO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde criou a profissão do agente comunitário de saúde e fixou as diretrizes para o seu exercício profissional. Ao fazê-lo, expôs também um posicionamento acerca do seu valor para o PACS e para o PSF.

Iniciamos esta exposição, retomando um comentário já feito quando descrevemos o agente comunitário de saúde enquanto profissional do âmbito dos referidos programas, qual seja, o ser ele ‘*sui generis*’, **peculiar**. Significa dizer que, oficialmente, inexistente analogia dele com outro profissional. Mais ainda, reafirmando o

já dito, ele é distinto do servidor público comum. É então representado como incomum.

Embora visto como **diferente**, tanto no PACS como no PSF, o agente comunitário de saúde é considerado essencial, principalmente por ser visto como o elo entre as unidades básicas de saúde e a comunidade.

Sua importância é frisada nos documentos oficiais e por representantes legitimados pela esfera governamental:

O trabalho que vem sendo realizado pelos mais de 150 mil Agentes Comunitários de Saúde [...] tem contribuído na qualificação das ações de saúde junto às famílias por eles acompanhadas. [...] servidores que, inegavelmente, têm sido grandes parceiros na construção de um sistema de saúde que valoriza a cidadania e atende, cada vez mais, às necessidades de saúde da comunidade (FONSECA, 2002, p. 5).

A relevância do ACS é identificada no discurso de um representante do Ministério da Saúde. Segundo ele, este profissional ganhou uma relevância extraordinária, desde a implantação do PSF, pois é uma peça chave em todo modelo de reorientação de atenção à saúde, uma vez que exerce um papel importante na sua implementação.

[...] vocês têm uma relevância pública. Vocês são importantes. No programa do PSF, vocês são um dos pilares. Vocês são um dos pilares. Vocês têm um reconhecimento da sociedade, porque o papel que vocês exercem é muito importante [...] Então, vocês serão reconhecidos. Nesse momento, serão reconhecidos como um dos pilares fundamentais do PSF. Sem dúvida! E aí, com ações concretas, não é só discurso não (Representante do MS, em Assembléia Extraordinária do SINDACS-PB).

Cabe aqui destacar dois comentários feitos pelos próprios agentes comunitários de saúde, para a partir deles situarmos um contexto que parece apontar a solução de obstáculos.

[...] No papel, eles fazem as coisas. Aparece na televisão. Os políticos não dão valor. É só fachada aquilo ali (FH9).

O agente de saúde é visto teoricamente. Valorização nenhuma. Tem valor para jogar o ACS num lugar, na imprensa. Mas valor de fato, não. A gente que lutou pela categoria. Somos uma categoria, hoje. Mas não é valorizado. Só é valorizado, bem quisto, quando se precisa. A gente só tem teoria [...] O papel do ACS é valorizado no papel, na prática, não (FH117).

Concernente à avaliação de especialistas do campo da saúde externos ao Ministério da Saúde, para Silva e Rodrigues (2000), o agente comunitário de saúde assume, no cenário do sistema de saúde do país, um papel privilegiado. Seja porque as autoridades sanitárias fazem dele uma espécie de “coringa” ou “salvador da pátria”, seja porque o cotidiano demonstra que ele é o trabalhador em saúde que mais convive com os problemas sociais. Apesar desta valorização, na prática, existem polêmicas sobre sua forma de vinculação ao município e acerca da sua obrigatoriedade em residir na micro-área de atuação.

Ainda segundo os referidos autores, o ACS assume a posição de *amortecedor* de tensões da clientela, por atender às suas demandas de saúde; por isso, simplificar o seu papel nesse patamar é desconhecer o avanço qualitativo que sua atuação proporcionou, especialmente nas pequenas localidades que até então não tinham acesso a nenhum tipo de atenção à saúde. Por outro lado, colocá-lo como o responsável principal por estas mudanças é negar a participação de outros

profissionais na criação de novas e modernas condições técnicas, políticas e sociais para que tais mudanças ocorressem.

### **3.7.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SEGUNDO OS DEMAIS PROFISSIONAIS DO PACS E DO PSF**

Ao descrevermos nosso percurso metodológico, mencionamos ter aplicado aos membros das ESF, associações-livres com o estímulo ‘agente comunitário de saúde’. Estes dados, conjuntamente com os coletados nas entrevistas e nas observações, permitem-nos fazer algumas inferências. Não fizemos, porém, uma análise que possibilitasse identificar a configuração estrutural de suas representações. A diversidade de profissionais que compõem as equipes nos fez preferir não os agrupar, constituindo dessa forma um grupo comparativo com os agentes comunitários de saúde. Estamos assim afirmando ter optado por não juntar médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem etc por compreendermos serem estes agentes sociais distintos.

Por não termos identificado uma configuração estrutural das representações de agente comunitário de saúde, construídas por estes profissionais, não confrontaremos essas representações tal como pressupõe a perspectiva teórico-metodológica adotada, pois, segundo Abric (1998), é a identificação do núcleo

central que torna possível o estudo comparativo das representações. Todavia, ao apontarmos e descrevermos como o ACS é visto pelos outros membros da equipe, demonstramos que os conteúdos representacionais compartilhados pelos mesmos são encontrados nos conteúdos construídos pelos agentes comunitários de saúde quando representam a si mesmos. Porém:

A simples identificação do conteúdo de uma representação não basta para o seu reconhecimento e especificação. A organização deste conteúdo é essencial: duas representações definidas por um mesmo conteúdo podem ser radicalmente diferentes, caso a organização destes elementos, portanto sua centralidade, seja diferente (ABRIC, 1998, p. 31).

Por isso, para não nos confrontarmos aos princípios orientadores da Teoria do Núcleo Central das Representações Sociais, simplesmente apresentamos os conteúdos representacionais compartilhados pelos membros das ESF – e do PACS – sobre o agente comunitário de saúde.

Um primeiro dado a destacar é que todos os elementos do sistema central da auto-representação dos agentes comunitários de saúde estão presentes no discurso dos demais membros das equipes: **orientador, amigo, ajuda, importante e elo de ligação entre comunidade e equipe saúde da família**. A identificação do ACS como um elo entre a comunidade e a equipe, bem como um profissional importante para o PSF e para a comunidade, é assim destacada:

Se não tiver a colaboração dele não tem PSF. Na minha opinião. (FN3, enfermeira).

Ele é a ponte. Se não for o agente comunitário de saúde, a gente não conhece a comunidade. Ele sabe quem mais precisa. Eu ainda estou descobrindo acamados [...] É fundamental para se conhecer melhor a comunidade e suas necessidades (FD7, médica).

Imprescindível para a equipe. É como se fosse dividindo o trabalho, facilitando para a enfermeira, a médica, a auxiliar de enfermagem. Às vezes tem uma pessoa alcoólica, a gente já fica sabendo. É isso aí. O agente é importantíssimo. Tem uma criança problemas, um rapaz consumindo drogas, hipertensos, diabéticos (FD6, médica).

Elo para que a equipe prospere. Faz parte da equipe. Ele é que faz a comunidade vir até a gente. Ele é que leva a comunidade até a equipe. Ele faz com que a equipe prospere. Ele nos impede de invadir a comunidade (FT3, odontóloga).

Intermediário do posto/secretaria/população. É a importância. É como se fosse um cano que sai correndo água para todos os cantos que possam entrar. É vital a importância deles (FAT3, auxiliar de consultório odontológico).

Pelo menos no PSF, o agente de saúde é o pivô do programa. É por isso que a gente aqui não está funcionando bem. Porque há áreas que tem agente faltando (FAN3, auxiliar de enfermagem).

O ACS, para mim, é aquela pessoa que está na comunidade. É o elo da comunidade com a gente aqui do centro. Ele passa o dia todo, convivendo com as pessoas de uma comunidade. Conhece. Conversa [...] Se for analisar bem, o ACS é muito importante na equipe. Porque ele está oito horas lá na comunidade. Ele é muito importante. Ele traz resultados e aqui, cada qual faz sua função (FAN4, auxiliar de enfermagem).

A pessoa que é elo entre a população e a equipe do PSF. O agente de saúde, quando está com a população se torna um elo. Uma equipe sem o agente de saúde é uma equipe totalmente desinformada (FAN15, auxiliar de enfermagem).

Muito importante. É como se fosse o alicerce. A base da pirâmide. Nós somos aqui, estrangeiros. E os ACS são pessoas da comunidade. A gente fica como estrangeiro. Eu levei choque cultural, até quando cheguei aqui em XX. Com o tempo, a gente vai aprendendo com eles [OS ACSs E A COMUNIDADE]. Às vezes, a gente conhece alguém agressivo e não sabe porque. Aquilo é a ponta do iceberg, de problemas de marido desempregado, alcoolismo etc (MT6, odontóloga).

No último trecho citado, embora pudéssemos recortá-lo para apenas exemplificar a identificação do agente comunitário de saúde como importante, propositalmente não o fizemos. Quisemos com isto destacar a distinção que é feita entre os profissionais de formação de nível superior e os agentes comunitários. Quando afirma sentir-se como estrangeira, a odontóloga diz não ser membro da comunidade. Na verdade não o é, pertence a um outro grupo social, não possui uma identificação social e cultural com o agente comunitário de saúde e o mundo que ele representa. Torna-se evidente, portanto, que ‘ser’, ‘pertencer à comunidade’ é um traço distintivo do ACS. Esta é mais uma evidência que reforça o caráter relacional de uma identidade. Citando Strauss (1999, p. 29): “[...] seja o que for, a identidade está associada às avaliações decisivas feitas de nós mesmos – por nós mesmos ou pelos outros”.

A avaliação do ACS como fundamental na equipe é recorrente em todas as falas dos profissionais de nível superior (na verdade, nas falas das demais categorias de trabalhadores das equipes), mesmo quando são feitas restrições à sua atuação, alegando que ele pode, por vezes, interferir ou dificultar o trabalho da equipe, conforme exemplifica o discurso seguinte:

O ACS é vital. Em resumo, a interação e o *feedback* têm que ser ao extremo. Os dados que me chegam sobre as famílias têm que ser verdadeiros [...] Há dificuldades. Porque do jeito que eu posso ser aceita pela comunidade, posso ser denegrada. Se for denegrada, a comunidade fecha as portas (FN1, enfermeira).

Para os profissionais das equipes do PSF, a importância do ACS também é descrita da seguinte forma:

Pessoa que conhece mesmo a comunidade porque os ACSs são parte integrante da comunidade. É como se fossem uma amostra do universo. É como se fossem pinçadas. Pedacinhos da comunidade (MT6, odontóloga).

Membro da comunidade. Faça parte da comunidade. Que conheça todas as dificuldades que a comunidade apresenta (FAN8, auxiliar de enfermagem).

Pessoa que tem contato com a comunidade. Pessoa que vê os problemas da comunidade, que sabe, que tem a visão de cada pessoa da comunidade. Ela chega e diz: 'Essa aqui eu conheço o problema'. É estar a par. Até nos orienta. Por exemplo, chega alguém fazendo confusão: 'Ele é bronqueiro, gosta de confusão'. Ela até identifica quem precisa de você, ali. Identifica quem precisa de médico, de psicólogo. Eles estão vendo a psicologia como ela é. De uma maneira geral (MOT2, psicólogo).

As metáforas com outros profissionais igualmente são construídas para representar o agente comunitário de saúde:

Eu já li sobre o ACS. É porque eles me diziam o que ia fazer. Até confessorário eles são. Eles são como o **padre**. A pessoa não vai se confessar? Conselheiro. Como um **psicólogo**. Eles me disseram. Pois eu já trabalhei em seis equipes (FAT1, auxiliar de gabinete odontológico).

A comparação do ACS com o padre e com o psicólogo não nos deixa escapar o estudo de Moscovici (1961), o qual, num outro contexto e num outro momento histórico, identifica a face icônica da representação social da psicanálise, construída pelos franceses. Ele constata que a imagem do psicanalista é assemelhada a do padre e que o sentido atribuído ao processo de análise é o de um ato de confissão. Levando em consideração que o profissional com quem o agente comunitário de saúde mais freqüentemente é comparado é o psicólogo, parece-nos ser possível inferir que o padre e o psicólogo são objetos culturais. Embora não estejamos

falando de objetos com uma longa história já estabelecida (a exemplo das mulheres, mães, doença, loucura etc) como se refere Wagner (1998).

Metáforas com outros personagens da socialização do agente comunitário de saúde são elaboradas:

Agente comunitário é como amigo. Eles têm a função de ser amigo. Eles têm a confiança de entrarem e saírem na casa das pessoas (FAT3, auxiliar de consultório odontológico).

A categorização do agente comunitário como amigo possui ainda nuanças: o 'ser amigo da comunidade', que é mais comum e se relaciona com a ajuda, o 'ser solidário', o 'ser amigo da equipe'. Este último sentido inexistindo, porém, para profissionais que expuseram algumas dificuldades relativas a relacionamento.

Eles são muito amigos da comunidade. São pessoas que têm uma forma de liderança, a comunidade confia. Então eu acho que existe esse elo de amizade (FN7, enfermeira).

Movem recursos próprios. Vão atrás, vão buscar, pedem ajuda pra gente [...] não tem hoje uma lata de leite pro menino, o que é que a gente faz? Vamos fazer uma vaquinha. Então pra mim, a primeira coisa que veio, é isso, é a questão da amizade, a questão do companheirismo, da intimidade que ele tem com as pessoas, da confiança que as pessoas têm nele (FN7, enfermeira).

Ele é o nosso amigo. Se não tiver um agente que é seu amigo, você não tem trabalho na equipe. A gente é uma família [...] (FT4, odontóloga).

A analogia do ACS com animais e com outros objetos também é feita:

São aquelas formiguinhas que vão trazendo pessoas problema [...]. São a parte mais numerosa e o elo entre a unidade e a comunidade (MT6, odontóloga).

É como bombril. Mil e uma utilidades. [...] É pau pra toda obra (FAT3, auxiliar de gabinete odontológico).

Identificamos, nas associações feitas diante do estímulo ‘agente comunitário de saúde’ e das suas justificativas, evocações que o descrevem, mas principalmente que prescrevem como este profissional deve ser. Ou seja, determinam as qualidades necessárias ao profissional, os atributos que ele tem que ter e como ele deve ser:

Realmente o agente tem que ter o básico, para ser um bom agente. Ele tem que ser um mensageiro da saúde. Ele tem primeiro que ter muita sabedoria para trabalhar com a comunidade, a saúde pública. Quando vemos que caiu o número de escabióticos! (FD4, médica).

Vejamos os demais conteúdos prescritos pelos diferentes profissionais da ESF:

[...] tem que ser uma pessoa que se demonstra amigo / Deve ser um agente que ajude a prevenir, promover e recuperar a saúde da sua comunidade / tem que ser paciente / tem que ter amor pelo que faz / ter conhecimento. Conhecimento prático / pessoa que deveria passar informações para as famílias / Devem ser motivados / Tem que ser amiga da comunidade. Se a ACS for antipática com a comunidade, não rende / têm que estar sempre se reciclando / Estar presente na comunidade. Tem que estar presente para saber o que está acontecendo / Ter identidade com a comunidade, senão ele não pode ser um agente. Todo o PSF precisa vestir a camisa de verdade. Identidade do profissional com este trabalho comunitário é necessário. Do agente ao recepcionista / Sábio, para saber lidar com drogados, alcoolistas. Para não serem recebidos a pancadas. Eles precisam

se dar totalmente para isso. Ir lá buscar, ir a cata deles / têm que estar sempre se reciclando / precisam de mais treinamento para a realização das atividades / tem que ter alguma noção, conhecimento. Porque o agente analfabeto, sem instrução, fica difícil passar informações. Principalmente na parte de saúde e de higiene.

O próximo discurso descreve quem é o agente comunitário de saúde. Nele destacamos o ser educador.

ACS é um educador porque só o fato dele ir na casa, orientar a pessoa gestante, hipertenso para não comer sal, etc. É de educar mesmo. Ele já pergunta, já fácil ensina. Ele às vezes tem a maneira mais de se expressar, que a gente daqui da unidade. Até a maneira de chegar e o momento certo de chegar (FAT3, auxiliar de consultório odontológico).

Seguindo ainda a linha interpretativa de Abric, os conteúdos representacionais (ou elementos) mais compartilhados e circulantes no discurso das equipes apontam não só sentidos descritores e prescritores, como qualificadores dos agentes comunitários de saúde. Nesta direção, eles (e elas) são vistos como se segue:

Muito delicado (FD2) / muito esforçado (FD4F) / tranquilidade / sábios (FD4F)

Dedicação é o que eu percebo: dedicação. A dedicação, principalmente para algumas famílias. Tanto a dedicação do lado do ACS, como da família (FD6, médica).

Para concluir esta seção, traremos, em seguida, uma citação ilustrativa da dinamicidade da identidade.

O agente é um ser humano com falhas, qualidades. É muito importante que sejam trabalhadas e voltadas ao espírito de equipe. Que tenha o mesmo olhar. Olhar as diferenças e trabalhar essas diferenças. Não trabalhar por eliminação. Pessoas boazinhas, que não são boazinas. Ficam no muro, olhando a vida passar. Tem aqueles que são um jogável... Eles olham pra gente. Eles penetram em duas casas. São lados opostos. É difícil para eles. Mais do que para o resto da equipe. A gente enriquece com eles. Tem muito tipo de ACS. Tem uma riqueza. Uma variedade. O importantíssimo é a forma de equipe. Eles são bem diferentes. A igualdade é impossível. Elas têm posicionamentos diferentes. Elas se agrupam. Têm forma de se vestir diferente, de olhar diferente. Pois até as linhas de nossas mãos são diferentes. ... Pessoas diferentes, bem diferentes. O gênio é bem diferente, também. Elas estão na casa delas; você chega, elas já estão armadas. Sei na casa de quem posso marcar reunião. Tem aquelas que testam a gente, também. É um jogo de forças (FD2C, médica).

Destacamos que a identidade do ACS é construída dentro de uma dinâmica interna e externa e com envolvimento do *habitus* da cultura à qual eles pertencem e que os outros não têm, e por isso se sentem estranhos.

É o realce dado a esta visão relacional que nos faz expor, mesmo que simplesmente, opiniões da comunidade sobre este profissional, antes de apresentarmos o capítulo referente à sua representação social da **educação em saúde**.

### 3.7.3 A VISÃO DA COMUNIDADE

Com apoio na relação existente entre a identidade social de um grupo e as representações sociais construídas pelos outros sobre ele, inicialmente tínhamos a intenção de buscar apreender como os usuários do PACS e do PSF representam os

ACSs, ou, dito de outra forma, qual a representação social da comunidade sobre eles. A complexidade das RS, somada ao nosso maior investimento dirigido à consecução dos outros objetivos, tornaram irrealizável tal apreensão, sendo apenas possível tecer breves considerações acerca de suas opiniões.

Embora não tenhamos investigado qual a representação social que a comunidade constrói acerca do agente comunitário de saúde - por vezes tão parecido com ela, mas distinto por sua inserção no campo da saúde, ou simplesmente por estar engajado no mercado de trabalho e por possuir 'mais' capital cultural -, os registros de nossas observações no Diário de Campo tornaram possível conhecer a opinião de usuários do PACS e do PSF sobre o ACS. Outrossim, não nos referimos a conteúdos representacionais, contrariamente ao que fizemos para os dados coletados junto aos profissionais da ESF.

Já descrevemos a relação afetiva que envolve o agente comunitário de saúde e os usuários do PACS e do PSF. Afeto que é recíproco. Abraços e acenos entre eles foram interações constantemente registradas no Diário de Campo, assim como referências positivas, tanto para o profissional como pessoa, como ao seu trabalho. Expomos a seguir registros nossos, que foram feitos a partir do escutado durante nossas observações. Parte deles é fruto de questionamentos que fizemos durante os contatos realizados, principalmente nas reuniões educativas e nas salas de espera das USF.

O trabalho deles é orientar. Para que as pessoas vivam melhor, tenham saúde, mais higiene, cuidado com a saúde. Por isso é importante.

Eles ajudam muito a comunidade a evitar muita doença.

Pra velhinho que num pode vim procurar o posto, ele chega e tem aquela responsabilidade de cuidar, de cuidar.

Para dizer como amamentar, como fazer o soro caseiro. Lembrar do citológico. Essas coisas.

São gente boa. Como se fosse da família. Minha agente é assim: da família.

Sabe uma amigona? Escuta e dá conselhos. Também ajuda.

A minha já levou meu menino pra vacinar. Foi quando eu tava doente.

Nessa minha doença, ela trouxe o doutor aqui. E a enfermeira também.

Os ACS dizem tudo que acontece lá no posto. A gente sabe de tudo. Quando chega remédio, a gente logo sabe. E os dias das vacinas da campanha.

Poderíamos continuar com uma série de outros registros. Mas através dos exemplos dados já é possível identificarmos a seguinte visão da comunidade sobre o ACS: **elo de ligação com a ESF, amigo e orientador**. Apesar de não podermos fazer comparações com as representações sociais construídas pelos próprios agentes comunitários de saúde, e mesmo com os conteúdos compartilhados pelos outros profissionais do PACS e do PSF, não podemos deixar de considerar o fato da comunidade ter uma imagem do ACS que se assemelha ao compartilhado pelos outros segmentos.

Dedicada a presente discussão ao processo identitário do agente comunitário de saúde, anunciamos um desfecho provisório, para nos voltarmos à exposição da representação social que este personagem constrói da **educação em saúde**. Investimos nesta apreensão porque, conforme já anunciamos, inferimos que não exclusivamente a representação social de si, mas a de outros objetos sociais do cotidiano destes profissionais, pode servir de chave para o desvelamento dos traços

constitutivos do seu sistema identitário.

