

ROSÂNGELA FERNANDES PINHEIRO NANTES

**ELO DE (DES) LIGAÇÃO? A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: A VISÃO DA COMUNIDADE**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE - MS
2015**

ROSÂNGELA FERNANDES PINHEIRO NANTES

**ELO DE (DES) LIGAÇÃO? A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: A VISÃO DA COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Márcio Luís Costa.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE – MS
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

N191e Nantes, Rosângela Fernandes Pinheiro

Elo de (des) ligação? A representação social do agente comunitário de saúde: a visão da comunidade / Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes; orientação Márcio Luís Costa.-- 2015.

172 f.

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2015.

1. Agente Comunitário de Saúde 2. Saúde de família
3. Representação social I. Costa, Márcio Luís II. Título

CDD – 302

Dissertação apresentada por ROSÂNGELA FERNANDES PINHEIRO NANTES, ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), intitulada **“Elo de (des) ligação? A representação social do agente comunitário de saúde: a visão da comunidade”**, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco, foi

_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Márcio Luís Costa - UCDB (orientador)

Prof.^a Dr.^a. Ana Maria Jacó-Vilela - UERJ

Prof.^a Dr.^a. Sonia Grubits - UCDB

Prof.^a Dr.^a. Anita Guazzeli Bernardes - UCDB

Campo Grande, MS, _____ de _____ 2015.

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, companheiro e amigo, Denir, por sua compreensão e paciência inefável, dentro de um equilíbrio ímpar, pelo apoio em todos os momentos, e, em especial, nesta importante etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos... Eis aqui um momento difícil. Acredito não ser a única em pensar desse modo, pois esta é uma parte que sempre me despertou curiosidades. Ao iniciar a leitura de trabalhos como livros, monografias, dissertações, teses, entre outros, busco inicialmente ler os agradecimentos, essa leitura me faz questionar: como agradecer a todos aqueles que compartilharam de alguma forma para a realização dos trabalhos? Agora me vejo no desempenho dessa tarefa, e compreendo a dificuldade de realizá-lo, mas, vamos tentar.

Agradeço a Deus acima de todas as coisas, por sua presença constante em minha vida, por me fazer acreditar que há um tempo determinado para todas as coisas e principalmente por me dar a paciência de esperar o tempo acontecer já que o Seu tempo não é mesmo do nosso.

Ao Meu pai (in memoriam) pelo amor, compreensão, determinação, coragem, lealdade e caráter na justa medida, ensinamentos esses que me têm orientado no caminhar de uma vida honesta. Pai, com você e por você conheci o sentido da palavra “Herói”.

A minha mãe, pelo desvelo, carinho, afeto e amor visceral em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo, companheiro e amigo, Denir, que sempre me encanta por sua generosidade, pelo carinho, compreensão, colaboração, afeto, paciência, conforto, amor e pelo incentivo, sempre me impulsionando nas minhas conquistas pessoais, me fazendo crer que sonhos se tornam realidade. És como uma eterna aurora em minha vida.

A minha filha Suelen e a minha neta Valentina e a Isadora, por existirem na minha vida e cada uma no seu tempo estar me proporcionando o sentimento mais puro do amor, sentimento inexprimível de ser mãe e avó.

A meu genro Regis, pelo afeto, paciência, solidariedade, compreensão e incentivo.

A minha irmã Noemi, pelo carinho, compreensão e principalmente pela generosidade em demonstrar o seu afeto inigualável.

Eis aqui outro momento difícil, agradecer ao meu orientador Prof. Dr. Márcio Luís Costa. Esta não é uma tarefa fácil, desde o primeiro dia de aula, ainda como aluna especial no Mestrado em Psicologia, senti empatia por sua pessoa, pensei então comigo, gostaria que esse professor me escolhesse como orientanda, já que essa já havia sido a minha escolha. As aulas se passaram, veio a seleção para o mestrado como aluna regular e, como primeiro presente desse percurso, ele aceitou a tarefa de me orientar, fui escolhida por ele. Confesso a princípio me assustaram dizendo das suas cobranças, do seu perfeccionismo, agradeço por isso também, pois me fizeram crescer, correr atrás em busca do conhecimento. Sou profundamente grata pela amabilidade, compreensão, generosidade, apoio e atenção nos momentos de dificuldades por mim enfrentadas, e ele, sempre acreditando em mim com palavras de esperança e vitória. Agradeço ainda, principalmente por compartilhar seus conhecimentos e ensinamentos de forma genuína, pela paciência em ouvir minhas inquietações e as ideias que borbulhavam na minha mente e, principalmente, por ordená-las no caminho correto e fazer surgir essa dissertação aqui exposta.

A Professora Doutora Ana Maria Jacó-Vilela meus agradecimentos pela honra em aceitar o convite e participar da minha banca de defesa.

Às professoras doutoras Sonia Grubits e Anita Guazzeli Bernardes, por aceitarem participar da minha banca de qualificação e defesa e pelas preciosas contribuições realizadas.

Aos professores do Mestrado em Psicologia da UCDB, que, com muita seriedade e comprometimento, conduziram o curso, sempre disponíveis e dispostos a ajudar, compartilhando de seus conhecimentos.

Aos colegas de mestrado e do Grupo de Pesquisa em “Teoria das Representações Sociais: Origem, Desenvolvimento e Conceitos Básicos”, pelo carinho, apoio.

Aos participantes que aceitaram compartilhar do estudo e contribuíram para elucidar as questões aqui debatidas e pontuadas.

Por fim, agradeço a todos os que contribuíram de forma direta ou indireta para que eu vencesse esta etapa do meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Epígrafe

O vasto campo do senso comum, das ciências populares, nos permite agarrar essas representações ao vivo, compreender como elas são geradas, comunicadas e colocadas na vida cotidiana.

Serge Moscovici

RESUMO

O presente estudo teve como finalidade desvelar representações sociais que a população constrói do Agente Comunitário de Saúde (ACS), este trabalhador dos serviços públicos de saúde que tem a missão primordial de servir de elo entre a comunidade e o Sistema Público de Saúde no Brasil. Atuando prioritariamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo de atenção considerado pela atual Política Nacional de Atenção Básica como novo paradigma de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, visando assegurar a todo cidadão o direito de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, responsabilidade do Estado Brasileiro desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. O referencial teórico utilizado como alicerce do estudo é a Teoria das Representações de Serge Moscovici, por considerar que as representações sociais funcionam como guias de comportamentos que remodelam e reconstroem o ambiente social, fornecendo informações, suposições ou pontos de vista sobre aquilo que as pessoas compreendem como realidade. A construção de dados foi realizada a partir de entrevista aberta com dezesseis participantes, todos cadastrados na ESF e distribuídos em todas as regiões da cidade, selecionados ao acaso quando deixavam a unidade de saúde. As entrevistas foram realizadas em locais públicos, fora do ambiente institucional. Depois de transcritas, as entrevistas foram submetidas à análise de fala e revelaram quatro categorias representacionais, disparadas a partir do senso comum construído pelos usuários a respeito da visita domiciliar realizada pelo ACS. Em cada uma das categorias as falas apontaram a existência de um senso comum, que confirmados pela ancoragem e objetivação, revelaram quatro representações sociais que a comunidade constrói do ACS; a primeira de que ele não guarda segredo profissional; a segunda de que não trabalha; a terceira de que não consegue prestar promover orientação e educação em saúde para sua clientela; e a última de que não resolve as demandas que lhes são solicitadas. As representações sociais construídas sobre o ACS por sua clientela adscrita indicam uma dissonância entre o discurso reificado oficial e aquele constatado na realidade cotidiana das comunidades, de que o ACS não é elo entre a comunidade e o Sistema Público de Saúde.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Representação Social. Estratégia Saúde da Família. Comunidade.

ABSTRACT

The present study aims to reveal the social representation that the population builds of the Community Health Agent (CHA), this worker of the public health service that has the primary mission of serving as a link between the community and the Brazilian Public Health System. Acting mainly through the Family Health Strategy (FHS), considered by the current National Primary Care Policy (NPCP) as a new paradigm of performance, whose goal is to ensure every citizen the right to universal and equal access to programs and health services, under the responsibility of the Brazilian State since the promulgation of the Federal Constitution of 1988. The theoretical background used as the foundation of this study is the Social Representations Theory of Serge Moscovici, because social representations are like behaviors guides that remodel and reconstruct the social environment providing information, assumptions or views on what people understand as reality. Data were constructed from open interviews with registered participants in the FHS, randomly selected when they left the health unit. Sixteen participants were interviewed, distributed in all regions of the city. The Interviews were conducted in public places, outside the institutional environment. After transcribed and submitted to analysis, the speeches of the participants revealed four representational categories, built from the home visit conducted by CHA. The statements indicate common sense, confirmed by anchoring and objectification processes, revealing that the social representations built by the community of the CHA is that he does not keep professional secrecy; he does not work; he cannot provide proper clarification of facts or services requested by its customers; and he does not solve the demands that are required of him. The social representations built around the CHA indicate a mismatch between the reified discourse propagated in NPCP and found in everyday reality, therefore the CHA is not the link between the community and the Public Health System.

Keywords: Community Health Agent. Social Representation. Family Health Strategy. Community.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Representação Social
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
UESF	Unidades de Estratégia de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar
VDs	Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES: SOBRE O DESPERTAR DA INVESTIGAÇÃO	13
1. PASSOS DA JORNADA: A CONSTRUÇÃO DOS CAMINHOS DA PESQUISA EM REPRESENTAÇÃO SOCIAL AONDE QUEREMOS CHEGAR	18
2. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	29
3. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	44
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO: O VISTO, O OUVIDO E O COMPREENDIDO	58
4.1. CONSTRUÇÃO DE UM SENSO COMUM: A VISITA DOMICILIAR COMO DISPARADOR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	59
4.2. CONFIO OU NÃO CONFIO: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	70
4.3. TRABALHO OU ENROLAÇÃO: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	99
4.4. SABE OU NÃO SABE: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	117
4.5. RESOLVE OU NÃO RESOLVE: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	131
5. ÚLTIMAS PONDERAÇÕES	145
REFERÊNCIAS	151
APÊNDICES	164
ANEXOS	168

**CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES: SOBRE O DESPERTAR DA
INVESTIGAÇÃO**

A inexperiência e a esperança são coisas da vida que agora permitem compartilhar o fruto de um estudo que despertou a partir de uma série de reflexões, da construção e desconstrução, de idas e vindas, de satisfações e insatisfações, de alegrias e tristezas, enfim inúmeras situações e sentimentos experienciados que se consideram como um ganho. Por isso, antes de iniciar as considerações sobre este estudo, oportuno se faz compartilhar com o leitor, o que um dia falou o poeta e que retrata tão bem o sentimento desta pesquisadora numa trajetória cujo resultado é agora apresentado:

*Tão bom viver dia a dia...
A vida assim, jamais cansa...
Viver tão só de momentos
Como estas nuvens no céu...*

*E só ganhar, toda a vida,
Inexperiência... esperança...[...]*

Mário Quintana

Sim! Viver como se cada dia fosse o último, porque único já o é. Viver de momentos como as nuvens do céu, sempre a passar, porém nunca são as mesmas. O que seria da vida se não fosse a inexperiência? Como se poderia ter esperança? Como se buscaria a experiência do vivido? É na experiência do vivido e na inexperiência do vivendo que ocorreu o despertar para a investigação deste estudo, construído e desconstruído uma série de vezes, ora porque as tramas dos fios não se juntavam, ora porque ocorria um desencontro desses fios, outras vezes porque ocorria um desencontro dos fios e da combinação das cores, mas, enfim, dentro da esperança que é inerente do humano, inicia-se expondo os motivos pelos quais foi considerado importante investigar as representações sociais que a comunidade possui do agente comunitário de saúde (ACS). Inicia-se com as experiências pessoais da pesquisadora relacionadas ao tema do estudo realizado, sabendo que a esse profissional foi deferida, dentro da proposta de reordenação de todo Sistema Único de Saúde (SUS), a missão de servir como elo entre a comunidade e os serviços públicos de saúde.

Considera-se importante deixar registrado que o interesse por esse tema já vem de algum tempo. O primeiro contato com a figura do ACS data do final da década de 1990 enquanto trabalhava em uma repartição pública no município onde o estudo foi realizado. Naquela época estava sendo implantado o Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS) e, durante o desenvolvimento das atividades laborativas desta pesquisadora junto à comunidade carente, muitas vezes a impossibilitava de colher informações sobre os moradores de rua, crianças vitimizadas, idosos em situação de risco, entre outras, tudo em

função da resistência que as pessoas apresentam em falar quando são abordadas por agentes do poder público.

Assim, quando precisava contar com a colaboração da população de determinada localidade, bairro ou vila para obtenção de informações, as pessoas, às vezes, indicavam os agentes de saúde, pois, segundo as falas que ainda trago na memória “eles conheciam as pessoas e local”. Entretanto, ao ir ao encontro dos agentes e os interpelar, eles respondiam que “não podiam se intrometer na vida das pessoas”, que isto “iria causar problemas para eles, pois eles moravam na área”. Ora, se moravam na área, com mais propriedade ainda poderiam falar das pessoas em situação de risco na região. Esta, uma indagação pessoal, mas não era isso o que ocorria.

Após ingressar no Curso de Graduação em Enfermagem é que foi possível compreender o verdadeiro papel desempenhado pelo ACS no âmbito do SUS. Primeiro, no plano teórico durante as aulas e, depois, na prática durante os estágios pertinentes a disciplina de saúde pública. Essa experiência fez reviver aquela mesma problemática dos tempos de outrora. É que no acompanhamento das visitas domiciliares (VDs) realizadas junto com os ACS para o cumprimento das atividades de estágio, foram presenciadas várias situações em que eles não eram recebidos pela população, com as mais diversas justificativas, quando, através de portas entreabertas, era possível ouvir frases como “passa mais tarde, agora estou ocupada”, justificando a dispensa.

