



Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Sociais e Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação

Elizabeth Gomes da Rocha

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO DE
CUIDAR ENTRE PESSOAS:
Representações Sociais de Agentes Comunitários
de Benevides - PA**

Belém – PA
2011

Elizabeth Gomes da Rocha

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO DE CUIDAR ENTRE PESSOAS:
Representações Sociais de Agentes Comunitários de Benevides - PA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Pará (UEPA), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Educação.

Linha: Saberes Culturais e Educação na Amazônia.

Área de Interesse: Saberes e Práticas Educativas em Saúde na Amazônia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Teixeira.

Belém – 2011

Dados Internacionais de catalogação na publicação
Biblioteca do Centro de Ciências Sociais e Educação da UEPA

ROCHA, Elizabeth Gomes da

Educação em saúde é ato de cuidar entre pessoas: representações sociais de agentes comunitários de Benevides-PA. / Elizabeth Gomes da Rocha. Belém, 2011.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2011.

Orientação de: Elizabeth Teixeira.

1. Serviços de saúde – Aspectos sociais 2. Serviços de saúde comunitária
3. Representações sociais 4. Educação em saúde I. TEIXEIRA, Elizabeth (Orientador) II. Título.

CDD: 21

ed. 362.1042

Elizabeth Gomes da Rocha

EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO DE CUIDAR ENTRE PESSOAS:
Representações Sociais de Agentes Comunitários de Benevides - PA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Pará (UEPA), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Educação.

Linha: Saberes Culturais e Educação na Amazônia.

Área de Interesse: Saberes e Práticas Educativas em Saúde na Amazônia.

Data da aprovação: 30/08/ 2011.

Banca Examinadora:

_____ - Orientadora

Prof^a. Dr^a. Elizabeth Teixeira
Dr^a. em Ciências Sócio Ambientais (NAEA/UFPA)
Universidade do Estado do Pará – UEPA

_____ - Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Denise Souza Simões Rodrigues
Dr^a. em Sociologia (UFC)
Universidade do Estado do Pará – UEPA

_____ - Membro Externo

Prof^a. Dr^a. Ivany Nascimento Pinto
Dr^a. em Psicologia da Educação (PUC-SP)
Universidade Federal do Pará – UFPA

_____ - Membro Interno Suplente

Prof^a. Dr^a. Ivanilde Apoluceno de Oliveira
Dr^a. em educação, Currículo (PUC-SP)
Universidade do estado do Pará – UEPA

_____ - Membro Externo Suplente

Prof. Dr. Silvio Eder Dias da Silva
Dr. em Enfermagem (UFSC - SC)
Universidade Federal do Pará – UFPA

Para **Maria de Lourdes, minha mãe (in memory)**, que me ensinou de sua maneira, a nunca desistir dos meus objetivos e por eu estar aqui.

Para **Elizabeth Teixeira** (fada madrinha) minha orientadora, por estar sempre por perto mesmo distante(tão longe e tão perto).

Para **Adriana Gomes do Nascimento** minha irmã amada, presente em todos os momentos da minha vida e a meu cunhado **Márcio Nascimento** por seu apoio de pai-irmão.

Para **Luiz Fernando Rossi** pela força, amizade, amor e companheirismo sempre.

À força maior que nos move dando o dia e a noite...

AGRADECIMENTOS

À minha mãe que me ensinou a não ter medo da vida.

À meus irmãos (Batista e Miguel) e irmãs (Adriana, Claudiceia, e Cristiane) que mantiveram sempre a bondades em seus corações apesar de todas as adversidades da vida, e às minhas sobrinhas lindas.

À minha família postiça Claudete, Elizabete, Esther, e Antônio Almeida os quais tornaram possível minha caminhada no mundo dos estudos.

Ao meu Nando, pelo apoio, compreensão e espera.

À minha orientadora Elizabeth Teixeira que, me ensinou a voar, com seus ensinamentos, enriquecendo minha vida de saber e o amor inexplicável.

Aos meus amigos Luis Parlandin (meu irmão do coração) e Francisco dos Anjos pela força e solicitude sempre.

À minha amiga e colega enfermeira Socorro Dionízio pelo apoio diário durante a pesquisa.

À banca de qualificação, as professoras doutoras Ivany Pinto, Ivanilde de Oliveira e Denise Simões pelas contribuições que enriqueceram minha pesquisa dando-me um norte maravilhoso.

Ao meu querido primo do coração Leonardo Rossi, pelo apoio e paciência.

À todos os professores do mestrado que me fizeram amadurecer neste campo do conhecimento e em especial às professoras Denise, Ivanilde e Ivany .

Aos meus amigos Hermínio, Andeia, Michele, Gilma, Socorro que me presentearam com suas amizades repletas de carinho e felicidade .

Às minhas amigas: Lícia, Andréia Moreira, Rosa Carvalho, Shirley Aviz, Juliana Garcez pela força e carinho de sempre.

Aos Agentes Comunitários da Saúde de Benevides participantes desta pesquisa pela disponibilidade e carinho de sempre.

Quando a gente acha que tem todas as respostas, vem a vida e muda todas as perguntas.

(Luis Fernando Veríssimo)

RESUMO

ROCHA, Elizabeth, Gomes. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO DE CUIDAR ENTRE PESSOAS** : Representações Sociais de Agentes Comunitários de Benevides – PA. 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2011.

O estudo teve como objetivo analisar as representações sociais sobre educação em saúde de agentes comunitários do município de Benevides-PA. **A ancoragem teórica** foi a teoria das representações sociais, delineada pela abordagem processual. **Trilhas metodológicas:** estudo qualitativo; produção dos dados por meio da técnica grupo focal com 10 sujeitos. A análise dos registros foi guiada pela técnica de análise de conteúdo do tipo temática. **Resultados:** Sobre o eixo 1 “como sabem” destaca-se: aprendem e fortalecem seu saber sobre educação em saúde no dia-a-dia do “ser agente comunitário de saúde”. O eixo 2 “o que sabem” destaca-se: que a educação em saúde é ato de cuidar para cuidar de si e que também é ato entre as pessoas e que existem lugares e não lugares para a educação em saúde. O eixo 3 “o que fazem e como fazem” destaca-se: os agentes comunitários de saúde em suas relações com a comunidade, assim como com seu ambiente de trabalho no posto – unidade está mergulhado num espaço de produção e circulação de representações sociais no que tange a educação em saúde, mantendo um movimento dialético e dialógico e um agir educativo cuidativo positivo com a comunidade. O eixo 4 “o que pensam sobre o que fazem” destaca-se: o seu eu-educador que emerge amorosamente, descobrindo-se cuidador interativo na procura de um ouvir mais sensível vislumbrando uma prática educativa de respeito mútuo entre ACS para com a comunidade, e no qual o convívio é a base para as relações que se estabelecem cotidianamente na/com a comunidade. **Considerações Transitórias.** As representações sobre educação em saúde se ancoram na escola como lugar de referência familiar, e a pedagogia da escola entrelaça-se com a pedagogia do posto de saúde. A educação em saúde é objetivada em ato de cuidar entre pessoas que tem lugar. O agir educativo se pauta em atividades como palestra na/para a comunidade, orientações, escuta sensível, o cuidado com o outro, o cuidado de si, a ética, a responsabilidade e um agir político.

Palavras-chave: Representações Sociais. Educação em Saúde. Ato de Cuidar. SUS. Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

ROCHA, Elizabeth Gomes. **EDUCATION HEALTH IS ACT CARING BETWEEN GUESTS**: Social Representations Communitarian Agents Benevides - PA. 2011. 139 f. Dissertation (M.Sc. Education) - University Pará Bethlehem,2011.

This study analyzes the social representations social about education in health with community agents from Benevides-PA. The theoretical base was the theory of social representations delineated by procedural approach. Methodological trials: qualitative study and data production using technical focal group with 10 subjects. The analysis was guided by the technique content analysis of thematic type. Results: About axis 1 "how do they know" stands: learn and strengthen their knowledge about education in health nowadays of "being community agent of health". Axis 2 "what they know" stands: that education in health is act of caring to pamper yourself and also is act between people and that places exist and not places to education in health. Axis 3 "what they do and how they do" stands: the community agents in their community relations, as with your desktop in post - unit is plunged into production space and circulation of social representations regarding health education, keeping dialectical movement and dialogic, acting in a positive educational care with the community. Axis 4 "what they think about what they do" stands: your me-educator who emerges lovingly, discovering themselves a interactive caregiver, in seeking one more sensitive hear, glimpsing an educational practice with mutual respect among ACS towards community and where the conviviality is the basis for relations established daily in / with community. Transitory Considerations. Representations about education in health are anchored in school as reference, place family and pedagogy school are interlaced with pedagogy health post. Education in health is objectified in the act of caring among people who have place. The staff is acting in educational activities such as talk at / to the community guidelines, sensitive listening, caring for others, self-care, ethics, responsibility and a political action.

Keywords: Social Representations. Health Education Act of Caring. SUS. Community Health Agents

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Desenhos 1 e 2	78
Desenho3	79
Desenhos 4 e 5	80
Desenho 6	89
Desenho 7	91
Desenhos 8 e 9	93
Desenho 10	95
Diagrama 1: Esquema figurativo do eixo 1	77
Diagrama 2: Esquema figurativo do eixo 2	94
Diagrama 3: ação relacional e contínua	99
Diagrama 4: Esquema figurativo eixo 3	108
Diagrama 5: palavras mais evocadas ao estímulo eu-educador	110
Diagrama 6: esquema figurativo do Eixo 4	120
Diagrama 7: esquema geral dos eixos temáticos	121
Figura 1: Mapa de Benevides	26
Foto 1 : Unidade de Saúde da Família Santos Dumont	26
Foto 2: No Posto-unidade de saúde	83
Foto 3: No centro comunitário + na creche	84
Foto 4: Na escola	84
Foto 5 : Nas Casas	84
Foto 6: Centro de Referência e Assistência Social	85
Foto 7: Na praça	86
Foto 8 : Nos supermercados em Geral	87
Foto 9: No ponto de Mototáxi	87
Foto 10: O quintal com crianças descalças entre o lixo (outros lugares)	88
Foto 11: No lixo (outros lugares)	88
QUADRO 1: Pseudônimos e características dos sujeitos	27
QUADRO 2: Eixos Temáticos e Temas Emergentes	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos sujeitos quanto ao gênero	69
Gráfico 2 : Distriuição dos sujeitos quanto a idade	60
Gráfico 3 : Distribuição dos sujeitos quanto a escolaridade	61
Gráfico 4 : Distribuição dos sujeitos quanto ao estado civil	62
Gráfico 5 : Distribuição dos sujeitos quanto a religião	63
Gráfico 6: : Distribuição dos sujeitos quanto a renda familiar	64
Gráfico 7 : Distribuição dos sujeitos quanto suas observações acerca de suas ações	64
Gráfico 8: Distribuição dos sujeitos quanto ao tempo de serviço	65
Gráfico 9 : Distribuição dos sujeitos quanto aos cursos que gostariam de fazer	66
Gráfico 10: Distribuição das 10 fotos produzidas segundo o local onde se faz educação em saúde	82
Gráfico 11: Distribuição das 10 fotos produzidas segundo o local onde não se faz educação em saúde	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
CCSE – Centro de Ciências Sociais e Educação
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
ESF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
GF – Grupo focal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PSF - Programa Saúde da Família
RAG - Relatório Anual de Gestão
RS – Representações Sociais
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único da Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS – Teoria das Representações Sociais
UBS – Unidade Básica da Saúde
UEPA – Universidade do Estado do Pará
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
O que pesquisamos	15
O que justificou a pesquisa	20
A inquietação, problemática e questões norteadoras	21
Os objetivos	22
CAPÍTULO 1 - TRILHAS METODOLÓGICAS	24
A abordagem; o local da pesquisa;	25
Os atores sociais;	27
A produção de dados;	27
A descrição e análise dos registros.	32
CAPÍTULO 2 - ANCORAGENS TEÓRICAS	34
2.1 – Marco Teórico: A Teoria das Representações Sociais	36
2.2 – Bases Conceituais	43
- Educação em Saúde	
– A Estratégia Saúde da Família e os ACS	52
CAPÍTULO 3 - QUEM SÃO OS QUE FALAM E DE ONDE FALAM:OS	56
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UNIDADE SANTOS	
DUMONT DE BENEVIDES – PA	
A poética dos sujeitos...	57
A perfil dos sujeitos...	59
O lugar dos sujeitos...	67
CAPÍTULO 4 - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ACS SOBRE	69
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
EIXO 1 - COMO SABEM	71
TEMA 1 – A DESCOBERTA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: emerge um	
(novo) conceito	
TEMA 2 – UM NOVO/OUTRO CONCEITO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	75
EIXO 2 - O QUE SABEM	78
TEMA 3 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO E TEM LUGAR	78

TEMA 4 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO DE CUIDAR PARA O CUIDAR DE SI	89
TEMA 5 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO ENTRE PESSOAS	92
EIXO 3 - O QUE FAZEM E COMO FAZEM	95
TEMA 6 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO DE QUEM SABE E “RITUAL” DE PASSAGEM	95
<i>SUBTEMA 1 – É ATO AO ORIENTAR PARA A PREVENÇÃO E O CUIDADO DE SI</i>	96
<i>SUBTEMA 2 – É ATO ÉTICO E RESPONSÁVEL</i>	100
<i>SUBTEMA 3 – É ATO INACABADO QUE SE RENOVA A CADA DIA</i>	102
<i>SUBTEMA 4 – É ATO INTERESSADO E POLÍTICO</i>	103
TEMA 7 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO QUE TEM CONTEÚDO	105
EIXO 4 – O QUE PENSAM SOBRE O QUE FAZEM	109
TEMA 8 – EU-EDUCADOR	109
SUBTEMA 1- O AMOR CURA E ENSINA A CUIDAR	111
SUBTEMA 2 - TRABALHAR E EDUCAR COM AMOR É ESCUTAR	111
<i>SUBTEMA 3 – SER ACS É AJUDAR E SE REALIZAR</i>	112
TEMA 9 – EU ENTRE OS OUTROS	114
TEMA 10 – EU NA COMUNIDADE	115
<i>SUBTEMA 1 – A SAÚDE NA / DA COMUNIDADE</i>	117
<i>SUBTEMA 2 – AS RESPOSTAS E SENTIMENTOS DA / NA COMUNIDADE</i>	118
CONSIDERAÇÕES TRANSITÓRIAS	122
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICES	134
ANÉXOS	139

INTRODUÇÃO

- **O que pesquisamos**

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação (BRANDÃO, 2007, p. 8).

Ninguém se educa sozinho, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo (FREIRE, 1987, p.13).

As premissas dos autores se estendem a quaisquer processos educativos, seja em contextos escolares ou não-escolares, e aos diferentes campos de atuação, como o da saúde, onde se situa o que pesquisamos. A interface da educação e a saúde é denominada contemporaneamente de “educação em saúde”. Tal denominação é resultado de um processo histórico de desenvolvimento de diferentes modelos de atenção à saúde, e como consequência de diferentes “modos” de fazer educação no campo da saúde.

Do modelo higienista (educação sanitária) ao modelo construtivista (educação em saúde), diferentes significações e ações se manifestaram, ora relacionando a educação em saúde ao nível primário ou de baixa complexidade (atenção primária), ora apontando para uma compreensão mais abrangente e ampliada a todos os demais níveis do sistema.

São inúmeros os desafios teórico-metodológicos que se impõem aos sujeitos que interagem na construção de significações e ações no campo da educação em saúde, trajetória também vislumbrada por aqueles que acreditam no conflito como via de construção de um novo paradigma para o conhecimento humano (SANTOS, 2001).

A educação em saúde permeia todos os níveis de assistência à saúde, independentemente da complexidade deste. Entendo que a todo momento, seja qual for a categoria profissional, em todos os espaços de assistência/ atenção à saúde, qualquer membro da equipe de saúde, têm sua atividade permeada pela ação educativa, com mais ou menos competência para tal.

No campo da saúde, os sistemas de atenção também se modificam, e o movimento conhecido como “reforma sanitária” (anos 70 – 80) possibilitou a aprovação em 1988 do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir deste marco (a constituição de 1988), o SUS requer novos (outros) princípios, novas (diferentes)

estratégias de ação e novos (emergentes) atos sociais assim como novas (complexas) formas de se pensar a saúde.

Os princípios fundamentais que sustentam o SUS são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Neste sentido, os atores sociais do sistema precisam estabelecer vínculos com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade com os usuários e a comunidade.

O desafio é ampliar as fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção. A saúde da família é compreendida como a estratégia principal para mudança do modelo, que deverá se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Estratégia Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos.

O trabalho das ESF é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 8 a 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde (BRASIL,2009).

O SUS dispõe nas atribuições dos profissionais das Equipes Saúde da Família o seguinte: Parágrafo III - Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; Parágrafo VI -Desenvolver atividades de promoção e proteção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daqueles em situação de risco (BRASIL,2007). Neste contexto, os ACS se destacam por sua intensa e densa relação com as famílias/comunidade.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. O programa “ataca” de maneira objetiva e direta os problemas cruciais da saúde materno-infantil, e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) atuam como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade (BRASIL, 2002).

Os ACS constroem seu fazer no cotidiano da comunidade em que vivem. E em seu fazer, constroem subsídios para o desenvolvimento da educação em saúde, que é um campo emergente de conhecimento e de prática do setor saúde que durante a história tem-se organizado para promover saúde e atuar diretamente na prevenção de doenças e agravos.

O ACS é como seu próprio nome indica o agente que comunga com a comunidade todas as mazelas, e alegrias que nela pode ter. Além disso, o ACS é o principal elo entre a comunidade e a unidade de saúde, e, por conseguinte, com a equipe multiprofissional, trabalhando na marcação de consultas, e visitando os mais necessitados e acamados que não podem se locomover até o centro de saúde.

Além de todas essas ações, os ACS devem desenvolver, segundo o Ministério da Saúde (MS), educação em saúde, realizando ações educativas nas casas, para as famílias, nas escolas e centros comunitários, dentre outros espaços.

Estes atores do sistema de saúde estão envolvidos, assim, no cotidiano, com a interface educação e saúde, com saberes/ conhecimentos do senso comum permeados por saberes/ conhecimentos científicos. Neste trabalho cotidiano, entre os ACS e os membros das ESF, e entre os ACS e a comunidade, há travessias de saberes e, a nosso ver, também de representações sociais (RS). Jodelet (2001) define representações sociais como:

[...] 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. Isso significa uma forma de pensamento compartilhada, elaborada pelos grupos de indivíduos, como forma de entender um fato que lhe é estranho (p.32).

Os ACS também constituem um grupo de pertença, e Jodelet (2001), explicita que como fenômenos cognitivos, as RS envolvem a pertença social dos indivíduos, que norteiam ações afetivas e normativas, interiorizando experiências, práticas, modelos de condutas e pensamentos socialmente inculcados ou veiculados pela

comunicação social, que a elas pertencem. Assim, as RS transitam, se produzem, se reproduzem, se transformam entre/ dentro de grupos de pertença.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) constitui-se em um recurso cada vez mais usado em diversas áreas do conhecimento e de pesquisa, e se caracteriza pela busca de uma compreensão dos fenômenos do senso comum e de práticas sociais, e sua descrição, através do uso de técnicas específicas que permitem adequar os fenômenos às situações específicas (MOSCOVICI, 2003).

A compreensão das representações sociais, em torno da educação torna-se hoje, importante para o entendimento de um sistema de partes que são permeadas por relações que definem imagens sócio-culturais e sócio-cognitivas. E tais representações e construções podem ser partilhadas, construídas, refletidas, reconstruídas, no nosso caso, entre e por ACS e equipes e ACS e comunidade.

As representações sociais constituem uma fonte rica de produção e, são socialmente elaboradas, construindo e reconstruindo conhecimentos e saberes que são partilhados e compartilhados em uma comunidade, povo, nação. Essas construções trilham e orientam ações, respostas e conceitos dos sujeitos envolvidos nos grupos de pertença.

Pensando no agir dos ACS e no que indica a TRS, foi que passamos a delinear melhor um objeto de estudo para pesquisar. Como a educação em saúde, fundamentada nas representações sociais, constitui uma pedagogia que se organiza em torno da idéia de que a aprendizagem se dá através da interação entre a representação social e o conhecimento científico, e a RS é considerada um conhecimento socialmente construído e compartilhado que rege a relação do sujeito com o mundo e com o outro e organiza as suas comunicações e condutas (JODELET, 2001), vislumbrei no agir dos ACS um campo fértil para o estudo das RS sobre educação em saúde.

As RS emergem de sentidos duradouros, de familiaridades dentro das culturas e sociedades ou grupos sociais, os quais são suas fontes de produção. Nesta perspectiva, as representações sociais são elaboradas, constituindo conhecimentos que podem ser utilizados e partilhados e que orientam as respostas dos sujeitos perante um fenômeno específico, no nosso estudo, as respostas dos ACS ao fenômeno da educação em saúde.

A escolha da teoria para abordar um tema ligado ao processo de educar no campo da saúde tem a ver com o fato de ser a que melhor pode explicar como os

ACS constroem dentro de si a identidade de ser educador em saúde, Se, se sentem educadores em saúde, bem como o significado de ser educador em saúde , e o que representa esse processo educativo para eles.

Para entender e atender tais posicionamentos é preciso considerar e compreender o conceito de educação em saúde e processo educativo. O primeiro é um processo educacional fundamentado em uma interação de conhecimentos teóricos e experiências sobre saúde e doença. Hoje, têm-se realizado estudos e debates acerca de tais concepções. Reis (2006) afirma:

Faltam estudos de caráter experimental que demonstrem no concreto não só a aplicabilidade desses novos conceitos e concepções, mas os efeitos produzidos pelos mesmos, dentro desta “nova” maneira de pensar e agir propostas para a educação em saúde na atualidade (p.23).

O segundo, com base no conceito de educação de Brandão (2007), prioriza a relação com os grupos sociais, caracteriza-se como um processo que se confunde com o próprio existir da humanidade, acontecendo em todos os lugares, momentos, instituições e instância da vida. Educar para a saúde a nosso ver, implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais a favor do viver saudável, desenvolvendo práticas educativas que superem tanto os espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, quanto os espaços informais como a comunidade.

O modelo dialógico na educação em saúde se adéqua com a proposta da integralidade, uma vez que favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos. Desta forma então, podemos realmente entender que tais ações são passos para a humanização das ações educativas, o que não sabemos é se os ACS estão sendo realmente facilitadores nos processos educativos e se nesses processos estão conseguindo entender-se como educadores, o que instiga avançar na direção do objeto de estudo.

Na prática, a educação em saúde tem-se resumido a divulgação de informações e transmissão de conhecimentos de forma fragmentada e desconectada da realidade social da população, contribuindo para que a atividade se torne monótona e não atrativa, desvinculando-se assim, do verdadeiro objetivo da educação em saúde que é a promoção de conhecimentos compartilhados produzindo reflexões e formando cidadãos mais críticos.

É necessário o reconhecimento das necessidades educativas na área de saúde para uma transformação ímpar nas condições de saúde; e políticas mais efetivas nesse sentido em nosso país. E por que não dizer, em nossa região que é sim, muito carente em relação aos serviços assistenciais de saúde, pois o que vemos nos jornais, são pessoas esquecidas, à própria sorte, nos corredores dos hospitais que, sem médicos e equipamentos, estão sucateados.

Neste panorama é que percebemos o quão é importante trabalhar com um modelo dialógico para a construção e reflexão de conhecimentos e formação de cidadãos mais críticos e atentos aos problemas da sociedade existente.

A educação em saúde é, por tanto, uma proposta de construção compartilhada e deve ser orientada pela interdisciplinaridade, e pela busca da autonomia e cidadania. Ou seja, um lugar a favor da produção de práticas que privilegiem a interação dos sujeitos, onde todo o saber é valorizado, transformado e compartilhado.

- **O que justificou a pesquisa**

O projeto justifica-se por se inserir e aderir a um conjunto de diretrizes do Ministério da Saúde e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que priorizam a promoção e a proteção à saúde; em tal inserção cunha-se a educação em saúde que fortalece os laços do binômio educação e saúde.

Acreditamos que em territórios como as Unidades Saúde da Família (USF), onde se articulam fenômenos individuais e coletivos, estão as possibilidades de, por meio de pesquisas sócio-educativas em saúde, analisar e compreender a dimensão social dos problemas do indivíduo-sociedade. Neste contexto, há que se dar voz em especial, aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que podem contribuir crítica e reflexivamente na constituição de políticas públicas de maneira a manter um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

Consideramos importante a discussão desse tema, pois a educação em saúde é um dos instrumentos de transformação da realidade. Segundo o Manual para Operacionalização das ações educativas no SUS “O fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico (BRASIL, 2009 p.1).

Com esse estudo pretendemos realizar uma reflexão sobre as representações sociais de ACS sobre educação em saúde, como um meio para pensar o social, o processo saúde/doença e a articulação educação e saúde.

A educação em saúde tem múltiplos desafios, dentre eles está a difícil missão de segregar o paradigma da propaganda em massa como meio de informação de preceitos de higiene, a começar pela educação em saúde institucionalizada, que investe milhões na produção de “impressos educativos”, negando e desconhecendo os avanços dos processos educativos locais e, principalmente a interação entre o saber popular e a subjetividade das pessoas.

- **A inquietação, problemática e questões norteadoras**

Nossa aproximação com a educação em saúde se deu, durante a graduação (Enfermagem – UEPA), em projetos de extensão (2003-2006) e pesquisa (2006). Ao ser inserida no sistema de saúde do município de Benevides (2009) fui indicada para uma Unidade Saúde da Família (USF Santos Dumont) e 10 ACS passaram a compor nosso “grupo de trabalho coletivo” à favor da promoção e proteção a saúde de uma determinada área (território de saúde). Como na formação inicial tivemos experiência com práticas educativas populares, criamos uma expectativa de nesse novo espaço avançar nessa direção.

Com nossa inserção em um grupo de pesquisa e como aluna especial do PPGEd na disciplina educação em saúde (2009) reforçamos leituras e reflexões sobre o tema e, debatemos sobre educação em saúde como um empreendimento educativo (GEZINELI, 2007) e como travessias de saberes entre redes de afetos (TEIXEIRA, 2008).

No entanto, ao analisar com atenção o trabalho das equipes na ESF, e em especial o agir dos ACS, observamos que a educação em saúde poderia estar restrita à transmissão de informações, sem despertar na comunidade uma reflexão crítica sobre a realidade local, evitando assim uma participação ativa da população no processo de transformar o conhecimento em soluções para os problemas de saúde e também em dispositivos para o seu autocuidado. Assim, nos interessamos mais intensamente em conhecer as representações sociais dos ACS sobre educação em saúde bem como seu agir nesse sentido.

Passamos a viver um conflito, pois o que víamos nas discussões do grupo de pesquisa e nas disciplinas do mestrado, era um “modo ampliado” de pensar-fazer

educação em saúde, e o que constatávamos na prática com o “grupo de trabalho coletivo” era um “modo reduzido” de agir na educação em saúde.

As discussões indicavam uma educação em saúde ampliada voltada para um agir dialógico, no sentido de permitir liberdade de pensar e um agir dialético, no sentido do “ir e vir” de pensamentos, sentimentos, saberes, orientações (re)interpretações de maneira a (re) construir conhecimentos do/no cotidiano.

Ao passo que nosso trabalho apontava uma educação em saúde coercitiva, no qual as orientações “repassadas” eram sempre conjugadas com o verbo no imperativo, “faça isso, faça aqui, não faça isso, não faça aquilo”. E assim, as ações em saúde aconteciam num agir positivista.

Com base nessas constatações nos inquietamos quando começamos a verificar que os ACS, por alguma razão, conduziam seu agir nesse sentido “positivista”, apesar do modelo indicar um agir em outro sentido, mais interativo e participativo. Como as representações sociais concorrem para a construção de práticas e atitudes, estas poderiam estar incidindo sobre o referido agir.

Partindo desse conflito decidimos investigar a seguinte **problemática**: Quais as representações sociais (RS) de educação em saúde entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e como se concretizam suas práticas educativas? Para nortear o estudo elaboramos algumas **questões de pesquisa**: a) Como a educação em saúde permeou/permeia a atuação dos ACS? b) Quais as objetivações e ancoragens do “objeto de representação” educação em saúde? c) Como as práticas educativas se manifestam nos discursos dos ACS, e o que pensam sobre o seu agir educativo?

- **Os objetivos**

Geral: analisar as representações sociais sobre educação em saúde de agentes comunitários do município de Benevides - PA, com vistas a compreender como concretizam suas práticas educativas.

Específicos: a) Identificar como a educação em saúde permeou/permeia a atuação/formação dos ACS; b) Destacar as objetivações e ancoragens do “objeto de representação” educação em saúde; c) Analisar e interpretar o que os ACS pensam sobre o seu agir educativo.

Com vistas a atingir os objetivos traçados, fizemos opções metodológicas para constituir o caminho do pesquisar. Sobre tais aspectos tratamos a seguir.

CAPÍTULO 1

TRILHAS METODOLÓGICAS

A abordagem da pesquisa foi qualitativa, por considerá-la mais apropriada para o estudo dos processos de constituição das RS de educação em saúde entre ACS. Tal abordagem nos permitiu lançar mão de enfoques teóricos, epistemológicos, ontológicos e metodológicos de maneira a valorizar experiências e interações contextualizadas, mas também relacionadas às suas particularidades, deixando assim, um leque de opções para a (re) construção de saberes reificados e consensuais conseqüentes à pesquisa. Teixeira (2008), diz que “na pesquisa qualitativa, o pesquisador procura reduzir a distância entre a teoria e os dados, entre o contexto e a ação [...]” (p.12).

Pesquisas que se apóiam na teoria das RS e mais particularmente na abordagem processual são pesquisas que detalham “a pertença social dos sujeitos de maneira a afirmar a identidade grupal” (JODELET, 2001, p.22).

A abordagem metodológica das RS segue uma pesquisa “que explicam a estreita relação entre as produções mentais e as dimensões materiais e funcionais da vida dos grupos” (SPINK, 2004, p.86); e foi nesta perspectiva que delineamos nossos passos enquanto pesquisadoras, para o efetivo entendimento das apreensões representacionais dos sujeitos para com o objeto de estudo.

O local da pesquisa foi a Unidade de Saúde da Família **Santos Dumont** localizada no município de Benevides, que faz parte da região metropolitana da “Grande Belém”, à 25 Km da capital, com uma população estimada pelo IBGE(2009) de 51.663 habitantes.

O município possui uma área de 177,7699 km². Seus limites: Ao Norte - Município de Santa Bárbara do Pará; ao Leste - Município de Santa Isabel do Pará; ao Sul - Rio Guamá; ao Oeste - Municípios de Ananindeua e Marituba.(IBGE,2008).Figura 1:



Fonte: IBGE, 2008 - web.mapas.gov.

A secretaria de saúde gerencia 13 unidades-equipes de saúde da família com 13 enfermeiros, cerca de 130 ACS distribuídos em 13 áreas.



Fonte:próprio autor 2010.

Foto 1 : Unidade de Seúde da Família Santos Dumont.

A unidade de saúde Santos Dumont, é uma das 13 unidades distribuídas no município de Benevides, localizada na rua projetada sem número. Ela foi inaugurada no dia 1 de agosto de 2008, e é composta por 2 equipes: Santos Dumont 1 e 2, atendendo à um contingente populacional de aproximadamente 5 mil pessoas; atendendo às exigências e normatizações preconizadas pelo SUS com implantação de programas como por exemplo HIPERDIA, Pré-natal, Acompanhamento do Crescimento e desenvolvimento Infantil, saúde da mulher entre outros.

Os atores sociais deste estudo foram 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalham no referido município, mais especificamente na USF Santos Dumont; estes constituíram o “grupo de estudos coletivos” da pesquisa.

Por termos atuado juntos entre janeiro e novembro de 2009, construímos laços e vínculos, estabelecemos relações de troca e, nesse sentido, temos responsabilidades “mútuas” com a educação em saúde que se faz neste território específico.