## **CAPÍTULO 4**

### **OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

*Às vezes, até penso que quem sabe mesmo é o povo, ou as pessoas que não sabem nada. Mas cada um se vira com o pouco que sabe para ganhar a vida (DARCY RIBEIRO, 1995)*

**N**osso propósito de apreensão das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a **educação em saúde**, já anunciamos, é obter dados que nos sirvam de chave para o desvelamento dos traços constitutivos do seu sistema identitário. Pois, '[...] quando fala, o locutor não só traduz o modo pelo qual vê o mundo, como ainda expõe a si mesmo' (GRIZE, 2001, p. 126). Além disso, embora uma representação seja construída em torno de objetos reais ou imaginários, ela não pode ser apreendida de modo isolado ou dicotômico entre o que se busca compreender e o viver concreto dos sujeitos, principalmente se este objeto é a própria identidade. Como a prática profissional do agente comunitário de saúde está voltada para a **educação em saúde**, a representação que ele tem desse objeto é profícua para o presente estudo.

Antes de apresentarmos os dados referentes à representação social de **educação em saúde**, comentamos o processo de evocações, o qual fornece indícios sobre a relação dos agentes comunitários de saúde com o objeto. Pois da mesma forma que questionar se o ACS era um educador gerou receios e dúvidas, assim o foi diante da solicitação de evocações para o estímulo 'educação para a saúde'. Dificuldade que existiu independente da sua ordem de apresentação. Esse dado que conduz-nos a falar da segurança que tem nos dado a opção por inverter a ordem de apresentação dos estímulos para as associações-livres. Por exemplo, assim foram explicadas a ausência de evocações por agentes comunitários que dispuseram do conjunto de evocações cuja ordem de apresentação do estímulo 'educação para a saúde' era a terceira.

Não sei responder à 3ª parte pois não entendi (FH27).

Registramos, tanto nas evocações, nas suas justificativas, como nas entrevistas, um embaraço identificado através de dúvidas, risos e contradições:

Educação pra saúde? ... [RISOS]. Educação pra saúde, assim... Eu não sei nem explicar direito o que é. Porque... Deixe eu ver... No momento não sei nada [RISOS]. Acho que educação para saúde é um tipo de orientação também. Acho que seja uma educação pra saúde. A gente educar as pessoas. Orientar as pessoas a tomar o medicamento. Eu acho que seja uma educação pra saúde. Eu acho, não é? Não sei se é certo. É na minha opinião, não sei. Eu gostaria de saber, com certeza, assim, o que é educação para a saúde (FH7).

Tudo bem [RISOS]. Eu acho essa pergunta tão... Meia difícil de responder, sabe? Eu achei. Difícil porque fala em educação para a saúde. Já tá dizendo: É educação para a saúde. Aí eu digo: O que é que pode fazer parte da educação para a saúde? Primeiro, a informação. Agora, o que foi que eu botei, em primeiro, aqui? [refere-se à folha com as associações-livres registradas]. Sim, [visualizando a EVOC 'informação'] o primeiro passo. O primeiro passo pra educação. É o primeiro passo pra uma educação na saúde. Primeira coisa que se vai fazer. (FH59).

Era para falar em educação ao paciente ou se em educação profissional? (FH40).

Esta complicação, porém não significa inexistir familiaridade com o objeto, mas sugere que, para os agentes comunitários de saúde, sua nomeação é outra. Neste sentido, já nos referimos a ter sido feita a substituição do termo 'educação em saúde' por 'educação para a saúde', para fins de aplicação das associações-livres. Além disso, tal como orientador foi decodificação de educador, na auto-representação de si dos agentes comunitários de saúde, veremos que **educação em saúde** é significada como orientação – e como prevenção e higiene. As avaliações e as opiniões sob diversos ângulos (ora saúde, ora educação, ora educação e saúde) são

indícios da inexistência de familiaridade com o objeto tal como nomeado atualmente dentro do campo da saúde e especificamente no interior do PACS e do PSF.

Entretanto, além disso, a **educação em saúde** tem relação com a experiência social com 'saúde' e com 'educação, objetos que possuem uma extensa história já estabelecida, com sócio-gênese conforme descrita por Wagner (1998), como imaginação cultural. Numa síntese, Carvalho (2003, p. 21) assim as descreve:

Tais representações não apenas recriam os objetos, mas definem os atores como parte complementar dos mesmos dando-lhes o sentido de pertença a comunidades e culturas específicas, além do que são adquiridas e desenvolvidas nos primeiros anos de vida.

Com base na sócio-gênese das representações sociais, pensamos ser possível fazer referência à representação de **educação em saúde** como ciência popularizada. Trata-se da abordagem original do estudo das representações sociais, como demonstra o clássico estudo de Moscovici sobre a psicanálise (1961, 1976). Mas que inclui representações de especialistas em seus campos de atuação, como, por exemplos, a representação de psicólogos acerca da psicologia como ciência e como profissão (BOCK, 1993) e a representação de psiquiatras sobre a doença mental (PERRUSI, 1995). Como fizemos um debate acerca de serem ou não os agentes comunitários de saúde especialistas do campo da saúde, deduzindo serem eles especialistas, embora hierarquicamente menos especializados do que outros profissionais de saúde, a presente pesquisa trata de representações de especialistas pouco especializados no campo da saúde e de seu conhecimento científico vulgarizado do campo da educação, estudadas através da identificação de sua estrutura, ou seja, de como esta é organizada em sistemas, conforme descrevemos

anteriormente. Ou seja, sob o aporte teórico da Teoria do Núcleo Central das Representações Sociais.

Ainda no que concerne às dúvidas e aos receios relacionados ao falar sobre a **educação em saúde**, ou mesmo sobre ‘a educação para a saúde’, não podemos afirmar que se trata de um objeto social sem relevância para o grupo, pois, como alerta Sá (1998b), existe necessidade de relevância do objeto para que sejam construídas representações sobre ele. Ademais, a enumeração de ações relativas à **educação em saúde** feita pela maioria dos agentes comunitários de saúde demonstra ser este objeto relevante para o grupo.

Os questionamentos relacionados à **educação em saúde**, indagando o que ela é, ou se o ACS é um educador em saúde, ou simplesmente um educador, lembramos os dados de Soares (2002). Esta pesquisadora identificou que alguns educadores-professores de creches pré-escola municipais nunca haviam parado para pensar em ‘saúde do educador’, enquanto outros argumentavam que a temática não era discutida entre os educadores ou então a eles não importava. No caso dos agentes comunitários de saúde, não observamos surpresa destes com a expressão ‘educação para a saúde’, mas sim falta de familiaridade. Frisamos: com o termo, não com o objeto. É tanto que, ao longo da coleta de dados, registramos diversas formas de referência ao mesmo: ‘educações pra saúde’; ‘educação na saúde’; ‘educar pra saúde’; ‘educação em saúde’; ‘educação e saúde’.

Educação **na** saúde é boa (FH78).

Educação **em** saúde é muito difícil (FH66).

Um ser, para sobreviver, tem que ter saúde **e** educação (FH56).

Educação **para a** saúde, eu diria assim: Olha, educação **pra** saúde são informações que você vai receber, que vai ajudá-lo a ter uma saúde... uma vida saudável [...] uma boa maneira de se alimentar, uma boa maneira de se divertir, trabalho, tudo isso são **educações pra saúde** (FH59).

A evocação “Um ser, para sobreviver, tem que ter saúde e educação” (FH56) demonstra ter havido ocorrência de associações “combinadas”. Porém, as mesmas aparecem num número reduzido, se comparado ao das emergidas diante do estímulo ‘agente comunitário de saúde’ (N = 12).

É aprender e se qualificar em saúde (FH74).

Ouve uma pessoa doente e lhe dá confiança (FH4)

Direitos e deveres (FH3)

Ainda no que diz respeito às evocações para ‘educação para a saúde’, abrimos um parêntese para afirmar que identificamos obstâncias entre os demais profissionais do PSF. Parece-nos que os seguintes dados dão conta da dificuldade. “Tem que pensar mais” / “Este é difícil” são comentários feitos, respectivamente, por uma enfermeira e uma médica, diante da apresentação do estímulo. Uma auxiliar de enfermagem fez esta única evocação: “É difícil falar sobre a saúde” (FAN11). Em seguida comentou ter sido pega de surpresa, estar cansada e sem condições de pensar sobre o que estava sendo perguntado. Ainda ressaltamos a sua decodificação do estímulo como ‘saúde’.

Retomemos agora a discussão dos dados relativos aos sujeitos da pesquisa, partindo da decodificação de ‘educação para a saúde’, ora como saúde, ora como

educação, ora como educação e saúde.

Sem as duas juntas não funciona uma boa saúde (FH93).

São formas melhor de trabalhar (FH93).

São estas decodificações, inferimos, que fazem aproximações com a representação social de **saúde**, como de forma mais saliente exemplificam os elementos **prevenção e higiene**.

Exemplificamos a decodificação da **educação em saúde** como **saúde** com o discurso seguinte, cuja justificativa é dada por um agente comunitário de saúde para a evocação higiene.

**Higiene.** A higiene também é uma das coisas primordiais. Se você não mantém uma boa higiene, uma higiene correta – não só corporal como também ambiental – jamais essa pessoa terá uma saúde saudável. Um corpo saudável (MH99).

A **educação em saúde** também se associa à prevenção e, por conseguinte, às doenças.

**Prevenção.** Se há uma prevenção, jamais haverá uma doença. Futuras doenças ou piores. Porque a prevenção é o passo principal para que se evite que uma pessoa se contamine com algum tipo de vírus ou doença (MH99).

A decodificação da **educação em saúde** como saúde aproxima-nos de uma inferência feita por Soares (2002, p. 73) para justificar seus dados. Segundo ela:

O investimento na busca da representação social da **saúde**, no campo social primário, permite que compreendamos as questões envolvidas com a qualidade de vida saudável, sob a ótica diferenciada de cada sujeito. Ao levarmos em consideração sua história, sua cultura, seus valores e suas crenças, percebemos que o sentido atribuído à representação construída por determinado grupo também explica o modo pelo qual os sujeitos agem e interagem no mundo, com o mundo, consigo mesmo e com os *outros*.

#### 4.1 A DETERMINAÇÃO DOS ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL

No que concerne à análise das evocações, assim como fizemos com relação ao objeto social 'agente comunitário de saúde', a combinação da frequência e da ordem média de evocação, que é apresentada na Figura 6, possibilitou o levantamento da configuração estrutural da representação social de **educação em saúde**.

O percentual equivalente a 58% do total de evocações feitas diante do estímulo 'educação para a saúde' está agrupado na Figura 6. Diferentemente da análise das evocações para 'agente comunitário de saúde', estabelecemos um corte de frequência de evocação igual ou superior a seis. Este procedimento não visou apenas o exame de um percentual de evocações maior e mais próximo do analisado para o estímulo 'agente comunitário de saúde', como incluiu, na configuração, o elemento 'colocar em prática as orientações', nuance de 'orientação', que é

destacada por alguns ACSs no discurso racionalizado. Ainda inseriu o elemento 'respeitar o próximo', cuja frequência de indicação como mais importante evocação correspondeu a 66% das evocações.

CATEGORIAS	1ª EVOC	2ª EVOC	3ª EVOC	4ª EVOC	Σ	OME
1. ORIENTAÇÃO	21	20	15	14	70	2.3
2. PREVENÇÃO	17	5	8	7	37	2.1
3. HIGIENE	11	9	6	5	31	2.2
4. IMPORTANTE	6	3	5	4	18	2.38
5. ALIMENTAÇÃO	6	2	6	2	16	2.3
6. MELHOR QUALIDADE DE VIDA	4	2	7	2	15	2.5
7. QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	2	5	5	3	15	2.6
8. ESTAR PREPARADO PARA ORIENTAR	7	2	2	3	14	2.1
9. SER BEM EDUCADO	5	1	1	4	11	2.35
10. AJUDAR	-	4	2	4	10	3
11. COLOCAR EM PRÁTICA AS ORIENTAÇÕES	1	1	3	4	9	3.1
12. SANEAMENTO	-	4	2	1	7	3.4
13. RESPEITAR O PRÓXIMO	3	1	1	1	6	2
TOTAL	83	59	63	54	259	32.2

**Figura 6** – Demonstrativo da frequência e da ordem média de evocação das categorias de respostas das associações-livres feitas por ACSs para o estímulo '**educação para a saúde**'

Número total de evocações = 453

Número de evocações combinadas = 19

Número de evocações analisadas para a configuração = 259

Média da ordem média de evocação = 2,42

Média de frequência = 20

A seguir, apresentamos a Figura 7, que demonstra os elementos centrais e periféricos da representação social de **educação em saúde**.

<p>OME &lt; 2,48 / f &gt; 20</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ORIENTAÇÃO (70 / 2,3)</b></li> <li>• <b>PREVENÇÃO (37 / 2,1)</b></li> <li>• <b>HIGIENE (31 / 2,2)</b></li> </ul>	<p>OME &gt; 2,48 / f &gt; 20</p>
<p>OME &lt; 2,42 / f &lt; 20</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>IMPORTANTE (18 / 2,38)</b></li> <li>• <b>ALIMENTAÇÃO (16 / 2,3)</b></li> <li>• <b>QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (15 / 2)</b></li> <li>• <b>ESTAR PREPARADO PARA ORIENTAR (14 / 2,1)</b></li> <li>• <b>SER BEM-EDUCADO (11 / 2,35)</b></li> <li>• <b>RESPEITAR O PRÓXIMO (6 / 2)</b></li> </ul>	<p>OME &gt; 2,42 / f &lt; 20</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MELHOR QUALIDADE DE VIDA (15 / 2,5)</b></li> <li>• <b>AJUDAR (10 / 3)</b></li> <li>• <b>COLOCAR EM PRÁTICA AS ORIENTAÇÕES (9 / 3,1)</b></li> <li>• <b>SANEAMENTO (7 / 3,4)</b></li> </ul>

**OME = Ordem média de evocação F = Frequência**

**Figura 7** – Demonstrativo dos possíveis elementos centrais e periféricos que compõem a configuração estrutural da representação social de **educação em saúde** construída por agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa – PB

Do modo como ocorre com a configuração estrutural da representação social de **agente comunitário de saúde**, há diversos elementos, tanto no sistema central como periférico. Os elementos: **orientação**, **prevenção** e **higiene**, por se localizarem no quadrante superior esquerdo, constituem o possível sistema central da representação social de **educação em saúde**. Estes elementos totalizam 53% das evocações da configuração, demonstrando uma notável saliência do sistema central.

**Orientação** é o elemento mais saliente e nos reporta à centralidade da representação social de agente comunitário de saúde: orientador. Conforme pressupomos, o conhecimento da representação social da **educação em saúde**

propicia o desvelamento de certos traços constitutivos do sistema identitário dos agentes comunitários de saúde.

No sistema periférico, na primeira periferia: **importante, alimentação, estar preparado para orientar, qualificação profissional, ser bem educado e respeitar o próximo**. Destacamos que **importante**, nuclear na auto-representação dos agentes comunitários de saúde, é periférico, na representação social de **educação em saúde**. Na segunda periferia, situam-se os elementos: **ajudar, saneamento, melhor qualidade de vida e colocar em prática as orientações**. Nesta periferia menos próxima do núcleo, localiza-se um outro elemento central na representação social de agentes comunitários de saúde: **ajudar**.

Mesmo estando em sistemas distintos, a representação social da **educação em saúde** traduzida como **orientação** e como **qualificação profissional** manifesta a interpretação deste objeto em dois níveis. Um voltado para a informação da população em geral, priorizando a prevenção, outro, para a capacitação de profissionais de saúde.

Quando discorremos sobre as representações sociais de **agente comunitário de saúde**, mencionamos a aposição dos elementos **orientação/orientador, ajuda e importante** na sua configuração estrutural e na de **educação em saúde**, comentando a classificação de Abric (2003) referente à relação de encaixe e de reciprocidade das representações sociais. Ainda retomaremos estes dados, quando fizermos comparação entre estes elementos e os apreendidos nas representações de **saúde**.

De modo semelhante à auto-representação do agente comunitário de saúde, localizam-se, na configuração estrutural da representação de **educação em saúde**, elementos funcionais e normativos. Contudo, com base em inferências apoiadas nas

justificativas dadas para as evocações, avaliamos que o sistema central apresenta exclusivamente elementos funcionais. Pois tanto **orientação**, como **prevenção** e **higiene** descrevem o que é o objeto.

Acrescentamos que estes três elementos são os mais freqüentemente apontados como de maior importância para o objeto, conforme nos aponta a Figura 8. Esse resultado fortalece nossa hipótese da centralidade.

ELEMENTOS MAIS EVOCADOS E SALIENTES	$\Sigma$	ELEMENTOS AVALIADOS COMO MAIS IMPORTANTES	FREQÜÊNCIA DE REFERÊNCIA
1. ORIENTAÇÃO	70	1. ORIENTAÇÃO	21
2. PREVENÇÃO	37	2. HIGIENE	11
3. HIGIENE	31	3. PREVENÇÃO	10
4. IMPORTANTE	18	4. IMPORTANTE	7
5. ALIMENTAÇÃO	15	5. ESTAR PREPARADO PARA ORIENTAR	6
$\Sigma$	171	$\Sigma$	55

**Figura 8** – Comparativo entre os elementos apontados como mais importantes e os elementos mais evocados e salientes da representação social de **educação em saúde** construídas por agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa

Além destes dados, o índice de refutação para a avaliação da **educação em saúde** como **importante**, elemento com forte tendência para a nuclearidade das representações sociais de **educação em saúde**, corresponde a 73,9%, conforme apontado na Figura 9.

Os índices expostos na Figura 9, embora confirmem a hipótese de nuclearidade dos elementos da representação social de **educação em saúde**, são inferiores aos obtidos no teste de refutação da centralidade da representação social

de **agente comunitário de saúde**. Além disso, assim como para a realização das evocações, registramos mais demora nas respostas e mais pedidos de repetição da questão.

ELEMENTOS DO NÚCELO CENTRAL	ÍNDICE DE REFUTAÇÃO (%)
PREVENÇÃO	88,1
ORIENTAÇÃO	85,7
HIGIENE	78,6
IMPORTANTE	73,9

**Figura 9** – Refutação dos agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa para os elementos do núcleo central da representação social da **educação em saúde** (n = 42)

#### 4.1.1 SOBRE O ELEMENTO ORIENTAÇÃO

Os discursos seguintes são justificativas dadas para ter sido evocada a palavra orientação, ao ser lida a expressão ‘educação para a saúde’.

Orientação. Foi a quarta [EVOCAÇÃO]. Isso, eu podia ter concluído no número um, a orientação. Porque é muito importante a gente orientar as pessoas sobre tudo. Como eu falei aí, da higiene, da saúde, de tudo. É bom porque tem gente que não tem formação de nada, essas pessoas leigas. E a gente chega, dá essas orientações de tudo, como eles devem proceder, como eles devem fazer. Às vezes a gente chega numa casa, a pessoa tá com uma pessoa doente, ali, acamado: ‘Meu Deus, o que é que eu faço?’ E a gente tem o caminho pra eles. Pra orientar pra ir pro posto médico. A gente leva o médico até aquela casa. Então é muito importante a orientação (FH75).

Acho que educação para saúde é um tipo de orientação também. Acho que seja uma educação pra saúde. A gente educar as pessoas. Orientar as pessoas a tomar o medicamento. Eu acho que seja uma educação pra saúde (FH7).

Educação em saúde é prevenir, é educar. Orientar. Pra não deixar acontecer o pior. Então... evitar o quê? Quando a gente chega numa visita, nós observamos o ambiente. Procuramos saber se tem vírus naquele ambiente. E aí, medida pra tomar. Se for o caso, leva a médico, ou vim até o nosso serviço. Isso tudo, pra mim, é educar. É educação a saúde é isso. É prevenir, é educar, conscientizar (FH8).

**Orientação** agrupa evocações como: “Sensibilizar” (FH8) / “Esclarecimento para a comunidade” (FH9) / “Esclarecimento” (MH52) / “Informação” (MH52) / “Palestras” (MH52) / “Palestras educativas” (FH80) / “Orientação para a saúde” (FH60) / “Conscientização” (FH107E).

Assim são dadas algumas justificativas para as mesmas terem sido evocadas:

**Informação.** Tudo no universo também é um conhecimento. Porque você tanto tem uma informação a respeito da saúde, como também uma Informação de forma assim técnica, e informação também que coloque os sentimentos, envolva os sentimentos também. E essa informação, você também passar. Porque muitos têm e não passam a informação. Isso, principalmente. Quer dizer, você passar. Porque às vezes você trabalha com alguém, assim, como agente de saúde... Você é agente de saúde, aí você vai na casa de uma pessoa, você pode tratar de uma pessoa que teve uma AVC [ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL]. Mas às vezes não quer passar pra família, pra que seja destaque. Então eu acho que a informação, mostrar a família, dizer a ele... precisa trabalhar com a informação. Seja a educação... informativa pra família (MH70).

Educação para a saúde é **conscientização** do povo. Porque, às vezes, tem tanta coisa simples que eles poderiam fazer. Pois deixam menino brincando na lama. Eles nem ligam. Aí... doenças de pele [...] (FH9).

**Conscientizar.** Conscientizar as pessoas da importância de manter a casa limpa, a importância de procurar o atendimento médico, não só quando estiver doente, e sim pra prevenir as doenças (FH91).

**Desenvolver palestras educativas.** Porque a gente lidar com todos os tipos de pessoa! Tendo como fazer essas palestras, podemos educar as pessoas como fazer na sua casa. As pessoas perguntarem o que acham.