Mas, afinal de contas, quem é o ACS? Ele é um novo personagem que emerge do processo de fortalecimento do SUS, considerado dos mais importantes por realizar a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) com a comunidade.

Para o Ministério da Saúde (MS), o ACS é um personagem ambivalente em razão do seu envolvimento com os moradores da área geográfica em que atua se destacando por sua capacidade de comunicação com as pessoas e pela liderança natural que exerce. Sua atuação favorece a transformação de situações de vida das famílias dentro de sua área geográfica de atuação. Por isso, o seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para melhoria da qualidade de vida das pessoas mediante a promoção e educação em saúde. Ele também é descrito como o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, responsável pela união de dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

Atualmente as atividades do ACS estão inseridas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), disciplinada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Esse instrumento normativo define por Atenção Básica (AB) um conjunto de ações, individuais ou coletivas, que tem por objetivo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos,

diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Trata-se de ações desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e pelo trabalho de uma equipe multiprofissional responsável pela cobertura de cerca de três a quatro mil habitantes. Essa mesma política ministerial instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF) e a criação das denominadas Equipe de Saúde da Família (EqSF). Atualmente, compreendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais, inclusive com um número mínimo de ACS, suficientes para atenção a 100% da população cadastrada em determinada área circunscrita de um município.

Dentro da EqSF, o ACS desempenha um papel fundamental, pois é o único membro da equipe que tem de residir na comunidade, fato que facilita, em tese, o estabelecimento de um vínculo de confiança entre os usuários (pessoas que utilizam os serviços do SUS) e o sistema público de saúde brasileiro. Ou seja, o discurso institucional ideológico propaga a ideia de que o ACS é o “elo de ligação” entre o Estado, enquanto gestor da saúde pública, e a comunidade, compreendida como o universo dos usuários.

Para o MS, o trabalho do ACS é considerado uma extensão dos serviços públicos de saúde dentro da comunidade, com quem ele possui um envolvimento pessoal, pois sua clientela é composta de vizinhos, parentes e talvez até de amigos. Assim, também em tese, essa convivência diuturna do ACS com a comunidade funcionaria como instrumento facilitador para a realização de ações e serviços de saúde dentro daquela área determinada, já que ele seria conhecedor dos problemas que afetam as pessoas agregadas à sua comunidade, provendo a EqSF com informações importantes para sua atuação, prevenção e recuperação da saúde.

Hoje, enquanto docente, na graduação em enfermagem de uma instituição particular de ensino, esta pesquisadora continua tendo a oportunidade de acompanhar atividades de ensino junto às unidades de saúde, e essa problemática que fazia parte de suas indagações ainda continua a inquietar, ou seja, a ideia do ACS como o elo entre a comunidade e a unidade de saúde. Considera-se que ouvir a voz da comunidade, para tentar comprovar o discurso que tem sido propagado em relação a esse trabalhador, é importante para compreensão do papel que ele representa dentro do modelo de política pública de saúde adotado pelo Brasil.

Tentar responder a essas inquietações foram os motivos desta investigação, promovida sob o enfoque qualitativo, centrada na figura do ACS que atua na Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo foco foi o papel que esse trabalhador representa para a comunidade. A investigação fundamentou-se nas ferramentas teóricas e metodológicas da Psicologia Social,

tendo como suporte epistemológico a Teoria das Representações Sociais (TRS), no modelo proposto por Serge Moscovici, por se apresentar como a mais adequada ao seu propósito, em razão de privilegiar a análise do conhecimento popular na construção de sua realidade social.

O capítulo um apresenta os percursos metodológicos que pautaram este estudo, ou seja, os “passos da jornada”, abordando os motivos de se realizar uma investigação orientada pelo modelo qualitativo e como ele foi desenvolvido; além dos aspectos epistemológicos e metodológicos e dos aspectos práticos da construção dos dados.

A fundamentação teórica é apresentada no capítulo segundo, que trata da PNAB, instrumento institucional que regula a implantação e operacionalização das ações básicas de saúde; bem como, a ESF, modelo de reorganização da AB em saúde, destaque ao ACS, categoria profissional com a missão de desempenhar um dos papéis mais relevantes dentro do SUS no processo de consolidação e expansão da Atenção Básica. No capítulo terceiro, que trata da Teoria das Representações Sociais como suporte epistemológico da investigação.

Os resultados e a discussão deste estudo compõem o capítulo quatro, que está dividido em cinco seções. A primeira seção aborda o senso comum acerca da visita domiciliar, enquanto instrumento “disparador” das representações sociais percebidas pela comunidade em relação ao ACS e ao trabalho que ele realiza. A segunda seção trata da representação social da confiança da comunidade no ACS; a terceira seção da percepção dele como trabalhador; a quarta seção de seus conhecimentos para desempenhar suas funções e a quinta seção da sua capacidade de atender as demandas da comunidade. Por último, as ponderações finais sobre o estudo onde trazemos nossas considerações e sugestões.

**1. PASSOS DA JORNADA: A CONSTRUÇÃO DOS CAMINHOS DA PESQUISA EM
REPRESENTAÇÃO SOCIAL: AONDE QUEREMOS CHEGAR**

Este capítulo trata da metodologia aplicada na realização desta pesquisa, descrevendo seus motivos, fundamentos metodológicos e como foi desenvolvida. A primeira parte trata de seus aspectos epistemológicos e metodológicos e a segunda da exposição do percurso prático dentro do campo de pesquisa e da construção dos dados.

Nosso interesse sobre o tema deu-se a partir de vivências da prática profissional, de inquietações, curiosidade, reminiscências; enfim, uma série de impressões e conhecimento prévio a respeito do ACS, que posteriormente constituíram-se no amálgama que possibilitou transformá-lo em objeto desta investigação científica.

A opção foi pela realização de pesquisa qualitativa porque neste tipo de investigação a compreensão dos dados e suas conclusões demandam a análise das subjetividades presentes nas mais diversas formas de linguagens que indicam a ocorrência de um fenômeno social; pois, segundo Minayo (2010) ela supõe uma afirmação da qualidade em face da quantidade, buscando explicitar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana, porquanto que o universo da investigação qualitativa é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam.

É no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa. A compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam é radicalmente diferente do agrupamento dos fenômenos sob conceitos e/ou categorias genéricas dadas pelas observações e experimentações e pela descoberta de leis que ordenariam o social. A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO E SANCHES, 1993 p.243).

Segundo Gonzáles Rey (2002) os estudos qualitativos em psicologia se definem pela explicitação de procedimentos que não podem ser acessados diretamente por meio de experiências, em função das inter-relações complexas e dinâmicas que exigem estudo integral para sua compreensão. A definição qualitativa dos processos e unidades implicados na constituição da subjetividade está relacionada aos complexos mecanismos das expressões humanas.

Essa dimensão de estudos leva a uma unidade indissociável entre o metodológico e epistemológico, de modo que a pesquisa qualitativa não corresponde a uma definição instrumental, sendo epistemológica e teórica é apoiada em diferentes instrumentos de construção do conhecimento, distinguindo-se da pesquisa quantitativa tradicional, por se debruçar sobre o conhecimento de um objeto complexo; a subjetividade, cujos elementos

estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos que mudam em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto.

A investigação de abordagem qualitativa em Psicologia Social leva em consideração que o sujeito de estudo é uma pessoa inserida numa determinada condição socioeconômica, pertencente a um grupo social ou classe, com suas crenças, costumes e tradições; ou seja, considera as subjetividades do ser humano, distinguindo-se principalmente pela importância que possui na construção do conhecimento sobre saúde enquanto concepção, políticas, prática social e/ou institucional (MINAYO, 2010).

Para Landin et.al (2006) a pesquisa que opta pelo método qualitativo trabalha valores, crenças, hábitos, atitudes e opiniões das pessoas; por isso, não é tarefa fácil tentar mensurá-los para compreender o contexto em que eles ocorrem, sobretudo porque o seu objetivo é buscar um entendimento mais profundo e, se necessário, subjetivo do objeto do estudo, sem se preocupar com medidas numéricas e análises estatísticas que caracterizam o método quantitativo.

Flick (2009) também pondera que o objetivo do método qualitativo é esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo ao seu redor; ou seja, visa abordar a realidade exterior, entender, descrever e, às vezes, explicar os movimentos dos fenômenos sociais “de dentro”, baseando-se na análise das experiências vivenciadas pelos indivíduos ou grupos, examinando interações e comunicações que estão se desenvolvendo num contexto social.

Em função dessas características, a realização de uma pesquisa qualitativa foi considerada mais adequada para investigação da representação social (RS), já que esta nem sempre se revela de forma explícita, sendo muitas vezes constatada mediante uma abordagem indireta, por meio das linguagens camufladas, daquilo que as pessoas constroem, afirmam ou deixam transparecer através dos vários tipos de falas, sejam elas claras ou ocultas, a respeito do objeto investigado. São das falas, dos discursos, das emoções e de tudo mais que está internalizado na mentalidade das pessoas e que constituem a subjetividade humana, que se ocupa este tipo de investigação e o que ela procura desvendar. Isso implica considerar que as representações se revelam através dos vários matizes dos discursos, pelos quais se pode perceber uma realidade operando em um determinado contexto social, em um determinado momento, em que o ser humano é o seu autor e ator principal.

Feitas essas breves considerações sobre a epistemologia e metodologia de pesquisa qualitativa, passa-se a discorrer sobre a experiência da pesquisadora na sua construção e desenvolvimento. Esta investigação fundamentou-se nas ferramentas teóricas e metodológicas da Psicologia Social, tendo como pressupostos epistemológicos a TRS, no modelo proposto

por Serge Moscovici, por considerá-lo o mais adequado ao propósito do estudo, em razão de privilegiar a análise do conhecimento popular na construção de sua realidade social. Ademais, conforme assegura Minayo (2010) as representações sociais, enquanto senso comum, exprimem concepções que os atores sociais possuem sobre a realidade e se manifestam em condutas, possibilitando a análise a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais dos participantes.

Logo nas primeiras tentativas de construção do planejamento deste estudo, intencionava-se inicialmente realizar uma investigação acerca da RS do ACS por ele mesmo; ou seja, ouvir do próprio profissional qual a visão que ele tinha de sua profissão. Esta ideia teve de ser abandonada em razão de indisponibilidade da instituição pública de saúde. No entanto, esse revés serviu de mote na busca de alternativa de manter a investigação dentro do tema que se almejava desenvolver, daí surgiu a maior virtude desta investigação, a de investigar a RS que a comunidade constrói do ACS ouvindo das pessoas o que elas pensam a respeito desse profissional. Nesta escolha encontramos amparo nas conclusões de Serge Moscovici (2010) de que o conhecimento popular oferece acesso direto às representações sociais que um grupo estabelece para realidade em que vive.

A partir desses postulados compreende-se que só existe RS se esta for produto da construção de um grupo social e, para conhecê-la, é necessário mergulhar no imaginário popular, imiscuir o máximo possível nas relações sociais, avaliando e tentando compreender suas crenças, valores, costumes e opiniões sobre determinada realidade; enfim, perceber o senso comum para verificar como são construídas, pois o "vasto campo do senso comum, das ciências populares, permite agarrar essas representações ao vivo, compreender como elas são geradas, comunicadas e colocadas em ação na vida cotidiana" (MOSCOVICI, 2010, p. 201).

Definido o objeto da pesquisa, ao problematizar sobre ele foi possível verificar a existência de uma imagem construída sobre o ACS a partir da linguagem científica e dos textos das políticas públicas de saúde, afirmando ser ele o "elo de ligação" entre o Serviço Público de Saúde e a Comunidade. Mas será mesmo que o ACS possui estreito vínculo com a população por ele assistida? Será mesmo que o ACS é o elo que promove a ligação entre a comunidade e a unidade de saúde? Como a comunidade tem compreendido o trabalho realizado pelo ACS e como isso interfere na RS que se tem dele? Respostas a estes questionamentos tentou-se trazer com esta investigação.

Para tanto, foram realizadas leituras sobre a temática proposta, selecionadas em conformidade com os objetivos almejados. A revisão de literatura utilizou-se de livros-textos e de bases de dados disponíveis em mídia e sítio eletrônico, de trabalhos indexados no próprio

Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. Constatou-se que inúmeros são os trabalhos realizados nas mais diversas regiões no Brasil referentes ao ACS, abordando a temática pertinente à formação da sua identidade como profissional; dele como “elo de ligação” entre os serviços de saúde e a comunidade; as dificuldades e limitações quando do exercício profissional etc. No entanto, escassos foram os trabalhos realizados que têm como matéria prima a fala das populações por ele assistidas.

Quanto aos objetivos, procurou-se levantar, refletir, analisar e demonstrar as representações sociais do ACS, construídas pela comunidade por ele atendida; especificamente para demonstrar a compreensão dos participantes sobre as relações entre ACS e a comunidade; analisar as possíveis afetações e reações provocadas nos participantes sobre a compreensão do papel representado pelo ACS no contexto da ESF; demonstrar como as compreensões dos participantes sobre o ACS estão ancoradas e objetivadas e influenciando na construção de sua representação social.

A pesquisa teve por cenário a cidade de Campo Grande, capital do Estado de Mato Grosso do Sul, que, segundo dados no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, possuía até o mês de dezembro de 2013, um total de 1.491 ACS implantados e cadastrados no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), com estimativa de cobertura populacional de 805.397 pessoas e proporção de cobertura populacional estimada em 100,00%; além de contar com 89 EqSF cadastradas e implantadas, com uma estimativa de cobertura de 307.050 pessoas e proporção de cobertura populacional estimada em 38,12% do total de habitantes (BRASIL, 2014a).

Como instrumento de construção de dados utilizou-se a entrevista aberta com roteiro de perguntas predefinidas, mas sujeitas à alteração no transcurso da conversação com os entrevistados, conforme modelo apresentado no APÊNDICE I. A escolha desse instrumento deu-se em razão da necessidade de se captar a opinião coletiva, mediante questão para viabilizar a emissão de depoimentos com qualidade, permitindo ao entrevistado manifestar livremente suas opiniões em relação ao tema investigado, com um grau de riqueza e detalhes, possibilitando a revelação de conteúdos ou argumentos associados a essas opiniões. (LEFREVE e LEFREVE, 2012; MINAYO, 2010).