Os ACS foram convidados a participar do estudo pela própria pesquisadora. Os que concordaram (todos assim o fizeram), depois de esclarecidos os objetivos e metodologia, leram e assinaram um TCLE (Apêndice A). Antes do início da produção de dados, todos os participantes preencheram um questionário (Apêndice B), que subsidiou o delineamento do perfil dos sujeitos. Para garantir seus anonimatos, foram usados pseudônimos que os próprios participantes criaram, o que destacamos no Quadro 1. Na identificação das falas dos sujeitos, acrescentamos a idade, o tempo de ACS e o número do grupo focal em que a referida fala foi obtida.

QUADRO 1: Pseudônimos e características dos sujeitos

Nº Ordem	Pseudônimo	Idade	Tempo de ACS	Número do GF
1	Abençoado	22 anos	1 ano	1º, 2º ou 3º
2	Andorinha	30 anos	13 meses	1º, 2º ou 3º
3	Branca de Neve	21 anos	1 ano 1 mês	1º, 2º ou 3º
4	Caridade	35 anos	8 anos	1º, 2º ou 3º
5	DJ	19 anos	1 ano	1º, 2º ou 3º
6	Fafá de Ourem	29 anos	1 ano	1º, 2º ou 3º
7	Florzinha	53 anos	14 anos	1º, 2º ou 3º
8	Ligado	40 anos	9 anos	1º, 2º ou 3º
9	Moranginho	41 anos	1 ano 4 meses	1º, 2º ou 3º
10	Naza	42 anos	5 anos	1º, 2º ou 3º

No capítulo 3 caracterizamos o perfil dos 10 ACS segundo as seguintes características sócio – econômicas, culturais e demográficas: gênero, idade, escolaridade, estado civil, religião, renda familiar, moradia, tempo de serviço e sobre os cursos que gostam de fazer.

A produção de dados se deu por meio de grupos focais (GF). Pensamos que esta técnica nos forneceu subsídios concretos para a produção de dados sobre RS, pois segundo Flick (2009):

A vantagem aqui é eles não somente permitirem análises de declarações e relatos sobre experiências e eventos, mas também do contexto internacional em que essas declarações e esses relatos são produzidos (p.17).

O local da produção de dados foi a própria USF Santos Dumont, o que foi previamente acertado com os ACS, por ser de fácil acesso para todos. Os Grupos Focais foram constituídos com todos os participantes convidados que aceitaram compor o “grupo de estudos coletivos”. Para que a pesquisa fosse de profundidade e qualidade, nos apropriamos de Flick (2009) que diz que esta técnica qualitativa é destinada a um pequeno grupo de pessoas que tratarão de um ou mais tópicos específicos. Barbour (2009), falando sobre a quantidade de participantes em grupos focais tece suas considerações em relação a quantidade de participantes nos seguintes termos:

Tanto em termos de moderação de grupo (captar e explorar as ideias enquanto elas emergem) e em termos de análise de transcrição, eu diria que um máximo de oito participantes geralmente já é desafiador o bastante (p.89).

Todos os participantes foram identificados com crachás (com os pseudônimos), de acordo com a escolha dos mesmos. Para o registro utilizamos uma filmadora, o que garantiu a fidedignidade do registro dos depoimentos. Comungamos com o pensamento de Ramos(2005), que afirma:

A aliança da observação e da escuta, da linguagem verbal e não verbal que a imagem em movimento, que o documento fílmico proporciona constitui, ao nível teórico e metodológico, um instrumento essencial em diferentes domínios científicos, nomeadamente, em Ciências Sociais e nos Estudos Inter/Transculturais (p.365).

Os procedimentos antes, durante e após o estudo em campo, ocorreram a partir de algumas etapas. Na **etapa 1**, buscamos os consentimentos institucionais visando uma melhor eticidade com a autorização da secretaria municipal de saúde de Benevides (Anexo A).

Foram seguidos os preceitos éticos que a pesquisa com seres humanos exige, e o trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Escola de Educação Física da UEPA, como rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo B). **Na etapa 2**, após a obtenção do parecer do CEP aprovando o estudo, demos início ao processo de seleção dos sujeitos da

pesquisa com o intuito de formar o “Grupo de Estudos Coletivos”. Também, nesta etapa nos dirigimos a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Benevides para solicitar o local para a realização dos GF. Acertado o local, negociamos com os ACS, dias e melhores horários para os encontros.

Na etapa 3 iniciamos / realizamos os Grupos Focais. Nesta etapa, a pesquisa foi feita, em três encontros com os ACS. Todos os GF foram desenvolvidos em quatro momentos de trabalho. Não houve necessidade de outros encontros para o desenvolvimento dos debates, pois atingimos o ponto de saturação. Turato (2003) refere-se a este termo dizendo que “é quando os discursos dos sujeitos passam a apresentar repetições nos conteúdos” (p.363).

Para a coordenação dos encontros, a pesquisadora foi a moderadora da discussão direcionando os participantes ao tema e às questões orientadoras. Para Barbuor (2009), o moderador é o “pesquisador que coordena um grupo focal, colocando questões aos participantes, esclarecendo com eles significados e quaisquer distinções que estão fazendo no decurso da discussão” (p.197).

Tive como assistente uma enfermeira da unidade que se disponibilizou a filmar os encontros, com vistas a fortalecer o registro e facilitar a construção do corpus de análise. Esse procedimento só foi utilizado mediante a autorização dos ACS que concordaram em assinar o TCLE. Caso não concordassem, utilizaríamos apenas registros escritos. Ramos (2005) refere-se ao método fílmico relatando que:

O filme, ao permitir o registro contínuo e minucioso das atividades e comportamentos, ao captar o gesto e a palavra, vem revelar elementos comunicacionais e da vida cotidiana, os quais aparecem como banais e fugazes, como detalhes sem importância, mas que são, todavia, importantes para a análise e comparação das representações sociais, do meio social e cultural e dos procedimentos e técnicas implicadas nas práticas sociais e educativas (p.366).

No **1º GF**, foram discutidas e negociadas as regras de convivência no/ entre o grupo, e foi proposto um “contrato de convivência” de maneira a acolher¹ o grupo. Após o contrato ter sido firmado, entregamos para todos os ACS uma folha de papel A4 (em branco) e um lápis comum para que escrevessem ou desenhassem o que significava para eles educação em saúde; esta primeira expressão escrita ou desenhada foi recolhida e no 3º GF foi devolvida aos ACS para que falassem e refletissem sobre seus desenhos.

¹ Pensamos acolhimento aqui, como ato de aproximação, apresentação, familiarização e iniciação da moderadora (pesquisadora) com o grupo.

No primeiro momento, utilizamos a técnica de dinâmica de grupo “Jogo da Imitação e Mímica”, para sensibilizá-los às ações que iríamos desenvolver no decorrer daquela tarde. Para este primeiro GF, escolhemos a “pedagogia do teatro” para estimular o grupo, pois como afirma Reis (2006):

O teatro humaniza o tema a ser debatido, ao comunicá-lo através da interpretação e da expressão do corpo humano[...] É um método efetivo de (re)construção e interpretação de conhecimentos [...]A linguagem teatral ultrapassa a fala e imprime no corpo sua expressão maior (p.125).

Reis (2006) remete-se ao campo educacional destacando:

O teatro no campo educacional se diferencia do teatro mais direcionado ao entretenimento, por ter como objetivo levar conhecimentos científicos e fazê-los interagir com o conhecimento já existente nos educandos. Desse modo, quando se utiliza a linguagem teatral nas ações de educação, sempre se reserva ao final da peça um momento para o debate entre os participantes, no qual o cenário, o enredo, os personagens se tornam alvo de interpretações, reflexões e debates (p.126).

No segundo momento, o grupo foi dividido em 5 sub-grupos; cada sub-grupo composto por 2 ACS encenaram e encarnaram dois tipos de personagens de acordo com o tema proposto. Os personagens foram: **Educador Real e Educador Ideal.**

O grupo foi conduzido à uma reflexão sobre os personagens encenados e sobre algumas questões: que papel são desempenhados? O que temos hoje? O que tínhamos antes? O que é educação em saúde? No terceiro momento, debatemos sobre as ações realizadas e vivenciadas entre os ACS. No quarto momento, fizemos a avaliação do que foi abordado, sintetizando o ocorrido naquela tarde; agradecemos a presença e marcamos o próximo encontro em uma data conveniente para todos.

O primeiro GF teve início no dia 11 outubro de 2010; começou às 14:00 horas com término às 16:30. Constatamos nesse GF que o teatro estimulou as falas dos ACS, foi após suas encenações que conseguiram sentir-se mais a vontade para expressar-se.

No primeiro momento do **2º GF**, utilizamos a técnica de dinâmica de grupo “Jogo do Toque e da Fala”, em que todos os ACS ficavam imóveis por 3 minutos e a moderadora tocava suas faces com uma pluma. Esta técnica serviu de sensibilização para pensar sobre o agir educativo-cuidativo. Cada um expressou o que sentiu ao ser tocado pelo outro.

No segundo momento, apresentamos o filme “**Fale com ela**” do diretor Pedro Almodóvar, que ganhou o Oscar de melhor roteiro original em 2003. Pensamos na utilização do filme como instrumento disparador de discussão do /no grupo acerca da temática abordada. Entendemos que este é um método que permite uma reflexão dos participantes, permitindo que os mesmos falem sobre a ficção, fazendo um paralelo com suas realidades e seu cotidiano.

Entre outras questões, o filme nos remete à realidades vivenciadas tanto em comunidades hospitalares como em saúde pública; o foco é a questão comunicacional . Após o filme, perguntamos: o que pensou e o que sentiu ao ver o filme? O que há a dizer sobre o filme em relação a educação em saúde e suas vivência? Como fazem educação em saúde?

No terceiro momento, debatemos sobre as práticas e vivências dos/entre os ACS. E no quarto momento, fizemos uma avaliação e síntese do que foi abordado.

Antes de encerrar, solicitamos aos ACS que trouxessem no próximo encontro 2 fotografias de ambientes: 1 ambiente onde se faz educação em saúde e 1 ambiente onde não se faz educação em saúde. Agradeceremos a presença e marcamos o próximo encontro em uma data conveniente à todos. Este segundo GF ocorreu no dia 18 de outubro de 2010 às 14:00 horas, terminando às 16:30 horas.

Constatamos que o grupo voltou-se para a discussão acerca do que faziam e como faziam suas práticas diárias com a comunidade; obtiveram um bom aproveitamento dos discursos que ganharam forças após a exposição do filme utilizado como instrumento disparador/inspirador contribuindo efetivamente na emissão das falas.

No primeiro momento do **3º GF**, iniciamos os trabalhos com a apresentação de imagens de pessoas de todas as idades (crianças, adultos, idosos), índios, mulheres, homens de vestimentas simples, sofisticadas, etc. Após a demonstração de todas as imagens, pedimos para escolherem figuras que representassem educadores. Após escolhidas as imagens, os ACS expuseram suas reflexões sobre as imagens escolhidas.

No segundo momento, pedimos para falar sobre as fotos que cada um registrou sobre o ambiente de educação em saúde, solicitado no encerramento do **2º GF**. No terceiro momento, debatemos sobre o realizado e vivenciado entre os ACS e trabalhamos pinturas, imagens e fotografias como forma de compreender cada vez

mais o cotidiano dos ACS, além de identificar as repercussões de suas vivências no processo de construção dos conhecimentos sobre educação em saúde.

No quarto momento, devolvemos a folha de papel A4 com os desenhos feitos no 1º GF. Pedimos para que olhassem seus desenhos e, com base em tudo que foi discutido, acrescentassem algo ou deixassem como está ou refizessem tudo, caso quisessem. Agradecemos e encerramos o encontro.

Neste 3º GF escolhemos a “pedagogia das imagens”. Segundo Gazzinelli & Reis (2006) a imagem é uma tradução e expressão não restrita da realidade. Isso significa dizer que toda imagem traz consigo uma idéia ou um conteúdo, e as interpretações são a experiência individual e / ou coletiva de que a vê e a analisa:

[...] uma educação em saúde baseada em imagens deve ensejar no educando o movimento tanto e interpretar o que está explícito na imagem quanto o implícito ligado à heterogeneidade de interpretações, inclusive as ideológicas, para um mesmo tema (p.138).

O 3º GF ocorreu no dia 25 de outubro de 2010 com início às 14: 00 hora e terminou às 17:00. Constatamos que tanto os desenhos quanto as fotografias estimularam a criatividade e impulsionaram os sujeitos a falar sobre seu dia-a-dia. Após a realização dos três encontros, iniciamos o procedimento de transcrição das falas.

A descrição e análise dos registros partiram das transcrições dos registros das falas reproduzidos na íntegra e posteriormente seguiu a análise guiada pela técnica de análise de conteúdo do tipo temática (BARDIN, 2008), a fim de se encontrar as respostas para as questões norteadoras e ampliar o conhecimento sobre o tema articulando-o com o contexto.

Segundo Minayo (2006), a análise de conteúdo tem como objeto de estudo a linguagem e buscar a melhor compreensão da comunicação ou discurso, aprofundando suas características gramaticais às ideológicas e outras, além de extrair os aspectos mais relevantes.

Foi utilizada a análise temática, pois, visa obter a compreensão dos significados dos discursos, permitindo “encontrar não só elementos estáveis e contraditórios do discurso social, como também a riqueza simbólica presente no senso comum, que traz à tona o sentimento, a emoção, o entendimento e o sentido que elas dão à sua realidade” (TEIXEIRA, 2006, p. 41).

Foi necessário um esforço teórico para ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo nas interpretações e alcançar uma análise em profundidade em todos os depoimentos / unidades de fala expressos em todos os encontros. Segundo Bardin (2008), a análise de conteúdo pode ser entendida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p.09).

Nesta técnica, os resultados “são tratados de maneira a serem significativos e válidos” (BARDIN, 2008, p.127). Do ponto de vista analítico instrumental este conceito foi fundamental para a compreensão dos dados obtidos. Os registros foram organizados em 10 temas que emergiram do trabalho de análise, representativos dos significados dos discursos dos 10 ACS. Estes configuraram os 4 eixos que possibilitaram uma melhor compreensão das RS sobre educação em saúde (Quadro 2).

QUADRO 2: Eixos Temáticos e Temas Emergentes

EIXO 1- COMO SABEM
TEMA 1 – A DESCOBERTA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: emerge um (novo) conceito TEMA 2 – A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
EIXO 2 - O QUE SABEM
TEMA 3 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO E TEM LUGAR TEMA 4 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO DE CUIDAR PARA O CUIDAR DE SI TEMA 5 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO ENTRE PESSOAS
EIXO 3 - O QUE FAZEM E COMO FAZEM
TEMA 6 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO DE QUEM SABE E “RITUAL” DE PASSAGEM <i>SUBTEMA 1 – É ATO AO ORIENTAR PARA A PREVENÇÃO E O CUIDADO DE SI</i> <i>SUBTEMA 2 – É ATO ÉTICO E RESPONSÁVEL</i> <i>SUBTEMA 3 – É ATO INACABADO QUE SE RENOVA A CADA DIA</i> <i>SUBTEMA 4 – É ATO INTERESSADO E POLÍTICO</i> TEMA 7 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO QUE TEM CONTEÚDO
EIXO 4 – O QUE PENSAM SOBRE O QUE FAZEM
TEMA 8 – EU-EDUCADOR <i>SUBTEMA 1- O AMOR CURA E ENSINA A CUIDAR</i> <i>SUBTEMA 2 - TRABALHAR E EDUCAR COM AMOR É ESCUTAR</i> <i>SUBTEMA 3 – SER ACS É AJUDAR E SE REALIZAR</i> TEMA 9 – EU ENTRE OS OUTROS TEMA 10 – EU NA COMUNIDADE <i>SUBTEMA 1 – A SAÚDE NA / DA COMUNIDADE</i> <i>SUBTEMA 2 – AS RESPOSTAS E SENTIMENTOS DA / NA COMUNIDADE</i>

CAPÍTULO 2

ANCORAGENS TEÓRICAS

2.1 – Marco Teórico: A Teoria das Representações Sociais

A vida em grupo possibilita aos sujeitos produzir, transmitir, (re) significar e socializar representações sociais (RS) e estabelecer formas de comunicação que proporcionam uma compreensão do real, do comum a todos. Tal compreensão passa a ser possível quando adotamos em pesquisar a Teoria das Representações Sociais (TRS). O precursor da TRS é Serge Moscovici, que formulou a teoria partindo do conceito de representações coletivas proposto por Émile Durkheim.

O precursor Serge Moscovici, romeno naturalizado francês, psicólogo, foi o pioneiro ao introduzir o conceito de representações sociais na psicologia social contemporânea, juntando dados e informações que fortaleceram sua teoria que se difundiu em vários campos do conhecimento a partir da obra *La psychanalyse, son image et son public*, em 1961 na França. A TRS não obteve, no entanto, expressão nos anos 60, alcançando somente nos anos 80 seu reconhecimento.

A partir de então passou a ser difundida, sofrendo severas críticas, em especial sobre a indefinição conceitual apresentada. Moscovici (1981) argumentava nesta época que o campo estava em formação e se delineando.

No Brasil, a teoria começou a ganhar espaço nos anos 90, tendo como palco instituições de pós-graduação. Moscovici (1981), diz que uma representação tanto produz como determina comportamentos, pois é uma forma de conhecimento particular que se veicula na comunicação entre os indivíduos. Estão presentes no nosso universo cotidiano e materializam-se na fala, no gesto, em um encontro, e emergem das relações em sociedade.

A partir das distinções de Lévy-Bruhl e Piaget, é que Serge Moscovici (1961) propõe a coexistência, nas sociedades contemporâneas, de dois distintos universos de pensamento: o universo reificado, em que se produzem e circulam as idéias das ciências e o pensamento erudito caracterizado pela objetividade, rigor lógico e metodológico, teorização abstrata, especialização e estratificação hierárquica; e os universos consensuais, em que se produzem e circulam as representações sociais, sem limites especializados, pautados por uma “lógica natural”, menos sensível à objetividade e mais abertos a sentimentos compartilhados de plausibilidade.

O autor retoma seus pensamentos ao referir que a vida social é a base comum da comunicação e da ideologia. Entendendo a comunicação e seus conceitos, temos: a **Difusão**, tida pela grande imprensa, cujo principal objetivo é desenvolver um interesse comum sobre um dado assunto; a **Propagação**, pela

imprensa católica que visa expandir sua visão de mundo, acomodando seletivamente outras perspectivas ao seu próprio sistema e a **Propaganda**, pela imprensa comunista, que identifica e opõe “conhecimentos falsos” ao seu próprio, verdadeiro.

Moscovici (2007) enfatiza sua idéia quando se refere ao estudo da comunicação como um objeto adequado da ciência se nós mudarmos essa perspectiva e passarmos a entender a comunicação como um processo autônomo, que existe em todos os níveis da vida social.

É através dos intercâmbios comunicativos que as representações sociais são estruturadas, construídas e descontraídas. É essa relação dialética entre comunicação e representação que está no centro da “imaginação sociopsicológica” de Moscovici (DUVEEN, 2007, p.28).

O precursor da TRS fala na natureza das RS que convencionalizam os objetos pessoas ou acontecimentos, determinam suas categorias e gradualmente as colocam como um modelo partilhado por um grupo, assim, nós passamos a afirmar que a terra é redonda, associamos o comunismo com a cor vermelha ou com “pessoas que comem gente”, a AIDS com homossexuais, tuberculose com pessoas tossindo.

A TRS, parte da premissa que existem formas diferentes de pensar e se comunicar, e uma destas formas é o universo consensual, que corresponde ao conhecimento e comunicação na conversação informal, ou seja, vida cotidiana. Por isso, enfatiza-se: o senso comum, o saber popular, o conhecimento cotidiano.

E partindo de tais preceitos, a TRS foi ganhando forças e forma originando as três teorias complementares: processual, estrutural e relacional ou societal. Temos Denise Jodelet, que trabalha com a abordagem processual, a qual será contemplada com mais especificidade e propriedade no decorrer deste trabalho, e antecipadamente menciono que tal abordagem tem uma maior proximidade com a proposta original de Serge Moscovici, em que confere ênfase ao processo de constituição das representações, embora afirme a importância também do seu produto, que são os conteúdos.

Já na abordagem relacional ou societal, de Willem Doise, se retomam as RS em articulação com a perspectiva sociológica de Pierre Bourdieu, dando-se ênfase às relações sociais, bem como às as condições de produção e circulação das RS,

focando o aspecto sócio-contextual das representações, privilegiando também, uma orientação metodológica estatística relacional (SÁ, 2001).

Na abordagem estrutural, de Jean-Claude Abric, que dá ênfase à estrutura dos conteúdos cognitivos das representações, embora se ocupe também do processo de sua transformação a partir das práticas sociais, o autor centra-se mais sobre o aspecto constituído do que sobre o aspecto constituinte das representações, e privilegia uma orientação metodológica quase-experimental utilizando-se softwares em suas pesquisas (SÁ, 2001).

Para pensar em **representações sociais** é preciso entender e acatar o senso comum com um conhecimento e entendê-las como idéias socializadas. É preciso também entender que a imaginação cultural vem de um vasto campo de objetos culturalmente construídos ao longo do tempo por sujeitos que interagem e se comunicam.

Estas comunicações se dão à medida que os eventos vão acontecendo, as ações vão sendo realizadas em conjunções sociais e políticas, e assim, as representações passam a ter significado à um dado grupo.

O sujeito do conhecimento é um sujeito ativo e criativo, sendo assim, o processo de geração do conhecimento ocorre de maneira dinâmica, com a participação e criação das pessoas envolvidas neste processo, deixando de lado o método tradicional de transmissão de conhecimento passivo, em que os indivíduos atuam como meros expectadores, e não participam da tomada de decisões. Aqui, o sujeito é atuante. Jodelet (2001) define representações sociais como:

[...] 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". Isso significa uma forma de pensamento compartilhada, elaborada pelos grupos de indivíduos, como forma de entender um fato que lhe é estranho (p 32)".

A autora também exprime em seus pensamentos, questões como as trocas cotidianas que as representações sociais permitem nas relações:

[...] Finalmente, por meio destas varias significações, as representações sociais expressam aqueles (indivíduos ou grupos) que as forjam e dão uma definição específica ao objeto para elas representado. Estas definições partilhadas pelos membros de um mesmo grupo constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo. Esta visão, que pode entrar em conflito com a de outros grupos, é um guia para as ações e trocas cotidianas, trata-se das funções e da dinâmica social das representações (JODELET, 2001, p.21).

As representações sociais trabalhadas por Serge Moscovici (2007), nos remetem a identificar algumas funções: *função-saber* – as representações sociais permitem que o sujeito compreenda e explique seu mundo e o construa a partir do que vivencia em seu cotidiano; *função-orientação* – as representações sociais podem guiar e orientar os comportamentos e as práticas sociais; *função-identitária* – as representações sociais definem a identidade social e sustentam a especificidade dos grupos; *função-justificatória* – as representações sociais permitem, *a posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos prévios ou da própria mudança de atitudes.

Entendendo tais funções, compreendemos a legitimação e a comunicação enquanto processos que servem para enfatizar o sentido da heterogeneidade da vida social moderna, permitindo uma visão que ajuda a pesquisa sobre representações sociais assumir um foco distinto, na emergência de novas formas de representação nas quais circulam as idéias. Assim, a representação social é fortemente ligada à comunicação. Segundo Moscovici (2007):

Os problemas reais são muito mais amplos. Eles residem nas questões sobre por que e de acordo com que retórica nós nos e comunicamos e sobre a maneira como nossa motivação para a comunicação se reflete em nossos mundos de comunicação. Os meios de comunicação de massa, cujo objetivo é persuadir, são uma parte secundária da rede total de comunicações[...]A cultura é criada pela e através da comunicação, e os princípios organizacionais da comunicação refletem as relações sociais que estão implícitas neles (p.155).

Enquanto essas representações, que são partilhadas por tantos, penetram e influenciam a mente de cada um, são re-pensadas, re-citadas, re-apresentadas. São impostas sobre nós e transmitidas; são o produto de uma seqüência completa de elaboração e mudanças que ocorrem no decorrer do tempo e são resultados de sucessivas gerações (MOSCOVICI, 2007).

O propósito das representações é transformar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, em familiar. Os dois processos constitutivos dessa dinâmica são a ancoragem e a objetivação.

O processo de ancoragem consiste na integração cognitiva do objeto representado – idéias, acontecimentos, pessoas, relações – a um sistema de pensamento social preexistente. Ancorar é classificar e denominar alguma coisa, pois coisas não classificadas nem denominadas são estranhas ou não existentes

para as pessoas. Por isso, esse processo de Classificação – constitui a inclusão do objeto numa classe, pela sua comparação com protótipos estocados na memória; e Denominação – retira o objeto do anonimato, pela sua localização de categorias e imagens comuns e colocá-las em um contexto familiar.

Após ter-se identificado e compreendido a ancoragem, parte-se para a *Objetivação* que consiste numa operação imaginante e estruturante, pela qual se descobre a qualidade física de um objeto abstrato e lhe dá uma forma, figura, imagem e torna-se a verdadeira essência da realidade.

O autor afirma que a objetivação une a idéia de não familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade: “a palavra que substitui a coisa na coisa que substitui a palavra”. Um exemplo muito utilizado pelo autor é a comparação de Deus com o pai, ou seja, algo invisível se torna visível. Assim, pode-se pressupor que as palavras sempre falam de alguma coisa, se é levado a buscar sua equivalência no não-verbal.

A ancoragem e a objetivação são maneiras de lidar com a memória .A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, esta sempre colocando e retirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. Já a objetivação sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior para fazer as coisas conhecidas a partido do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2007,p 78).

A familiarização é sempre um processo constitutivo de ancoragem e objetivação através do qual o não-familiar passa a ocupar um lugar dentro do nosso mundo familiar (MOSCOVICI, 2007, p.61).

Com vistas a atender o objetivo proposto, nos voltamos com mais ênfase, nesta pesquisa, à **abordagem processual**, do que tratamos a seguir.

A abordagem processual, em seu conceito, é uma das três dimensões da Teoria das Representações Sociais, e constitui um arcabouço teórico que amplia, consolida e fortalece o pensamento do precursor Serge Moscovici. Esta abordagem contribui com a evolução da teoria nos dias atuais, destacando a complexidade e transversalidade da teoria no campo das ciências humanas e enquanto um domínio conceitual de pesquisa com metodologia própria.

Tal abordagem nos proporciona um entendimento sobre as representações sociais de maneira a pensá-las tanto individual como coletivamente, em que o

sujeito constitui - se e reconstituí-se nas relações vivenciadas, nas relações cotidianas.

Jodelet (1990) refere-se ao aspecto constituinte das representações e sobre o aspecto constituído das representações e faz trabalhos seguindo a orientação metodológica etnográfica, como foi o caso da obra *Loucuras e Representações Sociais*. Jodelet (2001) diz que de alguns anos para cá, os fenômenos de representação vêm - se tornando um assunto central para as ciências humanas. "Em torno deles constitui-se um domínio de pesquisa dotado de instrumentos conceituais e metodológicos próprios, que interessa a várias disciplinas" (p.17).

Jodelet (1990) delinea e sistematiza o campo da psicologia social, dá uma vasta contribuição ao campo e tem como intuito aprofundar a TRS, procurando esclarecer melhor os processos formadores das representações sociais, que partem, segundo a autora, de processos cognitivos assim como das interações sociais. Jodelet (2001) reporta-se às representações como formas de saber prático ligando um sujeito à um objeto e diz que "a representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito)"(p.27).

[...] as representações sociais são abordadas concomitantemente como produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade. Isto quer dizer que nos interessamos por uma a modalidade de pensamento, sob seu aspecto constituinte - os processos, e constituído - os produtos ou conteúdos. Modalidade de pensamento cuja especificidade vem de seu caráter social (JODELET, 2001, p.22).

Ao analisar os processos responsáveis pela construção das representações, Jodelet (2001) especifica suas características e fases procurando esclarecer como os mecanismos sociais interferem na elaboração psicológica que constitui a representação e como esta elaboração psicológica interfere na interação social.

A autora faz a definição de objetivação como uma operação imaginante e estruturante que dá corpo aos esquemas conceituais, reabsorvendo o excesso de significações, procedimento necessário ao fluxo das comunicações. Diz que o processo de objetivação consiste em três fases: "a construção seletiva, a esquematização estruturante e a naturalização" (p.38).

Na construção seletiva, acontece o processo no qual o sujeito se apropria das informações e dos saberes sobre um dado objeto. Nessa apropriação, alguns elementos são retidos, enquanto outros são ignorados ou rapidamente esquecidos. As informações que circulam sobre o objeto vão sofrer uma triagem em função de

condicionantes culturais (acesso diferenciado às informações em decorrência da inserção grupal do sujeito) e, sobretudo, de “critérios normativos” (sistema de valores circundantes triados).

Na esquematização, uma estrutura imaginante reproduz, de forma visível, a estrutura conceitual de modo a proporcionar uma imagem coerente e facilmente exprimível dos elementos que constituem o objeto da representação, permitindo ao sujeito apreendê-los individualmente e em suas relações. O resultado dessa organização é chamado de núcleo ou esquema figurativo. O núcleo figurativo, por sua vez, permite concretizar, coordenando-os, cada um dos elementos, os quais se tornam “seres da natureza” (JODELET, 2001, p.37).

Jodelet (2001) esclarece ainda que, embora a objetivação tenha sido descrita com referência à representação de uma teoria científica, o processo de construção seletiva / esquematização estruturante /naturalização parece generalizável à formação de qualquer representação. A generalidade da naturalização é importante em contextos sociais reais como explicita no texto:

A naturalização das noções lhes dá valor de realidades concretas, diretamente legíveis e utilizáveis na ação sobre o mundo e os outros. De outra parte, a estrutura imagética da representação se torna guia de leitura e, por generalização funcional, teoria de referência para compreender a realidade [...] e à lógica natural, característica de um pensamento orientada à comunicação e à ação. Permitem igualmente explicar o caráter ao mesmo tempo concreto e abstrato das representações e de seus elementos, que têm um estatuto misto de fenômeno percebido e de conceito (JODELET, 2001, p.39)

O segundo processo trata da ancoragem, que consiste no enraizamento social da representação à integração cognitiva do objeto representado no sistema de pensamento preexistente, e em conseqüência, ocorre uma transformação em um e no outro. Não se trata mais, como na objetivação, da construção formal de um conhecimento, mas de sua inserção orgânica em um pensamento constituído.

Ao analisar a ancoragem como atribuição de sentido, a autora afirma que a hierarquia de valores prevalentes na sociedade e em seus diferentes grupos contribui para criar em torno do objeto uma rede de significações na qual é inserido e avaliado como fato social.

A estrutura imaginante torna-se um guia de leitura da realidade e, por “generalização funcional”, referência para compreender a realidade. Esse sistema de interpretação tem uma função de mediação entre o indivíduo e seu meio e entre os

membros de um mesmo grupo, “ligadas a pertença social dos sujeitos, concorrendo para afirmar a identidade grupal e o sentimento de pertencimento do indivíduo” (JODELET, 2001, p.22).

Assim, a representação, segundo a autora, permite classificar pessoas e acontecimentos, comunicar-se usando a mesma linguagem e, portanto, influenciando numa legitimidade social ou forma de inserir-se e sentir-se no grupo. Logo, a ancoragem fornece à objetivação seus elementos imaginados que antecipam uma construção final, para servir à elaboração de novas representações.

Penso que a representação sempre se constrói sobre um “já pensado”, manifesto ou latente. A “familiarização com o estranho” pode, com a ancoragem, fazer prevalecer quadros de pensamento antigos, posições preestabelecidas, utilizando mecanismos como a classificação, a categorização e a rotulação (MOSCOVICI, 2005). E classificar, comparar, rotular supõe sempre um julgamento que revela algo da teoria que temos sobre o objeto classificado:

Conteúdos e estruturas são refletidos por outro processo, a ancoragem, que intervém ao longo do processo de formação das representações, assegurando sua incorporação ao social. Por outro lado, a ancoragem enraíza a representação e seu objeto numa rede de significações que permite situá-la em relação aos valores sociais e dar-lhes coerência. Entretanto, nesse nível, a ancoragem desempenha um papel decisivo, essencialmente no que se refere à realização de sua inscrição num sistema de acolhimento nocional, um já pensado. Por um trabalho da memória, o pensamento constituinte apóia-se sobre o pensamento constituído para enquadrar a novidade a esquemas antigos, ao já conhecido (JODELET, 2001, p.39).