As palestras que a gente desenvolver pode incentivar elas a educar os pais: “Mainha, limpa isso daí! Tá sujo”. A criança não anda descalça. Cada palestra que a gente fizer pode adquirir um bom resultado. “Mas não é assim, é assim” (FH58).

Observemos que, no último discurso, embora esteja sendo fundamentada a evocação para o estímulo ‘educação para a saúde’, nela situa-se o agente comunitário de saúde como um orientador. A representação de um objeto social se articula à representação de outros, eis um pressuposto teórico que estamos expondo através de exemplos.

Com relação à **orientação** como conscientização, não fossem as justificativas dadas, teríamos diferenciado-a de informação, sensibilização, esclarecimento e palestras. O termo é então apropriado por alguns ACSs, sendo válido destacar que, ao longo das entrevistas, ele e o verbo conscientizar foram utilizados freqüentemente. Mas a apropriação destes termos, para a maioria, acomoda seu sentido etimológico, ou seja, tomar consciência de; dar ciência, conhecimento; alertar (FERREIRA, s/data), e não o dado, por exemplo, por Freire (1980, p. 26):

A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e no qual o homem assume uma posição epistemológica.

A dimensão político-pedagógica da educação, que é menos compartilhada pelo grupo, e que por vezes co-existe entre os agentes comunitários de saúde que se apropriam da interpretação da educação como ‘dar ciência / conhecimento’, será comentada mais adiante.

Além da **educação em saúde** ser significada como **orientação**, há uma variação, de modo menos compartilhado, na forma de definir o seu sentido como **reorientação** relativa a assuntos que os agentes comunitários de saúde entendem já ser de conhecimento das pessoas.

**Reeducação no nosso modo de viver com relação à higiene.** As pessoas, elas sabem, elas têm consciência de que higiene é essencial para a vida do ser humano. Mas tem pessoas que pensam assim... porque moram numa favela, acham que por morar, então, a sujeira tá ali junto. E não é bem assim. Então é por isso que eu disse: tem que ter a reeducação. Ela sabe que tem que precisa ter limpeza. Mas muitas mães se desleixam. Eu acho que por pensar assim: 'Eu sou pobre, sou da favela, então, por eu ser pobre...' Mas a gente sabe que pobreza não é sinônimo de sujeira. Então eu coloquei por isso, é uma reeducação (FH77).

**Estar preparado para orientar, colocar em prática as orientações e ser bem-educado** são elementos periféricos que se distinguem de **orientação**. Diferenciação que já anuncia a diversidade e a amplitude dos conteúdos aos quais se referem os elementos de ambos os sistemas. Retrata as multifacetadas do objeto. Os trechos de entrevistas seguintes demonstram estas características.

Para a gente, educação não é só ter uma boa letra, ter um bom vocabulário, mas importante também é que você seja higiênico, tenha uma boa higiene na sua casa, fazer tudo para que não possa lhe prejudicar futuramente (MH73).

Educar para a saúde é uma coisa concretizada. A gente quer perguntas e respostas. É tão bom! A gente chega na comunidade, você está doentinha: "O remédio chegou. Vamos lá no posto?" Ou às vezes, a pessoa não está nem doente, mas é aquele desprezo, aquela solidão. Então, chegar no posto... Que maravilha! Tratar da alma com as palavras, e do corpo, com um remedinho. É educação. E levar a criança pra escola. Isso é o que eu penso de educação para a saúde (FH113).

Orientar as pessoas para não se automedicar. Trabalhar muito com os

hipertensos, para não comer coisa salgada [...] Diabéticos, para não comer doce. Adolescentes, para usar preservativo, para as meninas não pegarem uma gravidez indesejada. Os meninos, para não pegar DST e AIDS (FH45).

Educação para a saúde, eu diria assim: Olha, educação pra saúde é... são informações que você vai receber, que vai ajudá-lo a ter uma saúde... uma vida saudável. A educação inclui informação, é... uma maneira... uma boa maneira de se alimentar, uma boa maneira de se divertir, trabalho, tudo isso são educações pra saúde (FH59).

**Estar preparado para orientar**, embora possa estar associado à competência profissional relativa ao domínio de conhecimentos relacionados à área de saúde, diferencia-se da qualificação profissional, a qual diz respeito à realização dos treinamentos em si e à capacitação. Significa saber discernir sobre como e quando orientar, assim como possuir qualificadores para tal. Refere-se ao saber da experiência, que independe do saber da escola. Seja um saber sobre o cotidiano dos usuários do sistema, com os quais o agente comunitário de saúde compartilha a mesma infra-estrutura urbana, seja uma sabedoria decorrente da sua prática profissional na comunidade. Significa discernir haver certo poder, uma vez que existe uma auto-representação de **importante** e **necessário** à equipe do PACS e do PSF. Trata-se da tomada de consciência de um capital simbólico, capital disponível ao agente comunitário de saúde, no sentido dado por Bourdieu (1995), para quem, em toda sociedade há diferentes tipos de “recursos”, os quais dão poder às pessoas, para se apropriar de certos frutos. Estes recursos podem ser pessoalmente controlados ou acumulados nas organizações institucionais. A distribuição desigual dos recursos é o ‘capital’. O seu acúmulo permite aos indivíduos aumentar seu poder. O poder simbólico é um “[...] poder invisível [SIC] o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU, 2000, p.7-8). As evocações seguintes e suas

respectivas justificativas exemplificam o dito.

**Preparação.** O assunto educação para a saúde envolve muita coisa. A gente tem que estar preparado pra responder as perguntas. Exemplo: preocupação da comunidade, hoje, com a hanseníase, que é duma área de pessoas que estudam. Mas na área de quem não estuda, eles acham que não precisa educação para a saúde. Que não precisa ter cuidado com a alimentação. Temos que estar preparados pra todo tipo de pessoa (FH71).

**Conhecimento de causa.** Às vezes, dependendo do temperamento da pessoa, a pessoa se irrita em ter que ficar repetindo a mesma coisa. Por exemplo, chegar numa casa com chão batido e crianças descalças... Tudo na nossa vida, a gente tem que refletir a qualidade de Deus. Porque a paciência é um dos pontos do espírito. Mas na realidade, é um autodomínio. Também, falar de educação para a saúde numa casa sem comida, sem o marido estar trabalhando, é difícil falar sobre educação para a saúde. Agora está mais fácil, com o PSF. Na realidade, o paciente está doente, mas não é uma doença física. Mas é doença de estar sem ter o que comer... É delicado, trabalhar com pessoas. Ficar escutando, ao invés de fazer o cadastro (FH71).

**Conhecimento.** Pra gente fazer uma boa educação, a gente precisa conhecer. Conhecer verdadeiramente. Não adianta você querer fazer a saúde, sem ter um conhecimento. Levar a saúde. Como é que você vai levar a saúde, sem ter conhecimento? (MH70).

Você precisa ter paciência, precisa ser atencioso, pra entender o quê que eles estão querendo. Porque muitas vezes você chega tão apressada, na casa – tem um compromisso ou não quer ficar ali, não quer se dispor – que não vê o que o outro tá querendo. Às vezes, só um pouquinho de humanidade, sabe? Então eu acho que paciência é fundamental [...] Eu tenho paciência pra ouvir (FH84).

**Ter conhecimento** pode possuir um outro sentido, qual seja, ser conhecedor dos procedimentos adotados para se prevenir contra as doenças. Ilustremos com uma evocação e a justificativa para a mesma:

**Conhecer.** [...] porque quando nós queremos ter uma saúde, uma boa saúde, então, antes da gente pensar em adoecer, nós devemos ter o conhecimento. O conhecimento e através desse conhecimento, nós

estamos se prevenindo a ter uma boa saúde [...]. Através do conhecimento que nós temos, porque tudo para a gente prevenir de alguém, se eu sei que ali tem algum buraco ali na frente, então eu tenho que me prevenir para que eu não caia naquele buraco, e para que eu tenha uma boa saúde, eu tenho que conhecer. Para que eu não caia naquela doença (MH73).

Quando, diante do estímulo 'educação para a saúde', o ACS evoca a expressão **conhecimento popular**, não apenas o está valorizando, como reafirmando sua visão otimista da educação.

**Valorizar o conhecimento popular.** Isso eu acho importante, também. Porque a gente tem muito assim... a gente tem mania de achar que a gente sabe muito. E a gente não sabe. Porque a cada dia, e com cada pessoa, a gente aprende alguma coisa. Então às vezes você chega numa casa e a pessoa às vezes tem crenças diferentes, tem costumes diferentes... Eu tô cansada de chegar em casa, que até pra mim já ensinaram medicamento. Tô gripada, espirrando: ah, é bom mel, é bom limão, é bom não sei o quê. Então você tem que aproveitar aquilo ali. [...] Então é uma coisa, assim, que a gente tem que valorizar: o conhecimento da comunidade. Aquilo que eles conhecem e aquilo que a gente conhece tem que ser valorizado (FH84).

**Qualificação profissional** é capacitação, é treinamento, reciclagem.

**Qualificação do profissional da área de saúde.** A gente tem que tá sempre se qualificando, sempre tendo curso, treinamento. Vez em quando surge isso pra gente. Agora a gente tá fazendo o curso do PROFAE, fazendo curso de auxiliar. Isso é bom. É bom porque a gente vai ganhando muita experiência. [...] Sempre tem treinamento. A gente já fez vários treinamentos. Isso é bom. Porque quando a gente chega numa casa, que vê alguma coisa assim que a gente tem certeza... que a gente tem noção do que é, pode dizer com segurança: olha, vamos fazer assim. Vamos tentar assim. Porque você tem certeza (FH84).

**Treinamento** O agente comunitário de saúde precisa muito de capacitação, de treinamento (MH119).

**Reciclagem.** Reciclar é capacitação. Realmente é o que nós precisamos... O agente comunitário de saúde precisa muito de capacitação, de

treinamento. Porque eu acho que ser um agente comunitário de saúde é importante, agora precisa ter uma reciclagem constante, do poder. Do poder, da entidade, que promova a capacitação, e reciclar sempre esse agente de saúde pra ser um bom agente (MH119).

O elemento **qualificação profissional** reforça o papel do **orientador** descrito no núcleo central da auto-representação de ACS e consente-nos inferir haver uma repercussão positiva deste na sua prática profissional, e não apenas por atender o que é dele esperado pelo Ministério da Saúde. Deste modo, é por demais pertinente destacar a já mencionada avaliação de Stotz (1996) a respeito da necessidade do profissional de saúde educar-se para agir como “facilitador” e “mobilizador”.

Neste sentido, se considerarmos as concepções do agente comunitário de saúde como **agente de mudanças**, parece-nos que, mais do que no que se refere à relação dialógica, estes profissionais apropriam-se, embora de modo menos compartilhado, da representação do educador como facilitador e/ou instrumentalizador de transformações. A emergência da evocação “Mudanças” (FH60F) diante da expressão ‘agente comunitário de saúde’ exemplifica. Da mesma forma possui este significado, a maior parte das evocações para ‘educação para a saúde’ referente a melhor qualidade de vida.

**Para melhorar a qualidade de vida.** A partir do momento que a pessoa adquire, por ser educação... essa educação voltada para a saúde, isso vem melhorar sua qualidade de vida (FH55).

**Melhor qualidade de vida.** Eu pensei assim... Com informação e com saneamento, vai ter uma melhor qualidade de vida. Então é aí que vai se formar a educação... para a saúde (FH76).

#### 4.1.2 SOBRE A PREVENÇÃO E A HIGIENE E SUA ARTICULAÇÃO COM OUTROS ELEMENTOS

Para discutir a representação social de **educação em saúde** como prevenção e como higiene, avaliamos ser pertinente apontar a avaliação de Abric (2003) sobre a importância de se conhecer a relação que mantêm entre si diferentes objetos de representação. Assim questiona o referido autor: “Como essas representações sociais interagem entre elas? Quais relações mantêm entre si? Qual é o impacto da representação social de um objeto sobre a representação de outro objeto?” (ABRIC, 2003, p. 53-54).

Porém, só nos é possível identificar haver uma ligação entre as representações destes objetos sociais: **educação em saúde**, **agente comunitário de saúde** e **saúde**. Sobre o tipo de relação existente, não podemos adotar a classificação de Abric (2003) relativa às relações de reciprocidade e às encaixadas. Para o referido autor, três características definem a reciprocidade: (a) cada objeto está representado no núcleo do outro e reciprocamente; (b) as características retiradas de um objeto possuem um estatuto de elemento funcional no núcleo central; (c) cada núcleo central engloba os elementos que lhes são próprios. Já as representações sociais encaixadas têm as seguintes propriedades:

[...] o objeto de nível “inferior” compreende o objeto “superior” em seu núcleo central. Cada núcleo central das representações encaixadas retoma o objeto “superior” [...] Este elemento “superior”, retomado na representação encaixada inferior, toma o estatuto de elemento central normativo [...] O elemento novo que aparece no núcleo central do objeto “encaixado” de nível inferior é de natureza funcional [...] (ABRIC, 2003, p. 54-55).

Os objetos por nós estudados não possuem nenhuma destas relações descritas, ou seja, não têm relações pautadas sobre uma hierarquia ou sobre a dependência de um objeto em relação a outro. Tampouco uma relação de influência recíproca. A relação é outra. É como se imaginássemos a intersecção de um conjunto, em duas formas. Uma em que há um cruzamento entre os elementos do sistema central. Outra, em que os elementos da periferia é que se apresentam de modo interseccional. Assim, embora não tenhamos, entre as representações de **educação em saúde**, de **agente comunitário de saúde** e de **saúde**, nenhum dos dois tipos de relações comentadas por Abric (2003), estamos diante de uma outra - já que existe pelo menos um elemento do sistema central comum entre os objetos -, a qual denominamos de 'semi-relacional'.

Apesar de não pretendermos enveredar por uma discussão relativa às representações sociais de **saúde** que são construídas pelos agentes comunitários de saúde, deveremos comentá-las, uma vez que as identificamos (APÊNDICE C) e que encontramos relação com as representações sociais de **educação em saúde**, sempre que elas subsidiarem nossa discussão. O que particularmente se destaca no debate relativo à representação de **educação em saúde** como **higiene** e como **prevenção**.

**Higiene** tanto descreve como é decorrente da **educação em saúde**. Também o é de saúde e de educação, quando assim esta é decodificada. Mas pode ser prescrição para a saúde, de acordo com os dados coligidos especificamente sobre este objeto.

**O trabalho de educação é muito sobre a higiene pessoal** de cada pessoa. Saber como se banhar, como se tratar. O que deve usar e o que não deve. Como lavar suas roupas íntimas (FH49).

Educação para a saúde? Deixe eu ver... **Educação é higiene**, confiança. Higiene. **Pra você ser, ter uma boa saúde, você precisa o quê? Ter uma boa higiene.** Não adianta você: 'Ah! Eu sei das coisas', se não sou higiênica. Eu não tenho confiança em alguém, principalmente no médico, de procurar o médico. Tudo isso faz parte da educação. Não adianta eu ter... achar que sou saudável, não ter uma boa higiene. Que é através da higiene que vem a saúde. Não ter confiança em ninguém pra passar os meus problemas de saúde pra alguém. Tudo isso atribui ao quadro de higiene da saúde (FH16).

**Higiene na comunidade.** É o tipo de informação que a gente tem que passar pra eles. E ver que, na verdade, não só a minha comunidade, como as outras comunidades não têm higiene. Não tem aquela educação de higiene, que a gente vê em certas casas. Quando entra na casa do pessoal, você vê pela sujeira total. Tinha uma favela aí, que era um abismo. A gente chegava, tinha cocô num canto. Aquele negócio todo, gente fazendo aquilo tudo. Então, higiene, na comunidade, é muito importante. É a base de tudo. **É onde tá o segredo da saúde.** Porque é a partir da higiene, que a gente vai ter mais saúde, diminuir muitos casos. Acho que a higiene é importante (MH72).

**Boa higiene.** A higiene, ela faz, assim, a pessoa... Com higiene, a pessoa evita tanta coisa! As doenças, essas coisas. Acho que é muito importante a pessoa ter uma boa higiene (FH75).

Enumeremos algumas expressões evocadas que exemplificam esta relação:

Como se fazer higiene (FH34).

A higiene é importante para a saúde (FH36).

As pessoas devem ter higiene (FH42).

Neste sentido, resgatamos, a seguir, respectivamente, uma evocação feita para 'agente comunitário de saúde', uma narrativa que descreve o seu trabalho e uma fundamentação para o posicionamento sobre ser o ACS um educador, as quais nos permitem constatar que a representação da **educação em saúde** se relaciona com a sua identidade.

Falar sobre a higiene na comunidade é muito importante (FH42).

O agente de saúde dá orientação [...] Educar. Em termos de educar as pessoas. Ensinar a elas como fazer a limpeza da casa. Uma higiene é muito importante para a saúde, como para a limpeza da casa (FH10).

O ACS é um educador. Com certeza. Acredito que sim. Na questão que nosso trabalho é sempre em função de prevenção e saúde. Da higiene que ele tem que ter, tanto em saúde, como em higiene do filtro. Na questão do lixo, de ter todo o cuidado com o lixo. Então a gente está sempre orientando neste sentido. Tratamento d'água, do lixo, da casa (FH67).

As evocações para 'educação para a saúde', conforme inferimos, oferecem subsídios para a apreensão da identidade do agente comunitário de saúde.

**É ensinar.** É porque, por exemplo, eu vou saindo daqui, vou fazer uma visita, aí lá tem gente que não sabe nada sobre saúde. Então eu chego lá e vou orientar aquela pessoa, vou ensinar o que é saúde e passar pra ela tudo o que eu sei que... como se diz, aquela palavra: 'Eu sou a palavra-chave' (FH74).

Os cuidados com a higiene do corpo, do ambiente e dos alimentos, assim como as regras que prescrevem o que é julgado sujo ou limpo têm a ver, segundo Douglas (1966) e Maranhão (2000), com a necessidade de todas as sociedades relacionarem forma e função, de organizar o ambiente e de dar limites a uma situação social contraditória ou ambígua.

Os discursos apresentados demonstram ser a higiene uma das principais temáticas para as quais se volta a orientação. Expomos dois exemplos, mas agrupamos, posteriormente, quais as atividades são representadas como ações em **educação em saúde**.

Orientar em termos de saúde, em termos de higiene, que é fundamental (FH17).

Higiene pessoal e orientação sobre limpeza da casa são ações de educação do ACS (FH26).

**Prevenção** ora descreve, ora decorre da **educação em saúde**.

Eu acho que educação em saúde é prevenção. Se eu me previno, quer dizer que eu fui bom aluno e estou praticando a educação para a saúde, prática de exercícios, alimentação, higiene, uso de preservativo, exame preventivo, auto-exame (FH64).

Educação em saúde é prevenir, é educar. Orientar. Pra não deixar acontecer o pior. Então... evitar o quê? Quando a gente chega numa visita, nós observamos o ambiente. Procuramos saber se tem vírus naquele ambiente. E aí, medida pra tomar. Se for o caso, leva a médico, ou vim até o nosso serviço. Isso tudo, pra mim, é educar. É educação a saúde é isso. É prevenir, é educar, conscientizar (FH8).

Mas a prevenção pode ser compreendida como a própria **educação em saúde**:

A prevenção é educação para a saúde, pois através da mesma, o indivíduo aprende a se reeducar em termos de alimentação e higiene (FH31).

Como vimos afirmando que a representação social de um objeto articula-se às representações de outros, cabe aqui destacar que **higiene** e **prevenção** são possíveis elementos centrais da representação social da **saúde** construída pelos ACSs do presente estudo. **Higiene** é um elemento do sistema central, enquanto

**prevenção** é elemento da primeira periferia (APÊNDICE C). Tal articulação pode ser sintetizada através de duas evocações feitas por um mesmo agente comunitário de saúde: “Saúde é higiene / Saúde é prevenção” (FH53).

**Prevenção e higiene** reportam-nos à representação social de **saúde**. Esta relação entre elementos representacionais de objetos distintos conduz-nos ao posicionamento de Perrusi (1995), segundo o qual, quando damos informações sobre um objeto, retiramos do campo social primário a experiência com o mesmo, o que determinaria o modelo básico de apreensão que validaria a imagem pré-reflexiva em torno dele. Do campo social primário são emancipados os modelos secundários do objeto representado, “[...] devido à existência de uma profusão de papéis e lugares sociais, construídos pela diferenciação e pela estratificação social, que produzem uma variedade de representações sociais” (p.146). Saúde seria então, o campo social primário de **educação em saúde**, assim como o foi para ‘saúde do educador’ no estudo desenvolvido por Soares (2002).

A interpretação de **educação em saúde** como educação está explícita nas seguintes evocações e suas respectivas justificativas.

Família. Geralmente, na família é onde começa a nossa educação. É o berço. É o nosso berço. A escola é o que dá o encaminhamento. [...] a escola que encaminha mais, quem abre mais a nossa mente pra que a gente aprenda mais sobre educação, sobre tudo. E sem educação não existe saúde (FH79).

Observemos que, mesmo diante da decodificação de **educação em saúde** como educação, o ‘jargão’ sem educação não há saúde é mencionado. Esse dado remete-nos a um outro, qual seja, que, para os agentes comunitários de saúde, a

**educação em saúde** divide-se em dois elementos familiares do campo social primário: 'saúde' e 'educação'. Os exemplos seguintes demonstram mais claramente esta compartimentalização:

Educação para a saúde... Sem as duas juntas não funciona uma boa saúde. Eu acho assim, porque se a pessoa não tem educação, então fica difícil. Aí não funciona, porque a gente passa pra ela o certo, mas ela só quer fazer o errado. E aí, dificulta demais o trabalho da pessoa. Por isso tem que ser as duas juntas [...] (FH93).

Um ser, para sobreviver, tem que ter saúde e educação (FH56).