Para subsidiar a análise dos dados utilizou-se diário de campo, onde foram registradas impressões pessoais, as reações observadas durante entrevistas ou conversas informais, dos comportamentos contraditórios, gestos, sinais e outras manifestações pessoais observadas no transcurso das conversações; pois, conforme pondera Grubits e Darrault-Harris (2004 p. 110), é “necessário ir além das manifestações imediatas, ultrapassando as aparências

para alcançar as essências dos fenômenos”. O diário de campo não é só um mecanismo de reflexão sobre o objeto da investigação, é também uma oportunidade de reflexão sobre a própria prática; além de ser útil como auxílio à memória, podendo ser utilizado no momento da análise de dados, pois é um acervo de impressões e anotações sobre comportamentos que exprimem significados que podem tornar a pesquisa mais verdadeira (MINAYO, 2010; RAMALHO e RESENDE, 2011).

Quanto à escolha dos participantes, estabeleceu-se como critérios de seleção ser pessoa maior de idade e com capacidade de consentimento; usuário do SUS e cadastrado na ESF, morador na área de atuação do ACS e aceitar participar do estudo assinando o TCLE, conforme modelo proposto no APÊNDICE II, em duas vias, das quais uma ficaria com a pesquisadora responsável e a outra permaneceria em poder do entrevistado como comprovante. Foi assegurado ao participante o direito de desistir a qualquer momento da entrevista, conforme proposta aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, através da Plataforma Brasil, atendendo às normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Saúde e a todos os preceitos das normas de pesquisa com seres humanos de que trata a Resolução CNS n. 466/2012, e que, depois de submetido à apreciação, foi aprovado conforme Anexo I.

A investigação contou com a participação de dezesseis pessoas, definindo-se o momento de encerramento das entrevistas a partir da constatação dos critérios de saturação dos dados (MINAYO, 2010); ou seja, à medida que as falas começaram a se repetir, indicando um consenso coletivo acerca da temática em estudo. Cada participante foi entrevistado individualmente e as referências a eles no relatório da pesquisa são realizadas através de nome fictício, escolhido pelo próprio entrevistado, seguido do número de sequência das entrevistas. Todas as entrevistas foram gravadas e arquivadas em mídia eletrônica.

O percurso trilhado nesta investigação foi permeado de avanços e recuos, por esta razão, uma atenção detalhada para melhor compreensão de como foi construída e conduzida. Após adentrar ao campo da pesquisa, as sensações experimentadas pela pesquisadora foram diversas, comparadas metaforicamente a figura de um oleiro a modelar o barro com as mãos, quando tentava entrevistar algum participante; ou, do barro não aceitando o formato que lhe dá as mãos habilidosas do oleiro durante a fabricação da peça, quando os participantes recusavam a conceder as entrevistas ou interrompiam e desistiam de colaborar com a investigação. Em função disso, percebeu-se a necessidade de ajustar a técnica de abordagem para conseguir convencer as pessoas a dispor de uma ou duas horas de seu tempo para falar sobre o ACS e levar adiante a investigação. A partir desta experiência, percebemos que ao

invés de conduzir as entrevistas, estas eram conduzidas, de fato, pelos participantes, e nesta dialética, o pesquisador se assemelha mais a figura de barro do que oleiro. Isso possibilitou compreender que, ao percorrer os caminhos para a realização de uma investigação científica, não estará o pesquisador diante de uma empreitada estática, pronta e acabada.

A pesquisa científica, qualquer que seja o seu método, está sempre em movimento, sendo construída e desconstruída, fiada e desfiada, sujeita a avanços e recuos. Com isto, compreendeu-se, conforme ressalta Lane (2001, p. 18), que “a pesquisa em si é uma prática social onde o pesquisador e pesquisado se apresentam enquanto subjetividades que se materializam nas relações desenvolvidas, e onde os papéis se confundem e se alternam”.

Nesta investigação o cenário da pesquisa não foi nenhuma unidade de saúde. Ruas, praças, bares, garaparias (trailer onde se vende caldo de cana, comumente encontrado em locais próximos a pontos de aglomeração de pessoas), pontos de ônibus, esquinas e vielas que estavam em seu redor foram os locais onde as pessoas eram abordadas e as entrevistas concedidas. Realizar a coleta de informações nestes ambientes, sem o conforto e a segurança proporcionados por uma unidade de saúde, foi causa de receio em razão dos alarmantes índices de violência urbana; mas que, ao final, acabou-se revelando bastante fecundo e riquíssimo, pois foi em tais espaços urbanos que pudemos observar crenças, valores culturais e modos de viver das pessoas, percebendo que “nesses contextos que os investigadores são ativos descobridores dos significados das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais” (GRUBITS E DARRAULT-HARRIS, 2004 p. 110).

Estar fora do espaço institucional permitiu perceber que, diante de uma unidade de saúde, o participante parecia ter receio em falar o que realmente pensava do ACS e dos serviços oferecidos pelas unidades de saúde. No entanto, quanto mais distante da unidade de saúde, as emoções tornavam-se muito mais espontâneas, e as pessoas perdiam a inibição de dizer o que realmente pensavam a respeito da figura do ACS e dos serviços de saúde ofertados pelo município onde a pesquisa foi realizada. Isso possibilitou a reunião de informações suficientes para se desenvolver o trabalho de investigação e apresentar conclusões que retratam, ainda que palidamente, uma realidade local da vida das pessoas e do ACS.

Preparada toda a logística, era chegado o momento de colocar a investigação em movimento, de entrevistar os participantes. No primeiro dia no campo da pesquisa a pesquisadora passou a manhã inteira em uma praça diante da unidade de saúde sem conseguir convencer algum usuário a participar do estudo concedendo uma entrevista; muitos sequer paravam para ouvir do que se tratava a investigação, a que assunto ela se referia, justificando

a negativa com as mais variadas desculpas, tais como: "estou com pressa agora"; "deixei meu filho com a vizinha"; "já tenho compromisso"; "deixei o feijão no fogo" etc.; enfim, o primeiro dia em campo aparentemente não foi produtivo para a construção de dados.

Muitas outras tentativas se fizeram e sem êxito, as pessoas ao serem abordadas repetiam as mesmas desculpas, se esquivando de conceder as entrevistas necessárias ao desenvolvimento da investigação. Em algumas ocasiões, apesar da pessoa abordada se dispor a conversar, inclusive fazer comentários e expor ideias, se recusava em participar do estudo quando eram informadas que as entrevistas seriam gravadas, apesar do compromisso de manutenção do nome em sigilo.

Essas primeiras experiências indicaram o norte de como agir na aproximação com as pessoas, da necessidade de uma constante orientação e modificação dos modos de desenvolver a entrevista e dos meios mais adequados de conversar sobre os temas estabelecidos no roteiro. Com isto, foi possível perceber que a abordagem do entrevistado requer a utilização de técnicas para prender a atenção do interlocutor, que quanto mais seguro e a vontade ele se sentir, melhor a relação entrevistador-entrevistado e a qualidade da entrevista.

Sendo assim, após frustradas as primeiras tentativas de entrevistas, retomou-se a revisão da metodologia e das maneiras de se estabelecer uma relação com os participantes, pois foi possível perceber a assimetria de relacionamento entre o pesquisador-entrevistador e o participante-entrevistado, sobretudo em razão de uma aparente identificação do pesquisador como agente graduado dos serviços de saúde, que ali estava para fazer um inquérito sobre o trabalho do ACS. Aliás, esta aparente assimetria entre pesquisador e sujeito da pesquisa já foi apontada por Maria Cecília Minayo, quando afirma:

Os pesquisadores sociais precisam ter em conta que, realmente, a prática da pesquisa social empírica se realiza num contexto contraditório, no qual se reproduzem formas de assimetria social, pois os intelectuais têm acesso a determinados bens reais e simbólicos dos quais grande parte da população está excluída. Reconhecer isso não significa ter de parar de fazer investigação, pois os mecanismos de desigualdade e dissimetria na sociedade são muito mais amplos e problemáticos e estão presentes em todas as relações. É preciso, no entanto, colocar com mais clareza para si mesmo o sentido das investigações, sobretudo os pesquisadores da área da saúde, voltando-as para a solução de problemas da população. Igualmente, é preciso enfatizar os meios e propostas, a partir dos quais as informações dadas, as situações criadas e os lastros de aliança reflitam interesses dos entrevistados também (MINAYO, 2010, p. 212).

Em função dessa constatação, tivemos de reordenar a perspectiva do campo de pesquisa. Foi preciso mimetizar ao ambiente onde iria abordar as pessoas, procurar realizar as entrevistas nos horários em que as pessoas não estivessem tão ocupadas com seus afazeres do

cotidiano e pudessem dispor de tempo, uma hora no mínimo, para conversar sobre uma pessoa que, além de ser um servidor público da área de saúde, também é morador na mesma comunidade.

De tudo isto, percebeu-se que uma pesquisa científica realmente é dinâmica, que o trabalho de campo possui seu percurso indefinido e que pode não se desenvolver da forma como foi idealizada na prancha de planejamento; que a pesquisa de campo pode ser permeada de percalços e de dúvidas e, por isso, é necessário ao pesquisador estar sempre pronto para mudança de estratégia, pois o modo de se questionar um interlocutor pode não corresponder, necessariamente, à mesma forma de lidar com outro. Enfim, como recomenda Minayo (2012), é necessário ao pesquisador estar sempre atento e ser perspicaz na busca dos dados de sua investigação, pois o trabalho de campo não é um exercício de contemplação, ele exige interlocução com outros atores e o investigador é um ator ativo, que deve indagar e interpretar a realidade com olhar crítico.

A metodologia de construção de dados norteava, mas não indicava exatamente o que era necessário fazer; isto se descobre no campo de pesquisa quando se está diante do interlocutor e se tenta convencê-lo a conceder uma entrevista. Nesses momentos as lembranças do orientador e de sua orientação de que: “não existe nada pronto, você deve construí-lo, pois entre você e o objeto da sua pesquisa existe uma variedade de entraves”. Acatando tais conselhos, foram experienciados momentos de erros, incertezas e mudanças de estratégias várias vezes. Foi necessário modificar o jeito de vestir, estacionar o veículo distante do local onde iria abordar os participantes, frequentar as garaparias montadas em esquinas, parar em pontos de ônibus próximos das unidades de saúde, a fim de melhor se integrar às comunidades e assim transpor as barreiras de aproximação com as pessoas, ouvindo o que elas tinham a dizer mesmo que a conversa fugisse do tema do estudo, retomando-o com sutileza sem demonstrar pressa, acatando a recomendação de que os investigadores sociais:

Devem preliminarmente, despojar-se de preconceito e predisposições para assumir uma atitude aberta a todas as manifestações que observa, sem precipitar explicações, conclusões e resultados, pelas aparências imediatas, a fim de alcançar uma compreensão global dos fenômenos (GRUBITS e DARRAULT-HARRIS, 2004, p. 110).

Compreendidas estas recomendações e colocando-as em prática, os resultados começaram a surgir. A primeira entrevista concluída ocorreu em uma garaparia que ficava nas proximidades de uma unidade de saúde na região oeste da cidade, em janeiro de 2013, um mês após adentrar-se em campo para a realização das entrevistas. Foi proposto à participante

que escolhesse um nome fictício pelo qual ela seria identificada, para que seu nome não ficasse gravado, pois se percebeu que, com essa técnica, os participantes ficavam mais à vontade e se sentiam mais seguros em falar de suas experiências com o ACS na comunidade. O material gravado daquela forma, além de garantir o anonimato ao não fazer referência direta ao nome da participante, indicava para ela que o sigilo proposto seria realmente mantido, o que facilitou o trabalho desta pesquisadora, porque os participantes deixavam de correr o olhar ao redor enquanto falava, propiciado até momentos de descontração no decorrer da entrevista. Esse procedimento foi adotado com todos os participantes e após a transformação no estilo de abordagem foi possível prosseguir e encerrar a fase das entrevistas em maio de 2013.

Terminadas as entrevistas, passou-se a transcrevê-las; optando-se por realizar a transcrição literal, com a inclusão de sinais indicando as entonações de falas, como pausas e risos; bem como, os erros de pronúncia, por concordar que essa é a forma mais completa de se reproduzir gráfica e fidedignamente o material gravado, além de possibilitar a agregação de maior número de informações (GÜNTHER, 2006).

Durante o processo de transcrição das falas também era realizada a leitura flutuante do material transcrito, cotejando-o com do material gravado, a fim de afinar a escuta e perceber a emersão dos primeiros dados passíveis de análise; ou seja, das falas que se repetiam, indicando a existência de temas emergindo do material bruto. Encerrada essa etapa, as informações foram contextualizadas, indexadas e categorizadas por meio de tabela específica de tratamento de dados qualitativos utilizado em estudos sobre RS na UCDB, conforme ANEXO II. O tratamento dos dados revelou quatro categorias de análise que mais se destacaram nas falas dos participantes.

Mas o que fazer com esses dados? Como interpretá-los? Ao iniciar a organização do material para tratamento analítico-interpretativo-fenomenológico, foi possível perceber que as falas queriam dizer além daquilo que havia sido gravado na mídia eletrônica e depois transcrito em papel. Outros significados, outras intenções, outras informações eram possíveis de serem observadas nas entrevistas e até mesmo nas anotações do diário de campo. Neste momento, mais uma vez se percebeu a importância das recomendações de Grubits e Darrault-Harris, de que:

O conhecimento não se reduz a uma relação ou listagem de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa, pois o sujeito-observador faz parte do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado; sendo assim, o objeto não é neutro, possui significados e relações que

sujeitos concretos criam em suas ações (GRUBITS E DARRAULT-HARRIS, 2004, p. 110).