Estabelecendo uma síntese acerca dos pensamentos de Jodelet ao reportar-se à abordagem processual, entendo que a autora procura mostrar como o processo de ancoragem, relacionado dialeticamente à objetivação, articula as três funções básicas da representação: a função cognitiva de integração da novidade, a função de interpretação da realidade e a função de orientação das condutas e das relações sociais. Assim, esse processo permite compreender: primeiro - como a significação é conferida ao objeto representado; segundo - como a representação é utilizada como sistema de interpretação do mundo social e instrumentaliza a conduta; terceiro - como se dá sua integração em um sistema de recepção e como influencia e é influenciada pelos elementos que aí se encontram.

A autora então, nos revela que o pensamento e a compreensão de que o conhecimento se constitui em processos de desenvolvimento contínuo e permanente

nas reflexões, e seu produto está constituído nas decisões e elaborações que emergem em âmbito coletivo ou individual nas relações.

Em síntese, nesta abordagem, convergimos com o pensamento contemporâneo das ciências sociais, no qual a psicologia social está inserida, fazendo com que a psique humana seja tratada e estudada nas relações interpessoais, dando ênfase as discussões, em que a ciência não é a única detentora de conhecimento muito menos é o único saber.

2.2 – Bases Conceituais

- **Educação em Saúde**

Nosso objeto de estudo (as representações sociais sobre educação em saúde entre agentes comunitários de saúde), nos indica a necessidade de um resgate histórico sobre a educação em saúde, tanto a história do conceito como da disciplina que emerge entre as áreas da saúde e educação.

A história da educação em saúde em nosso país perpassou por inúmeras transformações ao longo do tempo (século XIX até meados do século XX) e foram se fortalecendo a partir de práticas discursivas que vêm viabilizando a compreensão do conceito de educação em saúde, que era considerada segundo Saboia (2003), o mesmo que educação sanitária, cujo foco central esteve situado na relação do homem com o meio ambiente, foi se alargando até ser compreendido como educação a favor da promoção da saúde humana e qualidade de vida.

O **primeiro marco histórico** que se destaca é a Revolução Francesa no século XVIII, pois havia uma grande preocupação com o desenvolvimento de ações educativas, na tentativa de combater os problemas de saúde da população (SABÓIA, 2003). Aquelas medidas (ações educativas) tinham características que, creio, até hoje existirem como as ações disciplinares provindas de mentes que detinham o poder único e absoluto do saber.

Os detentores deste “saber único” foram oriundos da medicina emergente na época e que se fortalecia com a problemática sanitária que nascia com o processo de urbanização na crescente economia e massificação das cidades. Tais acontecimentos geravam o número de esgotos a céu aberto e conseqüente número de pragas, transmitindo doenças e iniciando epidemias avassaladoras; como por exemplo, a cólera, que levava muitas pessoas à óbito. Diante de tais acontecimentos de natureza social e política Sabóia (2003) diz:

Os médicos e governantes da época passaram a implantar medidas de intervenção, entre as quais destaco a quarentena: esse modelo de controle sanitário, existente na Europa desde o fim da Idade Média funcionava como estratégia de emergência no combate às doenças epidêmicas que apareciam nas cidades (p.53).

Entendendo esse contexto, percebe-se que o poder político da medicina tinha tanta força a ponto de distribuir os indivíduos lado a lado, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los para constatar seu estado de saúde e doença verificando quem seria inspecionada por um olhar permanente e controlar por meio de registros, todos os acontecimentos os, “controlando assim, toda a população pobre” (MOHR; SCHALL,1992, p.15).

Analisando e trazendo para uma reflexão atual, e local pode-se considerar que “vigiar”, controlar e registrar os dados e informações sobre o estado de saúde e doença dos indivíduos é ainda hoje, uma prática no campo da saúde e por parte dos profissionais que nela atuam.

Ao desenvolverem práticas educacionais em saúde, os personagens que atuam nesta grande área tendem a reforçar estratégias de exercício do poder disciplinar, fortalecendo assim, a relação de poder/saber que existe e resiste consciente e inconscientemente entre os profissionais de saúde e até mesmo entre os próprios pacientes, hoje chamados clientes.

O **segundo marco** são as práticas intervencionistas no Brasil, que são diferentes das demais pelo mundo. Sabóia (2003) comenta sobre as iniciativas que tinham como prioridade, higienizar ruas e casas, aterrar águas paradas, purificar o ar e organizar os serviços de saúde, já no final do século XIX.

Após a Proclamação da República em 1889 iniciaram as implantações de modelos “modernos” de saúde, os quais tinham interesses vinculados à situação econômica e política de desenvolvimento do país, nos quais as áreas portuárias teriam que ficar “limpas” de pestes e doenças.

No final do século XIX e início do século XX, em virtude das necessidades de domínios sobre as epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, nos grandes centros urbanos visto que estas acarretavam transtornos para a economia agroexportadora, desenvolveram-se as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde, que se voltavam principalmente às classes subalternas que

eram tratadas com autoritarismo, com imposição de normas e medidas de saneamento com respaldo da cientificidade (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Tais medidas eram lideradas por intermédio da política sanitária de Oswaldo Cruz que utilizou métodos como a vacinação compulsória e vigilância nas atitudes e moradias dos pobres, com a finalidade de controlar a disseminação de doenças (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Durante o governo de Prudente de Moraes em 1894, o médico sanitarista Oswaldo Cruz foi designado para a diretoria geral de Saúde Pública, na qual trabalhou intensamente implantando estratégias políticas de campanhas influenciadas pelos modelos assistenciais europeus. Porém, tais “iniciativas causaram grandes resistências e pressões, provenientes dos segmentos populares e de forças populares gerando insatisfações e resultando na denominada Revolta da Vacina em 1904” (SABOIA 2003, p.54).

Tais práticas eram orientadas por discursos biologicistas, que reduziam a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde.

Discursos estes, que propagavam a problematização da saúde no país decorrente da falta de atenção por parte dos indivíduos para as normas de higiene, afirmando que os problemas de saúde estavam atrelados ao comportamento e atitudes das pessoas, principalmente, as de baixa renda. Tal quadro persiste até a década de 1960.

Mohr e Shall (1992) relatam, que no início da década de 1960, com a chegada da medicina comunitária, percebe – se a necessidade da participação da comunidade para a solução de seus próprios problemas, porém, com uma responsabilidade única afastando a responsabilidade e culpabilidade dos determinantes sociais existentes.

No período do regime militar a educação em saúde se manteve inexpressiva, sem forças, devido às limitações de espaços institucionais para sua realização. Nesse período, os serviços médicos privados curativistas se sobrepuseram em detrimento dos serviços de atenção primária que foram “abafados” e oprimidos (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Desde este período, no entanto, a educação em saúde começou a ser repensada, de forma a se superar a concepção biologicista e passar para uma

abordagem resultante da inter-relação entre fatores sociais, econômicos e culturais. Paralelamente a isso, ocorria também, um questionamento das práticas pedagógicas persuasivas, e o autoritarismo entre educador e educando de transmissão verticalizada com a negação da subjetividade nos processos educativos. Segundo Alves (2005):

O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e aperfeiçoamento (p.46).

Tais fatores sociais começaram a ser questionados pelos contra-movimentos ao regime militar de tal forma que, a partir deste contexto, surge a preocupação com o desenvolvimento da autonomia das pessoas que passaram a reivindicar seus direitos como sujeitos sociais e ao acesso à saúde e educação de qualidade.

Alvez (2005) refere-se a um novo discurso no campo da educação em saúde, e do qual surgiram dois modelos de abordagem: tradicional e dialógico; o primeiro (tradicional), trabalha focalizando a doença e o processo saúde-doença de forma curativista e fundamentado em um referencial biologicista de maneira que a prevenção estará pautada nas atitudes individuais.

Enquanto que o segundo (dialógico), possui duas perspectivas básicas: primeiramente é necessário se conhecer os indivíduos para os quais serão destinadas as ações de saúde e suas condições de vida, e a segunda perspectiva, parte da premissa que é preciso envolver os indivíduos nas ações exercidas e que a partir do diálogo e “intercâmbio” de saberes técnico-científicos e populares, é que será possível construir de forma compartilhada um saber mais apropriado do processo saúde-doença.

Neste contexto, já na década de 1980, ocorre ampla discussão de novos rumos para a educação em saúde e alguns eventos muito importantes no que diz respeito a saúde. Um deles foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, em março de 1986 que apontou novas dimensões que foram incorporadas na Constituição Brasileira de outubro de 1988.

Essa conferência pode ser considerada como um marco histórico na política de saúde brasileira, pois foi através dela que se conseguiram avanços significativos em direção às propostas de democratização da saúde a exemplos como: o direito a

saúde como direito de cidadania garantido pelo estado; a criação de um sistema único descentralizado, universal, municipalizado hierarquizado com a participação e controle da população (SABÓIA, 2003, p.70).

O percurso histórico das ações de educação em saúde contribui com a “evolução” das concepções de educação em saúde, caracterizando o delineamento de um novo campo disciplinar: um ensino prático sobre a prática de ensinar os indivíduos. E nessa perspectiva que surge no Brasil, disciplinas que vêm suprir as necessidades encontradas. Mohr e Schall (1992), datam a década de 1920 como ponto importante do **ensino de educação em saúde** com a criação da cátedra de higiene na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. E nesta mesma década, houve também um deslocamento da ação da política médica para a educação sanitária.

A visão positivista subjacente era de que a educação poderia corrigir, através da higiene, a “ignorância familiar” que comprometia a saúde da criança e de que a saúde individual era a base da estabilidade e segurança da nação. A escola não seria apenas um espaço de ensino, mas um agente terapêutico, recaindo sobre o professor a tarefa de transformar o mundo (MOHR ; SCHALL,1992,p.199).

Tem-se neste período em São Paulo, 1922, os serviços de saúde pública, que passaram a desenvolver atividades inovadoras que refletiam na Faculdade de Medicina de São Paulo com idéias renovadoras trazidas pelo então diretor do instituto de higiene, Geraldo Horácio de Paula Souza que também era responsável pela Direção Geral do Serviço de Saúde Pública do Estado.

De acordo com o Decreto 3.876, cabia à Inspeção de Educação Sanitária "promover a formação da consciência sanitária da população em geral. A expressão fora infeliz – por "consciência sanitária" se compreendia, na época, a disseminação de conhecimentos na área da saúde, a que se denominava, também, de "educação higiênica". De acordo com PAULA SOUZA, a educação sanitária deveria se desenvolver com toda a generalidade possível e pelos processos mais práticos, de modo a impressionar e convencer os educandos a implantar hábitos de higiene(CANDEIAS,1988,p.350)

A autora analisou documentos que se referiam à Educação Sanitária, desde sua origem como disciplina de ensino, em 1925, até sua transformação na disciplina Educação em Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública, em 1967. Ao fazer seu estudo, Candeias (1988) identifica o primeiro curso de educação sanitária que é datado de 1926, com a constatação no artigo da Lei 2121 que regulamentava o curso de educadores sanitários. Tal artigo, dizia que o curso, era de nível médio e dirigia-se a professores primários e regentes de classe:

O objetivo expresso era ministrar conhecimentos teóricos e práticos de higiene para que estes professores os introduzissem, posteriormente, nos recém-criados Centros de Saúde e em escolas públicas, a partir de uma proposta eminentemente profilática. No relatório apresentado por PAULA SOUZA a JOSÉ MANUEL LOBO, em 1925, já constava o regulamento do Curso para Educadores Sanitários, a ter início em 1926, cujo intuito, como já se disse, seria a disseminação de conhecimentos de higiene entre a população ("consciência sanitária") e, além disso, a cooperação em campanhas profiláticas. O ensino do primeiro curso de Educação Sanitária compreendia nove cadeiras: 1) Noções de Bacteriologia aplicada à Higiene; 2) Noções de Parasitologia e Entomologia aplicada à Higiene; 3) Noções de Estatística Vital e de Epidemiologia; 4) Higiene Pessoal, Nutrição e Dietética; 5) Higiene Infantil; 6) Higiene Mental, Social e do Trabalho; 7) Higiene Municipal e das Habitações; 8) Ética, Educação e Administração Sanitária; 9) Princípios e Processos de Enfermagem em Saúde Pública (CANDEIAS, 1988, p.351).

Tais considerações nos fazem refletir sobre a estratégia governamental que se evidencia nos interesses existentes que ajudaram concretamente o início do pensar educativo influenciado pelo então Diretor geral dos serviços de saúde pública Horácio de Paula Souza.

É importante salientar aqui, que houve dois fatores/interesses que fundamentaram a iniciativa: o reconhecimento emergente a nível internacional, da importância da educação em saúde na prática da saúde pública e a inexistência de enfermeiras na rede de serviços do Estado. Candeias (1988) reporta-se.

[...] a Escola de Enfermagem que foi criada pelo Decreto- Lei 13.040, em 31 de dezembro de 1942, portanto, dezessete anos após a criação do curso de Educação Sanitária que até então, era desenvolvido como profissionalização de nível médio (p.353).

Têm-se alguns achados interessantes, que são transição e reconstituição das idéias das secretarias de educação e saúde da época que fortalecem algumas percepções como mostra Candeias (1988):

Em 1931, o Instituto de Higiene transformou-se na Escola de Higiene e Saúde Pública. Pouco antes de ARTHUR NEIVA Secretário do Estado dos Negócios do Interior (1880-1943) afastar-se da Secretaria do Estado dos Negócios do Interior, decidiu realizar importantes reformas em alguns dos departamentos sujeitos àquela Secretaria, entre os quais se encontravam o Serviço Sanitário, o Ensino Normal, o Instituto Butantã e o Instituto de Higiene. O Decreto 4.917, de 03 de março de 1931, transformou a Secretaria do Estado do Interior em Secretaria do Estado de Educação e Saúde Pública. A este seguir-se-ia o Decreto 4.955, de abril de 1931: **Artigo 1o** - O Instituto de Higiene de São Paulo, criado pelo Governo do Estado em colaboração com a Fundação Rockefeller, e oficializado

pela lei no 2018, de 26 de Dezembro de 1924, fica reorganizado nos termos do presente decreto; **Artigo 2o** O Instituto de Higiene de São Paulo, que é a Escola de Higiene e Saúde Pública do Estado, subordinado à Secretaria da Educação e da Saúde Pública por meio de cursos regulares e outros de emergência, servindo ao aperfeiçoamento e habilitação técnica para funções sanitárias(p.355).

Vale ressaltar, que a educação em saúde se tornou obrigatória nas escolas brasileiras de primeiro e segundo graus através do artigo 7º da lei 5.692/71 com o objetivo de estimular o conhecimento e a prática da saúde básica e da higiene nas escolas.

Os caminhos do ensino da educação em saúde, marcados pelo higienismo e sanitarismo no início do século XX, vão se direcionando, a partir da década de 1970 à outros paradigmas, culminando na década de 1990 com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), que por sua vez, concebem tal ensino como “transversal” às disciplinas ministradas em sala de aula.

Dois rumos são evidentes: um ensino de educação em saúde para profissionais de saúde, em cursos de graduação e pós- graduação; um ensino de saúde para alunos da educação básica

Muitos ainda são os limites e desafios de ambos, rumos a uma concepção contemporânea de promoção à saúde. Percebe-se a importância e a força que a educação e a saúde têm quando em comunhão. Percebe-se também que historicamente, essas duas áreas vêm andando juntas, escrevendo o percurso das práticas educativas no campo da saúde ao longo do tempo.

O conceito de educação em Brandão (2007) reforça tal perspectiva, pois prioriza a relação da educação com os grupos sociais, caracteriza a educação como um processo que se confunde com o próprio existir da humanidade, acontecendo em todos os momentos, instituições e instância da vida:

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nós envolvemos pedaços da vida com ela:para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar.Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação (p.7).

Ao pensar a educação em saúde como um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção e promoção da saúde, como preconiza o SUS, pode-se compreender que se trata de um recurso por meio do qual o conhecimento científico é reproduzido no campo da saúde e da educação.

Tal conhecimento é veiculado pela educação e intermediado pelos profissionais de saúde, atingindo a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para adoção de novos hábitos e condutas educativas na área da saúde.

Os serviços de atenção básica à saúde têm um contexto privilegiado, pois possuem uma característica peculiar de maior possibilidade e proximidade com a comunidade sendo dessa forma o grande ambiente para a aplicação da educação em saúde com qualidade.

Portanto, o desenvolvimento adequado das atividades de educação em saúde, tanto no espaço escolar como fora dele, com crianças, jovens, adultos, e idosos tem infinitas possibilidades que devem ser estruturadas de acordo com cada situação em particular. É preciso entender que os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolva conhecimentos, habilidades e técnicas dentre as quais é possível o reconhecimento ímpar da educação em saúde.

As ações de educação em saúde avançaram, é o que a história revela, de práticas sanitárias à preventivas; o ensino de educação em saúde também vem acompanhando tal avanço, o que nos faz querer saber quais as representações sociais sobre educação em saúde entre agentes comunitários de saúde (nosso objeto de estudo). Tais representações aproximam-se ou distanciam-se das novas concepções vigentes que a história nos revela? Eis nosso desafio...encontrar resposta à essa questão.

A educação em saúde se movimenta de acordo com as políticas locais e nacionais visando alguns interesses momentâneos; pensar a educação em saúde é pensar em uma educação dialógica, enquanto processo, assim como transformadora enquanto processo de formação contínua seguindo uma lógica dialética.

Pensamos que a educação em saúde deve ser entendida pelos governantes como um recurso que promove a saúde, e como tal, precisa ter prioridade na estratégia de mudança de realidade de maneira transformadora, facilitadora e libertadora.

Transformadora ao estimular o profissional à consciência crítica sobre os determinantes biopsicossociais relacionados ao ato de adoecer, e de comprometimento com a transformação social. Facilitadora, de maneira a favorecer

a participação da comunidade em todas as instâncias, do planejamento à avaliação das ações. Libertadora, na medida em que o sujeito envolvido transforme a sua realidade e conseqüentemente seja transformado por ela ocasionando um ciclo de transformação mútua entre o sujeito e o objeto.

Tal prática educativa libertadora segundo Freire (2006) faz com que o homem entenda sua inserção no processo histórico, enquanto um ser crítico, que seja capaz de reconhecer-se ingênuo diante de sua realidade inicial porém tornando-se consciente de sua situação existencial, concreta e com injustiças. E ciente desta, partir em luta para uma transformação consciente.

Pensamos que fazer educação em saúde é um ato ou atos de extrema dedicação com os movimentos comunicacionais e institucionais, de maneira a atuar diretamente na promoção da saúde junta a comunidade proporcionando um árduo processo de motivação e estímulo do indivíduo e do grupo ao qual pertence e pelo meio ambiente, destacando dimensões positivas em relação a saúde que integram todos os setores da sociedade.

Trazemos promoção para este diálogo, enquanto um conceito e na perspectiva de Albuquerque (2004); a promoção oportuniza às pessoas um padrão de vida “aceitável” segundo preceitos universais, que inclua o direito a trabalho digno, educação, acesso a serviços de saúde, atividade física necessária ao bom funcionamento do organismo, descanso remunerado e lazer.

Portanto, a nova/outra concepção de educação em saúde que defendemos hoje, não se restringe apenas ao paradigma curativista sanitário autoritário de antes, e sim, à constituição de um campo vasto de conhecimentos que poderá fazer com que a sociedade compreenda melhor, as relações entre condições de vida, de trabalho, de saúde, educação e doença, as quais contemplam necessidades reais populacionais em busca da construção da cidadania.

- **A Estratégia Saúde da Família e os ACS**

Para avançarmos ainda mais em nosso estudo, é necessário conhecer, a contextualização histórico-legal de nosso sistema de saúde, assim como a profissão dos sujeitos que falam a partir de uma ancoragem teórica que delinea a necessidade da criação dos profissionais que se materializam na figura dos agentes comunitários de saúde que perpetuam suas práticas no Sistema Único de Saúde .

O SUS tem sua origem segundo Lunardelo (2004), no movimento da reforma sanitária, em que intelectuais da área da saúde lutavam pela democracia contra a ditadura instaurada no país. Essa movimentação possibilitou a abertura para uma análise marxista da saúde, na qual se rediscutia o conceito saúde-doença e o processo de trabalho com introdução da determinação social da saúde de maneira que as representações segundo Fleury (1997) deixariam de ser consideradas individuais no sentido de privado, para serem de dimensões públicas na articulação de projetos que visassem a sociedade como um todo.

A partir da criação do SUS em 1988 surgiram novas e várias propostas, as quais evoluíram para a idealização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que iniciou em junho de 1991 e efetivamente instituído e regularizado através da portaria/GM 1886 de 18 de dezembro de 1997, pelo Ministério da Saúde, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. O programa volta-se de maneira objetiva e direta para os problemas cruciais da saúde materno-infantil; o ACS atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade (BRASIL, 2002).

Somente em 2002 com a Lei Nº 10.507 de 10 de julho é que os ACS foram considerados como profissionais da área da saúde criando assim uma categoria profissional dentro do sistema; com o passar do tempo, e o surgimento de novas necessidade por parte do governo, os ACS ganharam outras atribuições regidas pela lei **Nº 11.350 de 5 de outubro de 2006** que “aproveita” estes profissionais para a área de endemias, ampliando suas funções e serviços além de, segundo gestores, “valorizar” a singularidade profissional do ACS como um trabalhador de interface intersetorial no campo da saúde e ação social (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, integra as equipes do PACS e PSF, realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS, e estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania; além de atuar 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, 2001).

Na década de 1990 tem-se o início da implantação da estratégia Programa Saúde da Família (PSF) que no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PSF traz em sua proposta uma expectativa de reorientação dos modelos vigentes a partir da atenção básica, que foca-se na promoção de ações educativas com vistas a prevenção de doenças e agravos emergentes na população, reorientando de certa forma os modelos sanitaristas, biologicistas e hospitalocêntricos vigentes anteriormente no país (BRASIL, 1992), além de fazer frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais

Neste novo modelo, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas possibilitando a visão preventiva em prol da saúde e bem estar da população.

Percebendo a expansão do PSF e sua consolidação na reorganização da atenção básica no Brasil, o governo emitiu a portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF seria a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica que tinha e tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS de *universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade*, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2007).

Além das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, ficaram definidas as características do processo de trabalho da Equipe Saúde da Família (ESF): 1 manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; 2 definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua; 3 diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando

solução dos problemas de saúde mais freqüentes; 4 prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; 5 trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; 6 promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; 7 valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; 8 promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; 9 acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho(BRASIL, 2007).

Baseado nesta mesma portaria foi estabelecido que, para a implantação das ESF, deveriam e devem existir (entre outros quesitos) uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000. A equipe básica é composta por no mínimo: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde (em número máximo de 1 ACS para cada 400 pessoas no urbano e 1 ACS para cada 280 pessoas no rural). Todos os integrantes devem ter jornada de trabalho de 40 horas semanais, e é função da Administração Municipal: "assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2007).

Ao detalharmos funções e atribuições, compreendemos que as idealizações tomam corpo e se configuram nos programas que se renovam de acordo com as necessidades; assim é o caso do Pacto pela Vida, instituído pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 que consiste no compromisso atual entre os gestores do SUS em torno de prioridades estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais e municipais em prol de uma pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação das prioridades que impactam as condições de saúde da população .

Para assegurar a computação dos dados assim como gerir as ações pactuadas surge a portaria nº 3176/GM, de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo através do Relatório Anual de Gestão (RAG); assim, os gestores federais, regionais e municipais pactuaram 11 prioridades a serem melhoradas e metas a serem alcançadas em todo o Brasil que são: I Atenção à saúde do idoso; II Controle do câncer de colo de útero e de mama; III Redução da mortalidade infantil e materna; IV Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids; V Promoção da saúde; VI Fortalecimento da atenção básica; VII Saúde do trabalhador; VIII Saúde mental; IX Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; X Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e XI Saúde do homem.

Diante de tais idealizações propostas pelo governo ao longo dos anos, percebemos o esforço do Ministério da Saúde em impulsionar a transformação da realidade, e em se tratando de nossa região amazônica, é necessário que exista uma vontade ainda maior, pois as adversidade que existe tanto em termos da dificuldade de contratação e de fixação de médicos em grande parte dos municípios em áreas rurais e também o fato das comunidades serem muito isoladas (ribeirinhas) e distantes uma das outras (BRASIL, 2010); incorporam um misto de dificuldades expressas e “impostas” posto que em muitos lugares de nossa região, basta apenas a vontade para o real desenvolvimento e para a verdadeira transformação que tanto se reivindica e tanto se luta para conseguir.

CAPÍTULO 3

QUEM SÃO OS QUE FALAM E DE ONDE FALAM: OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UNIDADE SANTOS DUMONT DE BENEVIDES – PA

Apresentamos neste capítulo, um perfil dos sujeitos a partir dos dados obtidos, apreendidos e sistematizados durante e após a pesquisa de campo, que se caracteriza como um perfil sócio-econômico-cultural e demográfico. Cada sujeito teve a liberdade de escolher seu codinome, que serviu para identificá-lo em nosso estudo e facilitou a localização das falas nos depoimentos registrados nos grupos focais realizados. Após cada codinome inserimos informações sobre idade, tempo de atuação e número do grupo focal em que expressou a respectiva fala. Também apresentamos o lugar de onde falam: o município de Benevides.

Jodelet (2002) lembra que a representação social deve ser estudada articulando elementos afetivos, mentais e sociais, e integrando a cognição, a linguagem, a comunicação e as relações sociais. Nesse sentido, pensamos em começar a fazer tal articulação e integração partindo do perfil dos colaboradores desta pesquisa de maneira a valorizar sua importância não só como sujeitos do estudo, mas também como protagonistas que tem acumulado experiências de saúde e de cuidado, e que tem propostas educativas em que o enfoque principal é a promoção da saúde.

A poética dos sujeitos...

Os sujeitos aqui descritos são pessoas que em meio a tantos problemas, procuram com o problema dos outros amenizarem seus próprios. Vivem o dia-a-dia como se fosse o último de suas vidas e o primeiro da vida do outro em prol de uma comunidade; vivem com a utopia de um bem-estar universal. Com o olhar no futuro e a esperança de dias melhores, conseguem transformar doença e tristeza em esperança e alegria para uma criança, um adulto, e um idoso.

Falamos de tais sujeitos com tanto entusiasmo, porque é assim que os vemos e é assim que eles são: entusiasmados com o bem fazer, sabendo de suas responsabilidades que têm que ser cumpridas nas jornadas de trabalho com andanças pelas comunidades.

Segundo Silva e Dalmaso (2002): “ser agente de saúde é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade. [...] É ser o elo de ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida” (p.75).

A função de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) dentro de uma comunidade é de extrema importância não apenas em relação ao seu trabalho

comunitário, de prevenção das doenças, marcação de consultas e incentivo à promoção à saúde com ações educativas, mas também com o cuidar do outro com carinho, atenção e ética. E se pensarmos minuciosamente em tais ações, veremos que elas vão muito além de um simples fazer, existindo aí, uma articulação político-social-ideológica com extremo poder; o potencial de um ACS ultrapassa seus próprios limites. Existe poderes que eles mesmos desconhecem.

O convívio com a comunidade lhes fornece informações importantíssimas que muitas vezes lhes passam despercebidas. Eles percorrem vielas, ruas, becos e até mesmo rios e florestas para chegarem às casas e em cada uma encontrar o “objeto de sua ação comunitária”: a família; cada uma é alvo de atenção e carinho.

Esses profissionais no dia-a-dia às vezes deixam de lado ou até mesmo esquecem por momentos suas próprias vidas para “cuidar da vida dos outros” com o profissionalismo exigido neste ato e nesta profissão.

A família pode se sentir “invadida” ou pode permitir receber ajuda; com o passar do tempo torna-se comum a visita domiciliar do ACS que adentra em sua casa e por muitas vezes conforta-lhe, ajudando e aconselhando, e assim passam a ganhar a confiança das pessoas, das famílias e de toda a comunidade. Essas interações e acontecimentos estão inseridos em planos afetivos, cognitivos, culturais e simbólicos produzidos nas relações que estabelecem. É o que reforçam Silva e Dalmaso (2002), quando dizem que:

Acredita-se que por serem (os agentes) pessoas do povo, não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população (p.75).

Uma das exigências para que uma pessoa seja ACS nos concursos públicos é que a mesma esteja residindo na comunidade onde irá trabalhar, o que está destacado no artigo 6º da lei nº 11.350, de 5 de outubro 2006 (BRASIL, 2006).

Tal medida fortalece as ações deste profissional, que se sente mais seguro em exercer suas atividades; como conhecem a localidade, podem se apropriar melhor dos conhecimentos, culturas da localidade, crenças que existem naquela comunidade, gerando o sentimento de “pertença”, em função de sua inserção, possibilitando-lhe assim, uma propriedade maior para falar daquele ambiente e daquelas famílias.

Para abordar o significado de pertença Jodelet (2001) refere que esta tem relação com o sentimento de pertença social, e o ACS, com tal sentimento acaba por se identificar com dada sociedade que se transforma, e com ela, transformam-se os sujeitos.

O perfil dos sujeitos...

Todos os ACS são naturais do Estado do Pará, possuem cursos de atualização, residem em casa própria, possuem bicicleta como meio de transporte para se locomoverem tanto para passeios na cidade como meio e instrumento de seu trabalho. Os 10 ACS são de ambos os gêneros: 70% feminino e 30% masculino. Como revela o Gráfico 1, houve predomínio do gênero feminino.

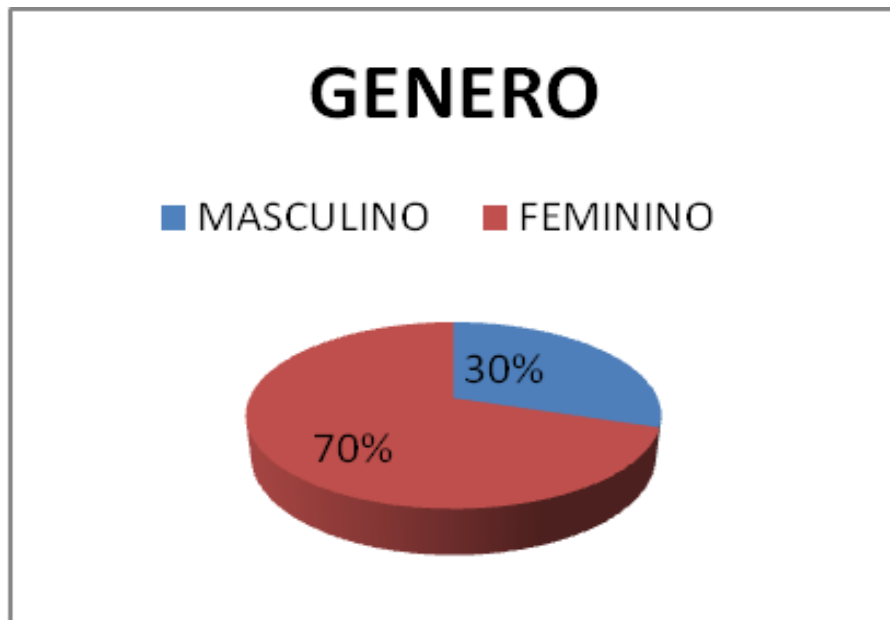


Gráfico 1: Distribuição dos sujeitos quanto ao gênero

O gênero feminino se sobressai entre os ACS, e tal fato é recorrente em outras localidades, onde a figura feminina se destaca em tal profissão. Este fato pode estar intimamente ligado ao papel de cuidadora que a mulher desempenha na sociedade, pois são as principais responsáveis pela educação e pela alimentação das crianças e pelos cuidados prestados aos membros idosos da família (ELLIS; HARTLEY, 1998). Há também registros de uma significativa inserção e elevado número de mulheres no mercado de trabalho (PROBS; RAMOS, 2005).

Ao tratarmos da variável idade encontramos no Gráfico 2 uma variação etária de 19 anos até 62; com vistas a organização dos dados, nivelamos os períodos temporais em faixas de 10 em 10 anos de maneira a encontrar 4 níveis etários :19 – 29; 30 – 40; 41 – 51 e 52 – 62.