Um outro elemento periférico, **colocar em prática as orientações**, faz ressaltar esta perspectiva:

**Que é bom por em prática o que o profissional de saúde passa.** É o mais importante. Por em prática o que você aprende, desde a escola até a higiene, desde casa. Mas se você por em prática também na escola, o mundo vai ter como ser diferente (FH2).

Fazer evocação sobre 'educação para a saúde' faz emergir conteúdos relacionados a uma descrição de si. Ou seja, como nós inferimos, fornece subsídios para melhor conhecermos as referências identitárias do ACS:

**Informação.** Nós é que levamos as informações pra essas pessoas. E também nós aprendemos muito com elas. Tem coisas assim que a gente não sabe e elas ensinam pra gente. Tipo receitinhas de remédio caseiro, que eles usam muito, por falta de dinheiro mesmo pra comprar o remédio. E às vezes resolve (FH79).

**Educar as pessoas em relação às doenças.** Educar as pessoas em relação às doenças. A educação à saúde, a gente educa as pessoas em relação às doenças. Como a gente conseguiu, graças a Deus, aí, com AIDS, que tá havendo muito aqui. E isso com a distribuição de camisinha. E outras DSTs, também tem. Caso de hipertensão diminuiu, mortalidade infantil diminuiu, crianças que morrem sem ter tomado nenhuma vacina, também diminuiu muito. Eu acho que isso aí é como: educação em relação às doenças. De uma pequenininha pode se tornar uma grande [...] Hoje eu não tenho nenhuma gestante. Quer dizer: tá funcionando o planejamento familiar? Tá. As mulheres tão mais na prevenção. Tomando anticoncepcionais, fazendo preventivo. Porque está funcionando a parte de educação à saúde (FH57).

Ao representar a **educação em saúde** como informação e descrever-se como aquele que a leva, o agente comunitário de saúde se autocategoriza como informante, ou seja, como um orientador. Igualmente, representa-se como educador, ao representar a **educação em saúde** como orientação.

As discussões em torno do posicionamento acerca de ser o agente comunitário de saúde um educador fornecem dados referentes à **educação em saúde**.

O agente de saúde, ele é um educador por quê? Porque ele é mais pra orientar, pra prevenir. Pra conscientizar as pessoas da importância de uma higiene e de muitas coisas (FH91D).

Nas evocações, freqüentemente são indicados a quem se volta à orientação e sobre quais temáticas versam as mesmas:

Doenças sexualmente transmissíveis (FH45).

Higiene pessoal e orientação sobre limpeza da casa (FH26).

Em geral, na comunidade, a gente fala das doenças. Tem de todas, não é? Em geral. Tanto pra o idoso como a pessoa que cuida dele. A mãe, que cuida da criança. Um adolescente, a gente orienta. Fala até das doenças... Sexual, que é transmissível. Tudo isso a gente transmite pras pessoas, na comunidade (H54).

Nas entrevistas, quando questionados sobre o que orientam, as respostas incluem uma série de temáticas, as quais vão desde os cuidados com a preparação dos alimentos, a importância da higiene e da vacinação, entre outros, a esclarecimentos sobre os direitos sociais.

Geralmente, para uma criança... A gente escuta mãe dizer que não precisa de vacina. Falar sobre a vacina é uma orientação que é essencial para a saúde da criança. Na educação para a saúde da criança, alertar para a falta de vacina, sobre a importância da alimentação. A gente fala muito também sobre higiene (FH62).

Tem casas que a gente chega e tem que falar até o bê-a-bá. Importância da alimentação. De como preparar os alimentos, colorir o prato. Importância do tratamento da água. De lavar as mãos quando entra e sai do banheiro. Importância da hidratação, de tomar bastante água para hidratação. Importância de fazer o soro caseiro. Prevenção de piolho. Faz o xampu fitoterápico. [...] Até na maneira de criar. No caso de pancada, quando o pai tá educando com pancada. No caso de gritos. Quando grita muito, fica nervoso. A minha chance é ficar hipertenso quando adulto ou ter hipertensão precoce. A importância da amamentação. Vantagem do leite materno. Bê-a-bá do dia-a-dia: tratamento da água, aleitamento materno, hipertensão, higiene na alimentação. Informação da limpeza da roupa. Escabiose, tem que passar o remédio, lavar a roupa. Água morna pelo menos uma vez no dia, engomar uma roupa. Higiene ambiental. Se eu deixo lixo no quintal... É a higiene física, doméstica, alimentar, do ambiental. Bucal também (FH64).

Reunião sobre tuberculose; sobre hanseníase; sobre aleitamento materno; sobre saúde bucal; sobre higienização da área, da comunidade; os direitos do cidadão. Que o agente de saúde não é questão só de saúde não, é esclarecer a comunidade seu direito como cidadão. Ler um pouco a Constituição. Os artigos da Constituição referentes à saúde, o direito à saúde. E palestras sobre até... a gente entra também na conversa, lá, até sobre a questão particular. São outros assuntos, a gente foge um pouco o assunto da reunião. E também política. A gente bota política, também, no meio (MH118).

Destacamos que quando os agentes comunitários de saúde afirmam que suas orientações não são exclusivamente voltadas para a higiene, vacina, amamentação, DST/AIDS e demais temáticas preconizadas de modo mais enfático pelo PACS e PSF, estão não apenas tendo uma compreensão da visão totalizante e ampla da saúde: “Saúde é ter moradia [...] ter saúde é participar da área de lazer” (FH42). Eles atribuem à educação (não necessariamente à **educação em saúde**) a função de educar para a cidadania, por entenderem, assim como Freitas (2002), que direitos humanos e cidadania significam uma prática de vida em todas as instâncias de convívio social, a qual envolve família, escola, trabalho, comunidade, igreja e o conjunto da sociedade.

A este dado é pertinente associar a existência de uma consciência dos ACSs acerca do potencial da mobilização e da organização do movimento classista. Se partirmos da concepção de Arendt (1988) de que a cidadania é a consciência do direito a ter direitos, podemos afirmar existir um *habitus* de luta do agente comunitário de saúde.

Quanto às atividades representadas como ação em **educação em saúde**, a enumeração que fazemos a seguir demonstra a sua diversidade, tanto porque diferentes formas de atuação são indicadas, como porque geralmente há um conjunto destas que é apontado por um mesmo agente comunitário de saúde.

Das atividades da educação para a saúde, a gente faz a planfetação e as orientações (FH9).

Palestras sobre saúde e também as visitas domiciliares ajudam bastante na conscientização do cidadão (FH21).

Informar sobre doenças sexualmente transmissíveis. Com distribuição de camisinhas (FH23).

Prevenção e orientação sobre algumas doenças. Trabalha com prevenção à saúde (FH24).

Acompanhar e orientar, incentivar a participar nesta educação (FH25).

Educação alimentar, higiênica, lazer, espiritual (FH28).

Higiene pessoal e da moradia. Alimentação saudável (FH32).

Higiene as pessoas da comunidade. Falar sobre saúde, educação e outros (FH33).

Orientação. A gente passa tudo que sabe pra eles (FH37F).

A campanha de vacina, a campanha sobre drogas, sobre adolescente (FH38).

A gente faz a parte de higiene; da falta de respeitar o próximo, também, no motivo da doença. [...] (FH47).

O trabalho de educação, muito sobre a higiene pessoal de cada pessoa. Saber como se banhar, como se tratar. O que deve usar e o que não deve. Como lavar suas roupas íntimas (FH49).

Estes dados, associados a outros já apresentados, fazem-nos inferir haver uma representação da **educação em saúde** como uma intervenção sobre pessoas e grupos, visando a que estes adotem práticas conducentes à saúde. Podemos afirmar que esta é uma apropriação da definição de educação em saúde pública, conforme a conceitua Lefèvre (1991). Também significa que o objetivo da **educação em saúde** é a capacitação de indivíduos e de grupos, visando lidar com problemas de nutrição e de reprodução, do modo como a concebem Lima et al (2000). Porém, o desenvolvimento biopsicológico, que é descrito por estes autores como meta da **educação em saúde**, é desapropriado pelos agentes comunitários de saúde. As práticas inadequadas de saúde que eles buscam transformar dizem respeito, principalmente, aos hábitos inadequados de higiene, alimentação e aos cuidados

com o uso da medicação.

Certamente devido ao conhecimento preexistente, a experiência profissional e a conseqüente circulação de informações no interior dos programas PACS e PSF (educação permanente em saúde, pólos de capacitação<sup>47</sup>), um outro sentido é dado à **educação em saúde**, qual seja, aquele que se refere à capacitação dos próprios educadores, ou, mais especificamente, deles mesmos.

“Educação ao paciente ou educação profissional?” (FH40). Eis um questionamento que sintetiza as duas dimensões da **educação em saúde**. Traduz a sua representação como educação profissional, mas retrata o interesse pela capacitação e qualificação. Pois, embora a questão tenha sido levantada, evocações de significados distintos são feitas por um mesmo ACS:

Orientação / Aprendizado / Saber mais / Querer aprender. Primeiro [REFERE-SE A SER A EVOCAÇÃO MAIS IMPORTANTE] é querer aprender para poder ter um bom aprendizado e saber dar orientação. [...] Pensei exatamente na orientação porque a gente, pra poder passar alguma coisa, temos que orientar. Se a gente não recebe uma orientação, como é que eu vou ensinar o que sei? Então no aprendizado já vem da orientação. Se eu aprendo alguma orientação, eu vou adquirir aprendizado. Aí depois de tudo, eu botei ‘querer aprender’, porque se eu não quiser aprender, não vai adiantar eu assistir palestra, receber orientação... não vai adiantar eu receber aprendizagem porque eu não quero. Então primeiro tem que querer aprender. Se eu tiver alguma orientação, se eu tiver alguma orientação, se eu tiver um bom aprendizado, realmente eu vou saber mais. E eu sabendo mais, eu vou poder passar mais pras pessoas da comunidade (FH44).

Podemos assim inferir que os agentes comunitários de saúde possuem duas visões da **educação em saúde**. Uma mais compartilhada, que é a **visão ingênua**, nos moldes como a concebe Kleba (1999). Outra, que é **otimista**, e sobre a qual

<sup>47</sup> Não mencionamos a educação popular em saúde, visto termos identificado que esta terminologia passa a ser utilizada na versão preliminar do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (2003).

comentaremos mais adiante. Na primeira perspectiva, a educação é reduzida às ações de orientação que possibilitam, a quem sabe, ensinar os que não sabem, guiando-os em sua mudança de consciência, fazendo-os mudar comportamentos.

O ACS, ele está sempre atuando ali na comunidade. Sempre aconselhando, também, sempre aconselhando, dando orientação, sempre quando que alguém, às vezes quer tomar um remédio, porque alguém falou pra ele que era bom, mas a gente já tendo algum conhecimento, algum conhecimento sobre isso, então a gente orienta aquela pessoa: “Não, você não deve fazer isso, procure primeiramente um médico” (MH73).

Levar condições de vida melhor para a população, através dos seus conhecimentos. Porque é de grande importância passar o pouco que eu sei para as pessoas que são leigas. Para prevenir doenças, infecções. Fazer a prevenção (FH92).

Ele é um educador assim... porque se você faz uma reunião com adolescentes. Aqueles adolescentes, ele vai aprender o que o agente passou pra ele. [...] Uma vez eu dei uma palestra aqui: DST. E dei uma palestra de hanseníase. E eles me perguntaram coisas que não sabiam. Principalmente sobre DST. Eu respondi. ‘Ah, não, mas eu pensava que era assim’. Eu digo: não. Vocês tão confundindo. Então eles já saem dali educado. Então tirou dúvidas comigo. Então, quando alguém for perguntar, aí diz: ‘Não, X disse que era assim’ (FH68).

Na justificativa de uma evocação combinada feita para o estímulo ‘agente comunitário de saúde’, a concepção de educador corrobora esta perspectiva ingênua de educação:

**Agente comunitário de saúde é orientador e comunicador das ações comunitárias de saúde.** Ele, como comunitário, é que está nas assembléias, nos treinamentos, pega todo tipo de conhecimento e ele vem repassar pra comunidade (MH99).

A análise por nós já realizada acerca da auto-representação do ACS como educador fornece-nos indícios de que a **educação em saúde**, para estes profissionais, caracteriza-se como dialógica e ampla. Trata-se de uma perspectiva ampliada de educação e de educador, que nos parece ser sintetizada pelo seguinte fragmento de discurso: “Porque educador não é só numa escola” (FH75). Com base nesta representação de que o educador não está exclusivamente no contexto acadêmico, parece-nos adequado afirmar que existe uma apropriação de conhecimentos do universo reificado.

Os agentes comunitários de saúde reafirmam o dito por Brandão (C., 1991), para quem a escola não é um lugar restrito onde ocorre a educação, o ensino escolar não é o único e nem o professor o seu praticante exclusivo. Nestes moldes, nas relações de trabalho e de vizinhança igualmente se desenvolve a prática educativa.

A aprendizagem não é um processo excludente do agente comunitário de saúde, ou seja, do educador. Compreensão que traduz o afirmado por Maturana (1998) acerca do educar ocorrer todo o tempo e de maneira recíproca.

É um trabalho comunicativo com as pessoas. Nós passamos informações, ensinando. E também aprendemos com as próprias pessoas (FH33).

Porque a gente não só ensina, a gente também aprende (FH34).

Aprendi muito: como escutar os problema, ajudar o próximo (FH35).

Porém, para os agentes comunitários de saúde, a educação não ocorre exclusivamente no campo da saúde, mas também no campo da educação formal:

“Educar a comunidade em alfabetização” (FH95). Além disso, uma vez que sua representação de saúde é ampla, pois envolve elementos como felicidade, educação, moradia, paz e lazer, a representação social da **educação em saúde** extrapola o sentido mais restrito de saúde, e, conseqüentemente, a visão de si do ACS é de um educador no seu sentido amplo, como aquele que pode favorecer transformações. Representar-se assim significa conhecer-se e conscientizar-se do seu papel social, ou seja, ser educador, tal como concebe Freire (1994).

Tenho como educar o povo em tudo, não é só como em saúde. É uma cidadania, direitos penais, infra-estrutura... (FH3).

Estamos falando da outra visão da educação dos agentes comunitários de saúde: a **otimista**. Mas não exatamente como a define Kleba (1999), pois embora exista uma representação compartilhada – ainda que menos freqüente do que a visão ingênua – da educação como uma transformação individual e social, em cujo processo profissionais e usuários participam ativamente, estas são praticamente representações individualizadas, no que diz respeito a serem os profissionais facilitadores e instrumentalizadores da transformação da assistência compreende. Além disso, inexistente uma representação da participação dos usuários na construção destas mudanças. É como se existisse uma seleção de elementos da visão otimista. Cabe salientar que não foi identificada, entre os agentes comunitários de saúde, a visão pessimista da educação. Os discursos seguintes ilustram características da visão otimista.

A gente aprende com eles. Não somos professor. A gente tanto aprende com eles, como eles com a gente (FH66).

[...] há uma troca de experiência [...] (FH64).

O educador é todo aquele que faz mudanças, que faz mudanças na cabeça das pessoas. Eu tinha uma moradora que acreditava que as vacinas matam. E eu tive que convencer que o risco da vacina é bem menor que o risco de vida sem a vacina. Eu acho que isso é educação (FH71).

Ele é mais do que um educador [RISOS]. Porque o agente de saúde, ele chega numa residência, para fazer uma visita... ele ensina tantas das coisas, que eu acho que ele é mais do que um educador. É um pai, é uma mãe, é tudo [RISOS]. Acho que ele é mais do que um educador. Porque educador não é só numa escola, você chegar pra aquela aprendizagem. Então tudo que a gente ensina de bom, assim pra higiene, acho que tudo é educação (FH75).

Ao descrever o que faz o ACS, as atividades relacionadas à orientação são freqüentemente apontadas:

Orientação a domicílio. Faz visitas às famílias, todos os dias. Faz peso das crianças, orienta gestante e criança desnutrida, na comunidade. E hipertensos, diabético. Outras atividades: faz orientação ao jovem, com programa de preservativo. E fazemos palestra com a comunidade, orientando sobre as doenças totalmente transmissível, como a AIDS e as DST em geral (FH26).

Visitas domiciliares, educando, passando informações sobre saúde. Visitas às gestantes, orientando-as mais a cuidar da saúde do bebê, orientando sobre vacinação, orientando idosos, hipertensos etc (FH28).

As justificativas dadas para a evocação 'orientação' traduzem a representação construída acerca do papel do seu papel profissional:

Orientação é o trabalho que sempre a gente faz. O nosso trabalho é esse, é orientar as famílias a pelo menos ir ao médico uma vez por ano, fazer um *checkup* geral. Porque isso aí é de praxe para todos nós (FH50).

Sobre orientação, tudo está dedicado ao trabalho que a gente faz. Porque a gente tem que saber o que faz da orientação (FH67).

Do mesmo modo, as explicações para ser o ACS um educador atrelam-se às questões voltadas à orientação. Por isso precisam ser retomadas.

A gente fala de DST/AIDS, gravidez. Na adolescência, de gravidez precoce. Fala de hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, verminose. Prevenção de piolho. Até doença mental a gente fala. [...] A importância do sorriso [...]. Uso de drogas, também [...] o exame preventivo e o auto-exame. O citológico e o auto-exame de mamas. Esse também é o nosso bê-a-bá [...] Detecta também crianças com baixo peso. Aí orienta pra ir ao médico [...] Eu consigo multimistura [...]. A gente também faz palestras. Palestras com não incentivo ao uso de mamadeira [...] prevenção, a higiene, seja a física, a do lar, a do ambiente (FH64).

Nos discursos, se destacamos as atividades relacionadas à prática da **educação em saúde**, identificamos sua ênfase. Neste sentido, uma vez que compactuamos com Rosen (1994) que a **educação em saúde** é uma das mais importantes expressões da ação em saúde comunitária, a contribuição do agente comunitário de saúde se destaca, e deve ser salientada.

Retomando a discussão sobre a orientação, discorremos sobre para quem a mesma se destina e acerca de quais temáticas versa. Estas informações foram obtidas tanto através dos comentários espontâneos feitos para responder quais as ações dos agentes comunitários de saúde são atividades de **educação em saúde**, como quando estes justificavam as evocações realizadas para os três estímulos. Aqui, mais um indício da relação entre **agente comunitário de saúde, educação**

**em saúde e saúde.** Por exemplo, fundamenta a evocação saúde feita para 'agente comunitário de saúde', a seguinte justificativa:

O agente de saúde, ele trabalha diretamente com a saúde das pessoas. Quer dizer: eu trabalho, nós trabalhamos... com os hipertensos, com os diabéticos, com gestantes, com crianças desnutridas, com pessoas tuberculosas, hanseníase. Então, tudo isso, a gente quem leva informações pra essas pessoas. A gente quem tá ali, no dia-a-dia com elas. O que elas precisam é com a gente. Porque nós somos um elo de ligação. Na realidade é isso, nós somos isso (FH77).

Outros discursos demarcam quem e sobre o quê orienta o ACS:

Acompanha gestantes. Acompanha as famílias de sua área, orientando, compartilhando com o dia-a-dia das pessoas da comunidade. O ACS trabalha com as famílias em geral de sua comunidade (FH20).

Orienta as famílias sobre a saúde, ouvindo as famílias. Acompanha as famílias, orientando as gestante pra fazerem pré-natal; hipertenso; diabético; crianças menores de dois anos [...] (FH25).

A gente pesa [REFERE-SE ÀS CRIANÇAS] [...], olha os cartões de vacina, acompanha gestante, os hipertensos também, diabéticos. Esses são prioridade da gente (FH62).

Embora aqui não apresentemos as freqüências referentes às respostas, destacamos terem sido feitas poucas menções à comunidade e /ou à família. Neste sentido, é relevante destacar que, apesar da atenção do PACS e do PSF voltar-se para a família, o foco de atuação do agente comunitário de saúde gira, segundo ele, em torno de grupos sociais. Seja de grupos naturais como crianças, jovens, idosos, seja de condições como ser mãe, ser gestante, ou mesmo, e, principalmente, ser portador de uma doença ou ter privações.

De acordo com as fontes primárias apresentadas na discussão da auto-identidade do agente comunitário de saúde (CERQUEIRA, 2002; UGGÉ, s/data), as orientações se dirigem a estes grupos. Dado igualmente registrado junto aos agentes comunitários de saúde de Campina Grande. Porém, identificamos haver, entre os profissionais do município de João Pessoa, maior número de referências à comunidade, e, principalmente, à família. Todavia, mesmo quando apontam a família como o foco da orientação, os ACSs mencionam a nutrição – enfaticamente relacionadas às mulheres grávidas e em fase de amamentação – e as ações dirigidas à prática preventiva de DSTs/AIDS.

Deduzimos que este dado reflete a ênfase concedida a determinados grupos, pela documentação oficial. Neste sentido, compactuamos com Scott (2001), no que se refere à sua avaliação sobre o atendimento materno-infantil ter sido priorizado abertamente no início do programa PACS e ter sido uma prioridade que parecia estar dando certo, quando se passou a atenção para a família.

Atentamos ainda para o fato das ações destacadas pelos agentes comunitários de saúde corresponderem ao priorizado pelo Ministério da Saúde. Exceção que se faz ao que diz respeito à saúde bucal. De acordo com a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS) – 2001, as principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pelos agentes comunitários de saúde nas áreas prioritárias da Atenção Básica à Saúde são ações de: saúde da criança; saúde da mulher; controle de hipertensão; controle de *Diabetes Mellitus*; controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; e saúde bucal.