Quando iniciada a análise das falas também foi possível confirmar os conselhos repassados pelo orientador do estudo, que o pesquisador precisa “possuir um olhar para ver além daquilo que se mostra e se oculta, de ser capaz de ver além do que não pode ser visto, de não ver as flores, mas ver através das flores, pois é quando ocorre interpretação dos dados é que o pesquisador se expõe e constrói conhecimento.

Na análise das falas buscou-se identificar as representações sociais emergentes acerca do ACS, com a demonstração, passo a passo de sua construção. Primeiro, mediante a identificação de um senso comum acerca da opinião dos participantes em sua vivência cotidiana com o ACS. Constatado o senso comum, buscou-se a partir dele identificar nas falas e em outros tipos de linguagem a constatação dos dois processos de formação de uma representação social, a objetivação e ancoragem, conforme proposta da Teoria das Representações Sociais.

A opção pela fala como instrumento de construção de dados se justifica neste tipo de investigação, pois, como sugere Minayo (2010), é na linguagem que as pessoas organizam e regem suas vidas, sendo ela um meio pelo qual os sentidos e os significados podem ser acessados diretamente para compreensão da realidade social. Ademais, “a exploração fenomenológica do discurso das pessoas [...] é suscetível de esclarecer um campo tão desconhecido como o pensamento concreto e real dos indivíduos, relativo a um objeto social” (MOSCOVICI, 2012 p. 224).

A metodologia do estudo foi isso que se acabou de expor, partindo da tentativa de compreensão de uma epistemologia e metodologia qualitativa para construir um caminho por onde fosse possível desenvolver o processo de investigação acerca da RS que a comunidade construiu a respeito do ACS, na qual se teve o privilégio de entrevistar pessoas, de desvendar o que elas pensam e sentem a respeito de problemas que as afetam, como é o caso das ações de prevenção em saúde confiadas a esse profissional. No final, chegou-se a um porto onde se revela o que a comunidade pensa a respeito do ACS e da sua importância para o serviço público de saúde local e talvez até nacional.

2. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Neste capítulo traça-se uma abordagem sobre a PNAB, instrumento institucional que regula a implantação e operacionalização das ações básicas de saúde no país, a Estratégia da Saúde da Família como seu modelo de atuação prioritário e o Agente Comunitário de Saúde como profissional com a missão de desempenhar um dos papéis mais relevantes dentro da Equipe de Saúde, que é o de promover o vínculo entre a Comunidade e Sistema de Saúde.

A definição da saúde como direito fundamental inerente à cidadania e dignidade humana e a instituição do SUS pela Constituição de 1988 representou uma grande conquista do Movimento de Reforma Sanitária, que nas décadas anteriores debateu sobre a necessidade de um sistema público de saúde que assegurasse acesso às ações e serviços de saúde a todos os brasileiros, independente de contribuição para um regime de seguro social. O SUS foi concebido a partir de um conceito ampliado de saúde que inclui os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, tendo como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade, que conferem ampla legitimidade ao sistema, além de organizado com base nas diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; PAIM, 2003).

A regulamentação do SUS deu-se por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que detalham tanto a organização como o funcionamento do sistema, buscando direcionar todas as políticas e ações que tratam do direito à saúde no país, inclusive com a regulamentação da participação popular e transferência de recursos governamentais no seu âmbito (FIGUEIREDO et al., 2007a; VASCONCELOS; PACHE, 2006).

Dentre as diversas normas de operacionalização do SUS a atual PNAB, aprovada por meio da Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministro de Estado da Saúde, estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a organização, implantação e operacionalização da Atenção Básica (AB), da Estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. Este instrumento normativo define a AB como sendo o conjunto de ações de saúde que abrange, individual e coletivamente, a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral e autonomia das pessoas e da coletividade. Ainda de acordo com a PNAB, a AB é desenvolvida por meio de práticas de cuidado de gestão democrática e participativa, por trabalhos em equipe e dirigidos à população em um território definido que fica sob a sua responsabilidade sanitária, utilizando de tecnologias que auxiliam no manejo das demandas e atendimento às

necessidades de saúde de maior frequência e relevância, dentro da base territorial de sua atuação (BRASIL, 2011).

Os princípios norteadores da AB no Brasil foram enunciados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no ano de 1978 na cidade Alma-Ata, na antiga República Soviética do Cazaquistão, posteriormente confirmados na Assembleia Mundial de Saúde de 1979, definindo-se a APS como o conjunto de funções combinadas de entrada no sistema de saúde, com primazia das ações de prevenção sobre as ações curativas. De acordo com seus princípios norteadores, a APS forma a base de um sistema público de saúde, direciona as ações e atribuições de todos os outros níveis governamentais, aborda os problemas mais comuns na comunidade para proporcionar serviços de prevenção, cura e reabilitação, a fim de maximizar os níveis de saúde e o bem-estar geral.

Portanto, a AB é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema público de saúde, o que está mais próximo das pessoas, constituindo-se no primeiro estágio do processo de atenção continuada à saúde. Foi a partir dos preceitos traçados pela Assembleia Mundial de 1979 que a família tornou-se o foco da APS em vários países, inclusive no Brasil, onde se buscou estender as ações e os serviços de saúde oferecidos à população por meio de programas e projetos, com a ampliação de oferta e facilitação do acesso. Estas concepções foram encampadas ao Sistema Único de Saúde que adotou o princípio do acesso universal, um de seus pilares (MOYSÉS, 2011; STARFIELD, 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura AB como sinônimo da atenção primária, cuja finalidade é garantir o acesso e uso efetivo do aos serviços de saúde, de acordo com a necessidade e demanda, por meio de profissionais capacitados para detectar, avaliar e encaminhar os desvios de saúde identificados numa população assistida, bem como a inversão de prioridade das ações curativas, desintegrada e centrada na figura hegemônica do médico, para uma assistência preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais (BRASIL, 2011; ANDRADE; BARRETO e BEZERRA, 2009; FIGUEIREDO, et al., 2007b).

Em função de suas características e de acordo com a PNAB, a AB no Brasil tem como diretrizes a atuação sobre um território adstrito, a fim de permitir melhor planejamento das ações; a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações com impacto na saúde das coletividades; o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; o reconhecimento como a porta de entrada preferencial à rede de assistência; a

promoção da vinculação e corresponsabilização do usuário pela atenção às suas necessidades de saúde; a conexão de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes com vistas aos cuidados de saúde mediante, o estabelecimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita (BRASIL, 2011).

Visa ainda, garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; a integração de ações programáticas e demanda espontânea, promovendo a articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos; a vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e autocuidado, na organização e orientação dos serviços de saúde centrados no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2011; BRASIL, 2007).

Ela é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Seu foco é a atenção à pessoa e o seu propósito é possibilitar que, ao longo do tempo, os usuários e a equipe passem a se conhecer melhor, fortalecendo as relações de reciprocidade entre comunidade e o sistema público de saúde.

Em razão de suas características, a AB é desenvolvida próxima às pessoas e intimamente relacionada com o seu cotidiano, com alto grau de descentralização e capilaridade. Ela deve funcionar como contato preferencial dos usuários com os serviços públicos de saúde, privilegiando a relação direta com as pessoas e o respeito às singularidades socioeconômicas e culturais de cada um; a fim de propiciar uma atenção integral baseada na promoção e proteção da saúde, tanto individual quanto coletiva. Os princípios do SUS norteiam suas ações e a Saúde da Família é considerada sua estratégia prioritária de expansão e consolidação que leva em consideração as especificidades locais e regionais (SOUSA, 2014; BRASIL, 2011).

Foi a partir da implementação do SUS que os investimentos públicos passaram a considerar a AB como prioridade e é neste contexto que ocorreu a implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde no ano de 1991 e, posteriormente, do Programa de Saúde da Família no ano de 1994. Tais programas foram concebidos como objetivo de ampliar a cobertura assistencial em áreas de maior vulnerabilidade social, nos rincões mais distantes e desguarnecidos do país, mas que aos poucos, adquiriu centralidade na agenda governamental. Através da arte complexa de transformar o jeito de olhar as almas humanas, o PSF passou a ser considerado pelo MS como uma estratégia estruturante do sistema de saúde, com vistas a

reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações ofertados a população brasileira dentro do SUS (NARDI, 2014; ESCOREL et al., 2007).

A adoção da ESF foi produto da opção política pelo oferecimento de assistência integral em saúde com foco na família e da ênfase na necessidade de transição do modelo assistencial de saúde brasileiro que priorize outras formas para cuidar da saúde e vida da população, após décadas de predomínio do modelo hospitalocêntrico. Ela surge num contexto rico de influências institucionais determinantes para sua incorporação, a partir de experiências pontuais e inovadoras que levam em consideração o perfil epidemiológico brasileiro e recomendações de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), além da implementação de ações voltadas à atenção primária (NARDI, 2014; ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2009).

Representando a nova perspectiva de organização dos serviços e ações de saúde, a ESF tem como principais características a adscrição de clientela no território de atuação da equipe, onde ações de saúde são desenvolvidas a partir do conhecimento das necessidades da população local; o enfoque sobre a família; o desenvolvimento de ações e serviços por meio uma equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população, a ênfase na demanda espontânea e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde (DUARTE, 2011; GOMES et.al., 2009; SILVEIRA FILHO, 2005). Ou seja:

A Saúde da Família é um Campo Interdisciplinar Baseado na Comunidade, portanto, a atenção em saúde pauta-se na dimensão do cuidado familiar e se dá por intermédio de uma equipe multiprofissional para uma dada população adscrita, considerando e conhecendo os diferentes contextos em que ela vive: domicílios, espaços comunitários, empresas e outros. A Saúde da Família integra uma rede de suporte a essa comunidade, mantendo a interface com os diferentes atores e setores da área social, sejam governamentais ou não (SILVEIRA FILHO, 2005, p.14).

A PNAB define que a ESF deve ser organizada por meio de equipes multiprofissionais, com responsabilidade pela saúde de uma população de no máximo, quatro mil pessoas (a média recomendada é de três mil por equipe), moradores de uma área geográfica definida do município; observando o grau de vulnerabilidade das famílias no território circunscrito, levando se em conta que quanto maior o grau de vulnerabilidade das famílias menor deverá ser a quantidade de pessoas sob a responsabilidade de uma equipe.

A composição básica de uma EqSF deve contar com um médico generalista ou especialista na área; um enfermeiro generalista ou também especialista na área; auxiliar ou técnico de enfermagem e dozes agentes comunitários, o que deve ser suficiente para cobrir 100% da população adscrita, respeitando-se o teto máximo de um ACS para cada 750 pessoas

e de doze ACS por equipe. A essa composição básica pode somar-se um cirurgião-dentista generalista ou especialista na área e um auxiliar ou técnico em saúde bucal. Cada um dos profissionais poderá ser cadastrado em apenas uma equipe, salvo o médico, que pode atuar em até duas equipes com carga horária total de 40 horas semanais, a qual se sujeitam os demais profissionais, podendo ocorrer variações por razões de organização dos serviços (BRASIL 2011).

Atualmente, os dados veiculados pelo MS demonstram que até dezembro de 2013 o país contava com 34.715 mil EqSF implantadas em 5.346 municípios, com cobertura estimada de 109.341.094 milhões pessoas, em comunidades rurais e periferias urbanas, inclusive em municípios altamente urbanizados e industrializados, representando cerca de 56.37% da população residente no país (BRASIL, 2014b).

Dentro da ESF o ACS é considerado como profissional ambivalente. É dele que se exige maior envolvimento com os moradores da área geográfica de atuação da EqSF e, por isso, um dos requisitos básicos da profissão é a residência fixa dentro da comunidade onde trabalha. Ele também deve se destacar pela capacidade de comunicação e por uma liderança comunitária natural. Sua ação deve favorecer a transformação de situações relacionadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes e outros transtornos que afetam a vida das famílias. Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para melhoria da qualidade de vida das pessoas. Por tudo isso o ACS considerado o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, a ponte que promove a união de dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (CARDOSO e NASCIMENTO, 2010; BRASIL, 2009a; JARDIM e LANCMAN, 2009; NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000).

Até chegar ao formato atual, pode se dizer que foram vários os modelos e experiências que antecederam as mesmas práticas adotadas atualmente pelos ACS, antes mesmo do experimento pioneiro implantado no Estado do Ceará, na década de 1980. Pode-se afirmar que gênese do ACS teve como precursor outras categorias das quais professavam a mesma intenção de trabalho junto à comunidade. Silva e Dalmaso (2002) mencionam que historicamente a imagem do agente de saúde abarca um conceito sob as mais diferentes formas e nomenclaturas surgidas em várias partes do mundo e que vem se constituindo num segmento efetivo dos trabalhadores em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência com o propósito básico de funcionar como elo entre a comunidade e o sistema de saúde.

Sendo assim, os visitantes sanitários e auxiliares de saneamento que compunham o quadro de profissionais do antigo Serviço Especial de Saúde Pública entre os anos de 1942 a 1960 foram os pioneiros em realizar as atividades que hoje estão compreendidas nas competências do ACS. Aqueles profissionais possuíam a incumbência de prestar assistência médico-sanitária às populações do Vale do Amazonas, monitorar a situação de saúde dos indivíduos e das famílias, bem como promover ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis, como forma de uma melhor aceitação por parte da população assistida (SILVA e DALMASO, 2002).

Entre os anos de 1960 a 1990, a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), vinculada ao Ministério da Saúde, passa a adotar uma linha de atuação com abordagem integral da família e adscrição de clientela (característica do atual modelo de ESF), incumbindo ao visitante sanitário e ao auxiliar de saneamento a realização de visitas nas residências, levando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; além do monitoramento de grupos de risco e vigilância sanitária, tudo sob a supervisão e orientação do enfermeiro, uma proposta muito similar à atual ESF ou do PACS, ainda que apoiada por concepções de processos de saúde e doença distintas (SANTOS, PIERANTONI e SILVA, 2010).