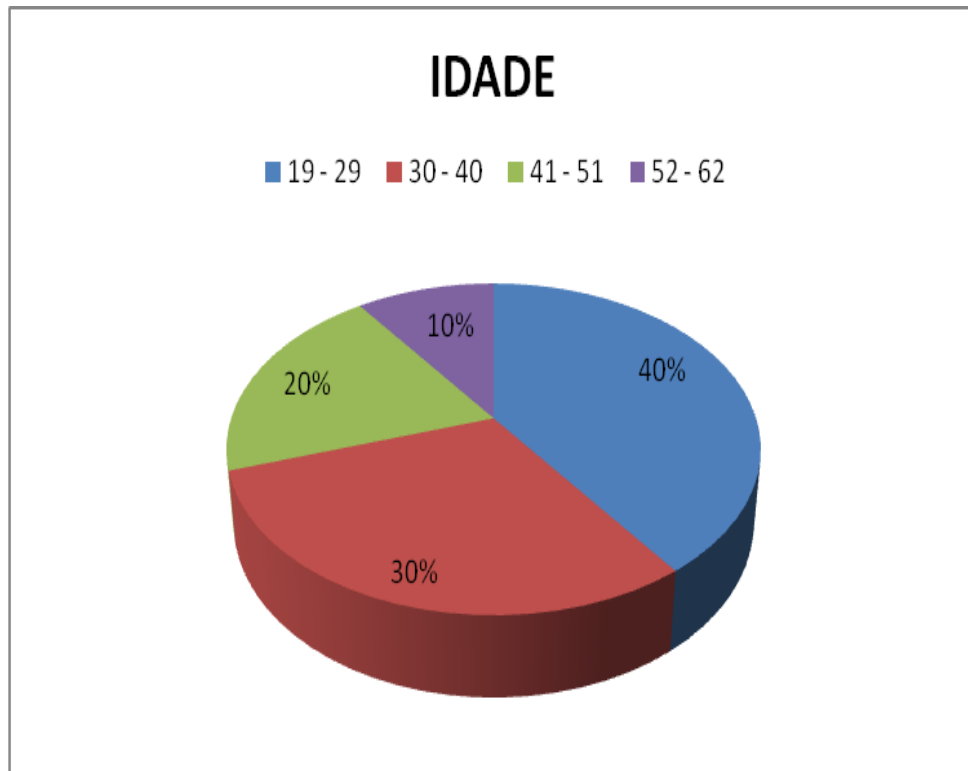


Gráfico 2 : Distriuição dos sujeitos quanto a idade.

O nível etário de 19 -29 anos, encontra-se em maior expressão em porcentagem (40%) e em segundo lugar com 30% o nível étário de 30-40; assim, revela-se que os mais jovens ganham espaço no mercados de trabalho; este grupo de ACS passa a maior parte do dia trabalhando no sol e andando bastante, exigindo destes profissionais um desempenho estrutural e físico para manter-se. Por outro lado, encontramos 10% desta mão de obra no nível 52-62; uma pessoa desse nível nos falou com muita alegria e entusiasmo de seu cotidiano, mas relatou a vontade de aposentar-se:

“ ai minha filha eu ja trabalhei muito, trabalhei muito tempo nesta profissão, adoro todo mundo e gosto muito do que faço [...] mas eu queria minha aposentadoria....bom ela ta chegando

e tenho muitos planos também, para quando eu me aposentar”
(Florzinha, 53a, 14a, 1º GF)

Quanto a escolaridade, o Gráfico 3 evidencia que 10% dos ACS tem o ensino fundamental completo 80% o ensino médio completo e 10% o ensino superior.

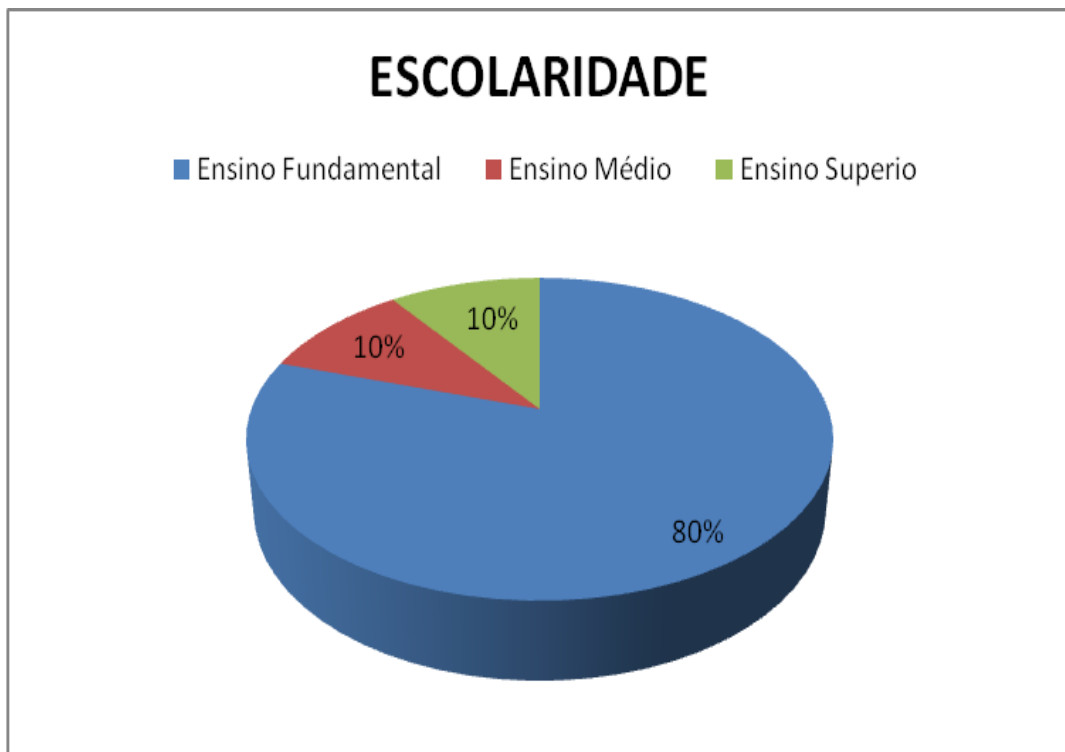


Gráfico 3 : Distribuição dos sujeitos quanto a escolaridade

Podemos inferir que cada vez mais está sendo exigido da profissão de ACS melhor qualificação; a nosso ver, a função é de grande responsabilidade, pois estes agentes podem mostrar o caminho para a consolidação do Sistema Único de Saúde, a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada da assistência no âmbito da saúde.

Tal atuação exige do ACS, habilidades e competências que vão requerer conhecimentos teóricos. Competência é “a capacidade pessoal de articular conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes a situações concretas de trabalho” (BRASIL, 1999, p.4).

O Gráfico 4 nos possibilitou uma melhor visualização do estado civil dos sujeitos da pesquisa, e percebemos o número elevado de solteiros (40%); o número

de casados e de situação estável ficou entre 20 %. A situação estável aqui, é a relação conjugal sem os trâmites judiciais que o casamento exige. Percebemos que no grupo, existem pessoas com diferentes modalidades de estado civil.

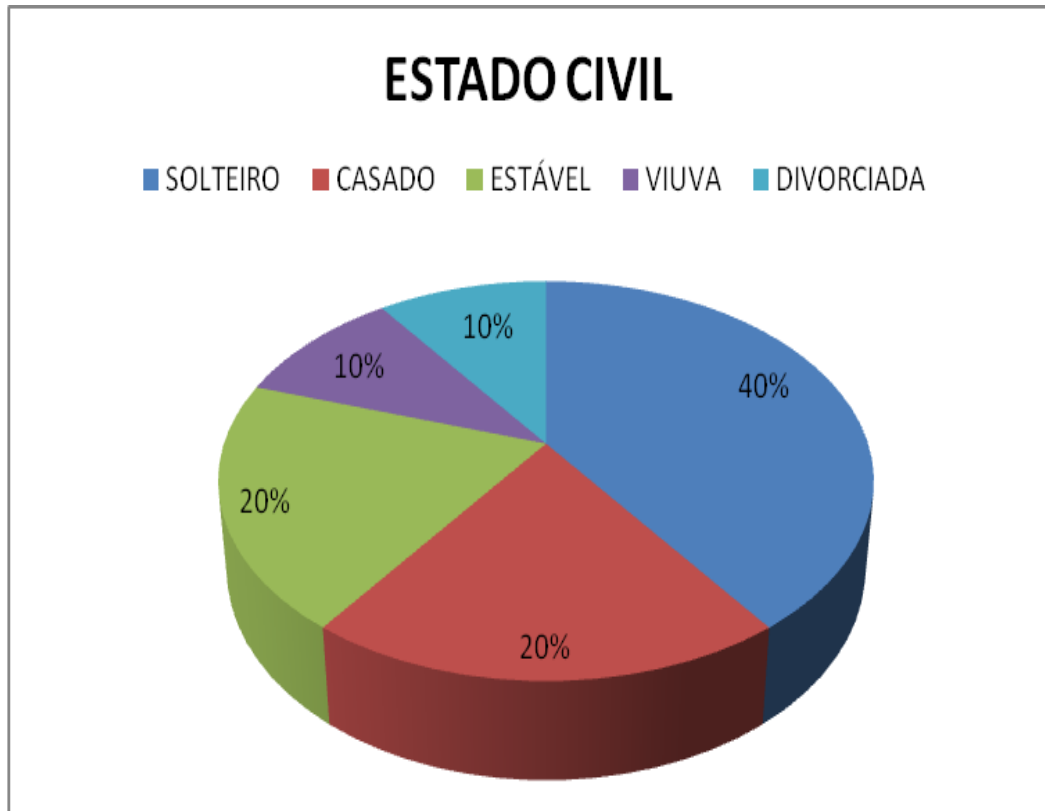


Gráfico 4 : Distribuição dos sujeitos quanto ao estado civil

No gráfico 5 , que trata da religião dos sujeitos, identificamos que 10% acreditam em Deus não tendo nenhuma religião específica; 30% são católicos e 60% evangélicos.

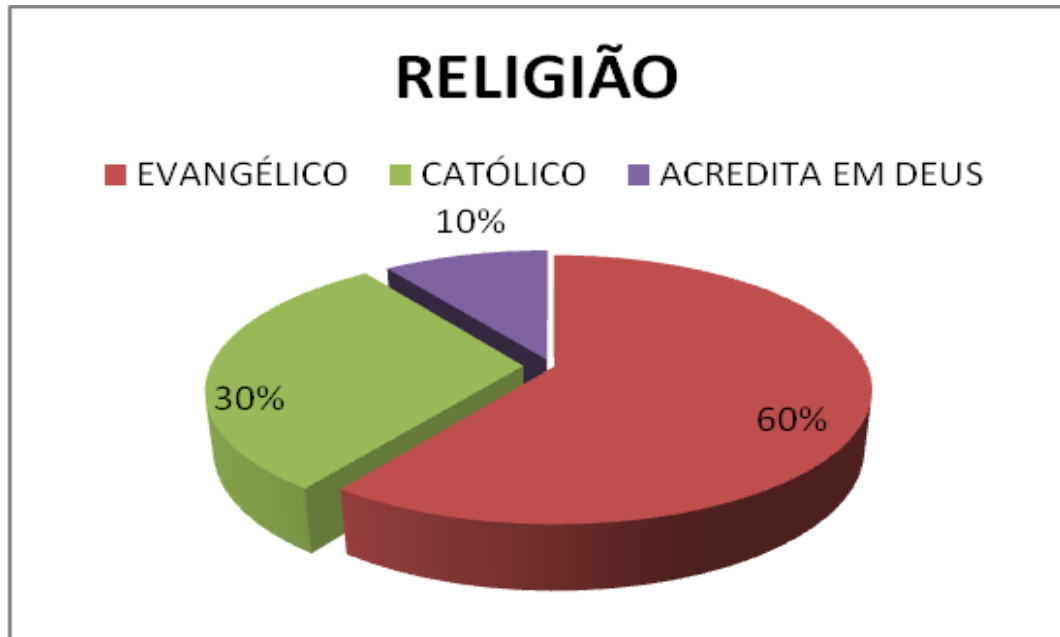


Gráfico 5 : Distribuição dos sujeitos quanto a religião

O que nos chamou a atenção aqui, foi que todos enfatizaram a presença de Deus em suas vidas, não importante sua opção religiosa. Todos acreditam em algo transcendental, o que produz força para enfrentar o trabalho. Percebemos também, uma acentuada porcentagem na religião evangélica(60%), que é bem expressiva na comunidade onde os ACS atuam. Tal constatação culmina com o censo 2000, que revela um número crescente de evangélicos na região Norte do Brasil (IBGE, 2000).

No Gráfico 6 apresentamos a distribuição dos sujeitos quanto a renda familiar: 30% dos sujeitos vivem com um (1) salário mínimo; 20% dos sujeitos com dois (2) salários mínimos e 50% dos sujeitos com três (3) salários mínimos. A renda de cada família dos agentes varia entre 560,00 reais até 1.600,00 reais, que é o teto máximo familiar identificado nesta pesquisa.

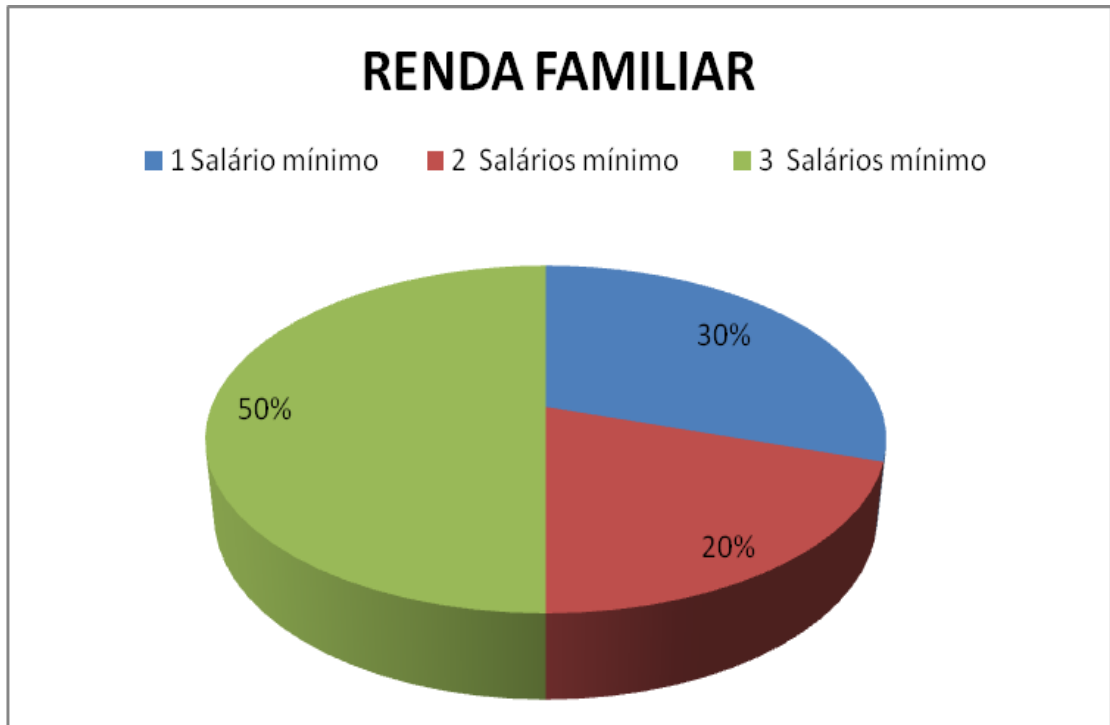


Gráfico 6: : Distribuição dos sujeitos quanto a renda familiar

No formulário do perfil sócio – cultural econômico e demográfico, inserimos um espaço para observações, para que os sujeitos pudessem escrever livremente sobre o que achassem necessário. O assunto “aumento de salário” apareceu em 30% das observações descritas pelos ACS , como mostra o Gráfico 7.



Gráfico 7 : Distribuição dos sujeitos quanto suas observações acerca de suas ações

Além de trazer a tona a questão salarial, o Gráfico 7 também nos dá parâmetros para identificar outra questão que os ACS destacaram, como o aperfeiçoamento, que aparece em 40% das observações; sobre isso verificamos que desejavam melhorias relativas as técnicas que realizam e as formas de trabalhar a educação em saúde com a população. Houve quem optasse por não expressar opinião.

O Gráfico 8 nos revela o tempo de serviço dos ACS, o que nos possibilitou maior conhecimento da experiência que cada um possui em seu trabalho; organizamos um gráfico com quatro(4) períodos tempoais e suas respectivas porcentagens.

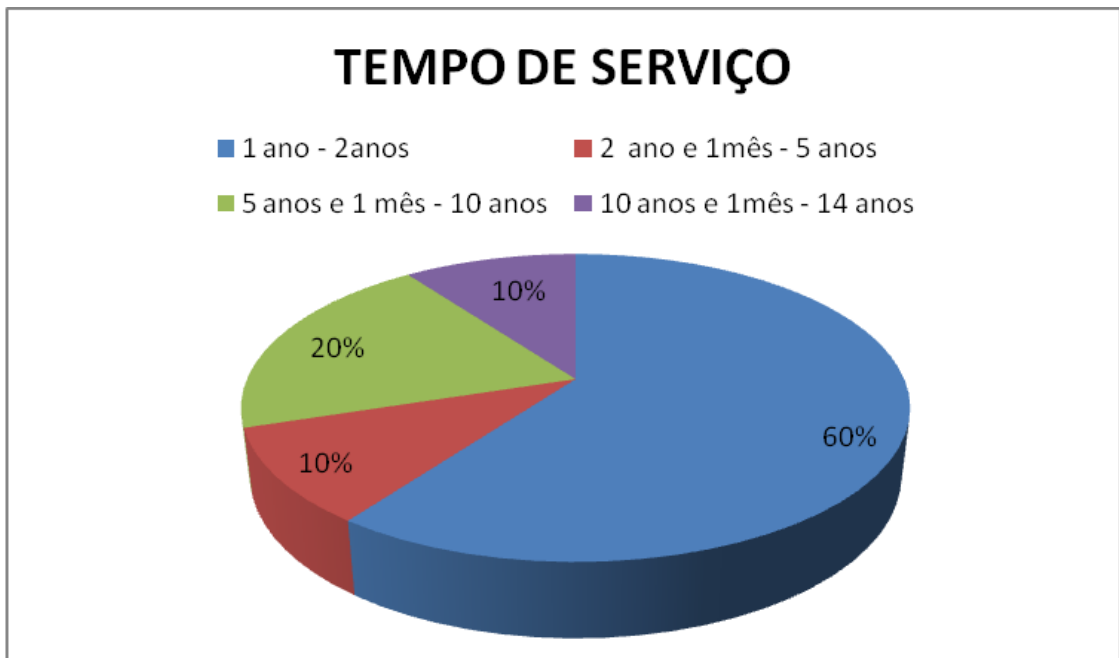


Gráfico 8: Distribuição dos sujeitos quanto ao tempo de serviço

Tem ACS que têm 1 ano de experiência e outros têm 14 anos de experiência; destaca-se que é um grupo heterogêneo em relação ao tempo de serviço; tal resultado teve relação direta com o que emergiu nos grupos focais, pois houve uma dinâmica entre o “experiente” e o “ não experiente”, entre o “ mais novo na profissão e o “ mais antigo”, entre o “atual” e o “anterior”; pudemos contar com uma diversidade de possibilidades experienciais, o que favoreceu encontrar diferentes representações.

Cada ACS também registrou a sua atuação anterior; e foram muitas e variadas as ocupações e profissões listadas: (2) auxiliar administrativo; (1) empregada doméstica, (1) pedagoga; (1) ajudante de mecânico e DJ; (1) babá; (1) pesquisadora do campo; (1) tratorista; (1) do lar; (1) revendedora.

No Gráfico 9, verificamos os cursos que os ACS gostariam de fazer .

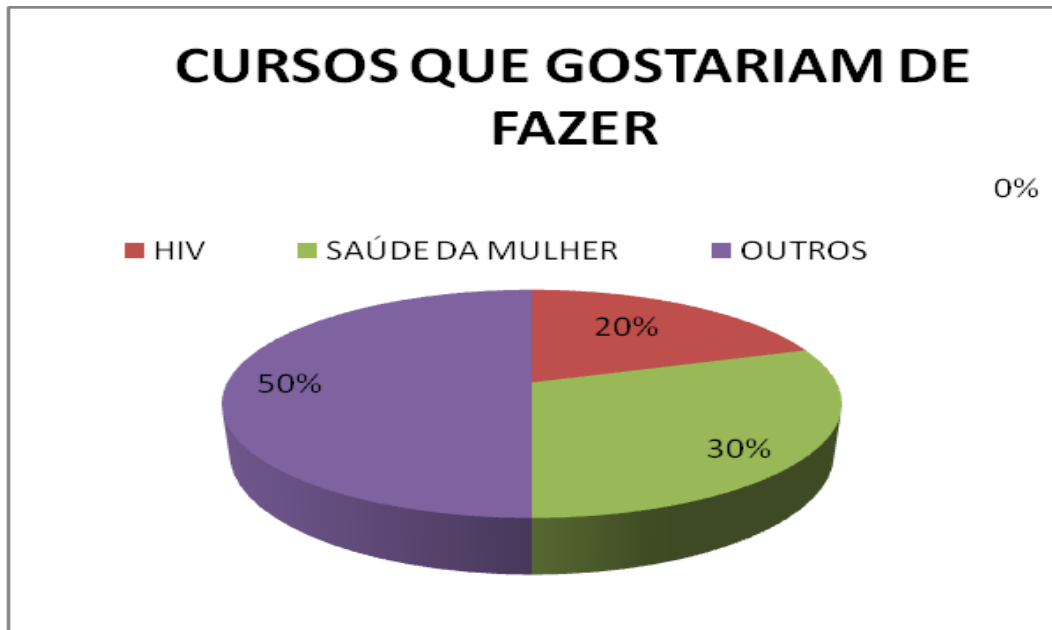


Gráfico 9 : Distribuição dos sujeitos quanto aos cursos que gostariam de fazer

Encontramos uma heterogeneidade de interesses e múltiplas “procuras por conhecimento”: 50% deles indicaram especificamente os cursos que queriam fazer; 20% referiu curso sobre HIV; 30% indicou curso sobre saúde da mulher. Os 50% que queriam outros cursos indicaram: Doenças Sexualmente Transmissíveis, exame Papanicolau, técnico de enfermagem, curativos contaminados, técnico de laboratório, assistente de odontologia. O que nos chama atenção é que todos querem aprender e querem cursos sobre algo ou alguma coisa que aborde o processo saúde - doença e cuidar.

Os ACS devem fazer cursos que lhes possibilitem trabalhar na comunidade de maneira que possam melhor agir e compreender suas próprias ações. Partindo dessa idéia, as coordenações do PSF ou ESF, precisam propiciar à todos os ACS, cursos de capacitação, para que estes profissionais possam exercer suas ações com conhecimento teórico. Destaca-se entre os interesses, cursos de capacitação para o agir do ACS na comunidade e também cursos profissionalizantes que os

encaminhem à outros níveis e campos de agir na área da saúde. Vejamos agora, de onde falam esses sujeitos.

O lugar dos sujeitos...

Os sujeitos aqui descritos, estão situados no município de Benevides, região metropolitana da “Grande Belém”, localizando-se à 25 Km da capital, com uma população estimada pelo IBGE(2010) de 51.663 habitantes. O município possui uma área de 1.777.699 km². Seus limites são: Ao Norte - Município de Santa Bárbara do Pará; ao Leste - Município de Santa Isabel do Pará; ao Sul - Rio Guamá; ao Oeste - Municípios de Ananindeua e Marituba (IBGE,2008).

Benevides vem de uma contextualização histórica marcada por conquistas emancipatórias e lutas para se tornar município. Ainda no tempo do império, tal localidade foi colônia da zona Bragantina, constituída por núcleos agrícolas. A colônia agrícola de Benevides foi reconhecida como povoado, sob a invocação de São Miguel Arcanjo, por meio de um ato da Assembléia Legislativa Provincial, em 10 de junho de 1878 (ENCICLOPÉDIA,1964).

Em 30 de março de 1884, contando com a presença do então presidente da província do Grão Pará, General Visconde de Maracaju, foi realizada uma sessão solene na qual foi concedida a liberdade a todos os escravos residentes naquele território.

O ato teve enorme repercussão, a ponto de atrair para o lugar uma grande quantidade de escravos, que se encontravam na condição de fugitivos em outras localidades. Dessa maneira, a libertação concedida provocou uma concentração dessa mão-de-obra, que foi empregada nas atividades agrícolas. Esse fato foi responsável pelo progresso que Benevides alcançou naquela época (IBGE, 1964).

Em 1899, o povoado foi elevado à categoria de vila, pela Lei nº 646, de 6 de junho, sem que isso representasse sua transformação em município, pois ficou estipulado que, em tal condição, continuaria vinculado ao município de Belém. Há referência histórica (IBGE,1964), de que com a construção da Estrada de Ferro de Bragança, Benevides foi contemplada com uma das estações ou paradas, que se achava localizada no km 33.

O nome de Benevides se constitui numa homenagem prestada ao Governador Francisco de Sá e Benevides, que na época, exercia grande influências na política benevidense. Em 30 de dezembro de 1943, Benevides passou a ser

considerado parte integrante do patrimônio territorial do município de Ananindeua na categoria de Distrito.

Benevides só foi reconhecida como município, em 29 de dezembro de 1961, mediante a promulgação da Lei nº 2.460, ficando constituída como tal com terras do então distrito de Benevides, pelo desmembramento da área territorial pertencente ao município de Ananindeua, parte do distrito-sede do município de Santa Isabel do Pará e pelo Engenho Araci (atual Santa Bárbara do Pará). Recentemente foram emancipados os municípios de Santa Bárbara e Marituba. Atualmente Benevides conta com dois distritos: Benevides e Benfica (FAMEP, 2009, p.1).

Quanto a cultura, Benevides se destaca com a festa de Nossa Senhora do Carmo, a santa padroeira da cidade, comemorada com um animado arraial; há também a procissão do Círio, que acontece no segundo domingo do mês de julho. O boi-bumbá, também aparece como expressão folclórica no município, apesar de hoje em dia não haver um grupo permanente organizado. A biblioteca municipal aparece como mais um equipamento cultural.

Benevides ocupa a quadragésima posição de cidade mais populosa no estado de Pará e sexcentésima quinquagésima oitava no Brasil (BRASIL, 2010). A População em Benevides atualmente é de 51.663: masculina, de 25.824 e feminina, de 25.839. Ou seja, existe uma mulher para cada homem, e 0.99 homens para cada mulher.

A população urbana em Benevides é de 28.907 habitantes e representa 56,0% da população de Benevides. Já a população rural, é de 22.756 habitantes, e representa 44,0% da população de Benevides. Podemos inferir a partir destes dados que existem mais mulheres do que homens (IBGE, 2010) no município.

O município possui indústrias instaladas ao seu redor que garantem emprego para a população, indústrias como: Natura, Belágua, Polifibras, Nossa Água, dentre outra. Possui um hospital de médio porte com maternidade e ambulatórios.

O município possui uma crescente economia e suas principais atividades são voltadas para a extração vegetal; culturas agrícolas; avicultura; floricultura; comércio em geral; há também piscicultura e suinocultura, que não são em larga escala, destacando-se apenas no comércio interno local.

Em busca de novas e outras articulações e integrações entre sujeitos que falam e de onde falam; avançamos no próximo capítulo para a análise das representações sociais dos ACS sobre educação em saúde.

CAPÍTULO 4

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ACS

SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pretendemos neste capítulo, analisar e discutir as representações sociais dos agentes comunitários sobre educação em saúde, por meio de quatro eixos temáticos: como sabem; o que sabem; o que fazem e como fazem; o que pensam sobre o que fazem.

A análise é constituída a partir da lente teórica da teoria das representações sociais (TRS), com ênfase na abordagem processual; a análise nos revela e nos surpreende, a partir de relatos e falas, uma concretude e uma dinâmica social, e os sujeitos possibilitam-nos através de seus “saberes e afetos” (TEIXEIRA et al, 2008) compreender e interpretar suas representações sociais (RS) sobre educação em saúde.

Epistemologicamente, as RS codificam as relações que permeiam um ambiente entre a ciência e o real, que transfigura-se na pesquisa das relações como pensamento natural e pensamento científico, onde a difusão/união dos conceitos e da mudança paradigmática de um determinado saber emerge em outro, bem como das codificações entre as representações e o objeto representado adquirido, interpretado, suprimido ou (re) codificado.

Concordamos com Jodelet (2001), ao referir que a ancoragem fornece à objetivação, seus elementos imaginados que antecipam uma construção final para servir à elaboração de novas/outras representações.

Concentramos esforços para interpretar a ação dos sujeitos imersos na cultura e nos saberes; a análise busca os diferentes pontos de vista envolvidos, e vai por si, definindo condições e situações ocultas, em que o individual torna-se coletivo e vice versa. Seguimos a mesma premissa de Anjos (2009), que se aproxima das RS procurando:

[...] dar legitimidade à teoria das representações sociais dada a proximidade desta com objetos que tratam, por exemplo, de questões de natureza científica, cultural, social e institucional; da produção ambiental, biológica e médica, psicológica e educacional, dos papéis e dos atores sociais, das relações intergrupais, dentre outros (p.61).

EIXO 1 - COMO SABEM

TEMA 1 – A DESCOBERTA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: EMERGE UM (NOVO) CONCEITO

Um ser social acaba produzindo, transmitindo e (re) significando representações sociais (RS), por meio dos grupos onde estão inseridos, e assim estabelecem formas de comunicação que proporcionam uma compreensão do real comum a todos. Nesta temática dimensionamos a descoberta do objeto de representação dentro do grupo de ACS, que delineiam as possibilidades de entender as RS e apreendê-las em seu processo de aquisição / elaboração. Os sujeitos vão expressando suas primeiras experiências e contatos com a educação em saúde, que ocorre em seu ambiente de trabalho e na unidade de saúde.

“A primeira vez que escutei falar em educação em saúde foi aqui no nosso posto” (Moranguinho, 41a, 1 a 4m, 1º GF).

“eu ouvi falar pela primeira vez sobre educação em saúde já, quando eu fui trabalhar no PSF; ai que fomos trabalhar essa questão de educação em saúde” (Ligado, 40 a, 9 a, 1º GF).

“Antes eu não sabia o que era educação em saúde e nunca tinha escutado falar, só quando eu vim trabalhar aqui no posto que eu vi ter muita reunião, faze palestras essas coisas né?” (Andorinha, 30a, 13m, 1º GF).

“A primeira vez que eu ouvi falar sobre educação em saúde foi, em 2008 né, quando eu comecei a trabalhar como ACS aqui no posto . antes eu não achava nada nem sabia o que era educação em saúde, não participava e eu fui aprendendo(DJ, 19ª, 1a, 1ºGF).

A descoberta de algo novo torna-se possível à medida que as relações ao redor se concretizam e se fortalecem, porém, o novo é perigoso, e às vezes temeroso, e muitas vias de (in)formação são importantes neste processo.

Na medida em que os sujeitos falavam, emergia mais e mais o primeiro contato com a educação em saúde, e identificamos na fala de Caridade a via de (in)formação midiática, que Moscovici (2006) aponta como sendo uma das formas para a repercussão das RS na sociedade.

“Eu ouvia falar, assim, é assistir o jornal, agente via passar no jornal como ta a educação como ta funcionando a saúde do que precisa melhorar, as pessoas precisando de consulta, aaa o hospital tal o fulano morreu e tal e na televisão (Caridade, 35a, 8ª, 1º GF)

Caridade nos faz refletir sobre como as RS circulam na sociedade, e de que forma elas são introduzidas, interpretadas, surgem no pensamento das pessoas e são transmitidas; cada indivíduo a recebe e se familiariza, e a difunde, tornando-a midiática, e cria-se um movimento de construção e desconstrução de suas próprias representações.

O processo de mediação da cultura acompanha o desenvolvimento das sociedades e continua a ocorrer a nossa volta, e a transformar o mundo em que hoje vivemos. “Assim, a comunicação social, sob seus aspectos interindividuais, institucionais e midiáticos, aparecem como condição de possibilidade e de determinação das representações sociais” (JODELET, 2001, p.30).