Não podemos, porém, ser simplistas, principalmente estando subsidiados pela Teoria das Representações Sociais. Por isso inferimos que a compreensão dos agentes comunitários de saúde também decorre da sua vivência nas campanhas

educativas e nas de vacinação em nível nacional. Ela parece relacionar-se ainda à experiência da observação da distribuição de medicação nas USF -, principalmente para hipertensos e diabéticos -, bem como à valorização dada aos medicamentos, por eles próprios e pelos usuários de saúde. Valor que é dado historicamente. Neste sentido, Lefèvre (1991, p. 31) afirma que “o significado do medicamento não é um já-dado, “natural”, a-histórico, mas sim um produto secretado por um dado sistema social e numa dada formação social concreta”. Assim, o medicamento é mais um objeto que constitui o conjunto de material preexistente a partir do qual se constrói a representação social da **educação em saúde**. Vejamos os discursos:

[...] a gente que tá se preocupando de ir nas casas dele. ‘Já foi verificar a pressão? Já tomou seu remédio, hoje? Tá tomando | direito?’ (FH16).

Precisaria assim no caso de apoio num internamento, de um remédio caro, que às vezes a própria comunidade não pode comprar. Quando não tem nos postos, a gente fica doida (FH47).

Tem gente que não tem condições de comprar remédio. Aí mandam a receita pro distrito, o distrito não tem. Já tirei do meu bolso, já dei [...] Vou longe, deixo remédio, volto. Depois levo de novo (FH68).

Se eu disser que tem 30 hipertensos, tem que ter, para poder vir a medicação correta. Senão tem morador esculhambando, no meio da rua, porque eu não pude levar o remédio que faltou [...] (FH71).

A gente chega na comunidade, você está doentinha: “O remédio chegou. Vamos lá no posto?” [...] (FH113).

Entretanto, a maior ênfase do conteúdo destes discursos, ao ser debatida em uma reunião da AACCS-JP, torna possível cogitarmos que os agentes comunitários de saúde decodificam ser o direito ao consumo de saúde o direito a remédios gratuitos, ao recebimento de preservativos, à internação hospitalar, a exames de alto

custo, a atendimento por especialistas etc. Sobre as especialidades, elas não se restringem simplesmente às médicas, como o cardiologista, mas incluem (embora de modo menos compartilhado) o fisioterapeuta, o psicólogo e o fonoaudiólogo.

A saúde precisa de um cardiologista (FH78).

É uma luta, [...] pra que essa educação seja melhorada a cada dia. Que o pessoal tenha mais uma oportunidade. Como no caso, exames. É difícil eles conseguirem um exame. Eles acabam desistindo... senão, adoecendo por causa disso: as dificuldades que eles encontram. Então a luta é cada dia a gente tentar mudar a saúde (FH57).

Um breve comentário complementar referente às temáticas para as quais o agente comunitário de saúde orienta, segundo ele próprio, faz-nos ser fiel à riqueza das possibilidades representadas.

[...] educar eles assim: se ele não usa água potável, ele deve filtrar; ensinar a ele a higiene pessoal, a higiene da casa; prevenir as doenças. [...] nós devemos orientar a ela a colocar os filhos na escola (FH7).

Como usar preservativo, como usar soro caseiro, como fazer chá. [...]. Ensina a fazer a multimistura, alimentação para nutrição (FH10).

**Sobre a saúde**, que é o principal, que é o trabalho da gente. Principalmente sobre saúde, sobre doenças. Como tem muita gente que não conhece certas doenças. Às vezes sabe que existe, mas tem medo. Acha que é um bicho de sete cabeças, onde na verdade, às vezes nem é. Como a hanseníase. Depois que a gente passou a conhecer melhor e passar a orientação pras pessoas, sobre a hanseníase, já não se torna mais aquele bicho que é (FH16).

Orientar as mães sobre o pré-natal, a vacinação. Orientar os idosos sobre a pressão alta. Orientar sobre a desnutrição e etc (FH19).

A questão da mãe cozinhar a verdura. Eu oriento a cozinhar com a casca. Não pode comer biscoito recheado com refrigerante no almoço ou café da manhã. Comprar aqueles 'Bocão'<sup>48</sup>, que rende e é gostoso, e dá com toddinho Dar muito danoninho as tem produtos químicos, que fazem mal, apesar de ter leite. Tem os conservantes. A gente orienta para a alimentação mais natural possível, a boa alimentação. Principalmente a grávida, tomar suco. Grávida, com carência de ferro ou vitamina pode ter problema com o bebê. Para o bebê, a alimentação balanceada é a mamadeira. Colorido, que tem que ter no prato. Quanto mais colorido, mais nutriente é o prato. Importante para a mente, o corpo, a vista, o cabelo. E a água, aí faz parte. Beber bastante água, não na hora do almoço, que atrapalha a digestão [...]. E tem que ver as condições: se é hipertenso, tem diabetes, as taxas... A gente não é nutricionista, mas pode orientar (FH64).

Registramos uma diversidade de temáticas sobre as quais giram as orientações feitas pelos agentes comunitários de saúde. Conforme já mencionado, as mesmas versam, principalmente, sobre aspectos relacionados à atenção materno-infantil. A higiene também se destaca. Sua relevância é inclusive demonstrada, posto que se trata de um dos elementos da configuração estrutural da representação social de **educação em saúde**.

A representação social da **educação em saúde** como **higiene** tem, na maioria das vezes, o significado do sentido figurado do termo: asseio e limpeza, designados a diferentes fins: "Ter muita higiene pessoal" (FH26) / "Manter as unhas e mãos sempre lavadas" (FH26) / "Não jogar lixo nas ruas ou nos esgotos" (FH26) / "A higiene bucal" (FH53) / "Higiene no ambiente em que vive" (FH96).

Este elemento, associado com as evocações relativas à 'saneamento', nos faz retomar o já mencionado sobre o termo educação sanitária ser utilizado para conceber a **educação em saúde**, voltando, basicamente, para as questões sanitárias e de higiene, principalmente nas áreas portuárias e no controle das epidemias (ROSSO; COLLET, 1999; 2000). Reporta-nos, ainda, à relação entre

<sup>48</sup> Marca de flocos de milho preparado para consumo.

saúde e meio ambiente: “Não jogar lixo nas ruas ou nos esgotos” (FH26) / “Não jogar lixo nos rios ou encostas” (FH31).

Assim são fundamentadas as evocações que se referem à higiene:

**Ter bons hábitos de higiene.** Porque os hábitos de higiene contribuem muito para a saúde. Casa suja, aí contribui mais para a doença. Ambiente mais limpo, mais cheirozinho, mais limpo, mais higiene, roupinha limpinha, cortar as unhas. Como a gente vai educar nossa saúde, se não tem higiene? Tem que ter bons hábitos de higiene para educar os filhos. Tendo sabão já é um bom hábito de higiene (FH58).

**Higiene.** Higiene é fundamental [...] evita problemas de pele, problemas ginecológicos, evita piolho. Evita muita coisa, a higiene. Evita doenças. Até se eu tenho um cortezinho... Se eu não tenho higiene na alimentação, posso pegar verminose, cólera... Higiene da casa, doméstica (FH64).

**Boa higiene.** A higiene, ela faz, assim, a pessoa... Com higiene, a pessoa evita tanta coisa! As doenças, essas coisas. Acho que é muito importante a pessoa ter uma boa higiene. [...] Porque é muito importante a gente orientar as pessoas sobre tudo. Como eu falei aí, da higiene, da saúde, de tudo. É bom porque tem gente que não tem formação de nada. Essas pessoas leigas. E a gente chega, dá essas orientações de tudo, como eles devem proceder, como eles devem fazer. Às vezes a gente chega numa casa, a pessoa tá com uma pessoa doente, ali acamado: ‘Meu Deus, o que é que eu faço?’ E a gente tem o caminho pra eles. Pra orientar pra ir pro posto médico. A gente leva o médico até aquela casa. Então é muito importante a orientação (FH75).

Apesar deste último discurso explicar a evocação ‘boa higiene’, na justificativa para a evocação ‘orientação’ é possível identificar que a higiene é uma temática para a qual se volta a **educação em saúde**. Embora, em termos de evocações, esta compreensão seja pouco compartilhada, quando questionados sobre quais as atividades desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde, a orientação sobre higiene é a segunda mais freqüente.

É uma evocação que parece se repetir para um mesmo sujeito. Há registro de ACSs que fazem todas as associações em torno da mesma:

Higiene pessoal / Higiene de seu *habitat* (casa) / Não jogar lixo nos rios ou encostas / Manter tudo limpo nas proximidades de sua casa (FH31).

Não jogar lixo nas ruas ou nos esgotos / Manter as unhas e mãos sempre lavadas / Ter muita higiene pessoal / Sempre que usar o banheiro lavar as mãos / Não andar descalço (FH26).

Higiene / Tem que se manter limpeza / A gente tem que conservar tudo limpo (FH63).

Evocações feitas para ‘agente comunitário de saúde’:

Educação no lar sobre higiene (FH2).

Falar sobre a higiene na comunidade é muito importante (FH42).

Justificativa para a evocação higiene feita para o estímulo ‘saúde’:

A gente trabalha sempre em cima disto, higiene (FH62).

Retomando os discursos que indicam as ações interpretadas como relativas à prática da **educação em saúde**, destacamos a freqüência de indicações feitas para a higiene.

Referências à higiene são freqüentes quando o ACS define o que entende ser **educação em saúde**. Isto é, orientação e higiene são conteúdos representacionais associados. A última é temática principal da primeira. Ou seja, a educação se volta, principalmente, para a higiene.

O trabalho de educação é muito sobre a higiene pessoal de cada pessoa. Saber como se banhar, como se tratar. O que deve usar e o que não deve. Como lavar suas roupas íntimas (FH49).

A higiene, para os agentes comunitários de saúde tem o objetivo principal de prevenção. Embora sem apresentarmos percentuais, é válido dar destaque ao fato das orientações voltarem-se, principalmente, às práticas preventivas. Nossa discussão referente à importância dada pelo agente comunitário de saúde à medicação pode ter mascarado este dado. Apontaremos algumas falas para melhor exemplificar o exposto. Antes, porém, acrescentamos que o uso da medicação, que diz respeito principalmente a diabetes e hipertensão, por vezes vem justificado como sendo uma forma de manter o controle da doença e assim não ter agravos tais como trombose e acidente vascular cerebral (AVC). A própria representação da **educação em saúde** como prevenção dá suporte para esta inferência:

**Prevenção.** Se há uma prevenção, jamais haverá uma doença. Futuras doenças ou piores. Porque a prevenção é o passo principal para que se evite que uma pessoa se contamine com algum tipo de vírus ou doença (MH99).

Para prevenir-se das doenças é preciso nos educar (FH1).

Com educação as pessoas se previnem mais (FH49).

ACS ensina a prevenção da AIDS (FH53).

Prevenção junto às famílias (FH80).

Se educar vai diminuirmos doenças na comunidade (FH98).

**Prevenção das doenças.** É através da informação, do saneamento, da melhor qualidade de vida, e a prevenção das doenças. É daí que vem a prevenção das doenças. Através das informações que a gente passa pras

peças... É que a gente previne as doenças. Eu acho assim, que esse passo é importante (FH76).

Um bom exemplo para apresentar a relação da educação com o aprender e o ensinar, e, ainda, que remete a **educação em saúde** à qualificação em saúde – e aqui convém destacar a ênfase dada pelos agentes comunitários de saúde ao curso de auxiliar de enfermagem –, vem do conjunto de evocações feitas por uma das agentes, exposto a seguir, de acordo com a ordem de evocação, ao lhe ser perguntado quais as quatro palavras ou expressões que lhe vinham à mente quando ela ouvia falar em ‘educação em saúde’.

1. É passar tudo que aprendi para outro
2. É ensinar
3. É orientar
4. É aprender mais com os outros
5. **É aprender e se qualificar em saúde** (FH74)

Destacamos que foram feitas cinco evocações, embora solicitadas quatro. Esta última, uma evocação combinada, que o respondente apontou ter sido a mais importante.

A relação entre **educação em saúde** e a qualificação dos profissionais em saúde também foi assim expressa:

[...] estar sempre informada, aprendendo e se reciclando sobre as ações básicas de saúde; [...] trabalhar e estudar e orientar as famílias; orientar e educar-se dentro da saúde, para que as pessoas tenham consciência do que é uma saúde digna como direitos e deveres do cidadão (FH25).

Uma evocação sintetiza tal representação: “Qualificação do profissional da área de saúde” (FH84).

**Importante**, um elemento periférico, sobre o qual ainda comentaremos, avalia positivamente a prática da **educação em saúde**.

É importante para nossa sobrevivência (FH1).  
Educação em saúde é conhecimento importante (MH83).

É importante a conscientização da população sobre as doenças; é muito importante. É uma chave principal a educação para a saúde (FH112).

**Ser bem educado** é uma concepção de **educação em saúde** que não se refere à educação acerca de conteúdos ligados à saúde ou à educação formal. Significa ser polido, cortês e/ou delicado, disciplinado.

Conversar sem gritar (FH6).

A educação as pessoas não têm. As pessoas não têm maneira de chegar nas casas (FH78).

Ter uma boa disciplina. Você saber chegar, você saber sair. Você saber falar com todo mundo. Dar bom dia, dar boa tarde. Disciplina pra mim é isso, é você ter uma boa educação (FH68).

Mesmo que tenhamos identificado a configuração estrutural da representação social de **saúde** construída pelos ACSs, com o objetivo de obter subsídios para a compreensão da representação de outros objetos, um dado instiga-nos a fazer

inferências: a ausência da representação de **saúde** como disposição para o trabalho.

O conhecimento, pois, é gestado numa “sociedade pensante”, e a mesma sociedade que pensa, comunica-se. Este é outro aspecto que primamos por colocar em destaque. A esse respeito é dito, por Moscovici (1978, p. 93), que “[...] cada população tem seus modos dominantes de comunicação em relação a sua situação social e seu grau de instrução”. Sendo destacado, no âmbito das comunicações, o papel da conversação, meio pelo qual se penetra no campo das relações interpessoais.

A complexidade e a relação da representação social da **educação em saúde** com outros objetos, além de serem ponto de partida para o nosso declarado interesse em apreender a identidade do agente comunitário de saúde, fazem-nos retomar o fragmento de um dos discursos apresentados na discussão que ora encerramos, qual seja: “A gente **não é nutricionista**, mas pode orientar” (FH64). Esta negação do ser nutricionista, embora haja a possibilidade de desenvolvimento desta atividade específica do profissional da nutrição, faz-nos destacar uma outra negação já apresentada, cuja dimensão é total: a do leiturista da CAGEPA<sup>49</sup>. A fala de uma das lideranças do movimento associativo reforça o dito: “Faço um apelo para que vocês falem com os gestores, pressionem para sabermos quem nós somos. Nós **não somos bolsistas**, porque não trabalhamos quatro horas, mas oito. Porque não estudamos. Alguns até nem têm o primário completo”. Nestes exemplos, a identidade delinea-se pela diferença, tal como expusemos na discussão introdutória.

---

<sup>49</sup> [...] Eles acham que o trabalho do agente de saúde pode ser terceirizado, como se fosse um leiturista da CAGEPA, que todo mês é um. Mas não é. Porque o trabalho do agente de saúde é um trabalho que você conquista no dia-a-dia (FH44).

Este caminho, para o qual a discussão sobre as representações sociais construídas pelos ACSs sobre a **educação em saúde** acaba de nos conduzir, requer uma análise mais apurada e conclusiva. Por isso seu desfecho se dará nas considerações finais. Entretanto, para finalizar o presente capítulo, citamos Thompson (1998, p. 165): “O processo de formação de identidade nunca pode começar do nada; sempre se constrói sobre um conjunto de material simbólico preexistente”. É esta uma relação entre identidade e representações. Neste sentido, segundo Abric (2003, p. 54), inexistente representação social isolada, pois “Toda representação está em relação com um conjunto de outras representações sociais que constituem o ambiente histórico e social dos indivíduos” Ou ainda, relacionando tal concepção a praxiologia de Bourdieu, “[...] as representações sociais não se constroem num vazio social, são os esquemas de pensamento, percepção e ação, constitutivos do *habitus* [...] que vão orientar o processo de resignificação do sentido hegemônico<sup>50</sup> [...]” (DOMINGOS SOBRINHO, 2003b, p. 519).

#### 4.1.3 A DIMENSÃO POLÍTICO-PEDAGÓGICA DA EDUCAÇÃO

Embora de modo menos compartilhado, existe, entre os ACSs, uma valoração da **educação em saúde** como útil para capacitar os indivíduos sobre os seus direitos. Esta interpretação aponta para a compreensão de Lefèvre (1991) acerca da **educação em saúde** relacionar-se ao sentido de saúde, conforme já expusemos. Reporta-se ele aos sentidos preexistentes para aqueles que se busca educar,

---

<sup>50</sup> Refere-se Domingos Sobrinho (2003) a resignificação da educação pela classe média assalariada. Porém, tal relação pode ser feita para outros objetos sociais e outros agentes sociais.

principalmente quando se trata de populações adultas, visto que o trabalho educativo não ocorre num vazio. No nosso entender, entretanto, uma vez que o processo educativo envolve educadores, os quais são detentores de saberes preexistentes, as representações que os agentes comunitários de saúde constroem sobre saúde, educação, moradia, lazer, paz, viver bem, vida constituem-se em material a partir do qual são construídas suas representações de **educação em saúde**.

O discurso de um agente comunitário de saúde possibilita ilustrar o afirmado:

É muito difícil se falar em saúde, sem ligar ao fator financeiro, porque é quase impossível você, por exemplo, você falar de saúde, de micoses, com pessoas que não têm condições de comprar um chinelo, às vezes, de estar calçada ali. Quanto mais a medicação servir a pegar algum tipo de micose! (MH5).

Apesar desta compreensão acerca do que é conscientização, na prática, quando estes profissionais comentam sobre a dificuldade de se manter higiene quando não se tem o que comer, assim como ao reconhecerem a falta de saber da experiência quando se coloca um salto alto para andar nas micro-áreas, e refletem criticamente sobre a tercerização do seu trabalho diminuir a força da AACCS-JP, apenas para enumerar alguns exemplos, demonstram a consciência crítica que têm.

Existe, porém, uma consciência da dificuldade de manter higiene numa condição de pobreza que impede a aquisição de alimentos. Ou seja, compreensão da existência de uma higiene aristocrática, tal qual aquela do povo grego, conforme a descrevemos com base em Rosen (1994).

Pobreza não tem nada a ver com sujeira. Mas se a gente disser que sujeira e pobreza não tem nada a ver é hipócrita. Cadê o dinheiro para comprar o sabão pra lavar a roupa? A água sanitária pra limpar a casa? (FH64).

Há também uma compreensão inerente à dificuldade / facilidade de colocar em prática os ensinamentos de **educação em saúde** e até mesmo ter saúde, atrelada à condição sócio-econômica:

Olhe, a educação para a saúde [...] é uma questão bem complexa. [...] E é muito difícil se falar em saúde, sem ligar ao fator financeiro [...] (MH5).

[...] para ter educação para a saúde não precisa ter boa condição financeira. Para ter a educação para a saúde não precisa ter dinheiro. Mas eu pensei assim: as pessoas com mais estrutura têm mais estrutura para a saúde, pois têm mais lazer, mais ambiente limpo, com saneamento básico, pode passear. Não na condição de ter mais dinheiro para ter mais saúde (FH58).

Esta conscientização dos ACSs os coloca num confronto com a conceituação de Montrone (2002) da **educação em saúde** como um processo que envolve mudanças de comportamento, possíveis diante de estratégias de ensino que favoreçam a aprendizagem das habilidades necessárias para que estas mudanças efetivamente se concretizem, e, posteriormente, se mantenham. Pois o saber da experiência destes educadores os faz condicionar a efetivação das orientações às condições sócio-econômicas. Assim como a própria forma de orientação:

Eu até mudei. Eu dizia: Cadê a sandália pra não pegar uma verminose? 'Mulher, eu não arranjei ainda o dinheiro pra comprar a sandália'. Perguntava: Cadê o sapato? Não tem. Agora eu digo: Tem sandália? Se tem, por que não calça? (FH64).

[...] as mães mais pobres, principalmente aquelas mais carentes, têm a mania de deixar as crianças bem à vontade, só dá banho, um banho no final da tarde. Acha que não precisa não. Às vezes deixa as crianças descalço, porque diz que criança tem que se acostumar com a terra. Deixa peladinho, não veste uma roupa e diz: 'Tem nada não'. Não olha que ali tem cachorro, tem gato. E isso aí a gente vai com o passar do dia... A gente não chega dando bronca e dando carão. Vai dizendo aos pouquinhos: Olha, mãe, veste uma roupinha nele, quando ele for brincar. Cada vez que ele for comer, dá um banho. 'Ah! Vai gastar água'. Dá um banhozinho rápido, passa um sabonetezinho, tira a sujeira, pra ele comer com as mãos limpinhas. Tudo isso a gente vê no dia-a-dia que eles vão adquirindo (FH44).

A partir deste último discurso, parece-nos possível afirmar que existe uma compreensão do ACS sobre as dificuldades de orientar relacionarem-se à visão que quem está sendo orientado possui de outros objetos.

## 4.2 OS ELEMENTOS DO SISTEMA PERIFÉRICO

Embora já venhamos comentando sobre os elementos do sistema periférico, porque os sistemas da configuração representacional de um objeto se articulam, damos destaque, aqui, a alguns dos elementos. Não que os reconheçamos como mais relevantes (embora por vezes sejam mais compartilhados pelos ACSs), mas sim porque eles não foram enfatizados, ora por nossa forma de redigir, ora devido ao seu modo de articulação com os demais elementos.