Outra categoria profissional cujas atividades guardavam similitude com as do atual ACS foi a dos agentes de saúde visitantes. Esses profissionais compunham o quadro de funcionários da extinta Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que a partir de 1970 incorporou atribuições de outros órgãos, como o Departamento Nacional de Endemias Rurais, Campanha de Erradicação da Malária e Campanha da Erradicação da Varíola. Os agentes de saúde visitantes ou os “agentes da SUCAM” como eram popularmente conhecidos, possuíam por finalidade o controle ou erradicação das endemias que assolavam o Brasil na época; sua eficiência e disciplina eram notoriamente reconhecidas pela população e autoridades. Em 1990 a SUCAM foi incorporada à FSESP e dessa fusão surgiu a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) vinculada ao Ministério da Saúde. Atualmente a FUNASA possui a responsabilidade pelas ações de saneamento, prevenção e controle de doenças e outros agravos, bem como atenção integral à saúde das populações indígenas (BRASIL, 2004a; SILVA e DALMASO, 2002).

Também se pode notar semelhança de atuação no trabalho desenvolvido pelos agentes de saúde do antigo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), programa de grande expressão nacional, organizado inicialmente na a região Nordeste, ele funcionou no período de 1976 até 1979 promovendo a estruturação de unidades

de saúde pública em comunidades de até 20 mil habitantes. Seu objetivo era contribuir para a melhoria do nível de saúde da população do nordeste brasileiro, tendo como diretriz a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades beneficiadas (como o ACS atualmente), para a execução de práticas sanitárias relacionadas ao meio ambiente, monitoramento domiciliar e a atenção individual. O programa almejava, ainda, constituir-se na porta de entrada da clientela a ser assistida, além de funcionar como instrumento de transformações sociais (SANTOS, PIERANTONI e SILVA, 2010; SOUSA, 2003; PAIM, 2003; SILVA e DALMASO, 2002).

Devido ao seu êxito, o PIASS foi expandido para o âmbito nacional na década de 1980, sendo implementado primeiramente nas regiões de Sorocaba e Vale do Ribeira no Estado de São Paulo, onde ficou conhecido como Projeto DEVALE (Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural - Vale do Ribeira). Foi através do DEVALE que começaram a se estabelecer os critérios para a seleção do agente de saúde comunitário, mediante escolha das próprias comunidades, que exercia o poder de destituí-los caso não mais atendessem seus anseios. Os critérios básicos estabelecidos para escolhas daqueles agentes de saúde eram: pertencer à própria comunidade; saber ler e escrever; ser maior de idade; ser responsável; ter tempo disponível para o trabalho; boa vontade; ser educado; ter segurança quanto a suas atribuições; ser resolutivo; não fazer uso de bebida alcoólica; entre outras. Os selecionados para a função eram indicados pelos moradores e escolhidos em a votação secreta (SANTOS, PIERANTONI e SILVA, 2010; SOUSA, 2003; SILVA e DALMASO, 2002).

Esses mesmos critérios de seleção são exigidos atualmente, exceto quanto à forma de escolha, pois o ACS hoje não é mais eleito pela comunidade e sua inserção nos serviços públicos de saúde ocorre através de concurso público, sem nenhuma participação popular no processo de escolha ou controle social.

Deste modo, pode-se afirmar que a partir da Declaração de Alma-Ata, onde foi debatida a importância da atuação de agentes de saúde como parte de equipe responsável por atender as necessidades primárias de saúde de uma comunidade, é que o ACS passa a ser visto na agenda brasileira, como uma estratégia política possível para superar o modelo tradicional hegemônico de saúde, e assinala, assim, perspectivas para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. As experiências que foram colocadas em debate nessa reunião internacional de nações, acerca da atuação de agentes sanitários com atuação junto à equipe específica para realização de ações de atenção primária em saúde, levou em consideração práticas acumuladas em outros países, como Programa “Médicos dos pés descalços”,

desenvolvido na China a partir do final da década de 1960 e o Programa de Treinamento de Enfermeiros e Assistentes Médicos nos Estados Unidos, iniciado nos anos 1960 e 1970. (BARROS et al., 2010; STARFIELD, 2002).

De acordo com Miyasaka (2011) o Programa “Médicos dos pés descalços” foi desenvolvido pela China a partir de 1968 com “agentes de saúde” treinados para orientar, cuidar e tratar das doenças mais comuns da população que, na sua grande maioria, vivia na vasta zona rural do país. Esses profissionais recebiam um treinamento de seis meses após o término do curso secundário, eram deslocados para atendimento das comunidades, onde desempenharam papel importantíssimo na redução da mortalidade infantil e materna. Como esses profissionais também trabalhavam descalços como lavradores nos terraços de arroz, ficaram conhecidos como “médicos de pés descalços”.

Na realidade brasileira, pode-se afirmar que o modelo do atual PACS foi inspirado nos princípios da AB e teve como precursor Programa de Agente Comunitário de Saúde do Ceará (PACS-Ceará) implantado no Estado do Ceará ano de 1987. Esse programa teve como objetivo minimizar os efeitos da seca sobre a população sertaneja do Estado e acabou servindo de modelo para um programa de abrangência nacional. PACS-Ceará foi experiência inédita de trabalho em grande escala com agentes de saúde, que resultou na formação de 6.113 trabalhadores, oriundos de 118 municípios do estado do Ceará, sendo a maioria mulheres. Após um treinamento com duração de duas semanas, esses agentes passaram atuar por um período de seis a doze meses nas áreas de maior vulnerabilidade social, o seu trabalho foi responsável por uma redução acentuada nos índices de mortalidade infantil, além de aprimorar a cobertura vacinal das crianças e do atendimento à gestante (MOYSÉS, 2011; PAIM, 2003; SOUSA, 2003; SILVA e DALMASO, 2002).

Depois de passado o período crítico de estiagem, houve uma tentativa de extinção do PACS-Ceará; mas, devido a manifestações ocorridas em diversas comunidades assistidas, bem como em razão de observações formuladas por técnicos, o Governo do Estado resolveu dar continuidade ao programa e ampliá-lo com financiamento de recursos oriundos do orçamento do Estado. Dessa forma, o PACS-Ceará foi implantado em quarenta e cinco municípios cearenses. Nessa expansão, foi adotada a exigência de que o agente de saúde deveria residir na localidade de atuação e que seriam eleitos pela própria comunidade. O treinamento e a supervisão desses profissionais ficaram a cargo de profissional detentor de nível superior com ênfase nas ações de educação e de promoção da participação comunitária. No ano de 1991 o modelo cearense foi proposto para todo o Brasil, com a criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS),

concebido com o objetivo de melhorar, através da ação dos agentes comunitários, a capacidade da população de cuidar da própria saúde, tendo por enfoque as ações educativas e preventivas, além de contribuir para construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (SOUZA e FREITAS, 2011; PAIM, 2003; SOUSA, 2003; SILVA e DALMASO, 2002).

A justificativa para implantação PNACS deu-se em razão de várias experiências de práticas em saúde que se desenvolviam em distintas regiões do país, de forma isolada e focal, cujos resultados mostravam-se bastante satisfatórios ao integrar o agente de saúde na equipe de saúde, não apenas como elo entre o sistema de saúde e a população, mas, principalmente por sua capacidade de dar solução para parte dos problemas que provocavam o congestionamento do sistema, bem como por sua significativa contribuição em ofertar procedimentos simplificados de ação de prevenção que resultavam na diminuição da morbimortalidade para o Brasil. Os critérios de seleção desses agentes de saúde eram praticamente os mesmos de modelos anteriores, a saber: maior de dezoito anos, alfabetizado, dispor-se a concluir o 1º grau, residir na área de atuação há mais de dois anos e dispor de oito horas diárias para cumprimento da jornada de trabalho. Posteriormente, em 1992, o PNACS perdeu o temo *nacional* e passou ser denominado PACS; sendo estabelecidos convênios entre a FUNASA e Estados para custeio do programa. No ano de 1993 o PACS já abrangia 13 Estados das regiões norte e nordeste, contando quase trinta mil agentes e previsão de ampliação para o ano de 1994 para novos municípios dessas regiões e para o Centro-Oeste (SILVA e DALMASO, 2002).

Devido ao êxito obtido com o PACS, houve um impulso para formulação do PSF, concebido com base nos princípios da AB e com foco na família. Esse programa foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde no ano de 1994 e atualmente se constitui na ESF. Foi o PACS que pela primeira vez traz um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde, além de introduzir uma visão ativa da intervenção, de não esperar que o usuário procure os serviços de saúde, mas de agir preventivamente, promovendo, assim, uma reorganização da demanda. Outros diferenciais trazidos por esse programa foram às concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista acerca da saúde da população, não mais centrando na intervenção médica. Todos esses elementos acabaram por ser incorporados na construção do PSF e hoje também caracterizam a ESF enquanto concepção de ação e de intervenção em saúde (VIANA e DAL POZ, 2005; SILVA e DALMASO, 2002).

Na proposta de reorganização da AB, seja através do PACS ou da ESF, o ACS é considerado um personagem essencial, pois ele é responsável pela integração dos serviços

básicos de saúde com a comunidade. Atualmente são mais de duzentos mil profissionais em todo o Brasil desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2009a).

O ACS tornou-se categoria profissional com a publicação da Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002, na gestão do então presidente Fernando Henrique Cardoso. Esta lei definia a profissão como sendo exclusiva do âmbito do SUS, cabendo-lhe a execução de atividades de caráter preventivo de doenças e de promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, de natureza individual ou coletiva, desenvolvidas sob supervisão dos gestores locais e de acordo com os princípios norteadores do sistema de saúde. A lei também prescrevia como requisitos necessários ao exercício da profissão à residência fixa na área de atuação, a qualificação em curso de formação básica e a conclusão do ensino fundamental, cabendo ao MS estabelecer o conteúdo programático do curso de formação e a regulamentação de suas atribuições (BRASIL, 2002).

A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, revogou a Lei nº 10.507/2002 e deu nova regulamentação jurídica à profissão do ACS, confirmando suas atribuições na prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS; definindo no parágrafo único do artigo terceiro, as atividades do ACS, que, pela legislação anterior, dependiam de regulamentação do Ministério da Saúde.

Assim, passa-se a considerar como atividades pertinentes ao ACS: a) a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; b) a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; c) o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; d) o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; e) a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; f) a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. A Lei estabeleceu, ainda, que o ACS deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício de suas atividades: 1) residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; 2) haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; 3) haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2006a).

O exercício das atividades profissionais do ACS também está sujeito às disposições do Decreto nº 3.189/1999, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atribuições e na Portaria GM/MS n. 1.886 de 18 de dezembro de 1997, que aprova as normas e diretrizes do

PACS e do PSF. A legislação que estabelece as atribuições básicas dos ACS inclui o conhecimento da área de abrangência do seu trabalho com condição para o cadastramento das famílias sob sua responsabilidade; diagnóstico demográfico; definição do perfil socioeconômico; mapeamento, acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças; e promoção da saúde aos recém-nascidos, crianças, gestantes, puérperas, hipertensos, diabéticos, dentre outros (BRASIL, 1999; BRASIL, 1997).

Entre os temas a serem abordados durante a realização da VD — principal instrumento de atuação — estão o aleitamento materno, imunização, reidratação oral e outros. Incumbe ainda a esse profissional o monitoramento das infecções respiratórias agudas, diarreias, dermatoses, parasitoses, tuberculose, hanseníase, apoio ou investigação epidemiológico; além de ações educativas com foco na prevenção do câncer cérvico uterino e de mama, de planejamento familiar, saúde bucal, nutrição, combate a dengue, leishmaniose e outros. Cabe ainda ao ACS incentivar e sensibilizar a participação comunitária, para a preservação do meio ambiente, dos direitos humanos buscando a melhoria da qualidade de vida.

De acordo com as normas dos programas, os dados e informações obtidos pelo ACS durante a realização das suas atividades devem ser registrados em instrumentos próprios, pois faz parte ainda do seu desempenho profissional alimentar parte do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Esse sistema possibilita conhecer e monitorar a realidade dos problemas de saúde das populações acompanhadas, a avaliação do trabalho das equipes, constituindo-se num importante instrumento para que os gestores e a própria equipe adotem medidas para o controle e planejamento das ações de saúde e do enfrentamento aos problemas identificados. Os dados registrados pelos ACS permitem o processamento de informações consolidadas em nível de microáreas, ou seja, um por ACS da área de uma EqSF, de um segmento territorial, bem como do total do município coberto por equipes tanto da ESF como do PACS, como forma de conhecer o perfil epidemiológico da população e orientação das ações de planejamento (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2007).

No âmbito da AB, o ACS pode fazer parte de uma ESF ou integrar uma equipe do PACS de acordo com a realidade local, mas o seu trabalho será o mesmo em qualquer uma das situações em que esteja inserido (BRASIL, 2009a). As atividades diárias exercidas pelo ACS são múltiplas, elas abrangem desde a assistência direta a indivíduos ou famílias, ações educativas, tarefas burocráticas, como o cadastramento das famílias por ele atendido, lançamento de dados no SIAB entre outros desenvolvidos na unidade de saúde (CORIOLANO e LIMA, 2010). Sendo assim, o seu trabalho difere dos demais profissionais,

pois as desempenham em várias situações, abrangendo “questões de saúde/doença, educação/informação, prevenção/assistência, bem como contato direto e constante com a população/comunidade” (SOUZA e FREITAS, 2011 p. 99).

De todas as atividades desempenhadas pelo ACS, a VD é a de maior relevância, pois, ao adentrar a residência de uma família, o profissional deve ter a consciência de que esta não representa apenas o espaço físico onde vai desenvolver seu trabalho; mas se constitui num ambiente onde está estabelecida uma família com seus costumes, suas crenças, suas histórias e até seus conflitos. Por isso é necessário que ele desenvolva estratégias que lhe possibilitem o estabelecimento de vínculos de confiança com o morador, que lhe permita desenvolver ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação da saúde. Assim sendo, a VD requer a compreensão, respeito, cuidado ético junto às interações com o morador, pois a permissão para entrar na casa das pessoas envolve uma relação de confiança e merece todo o respeito, por isso, classificada como procedimento de alta complexidade e alta delicadeza (BRASIL, 2009a).