A cultura é repleta de formas simbólicas que contextualizam a vida das pessoas no tempo e no espaço, tornando - as sujeitos com “concepções simbólicas” (THOMPSON, 1995, p.174) com saberes, valores e crenças. Cultura que se torna diretamente proporcional aos saberes encontrados (na região amazônica assim como em qualquer outra região), que tem seus mitos e símbolos representados como um saber, de maneira que não podemos pensar em cultura sem pensar no saber do outro e como este a interpreta.

“desde que eu me entendo por gente eu já via minha mãe trabalhar com isso e eu sempre dizia pra ele que um dia eu

ainda iria ser agente de saúde que nem a senhora e hoje eu to aqui” (Andorinha, 30a,13m, 1º GF).

O grupo expõe diferentes maneiras de aproximação do conceito, e o que percebemos nas falas dos sujeitos, é que a partir de seu primeiro contato com a educação em saúde, foram se familiarizando conceitualmente com o objeto-conceito a partir do *ensino médio, da televisão, jornais*, e durante o próprio convívio familiar, ambiente que em alguns casos, está relacionado com o desenvolvimento da personalidade. Para Fazenda (1994):

[...] Quando o indivíduo nasce, é apenas um organismo biológico que encontra uma cultura já desenvolvida e bastante complexa, dentro da qual deverá integrar-se. Assim, deverá adquirir um repertório de respostas mediante a aprendizagem ambiental. E é através dessa aprendizagem que ele vai desenvolver hábitos, atitudes, percepção, motivações, traços, valores, filosofia de vida, crenças, expectativas, padrões de comportamento que determinarão não só a sua vida no grupo social (isto é, suas respostas externas), mas inclusive, sua própria vida psíquica (p.29).

“A educação em saúde pra mim, envolve tudo, a educação desde o berço, da família, a criança que você educa, leva pra escola” (Caridade, 35a, 8 a, 1º GF).

Os ACS concretizam suas idéias sobre educação em saúde a partir do contato diário, contínuo e cotidiano que se configura em seu trabalho com a comunidade, que vai dando-lhes maior propriedade em seu fazer concreto.

“Pra ser sincera, a primeira vez que escutei falar em educação em saúde foi aqui no posto, eu já tinha ouvido falar em campanha em politicagem, mas eu nunca dei muita importância” (Fafá de Ourem, 29a, 1a , 1º GF).

“Depois que eu comecei a trabalhar foi que realmente começou cair a ficha né?já comecei a ter que divulgar pras pessoas que eu trabalho; eu comecei a passar pra eles com palestras, coisas que eu aprendi agora mesmo entendeu, no dia-a-dia

com palestras, com treinamento, foi assim que aconteceu na minha vida” (Andorinha, 30a,13m, 1º GF).

“Quando eu fui trabalhar no PSF ai que fomos trabalhar essa questão de educação em saúde” (Ligado, 40 a,9 a,1ºGF).

Compreendemos que a necessidade de entender o seu fazer, de certa forma “obrigou-os”, e motivou-os a entender mais e mais sobre educação em saúde e com isso, iniciaram um processo de aproximação ou descoberta no seu cotidiano, impulsionados pela motivação. Teles (1994) afirma que:

[...] Embora alguns motivos sejam inatos e outros adquiridos, a maneira pela qual respondemos a todos eles é modificada pela aprendizagem e influenciada pela cultura na qual vivemos [...].O processo de motivação consiste o estágio motivacional, no qual o indivíduo é ativado a fim de satisfazer uma necessidade; o estágio comportamental, no qual a resposta é dada; e o estágio de redução da necessidade, no qual a resposta satisfaz (p.21).

A descoberta torna-se realidade, início ou continuidade de uma representação passada, que pode ter se reformulado e que por muitas vezes poderá reformular-se novamente em um processo de construção e reconstrução do conhecimento; a produção da prática presente poderá progressivamente contribuir para a introdução de novos elementos nas representações destes sujeitos de maneira que as mesmas sejam resignificadas. Santos (2011) entende que:

[...] o homem se transforma em indivíduo, em sujeito social emancipado, a medida em que, consciente ou inconscientemente, vai também redimensionando suas aspirações e objetivos particulares conforme os problemas e necessidades do coletivo, socializando, dessa forma, sua particularidade (p.12).

As transformações acarretam a regência de condutas, não apenas individuais como também entre/com grupos sociais, como a comunidade à qual os sujeitos pertencem.

A descoberta dos sujeitos segue o que Jodelet (2001) define como “construção seletiva”, onde os sujeitos aqui descritos apropriam-se das informações e dos saberes sobre educação em saúde a partir de suas interações, retêm e **selecionam** o que lhes é interessante e familiar, sendo **esquematisado /**

assimilado de acordo com cada indivíduo e suas experiências individuais ao longo de suas vidas, de acordo com seus estilos de vida e os valores que cada pessoa possui no grupo.

Desta forma, cada sujeito constrói suas representações sobre educação em saúde dentro do grupo e após terem selecionado, esquematizam /assimilam para si a “estrutura imaginante” (JODELET,2001,p.37), que é expressível e que todos apreendem e compreendem e interpretam em suas particularidades ou nas suas relações. Por tanto, o que antes era estranho e fora da sua realidade, hoje é parte integrante de seu mundo configurando-se em seu trabalho e em sua ação diária. Logo, o conceito torna-se naturalmente “fácil de falar” e quando tal ato lhes é possível, Jodelet (2001) diz que ai está o “núcleo ou esquema figurativo” (p.37).

Assim, as RS são apreendidas, codificadas e passam as vezes despercebidas pelas pessoas que perdem a noção do tempo da descoberta:

“[...] ixi Maria eu até me esqueci, quando foi que eu escutei pela primeira vez educação em saúde(riso); faz tanto tempo que até me esqueci quando escutei pela primeira vez. Mas foi na pastoral da criança, quando eu trabalhava, porque na pastoral da criança agente também fala em educação em saúde desde 1994” (Florzinha,53a , 14a , 1º GF).

TEMA 2 – UM NOVO/OUTRO CONCEITO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Após a descoberta, as RS circulam no pensamento das pessoas, embreagam seus hospedeiros e (re) constituem-se, se fortalecendo ou esvaindo-se ao longo do tempo; o que podemos perceber no grupo é que cada vez mais tais representações criaram força e cristalizaram-se por meio, por exemplo, do trabalho de ACS:

“eu fui aprender mesmo sobre educação em saúde, depois que criaram os postos de saúde do PSF “(Florzinha,53a , 14a , 1º GF).

“Educação se deu no meu dia-a-dia, ao longo desses nove anos, eu comecei no PACS so com aquelas visitas, hoje eu vejo 80% melhor porque tu já trabalha direto com a comunidade e a comunidade já precisa mais de ti, naquela

época o ACS não era tão conhecido, hoje a comunidade precisa mais de ti, e hoje o ACS é mais cobrado” (Ligado,40 a,9 a,1ºGF).

“no inicio eu não entendia não; pra ser sincera eu levava só no peito (risos), mas hoje com as capacitações e com esses cursos que nós fizemos é que entendi mais um pouco que é promoção e educação para que eles não venham atrás de consultas mais graves e evitar que venham a ter coisas e doenças mais graves” (Fafá de Ourem, 29a, 1a , 1º GF).

A partir da descoberta do “objeto-conceito”, os sujeitos procuram novos elementos que modifiquem suas representações; emerge a motivação para querer saber mais sobre o que fazem. Participar das reuniões e sua própria condição de ACS proporcionam outro /novo olhar acerca da educação em saúde, assim, o que lhes era de uma forma, hoje é de outra e amanhã, poderá ser ou não de outra forma, dependendo da dinâmica social em que estes sujeitos estarão inseridos.

Um dos elementos que os fez modificar as representações foram *reuniões*, pois os ACS relatam ter outro/novo olhar para a questão da educação em saúde a partir da participação em reuniões.

Um novo/outro conceito torna-se presente nas falas, e percebemos que os elementos-chave para tal; foram exatamente *conversas e reflexões* nas reuniões, que ocorreram e ocorrem entre os ACS e os enfermeiros supervisores bem como nos cursos e na própria comunidade.

Percebemos o interesse em querer fazer em cada sujeito, de maneira que cada um/todos foi/foram partindo de um interesse comum, e daí se originou uma necessidade a qual impulsionou a razão da existência e do fazer de cada um/todos.

“Antes eu entendia que educação era tudo aquilo que agente aprendia na escola e ler e escrever, saber sobre as matérias e saúde, era as pessoas viver em bem fisicamente; hoje eu entendo assim, trato as duas como uma prevenção, e multiplicação em formas de palestras e falar com aquelas pessoas de forma que aquelas pessoas também sejam agentes multiplicadores” (Abençoadado, 22a, 1a, 1º GF).

Na fala de Abençoado a representação foi sendo modificada e ampliada durante o desenvolvimento de seu trabalho como ACS. A educação era interpretada como ato de saber ler e escrever em sala da aula; nesta perspectiva o objeto-conceito educação em saúde foi ancorado na escola, lugar familiar de ensinar e aprender.

A saúde era interpretada numa perspectiva biologicista. Porém, sua vivência codifica e transforma dados anteriores, agregando-os aos obtidos no seu trabalho como ACS, unindo-os para pensar saúde numa perspectiva preventiva.

Para visualizarmos melhor a estruturação do texto descrito, sintetizarmos este primeiro eixo criando o esquema figurativo das RS sobre Educação em saúde:

EIXO 1- “COMO SABEM”

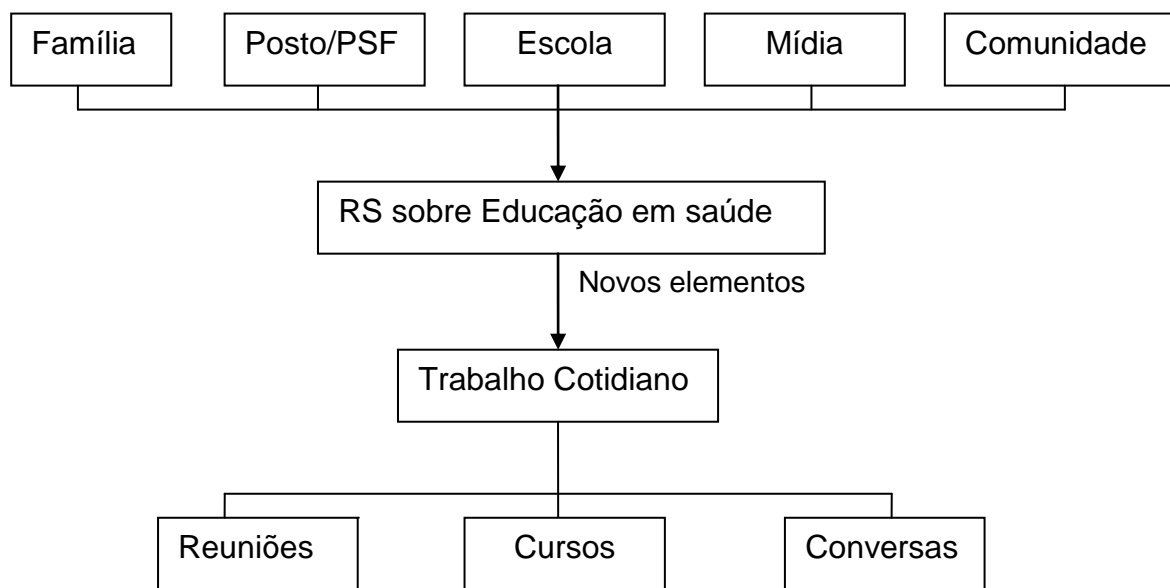


Diagrama 1: Esquema Figurativo do Eixo 1

A partir do “como sabem” (descoberta e evolução), é importante analisar e discutir “o que sabem” sobre educação em saúde, o que trataremos no eixo 2.

EIXO 2 – O QUE SABEM

TEMA 3 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO DE CUIDAR E TEM LUGAR

O posto – unidade saúde da família é a base da educação em saúde e é o lugar de referência. O termo posto transfigura-se na base, onde há a concentração de suas atividades educativas; é o local que “acolhe”, que dá assistência e que promove conhecimento.

A unidade saúde da família é a base do trabalho da equipe de saúde da família dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), com vistas a trabalhar a promoção e prevenção da saúde do indivíduo, sua família e comunidade; a estratégia foi pensada para substituir o modelo “assistencial curativista/hospitalocêntrico, descentralizando as políticas de saúde” tornando-as mais resolutivas (FUHRMANN, p.314).



Desenho 1: (Abençoado, 2º e 3º GF)
e 3º GF)

“Esse é o posto onde trabalhamos, e aqui é envolvido várias atividades de saúde e prevenção, e várias outras coisas e acrescentei o telhado pois acho que a saúde e prevenção deve a cada dia se aprimorar mais”



Desenho 2: (Fafade Ourem, 2º

“Aqui eu tentei desenhar nosso posto, botei uma pessoa na porta, o segurança, e as árvores que representam a natureza né, porque pra gente viver bem agente tem que respirar”

A escola (lugar familiar) é a âncora para pensar a educação em saúde no posto-unidade. A ancoragem é um processo que “transforma algo estranho e perturbador, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada” (MOSCOVICI, p.61). Assim os ACS dão nome e classificam, colocam a educação em saúde em um contexto familiar transferindo o que está em seus pensamentos para o mundo físico; o que acontece em seu dia-a-dia.

A escola é concretamente o local onde se educa, onde se aprende sendo assim, um ambiente conhecido de educação; a associação da escola com a educação em saúde torna-se facilitada pela apropriação do conhecido para com o desconhecido. Pois o que se conhece é que a escola é lugar de informação e nela estão presentes todas as áreas do conhecimento, de forma ordenada, constituindo um “currículo”, um percurso a ser percorrido pelo aluno (SEFFNER, 2006, p.135).

A pedagogia da escola pode ser a referência para a pedagogia do posto-unidade de maneira a desempenhar um papel fundamental na aquisição de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos nocivos, como refere Moranguinho ao explicar seu desenho:



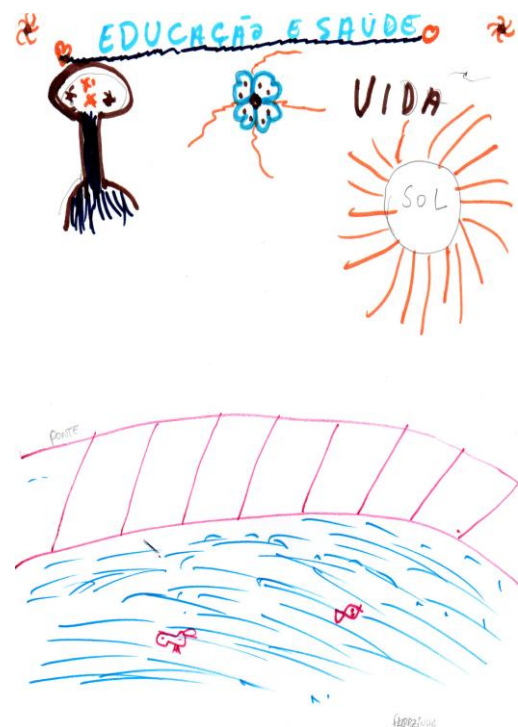
Desenho 3: (Moranguinho, 2º e 3º GF)

*“Eu desenhei o nosso posto de saúde, onde tem a proteção, a saúde da gente e onde agente passa pras pessoas, e **também tem a escola** que faz parte da educação em saúde”*

A praça é outro lugar em que há relação com o ambiente e movimento de pessoas. A casa completa o mosaico de “lugares” da educação em saúde. Brandão (2007) aponta para uma educação que acontece em casa, na rua, na igreja, na escola, assim como em uma praça; de uma forma ou de muitas formas, a educação perpassa o aprender, o ensinar e o aprender-e-ensinar:



Desenho 4: (Caridade, 2º e 3º GF)



Desenho 5: (Florzinha, 2º e 3º GF)

“uma casa com uma árvore e toda família tem que ter uma estrutura um lar onde possa agasalhar uma família porque uma pessoa, uma família sem um lar , **uma casa** não vai viver bem, coloquei a rua com saneamento básico que é muito importante né, porque se não tiver as valas conservada tudo direitinho, asfalto né, então o que que vai acontecer?”

“no primeiro momento eu quiz desenhar uma praça né, onde as pessoas passeiam , onde as pessoas brincam, **onde tem educação, onde tem saúde**, e no segundo momento eu acrescentei uma ponte igual a da Batista Campos , onde tem peixinhos, plantas e onde tem planta tem vida né, e lá também tem lazer, saúde e educação”

Percebemos na praça de Florzinha, uma ponte que delineia-se como algo que todos terão que atravessar, algo que transporta conhecimento, ponte esta que pode transportar o saber. A praça para Florzinha é um lugar onde se educa, onde se aprende com felicidade, com brincadeira e lazer, traduzidos em bem estar para a comunidade.

A praça pode ser um local de produção/criação de conhecimentos múltiplos proporcionados por meio de ações educativas que despertem interesses mais profundos; pode vir a ser um espaço dialógico em que o profissional “educador” possa “instigar” tais produções/criações nos usuários-comunidades “educandos”.

*“Então tudo isso que agente faz, **quando eu chego na casa da dona Mariazinha** eu bato palma dô bom dia como é que ta?, posso entrar? Porque já me conhece né, ai eu pergunto como é que ta, como é que ta a família como é que ta seu Joãozinho, se ele é diabético se ta tomando o remédio direito se ta vindo aqui na unidade, se ele faltou a consulta dele? E os meninos como é que estão? Se tem algum gripado, se teve febre, se teve diarreia, então tudo isso eu procuro saber de toda a família né?”* (Florzinha, 53a, 14a, 3º GF)

*“**Agente faz educação em saúde aqui, na comunidade, nas escolas, nos pontos estratégicos²**, inclusive nós temos até um cronograma, e teve uma palestra sobre a dengue chamamos o pessoal da secretaria, aí nós falamos, aí eles entraram finalizando, e nas escolas”* (Caridade, 35a, 8ª, 2º GF)

A maioria dos ACS expressou considerações sobre suas ações quando e onde faziam educação em saúde.

“Nas visitas às famílias”; “nas palestras”; “quando trabalhamos”; “nas casas”; “nas famílias”; “na comunidade”; “na escola”; “no posto de saúde PSF”; “em cada casa que vamos encontramos

² O ponto estratégico mencionado pelo sujeito é um local de fácil acesso, em que ocorrem inúmeras atividades educativas com a população e entre a população.

fatos, famílias e culturas diferentes”; “no nosso PSF” (palavras unânimes entre os ACS).

Verificamos que os locais “onde educam” referidos pelos ACS nem sempre são iguais. Identificamos que os ACS foram unânimes em responder/objetivar que o **posto de saúde** é o local onde eles fazem educação em saúde, mas também indicaram **nas casas**, nas **palestras**, nas **visitas; nas famílias, na comunidade, na escola**.

Pensamos e comungamos com Brandão (1984) quando afirma que a escola não é o único lugar onde pode ocorrer educação e talvez nem seja o melhor. Pensar em um ambiente promotor de ensino é pensar não apenas em um local com quatro paredes, quadros, giz, data show e carteiras, mas é pensar em múltiplos ambientes que possam contribuir para o ensino – aprendizagem e onde se possa transformar/criar pessoas maduras e críticas.

Construímos dois gráficos a partir do quantitativo das fotografias produzidas a partir de dois estímulos: onde se faz educação em saúde e onde não se faz educação em saúde. Após, pedimos para cada um falar sobre sua fotografia.

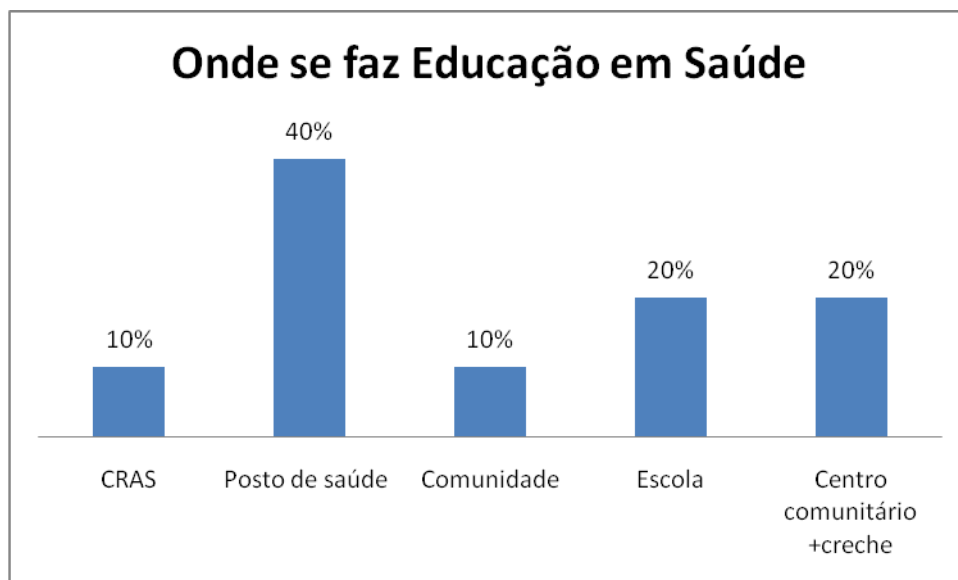


Gráfico 10: Distribuição das 10 fotos produzidas segundo o local onde se faz educação em saúde.

O gráfico 10, dimensiona as respostas - fotos dos sujeitos sobre os locais onde para eles, se faz educação em saúde: CRAS (Centro de Referência e

Assistência Social) 1foto; Posto de saúde 4 fotos; Comunidade 1 foto; Escola 2 fotos e no centro comunitário + creche 2 fotos.

Olhando para os dados gerados, percebemos que o posto de saúde é sem dúvida, para eles, o local onde mais se faz educação em saúde, onde acontecem as relações de *orientação, palestras*, entre outras ações que são desenvolvidas em prol da educação em saúde.

Em segundo lugar estão as escolas “competindo” com os centros comunitários e as creches que ensinam às crianças sua higiene corporal, sua alimentação, etc. E por fim, estão os CRAS igualando-se percentualmente a comunidade, pois aparecem com menos incidências nas demonstrações fotográficas dos sujeitos.

Os ACS acreditam que esses lugares são ambientes para educação em saúde, estando ligados à construção de suas representações sobre educação em saúde. A seguir apresentamos fotos ilustrativas da atividade realizada pelos ACS.

ONDE SE FAZ EDUCAÇÃO EM SAÚDE



Foto 2: Posto-unidade de saúde

“Aqui é um posto de saúde porque eu acho que tem tudo a ver com a educação em saúde, pois se pode fazer palestra e prevenir a saúde” (ACS XX, 3º GF)



Foto 3: cento comunitário + creche

“Aqui é uma centro comunitário e é também uma creche , lá também trabalha com idosos pra quem quer assistir aula e lá também trabalha a educação em saúde”



Foto 4: Na escola

“Aqui é uma escola e a professora dando uma palestra sobre educação em saúde, da feita que a professora diz para os alunos que deve escovar os dentes três vezes ao dia e não ficar comendo bombom, ela ta falando sobre saúde e quando ele diz pra eles não comerem com a mão suja ela também ta falando sobre saúde e cortar as unhas, essas coisas ”



Foto 5: Nas casas + na comunidade

“Aqui é uma foto da colega fazendo uma visita, porque é o que agente faz educação em saúde, vai na área orientar as pessoas a importância de não se automedicar, a importâncias dos diabéticos tomarem seus remédios na hora certa direitinho”



Foto 6: No Centro de Referência e Assistência Social (CRAS)

“Eu tirei essa foto no centro integrado por um motivo que lá também é um ponto estratégico, onde vai muito alunos e outras pessoas que dá pra falar de educação em saúde”

“Aqui tem o CRAS que é centro de referência da assistência social, onde há o encontro de crianças, pessoas perdidas também lá encontra muitas pessoas e onde se faz educação , cidadania, saúde, e também respeito com as outras pessoas”

Surgiram também respostas – fotos que nos revelaram os lugares que para eles não são lugares onde existe, tem e se pode fazer educação em saúde, como podemos verificar no gráfico 11 a seguir:

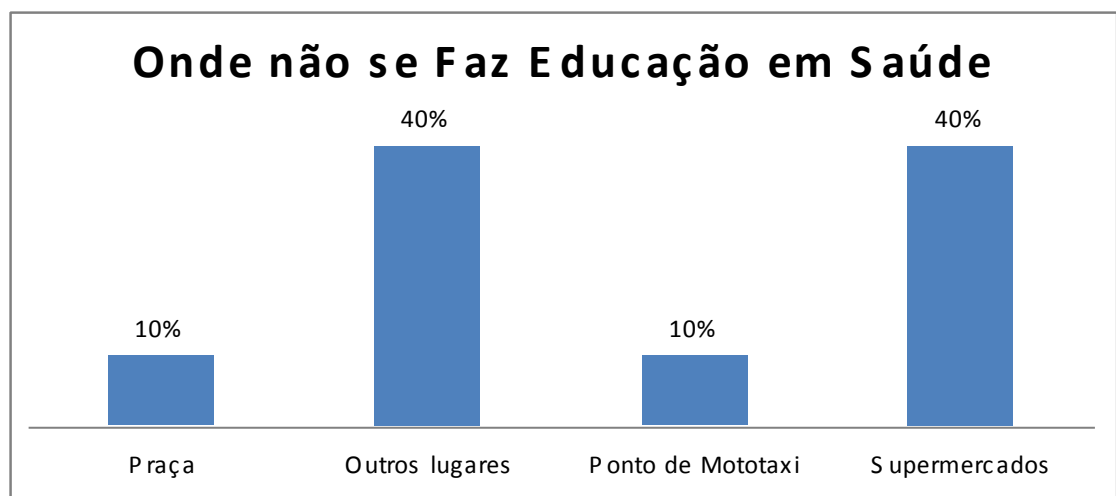


Gráfico 11: Distribuição das 10 fotos produzidas segundo o local onde não se faz educação em saúde.

O gráfico 11, dimensiona as respostas-foto dos sujeitos sobre locais onde para eles não se faz educação em saúde: na praça 1foto; no ponto de mototaxi 1foto; no supermercado 3 fotos; outros lugares 5 fotos (lugares com lixo 3 fotos, quintal com lixo 1 foto, expurgo 1 foto).

Olhando para os dados gerados, percebemos que tanto o supermercado como os outros lugares obtiveram o mesmo percentual. Os demais lugares tiveram percentuais menores (praça e ponto de mototáxi).

Os ACS compreenderam o estímulo “lugares onde não se faz educação em saúde” de dois modos. Alguns ACS fotografaram lugares onde eles não executariam ações educativas (supermercado, praça e ponto de mototáxi). No entanto, outros ACS fotografaram lugares “sujos e com lixo” e descreveram suas fotos como lugares que revelam falta de educação em saúde, como as fotos de crianças descalças no quintal com lixo, rua com “bueiros e valas” que obstruem as canalizações provocando enchentes, o que revela a precariedade no saneamento básico.

Tais respostas revelam suas posturas críticas e inquietações quanto a ausência de um agir educativo, mas não se incluem enquanto agentes da mudança daqueles lugares em função de suas ações ou vêem a culpabilidade em outros fatores abstendo-se do processo de transformação. A seguir apresentamos fotos ilustrativas dos não lugares da educação em saúde expostas pelos ACS.

ONDE NÃO SE FAZ EDUCAÇÃO EM SAÚDE



Foto 7: Na praça

*“E aqui é a praça, lá não é um ambiente de palestra, de educação em saúde, é uma ambiente pra passear, agitar, brincar, **mas, educação em saúde não**” (ACS xx, ele, 3º GF)*



“Aqui eu tirei a foto do supermercado e acho que ele não faz parte da saúde, pois é uma parte de alimentação e aqui não se faz educação em saúde”

“E esse aqui é um mercadinho, não tem nada a ver com educação em saúde, não dá nem pra fazer uma atividade dentro do mercadinho, não dá pra fazer”.

Foto 8: Nos Supermercados em Geral



“Aqui é um ponto de mototáxi e acredito que aqui não seja um ponto em que aconteça estratégia né de educação em saúde”.

Foto 9: No Ponto de mototáxi.



“Aqui são duas crianças descalças e então ali não tem como haver saúde nem mesmo educação”

Foto 10: O quintal com crianças descalças entre o **lixo** (outros lugares)



“E essa daqui, é um esgoto com lixo que não tem nada a ver com educação em saúde”.

Foto 11: A rua com **lixo** (outros lugares)

As fotos dos não lugares de educação em saúde não representam, necessariamente, um não saber fazer educação em saúde, mas provavelmente um não saber que podem fazer educação em saúde nesses lugares, pois nunca pensaram que poderiam fazer educação em saúde em qualquer desses lugares. Não existe fórmula para a educação em saúde, que tece seus fios a partir do cotidiano, da realidade daqueles que fazem parte de uma vivência com permanentes problemáticas da/na comunidade.

É necessário estimular um pensar crítico sobre os “não lugares da educação em saúde” entre/com os ACS, não apenas para dirimir condutas que poderiam ser ou não instauradas, mas para construir um espaço de reflexão que os fortaleça para um pensar e agir consciente. Pois é “pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática” (FREIRE, 2006, p.39), vislumbrando possibilidades de mudança de comportamentos de maneira a substituir lentamente os velhos hábitos por conhecimentos atualizados (GAZZINELLI, 2006). E é pensando nessa prática, para a mudança, que Freire (2006) afirma:

[...] quando mais me assumo como estou sendo e percebo a ou as razões de ser de porque estou sendo assim, mais me torno capaz de mudar, de promover-me, no caso, do estado de curiosidade ingênua para o de curiosidade epistemológica.(p.39).

Os dados dos dois gráficos inscrevem percepções até então ocultas, mas que se revelam de extrema importância para o contexto desta pesquisa. A partir de tais percepções entendemos que as representações dos sujeitos são pensadas não apenas a partir do “como e onde se deve fazer educação em saúde”, mas também a partir do “como e onde não se deve fazer educação em saúde”, o que revela dois sentidos: um afirmativo e um negativo.

TEMA 4 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO DE CUIDAR A FAVOR DO CUIDAR DE SI

O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado se encontra o *ethos*³ fundamental do humano. Quer dizer, no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir (BOFF,2002,p.11-12).

³ BOFF conceitua em seu glossário *Ethos*: em grego significa a toca do animal ou a casa humana; conjunto de princípios que regem, transculturalmente, o comportamento humano para que seja realmente humano no sentido de ser consciente, livre e responsável; o *ethos* constói pessoal e socialmente o habitat humano.



Desenho 6: (Ligado, 2º e 3º GF).

“Bem, aqui educação em saúde é ter mais cuidado, cuidar da vida, desde pequeninha pra que ela possa crescer uma árvore saudável, é o que agente deve fazer sempre. Ai eu fiz o sol, que representa mais vida né, e mais saúde”

“Agente fala sobre cuidado com a água” (Moranguinho, 41a , 1 a 4m, 2º GF)

“O nosso fazer tem que ter cuidado” (Moranguinho, 41a , 1 a 4m, 2º GF)

O cuidar cotidiano se objetiva nas ações de educação em saúde, individuais ou coletivas, operando atos em que seres cuidam e seres são cuidados, e nesse processo se entrelaçam numa dinâmica intersubjetiva recíproca e até imperceptível ao grupo. Teixeira (2001) nos presenteia com tal pensamento e afirma que:

O cuidar cotidiano de saúde indica a disposição para a vida e para a sobrevivência, indica tanto um pensar como um fazer, evidenciado e envolvendo-se como ecossistemas onde está circunscrito. A noção de cuidar cotidiano de saúde comporta a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a cura e a reabilitação. Portanto, comporta multiterapêuticas. O cuidar cotidiano de saúde também comporta uma ação

individual (cuidar do eu ou autocuidado), uma ação coletiva (cuidar do outro e/ou da família), e uma ação local(cuidar da casa e do lugar de vida). Portanto, comporta multiextensões. Ainda envolve um conjunto de aspectos interativos, cognitivos e conectivos, comportando, enfim, multidimensões (p.45).