A avaliação da **educação em saúde** como **importante**, que tal como na representação social de **saúde** é periférica, inferimos ser normativa. O ser importante tanto se relaciona à importância da educação como à da **educação em saúde**.

Educação para a saúde é muito importante. Sem educação a gente não vive. E sem ação, também. E a educação, eu acho assim, em primeiro lugar, porque as pessoas têm que saber o básico. Que quem traz a saúde depende da educação. Tem casos, que se a pessoa não souber o que é educação, ele também não vai ser bom pra saúde dele. Por mais que ele não entenda o que tá prevenindo a própria doença dele, aí fica difícil pra gente trabalhar com as pessoas que não têm um estudo terminado. Analfabeto mesmo. Então pra incentivar, dizer aquela pessoa que aquilo ali é importante pra [o bom dia] e a moradia dele, fica muito difícil. Quando a pessoa já sabe ler, aceita mais, com facilidade, trabalhar com aquela pessoa. Por isso eu acho muito importante a educação (FH93).

Destacamos que como as representações sociais são “[...] conceitos, afirmações e explicações [...] pelas quais se procede à interpretação e mesmo à construção das realidades sociais” (MOSCOVICI, 1961, p. 48), expomos as razões apontadas para ser a **educação em saúde** importante, necessária e/ou boa:

É importante para a conscientização da população sobre as doenças (FH112).

É importante para nossa sobrevivência (FH1).

É necessário realmente a educação para a saúde, para talvez ou até mesmo chegar à solução dos problemas [...] É bom, pois desperta o interesse da comunidade, em suas vidas, seja pessoal ou profissional (FH115).

**Alimentação**, outro elemento do sistema periférico da representação social da **educação em saúde**, da mesma forma subsidia a sua interpretação como saúde.

**Alimentação.** Também mantendo uma alimentação saudável, principalmente com as frutas. Lavando-as direitinho. As comendo bem cozidas. Legumes, essas coisas. Cada tipo de comida não tem seu horário determinado, mas tem a sua função. Então, pra isso, sabendo a função, não

ingerir demais, nem também de menos. O normal. Para se manter o corpo saudável e uma boa saúde (MH99).

**Saber o que vai alimentar-se.** Procurar manter uma alimentação saudável. A gente sabe que tem pessoas que são simples, e não têm condições de se alimentar adequadamente. Aí com isso vem a desnutrição infantil, adulta. Porque isso tudo tem uma ligação direta com a alimentação (FH114).

**Alimentação.** Também mantendo uma alimentação saudável, principalmente com as frutas. Lavando direitinho. As comendo bem cozidas. Legumes, essas coisas. Cada tipo de comida não tem seu horário determinado, mas tem a sua função. Então, pra isso, sabendo a função, não ingerir demais, nem também de menos. O normal. Para se manter o corpo saudável e uma boa saúde (MH99).

O fato da alimentação igualmente ser um elemento do sistema central da representação social de **saúde** reforça nossa interpretação. Mas apenas apontamos este dado. Articula-se a alimentação com a higienização dos alimentos, reforçando a saliência do elemento higiene na representação da **educação em saúde**.

**Saneamento** é o único dos elementos do conjunto das instalações<sup>51</sup> necessárias às atividades humanas presente na configuração estrutural. Para se ter saúde são requeridas condições apropriadas, tais como **alimentação**, habitação, **educação**, transporte, **lazer**, emprego, renda, terra, informação, acesso a bens e serviços coletivos essenciais (aqui se inclui o saneamento). Entre estes determinantes, que, como já apontamos, estão inclusos na conceituação de saúde (CNS, 1990), **alimentação** se constitui num elemento periférico tanto da representação social da **educação em saúde** como da de **saúde**. **Educação** e **lazer** são conteúdos mais individualizados, e destacamos a referência aos mesmos, porque este dado fortalece a representação social da **educação em saúde** como condição determinante da saúde.

<sup>51</sup> Os demais elementos são: rede de esgotos e de abastecimento de água, energia elétrica, coleta de águas pluviais, rede telefônica e gás canalizado.

Chamamos atenção para o fato da saúde requerer educação e da educação exigir saúde. Esta é uma relação real, igualmente concebida pelos agentes comunitários de saúde. Articulação que é feita tanto quando eles expressam material espontâneo para o estímulo 'educação para a saúde', como quando são feitas suas racionalizações sobre a temática, no transcorrer das entrevistas. Salientamos alguns exemplos, apontando que os dois primeiros são evocações de um mesmo ACS.

Para ter educação é preciso ter saúde (FH75)./ Para ter saúde é preciso ter educação (FH75).

Sem educação não há saúde (FH82).

Sem as duas juntas não funciona uma boa saúde (FH93D).

Em síntese:

As representações sociais, enquanto formas de conhecimento prático que orientam as ações no cotidiano, se dão na interface de duas forças monumentais: de um lado temos os conteúdos que circulam em nossa sociedade e, de outro, temos as forças decorrentes do próprio processo de interação social e as pressões para definir uma dada situação de forma a confirmar e manter identidades coletivas (CARVALHO, 1998, p. 92-93).

Esta é a complexidade das representações sociais.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Agente de saúde é um exemplo de vida (ACS, sexo feminino, 30 anos, ensino médio incompleto, estudante do curso de auxiliar de enfermagem, mais de cinco anos de serviço)*

*O agente de saúde, realmente, eu considero ele como um grande instrumento assim, para a educação (ACS, sexo masculino, 29 anos, ensino médio completo, auxiliar de enfermagem, mais de cinco anos de serviço)*

Uma vez que o tempo de coleta de informações, na investigação qualitativa, é infundável, concluímos a pesquisa e estamos finalizando o texto cientes de que outras análises podem ainda ser feitas e que informações complementares serão obtidas por ocasião da devolução dos dados. Acreditamos que esta é uma das razões para a paixão de pesquisadores pela pesquisa. Transformar continuamente dados em conhecimento.

Depois desta “empreitada”, de acordo com a “psicossociologia da intervenção”, reflexões são necessárias. O que nós fazemos, para responder um questionamento de alguns agentes comunitários de saúde: “E agora?” Mas por ora apresentamos duas ponderações. A primeira diz respeito ao próprio construto das representações sociais, qual seja, a sua característica de ‘orientar as condutas’ *versus* ‘ser construído pelas condutas’. Devido a esta relação, é possível introduzir novos elementos nas representações e em suas transformações.

A segunda, relacionada à primeira, articula a contribuição da Teoria das Representações Sociais com a promoção da saúde, no que se refere à sua aplicação num plano comunitário, tal como expõe Oliveira (2000). De acordo com esta autora, tal perspectiva teórica permite compreender o conhecimento coletivo no campo da saúde e a instrumentalização dos grupos sociais para a tomada de decisão. Com base nesta concepção, é dada ênfase ao trabalho comunitário, visando à capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo sua maior participação e controle do processo decisório. Nesta perspectiva, o saber da experiência do ACS significa a não subordinação à lógica científica. Isto se traduz em prática efetiva da promoção da saúde.

Nossa intenção ao final desse estudo é divulgar um conhecimento acadêmico capaz de apontar novos dispositivos de ação para os agentes comunitários de saúde

e, conseqüentemente, contribuir na discussão do seu papel no PACS e no PSF. Nessa direção, cabe-nos retomar aqui as questões da pesquisa: Qual a **identidade social do agente comunitário de saúde**? Qual sua representação social da **educação em saúde**? Tais questões foram elaboradas com a finalidade de nortear o percurso em direção aos objetivos escolhidos.

Retomamos o objetivo geral: apreender e analisar qual representação social os agentes comunitários de saúde constroem sobre **educação em saúde** e sua relação com o seu sistema de identificação coletiva. Foram objetivos específicos: (a) Identificar a estruturação configuracional da representação social de **educação em saúde**, ou seja, seu sistema central e periférico e (b) Apreender os elementos que compõem o sistema de referências identitárias dos agentes comunitários de saúde.

No intuito de alcançar aqueles objetivos é que vimos desvelando, no decorrer desse documento, as representações sociais de **educação em saúde**, os processos identitários desencadeados pelas mesmas, bem como as implicações das referidas representações para as práticas do agente comunitário de saúde.

Ao longo dos capítulos, e com base no esquema analítico selecionado, os dados foram sendo constituídos em conhecimento, a partir de ações precisas e específicas à natureza daquelas informações. Deste modo, a cada tipo de dado correspondeu um tipo de procedimento de análise, como segue:

(a) A análise dos questionários incluiu um tratamento estatístico descritivo;

(b) As associações-livres foram submetidas a uma análise categorial que permitiu classificá-las e agrupá-las por semelhança semântica. O trabalho de classificação iniciou-se pela busca de sinônimos ou palavras próximas no nível semântico. Em seguida, prosseguimos com a classificação em unidades de significação e sua conseqüente categorização, levando em consideração as

justificativas dadas para as evocações;

(c) A técnica da análise temática de conteúdo, conforme proposta por Bardin (1978), foi adotada para o tratamento das entrevistas.

Esta abordagem plural é a mais pertinente para o corte epistemológico escolhido, a partir da Teoria das Representações Sociais, pois, ao constituir um objeto do campo simbólico, este reclama pela complementaridade de técnicas, tanto na geração como na análise de dados.

Nesta perspectiva de complexidade, com a qual se alinha o presente estudo, foi fundamental a sensibilidade no cotidiano do campo de pesquisa, onde informações não esperadas se apresentam, descortinando dimensões não previsíveis do objeto. Sensibilidade também requerida no processo de análise, quando os dados “falam por si”, lembrando-nos a orientação de Bourdieu para nos livrarmos dos cães de guarda metodológicos. Isso exigiu repetidas leituras das informações, pois uma dialoga com a outra, na complementaridade necessária à busca de sentidos, precípua da pesquisa com objetos simbólicos. Segue um exemplo do que ora se afirma: quando o agente comunitário de saúde se vê como um **elo de ligação** da comunidade com a USF, está incorporando, à representação de si, a representação que dele fazem os profissionais do PSF, o próprio Ministério da Saúde e a comunidade.

Após estas considerações, através das quais buscamos sintetizar todo o processo analítico da pesquisa, passamos a discorrer sobre os resultados propriamente ditos. Inicialmente, focaremos o processo identitário do ACS.

Com base na pesquisa documental, constatamos que, segundo a linguagem institucional, o ACS é, além de “**elo de ligação**”, um profissional “*sui generis*”. A polissemia desta última denominação caracteriza a imprecisão de definição para

esta categoria de trabalhadores do campo da saúde.

Ainda sobre a percepção do ACS como “**elo**”, os profissionais do PSF compartilham deste conteúdo representacional, sobre o qual impõe-se uma questão: para onde aponta a expressão **elo de ligação**? Como resposta, nos é sugerido que implica uma delimitação, em órbitas, das vias de circulação atribuídas aos diferentes segmentos sociais envolvidos no PSF. Como o ACS se auto-representa como **elo de ligação**, ou ele não está na comunidade, nem na ESF, ou está em ambas. Contudo, constatamos haver uma interpretação de sua pertença à comunidade, tanto por parte do agente comunitário de saúde como da comunidade, como na representação dos profissionais da equipe de saúde.

Tal representação do ACS permite identificar interações com todos os conteúdos representacionais, pois ele representa-se como **orientador**, como **amigo** (percepção destacada pela comunidade) e como **elo de ligação**. Esta síntese é permeada de uma ambivalência entre *ser da comunidade* – *ser do PSF*.

Estes breves comentários sobre o conteúdo representacional dos vários segmentos sobre a identidade dos ACS dão conta de uma dimensão que chamaremos de “forma” do ACS: **quem ele é**. Passaremos a comentar outra dimensão, que chamaremos de “função”, ou seja, **como é percebido** o trabalho do ACS, isto é, seu papel profissional.

Este papel é percebido em torno de um núcleo estruturante: **orientador**. Esta função de orientação é fortemente associada à prevenção/higiene. Ao mesmo tempo, é associada à re-educação. Contudo, constatamos haver uma interpretação sobre sua pertença à comunidade, tanto por parte dele como dos demais segmentos do PSF, do Ministério da Saúde e da comunidade. Inexiste, porém, para todos, o entendimento acerca da pertença do ACS à ESF. Para o próprio ACS, sequer como

elemento da segunda periferia, aqueles mais individualizados, tal conteúdo emerge, assim como emergiu o elemento ser membro da comunidade.

Inferimos haver um sentimento de ambivalência, vivido pelo ACS, que estrutura e dinamiza todo seu processo identitário. Assim é que se justifica o gostar/não gostar do que é. O ver-se como tudo/ninguém. É nesta ambivalência que se constitui e se sustenta o *habitus*: **afetividade**. É assim que ele é instado a ser amigo e solidário, a sacrificar-se pelo outro, a assumir tarefas em qualquer horário, a colocar seus próprios bens a serviço do outro – a ser um cuidador.

Essa constatação empírica aproxima-nos do dizer do poeta: “quem ama cuida”. Revela-nos ainda que o amor/cuidado é âncora possível, é a invariante de sustentação do trabalho do ACS. Na insuficiência de emprego, alimentação, vestuário e medicação para a comunidade, é a afetividade uma constante no cotidiano de trabalho do ACS – o cuidador. O *habitus* da afetividade – da escuta, do falar, do ser amigo – caracteriza o ser-fazer ACS. Este ser-fazer é demarcado pela sua identificação com outros profissionais da escuta, quando se refere a si como psicólogo ou padre.

Para além desta identificação, emergem também analogias e metáforas com objetos e seres de grande força (leão), de capacidade incansável de trabalho (formiga), operosidade (abelha) e versatilidade (bombril). Todas estas facetas concretizam-se num ser-fazer político, através da AACCS-JP e SINDACS-PB. Este movimento associativo é símbolo de distinção e demarca um espaço de luta do ACS no campo simbólico-concreto da saúde. Esta constatação vem reiterar o pensamento de Bourdieu, de que a cultura não é apenas a construção de sentido, mas a disputa pela hegemonia deste no campo social. Confirmamos, deste modo, que os conceitos bourdieusianos de *habitus* e de campo, articulados ao construto da

representação social, contribuem para o estudo das identidades. Outra constatação é a do vínculo que mantêm entre si diferentes representações, visto que a apreensão da representação social de **educação em saúde** foi uma via de acesso à identidade do ACS.

Uma outra pergunta deve ainda estar fazendo o leitor: O que é concreto e o que é simbólico, no cotidiano da **educação em saúde** do ACS do município de João Pessoa? É o que abordaremos em seguida.

Constatamos que a representação social do ACS sobre a **educação em saúde** é permeada de informações do universo reificado, oportunizando um processo de objetivação, de estranhamento ao que antes era familiar. É através deste mecanismo de objetivação que o conteúdo representacional do ACS está intimamente associado à 'informação', sendo esta a finalidade principal de suas atividades, dentre as quais, panfletagem, palestras, visitas domiciliares, distribuição de preservativos, participação em campanhas, orientação e incentivo à participação da comunidade nesta Educação.

Nesse sentido, a **educação em saúde** é concebida pelo ACS como um processo a ser vivenciado por ele próprio, que precisa estar preparado para orientar através de 'qualificação' (treinamento, reciclagem) e de 'conhecimento de causa' (reconhecer o conhecimento popular e somá-lo àquele reificado). Ao mesmo tempo, é concebida como uma porta para a conscientização da comunidade, em busca pela cidadania. Esta, a dimensão político-pedagógica da representação do ACS sobre **educação em saúde**, a explicitar o movimento pendular concreto-simbólico-concreto da representação social, pois a mesma, conforme registra Carvalho (2001), é produto e processo, estruturada e estruturante, na/da prática social, das comunicações e condutas.

Antes de finalizar estas considerações, queremos registrar que obtivemos subsídios para uma avaliação do PACS e/ou o PSF, ou mesmo da prática profissional do agente comunitário de saúde, embora este não fosse o nosso intento, nesta pesquisa. Mesmo não analisando estes dados, achamos apropriado evidenciar a importância da Teoria das Representações Sociais para a avaliação referida, que poderá ser desenvolvida em pesquisa posterior.

A propósito, ressaltamos que Aggleton (1995) identificou que a abordagem interpretativa na avaliação dos programas de educação e de saúde capta o caráter dinâmico das ações dos agentes e possibilita a identificação dos processos de assimilação e compreensão dos conteúdos desses programas pela população-alvo. Mais recentemente, Bursztyn e Tura (2003) expõem uma análise de possíveis interfaces entre a Teoria das Representações Sociais e a avaliação em saúde.

Os dois estudos citados, bem como tantos outros por nós revisados, mostram-nos o final do caminho do pesquisador: recomeçar.

# REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003, p. 21-36. (Série Didática 8).

\_\_\_\_\_. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 155-171.

\_\_\_\_\_. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.

\_\_\_\_\_. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: GUIMELLI, C. (Ed.). **Structures et transformations des représentations sociales**. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1994a, p. 73-84.

\_\_\_\_\_. Représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J-C (Org.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994b. p.11-35.

\_\_\_\_\_; TAFANI, E. Nature et fonctionnement du noyau central d'une représentation sociale: la representation de l'entreprise. **Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, 28, 1995. p. 22-31.

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001. (Coleção Saúde & Sociedade). Título original: Sociologie de la maladie et de la médecine.

AGGLETON, P. Monitoramento e avaliação de educação em saúde e promoção da saúde voltadas para o HIV/AIDS. In: CZERRRESNIA, D. et al. (Orgs.). **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 193-206.

AGUIAR, A. C. de. Contribuições do profissional de nível médio na equipe de saúde: influência do processo educativo na reorganização do modelo assistencial. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 155-162.

AGUIAR; A. C. de; ALMEIDA, J. L. T. **Saúde-doença na visão de profissionais de nível médio e elementar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV, 1989. não publicado.

ALMEIDA, J. L. T. Desafios éticos na formação de profissionais auxiliares em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 47-59.

ALLOUFA, J. M. L.; MADEIRA, M. C. Representação social e educação: que relação é esta? In: COLÓQUIO FRANCO BRASILEIRO EDUCAÇÃO E LINGUAGEM, 2, v. 1. 1995. Natal. **Anais...** Natal: EDUFRRN, 1996, p. 11-15

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações dos educadores sociais sobre os 'meninos de rua'. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. [S.l.], 77, 187, p. 497-524, 1996.

AMÂNCIO, L. Identidade social e relações intergrupais. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Coords.). **Psicologia social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. p. 287-307.

ANDRADE, M. A. A. **Cultura política, identidade e representações sociais**. Recife: FJN, Editora Massangana, 1999.

ARENDT, H. **Da revolução**. São Paulo: Ática, 1988.

ARRUDA, A. **Os novos significados da saúde e representação social**. Palestra proferida no Mestrado Interdisciplinar de Saúde Coletiva. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande - PB, 31 de maio de 2001 (Texto verbal).

\_\_\_\_\_. O ambiente natural e seus habitantes no imaginário brasileiro. In: ARRUDA, A. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes. 1998. p. 17-46.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1978. 229 p.

BATISTA, A. S.; CODO, W. Crise de identidade e sofrimento. In: CODO, W. (Coord.). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. p. 60-85.

BAUER, M. W. A popularização da ciência como imunização cultural: a função de resistência das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 229-257.

\_\_\_\_\_; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 17-36. Título original: Qualitative researching with text, image and sound: a practical handbook.

BAYÉS, R. Variaciones sobre um modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del sida. **Acta Comportamental**, v. 0, 1992. p. 33-50.

BOCK, A. M. B. Eu caçador de mim: pensando a profissão de psicólogo. In: SPINK, M. J.

(Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 280-291.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BORBA, H. M. Condições de trabalho no Programa Saúde da Família. **Conselho Federal de Medicina**. Brasília. Ano XVIII. n. 143. Maio-junho/2003. *Especial JAMB*. Ano 44. n. 1327. Maio-junho/2003. Associação Médica Brasileira. p. 13-14, 2003.

BORGES, L. C. Processos discursivos de diferença e de desigualdade entre os Guarani Mbyá. In: GICO, V. V.; LINDOSO, J. A. S.; COSTA SOBRINHO, P. V. (Orgs.). **As ciências sociais**: desafios do milênio. Natal: EDUFRRN, 2001. p. 529-546.

BORSOI, I. C. F.; CODO, W. Enfermagem, trabalho e cuidado. In: CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. (Orgs.). **Sofrimento psíquico nas organizações**: saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 139-151.

BOTELHO, E. Saúde na família. Obtida via Internet. file:  
<[http://www.saude.sc.gov.br/noticias/arquivo/saude\\_informa\\_27/entrevista.htm](http://www.saude.sc.gov.br/noticias/arquivo/saude_informa_27/entrevista.htm)>. Acesso em: 15 mai. 2002.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 3 ed. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

\_\_\_\_\_. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999a. Título original: La domination masculine.

\_\_\_\_\_. (Org.). **A miséria do mundo**. 3 ed. Vários tradutores. Petrópolis: Vozes, 1999b. Título original: La misère du monde.

\_\_\_\_\_. Efeitos de lugar. In: BOURDIEU, P. (Coord.). **A miséria do mundo**. 3 ed. Vários tradutores. Petrópolis: Vozes, 1999c. p. 159-191.

\_\_\_\_\_. Compreender. In: BOURDIEU, P. (Coord.). **A miséria do mundo**. 3 ed. Vários tradutores. Petrópolis: Vozes, 1999d. p. 693-713.

\_\_\_\_\_. A escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. Tradução: Aparecida Joly Gouveia. In: NOGUEIRA, M. N.; CATANI, A. (Orgs.). **Escritos da educação**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1998a. p. 40-64. (Coleção Ciências Sociais da Educação).