Ademais, é a VD que permite ao ACS conhecer as condições sócioeconômicas das famílias, as relações que permeiam o espaço doméstico e as causas de adoecimento que vão facilitar o planejamento e o direcionamento das ações visando à promoção da saúde e o fortalecimento do autocuidado. Por isso ela deve ser programada e autorizada pela família, constituindo-se num momento de interação entre o profissional e sua clientela; uma oportunidade para a observação, identificação de dificuldades e necessidades de intervenção ou encaminhamento das demandas dos usuários. Ela implica certa exposição de hábitos e rotinas que são privativas do usuário no espaço domiciliar, onde assuntos particulares se tornam visíveis e alvo de avaliação dos profissionais de saúde e do seu saber-poder sanitário. Sendo assim, o vínculo e a confiança entre profissional e usuário se colocam em linha tênue e essa relação de compartilhamento e de encontro com o outro deve ser protegida como parte do ato de cuidar e o respeito a certos limites e fronteiras que não devem ser ultrapassados (CUNHA e SÁ, 2013; KEBIAN e ACIOLI, 2011; FIGUEIREDO et al., 2007b).

Conforme preconizado pela PNAB, o ACS deve acompanhar, através da realização da VD, todas as famílias e indivíduos da sua área de abrangência, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês, podendo esta frequência variar de acordo com a necessidade apresentada pela família. Ou seja, nos casos de maior risco e vulnerabilidade, a visita tem ser mais frequente. Por isso as atividades desenvolvidas pelos ACS devem ser planejadas, gerenciadas e avaliadas pelo enfermeiro da UESF, que é responsável pela supervisão de 12 ACS. Em se tratando de Unidade Básica de Saúde esta proporção muda para o máximo de 30

ACS para cada enfermeiro. Além de atuar como instrutor supervisor dos trabalhos desenvolvidos pelos ACS, o enfermeiro também é responsável pelo processo de sua capacitação e educação permanente (BRASIL, 2011).

Devido às peculiaridades de suas atribuições, o ACS é considerado um trabalhador *sui generis* dentro da ESF, é ele “um agente de mudanças”, pois o seu trabalho é uma extensão dos serviços públicos de saúde dentro da comunidade com a qual ele tem envolvimento pessoal, conhece as famílias e sabe de todas as dificuldades por elas enfrentadas. É ele que deve unir o saber popular ao conhecimento técnico na solução dos problemas das pessoas por ele assistidas, sendo responsável pela integração da equipe de saúde com a população adscrita a uma unidade de saúde, função esta que é potencializada pelo fato de morar na mesma comunidade onde atua (BRASIL, 2009a, BRASIL, 2009c).

É ele quem “representa o elo entre as necessidades, anseios e demanda de uma comunidade canalizando-a fundamentalmente para os serviços de saúde” (SOUZA, 2003, p. 56), por isso que se diz que ele é:

Uma pessoa envolvida com os assuntos da sua comunidade, interessada em conhecer, promover e defender os seus direitos, uma pessoa que luta pela qualidade de vida. Agente é aquela pessoa informada, que acompanha as notícias, participa das atividades comunitárias e **promove a cidadania de todos** sem se importar com sexo, raça, etnia, orientação sexual, idade ou credo. Além disso, o (a) Agente precisa acompanhar as políticas públicas na área de saúde, cobrar a implementação dos serviços, a aplicação de leis, a efetivação de programas de atendimento à população e apresentar propostas às autoridades. A (O) Agente é mais do que tudo uma pessoa com disposição para correr atrás do que acredita! (KRANS e SCHUMACHER, 2005 p. 7, grifo nosso).

Quanto à qualificação profissional do ACS, no ano de 1994 o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de capacitar esses profissionais adequadamente para o desempenho de atividades e desenvolveu um referencial curricular para que as instituições formadoras organizassem cursos objetivando investir na adequação da escolaridade e na definição do seu perfil profissional, favorecendo a autonomia intelectual de forma a incorporar, definitivamente, o ACS no quadro dos trabalhadores da saúde.

De acordo com esses referenciais, o curso de formação do ACS deveria ser estruturado em três etapas sequenciais, com uma carga horária mínima de 1.200 horas, partindo do pressuposto de que a competência profissional incorpora três dimensões do saber: a ligada ao conhecimento, ou seja, o saber-conhecer; o saber-fazer, que se expressa em habilidades, ou seja, o domínio prático; e o saber-ser considerado transversal a todas as competências ligadas à atitude crítica e reflexiva e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas. O processo de formação deveria enfatizar a promoção da saúde e prevenção dos

agravos e cada competência teria de expressar uma dimensão da realidade de trabalho desse profissional com as demais competências, proporcionando uma formação abrangente; cabendo às instituições formadoras nos Estados a elaboração de suas propostas pedagógicas com os conteúdos mínimos exigidos e processos de aprendizagem que permitissem ao ACS o aperfeiçoamento de habilidades e o desenvolvimento de competências que lhes possibilitasse lidar com a complexidade envolvida nas suas relações com a comunidade e vínculo com a população. (BARROS et al. 2010; MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007; BRASIL, 2004b).

Assim, em razão da quantidade de atribuições conferidas atualmente ao ACS, exige-se dele uma liderança natural na sua comunidade, fundamentada principalmente na capacidade de comunicação com as pessoas para estimular a corresponsabilidade na melhoria de qualidade de vida e saúde da comunidade por ele atendida. No entanto, devido à complexidade das atividades a serem desempenhadas por ele, faz-se necessária uma capacitação que atenda as exigências de suas atribuições. Porém não é essa a formação que tem sido verificada. Estudos referem à fragmentação da qualificação, a forma desestruturada sem foco na realidade local, na área de relacionamento, bem como os conteúdos repassados de forma rápida, superficial e insuficiente (GOMES et al., 2009; BACHILLI; SCAVASSA e SPIRI, 2008; DUARTE, SILVA e CARDOSO, 2007).

Atualmente o processo de formação técnica do ACS constitui um novo desafio para a consolidação da AB dentro do SUS e para efetivação de seus princípios e diretrizes, pois a sua formação deve ser orientada para a construção de práticas em saúde emancipatória e cidadã, tanto de seu trabalho, como de todos os demais trabalhadores, de modo a propiciar novas formas de materialização das ações, sempre com base na participação e discussão coletiva, com o propósito de superação das históricas iniquidades sociais e econômicas que persistem em existir no Brasil (MATTA, 2007).

3. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Este capítulo traz uma abordagem sobre a Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici, utilizada como fundamento teórico desta investigação.

A TRS pode ser considerada uma nova teoria que surge num momento de crise da Psicologia Social verificada a partir da década de 1960, cujo enfoque é a compreensão da realidade compartilhada por diversos grupos sociais. (ALMEIDA e SANTOS, 2011; FERREIRA, 2011; LANE, 2006).

A originalidade dessa nova teoria decorre, segundo Guareschi (2012) da tentativa de superação do modelo da corrente psicológica fundamentada no materialismo e na experiência, por um lado, e individualista, por outro, fazendo dela a principal responsável pela visão transformadora da psicologia social enquanto disciplina.

Lançando um olhar sobre a gênese e conceitos da TRS, pode-se pensá-la como uma teoria original, formulada para tentar superar a perspectiva individualizante do ser humano inserido no seu contexto social, fator que tem colaborado para o avanço dos estudos e reflexões acerca do campo de incidência da psicologia social.

Apresentada pela primeira vez por Serge Moscovici em 1961, na obra *Psychanalyse son image et son public*, obra que marcou o nascimento da TRS, inaugurando uma tradição que continua se desenvolvendo e já não pode mais ser considerada como algo novo, pois o debate, o desenvolvimento teórico e as pesquisas realizadas em torno das representações sociais tornaram-se uma realidade cada vez mais constante no contexto da psicologia social (GUARESCHI, 2012; JOVCHELOVITCH, 2011a).

Quando lançada, a TRS estava além do contexto e paradigma predominante na época para a psicologia e ciências sociais, de modo que ela adquiriu seu *status* contrariando as teorias da época, como a behaviorista, a cognitivista e o dogmatismo positivista, demonstrando que as representações não são apenas construções cognitivistas, mas também sociais; ou seja, uma forma de construir conhecimentos a partir da sua inscrição social, cultural e da interação entre sujeito-objeto, que, por sua vez, formam o objeto do qual são uma representação. Não se trata apenas de uma psicologia social dos saberes, mas sim como os novos saberes são produzidos e como se acomodam no tecido social (BANCHS, 2011; JOVCHELOVITCH, 2011b; ARRUDA, 2002).

Ao apresentar sua teoria, Serge Moscovici buscou fazê-la com intuito de elevar a psicologia social a um patamar que fosse além dos limites que estavam colocados para ela até então; ou seja, a partir das representações, buscar redefinir os problemas e conceitos da psicologia social, insistindo sobre a sua função simbólica e o seu poder de construir a realidade, buscando superar os obstáculos da tradição daquele período, que se contentava com

o estudo do indivíduo, de grupos restritos, das relações informais; além de uma influência da filosofia positivista que só ressaltava a importância das previsões verificáveis pela experiência e pelos fenômenos observáveis (MOSCOVICI, 2012).

Porém a ambição de Moscovici em redefinir os problemas e conceitos da Psicologia Social, firmando-se numa teoria que fugia dos cânones das ciências da época, fez com que a teoria não conseguisse desdobramentos visíveis num primeiro momento, permanecendo encerrada nos laboratórios de estudos em psicologia social na França e em alguns locais na Europa. Essa dura oposição impetrada contra TRS fez com que ela ficasse adormecida por quase vinte anos até que o degelo do paradigma dominante permitisse que ela ressurgisse como uma fênix, proliferando de forma célere e recuperando o tempo em que ficou adormecida, estando hoje amplamente difundida nos estudos da psicologia social (BANCHS, 2011; ARRUDA, 2002).

Em entrevista realizada com Moscovici, Ivana Marková relata sobre a propagação e a abrangência da TRS, afirmando que ela vem fazendo florescer mais do que nunca o debate teórico, a pesquisa e as atividades psicossociais, não apenas em toda a Europa, mas também se estendendo para outros continentes. Porém, ainda recebendo muitas críticas, como a falta de clarificação do seu conceito. Entretanto Moscovici responde que o florescer e a abrangência de sua teoria, ao mesmo tempo em que isso lhe suscita alegria, também revela surpresa, já que, mesmo passado tanto tempo de seu lançamento, as novas gerações de pesquisadores continuam demonstrando interesse por ela, promovendo avanços teóricos e metodológicos; afirmando que o conceito de representação social está arraigado e faz parte da genética de todas as ciências humanas (MOSCOVICI, 2010).

Na concepção da TRS certamente Moscovici não partiu de um vazio cultural que apoiasse sua perspectiva a respeito da construção do saber e do valor do saber prático, por isso ele recorreu a vários teóricos.

Do campo da Sociologia e da Antropologia, utilizou-se, principalmente, das concepções de Durkheim e Lévi-Bruhl; da Psicologia recebeu contribuição de Piaget através da teoria das representações infantis e da forma como a criança desenvolve o seu pensamento através de imagens e do processo de configuração dessa imagem; de Vigotsky recebeu a contribuição através da sua teoria do desenvolvimento cultural; e de Saussure, da teoria da linguagem. De Durkheim, considerado um dos fundadores da sociologia moderna, partilhou do estudo das representações coletivas, por isso a TRS é associada como uma forma sociológica de psicologia social (FARR, 2011; OLIVEIRA e WERBA, 2008; ARRUDA, 2002).

Em sua obra clássica “As regras do método sociológico”, Durkheim (2008) define que “representações coletivas” são categorias de pensamento que uma determinada sociedade elabora e expressa a sua realidade. Essas categorias não são dadas *a priori* e não são universais na consciência, surgem unidas aos fatos sociais e são passíveis de observação e interpretação.

Para um dos pais da sociologia, o que constitui um fato social são as crenças, as tendências e as práticas tomadas e realizadas pelo grupo de forma coletiva; ou seja, as representações que os indivíduos expressam não são elaboradas individualmente, e sim por uma sociedade, pois os fatos sociais só existem a partir de uma organização definida (regras jurídicas, morais, dogmas religiosos, sistema financeiro etc.). Estas são formas cristalizadas, são regras impostas sobre o indivíduo que consistem no meio de pensar, de agir e de sentir que são exteriores ao indivíduo, dotadas de poder coercitivo, sendo que essa coerção, com o tempo, deixa de ser sentida devido ao fato de, pouco a pouco, se engendrar a consciência individual.

Para Guareschi (2011) ao propor a TRS, Moscovici já tinha ciência do conceito de representações coletivas de Durkheim, construído a partir da compreensão daquelas sociedades em que as mudanças se processavam lentamente, que ele denomina “tradicionais”, diferentemente das sociedades atuais, onde as mudanças são dinâmicas e fluidas. Por isso ele prefere substituir o termo “coletivo” da representação, por considerar de conotação mais cultural, estática e positivista, apropriada para aquelas sociedades, adotando o termo “social” na sua teoria, por considerar este mais apropriado às sociedades modernas, onde as mudanças sociais são fluídas e dinâmicas.

Por sua vez, Arruda (2002) argumenta que, em função da necessidade de atualizar o conceito de representação coletiva para as sociedades contemporâneas, caracterizadas pela intensa divisão do trabalho, especialização de funções enquanto componentes decisivos na vida das pessoas e dos grupos, Moscovici viu-se na contingência de torná-lo operacional para ser aplicável a todas as sociedades em que a velocidade da informação não disponibiliza o tempo necessário para sedimentação de tradições; sociedades nas quais se impõe um processamento constante das novidades, onde o conhecimento está disponível e é de fácil acesso. Por isso, a opção pelo termo “representação social”, para diferenciar de “representação coletiva” que é uma referência às sociedades tradicionais estudadas na sociologia.