Nesse ir e vir do cuidar/cuidado, pessoas (entes que cuidam) compartilham percepções, emoções, sentimentos, valores e saberes com as pessoas (entes que estão sendo cuidados) ou que serão cuidados. Sobre esse sentimento de cuidado Boff (2002) se expressa concordando que:

[...] O cuidado se encontra antes, é um a priori ontológico, está na origem da existência do ser humano. E essa origem não é apenas um começo temporal. A origem tem um sentido filosófico de fonte donde brota permanentemente o ser. Portanto, significa que o cuidado constitui, na existência humana, uma energia que jorra ininterruptamente em cada momento e circunstância. Cuidado é aquela força originante que continuamente faz surgir o ser humano[...] (p.101).

O exercitar de tal cuidar/cuidado tanto coletivo quando individual nos possibilita pensar as formas para o cuidar e ser cuidado. Teixeira (2008) fala-nos sobre as escalas do cuidar cotidiano posicionando e fortalecendo nossas percepções:

[...] O cuidar cotidiano é um cuidado de grande escala; o cuidar tradicional é um cuidado de média escala; o cuidar clínico é um cuidar da pequena escala. O cuidar cotidiano, por ser da grande escala, regula com riqueza de detalhes as relações para o cuidar no mundo da vida cotidiana, entre os agentes, entre as vias cuidativas, entre as terapêuticas e entre as práticas (p.92).

Constatamos que o cuidar/cuidado é ato/ação/interação dos ACS com homens e mulheres em seu ambiente e em diferentes locais, e é uma prática social que movimenta a educação para o viver saudável com vistas ao atendimento das dimensões sócio-cognitivas- interacionistas da vida humana.

Assim, são levados a fortalecer a consciência de que seu trabalho não se restringe a uma obrigação, mas é uma maneira de amar e ajudar o mundo a ser melhor (FREIRE, 2005). Os sujeitos também objetivam a educação em saúde a favor do cuidar de si, como expresso no desenho de Naza:



Desenho 7: (Naza, 3º GF)

“aqui eu coloquei o banho que é uma prevenção pra saúde[...]”(Naza, 42a , 5a , 3º GF)

“Trabalhamos o cuidado de si” (Naza, 42a , 5a , 3º GF)

As falas sobre os desenhos nos possibilitam interpretar que os ACS trabalham com um coletivo mas também com o particular/individual de cada pessoa em cada família, onde atuam nos cuidados íntimos, a favor do “cuidar de si”, gerando uma responsabilidade cada vez maior por parte deles. O trabalho aqui é ensinar o outro a cuidar de si. Boff (2002) diz que:

Cuidar do corpo significa a busca de assimilação criativa de tudo o que nos possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento. Somente assim, nos transformamos mais e mais em pessoas amadurecidas, autônomas, sábias e plenamente livres (p.145)

O cuidado de si vai além do cuidado do corpo representado pelo banho, mas também é o cuidado da alma (desenho da igreja ao lado da USF), que remete à uma prática de saúde não apenas a favor do corporal, mas sim, uma saúde também a favor do espiritual, gerando bem estar físico e psíquico para o ser humano (OMS, 2002).

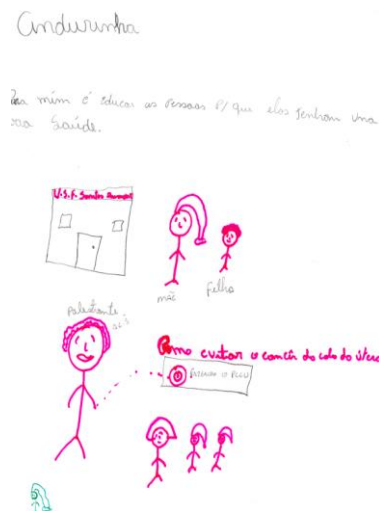
Desta forma o cuidado configura-se não apenas em questões físicas, mas também na geração do processo saúde–doença que se transfigura em um estado multifacetado que exige uma “visão holística” do ser humano como “ser integral”, com dificuldades e incertezas, certas ou erradas em seus propósitos, mas atuantes em suas diversidades enquanto indivíduos.

TEMA 5 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO ENTRE PESSOAS

A educação não muda o mundo, mas a educação ajuda a mudar as pessoas. E ela muda as pessoas ensinando-as a saber ser melhor, a saber pensar melhor, a saber julgar melhor o que está acontecendo, a saber agir melhor, juntas, uma ao lado das outras.

E assim, pessoas que sabem ler palavras, lendo o mundo, haveriam de saber mudar o mundo. Saberiam como fazer um mundo melhor para a vida de pessoas mais felizes (BRADÃO, 2005, p.37)

Percebemos que as *peessoas* estão sempre presentes nas falas dos ACS, pois seu mundo circunscribe-se mediante as relações que estabelecem com pessoas, são formados enquanto profissionais de saúde para atender pessoas, são instruídos para falar com pessoas, para ajudá-las, para orientá-las; seus discursos descrevem suas práticas assim como suas ações prescrevem suas intenções com as pessoas.



Desenho 8: (Andorinha, 2º e 3º GF)

*“aqui temos nossa USF, a mãe levando o filhinho na unidade, chegando la, uma palestra sobre câncer do útero, e tentei **acrescentar mais gente pra assistir a palestra mas não consegui desenhar (risos)**”*



Desenho 9: Branca de Neve, 2º e 3º GF)

*“ o meu é a unidade de saúde, **tem uma pessoa fazendo palestras e tem umas pessoas assistindo** aqui uma atividade educativa que continua nesse terceiro momento”*

Observamos que os ACS, ao criarem um ambiente de educação em saúde automaticamente inserem pessoas, as quais são o “fim/meta” do seu fazer educativo. Jodelet (2001, p.22) refere que “não há representação sem objeto” e “este pode ser tanto uma pessoa, quanto uma coisa, um acontecimento material, psíquico ou social”. A autora acredita que as “representações mentais” apresentam um dado objeto (familiar), neste caso as pessoas descritas pelos ACS, em detrimento a outro objeto (não familiar) neste caso a educação em saúde, e assim substituem este objeto, “toma seu lugar; torna-o presente quando ele esta distante ou ausente” (JODELET, 2001, p.23). Para visualizarmos melhor a estruturação do texto descrito, sintetizarmos no diagrama o segundo eixo criando o esquema figurativo das RS sobre Educação em saúde :

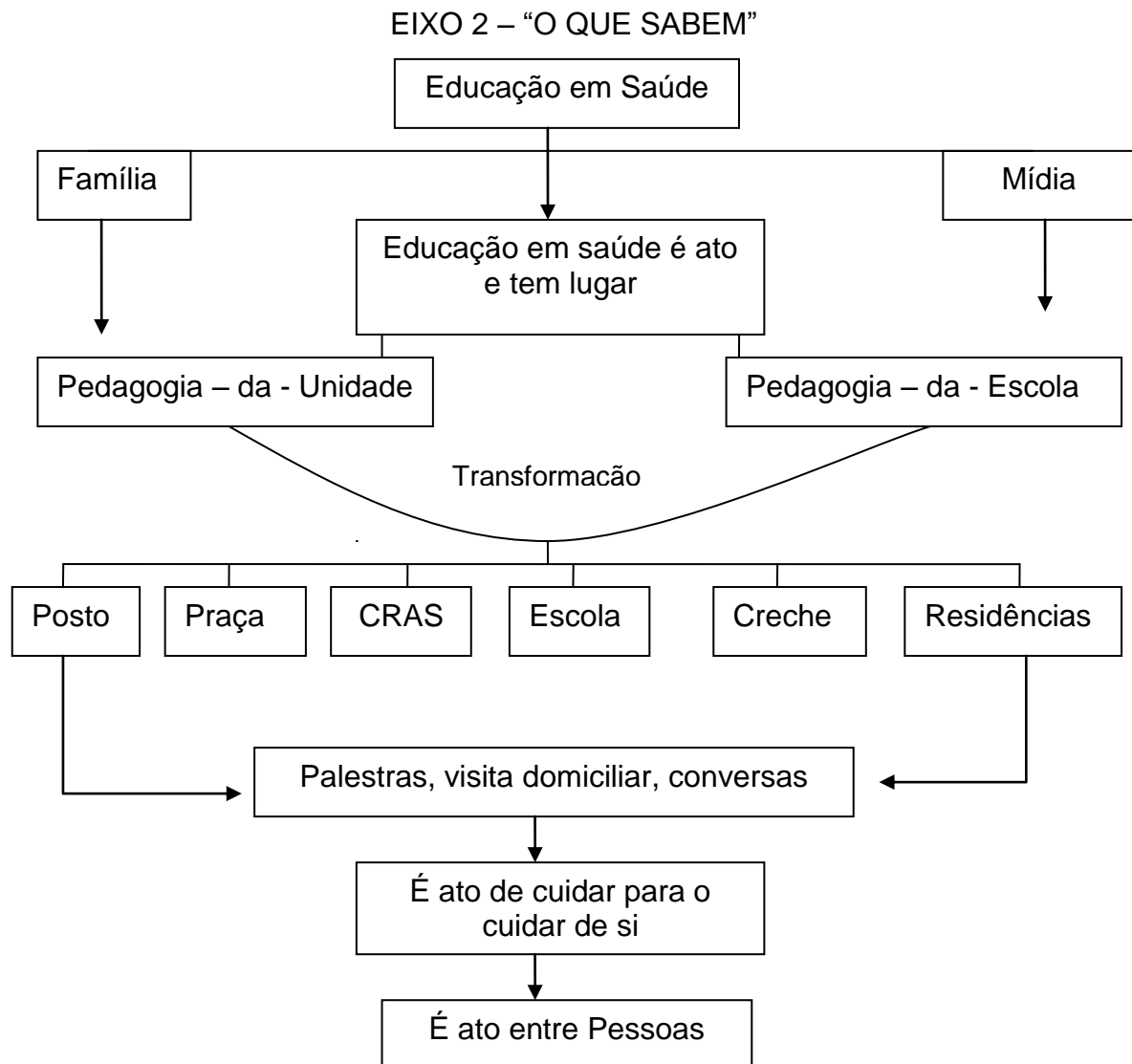


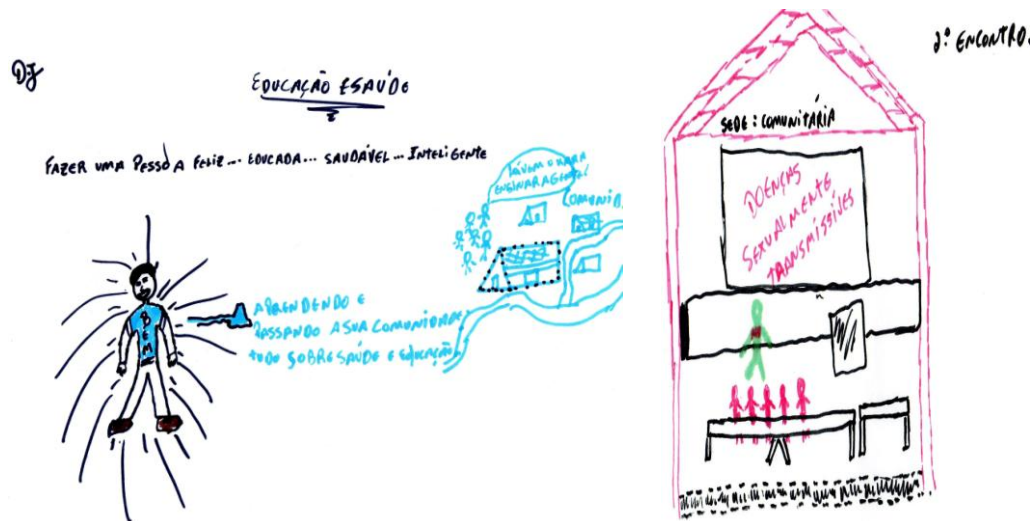
Diagrama 2: esquema figurativo eixo 2.

A partir do que sabem sobre educação em saúde (quando, onde e como quem), é importante analisar o que e como fazem do que trataremos no próximo eixo.

EIXO 3 - O QUE FAZEM E COMO FAZEM (IMPLICAÇÃO)

TEMA 6 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO DE QUEM SABE E “RITUAL” DE PASSAGEM

A valorização da educação em saúde em suas atividades lhes possibilita saber mais, e com tal saber, podem influenciar concretamente no modo de vida das pessoas que fazem parte de seu dia-a-dia.



Desenho 10: (DJ, 2º e 3º GF)

*“Pra mim educação em saúde é umas pessoas felizes, saudáveis e inteligentes, aqui, por exemplo, um ACS aprendendo e **passando** tudo que sabe pra sua comunidade sobre saúde e no segundo encontro **agente fazendo uma palestra pra comunidade com as pessoas que vão aprendendo e perguntando**”.*

*“Um ACS **aprendendo e passando tudo que sabe** pra sua comunidade” (DJ, 19a, 1 a, 1º GF)*

*“Educação em saúde e atividades educativas não é nada mais nada menos do que **tu tá passando pras pessoas sobre a saúde**” (Andorinha, 30a, 13m, 1º GF).*

O ato de “passar o que aprenderam” transfigura-se em ato eminentemente ritualizado, o que requer não somente uma prática simplificada com palavras e conceitos pré estipulados, mas uma prática articulada com os conhecimento teóricos e as práticas diárias na comunidade.

As RS se materializam-objetivam na prática dos ACS, nas suas formas de fazer e de aprender com seu fazer. Suas vivências com saberes que se multiplicam dia após dia em uma palestra com a comunidade; em um treinamento sobre determinadas patologias; em campanhas, acabam por lhes revelar um mundo de possibilidades. Monteiro e Ferreira (2008) afirmam que:

A educação popular constitui um fenômeno de produção e apropriação dos produtos culturais, impregnada de uma pedagogia estimuladora da participação e do “empowerment” das pessoas, com valores constituídos pela experiência histórica dos participantes (p.100).

No ritual de passagem, acabam por constituir ações educativas que interligam princípios como: autonomia, diálogo, cultura popular, liberdade e participação, de maneira a convergir com os princípios doutrinários proponentes pelo SUS, que são a integralidade, universalidade e equidade e também princípios organizativos como a participação popular que se inscreve como direito de todos (BRASIL,1994).

No entanto, o ritual de passagem dos conhecimentos instituídos não se finaliza em sua chegada, mas eles são absorvidos, se (re) formam e retornam transmutados em perguntas que partem da população. Freire (2006) insiste que ensinar não é transferir conhecimento, mas sim, criar possibilidades para a construção de outros/novos conhecimentos.

SUBTEMA 1 – É ATO AO ORIENTAR PARA A PREVENÇÃO E O CUIDADO DE SI

*“Nós trabalhamos com a **promoção** da saúde para que eles não venham a ter doenças, mas infelizmente em alguns casos como todo brasileiro só procura quando tá doente; ate eu(rs)”*
“(Caridade,35a, 8ª,1º GF)

*“Meu trabalho aqui é **orientar** você a se **cuidar, a prevenção** da saúde, eu posso falar sobre saúde contigo, em odontologia*

onde tu pode levar teus filhos, teus netos, falar de PCCU, isso eu faço, agora essa outra parte pode esquecer (risos).
(Caridade, 35a, 8ª, 1º GF)

*“Agente faz as duas coisas educação em saúde e ações educativas, pois pra mim elas são só uma, porque olha educação em saúde e atividades educativas não é nada mais nada menos do que tu tá passando pras pessoas sobre a saúde então tu tá **educando** as pessoas sobre a saúde”*
(Andorinha, 30a, 13m, 1º GF).

*“e que elas comecem a se **conscientizar** que elas não têm que vim aqui só quando elas precisam , quando elas estão doentes e sim que aqui é exatamente pra isso, pra que elas evitem ter a doença pra que não fique aquela aglomeração que fica aqui aquele monte de gente querendo ficha porque ta morrendo”*
(Andorinha, 30a, 13m, 1º GF).

Os sujeitos objetivam a educação em saúde quando evocam os termos *educar, cuidar, prevenção, orientação e conscientização*, mostrando o que fazem dentro da comunidade, e assim, a ação educativa evidencia-se no fazer *responsável* (Ligado, 3ºGF), de cada ACS em que a dinâmica social / dialógica representa a principal forma para o processo de ensino - aprendizagem com as pessoas das suas micro áreas⁴. Para Marková (2003):

[...] As práticas dialógicas são transmitidas de geração para geração, através da memória coletiva, das instituições e das práticas sociais. A história e a cultura impõem demandas nos estilos dialógicos de pensamento e comunicação e os restringem em direções específicas[...] O pensamento e a comunicação acontecem, resultam na característica essencial da dialogicidade: sua natureza multifacetada, multifocal e polifásica (p.136).

Os ACS são vinculadores de conhecimentos que podem estar segundo seus preceitos “certos ou errados”; se tiverem errados, sabem que podem acarretar mal

⁴ Cada equipe de saúde ou ESF possui uma determinada área de abrangência para a realização dos serviços de saúde ao usuário que encontram-se dentro desta . E por sua vez, a micro área é uma subdivisão; um “pedaço” da área destinado à cada ACS que pertence à equipe de saúde.

não só para um indivíduo, mas para vários; assim, a responsabilidade de suas ações é de grande importância dentro do sistema de saúde como um todo. As formas de educar ou educar-se se transformam e são codificadas pelos sujeitos em atos concretos e diretos:

*[...] nós temos que ficar sempre em alerta que é a questão do **cuidado é o cuidado** de fazer sempre o nosso trabalho, porque o nosso trabalho é **orientação**[...].(Ligado, 40a, 9a, 2º GF)*

*“O nosso trabalho na comunidade agente tem que focar a alimentação né, passar pra comunidade como ela tem que viver, **orientada e prevenindo** contra a doença e esse é meu principal objetivo” (Ligado, 40a, 9a, 2º GF).*

*“Agente faz dentro da nossa área, é falando sobre educação e saúde, **orientação, prevenção**, então tudo isso que agente faz, quando eu chego na casa da dona Mariazinha eu bato palma dô bom dia como é que ta?, posso entrar? Porque já me conhece né, ai eu pergunto como é que ta , como é que ta a família como é que ta seu Joãozinho, se ele é diabético se ta tomando o remédio direito se ta vindo aqui na unidade, se ele faltou a consulta dele? E os meninos como é que estão? Se tem algum gripado ,se teve febre,se teve diarreia, então tudo isso eu procuro saber de toda a família né?” (Florzinha,53a , 14a , 1º GF)*

Pudemos constatar na fala de Ligado e Florzinha que objetivam a educação em saúde em *orientação e prevenção*, instrumentos de trabalho dos agentes comunitários.

Pensamos que suas histórias e culturas criam condições de sentido relacional de maneira que os pensamentos e os conhecimentos sejam transmitidos através das comunicações que se renovam em um processo dialógico/dialético, pois acreditamos que ao dialogarmos com o outro, estamos pensando, e repensando

nossos conhecimentos, conceitos, saberes e por vezes reformulando-os a partir dos diálogos intergrupais, interpessoais, interculturais, e porque não dizer auto-reflexivos. Santos (2011) constata em sua pesquisa sobre ensino aprendizagem que:

A palavra orientação aparece como a mais freqüente e em melhor posição de evocação e, assim, apresenta caráter genérico, representando o “ato” de ensinar em vários contextos, como o escolar (orientação para as “disciplinas”) ou o familiar (orientação sobre o viver) e revela a necessidade de se “ter orientação” para enfrentar as demandas do cotidiano, as novas experiências e os desafios trazidos pela velhice (p.76).

Assim, comungamos com o pensamento do autor ao ratificar a *orientação* como ação ou processo essencial na condução de si e do outro na vida cotidiana, revelando a relação com o outro como fundamental na constituição de si mesmo e no processo de formação social (SANTOS, 2011).

Quando os sujeitos falam a palavra *orientação*, logo em seguida vem a palavra *prevenção*, como se uma não existisse sem a outra. Para eles, o ato de educar é orientar e também prevenir, o que gera uma ação relacional e contínua entre as ações que desenvolvem. E tais pressupostos levam – nos a inferir a esquematização a seguir:

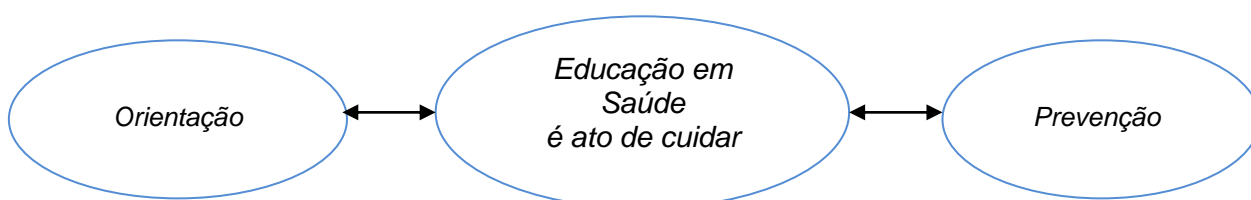


Diagrama 3: ação relacional e contínua

“Educação em saúde é orientação e prevenção no dia-a dia”
 ”(Florzinha, 53a , 14a , 1º GF);

“eu oriento e previno ao mesmo tempo, as mãezinhas”
 (Andorinha, 30a, 13m, 2º GF);

“[...]o meu trabalho aqui é orientar, é prevenir e tudo mais.”
(Caridade,35a, 8ª,1º GF).

Os pensamentos relacionais dos sujeitos norteiam ações preventivas, que nos remetem ao conceito de prevenção vinculado à área da saúde, que segundo Ávila (2006), operacionaliza-se em três níveis importantes de prevenção: a prevenção primária, em que os ACS estão inseridos, em que as “primeiras” ações visam a informação da população sobre as doenças epidêmicas assim como sobre os cuidados necessários para evitá-las através de campanhas educativas, de vacinação, entre outras; a prevenção secundária em que a doença já existe, e o que pode ser feito é prevenir maiores danos com diagnóstico precoce assim como tratamento; a prevenção terciária, em que a doença foi tratada porém ficam seqüelas que deverão ser reabilitadas, com mudanças de hábitos e estilos de vida, mudanças alimentares entre outras.

É com um entendimento concreto da realidade educativa-preventiva que Gazzinelli (2006) expressa:

O processo educativo ocorre, assim, de uma forma dinâmica, perpassando as diversas fases do atendimento ao usuário, num trabalho contínuo, nos diferentes níveis de atenção à saúde, desde as experiências nos serviços de atenção primária, como nos centros de saúde; de atenção secundária, nos ambulatórios, e terciária, nos hospitais(p.49).

SUBTEMA 2 – É ATO ÉTICO E RESPONSÁVEL

A contribuição do conceito de ideologia ao estudo da consciência está na ética, no juízo de valor e na criticidade, que trazem em si a esperança da emancipação dos seres humanos das humilhantes condições de vida (SAWAIA, 2004, p.79).

As falas dos sujeitos nos permite encontrar e analisar suas objetivações em relação ao objeto de estudo, que é a educação em saúde; como podemos verificar nas orações abaixo:

*“... questão da **ética** mesmo é você ter o cuidado, por exemplo, acontece muito com agente; da gente chegar lá e o paciente falar muitas coisas assim, que tu vê numa família e ter o cuidado pra aquilo não” vazar” pra uma outra família pra uma outra casa é a questão da **ética** né porque se isso fugir pra outras casas né...olha fulano, de tal ela fez isso, isso, isso e*

*isso, não vão fazer igual entendeu?...então nunca fazer isso na questão da **ética** pra que tu não perca a confiança que eles depositam em ti*” (Ligado,40a , 9a , 1º GF);

*“No nosso fazer tem que ter **ética**”* (Ligado,40a , 9a , 3º GF);

*“O nosso fazer, tem que ter **paciência** e respeito com a paciente né”* (Abençoado, 22a, 1, 1º GF).

*“**Ter responsabilidade com as famílias**”* (palavras unânimes entre os ACS)

*“Ter **responsabilidade** com as famílias e sempre ta buscando e trazendo os problemas da nossa área né e através desses problemas ai ta trazendo palestras”* (DJ,19a , 1 a, 1º GF)

*“Nos temos que ter cuidado e **responsabilidade** com as coisas, até aonde agente vai, até aonde eu posso me envolver...”* (Caridade, 35a, 8ª, 2º GF)

*“ O **caráter** tem que ser o mesmo né, não pode mudar”* (Naza, 42a , 5a , 1º GF)

Os ACS objetivam a educação em saúde quando referem a *ética, a paciência, a responsabilidade e o caráter*, formas de agir com a comunidade de maneira a ganhar confiança e assim manter diálogos mais próximos de maneira que seu cliente/paciente acabe por compartilhar problemas que jamais poderiam ser identificados em um consultório, por exemplo; com algumas conversas e muita confiança tal problemática surge e é sanada para o bem social.

É justamente na convivência, na vida social e comunitária, que o ser humano se descobre e se realiza enquanto um ser moral com uma “ética universal do ser humano, pela qual devemos lutar bravamente se optarmos por um mundo de gente” (FEIRE, 2006, p.127), com responsabilidades e realizando as mais difíceis das tarefas que é ter paciência com o outro.

É na relação com o outro que surgem as problematizações que envolvem a *ética*: o que devo fazer? Como agir em determinada situação? Como me comportar perante o outro? Diante das mazelas e das injustiças, o que fazer na/para a comunidade?

Constantemente em nosso cotidiano encontramos situações que nos colocam problemas morais. São problemas práticos e concretos da nossa vida em sociedade, ou seja, problemas que dizem respeito às nossas decisões, escolhas, ações e comportamentos, os quais exigem uma avaliação, um julgamento, um juízo de valor entre o que socialmente é considerado bom ou mau, justo ou injusto certo ou errado. Freire (2006) complementa:

Quando vivemos a autenticidade exigida pela prática de ensinar-aprender participamos de uma experiência total, diretiva, política, ideológica, pedagógica, estética, em que a boniteza deve chamar-se de mãos dadas com a decência e com a seriedade(p.24).

SUBTEMA 3 – É ATO INACABADO QUE SE RENOVA A CADA DIA

*“Ao longo dos meus nove anos, agente vai **aprendendo aos pouquinhos [...]**”(Ligado,40a , 9a , 3º GF).*

*“Eu faço assim, agente tem capacitações reuniões então agente tem que fazer **sempre o melhor, então cada dia que agente for abordar uma família tem que levar uma novidade e fazer melhor** ” (Ligado,40a , 9a , 1º GF)*

Os ACS vão constituindo e construindo suas praticas próprias, assim como seus próprios saberes; vão se fortalecendo com o tempo e ganhando experiência, modificando seu modo de ser e de agir no mundo de acordo com cada situação que se apresenta, num processo de construção de conhecimentos em que articulam o universo consensual com o reificado (MOSCOVICI, 2006).

O ACS aprende sobre as bases científicas, sobre as doenças, seu modo de transmissão, suas prevenções e seus conteúdos fazendo uma integração cognitiva da novidade, interpretando-a na sua realidade a fim de orientar suas condutas. Freire (2006) refere que:

A consciência do mundo e a consciência de si como ser inacabado necessariamente inscrevem o ser consciente de sua inconclusão num permanente movimento de busca. Na realidade, seria uma contradição se, inacabado e consciente do inacabado, o ser humano não se inserisse em tal movimento. É neste sentido que, para mulheres e homens, estar no mundo necessariamente significa estar com o mundo e com os outros(p.57,58).

Partindo desse pressuposto, os conhecimentos adquiridos pelos sujeitos são transformados e transmitidos para a população, de maneira coloquial, reunindo tanto

o universo reificado quanto o consensual (MOSCOVICI, 2006), e assim, transmitindo às pessoas “*sempre o melhor*” que podem fazer em prol dos melhores serviços prestados por eles.

SUBTEMA 4 – É ATO INTERESSADO E POLÍTICO

*“Têm pessoas que não querem e tem tipo uma antipatia, mas agente procura **conquistar** aquela pessoa e depois elas te tratam normal tudo bem e já procura agente”* (Caridade, 35a, 8ª, 3º GF).

*“O agente comunitário de saúde é **um elo entra a comunidade e o posto de saúde** e a secretaria de saúde, aonde as pessoas passam por dificuldade as vezes elas chagam aqui e não conseguem ai elas dizem há, eu vou fazer com a Agente de saúde porque eu sei que ela vai conseguir pra mim”* (Caridade,35a, 8ª,3º GF).

Os ACS relatam que a conquista é necessária e torna-se indispensável para o seu fazer educativo, que vincula e relaciona comunidade – unidade de saúde.

*“Tem pessoas e pessoas, tem famílias que eu chego e já vou entrando, posso entrar e já vou entrando, tem famílias que você percebe que não ta no dia bacana então você tem que dá um bom dia e pedir licença e tentar entrar e tentar falar com aquela pessoa, **pra que ele se sinta acolhida**”* (Ligado, 40a , 9a , 3º GF).

*“Educação em saúde é mais orientado por aquilo que vai acontecer, por exemplo, nos fomos atrás das mulheres para orientá-las pra elas vim aqui no posto e mostramos que **estávamos interessados pela saúde dela**”* (Abençoado, 22ª,1a ,1º GF).

*“Ser agente comunitário de saúde é como **se fosse o presidente da comunidade** por que agente tem um vínculo com os vereadores eles dizem assim, olha minha rua ta feia, então se tiver alguém pra dá uma rorçadinha(roçar) , dá pra ti conversar com a vereadora, dá pra ti tentar amenizar isso,*

então é isso tanto na educação ,na saúde, prevenção,” (Abençoadado,22ª,1a ,3º GF)

Aprender a lidar com as pessoas requer habilidades inerentes aos saberes teóricos e vivenciais. Por tanto, a necessidade do amadurecimento pessoal é importante não só para a própria mudança como para a mudança do outro à quem se deseja mudar.

Assim, os ACS mostram-se interessados com os problemas dos outros e com a perspectiva de conquistar-lhes a confiança, intencionando um relacionamento prazeroso entre ele/ela e a comunidade, “tecendo redes de afeto” (TEIXEIRA, 2008) vinculando-se, apropriando-se e relacionando-se, realizando o que Guareschi (2007) define como:

[...] Todas as ações humanas são políticas, no sentido mais geral do termo; o ser humano é um ser político por natureza. São chamadas relações políticas no sentido estrito do termo, as que se dão imediatamente entre os cidadãos e seus governantes, entre os cidadãos e o Estado (p.92,93).

Outro ponto discutido pelos ACS é a utopia⁵, o futuro, o sonho, o direito, o dever de uma comunidade politizada, em que os indivíduos nela inseridos precisam e devem ser educados não somente em relação às doenças que podem ter, não somente sobre suas causas, seus sintomas, sobre água parada e dengue, alimentação saudável entre outros assuntos; mas sim sobre doenças que podem aparecer em função de uma má qualidade dos serviços de saneamento e da falta de interesse por parte dos governantes; a população não deve se sentir oprimida (FREIRE,2006) mas sim, fortalecida com/através os/dos conhecimentos que são *passados/transmitidos/constituídos/fortalecidos*.

É importante ter sempre claro que faz parte do poder ideológico dominante a inculcação nos dominados da responsabilidade por sua situação.Daí a culpa que sentem eles, em determinado momento de suas relações com o seu contexto e com as classes dominantes por se acharem nesta ou naquela situação desvantajosa (FREIRE, 2006, p.83).

“Hoje acho que a comunidade tem que saber o direito dela e a pessoa tem que saber o dever dela como cidadão, quer

⁵ (BOFF, 2002, p.81) “o ser humano e a sociedade não podem viver sem uma utopia; não podem deixar de projetar seus melhores sonhos nem desistir de buscá-los dia após dia. Se não houvesse utopias, imperariam os interesses menores”.

dizer pra ela ter saúde tem que ter uma alimentação boa, ter atividade física né, e ter todo um trabalho que poder ter acesso a saúde porque a educação hoje agente que corre mais atrás né” (Ligado, 40a, 9a, 1º GF)

TEMA 7 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE É ATO QUE TEM CONTEÚDO

Os atos ocorrem no cotidiano; o cotidiano é um ambiente cuidativo que se expressa a luz de uma organização. Heller (1975) afirma que a vida cotidiana é a vida de todo homem, pois não há quem esteja fora dela.

Entender a dinâmica que permeia o trabalho educativo dos ACS torna-se primeira instância, a mais estimulante trajetória para desvelar conhecimentos até então ocultos e reprimidos nas vivências dos sujeitos aqui estudados.