\_\_\_\_\_. **A economia das trocas lingüísticas**: o que falar quer dizer. 2 ed. Tradução de Sérgio Miceli e colaboradores. São Paulo: EDUSP, 1998b. (Clássicos; 4). Título original: Ce que parler veut dire: L'économie des échanges linguistiques.

\_\_\_\_\_. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papyrus, 1997.

\_\_\_\_\_. **As regras da arte**: gênese e estrutura do campo literário. Tradução de Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. Título original: Les règles de l'art: gênese et structure du champ littéraire.

\_\_\_\_\_. **La distinction**: critique sociale du jugement. Paris: Lés Éditions de Minuit, 1979. (Collection Le Sens Commun).

BRANCO, V. M. C. Profissionais de saúde: agentes de informação. In: III JORNADA INTERNACIONAL E I CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: UERJ, Observatório de Pesquisas e Estudos em Memória e Representações Sociais, 2003. p. 60-74.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação?** 26 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. (Coleção Primeiros Passos).

\_\_\_\_\_. Pesquisa - participar. In: Brandão, C. R. (Org.). **Pesquisa participante**. 6 ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. p. 9-16.

BRANDÃO, I. R. Amor e amizade nos jardins da psicologia comunitária: uma contribuição política ao trabalho psicológico. In: BRANDÃO, I. R.; BOMFIN, Z. A. C. (Orgs.). **Os jardins da psicologia comunitária**: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial. Fortaleza, Pró-Reitoria de Extensão da UFC/ABRAPSO, 1999. p. 111-120.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)**: Versão Preliminar, 2003a. Também disponível em PDF

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. **FUNASA orienta estruturação da educação em saúde no SUS**. Grupo Interinstitucional de Comunicação e Educação em Saúde de Santa Catarina. 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Propostas e diretrizes do Ministério da Saúde para os eixos temáticos**. 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca: "Saúde: um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos, o SUS que queremos", 2003c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidades de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite** / Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. 3 ed. v. 9. MEC/SEF, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS)** – 2001b.

\_\_\_\_\_. Pólo de capacitação. **Informe da Atenção Básica**. Nº 10 Ano II Junho/2001c. Disponível em: file://D:\Informes\informe10.htm.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agentes Comunitários de Saúde**, 2000 (não publicado).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Fundamental. **Terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais**. Brasília: MEC/SEF, 1998.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais e ética**. Brasília: MEC/SEF, vol. 8, 1997a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde**. Brasília: MEC/SEF, vol. 9, 1997b.

\_\_\_\_\_. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 1997d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e do Desporto. **Plano Decenal de Educação para Todos – PDE – (1993 – 2003)**. 1996.

\_\_\_\_\_. **Normas e Diretrizes**. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. Programa de Agentes Comunitários da Saúde. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988.

BRICEÑO-LÉON, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G; GOMES,

M. H. A. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 157-183.

BRITO, S. M. O.; DOMINGOS SOBRINHO, M. Representação social da educação em saúde e identidade dos agentes comunitários de saúde: o caso do PACS João Pessoa – PB. In: XV ENCONTRO DE PESQUISA EDUCACIONAL DO NORTE E NORDESTE: educação, desenvolvimento humano e cidadania. EPENN GT20-15, 2001. São Luís. **Anais...** São Luís: UFMA / Mestrado em Educação, 2001 Disponível em: CD-ROM.

\_\_\_\_\_; MEDEIROS, K. N. C. de. Identidade de agentes comunitários de saúde: auto-representação social de ACSs de Campina Grande – PB. **Relatório de Pesquisa**. PIBIC/CNPq/UEPB. Campina Grande. 2003.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Orientação**: representação social de 'educação em saúde' construída por agentes comunitários de saúde de Campina Grande – PB. Relatório de Pesquisa. PIBIC/CNPq/UEPB. Campina Grande. 2002

BURSZTYN, I.; TURA, L. F. R. Avaliação em saúde e a teoria das representações sociais: notas para a análise de possíveis interfaces. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (Orgs.). **Representações sociais: teoria e prática**. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p. 81-93.

CAMPOS, P. H. F. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003. p. 21-36. (Série Didática 8).

\_\_\_\_\_; LOUREIRO, M. C. S. Apresentação. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003. p. 11-17. (Série Didática 8).

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultirx, 1992.

CANESQUI, A. M. Ciências Sociais e Saúde no Brasil: três décadas de ensino e pesquisa. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 3. n. 1. ABRASCO, 1998. (Saúde em Debate 92). p. 131-158.

CARNEIRO, H. et. al. Preocupações sexuais de mulheres adolescentes no Brasil. **Revista Pediatria Moderna**. [S.l.], v. XXXIII, n. 8, p. 645–649, agosto de 1997.

CARVALHO, M. R. F. de. As representações sociais na mediação do processo ensino-aprendizagem. In: CARVALHO, M. R. F. de; PASSEGI, M. C.; DOMINGOS SOBRINHO, M. (Orgs.). **Representações sociais: teoria e pesquisa**. Mossoró: Fundação Guimarães Duque / Fundação Vingt-un Rosado, 2003. p. 17-30. (Coleção Mossoroene. Série "C", Volume 1376).

\_\_\_\_\_. **O outro lado do aprender: representações sociais da escrita no semi-árido norte-rio-grandense.** Recife: FJN, Ed. Massangana; Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, EDUFRN, 2001. (Estudos e Pesquisas).

\_\_\_\_\_. Eu confio, tu prevines, nós contraímos: uma (psico)lógica (im)permeável à informação?. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. C. (Orgs.). **AIDS e representações sociais: à busca de sentidos.** Natal: EDUFRN, 1998. p. 92-93.

CASTELLS, M. **O poder da identidade.** 2 ed. Tradução de Klauss Brandini Gerhardt. São Paulo: Paz e Terra, 2000. (A era da informação: economia, sociedade e cultura; v.2). Título original: The power of identity.

CERQUEIRA, A. S. **Agentes comunitários em ação.** File: <[http://www.uefs.br/uefs/saude/1pacs/como\\_trabalha.htm](http://www.uefs.br/uefs/saude/1pacs/como_trabalha.htm)>. Acesso em: 15 agos. 2003.

CHARTIER, R. **A história cultural entre práticas e representações.** Rio de Janeiro: Bertrand, 1990.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1991. (Biblioteca da Educação, série 1. Escola; v 16).

CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social.** 4 ed. São Paulo. Brasiliense, 1994.

COCCO, M. I. M. Práticas educativas em saúde e a construção do conhecimento emancipatório. In: BAGNATO, M. H. S.; COCCO, M. I. M; SORDI, M. R. L. de. (Coords.). **Educação, saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares.** Campinas: Alínea, 1999. p. 63-70.

CODO, W.; GAZZOTTI, A. A. Trabalho e afetividade. In: CODO, W. (Coord.). **Educação: carinho e trabalho.** Petrópolis: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. p. 48-59.

COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 4 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

CORTEZ, R. Diferença, desigualdade e identidade. In: GICO, V. V.; LINDOSO, J. A. S.; SOBRINHO, P. V. C. (Orgs.). **As ciências sociais: desafios do milênio.** Natal, RN: EDUFRN, 2001. p. 95-97.

COSTA, A. F. da. A pesquisa de terreno em sociologia. In: SANTOS SILVA, A.; MADUREIRA PINTO, J. (Orgs.). **Metodologia das ciências sociais.** 8 ed. Porto: Edições Afrontamento, 1986. p. 129-148. (Coleção Biblioteca do Homem/Sociologia,

Epistemologia/6).

COSTA, J. F. **Psicanálise e contexto cultural**: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 16 ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 51-66.

DESCHAMPS, J. C. Social identity and relations of power between groups. In: TAJFEL, H. (Ed.). **Social identity and intergroup relations**. London: Cambridge University Press / Maison des Sciences de l'Homme, 1982, p.

DEMO, P. **Ciência, ideologia e poder**. São Paulo: Atlas 1996.

DOISE, W. Lancrage dans les études sur les représentations sociales. **Bulletin de Psychologie**. [S.l.], v. 45, n. 405, p. 189-195, 1992.

\_\_\_\_\_. Les représentations sociales. In: GHIGLIONE, R.; BONNET, C. RICHARD, J. F. (Eds.). **Traité de psychologie cognitive**. Paris: Dunod, 1990. v. II. p. 111-1170.

DOMINGOS SOBRINHO, M.. Poder simbólico, signo hegemônico e representações sociais: notas introdutórias. In: CARVALHO, M. R. de; PASSEGI, M. C.; DOMINGOS SOBRINHO, M. (Orgs.). **Representações sociais**: teoria e pesquisa. Mossoró: Fundação Guimarães Duque / Fundação Vingt-un Rosado, 2003a. p. 63-70. (Coleção Mossoroene. Série "C", Volume 1376 – setembro de 2003).

\_\_\_\_\_. Classe média assalariada e representações sociais da educação: a educação como signo e objeto representacional. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (Orgs.). **Representações sociais**: teoria e prática. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária, 2003b. p. 505-522.

\_\_\_\_\_. "Habitus" e representações sociais: questões para o estudo de identidades coletivas. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 117-130.

\_\_\_\_\_. Classe média assalariada e representação social da educação: algumas questões de ordem teórico-metodológicas. In: MADEIRA, M. C. (Org). **Representações sociais e educação**: algumas reflexões. Natal: EDUFRRN, 1997. p. 21-38. (Coleção PPGEd. Série Nepers; v. 1).

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1966.

DUBAR, C. **A socialização**: construção das identidades sociais e profissionais. Tradução de Annette P. R. Botelho e Estela P. R. Lamas. Porto: Porto Editora, 1997. (Coleção Ciências da Educação). Título original: *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*.

ELIAS, N. Organizado por Michael Schröter. **A sociedade dos indivíduos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. Título original: *The society of individuals*.

ELMÔR, T. M. R.; MADEIRA, M. C. O idoso e o aprender. In: III JORNADA INTERNACIONAL E I CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: UERJ, Observatório de Pesquisas e Estudos em Memória e Representações Sociais, 2003. p. 2110- 2124.

ENNES, M. A. **A construção de uma identidade inacabada**: nipo-brasileiros no interior do Estado de São Paulo. São Paulo: UNESP, 2001.

FARR, R. M. Theory and method in the study of social representations. In: Breakwell, G.M. e Canter, D. V. (Orgs.). **Empirical approaches to social representations**. Oxford: Clarendon Press, 1993. p. 15-38.

FERNANDES, A. F. **La educación para la salud en la formación inicial de maestro: concepciones sobre salud y estrategias para su modificación**. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Didáctica de las Ciencias Sociales y Experimentales. Córdoba (España) 1996. 359p.

FERREIRA, A. B. H. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. **Dicionário Aurélio Eletrônico**. Versão 3.0. Nova Fronteira. s/data.

FERREIRA, V. O inquérito por questionário na construção de dados sociológicos. In: SANTOS SILVA, A.; MADUREIRA PINTO, J. (Orgs.). **Metodologia das ciências sociais**. 8 ed. Porto: Edições Afrontamento, 1986. p. 165-196.

FIGUEIRÓ, M. N. D. **A viabilidade dos temas transversais à luz da questão do trabalho docente**. v. 2, n. 1- jun/2000. URL: Disponível em: <<http://www2uel.br/ccb/psicologia/revista/resumov2n12.htm>>. Acesso em: 26 jul. 2001.

FISCHER, R. M. B. Identidade, cultura e mídia: a complexidade de novas questões educacionais na contemporaneidade. In: SILVA, L. H. (Org.). **Século XXI: qual conhecimento? Qual currículo?** Petrópolis: Vozes, 1999.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Tradução de Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2001. p. 173-186.

\_\_\_\_\_. Structure et dynamique des représentations sociales. In: JODELET, D. (Ed.). **Les représentations sociales**. Paris: Press Universitaires de France, 1989. p. 204-219.

FONSECA, C. D. da. Apresentação. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Modalidades de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite** / Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 5.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: **Temas de caráter introdutório**. Manual de Enfermagem. S/data, p. 4-8. Disponível em: <<http://www.ids.saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 17 out. 2003. Também disponível em: arquivo PDF.

FRANÇA, J. M. de; ARAÚJO, L. M. de; CARVALHO, A. L. B. de. A gestão do SUS na Paraíba (1996-1999): construção de estratégias para a conformação de um novo modelo de atenção à saúde. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro: dezembro, 2000. n. 20. p. 6-18.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. (Coleção Leitura).

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. Tradução de Moacir Gadotti e Lílian Lopes Martin. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994. (Coleção Educação e Comunicação. v. 1). Título original: Educacion y Cambio.

\_\_\_\_\_. “Nós podemos reinventar o mundo”. **Nova Escola On-line - Especial Paulo Freire**. Edição nº 71. Novembro de 1993. 7p. Disponível em: <[http://novaescola.abril.uol.com.br/especiais/paulo\\_freire\\_ed71.htm](http://novaescola.abril.uol.com.br/especiais/paulo_freire_ed71.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2004.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

\_\_\_\_\_. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. Tradução de Kátia de Mello e Silva. São Paulo: Moraes, 1980.

FREITAS, F. F. B. Educação para a cidadania e utopia: a transdisciplinaridade necessária. In: FERNANDES, A.; GUIMARÃES, F. R.; BRASILEIRO, M. C. E. (Orgs.). **O fio que une as pedras: a pesquisa interdisciplinar na pós-graduação**. São Paulo: Biruta, 2002. p. 148-161.

FRIGOTTO, G.; AMÂNCIO FILHO, A. Introdução. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 15-19.

FURTADO, J. P. Identidade, simbologia e movimento social. **Revista de Ciências Humanas** (Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina), Florianópolis, v. 13, n. 17 e 18, 1995. p. 128-149.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89. Título original: *Qualitative researching with text, image and sound: a practical handbook*.

GARNELO, L.. Representações sociais em saúde indígena: o mercado simbólico do Alto Rio Negro. **Educação em Questão** - v.12/13 (jul./dez. 2000 – jan./jun. 2001). Natal: EDUFRRN, 2003. p. 80-99.

GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 244-270. Título original: *Qualitative researching with text, image and sound: a practical handbook*.

GOHN, M. G. **Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

GOMES, A. M. **Imagário social da seca, suas implicações para a mudança social**. Recife: FUNDAJ, Editora Massangana, 1998.

GÓMEZ, C. M. Processo de trabalho e processo de conhecimento. In: GÓMEZ, C. M. **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1995. p. 43-59.

GRIZE, J-B. Lógica natural e representações sociais. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Tradução de Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 123-137.

GUARESCHI, P. A. Representações sociais: alguns comentários oportunos. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. (Org.). **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis: [s.n.], Coletâneas da ANPEPP, 10, 1996. p. 9-35.

\_\_\_\_\_. "Sem dinheiro não há salvação": ancorando o bem e o mal entre neopentecostais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995a. p. 191-225.

\_\_\_\_\_. **Sociologia da prática social**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995b.  
\_\_\_\_\_; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

GUIMELLI, C. La fonction d'infirmière: pratiques et représentations sociales. In: ABRIC, J. C. (Ed.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. p. 83-107.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução: Tomaz Tadeu da Silva; Guacira Lopes Louro. 4 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000a. Título original: The question of cultural identity.

\_\_\_\_\_. Quem precisa da identidade? In: SILVA, T. T. da (Org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Traduções: Tomaz Tadeu da Silva. Petrópolis: Vozes, 2000b. p. 103-133.

HARRÉ, R. Gramática e léxicos, vetores das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Tradução de Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 105-121.

HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HIAS, F. M. S.; CAMARGO B. V. Representações sociais e conhecimento sobre a AIDS: estudo experimental da restituição de informações preventivas lidas por adolescentes. In: III JORNADA INTERNACIONAL E I CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, GTD 3.07, 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: UERJ, Observatório de Pesquisas e Estudos em Memória e Representações Sociais, 2003. p. 2426- 2440.

HOMEM D'EL-REY, D. C. Paradigmas de educação em saúde. **ÁGERE – Revista de Educação e Cultura**. Núcleo de Linguagem, Desenvolvimento e Ação Pedagógica / Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal da Bahia. Vol. 2, n. 2 (2000) – Salvador: Quarteto, 2000. p. 53-60.

ITURRA, R. Trabalho de campo e observação participante em antropologia. In: SANTOS SILVA, A.; MADUREIRA PINTO, J. (Orgs.). **Metodologia das ciências sociais**. 8. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1986. p. 149-163. (Coleção Biblioteca do Homem/Sociologia, Epistemologia/6).

JACQUES, M. G. C. Identidade e trabalho: uma articulação indispensável. In: TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J. E.; CODO, W. (Orgs.). **Trabalho, organizações e cultura**. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados. [1999?]. p. 41-47.

\_\_\_\_\_. Identidade. In: STREY, M. N. et al. (Orgs.). **Psicologia social contemporânea: livro texto**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 159-167.

JODELET, D.. As representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Tradução de Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p.17-44.

\_\_\_\_\_. Representations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Ed.). **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989. p. 31-61.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 63-85.

\_\_\_\_\_; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90-113. Título original: Qualitative researching with text, image and sound: a practical handbook.

KLEBA, M. E. Educação em saúde na assistência em enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde. In: RAMOS, F. S.; VERDI, M. M.; KLEBA, M. E. (Orgs.). **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p. 121-163. (Série Enfermagem – REPENSUL).

KRONBERGER, N.; WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 416-441. Título original: Qualitative researching with text, image and sound: a practical handbook.

KUDE, V. M. M. Como se faz um projeto de pesquisa qualitativa em psicologia. **Psico**. Porto Alegre. v. 28, n. 1, 1997. p. 9-34.

LANE, S. T. M. Os fundamentos teóricos. In: LANE, S. T. M.; ARAÚJO, Y. (Orgs.). **Arqueologia das emoções**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 11-33.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991. (Pensamento Social e Saúde; 6).

LEITE DA SILVA, A.; ERDMANN, A. L. O ritual do cuidado em “A conquista do presente”. In: REZENDE, A. L. M. de; RAMOS, F. R.; PATRICIO, Z. M. (Orgs.). **O fio das moiras: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1995. p. 157-179. (Série Enfermagem – REPENSUL).

LIBÂNEO, J. C. **Pedagogia e pedagogos, pra quê?** 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

LIMA, J. C. A teoria do capital social na análise de políticas públicas. **Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais**. Ano 9, n 19. João Pessoa: PPGS-UFPB, 2001. p. 46-63.

LIMA, R. T.; BARROS, J. C. de ; MELO, M. R. A. de .e SOUSA, M. G. de. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Revista de Nutrição**. Campinas: Pontifícia

Universidade Católica de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas de Nutrição. v. 13, n. 1, jan/abr., 2000. p. 29-36.

LIMA SILVA, L. M. Movimentos sociais: identidade, representação e ideologia. In: FONTES, B. A. S. M. (Org.). **Movimentos sociais**: motivação, representação e produção de sentido. Recife: Editora Universitária da UFPE, 1999. p. 59-82.

LIRA, A. A. D. Entre os retratos e as formas de retratar: a identidade social do professorado. (Dissertação de Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2003. 201p.

\_\_\_\_\_; DOMINGOS SOBRINHO, M. A identidade social do(a) professor(a) da educação básica: perspectivas na literatura nacional. In: XV ENCONTRO DE PESQUISA EDUCACIONAL DO NORTE E NORDESTE: educação, desenvolvimento humano e cidadania. EPENN GT8-99, 2001. São Luís. **Anais...** São Luis: UFMA / Mestrado em Educação, 2001 Disponível em CD-ROM.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação**: abordagem qualitativa. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T. Apresentação. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. s/p.

MADEIRA, M. C. Um aprender do viver: educação e representação social. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998a. p. 239-250.

\_\_\_\_\_. Representações sociais e decisão: breves considerações. **Educação em questão**. Natal: EDUFRN, v. 8, n. 1, 1998b. p. 69-83.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: GUERRA, Y. M. B. **O espaço dos sem espaço**: estudo de caso de representações sociais de migrantes de classes subalternas no Recife. Recife: FUNDAJ, Editora Massangana, 1993. p. 13-14.

\_\_\_\_\_; TURA, L. F. R.; GAZE, R. Diversidade cultural e práticas educativas de prevenção: representações sociais das hepatites. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (Orgs.). **Representações sociais**: teoria e prática. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p. 463-480.

MADEIRA, V. Os caminhos e descaminhos da educação infantil, na atual conjuntura educacional brasileira. In: XII CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL DA OMEP: "POLÍTICA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL". 1999, João Pessoa, **Anais...** João Pessoa: OMEP, 1999. p. 17-23.

MAGALHÃES, S. M. O.; BARBOSA, I. G. A representação social do psicólogo escolar em estudantes universitários. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003. (Série Didática 8). p. 169-186.

MAHEIRIE, K. Identidade: o processo de exclusão/inclusão na ambigüidade dos movimentos sociais. In: ZANELLA, A. V. et al (Orgs). **Psicologia e práticas sociais**. Porto Alegre: ABRAPSOSUL, 1997. p. 60-67.

MAIA, C. M. F. L. **A construção da gestão municipalizada em Campina Grande**: a saúde e seu processo histórico-social de 1987 a 2000. (Dissertação de Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva). Campina Grande: UEPB, 2003. 173 p.

MAZZOTTI, T. B. Metáfora: figura argumentativa central na coordenação discursiva das representações sociais. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003. (Série Didática 8). p. 89-102.

MARANHÃO, D. G. O cuidado como elo entre saúde e educação. **Cadernos de Pesquisa Fundação Carlos Chagas**. São Paulo: Autores Associados, n. 111, dez. 2000. p. 115-133.

MARIN, M. P. **Abordagens sociais em PSF**. File://E:/ABORDAGENS\_SOCIAIS\_EM\_PSF/abordagens\_sociais\_em\_psf.htm. Disponível em: CD-ROM. Programas Saúde da Família. São Paulo: Jotacê, 2002.