Na percepção de Moscovici (2010) as representações são decorrentes das interações humanas, sejam elas entre duas pessoas ou entre dois grupos, criadas no decurso da

comunicação e da cooperação. Mas não são criadas por um indivíduo isoladamente; contudo, uma vez criadas, elas adquirem vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem, dando oportunidade ao nascimento de novas representações em substituição às que lhes são anteriores. Elas nos orientam em direção ao que é visível com aquilo que nós temos de responder, ou que relacionam a aparências da realidade, definindo a própria realidade. São interligadas aos nossos sistemas perceptivos e cognitivos, de modo que se tornam comuns a todos os membros de uma comunidade. Sendo criadas interna e mentalmente mediante um processo coletivo, as representações sociais penetram o pensamento individual e são capazes de influenciar comportamentos do indivíduo e da coletividade; por isso são percebidas quase que como objetos materiais, porquanto produtos de ações e comunicações.

De acordo com Jodelet (2002) o ser humano constrói representações porque necessita conhecer o mundo que o cerca, para isso tem de se ajustar, localizar física ou intelectualmente, identificar e resolver problemas impostos por meio das coisas, pessoas, eventos ou ideias. Como o sujeito não é equipado com automatismos, não vive isolado em um vazio social, compartilha o mundo com outros, neles se apoia, quer convergindo ou divergindo, para poder compreendê-lo, organizar suas ações ou até mesmo confrontar aquilo que o afeta.

Por isso as representações sociais são tão importantes na vida cotidiana, porque elas orientam a maneira de operar, de tomar posições a respeito de acontecimentos, fatos ou objetos. Elas correspondem a um ato de pensamento pelo qual o sujeito relaciona-se com um objeto, entendido como qualquer coisa ou pessoa, evento concreto ou abstrato, real ou imaginário, natural ou sobrenatural, de modo que não existe representação sem objeto, que é representado mentalmente e reconstituído simbolicamente.

Representar uma coisa, um estado, não é só desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, é reconstituí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto [...]. As representações individuais ou sociais fazem com que o mundo seja o que pensamos que é ou deva ser. Mostram-nos, a cada instante, que algo ausente se acrescenta e algo presente se modifica, mas o jogo dessa dialética possui uma significação maior. Não é só o fato de algo ausente nos atingir, desencadeando todo trabalho do pensamento e do grupo, mas primeiro, porque é estranho e, em seguida, porque está fora do universo habitual. (MOSCOVICI, 2012 p. 54-55).

Para Moscovici (2012, p. 39) representações sociais são “entidades quase tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano” que, apesar de fácil apreensão, são de difícil conceituação em razão da diversidade histórica em que ela foi gerada e do seu posicionamento misto na intersecção de uma série de conceitos entre a Sociologia e a Psicologia.

Por isso são consideradas como uma maneira específica de compreender e de comunicar aquilo que se conhece, tendo como objetivo abstrair sentido que se tem do mundo e nele introduzir ordem e percepções que o reproduz de forma significativa sob vários enfoques, igualando toda imagem a uma ideia, e toda ideia a uma imagem, sendo capaz de influenciar o comportamento do indivíduo dentro de uma coletividade.

As representações sociais funcionam como guias de comportamentos, remodelando e reconstituindo os elementos do ambiente no qual determinado comportamento acontece, possibilitando dar-lhe um sentido e integrando-o numa rede de relações na qual está ligada ao objeto, fornecendo, ao mesmo tempo, informações, suposições ou pontos de vista de indivíduos e grupos sobre fatos, acontecimentos e comportamentos, traduzindo a posição simbólica da escala de valores do indivíduo e do grupo.

Elas enriquecem as noções daquilo que cada um compreende por realidade e emprega na vida cotidiana, determinando o estrado das comunicações possíveis, de valores ou ideias de visões de mundo compartilhadas ou admitidas pelas pessoas e o fundo de observações que tornam essas relações possíveis e eficazes; porque são derivadas da produção dinâmica de comportamentos e de relações com o ambiente, das ações que modificam pessoas e comportamentos, e não apenas de um estímulo externo.

É do encontro no universo cotidiano que as opiniões e representações emergem. Essas interações ocorrem durante as relações entre os indivíduos, é durante esses encontros que as conversações se propagam e permitem aos indivíduos ou grupos se tonarem mais familiarizados com ideias e objetos que estão em circulação.

Qualquer representação ocorre através da organização de imagens e linguagens, pois simbolizam ações e situações que são ou vão se tornar comum. Passivamente é apreendida como o reflexo na consciência, tanto individual quanto na coletiva, de um objeto ou de um feixe de ideias que são exteriores a ela.

Dessa forma, a representação social pode ser comparada a uma fotografia que concebe a imagem retratada como sendo a reprodução de uma realidade, de modo que, lançando um olhar de forma ativa, pode-se considerar que ela possui um papel de moldar o que é do exterior como uma reprodução da realidade.

Por isso que a representação social produz e determina os comportamentos, já que ela define a natureza dos estímulos que cercam e afetam o sujeito, e a significação das respostas que lhe são dadas possui função constitutiva, conhecimento particular, tendo a função de elaboração dos comportamentos e da comunicação entre os indivíduos (MOSCOVICI, 2012).

Sendo assim:

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa. Elas sempre possuem duas faces, que são interdependentes, como duas faces de uma folha de papel: a face icônica e a face simbólica. Nós sabemos que: representação = imagem/significação; em outras palavras, a representação iguala toda imagem a uma ideia, e toda ideia a uma imagem (MOSCOVICI, 2010, p. 46).

Na compreensão de Jodelet (2002) as representações sociais são fenômenos complexos que agem ativamente no mundo social, utilizando de elementos diversos como os elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, de crenças, de opiniões de imagens entre outros, buscando sempre se organizarem como uma classe de saber que imprime conceitos, ideias, sobre o estado da realidade, As representações sociais são conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente com o objetivo prático de construir uma realidade comum a todo o conjunto social. Para Duveen (2010) elas constituem o produto da interação e comunicação entre as pessoas, estabelecendo as associações com as quais uns se ligam aos outros, constituindo a realidade da vida cotidiana.

Na visão de Guareschi (2011) o conceito de representação social pode estar ligado a vários elementos que lhe conferem um significado específico para cada situação. Ou seja, ela possui conceito dinâmico e explicativo da realidade social, física e da cultura; além de uma dimensão histórica e transformadora que agrega aspectos culturais, cognitivos e ideológicos. Desse modo, é possível perceber sua dinamicidade circulando nos meios de interação entre indivíduos e em suas mentes para se constituir numa realidade presente nos objetos e nos sujeitos. Por ser o seu conceito relacional também é social.

Por isso Guareschi (2012, p. 8) afirma que as representações sociais são “conjuntos de crenças e saberes socialmente construídos, socialmente partilhados, com os quais e através dos quais nós pensamos, falamos, decidimos fazer, o que fazer, nos apropriamos do mundo e lhe damos sentido”. Ela demonstra a importância do resgate do cotidiano social, da vivência das pessoas e promove a reabilitação do saber popular. Enfim, promovem a união de uma dimensão subjetiva à dimensão objetiva possibilitando a construção social da realidade.

Oliveira e Werba (2008) demonstram a versatilidade do conceito de RS e indicam três importantes postulados a serem considerados: a) é um conceito abrangente, que compreende outros conceitos tais como: atitudes, opiniões, imagens, ramos do conhecimento; b) possui poder explanatório: não substitui, mas incorpora os outros conceitos, aprofundando

na explicação causal dos fenômenos; e, c) é elemento social na TRS, é algo constitutivo delas, e não uma entidade separada. O social não determina a pessoa, mas é substantivo dela. O ser humano é tomado como essencialmente social.

Por sua vez, Moscovici (2010) na sua concepção refere que o ser humano está inserido num mundo social cercado por palavras, imagens e signos mais variados, que penetram as mentes das pessoas, atingindo individual ou coletivamente.

Por isso as representações sociais são sempre complexas e dependentes de sistemas de crenças, valores, tradições e visões do mundo, produto de um permanente trabalho social no qual cada novo fenômeno pode sempre ser reincorporado dentro de modelos explicativos e justificativos. Para que se possa compreender o fenômeno das representações sociais é necessário enfatizar que estas devem ser vistas como uma atmosfera em relação ao indivíduo e ao grupo, ou seja, sempre se move nessa atmosfera, (linguagem, costumes, sentido) paira no ar, circula por todos os lados é de todo mundo, mas não pertence a ninguém particular.

As representações sociais possuem duas funções: a primeira é a de convencionalizar os objetos, pessoas, acontecimentos, fatos da vida cotidiana; ou seja, acomodar as regras ou padrões, dando-lhes uma forma definitiva e localizando-os em uma determinada categoria e, de forma gradual, colocando-os como em um modelo que é partilhado por um grupo de pessoas, onde novos elementos se juntam sintetizam a esse modelo, de modo que objetos, as pessoas ou os acontecimentos passam a ser convencionalizados como forma de um acordo tácito. Em segundo lugar, as representações são prescritivas; ou seja, as formas de pensar dependem das representações que já estão classificadas e são condicionadas aos conhecimentos possuídos anteriormente. Por isso as representações são partilhadas, penetram e influenciam a mentalidade das pessoas. No entanto não são pensadas, e sim *re-pensadas*, *re-citadas* e *re-apresentadas* porquanto impostas e transmitidas nas conversações (MOSCOVICI, 2010).

Para Araújo (2008) a elaboração de uma RS constitui-se num processo em que as pessoas organizam imagens, histórias e linguagens coletadas de acontecimentos e situações que lhes são comuns. Assim, ao passar por experiência ou apenas tomar conhecimento de um fato ou acontecimento, o indivíduo elabora formas de reproduzi-las. Mas isso não quer dizer que as representações sociais são meras reproduções simbólicas de uma realidade acontecida ou vivida, elas são mais do que isso, resultam de uma lógica na qual os elementos representacionais são interpretados, reinterpretados, construídos e desconstruídos até que lhes seja atribuído um significado específico a partir de aspectos cognitivos, emocionais, afetivos ou de outra natureza; passando a fazer parte das relações do grupo.

Por isso é que a

[...] representação social na verdade opera uma transformação do sujeito e do objeto na medida em que ambos são modificados no processo de elaborar o objeto. O sujeito amplia sua categorização e o objeto se acomoda ao repertório do sujeito, repertório o qual, por sua vez, também se modifica ao receber mais um habitante. A representação, portanto, repito, não é cópia da realidade, nem uma instância intermediária que transporta o objeto para perto/dentro do nosso espaço cognitivo. Ela é um processo que torna conceito e percepção intercambiáveis, uma vez que se engendram mutuamente [...]. (ARRUDA, 2002, p. 137).

Sendo assim, Moscovici (2012) afirma que quando falamos de representações sociais, devemos considerar que não existe um divisor entre o indivíduo ou o grupo e o universo exterior, bem como, não ocorre separação entre o sujeito e o objeto, ambos estão entrelaçados, complementam-se, pois o objeto está assentado num contexto ativo, movimenta-se e a sua representação é concebida de forma parcial como prolongamento do seu comportamento, das suas vivências, ou seja, a partir do que já tem fixado na memória do indivíduo ou do grupo.

Por isso as representações são criativas, por se utilizarem desse estoque de imagens e do poder de combinação que emprega para remodelar o objeto e ser capaz de retirar combinações novas e surpreendentes. Sendo assim, as representações não são simples imagens do real, pois é necessário moldá-las na memória. Quando o indivíduo ou a coletividade expressa opinião sobre o objeto é suposto que ele já possui um conhecimento prévio, já tem uma representação acerca daquele objeto ou realidade guardado no seu “reservatório” de imagens, de modo que estímulo e respostas são formulados juntos. Por isso se diz que:

[...] a representação social é a “preparação para a ação”, não só porque guia os comportamentos, mas sobretudo porque remodela e reconstitui os elementos do ambiente no qual o comportamento deve acontecer. Ela possibilita dar sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações na qual está ligado ao objeto, fornecendo, ao mesmo tempo, as noções, as teorias e o fundo de observações que tornam essas relações possíveis e eficazes (MOSCOVICI, 2012, p. 46).

A TRS almeja explicar o complexo representação-ação, isto é, uma teoria consensual criada por um grupo, que ao ser posta em ação forma um complexo social no qual seus elementos são associados para compreender a realidade com o qual se relaciona. Em função disso, as pessoas serão capazes de agir de acordo com a própria RS construída ou internalizada, como uma espécie de “marcador” para as ações sociais desse grupo, pressupondo o entendimento de como os indivíduos se percebem em relação à sociedade em que estão inseridos, seus sentimentos sobre a realidade, ações e informações que reuniram e

transformaram em uma teoria do senso comum apta a explicar sua própria realidade em que estão inseridos (ARAÚJO, 2008).

Moscovici (2010) ressalta que são as interações que ocorrem naturalmente durante as conversações que possibilitam aos indivíduos e aos grupos se tornarem mais familiarizados com objetos e ideias incompatíveis e, desse modo, poder lidar com elas, ou seja, são as conversações que estão no centro dos universos consensuais, porquanto são elas que configuram, animam e estimula as representações sociais, dando-lhes vida própria, emergindo espontaneamente das interações sociais. Para ele o senso comum, o conhecimento popular é um campo fértil de informação e saber, que esta sempre em constante criação e recriação na sociedade, especialmente onde o conhecimento científico e tecnológico está popularizado. Sendo assim, demonstra que, no processo de apropriação do real, encontram-se dois universos a se considerar: o consensual e o reificado.