“Educação em saúde envolve saneamento básico, envolve lazer, até o sexo né, se o cara não tem uma casa, não tem onde morar, vive de favor não é empregado então ele não vai ter uma saúde perfeita né. Então tudo envolve a educação em saúde, como a pessoa vive, como ela trabalha....se a pessoa não trabalha e não tem como sustentar sua família ela não vai ta bem pois vai passar por dificuldades, não vai ter como se alimentar corretamente, não vai ter como se divertir. Todo tempo a pessoa extressada, não tem o que comer; o filho quer comer não sabe o que fazer tem outras pessoas que tem atitude, aaa... eu vou ali ganhar um trocado, arrumar um quintal, mas outros não, tem o pensamento mais fraco, já vai por outro caminha que não tem volta” (Caridade, 35a, 8ª, 1º GF).

Ser saudável para eles é ter um bom saneamento básico, um bom trabalho, é ter uma mente tranqüila e estar sem dívidas, tendo o que comer e podendo alimentar sua própria família. Assim, a dimensão social e psicológica aparecem como formas de qualidade de vida e bem estar na procura do equilíbrio de uma mente sã e corpo são .

A ação educativa vai se modelando nos assuntos abordados, os quais apontam para um querer saber por parte não somente dos ACS como também por parte da população, que se mostra interessada em querer saber mais sobre si, sobre o funcionamento do seu corpo e sobre as doenças assim como as formas de prevenção:

“Falamos sobre o planejamento familiar, hoje nosso índice de adolescentes grávidas é muito grande;, porque? Tem ai camisinha, anticoncepcional, mas elas não vêm, e ai já entra a parte que é da educação dos pais em casa, as meninas tão soltas saem pra festa e só chegam de manhã, de madrugada e estão fazendo o que? não absorvem o que agente ta falando e os pais muito menos.” (Caridade,35a, 8ª,1º GF)

“Sempre eu falo nas minhas visitas hoje eu to aqui mas não fique só esperando não, e quando eu começo a falar do câncer do colo uterino elas ficam falando assim, é mesmo né agente tem que fazer” (Caridade,35a, 8ª,1º GF)

A busca pelo conhecimento se reforça pelos acontecimentos, acontecimentos, e exemplos trágicos na comunidade que os deixam em alerta e preocupados com sua saúde. Daí surge a preocupação e conseqüentemente, a procura de conhecimentos.

A educação em saúde pode sensibilizar e semear sementes de conhecimento naquela pessoa, naquelas famílias, naquelas comunidades. E para isso é necessário conhecer seus estilos de vida e seus modos de pensar e viver.

“Agente fala sobre o câncer do colo do útero, dengue, amamentação...”(Branca de Neve,21a , 1a 1m, 1º GF).

“Agente fala sobre as vacinações e se estão em dia né” (Caridade, 35a, 8ª,2º GF)

“Agente fala sobre TB né, já tivemos vários casos né de TB nos areais”(Ligado,40a , 9a , 2º GF)

Em uma dimensão vivencial, a cotidianidade profissional desses sujeitos vai revelando práticas, conhecimentos, histórias, crenças, mitos que se transformam na forma de saber de cada um; seus pensamentos vão se subjetivando a cada fala.

A ação educativa torna-se o ato principal de suas práticas na comunidade. Procuram o saber institucional para atingir e justificar as ações. Assim, falam sobre saneamento básico; câncer do colo de útero; dengue; alimentação; vacinação; TB; etc. Retratam uma proposta institucional que tenta “vencer os inimigos” (as doenças), que se propagam nas classes populares da sociedade. Assim, as questões mencionadas anteriormente, transformam-se em parte da expressão e do ensinar cotidiano dos ACS trabalhando os conceitos de doença dia após dia. Para Jodelet (2001) são nos grupos de pertença que se criam as condições para a construção de representações sociais, entendidas como:

Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social. Igualmente designada como saber do senso comum ou ainda saber ingênuo, natural [...] (p. 22).

No diagrama a seguir sintetizamos em um esquema figurativo o Eixo 3.

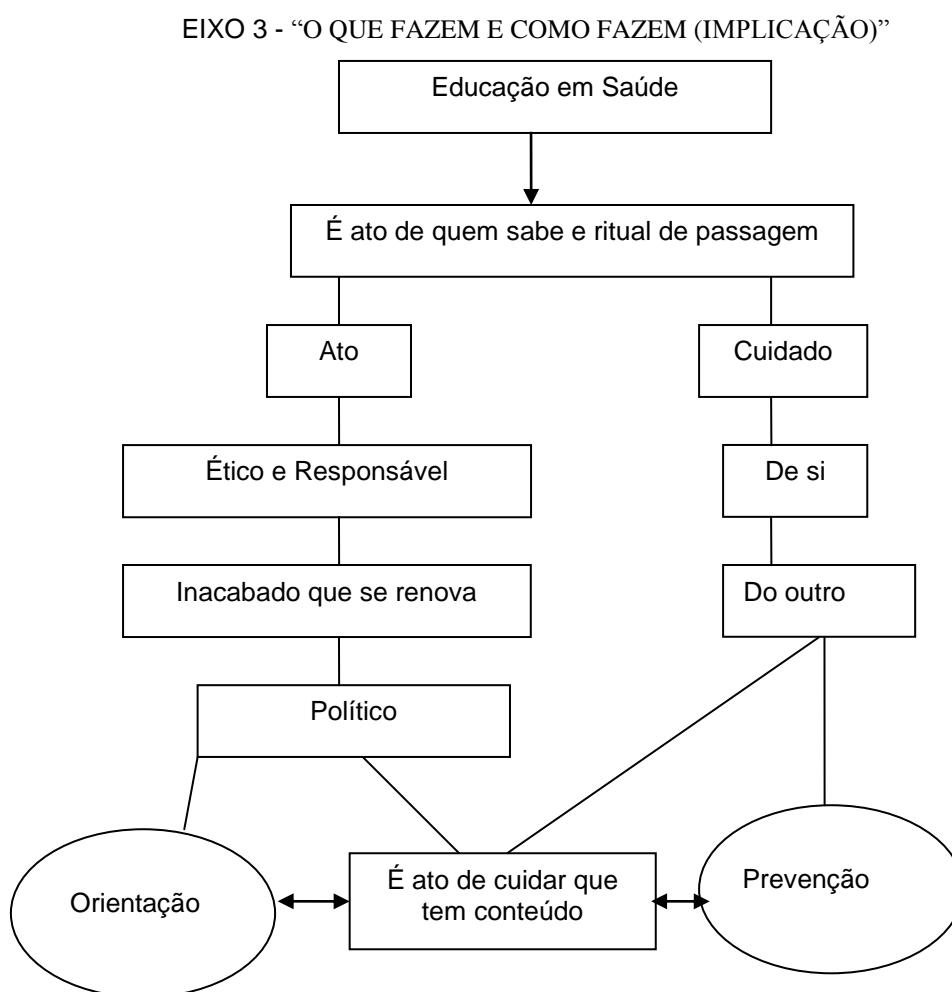


Diagrama 4: esquema figurativo eixo 3.

A partir do que fazem e como fazem, resta-nos analisar o que pensam sobre o que fazem, foco do eixo 4.

EIXO 4 - O QUE PENSAM SOBRE O QUE FAZEM

TEMA 8 – EU-EDUCADOR

Assumir-se como ser social e histórico como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador e sonhador, capaz de ter raiva porque capaz de amar. Assumir-se como sujeito porque capaz de reconhecer-se como objeto. A assunção de nós mesmos não significa a exclusão dos outros. É a “outridade” do “não eu”, ou do *tu*, que me faz assumir a radicalidade de meu *eu* (FREIRE, 2006, p.41).

“Eu sinto que sou educadora em saúde porque quando tem atividade aqui eu vou, convido as mulheres, e elas dizem a vai ter brinde e pra elas é como se fosse uma necessidade elas querem uma atenção a mais” (Branca de Neve, 21a, 1a 1m, 1º GF);

“O educador em geral ele tem uma arma na mão e tem que saber como utilizar, ele tem que criar estratégia e se não criar estratégias e trabalhar por trabalhar sem amor ele não vai obter um objetivo que ele quer alcançar, isso quando ele quer, porque quando ele não quer, faz por fazer e não tá nem aí. (Caridade, 35a, 8ª, 1º GF).

Os ACS sentem-se educadores ao percebem que fazem parte de uma dinâmica em que sua participação na vida das pessoas têm significados inseridos nas relações diárias que permeiam interesses múltiplos tanto por parte deles e da comunidade quanto do próprio sistema (de saúde) onde estão inseridos. Para Monteiro e Vieira (2008):

[...] os trabalhadores de saúde, capazes de articular saberes e práticas de atenção integral à saúde, como também perceberem-se como educadores em saúde, comprometidos com a autonomia dos indivíduos e com as possibilidades de transformação da realidade (p.61).

Reportam-se a condição de educador como alguém com poder para transformar, trabalhando com vontade e amor ao próximo, denominando-se como tal. Porém, o *poder* mencionado nas conversas durante os grupos focais é transformador, mediador, poder que possui a capacidade de igualar o outro e jamais diminuí-lo, excluí-lo ou (sub) julgá-los.

Ao serem estimulados a expressar-se sobre o que é ser ACS e os sentimentos sobre o “eu educador”, os sujeitos evocaram as seguintes palavras destacadas na figura 1 a seguir.

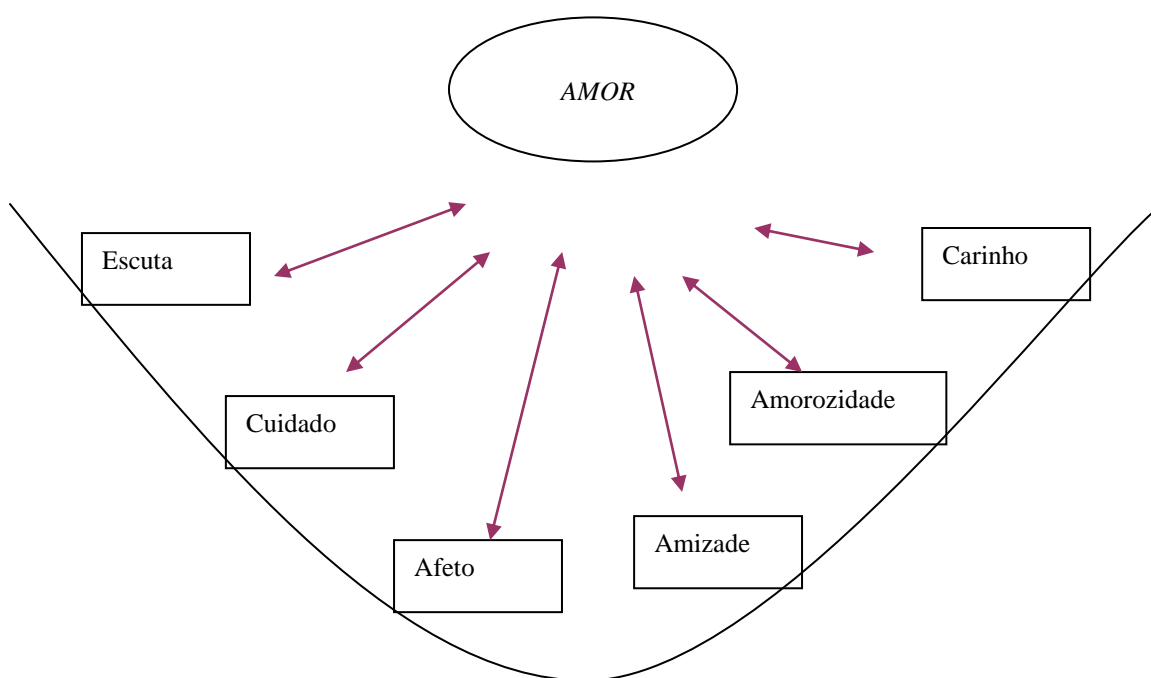


Diagrama 5: palavras mais evocadas ao estímulo eu-educador.

A objetivação é vinculada à palavra amor, que foi evocada por 80% dos sujeitos; ao vincular o **eu-educador** ao *AMOR* (palavra unânime entre os sujeitos), puderam definir seu dia-a-dia e seu cotidiano. *Escuta*, *cuidado*, *afeto*, *amizade*, *amorozidade* e *carinho* são parte fundamental de suas práticas. Tais representações só tornaram-se possíveis através das visitas domiciliares na comunidade.

Os ACS, ao falarem a palavra amor (algo familiar) “tiram do anonimato perturbador” o **eu-educador** (algo não familiar) e dotam-no de uma “genealogia com a inclusão de um complexo de palavras específicas, a fim de localizá-lo, de fato, na matriz de identidade” de suas culturas (SÁ, 2004, p.38).

SUBTEMA 1: O AMOR CURA E ENSINA A CUIDAR

*“Ser agente de saúde é uma profissão que eu me dedico e me dediquei muito porque tem tudo a ver comigo, e eu definiria o **amor** como palavra, porque as vezes a gente não precisa de remédio, de comida, mas se você levar uma palavra amiga, aí já basta”* (Florzinha, 53a , 14a , 1º GF).

“[...] muita das vezes a pessoa não tá nem precisando de uma consulta e sim de uma amiga pra conversar pra desabafar e eu gosto de fazer isso “(Moranguinho, 41a , 1 a 4m, 1º GF)

Sobre fazer e pensar o *amor* como forma de interação e de bem fazer suas ações, Chalita (2005) concorda, e diz que:

O amor pode justificar, determinar, agregar, permitir, superar, prolongar, solicitar. O amor também condena, absolve, revela, esconde, simula, expõe. O amor orienta, desnorreia (...) No amor estão presentes, ao mesmo tempo os quatro elementos e os cinco sentidos (...) Por ele se luta, se ganha, se perde, se joga, se brinca, se chora, se vive, se morre (...) Ele ataca e defende, derruba e sustenta, grita, silencia (p.16).

SUBTEMA 2 - TRABALHAR E EDUCAR COM AMOR É ESCUTAR:

Creio que sei por que é gratificante ouvir alguém. Quando consigo realmente ouvir alguém, isso me coloca em contato com ele, isso enriquece a minha vida [...] Ouvir verdadeiramente alguém resulta numa outra satisfação especial. É como ouvir a música das estrelas, pois por trás da mensagem, há o universal. [...] Assim, existem ao mesmo tempo a satisfação de ouvir esta pessoa e a satisfação de sentir o próprio eu em contato com uma verdade universal (ROGERS, 1983, p.5).

*“Agente tem que ter um **ouvido bem aberto**”* (Florzinha, 53a, 14a , 3º GF)

*“Agente tenta cuidar daquelas pessoas que são doentes né, fica mais cuidadoso e **ouve né**”* (DJ, 19a , 1 a, 1º GF)

*“A gente **escuta** os problemas deles, e agente procura ver de que forma ajudar a pessoa [...]”*(Caridade, 35a, 8 a, 2º GF)

Observamos nas falas dos sujeitos que a *escuta* é um instrumento de grande importância para a qualidade do trabalho, pois é através da *escuta* que eles colhem informações que muitas vezes são imprescindíveis para o descobrimento de problemas e doenças ocultas na comunidade.

É através do *ouvir* o outro, que se iniciam campanhas, é no *ouvir* o outro que seus serviços têm bons resultados, é no *ouvir* o outro que eles se aperfeiçoam. E nesse aperfeiçoar, tornam-se pessoas mais humanas e sensíveis ao mundo do outro. Os relatos nos revelam pessoas mais sensíveis à *escuta*, aos problemas dos outros, pois *escutam* com os ouvidos, *escutam* com os olhos e com suas mãos quando afaga o outro que fala de sua inquietude e de sua solidão. Para Freire (2006):

O primeiro sinal de que o sujeito que fala sabe *escutar* é a demonstração de sua capacidade de controlar não só a necessidade de dizer a sua palavra, que é um direito, mas também o gosto pessoal, profundamente respeitável, de expressá-la. *Escutar*, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que *escuta* para a abertura à fala do outro, ao gosto do outro, às diferenças do outro (p.119).

Percebemos como Freire (2006) que a *escuta* do outro se faz necessária para o processo de humanização dos profissionais que lidam diariamente com conflitos e problemáticas inerentes à sua profissão.

SUBTEMA 3 – SER ACS É AJUDAR E SE REALIZAR

“Pra mim ser ACS é muito bom, porque é uma forma de poder ajudar as pessoas” (Fafá de Ourem, 29a, 1a, 1º GF);
“[...] eu sempre dizia pra ele que um dia eu ainda iria ser agente de saúde que nem a senhora e hoje eu to aqui, e hoje eu posso dizer que estou profissionalmente realizada[...]” (Andorinha, 30a, 13m, 1º GF);

*“Pra mim ser ACS é **algo importante, é algo fundamental** e ao longo da minha vida eu comecei a trabalhar com 14 anos e trabalhei em vários lugares; é a única profissão que eu me adaptei e que gosto de fazer[...]*” (Ligado, 40a, 9a, 3º GF);

“É um sonho realizado, desde que eu me entendo por gente eu já via minha mãe trabalhar com isso” (Andorinha, 30a, 13m, 1º GF);

“É um sonho realizado, *desde que eu me entendo por gente eu já via minha mãe trabalhar com isso*” (Andorinha, 30a,13m, 1º GF).

Constatamos nas falas que a condição de ser ACS é *fundamental*, pois foi a partir desta profissão perceberam muitas coisas que antes não lhes eram tão claras como a própria educação em saúde; a partir do momento que se assumiram como ACS, perceberam o quão é importante suas ações dentro de comunidade. Seu fazer é muito mais do que “marcar consultas” ou “visitar as casas” é um complexo de atos que vão da singularidade de um cortar de unhas para uma boa higienização à complexidade de lidar com a violência doméstica que permeia níveis físicos, psicológicos, judiciários, econômicos que ocorrem dentro de uma família ou na comunidade.

O SUS espera do agente uma atuação no contexto social, tanto na participação popular, como na abordagem de problemas que escapam à dimensão estrita da saúde biológica, como a violência (SILVA; DALMASO, 2002).

Todas estas questões nos fazem refletir sobre a grandiosidade deste trabalho e muitas vezes passam despercebidas pela sociedade, que de certa forma desconhece que o agir dos ACS têm dimensões técnicas e políticas imbuídas em suas práticas, que lhes exigem um papel sociopolítico na garantia da efetivação das ações de promoção à saúde.

TEMA 9 – EU-ENTRE-OS-OUTROS

O ser humano é “sujeito gnosiológico”, porque em suas relações uns com os outros no mundo e com o mundo conhecem e comunicam-se sobre o objeto conhecido. Nessa relação comunicativa, ensaiam a experiência de assumirem-se como seres sociais e históricos, como seres pensantes, comunicantes, transformadores, criadores e realizadores de sonhos. Assumirem-se como sujeitos, implica a não negação ou exclusão do outro (OLIVEIRA, 2003, p.52)

As dimensões educacionais que atravessam as falas dos sujeitos sugerem uma classificação: a educação de si, a educação dos outros e a educação entre os outros. Tais dimensões possibilitaram-nos identificar a relação ACS – Comunidade:

Na **Educação de si** o ACS aprende sobre determinado assunto para poder esclarecer as dúvidas das pessoas da comunidade; na **Educação dos Outros**, os

ACS ensinam e orientam o que aprenderam nos cursos; na **Educação entre os outros**, os ACS ensinam e aprendem ao mesmo tempo na comunidade.

Neste momento/movimento em que se ensina e se aprende ao mesmo tempo vão se constituindo enquanto indivíduos. Freire (2006) exprime a noção de que a educação constitui um processo no qual quem ensina aprende e quem aprende ensina, desafiando e provocando um crescimento mútuo na busca da transformação da realidade.

*“agente tem capacitações todo o tempo e **aprende todo tempo**; o agente tem que fazer sempre o melhor; então cada dia que agente for abordar uma família tem que levar uma novidade e fazer melhor [...]”* (Ligado, 40a, 9a, 2º GF)

*“[...] vem às pessoas que perguntam alguma dúvida e agente sempre tira e posso ser considerado uma pessoa informada **sempre tirando as dúvidas**”* (DJ, 19a, 1a, 3º GF).

*“**Eu ensino e aprendo ao mesmo tempo [...]**”* (Branca de Neve, 21a, 1a 1m, 1º GF)

Para os ACS a educação é protagonizada em suas experiências de vida, e um processo de ensino-aprendizagem conectado com/para o “outro”. Processo este, mediado pelo diálogo “para uma vida melhor”. De acordo com Brandão (2005):

[...] mutuamente nos ensinamos e aprendemos. Não somos humanos porque somos racionais. Somos racionais porque somos aprendizes. Não apenas aprendemos, mas estamos sempre reinventando nosso saber através de novas aprendizagens. Sobrevivemos porque nunca paramos de aprender (p.98).

A educação em saúde que se pretende pensar contemporânea deve entender que “o educador já não é o que apenas educa, enquanto educador, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa e ambos assim se tornam sujeitos do processo” (FREIRE, 2006, p. 68).

Processo este, que dentro da área da saúde e especificamente na área da educação em saúde, se deve atentar. Freire (1978; 1996) refere que ninguém educa ninguém e que ninguém se educa sozinho, que não somos donos da autonomia de ninguém. Todavia, no processo de educar os ACS tem uma importância que os

torna “professores” da/na comunidade. E assim como não existe docência sem discência, não existe ACS sem comunidade.

Há que se ter necessariamente a presença do eu – entre os – outros, seja educando o outro, seja experienciando os conhecimentos que a comunidade trás, educando-se entre si, seja, ainda, com a experiência do autodidatismo, em que alguém se educa por si mesmo, através da produção teórico-tecnológica-cultural feita por outros; e por tanto lida sempre com o outro.

TEMA 10 – EU NA COMUNIDADE

As relações comunitárias que constituem uma verdadeira comunidade são relações igualitárias, que se dão entre pessoas que possuem iguais direitos e deveres. Essas relações implicam que todos possam ter vez e voz, que todos sejam reconhecidos em suas singularidades, onde as diferenças sejam respeitadas. E mais: as relações comunitárias implicam, também, a existências de uma dimensão afetiva, implicam que as pessoas sejam amadas, estimadas e bem quistas (GUARESCHI, 2007, p.97).

A magnitude dos pensamentos apresenta-se inscrita na história da humanidade como um princípio de resgate ao ser, e este fato posiciona-nos, como seres humanos, enquanto seres pensantes, criadores e criaturas de nossa própria história no ambiente que propicia o convívio em sociedade, organizada ou não, mas com princípios que se difundem e se confundem com as culturas que permeiam todas as sociedades no mundo todo e em todo o mundo.

“Antigamente eu sentia uma indiferença muito grande, hoje eu já sinto uma família” (Naza, 42a, 5a, 1º GF);

“As mãezinhas confiam em mim, porque estão acostumadas a me ver todo dia passando pela rua, indo nas casas; ai quando elas têm algum problema vem logo me contar e pedir minha ajuda; e eu vou e agente conversa” (Moranguinho, 41a, 1 a 4m, 3º GF).

O convívio trata-se de algo forte e intrínseco que movimenta o tipo de relação do ACS com a comunidade, delineando passo-a-passo um complexo envolvimento entre o íntimo e o pessoal. Assim a relação de confiança é mantida em prol do êxito de seu trabalho.

É necessário que a população sinta-se confortável para abrir a porta de sua casa, falar e expor seus problemas a um “desconhecido”, pois só através da confiança e do conforto que verdadeiramente os laços afetivos se encurtam.

Por outro lado, a questão pessoal / afastamento precisa ser mantida também, para que não haja o envolvimento completo por parte dos ACS, para que este envolvimento não sucumba em uma ação não benéfica para o outro envolvido. Vasconcelos, N. (2007) aponta para uma “simbólica da intimidade”:

Assim a simbólica da intimidade pode muitas vezes referir-se a espaços muito diferenciados e, o que é muito importante, nem sempre dentro da habitação-locais de intimidade podem ser embaixo daquela árvore, em cima daquela pedra, dentro daquela gruta etc., enfim, lugares onde o ser humano experimenta sua singularidade(p.131)

*“O nosso trabalho é orientação e fazer aquela coisa né, além disso, não dá, **você tem que ir até onde você tem que ir e não ultrapassar as coisas**”* (Ligado, 40a, 9a, 2º GF)

Em suma, é necessário sim, que este relacionamento seja íntimo e também pessoal; mas o ACS precisa manter certo distanciamento de forma consciente do problema em questão, para que tal problemática seja sanada sem maiores prejuízos e transtornos; é necessário que a aproximação dos sentimentos de solidariedade, justiça e benfeitoria permaneçam em cada ação desenvolvida.

SUBTEMA 1 – A SAÚDE NA / DA COMUNIDADE

“Melhorou bastante muito mesmo do que era antes”

(Florzinha, 53a, 14a, 1º GF);

“[...] e sobre o PCCU eles perguntam se é enfermeiro daqui ou de Belém, quando eu digo que é de Belém eles vêm na hora, mas quando eu falo que é daqui eles não querem por que dizem que vão espalhar e eu tento tirar aquela idéia da cabeça delas” (Moranguinho, 41a, 1 a 4m, 3º GF);

“Quando eu comecei como ACS via a população em situação muito precária, hoje em questão até com a política e até com as nossas capacitações, hoje eu vejo uma melhora muito grande, tinha muitas mãezinhas que não ligava pra vacina da

criança, com a implantação do agente comunitário hoje você pode acompanhar essa vacina da criança numa boa e elas vão procurar saber e deixar a vacina da criança em dias, tem umas que ainda são relaxadas, mas a maioria estão seguindo a regra vamos dizer e que em relação a saúde houve uma melhora” (Ligado,40a , 9a , 1º GF).

Os ACS relatam suas histórias, suas conquistas com/na comunidade, e refletem sobre o antes e o depois de seu trabalho e suas experiências; socializam suas vitórias e derrotas na comunidade. O que nos fica claro, nos relatos, é a necessidade das pessoas serem ouvidas, pois revelam uma aclamação para um olhar mais humano, para um conhecimento e reconhecimento de uma realidade vivenciada não por uma pessoa apenas, mas por muitas pessoas que precisam e devem ser conhecidas, reconhecidas e respeitadas em suas singularidades.

SUBTEMA 2 – AS RESPOSTAS E SENTIMENTOS DA / NA COMUNIDADE

*“No começo eu tive muita dificuldade, em chegar e abordar a pessoa e ficava pensando será que a pessoa não quer a minha visita? **Mas hoje, não eu já penso diferente, as pessoas ficam muito alegres e dizem oi, tu nunca mais apareceu, por que tu não vem mais? Fica tipo uma saudade que agente vai e demora a ir lá, e agente sente aquele carinho”** (Branca de Neve, 21a , 1a 1m, 1º GF)*

Freire (2007, p.171) estabelece uma relação entre o “eu” e a realidade, entre o “mundo interior” e o “mundo exterior” de maneira que nós, seres históricos, apreendemos nossa realidade através de habilidades cognitivas e durante esse processo vamos conhecendo, e nos conhecendo; no que tange ao conhecimento, é por intermédio deste conhecimento que os ACS vão interagindo na comunidade.

O conhecimento da realidade é indispensável ao desenvolvimento da consciência de si e este ao aumento daquele conhecimento. Mas o ato de conhecer que, se autêntico, demanda sempre o desvelamento de seu objeto, não se dá na dicotomia antes referida, entre objetividade e subjetividade, ação e reflexão, prática e teoria (FREIRE, 2007, 171).

*“Logo que eu cheguei tenha gente que não queria me atender aí eu fui conversando e hoje em dia diz, oi meu amor vamos entrar, vamos conversar. **Eu vejo que eles se sentem muito sozinhos porque os filhos não estão mais aqui ... eles não ligam muito pra casa** ” (Moranguinho, 41a , 1 a 4m, 3º GF)*

Algumas falas nos revelam a solidão de pais idosos que acabam ficando sozinhos em função da saída dos filhos em busca de trabalho na “cidade grande”. Portanto, a solidão percebida pelos ACS acaba por influenciar e gerar baixa auto-estima em um percentual da população idosa, causando dificuldades tanto no cuidado de si quanto no cuidado do lar e conseqüente dificuldade no cuidado da própria saúde, onde negligenciam a administração de seus medicamentos, sua alimentação, assim como a higienização pessoal dentro de suas casas que muitas vezes encontram-se inóspitas e abandonadas por seus donos cenescentes e solitários.

*“a gente vê, a reação das pessoas porque elas se **sentem satisfeitas**, e assim o ser humano jamais quer ouvir um não, ele quer sempre ter uma **solução pra todas as expectativas** (Caridade,35a, 8ª,3º GF)*

Os ACS interpretam as respostas da comunidade através de sentimentos, e percebem o que o outro/a comunidade necessita, transmitindo confiança numa relação positiva e afetiva construída diariamente.

Percebemos nas falas, que a mudança está intrínseca e intimamente ligada às relações cotidianas, só é possível quando realmente se quer mudar, e faz parte do processo reconhecer-se, movimentando-se, de onde está para onde se vai ao mundo. Assim, precisamos sempre mudar e mudar é um processo dialético, pois estamos sempre pensando e repensando nosso fazer num processo de constituição, num processo constituinte e não somente constituído (JODELET, 2006, grifo nosso).

Os ACS precisam enxergar novas perspectivas acerca de seu modo de perceber-se, de notar o outro, o usuário e as famílias, de sentir o contexto real e de perceber as possibilidades profissionais numa relação de respeito e confiança nas potencialidades e no saber do outro; precisam se ver como parceiros (as) nas ações

de educação em saúde e educação popular em saúde a favor da promoção da saúde com justiça e humanização da sociedade.

No diagrama a seguir sintetizamos em um esquema figurativo o Eixo 4.

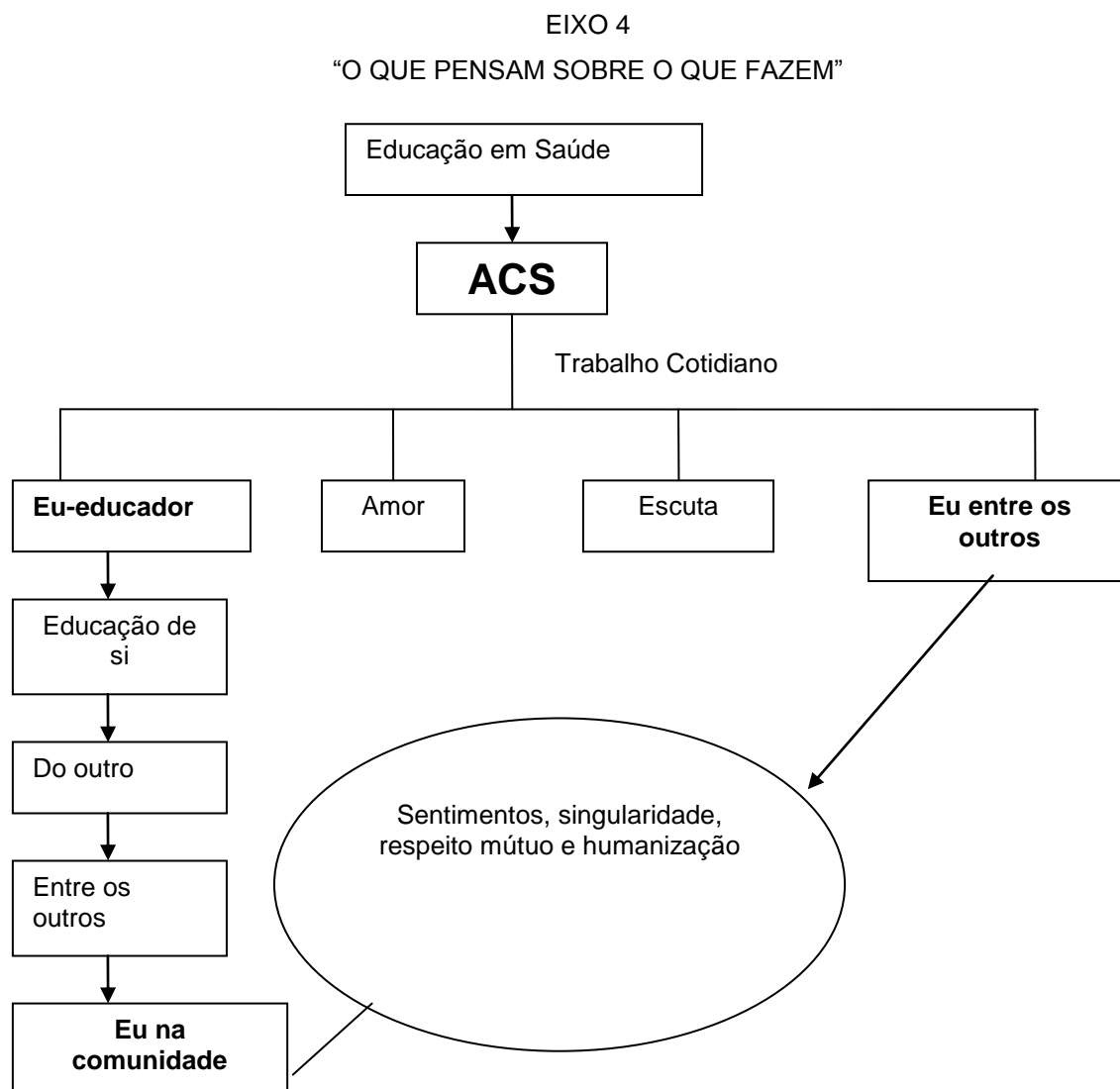


Diagrama 6: esquema figurativo do Eixo 4.