MARTINS, J. B. **A noção de identidade e o olhar multirreferencial**: colocando algumas questões para a educação. Volume 1 - número 2 - nov./1999.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

MELO, M. M. Identidade e profissionalização docente: alguns elementos para análise. In: X COLÓQUIO INTERNACIONAL DA AFIRSE. E I COLÓQUIO NACIONAL DA AFIRSE - SECÇÃO BRASILEIRA. Heterogeneidade e formação de professores. Comunicações Científicas, 2001, Natal. **Anais...** Natal: UFRN, 2001. Disponível em CD-ROM.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-55. (Saúde em Debate 117).

\_\_\_\_\_. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde. 3 ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

MOLINER, P. Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In: GUIMELLI, C. (Ed.). **Structures et transformations des représentations sociales**. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1994. p. 199-232.

MONTEIRO, S. Prevenção HIV/AIDS: lições e dilemas. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G; GOMES, M. H. A. (Orgs.). **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 251-269.

MONTRONE, V. G. **Formação de agentes comunitários**: para a promoção do aleitamento materno e da estimulação do bebê. São Paulo: Manole. 2002.

MORIN, E. **Complexidade e ética da solidariedade**. CONFERÊNCIA REALIZADA NO TUCA em 23 de out 1996. Tradução Koltai. Transcrição da fita: Natália Montebello, Maurício Ferreira e Milton Tosto Júnior. Revisão técnica de Edgar de Assis Carvalho.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: Guareschi, P.; Jovchelovich, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 7-16.

\_\_\_\_\_. **Representação social da psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Zahar: Rio de Janeiro, 1978. Título original: La psychanalyse, son image et son public

\_\_\_\_\_. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: Presses Universitaires de France, 1961.

\_\_\_\_\_. Préface. In: HERZLICH, C. **Santé et maladie**: analyse d'une représentation sociale. Paris: École Pratique des Hautes Études and Mouton & Co, 1969. p. 7-12.

\_\_\_\_\_; PÉREZ, J. A. A extraordinária resistência das minorias à pressão das majorias: o caso dos ciganos em Espanha. In: VALA, J. (Org.). **Novos racismos**: perspectivas comparativas. Oeiras: Celta, 1999. p. 103-119.

NASCIMENTO-SCHULZE; C. M. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 266-279.

\_\_\_\_\_; FRAGNANI, E.; CARBONI, L.; SCHUMAN, L. V. Representação social de ciência e tecnologia e práticas de laboratório: um estudo com pesquisadores do CNPq em

laboratórios universitários. In: III JORNADA INTERNACIONAL E I CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, GTD 3.07, 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: UERJ, Observatório de Pesquisas e Estudos em Memória e Representações Sociais, 2003. p. 672-684.

NETO, F. Identidades migratórias. **Psiquiatria clínica**, 6(2). 1985. p.113-128.

NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.) **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária / Autor Associado, 2001. p. 55-87.

OLIVEIRA, D. C. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais**. Tese Professor Titular. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001. XV, 225p.

\_\_\_\_\_. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2000. p. 47-65. (Edição Especial. Temática: Representações Sociais e Interdisciplinaridade).

\_\_\_\_\_; SIQUEIRA, A. A. F.; ALVARENGA, A. T. Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 163-190.

OLIVEIRA, F. de; WERBA, G. C. Representações sociais. In: STREY, M. N. et al. (Orgs.). **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 104-110.

ORLAZ, O.; VALA, J. Objectivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 87-114.

PALMONARI, A.; ZANI, B. As representações sociais no campo dos psicólogos. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Tradução de Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 261-279.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Les représentations sociales dans les champ des professions psychologiques. In: JODELET, D. (Org.). **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989. p. 299-319. (Sociologie d'Aujouurd'Hui).

PASSEGI, M. C. Representações sociais da escrita. Uma abordagem processual. In: CARVALHO, M. R. de; PASSEGI, M. C.; DOMINGOS SOBRINHO, M. (Orgs.). **Representações sociais: teoria e pesquisa**. Mossoró: Fundação Guimarães Duque / Fundação Vingt-un Rosado, 2003. p. 45-59. (Coleção Mossoroene. Série "C", Volume 1376).

PENNA, M. **O que faz ser nordestino: identidades sociais, interesses e o “escândalo”** Erundina. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. **Por um conceito de identidade para as sociedades complexas.** João Pessoa, s/d. (mimeo).

PERRUSI, A. Profissão, vocação e medicina. **Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais.** João Pessoa, ano 16, n. 16 (2000), p. 73-84, 2000.

\_\_\_\_\_. **Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria.** São Paulo: Cortez; Recife: Editora da Universidade Federal de Pernambuco, 1995.

PIMENTA, A. L. Programa Saúde da Família. In: PIMENTA, A. L (Org.). **Saúde e humanização: a experiência de Chapecó.** São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 41-60. (Série Saúde em Debate, 135).

PINTO, L. **Pierre Bourdieu e a teoria do mundo social.** Tradução de Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. Título original: Pierre Bourdieu et la théorie du monde social.

QUEIROZ, M. S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico.** Bauru: EDUSC, 2003. (Coleção Saúde & Sociedade).

RAMOS, F. R. S. A inessencialidade da educação em saúde. 2000. **Palestra proferida na Oficina “Educação em Saúde abordando Ações de Engenharia em Saúde Pública”.** Florianópolis 22-23 de agosto de 2000. Promoção da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://igspot.ig.com.br/paulo.denis/Flavia.html>> Acesso em: 19 abr. 2003.

REZENDE, A. L. M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, D. **Noções de coisas.** Ilustrações Zivaldo. São Paulo: FTD. 1995.

RICAS, J. **A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais.** Belo Horizonte, 1994. 232p. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RONDELLI, E. Mídia e saúde: os discursos se entrelaçam. In: PITTA, A. M. R. (Org.). **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios.** São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p. 38-47.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** 2 ed. Tradução de Marcos Fernandes da S. Moreira e José Ruben de A. Bonfim. São Paulo HUCITEC: Editora da UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. (Saúde em Debate, 74).

ROSSO, C. F. W.; COLLET, N. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**. Goiania, v.1, n.1, out-dez. 1999. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 22 dez. 2002.

ROUQUETTE, M; RATEAU, P. **Introduction à l'étude des représentations sociales**. Grenoble: PUG, 1998.

RUMMERT, S. M. **Educação e identidade dos trabalhadores**: as concepções do capital e do trabalho. São Paulo: Xamã; Niterói: Intertexto, 2000.

SÁ, C. P. de. A estrutura das representações sociais e a memória coletiva. In: IV ENCONTRO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: NOVAS ABORDAGENS. João Pessoa. **Conferência Proferida...** 2002a.

\_\_\_\_\_. SEMINÁRIO DOUTORAL II. Natal. **Arguição na banca** de Suerde Miranda de Oliveira Brito. Programa de Pós-graduação em Educação. UFRN, Natal. 2002b.

\_\_\_\_\_. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998 .

\_\_\_\_\_. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo – 1970-1980. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v.10, nº 1 jan/jul/2001.

SANTIN, S. Corporeidade e educação motora. I Congresso Latino Americano de Educação Motora. Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu, 1998.

SANTOS, M. F. S. Representação social de identidade. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 157-159.

\_\_\_\_\_. A velhice na zona rural. Representação social e identidade. In: NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia (Org.). **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis: [s.n.], Coletâneas da ANPEPP, 10, 1996. p. 59-83.

\_\_\_\_\_. **Identidade e aposentadoria**. São Paulo: EPU, 1990.

SANTOS SILVA, A.; MADUREIRA PINTO, J. Uma visão global sobre as ciências sociais. In: SANTOS SILVA A.; MADUREIRA PINTO, J. (Orgs.). **Metodologia das ciências sociais**. Porto Alegre: Edições Afrontamento, 1986. p. 7-27.

SAWAIA, B. B. *Identidade – uma ideologia separista?* In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 118-127.

SCHAIBER, L. B. Prefácio. In: SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 9-13.

SCHETTINI FILHO, L. **A coragem de amar: o fundamento das relações interpessoais**. Recife: Bagaço, 2003.

SCOTT, P. R. Novas estratégias em saúde. Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde na Família e dilemas da reprodução orientada: gênero, geração e cidadania. In: GICO, V. V.; LINDOSO, J. A. S.; SOBRINHO, P. V. C. (Orgs.). **As ciências sociais: desafios do milênio**. Natal: EDUFRN, 2001. p. 889-905.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA. Unidades de Saúde da Família. **Mais saúde**. Informativo da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, [2002?]. s/página.

SHARROCK, W; ANDERSON, B. Epilogue: the definition of alternatives: some sources of confusion in interdisciplinary discussion. In: BUTTON, G.; LEE, J. R. E. (Eds.). **Talk and social organization**. Clevedon: Multilingual Matters, 1987. p. 290-321.

SILVA, C. O. T.; TURA, L. F; MADEIRA, M. C. *Ser médico: entre a responsabilidade e a ajuda*. In: III JORNADA INTERNACIONAL E I CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, GTD 3.07, 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: UERJ, Observatório de Pesquisas e Estudos em Memória e Representações Sociais, 2003. p. 236-251.

SILVA, G. H. S. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. **Revista do Hospital das Clínicas**. Faculdade de Medicina. São Paulo, 1973, 28 (2), p. 31-35.

SILVA, T. T. da. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, T. T. da (Org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Traduções: Tomaz Tadeu da Silva. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 73-107.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SILVA, M. J.; RODRIGUES, R. M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (on line). v.2, n. 1. Goiânia: jan/jun, 2000.

SILVEIRA FILHO, A. D. Odontologia no PSF – um desafio. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília. Ministério da Saúde. Ano II, n. 4. p. 17-18, janeiro de 2002.

SOARES, L. M. R. **Com a palavra o professor: suas representações sociais sobre saúde do educador**. Campina Grande, PB, 2002. (Dissertação de Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva, apresentada a Universidade Estadual da Paraíba). 153 p.

\_\_\_\_\_. **Profissionais da educação infantil e suas representações de educação e educador**. Campina Grande, PB, 1999. (Monografia de Curso de Especialização em Educação: Formação do Educador, apresentado ao CEDUC, Universidade Estadual da Paraíba). 47p.

SOUZA, A. C. B. de; MENDES, J. E. Docência: a afetividade na afirmação e identidade dos (as) professores (as). In: XV ENCONTRO DE PESQUISA EDUCACIONAL DO NORTE E NORDESTE: educação, desenvolvimento humano e cidadania. EPENN GT8-17, 2001. São Luís. **Anais...** São Luis: UFMA / Mestrado em Educação, 2001. Disponível em CD-ROM.

SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 85-108.

STOTZ, E. N. Ações de solidariedade na saúde: semântica, política e ideologia diante da pobreza e da doença. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G; GOMES, M. H. A. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 349-361.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Orgs.). **Educação, saúde e cidadania**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 123-142.

STRAUSS, A. L. **Espelhos e máscaras**: a busca de identidade. Tradução de Geraldo Gerson de Souza. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999. (Clássicos; 17). Título original: Mirrors and masks.

\_\_\_\_\_. **La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme**. Paris: L' Harmattan, 1992.

SZTERENFELD, C. Prostitutas: de transmissoras a educadoras. In: PAIVA, V. **Em tempos de AIDS**: viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico aos portadores. São Paulo: Summus, 1992. p. 193-201.

TAJFEL, H. **Grupos humanos e categorias sociais**: estudos em psicologia social. Segundo volume. Tradução: Lígia Amâncio. Portugal: Livros Horizonte, 1983. (Coleção Horizonte de Psicologia).

TAP, P. Preface. In: COLLOQUE INTERNACIONAL 'PRODUCTION ET AFFIRMATION DE L'IDENTILÉ', 1979. Toulouse. **Anais...** Toulouse: [s.n], 1979. p. 9-12.

TELLES, V. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, E. (Org.). **Anos 90**: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994.

THOMPSON, J. B. **A mídia e a modernidade**: uma teoria social da mídia. Tradução de Wagner Brandão. Petrópolis: Vozes, 1998. Título original: The media and modernity.

TRAVESSO-YÉPEZ, M. **Sistemas de significações e interpretação na definição das filiações grupais**. 12 p. (não publicado).

TRONTO, J. C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A. M; BORDO, S. R. (Orgs.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Tradução de Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Record. Rosa dos Tempos, 1997. p. 187-201.

TURA, L. F. R. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. C. (Orgs.). **AIDS e representações sociais**: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998. p. 121-154.

\_\_\_\_\_. Argüição em banca de defesa de dissertação. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2000.

UGGÉ, H. Pe. **Oração do agente de saúde**. Orações 77 (10449-3). Paulinas. s/d.

VALA, J. Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Coords.). **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste

Gulbenkian, 1993. p. 353-384. .

\_\_\_\_\_. A análise de conteúdo. In: SANTOS SILVA, A.; MADUREIRA PINTO, J. (Orgs.). **Metodologia das ciências sociais**. 8 ed. Porto: Edições Afrontamento, 1986. p. 101-128. (Coleção Biblioteca do Homem/Sociologia, Epistemologia/6).

\_\_\_\_\_. LOPES, D.; BRITO, R. A construção social da diferença: racionalização e etnicização das minorias. In: VALA, J. (Org.). **Novos racismos: perspectivas comparativas**. Oeiras: Celta. 1999. p. 145-167.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. Conversação com Eymard M. Vasconcelos. In: COSTA, M. V. (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Edições Loyola, 1998, p. 151-179.

\_\_\_\_\_; STOTZ, E. N. Introdução. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Orgs.). **Educação, saúde e cidadania**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 11-14.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999. (Saúde em Debate, 127).

\_\_\_\_\_. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. Conversação com Jacques Gauthier. In: COSTA, M. V. (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Edições Loyola, 1998. p. 63-97.

VASQUEZ-MENEZES, I.; SORATTO, L. *Burnout* e suporte social. In: CODO, W. (Coord.). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. p. 267-271.

VECINA NETO, G.; CUTAIT, R.; TERRA, V. Notas Explicativas. In: ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; LISBOA, C. A. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. Volume 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. p. XIII-XX. (Série: Saúde & Cidadania).

VELHO, G. Apresentação: Anselm Strauss: indivíduo e vida social. In: STRAUSS, A. L. **Espelhos e máscaras: a busca de identidade**. Tradução de Geraldo Gerson de Souza. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999. p. 11-19. (Clássicos; 17). Título original: *Mirrors and masks*.

VERGÈS, P. Representações sociais da economia: uma forma de conhecimento. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Tradução de Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 343-362.

\_\_\_\_\_. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In:

GUIMELLI, C. (Ed.). **Structures et transformations des représentations sociales**. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1994. p. 233-253.

\_\_\_\_\_. Evocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de Psychologie**, 4s (405), 1992. p. 203-209.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 8, n.2, p. 11-48, 1998.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 3- 25.

WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, T. T. da (Org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Traduções: Tomaz Tadeu da Silva. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 7-72.

ZOBOLI, E. L. C. P.; MARTINS, C. L.; FORTES, P. A. C. O programa saúde da família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. In: **Temas de caráter introdutório**. Manual de Enfermagem [www.ids.saude.org.br/enfermagem](http://www.ids.saude.org.br/enfermagem). S/data, p. 47-50. Disponível em: Arquivo PDF.

# ANEXO

**ANEXO 1**

**ORAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE**

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, \_\_\_\_\_, me disponho a participar da pesquisa intitulada **Representação Social da 'Educação em Saúde' e Identidade dos Agentes Comunitários de Saúde: o caso do PACS/PSF de João Pessoa – PB**, sob a responsabilidade da pesquisadora Suerde Miranda de Oliveira Brito, professora do curso de psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); e aluna do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob a orientação do professor Moisés Domingos Sobrinho.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado (a), pelo (a) pesquisador (a), que:

1. A pesquisa se justifica pela necessidade de pensarmos e discutirmos sobre a prática do Agente Comunitário de Saúde.
2. Seu objetivo é investigar qual a compreensão que o ACS tem da 'educação em saúde' e de seu exercício profissional.
2. Os dados serão coletados através das seguintes técnicas e instrumentos: questionários, entrevistas, associações-livres; observações e fotografias das atividades do ACS.
3. Minha participação é voluntária, tendo eu liberdade de desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização.
4. As entrevistas serão gravadas, se houver minha permissão.
5. Será garantido o meu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone 243-0406 ou 9984-5289.
7. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora.
8. Riscos para esta pesquisa não foram identificados, porque o anonimato e o sigilo das informações confidenciais estão sendo garantidos. Os benefícios dizem respeito à visibilidade dos ACSs, e à possibilidade de se fazer recomendações que possam propiciar melhorias no exercício de seu trabalho.
9. (Ressarcimento) Se sofrer qualquer tipo de dano, previsto ou não neste Termo de Compromisso, terei direito à cobertura material e financeira e à assistência médica integral.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003.

\_\_\_\_\_  
Suerde Miranda de Oliveira Brito

\_\_\_\_\_  
Profissional do PSF/PACS

## APÊNDICE B

### AGRUPAMENTO DE FUNDAMENTOS PARA O GOSTAR DE SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Gosto de lidar com o público/ trabalhar com criança e idoso/ falo muito, converso muito /é bom você poder ouvir uma pessoa e poder ajudar (FH4) / Dou informações pras pessoas, conhecimento com as pessoas. Eles têm mais respeito com a gente. É tão bom quando chega uma pessoa: 'Cadê o ACS? [...] a gente já tá sendo procurado (FH6) / Eu me sinto bem, ajudando as pessoas [...] acho que foi esse dom que Deus me deu [...] ajudar o meu próximo me deixa muito gratificada [...] Eu me sinto bem mesmo. [...] Escutar os problemas dela... Gosto de conversar (FH7) / Além de eu ser uma pessoa muito amorosa, sou muito comunicativa (FH17) / Faz parte do meu dia-a-dia. E também ajudo minha comunidade as prevenções (FH19) / Sempre trabalhei minha comunidade, estou ajudando também (FH20) / Me dão e recebo (FH22) / Aprendi muito com esse trabalho (FH23) / Me sinto bem, trabalhando com a comunidade, levando informações para pessoas (FH24) / É um trabalho que faço com muito amor. Por ser pessoas carentes e que precisam assim como eu (FH25) / Eu faço meu trabalho na comunidade [...] Trabalho por amor a profissão (FH26) / As pessoas da minha comunidade já me respeitavam. Agora, eles me respeitam muito mais [...] (FH27) / Ser útil à comunidade. Me sinto muito feliz em ajudar, informando e ajudando a diminuir a mortalidade infantil e na minha comunidade (FH28) / Aprendi ser um educador (MH29) / Gosto de lidar e ajudar as pessoas (FH30) / Me identifico com o trabalho que é de contato com os menos favorecidos E ao ajudá-los sinto-me importante (FH31) / Me sinto realizada, quando posso de alguma forma ajudar alguém (FH32) / É um trabalho comunicativo com as pessoas. Nós passamos informações, ensinado. E também aprendemos com as

próprias pessoas [...] (FH33) / Por a gente não só ensinar. A gente também aprende (FH34) / Aprendi muito: como escutar os problema, ajudar o próximo (FH35) / A gente ajuda nosso próximo (FH37) / Gosto de andar, de conversar, de escrever (FH45) / Há tempo que eu já trabalhava na comunidade, acompanhava já a comunidade. E o trabalho de agente veio complementar o resto. [...] (FH47) / Trabalho na comunidade há muitos anos (FH50) / A gente se sente gratificado quando vê fazer alguma coisa de bem pra alguém (FH51) / Meu sonho. Assim, de tá conversando com eles. Assim... perguntando o que eles tá sentindo. Eu querer ajudar, poder ajudar (FH56) / Eu gosto muito de falar, de ajudar as pessoas (FH57) / É gostoso você poder ajudar alguém. Você servir aquela pessoa e saber que o trabalho que você foi lá, a informação que você levou, a ajuda que você prestou, serviu, de alguma coisa pra aquela pessoa (FH59) / Trabalho perto de casa. Também ajudo as pessoas [...] quase sempre, o serviço da gente, o pessoal é satisfeito (MH116) / Gosto de trabalhar com criança, com adulto, com idoso (FH91) / Eu me identifico muito com o trabalho. Por eu viver na mesma comunidade [...] É prazeroso fazer alguma coisa [...] E o agradecimento delas (FH117).

## APÊNDICE C

### CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE CONSTRUÍDA POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

<p>OME &lt; 2,38 / f &gt; 19</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BEM-ESTAR (40 – 1,8)</li> <li>• HIGIENE (35 – 2,37)</li> <li>• ALIMENTAÇÃO (28 – 2,07)</li> <li>• FELICIDADE (22 – 2,18)</li> </ul>	<p>OME &gt; 2,38 / f &gt; 19</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PREVENÇÃO (28 – 2,64)</li> <li>• EDUCAÇÃO (26 – 2,57)</li> <li>• IMPORTANTE (24 – 2,75)</li> </ul>
<p>OME &lt; 2,38 / f &lt; 19</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VIVER BEM (11 – 1,81)</li> <li>• NEGLIGÊNCIA (10 – 1,7)</li> <li>• VIDA (09 – 2,33)</li> </ul>	<p>OME &gt; 2,38 / f &lt; 19</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MORADIA (18 – 2,55)</li> <li>• SER SAUDÁVEL (15 – 2,4)</li> <li>• PAZ (11 – 3,27)</li> <li>• AMOR (10 – 2,6)</li> <li>• LAZER (09 – 2,66)</li> </ul>

**OME = Ordem média de evocação F = Frequência**

**FIGURA 10** - Configuração estrutural da representação social de saúde construída por agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa - PB (N = 296)