Finalizamos este capítulo com o diagrama que sintetiza os eixos temáticos reunindo as idéias e imagens dos esquemas figurativos de cada eixo.

ESQUEMA FIGURATIVOGERAL DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

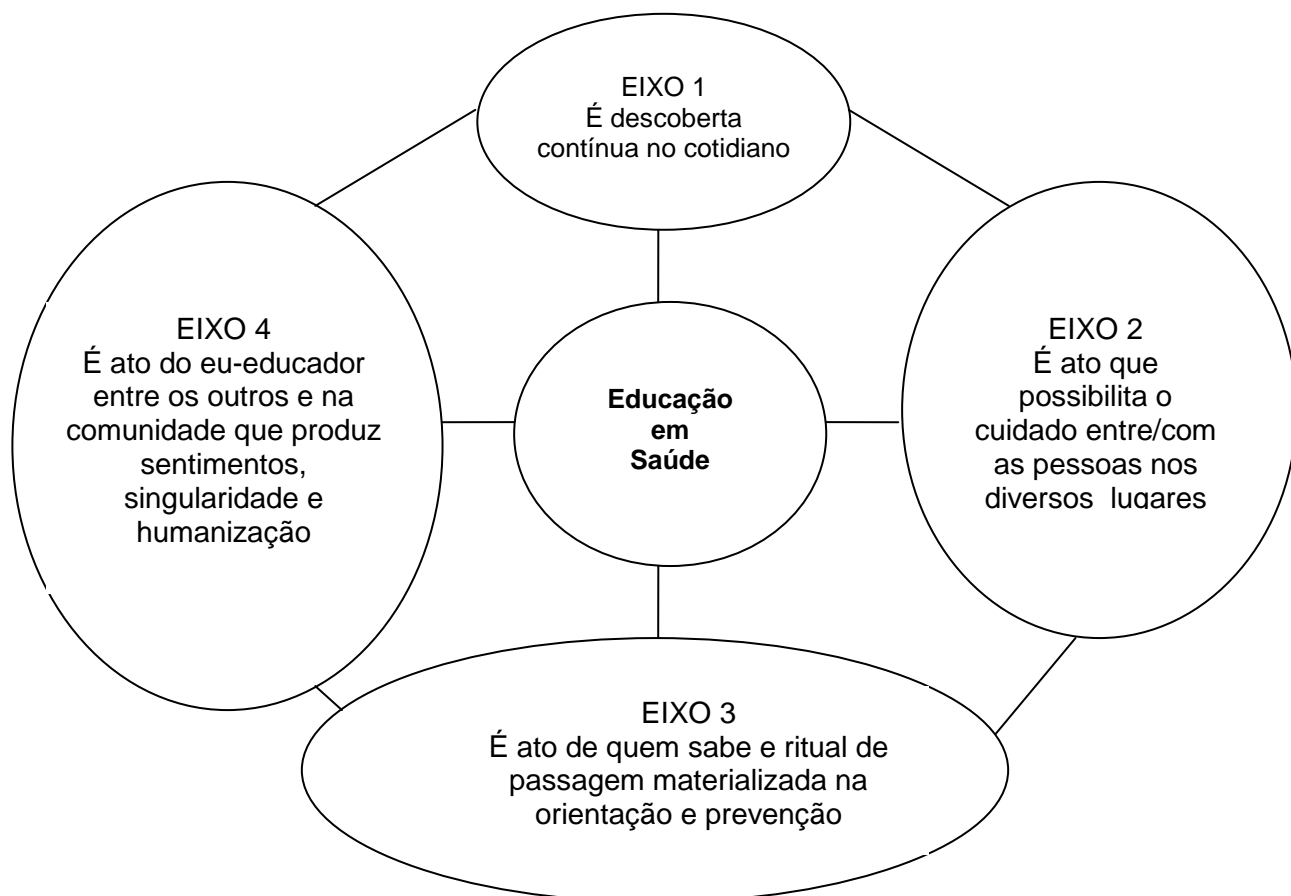


Diagrama 7: esquema geral dos eixos temáticos

CONSIDERAÇÕES

TRANSITÓRIAS

Meu pensar neste momento procede exatamente igual ao meu fazer dissertativo que se permite ser/estar transitório, momentâneo, num intenso processo de (re) constituição.

Utilizamos como teoria sinérgica à nossa pesquisa a teoria das representações que a meu ver nasce de um incômodo intelectual que se aflora e se fortalece a partir de um anseio de refletir nossa própria condição humana. Como somos? O que somos? O que fazemos? Como fazemos? Onde fazemos? Com quem fazemos?

Todos estes questionamentos são levantados a todos os momentos por muitas pessoas, por muitas pesquisas, a todo momento queremos saber nosso verdadeiro sentido como seres únicos, e nossas respostas coletivas ou individuais estão sempre nos remetendo a representações de nossas experiências vividas, em um constante processo de construção e desconstrução de saberes com trocas de conhecimentos interpessoais, nas quais a comunicação verbal ou não verbal é de extrema importância.

À medida que vamos conhecendo coisas diferentes como: lugares, pessoas, culturas, economias, políticas, vamos nos familiarizando e de certa forma, compreendendo ainda mais o mundo que nos cerca em um constante processo de aprendizagem, que nos leva a produzir representações sociais.

As representações podem ser entendidas como uma condição para a realização das práticas, ou seja, orientam-nas, e as práticas podem ser fatores de determinação das representações ou, mais precisamente, da sua mudança.

Podemos afirmar que os sujeitos do estudo são sujeitos singulares descritos por uma poética de seu cotidiano, que os caracterizam como pessoas ímpares em suas relações na dinâmica social da comunidade onde atuam. Possuem sonhos e desejos de crescimento profissional procurando trabalhar as melhores formas de atuação, assim como anseiam por melhores condições salariais; chamando a atenção para suas necessidades em querer aprender mais e mais sobre o processo saúde – doença e cuidado; conhecimentos, que lhes são exigidos diariamente em seus fazeres.

Constatamos que aqueles que falam se percebem cuidando do outro, realizam-se em suas ações, “crescem” enquanto pessoas que trabalham com pessoas, que conversam com pessoas, que ensinam e aprendem com pessoas.

Em relação ao primeiro objetivo específico constatamos que a construção das representações sociais acerca da educação em saúde constituiu-se em um processo histórico, desenvolvido a partir da descoberta, desta educação em saúde; transformando-na em um novo/outro conceito que se fortalece e se (re) significa com as práticas e experiências que permearam e permeiam a atuação/formação dos ACS, contribuindo diretamente e efetivamente com o seu fazer e com sua conduta profissional.

Sobre o segundo objetivo, constatamos que as representações sobre educação em saúde se ancoram na escola como lugar de referência familiar, e a pedagogia da escola entrelaça-se com a pedagogia do posto de saúde. A educação em saúde é objetivada em ato de cuidar entre pessoas e tem lugar.

Os lugares comuns à educação em saúde são o posto-unidade, as casas, as visitas, os centros comunitários, as creches, as escolas e a comunidade. Os não lugares da educação em saúde são os supermercados, os pontos de moto-táxi e até mesmo a praça.

No que se refere ao quarto objetivo específico, verificamos que as práticas do dia-a-dia se concretizam no cotidiano dos ACS implicadas pelos seus pensamentos e saberes. O agir que se manifesta subsidia-se de atividades como palestras na/para a comunidade, orientações, escuta sensível dos usuários, cuidado com o outro a favor do cuidado de si, com ética e responsabilidade, num agir político impulsionado pelo sentimento de justiça.

Pensamos que as práticas sociais são atividades realizadas habitualmente por um dado conjunto de sujeitos sociais, e tais práticas podem influenciar as representações, e estas podem influenciar as práticas reciprocamente. No caso da educação em saúde, essa dinâmica é propícia ao desenvolvimento de dispositivos educativos-cuidativos capazes de fazer emergir novas/outras representações sociais.

Percebemos durante os grupos focais que os sujeitos dispuseram-se não somente para a pesquisa, mas para pensar e refletir sobre novas/outras propostas de fazer educação em saúde; os encontros mostraram por meio do diálogo, outro/novo caminho para um fazer diferenciado, pois por mais que “ludem” contra as doenças, tendo como instrumento suas vozes, tais medidas ainda não são suficientes.

Destacamos a importância de ouvir de forma sensível, e sugerimos aos educadores-formadores dos ACS, na maioria das vezes enfermeiros, agirem nesse sentido, valorizando seus saberes e fazeres.

Com vistas a contribuir com a secretaria municipal de saúde de Benevides, destacamos e recomendamos que se utilizem estratégias dialógicas permanentes, iniciativas que coloquem o agir educativo dos ACS no centro das discussões de modo a garantir a qualidade dos serviços de maneira que a humanização das ações nunca deixe de se desdobrar em atos humanos.

Há que se partir e chegar aos saberes construídos nas práticas cotidianas, o que pode ser debatido nas reuniões a fim de se gerar, não atritos, mas reflexões a partir dos “conteúdos da experiência”. Há que se partir de suas próprias experiências, posto que não são livros sem letras, mas conjuntos vivos e representativos do “pensar comunitário”, que não é somente instituído, mas também histórico e dialeticamente instituinte.

É preciso difundir/semear a idéia que na educação em saúde temos uma “mistura”, um hibridismo entre as áreas da educação e saúde, uma conjunção, uma fusão de maneira que uma está imbricada na outra, ou seja, é necessário que os profissionais da área de saúde dêem espaço para que a educação em saúde possa nascer, crescer, se desenvolver entre/com aqueles que se intitulam “peixinhos fora d’água”.

É necessário que se constituam ações de diálogo e partilhas de saberes entre/com profissionais e comunidades, pois são eles que vivem lá, e que continuam a viver; as práticas de educação em saúde podem apontar para a liberdade e autonomia e para uma autogestão democrática com a participação de todos.

O estudo sobre educação em saúde entre os agentes comunitários que realizamos nos apontou alguns nortes para a prática que queremos e para a educação continuada dos ACS; concluímos que os ACS ao participarem da vida diária da população e território onde estão inseridos, ampliam/recriam suas representações de educação em saúde como ato de cuidar entre pessoas e dão muita ênfase aos lugares e não-lugares de ensino/aprendizagem, numa perspectiva vivencial/existencial que dá a educação em saúde que fazem um tom experiencial e dialético.

O campo representacional que se forma é polissêmico e multidimensional, se situa no território do agir do profissional, se ancora na pedagogia da escola e se

objetiva em atos de cuidar que dão forma e conteúdo a uma pedagogia do post-
unidade de saúde, definindo a educação em saúde que se faz entrelaçada a
geografia humana do lugar em que se trabalha.

Acreditamos que o campo educacional, em especial a linha de pesquisa
Saberes Culturais e Educação na Amazônia, se ampliou ao fortalecer o objeto-
conceito educação em saúde, que se torna mais evidente enquanto “objeto
fronteiriço”, que pode ser e deve ser pensado como dispositivo educativo-cuidativo
com potencial para contribuir com a criação de novas/outras práticas e tecnologias
no campo da saúde, a favor do cuidar de si do outro/população, em prol da
humanização dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE,O,M,R. **Advocacia da coalizão e processo decisório em ações intersectoriais relacionadas à saúde e estratégias de cidades saudáveis em Camaragibe.**(Tese) Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.Doutorado em Saúde Coletiva, Camaragibe - PE, 2004.

ALVES,Vânia Sampaio.**Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.Revista Interface – Comunic., Saúde, Educ, v.9,n.16,p.39-52, fev.2005.

ÁVILA, Maria,T,P. **A função educativa na prevenção do consumo abusivo de drogas.**In: MEYER,Dagmar,E,E.**Saúde e Sexualidade na Escola.**3ª ed. Porto Alegre: Mediação,2006.

ANJOS, Francisco Valdinei dos Santos. **Aprendi sobre saúde-cuidado fazendo arte:** Representações sociais de jovens dançarinos de Almeirim, Pará. 2009. 153 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2010.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos Focais.** in: Coleção Pesquisa Qualitativa/Coordenada por Uwe Flick, São Paulo: Artmed, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Ed. Revista e Actualizada. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRANDÃO,Carlos Rodrigues.**O que é Educação.** São Paulo:Brasiliense;2007.

_____. **Lutar com a palavra:** escritos sobre o trabalho do educador. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____.**Paulo Freire, o menino que lia o mundo:** uma história de pessoas, de letras e palavras.São Paulo:editora UNESP,2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.350, de 5 de Outubro 2006: atribuições e exercício dos Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Manual para a organização da Atenção Básica. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal de Saúde**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencabasica.php#saudedafamilia>. Acesso em: 04 jun 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Brasília: IEC, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. **Pactuação unificada de indicadores** : avaliação 2008 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 248 p. (série Pactos pela Saúde 2006 ; v. 14).

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. 8ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes: 2002.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996

CHALITA, G. **Pedagogia do Amor: a contribuição das histórias universais para a formação de valores das novas gerações**. São Paulo: Gente, 2005

CANDEIAS, Nelly, M.F. **Evolução Histórica da Educação em Saúde como Disciplina de Ensino e na Faculdade de saúde Publicada Universidade de São Paulo — 1925 a 1967**. Revista de saúde Pública São Paulo:22(4).347-365,1988.

ELLIS J,R & Hartley, C,L 1998. **Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências**. Trad. de Maria Virgínia Godoy da Silva. 5a ed. Artmed, Porto Alegre.

FAMEP, FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DOS ESTADOS E MUNICÍCIOS DO PARÁ. **História do Município de Benevides – Pará**. Disponível em: www.famep.com.br/famep/municipio/historia.asp . Acesso em : 23/30/2011.

FIGUEIREDO et al. **Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o**

SUS. In: FIGUEIREDO, N. M. A de, TONINI, T.(Org) SUS e PSF para Enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

FLEURY,S. A questão democrática na saúde.In: FLEURY,S (Org). **Saúde e democracia- a luta do CEBES**.São Paulo :Lemos Editorial,1997.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____.**Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários a prática educativa.33ed.São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FUHRMANN,Nadia,L. **Programa de Saúde da Família**: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil.in: MENDES,J,MR;BELLINI,M,I,B(Org).**Textos & contestos**: Perpectivas da produção do conhecimento em serviço social. Porto Alegre: EDPUCRS,2004.

GAZZINELLI.M.F;MARQUES,R.C,REIS,D.C.(Org).Educação em Saúde:teorias, métodos e imaginação.Belo Horizonte:ed.UFMG,2006.

GILLY, Michel.As Representações Sociais no Campo da Educação In: JODELET, Denise (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

GIESBRECHT, Ralph Mennucci. **Estações ferroviárias do Basil**. Disponível em : www.estacoesferroviarias.com.br/braganca/benevides.htm . Acesso em: 23/03/2011.

GUARESCHI, Pedrinho, A. Relações Comunitárias Relações de Dominação.In:CAMPOS, Regina H.de F (org).**Psicologia Social Comunitária: da Solidariedade à Autonomia**. 13ed. Petrópolis,RJ:vozes,2007,p.81-99.

HELLER, Agnes. O cotidiano e história. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

HUNTSMAN, Jon,M. **Os vencedores Jogam limpo**: os valores morais que aprendemos na infância, será que esquevemos?.(tradução autorizada).Porto Alegre RS: Bookman-Artmed, 2005.

IBGE. **Enciclopédia dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro, 1964. XIV vol.

_____. **Indicadores Regionais 2010**. Disponível em : WWW.ibge.gov.br.Acesso em:05/03/2011.

_____. **População residente, por sexo e situação do domicílio, segundo a religião**. WWW.ibge.gov.br. Acesso em:05/03/2011.

JODELET, Denise (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

_____. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.17-44.

LUNARDELO,S,R. O trabalho do Agente comunitário de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto São Paulo. Dissertação (Mestrado em enfermagem em Saúde Pública) 154f – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

_____. Représentation sociale: phénomène, concept et théorie. In S.MOSCOVICI (org).Psychologie sociale. Paris: Presses Universitaires de France, 1990 .

MARKOVÀ, Ivana. **Dialogicidade e Representações Sociais**: as dinâmicas da mente.Petrópolis RJ:vozes,2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed. revista e aprimorada. São Paulo: HUCITEC; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de Atenção Básica**.4ed.Séries Pactos pela Saúde,Brasília:2007.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais**: Investigação em psicologia social. 5 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MOREIRA, A,S; OLIVEIRA,D,C (org.). **Estudos interdisciplinares de representações Sociais**. 2 ed, Goiânia:AB,2000.

MOHR Adriana;SCHALL Virgínia,T.**Rumos da educação em Saúde no Brasil e sua relação com a Educação Ambiental**.Caderno Saúde pública, Rio de Janeiro:Abril 1992;p.199-203.

OLIVEIRA, Ivanilde Apoluceno. **Filosofia da Educação**: Reflexões e debates. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

_____. Leituras Freireanas sobre educação. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

PEREIRA,Haroldo.**O que é Comunicação**. Disponível em: www.unifra.br/professores/maicoomcomunicação.doc._Acesso em: 28 abr 2009.

PROBS,E,R ; RAMOS,P. **A Evolução da Mulher no Mercado de Trabalho**. Instituto Catarinense de Pós-graduação – Santa Catarina:ICPG.artigo 2005.Revista Eletrônica.Disponível em : www.icpg.com.br/artigos.Acesso em:03/03/2011.

RAMOS,N.**Contribuição do método fílmico para o estudo das representações sociais: perspectivas teóricas e de pesquisa**. In: NÓBREGA,S,M. Pespectivas

teórico-metodológicas em representações sociais. Paraíba: Editora Universitária UFPB, 2005. Cap. 11, p. 365 – 400.

REIS, D.C. **Educação em Saúde: aspectos históricos e conceituais**. IN: SANTOS, B.S. **Um discurso Sobre as Ciências**. 12 ed, Porto: Afrontamento, 2001.

ROGERS, Carl, R. **Um Jeito de ser**. [tradução Maria Cristina Machado Kupfer; Heloisa Lebrão; Yone Souza Patto]. São Paulo: EPU, 1983.

SANTOS, Antônio Luís Parlandin dos. **Educação-cuidado de si**: Representações Sociais de Idosos Amazônidas Participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2011. 180 f.

SÁ, Celso Pereira de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J.P. **O conhecimento do cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SABOIA, Vera Maria. **Educação em Saúde**: a Arte de talhar Pedras. Rio de Janeiro: Intertexto, 2003.

SAWAIA, Bader, B. Representação e ideologia – o encontro desfetichizador. In: SPINK, M.J.P. **O conhecimento do cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004, p. 73-84.

SEFFNER, Fernando. AIDS & Escola. In: MEYER, Dagmar, E.E. **Saúde e Sexualidade na Escola**. 3ª ed. Porto Alegre: Mediação, 2006.

SILVA, Joana, A, da & Dalmaso, Ana S, W. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educ, v6, n10, p. 75-96, fev 2002.

SMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. **Educação em Saúde e concepções de sujeito**. IN: VASCONCELOS, E.M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 115-36.

SPINK, M.J.P. O estudo empírico das Representações Sociais. In: SPINK, M.J.P. **O conhecimento do cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004, p. 73-84.

SILVA, Joana Azevedo da ; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker . **O agente comunitário de saúde e suas atribuições**: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde .Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p. 75-96,

fev 2002. Teixeira, Elizabeth(org). **Abordagens Qualitativas: Trilhas para pesquisadores em saúde e enfermagem.** São Paulo: Martinari, 2008.

_____. **As três metodologias:** acadêmica, da ciência e da pesquisa. Rio de Janeiro: Vozes, 2006a.

_____. **As Três Metodologias:** acadêmica, da Ciência e da Pesquisa. Petrópolis – Rj: Vozes, 2010 b.

_____. **Redes de saberes e afetos.** Belém: Grafisa, 2008.

_____. **Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos.** Elizabeth Teixeira: (Tese) de doutorado, Universidade Federal do Pará, Belém Pará, 2001.

TELES, Maria Luiza Silveira. **Aprender Psicologia.** 3ed, São Paulo: Brasiliense, 1994.

THOMPSON, John, B. **Ideologia e Cultura Moderna:** Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 6ªed, Petrópolis, RJ: Vozes, 1995, p.165-215.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular:** instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. SGETS/ DAGEP. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: MS, 2007.

VASCONCELOS, Naumi, A. **Qualidade de vida e habitação.** In: CAMPOS, Regina, H, F. **Psicologia comunitária:** da solidariedade à autonomia. 13ªed. Petrópolis RJ: vozes, 2007.

APÊNDICES

PÊNDICE A



Universidade do Estado do Pará
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado
Grupo de Pesquisa - PESCA
“TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO”

Título do Projeto:” Representações Sociais sobre Educação em Saúde entre Agentes Comunitários de Benevides - PA”

Este trabalho tem como objetivo analisar as representações sobre educação em saúde entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no município de Benevides e como estas influenciam suas práticas. Convidamos você a participar da pesquisa respondendo algumas perguntas e falando sobre Educação em Saúde no grupo (grupo focal). A pesquisa, só será gravada, fotodocumentada e filmada com vistas a fortalecer o registro e facilitar a construção de nossa análise, se você autorizar e quiser participar dos três(3) Grupos Focais (GF) que farão parte desta pesquisa. Após a realização da pesquisa, será produzido um relatório, a partir das falas do grupo de ACS, que serão analisadas e posteriormente retornadas ao grupo para aprovação. De maneira a evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas serão utilizadas somente para esta pesquisa e guardadas por cinco anos, assegurando que sua identidade será mantida sob sigilo e anonimato utilizando codinomes criados por cada um participante. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos ou outro meio de comunicação e publicados em revistas da área. Sua participação no estudo é muito importante pois, contribui de forma efetiva para a melhoria das ações desenvolvidas pelos profissionais da área de saúde e mais especificamente, profissionais que trabalham com a educação em saúde em prol de uma melhor qualidade dos serviços propostos pelo governo. Nesta pesquisa não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco a sua vida. A coordenadora da pesquisa é a Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Teixeira, COREN-PA Nº. 17519. Poderá ser encontrada à Rua Municipalidade 949, Edifício Júpiter, apartamento 1104, Umarizal, em Belém, PA, fone (091) 3244-7368. A qualquer momento você pode desautorizar as pesquisadoras de fazer uso das informações utilizadas. Se optar por afastar-se da pesquisa, não sofrerá qualquer penalidade e todo material gravado e/ou registrado lhe será devolvido. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Assim como também, não haverá nenhum pagamento por sua participação. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com a professora responsável pela pesquisa ou durante a participação nos encontros, você também poderá entrar em contato com o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade do Estado do Pará, pelo fone 32490236, se tiver qualquer dúvida em relação aos seus direitos.

Declaro que compreendi as informações que li ou que me foram explicadas sobre o trabalho em questão, ficando claros para mim, quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que minha participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento. Concordo voluntariamente em participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Benevides (PA), _____ de _____ de 2010.

 Assinatura do Agente Comunitário da Saúde RG _____

 Pesquisadora responsável pela obtenção do consentimento RG _____

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – MESTRADO

PERFIL SÓCIO-CULTURAL E DEMOGRÁFICO DOS SUJEITOS**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Iniciais: _____ Denominação na Pesquisa: _____

Naturalidade: _____ Idade: _____ Cor: _____

Sexo: [] Masculino [] Feminino Escolaridade: _____

Religião: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____

_____ Telefone: _____

2. PERFIL ECONÔMICO:

Quem trabalha em sua casa? _____ Médio de Renda familiar: _____

Possui curso técnico: Sim [] Não []. Se sim, quanto tempo: _____

3. SITUAÇÃO DE MORADIA/ ACESSO AS ATIVIDADES :

Tipo de Moradia: [] Casa [] Apartamento [] Sítio

[] Próprio [] Alugado [] Cedido

Quantas pessoas moram na casa? _____ Nº de cômodos: _____

Há transporte coletivo de fácil acesso? [] Sim [] Não

4. DADOS PROFISSIONAIS:

Tempo de atuação como ACS: _____ Fez curso de capacitação/atualização: Sim []

Não [].

Se sim, quais :

Que curso você mais

gostou? _____

Que curso você gostaria de ter? _____

5. OBSERVAÇÕES:

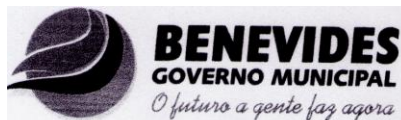
APÊNDICE C
Perfil Sócio – Econômico - Cultural e Demográfico

<i>CODNOME</i>	IDADE	SEXO	EST.CIVIL	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	TEMPO SERVIÇO	PESSOAS NA CASA	PESSOAS QUE TRABALHAM NA CASA	ATUAÇÃO ANTERIOR	CURSOS ANTERIORES
<i>Abençoado</i>	22	M	SOLTEIRO	ENSINO MÉDIO	EVANGELICO	12 MESES	4	1	AGENTE ADMINISTRATIVO	ALEITAMENTO MATERNO, HANSENÍASE
<i>Andorinha</i>	30	F	SOLTEIRO	ENSINO MÉDIO	ACREDITA EM DEUS	13 MESES	5	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SECRETARIADO, INFORMÁTICA, MH, TB
<i>Branca de Neve</i>	21	F	SOLTEIRO	ENSINO MÉDIO	CATOLICO	13 MESES	2	2	EMPREGADA DOMÉSTICA	TB, HIV, MH
<i>Caridade</i>	35	F	CASADO	ENSINO MÉDIO	EVANGELICO	08 ANOS	5	2	PROFESSORA	ATENDIMENTO AO PÚBLICO, INFORMÁTICA, ALEITAMENTO MATERNO, CANCER, HIV, MH
<i>DJ</i>	19	M	ESTAVEL	ENSINO MÉDIO	CATOLICO	14 MESES	4	2	AJUDANTE DE MECANICO E DJ	SAUDE DA MULHER, CANCER, TUBERCULOSE, HAS, HIPERDIA, DST, SOBRESUS, ALCOOLISMO E TABAGISMO
<i>Fafa de Ourem</i>	29	F	ESTAVEL	ENSINO MÉDIO	EVANGELICO	12 MESES	4	2	BABA	TB, HIV, MH, DST
<i>Florzinha</i>	53	F	VIUVA	ENSINO FUNDAMENTAL	CATOLICO	14 ANOS	6	2	PESQUISADORA DE CAMPO	ACS, AUX. ENFERMAGEM, ALEITAMENTO MATERNO, TB, MH
<i>Ligado</i>	40	M	SOLTEIRO	ENSINO MÉDIO	EVANGELICO	09 ANOS	4	4	TRATORISTA	PCCU, DENGUE, ALEITAMENTO MATERNO, TB, MH. SAUDE DA MULHER, DST E ADIS
<i>Moranginho</i>	41	F	CASADO	ENSINO MÉDIO	EVANGELICO	16 MESES	4	4	DO LAR	ALEITAMENTO MATERNO, TB, PREVENÇÃO DE CA, MH
<i>Naza</i>	42	F	DIVORCIADA	ENSINO MÉDIO	EVANGELICO	5 ANOS	3	1	REVENDEDORA	TB, MH, ALEITAMENTO MATERNO

CODNOME	QUE CURSOS MAIS GOSTOU	CURSO QUE GOSTARIA DE FAZER	OBS: DO ACS	RENDA FAMILIAR
Abençoado	VÁRIOS	HIV	NENHUM	R\$ 560,00
Andorinha	TB	SAÚDE DA MULHER	GOSTARIA DE TER MAIS CAPACITAÇÕES PARA ACS	R\$ 600,00
Branca de Neve	HIV	TECNICO DE ENFERMAGEM	NENHUM	R\$ 1.000,00
Caridade	ALEITAMENTO MATERNO	CURATIVOS CONTAMINADOS	PAGAR O SALARIO DIGNO QUE POR LEI É DE R\$ 930,00	R\$ 1.255,00
DJ		SAUDE DA MULHER	MELHORIA DE SALARIO	R\$ 1.500,00
Fafa de Ourem	MH	ACD	NENHUM	R\$ 1.300,00
Florzinha	TB, MH	SAUDE DA MULHER	AUMENTO DE SALARIO	R\$ 540,00
Ligado	ALEITAMENTO MATERNO	ATIVIDADE EDUCATIVA	APERFEIÇOAR E OFERECER O MELHOR PARA A COMUNIDADE	R\$ 1.600,00
Moranginho	TB	HIV	SER MAIS VALORIZADA	R\$ 1.400,00
Naza	BASICO DE EPIDEMIOLOGIA	TEC. DE LABORATORIO E BIOLOGIA	CURSO DE APERFEIÇOAMENTO	R\$ 560,00

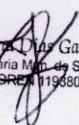
OBS.: Todos ACS, são naturais do Estado do Pará, possuem cursos de atualização e residem em casa própria.

ANÉXOS

Anexo A**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, Juliana Conceição Dias Garcez, Secretária de Saúde de Benevides, estou de acordo e autorizo a realização da pesquisa intitulada "Representações sociais de educação em saúde entre agentes comunitários de Benevides", da mestrandia Elizabeth Gomes da Rocha, orientada pela Dra. Elizabeth Teixeira, no período entre agosto e outubro de 2010 com vistas à elaboração de Dissertação de Mestrado-Educação. Declaro que a autora concordou em encaminhar à nós uma via do relatório da pesquisa após apresentação na UEPA.

Atenciosamente


Juliana Dias Garcez
Secretaria Municipal de Saúde
CERTEC 019380

Juliana Conceição Dias Garcez

Prefeitura Municipal de Benevides - CNPJ: 05.058.466/0001-61
Av. Joaquim Pereira de Queiroz, nº 01 - Benevides-PA
CEP: 68.795-000 - Fone/Fax: (91) 3724-1128

Anexo B



Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Curso de Educação Física
Núcleo de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA

Título do Projeto: Representações Sociais sobre Educação em Saúde entre Agentes Comunitários de Benevides-Pa.

Folha de rosto: 346122

CAAE: 0019.0.412.000-10

Considerações do relator:

O projeto de pesquisa (dissertação) intitulado: "Representações Sociais sobre Educação em Saúde entre Agentes Comunitários de Benevides-Pa." Tem como objetivo analisar as representações sociais sobre a educação em saúde entre agentes comunitários no município de Benevides/Pa e como estas influenciam suas práticas. A revisão de literatura está atualizada. Sugiro revisão do texto quanto às normas técnicas. No item Método foram feitas as adequações necessárias a melhor compreensão metodológica. O TCLE foi adequado e atende as normas do CEP do Curso de Educação Física, pautadas na Resolução CNS 196/96 e suas complementares. O currículo da pesquisadora responsável demonstra capacidade técnica e adequação ética para a realização da pesquisa. O cronograma de execução está delimitado em 12 meses, tempo adequado para a realização da pesquisa. Portanto em meu parecer considero o protocolo.

RESULTADO FINAL: APROVADO.

Belém, 29 de setembro de 2010.

Prof^a Dra. Joelma Cristina Parente Monteiro Alencar
Coordenadora do CEP/CEDF/UEPA



Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Sociais e Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Travessa Djalma Dutra, s/n – Telégrafo
66113-200 Belém -PA
www.uepa.br