No universo consensual, a sociedade é concebida como grupo de pessoas iguais e livres, onde cada um pode manifestar livremente sua opinião como se esta também fosse a opinião do grupo. Nesse universo, nenhum membro do grupo possui competência exclusiva para determinado propósito, e qualquer um pode adquirir competência para determinadas circunstâncias. Por sua vez, num universo reificado, a sociedade é idealizada em sistema de diferenciação de atribuições e separação por classes, onde seus membros estão dispostos numa relação de desigualdade e somente aqueles com competência é que podem emitir opiniões sobre determinados temas com conteúdo de autoridade.

Considera-se que no universo consensual, o indivíduo, com base em senso comum, é livre para se expressar, manifestando opiniões, propondo teorias e respostas para os problemas constituídos, principalmente na conversação informal e nas práticas interativas da vida cotidiana; e, no universo reificado, considerado como um mundo restrito, onde as ciências circulam regidas pela lógica científica com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna, o indivíduo tem a sua participação condicionada pelo domínio reconhecido de um saber específico, produto da produção de cientistas (GUARESCHI, 2011; ARRUDA, 2002).

Explorar como os saberes sociais produzidos na e pela vida cotidiana; compreender como pessoas comuns produzem saberes sobre si mesmos, sobre os outros e sobre a multidão de objetos sociais que lhe são relevantes é buscar conhecer como as representações sociais se formam. Porém esses conhecimentos produzidos pelo senso comum, pelas interações do cotidiano foram sempre recebidos com certa desconfiança e privados de *status* epistemológico, sendo frequentemente comparado a distorções, viés de erro ou ignorância

acerca de um determinado objeto. Ou seja, o saber leigo e os entendimentos cotidianos são geralmente vistos como obstáculos, erros no sistema, ruídos a serem removidos e substituídos pela verdade do conhecimento técnico ou científico. A TRS, portanto, vai de encontro a essa ideia de que o conhecimento cotidiano constitui mera distorção ou erro; ao contrário, ela tem a pretensão de recuperar o *status* epistemológico dos saberes ligados à vida cotidiana e ao senso comum para poder compreender o que eles expressam (JOVCHELOVITCH, 2011a).

Ainda conforme teoriza Moscovici (2010) as representações sociais estão marcadas pela divisão entre o universo consensual e o reificado, e essa separação coloca o conhecimento popular da vida cotidiana e do senso comum de um lado, a ciência e ideologia de outro. Mas é o senso comum, o conhecimento popular que oferece acesso imediato às representações sociais, pois estas combinam a capacidade de percepção, de inferência e compreensão para dar um sentido às coisas ou explicar a situação qualquer fato ou acontecimento e, devido ao fato de elas exigirem pouco esforço por serem naturais, é praticamente impossível suprimi-las. É por isso que afirma que o campo do senso comum, das ciências populares permite a apreensão das representações “ao vivo” e a compreensão de como são geradas, comunicadas e postas em ação na vida cotidiana.

De acordo com a teoria moscoviciana “a ciência era antes baseada no senso comum e fazia o senso comum menos comum: mas agora senso comum é ciência tornada comum” (MOSCOVICI, 2010 p. 60). Baseado nessa concepção, o teórico das representações sociais refere que na medida em que as teorias, as informações e os acontecimentos se multiplicam, torna-se necessário transferi-los a um nível mais acessível, ou seja, a um mundo consensual. Por isso a finalidade de todas as representações, inclusive a social, é tornar familiar algo que parece estranho, perturbador e não familiar; pois, dentro do universo consensual todos buscam “sentir-se em casa”, se familiarizar com objetos, pessoas e acontecimentos percebidos e compreendidos em relação a paradigmas previamente conhecidos, fazendo com que o que era estranho torne-se familiar e o que era inacessível torne-se acessível (MOSCOVICI, 2012).

Fundamentado nessas premissas, Moscovici (2010) adverte que não é tarefa fácil transformar palavras, ideias, seres, fatos, atos ou acontecimentos não familiares em familiares, enfim, tornar o desconhecido conhecido. A familiarização do desconhecido pressupõe a percepção e compreensão do objeto em relação a uma memória prévia ou paradigmas, definidos por a ancoragem e a objetivação. A ancoragem é relacionada ao processo de remodelamento de algo que nos é estranho e perturbador (não familiar) para ajustá-lo a nossos paradigmas, de modo que o objeto que era desconhecido se torne conhecido, classificável e categorizável, a fim de estabelecer ligação com uma representação social já existente na

memória. A objetivação, por sua vez, revela a ideia de união de uma não familiaridade com a de realidade transformando algo que até então era abstrato em nossa mente em algo concreto; ou seja, neste processo o grupo social forma, de maneira consensual, novas concepções de ideias sobre a realidade para compreensão das relações dos indivíduos dentro ou fora de um grupo.

Assim, a representação social é, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes, pois é impossível classificar o objeto sem, ao mesmo tempo, dar-lhe nome, torna-lo conhecido. Aliás, essas duas atividades mentais são distintas, pois quando se dá nome ao objeto ele é libertado de um anonimato e passa a contar com uma genealogia, incluído num complexo de palavras específicas, tornando possível a sua localização na matriz de identidade de uma cultura, pois o que é anônimo, o que não pode ser nomeado, não pode se tornar uma imagem comunicável ou ser facilmente ligado a outras imagens, ficando relegado ao mundo da incerteza e da confusão.

Portanto, dar nome ao objeto (não familiar) é precipitá-lo do anonimato, de modo que: a) uma vez nomeado, o objeto pode ser descrito adquirindo certas características e tendências etc.; b) o objeto se torna distinto de outros objetos devido suas características e tendências; c) o objeto desconhecido se torna objeto conhecido de comum acordo entre os que adotam e partilham do mesmo complexo de significados (MOSCOVICI, 2010).

Sendo assim:

O trabalho da representação é de atenuar essas estranhezas, de introduzi-la no espaço comum, provocando o encontro de visões, de expressões separadas e díspares, que, num sentido, se procuram [...]. Consequentemente o que era inacessível torna-se acessível: inteligível e concreto. [...]. Faz circular e reunir experiências, vocabulários, conceitos, condutas que se originam de fontes diferentes, assim fazendo, reduz a variabilidade dos sistemas intelectuais e práticos, e os aspectos separados do real. O inabitual se insinua no costumeiro, o extraordinário se torna frequente. (MOSCOVICI, 2012, p. 56-57).

Pode se afirmar, então, que, quando não se conhece determinado objeto, que não se sabe classificá-lo, quando ele é causa de estranheza e incomodo, inicia-se o processo de representação social. A partir do momento que se passa a conhecer o objeto, quando é possível classificá-lo, dar-lhe nome e categorizá-lo, tornar conhecido o que parecia estranho e perturbador, estar-se-á realizando o processo de ancoragem. Assim, a ancoragem pode ser relacionada a um processo mental de classificação e categorização de ideias e imagens (objeto) que, até então, se apresentavam estranhas no sistema particular de compreensão da realidade e passam a obter contornos definidos quando comparados a paradigmas que já conhecemos como produto de nossa cultura. Nesse processo, “a memória prevalece sobre a

dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a realidade” (MOSCIVICI, 2010, p. 55).

Corroborando com a concepção moscoviciana, Jovchelovich (2011b) também defende que as representações sociais estabelecem mediações e fazem emergir para um nível quase material, a produção simbólica do indivíduo ou da comunidade, concretizada pela objetivação e ancoragem, estabelecidas pela condensação de significados diferente, estranhos que tornarem-se conhecidos são institucionalizados.

Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, 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 partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2010, p. 78).

Explicando como se processa a ancoragem, Moscovici (2010) ressalta que em razão do estoque de palavras que o indivíduo possui como referência a objetos específicos em circulação na sociedade, há constante pressão para provê-los com sentidos concretos ou equivalentes. Assim, ao supor que as palavras sempre fazem referência a alguma coisa, há a obrigação de ligá-las a algo, de encontrar equivalentes não verbais a que lhes corresponda o significado. No entanto, como nem todas as palavras desse estoque mental podem ser ligadas a imagens que lhes correspondam, seja porque não são facilmente acessíveis na memória, seja porque relacionadas a tabus, aquelas que forem selecionadas por se aproximarem por semelhança à representação do objeto, são integradas a esse repertório imagético, que é denominado núcleo figurativo, paradigma ou protótipo. Ou seja, um complexo de imagens que copiam visivelmente um complexo de ideias. Uma vez estabelecido e aceito no núcleo figurativo, é possível relacionar a ele tudo aquilo que remeta às qualidades inerentes àquele paradigma, exurgindo daí formulas e clichês que o sintetizam e imagens que lhes são correspondentes, assemelhadas ou distintas ou aquelas que aglomeram ao seu redor.

O núcleo figurativo forma um padrão de referência de imagens para um ou vários objetos, padrão este que passa a ser usado em várias situações sociais para compreensão dos mais variados acontecimentos, objetos ou fenômenos, comparando aquilo que se quer conhecer com aquilo que já existe de estoque no núcleo figurativo, assimilando o novo com o padrão preestabelecido.

Segundo Moscovici (2010) após promover a ancoragem, é preciso oferecer concretude a representação, transformando, no nível mental, aquilo que até então era abstrato em algo concreto. Isto ocorre por meio da objetivação. A “objetivação permite tornar rela um

esquema conceitual e substituir uma imagem por sua contrapartida material” (MOSCOVICI, 2010, p 71).

Assim sendo, objetivar alguma coisa corresponde ao processo pelo qual se transfere o que está na mente para algo que exista e que se observa no mundo físico. É a materialização do pensamento com a criação de imagens concretas para um objeto abstrato. Nesse processo, todas as imagens recentemente criadas sobre determinado objeto são integradas ao núcleo figurativo, que servirá de referência para o objeto representado a fim de compreendê-lo torná-lo familiar, transplantando (MOSCOVICI, 2010). É “resolver o excesso de significações pela materialização (assim guardar distancia em relação a elas). Também significa transplantar, no plano da observação, o que era só inferência ou símbolo” (MOSCOVICI, 2012, p. 101).

A objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece, então diante de nossos olhos, física e acessível (MOSCOVICI, 2010, p 71).

Moscovici (2010) ainda ressalta que a escolha dos paradigmas que se encontram armazenados na memória, para o objeto não ocorre com neutralidade, ela se estabelece por meio de uma relação positiva ou negativa com ele, de forma que, quando o valor é positivo, registra-se a nossa aceitação, mas se apresenta um valor negativo à rejeição. Corroborando com a concepção de Moscovici, Guareschi (2011) reafirma que, depois de realizada a classificação daquilo que era desconhecido para se decidir se possui semelhança com o protótipo que está no imaginário, o veredito tem precedência sobre o julgamento, portanto a decisão nunca ocorre com neutralidade.

Finalizando este capítulo, podemos agora afirmar que a TRS nos obriga a pensar a realidade na qual estamos inseridos, nos exigindo uma atividade constante de interpretação e re-interpretação de nossas relações cotidianas, nos colocando a todo momento diante de dicotomias, de conflitos e do desconhecido, favorecendo nosso crescimento e nos obrigando a desconstruir certezas envelhecidas para nos abirmos para novas possibilidades e novas maneiras de compreender o mundo que nos cerca.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO: O VISTO, OUVIDO E COMPREENDIDO

4.1. CONSTRUÇÃO DE UM SENSO COMUM: A VISITA DOMICILIAR COMO DISPARADOR DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Este capítulo apresenta a análise e discussão dos dados levantados na investigação, indicando as representações sociais que a clientela do ACS constrói sobre ele.

Esta seção trata da análise das falas dos participantes desta investigação acerca da visita domiciliar realizada pelo ACS, em razão de ser esta atividade a preponderante na agenda de trabalho desse profissional; bem como, por ser o instrumento pelo qual se estabelecem os contatos que vão ditar a tônica das relações entre ele e a comunidade atendida. Por ser a VD instrumento “disparador” das representações sociais percebidas pela comunidade em relação ao ACS e ao trabalho que ele realiza, o seu estudo preliminar foi necessário para que se pudesse perceber como se formou o senso comum resultante do consenso das falas dos participantes acerca dessa atividade, para, posteriormente, se ter a compreensão das categorias emergidas das falas que conduzem as representações sociais que a comunidade constrói do ACS.

Conforme já discorrido, o ACS possui a incumbência de assistir e acompanhar as famílias com residência da área geográfica de sua atuação; suas atividades laborais são realizadas primordialmente através de visitas domiciliares. Por isso foi necessário ouvir dos participantes (clientela do ACS) como eles percebiam esta atividade. É esta a percepção que está manifestada nas falas a seguir.

“Passa que nem vento!” Foi com essa referência que Aurora (cinquenta anos de idade, com ensino médio), moradora de um bairro da região oeste da cidade há dezessete anos, se referiu a VD realizada pelo ACS responsável pelo atendimento de sua residência. Ela disse:

Recebo a visita, mas não é sempre não, ela passa que nem vento [pausa], não demora nem 3 minutos, nem 5 minutos [pausa] ela não é eficiente. (Aurora 1).

Nota-se nesta fala que Aurora possui uma compreensão de que a VD não ocorre rotineiramente, a frase: “mas não é sempre não” revela esta constatação. Também se pode observar que para esta participante, a referida visita, quando acontece, é realizada de forma muito rápida e por isso a comparação ao vento: “passa que nem vento”. Por sua vez, as pausas, que são sinais subjetivos de linguagem, denotam o desapontamento de Aurora em relação à aludida visita, porque esta não demora sequer cinco minutos, ou seja, o tempo de duração da VD tem importância para que se tenha uma boa ou má impressão. Por fim, quando

se diz que a visita não é eficiente, tem-se um arremate final sobre a sua visão em relação à VD realizada pelo ACS. Como se não bastasse, constatarem-se em suas expressões corporais, devidamente registradas no diário de observação, sinais de desaprovação não verbalizada a respeito da aludida visita.

“Faz uma visita relâmpago!”. Outro depoimento bastante consistente foi prestado pelo participante Álvares (quarenta e um anos de idade, formação de nível técnico), entrevistado em uma praça que fica do lado de uma unidade de saúde também localizada na região oeste da cidade. Morador no mesmo bairro há quarenta anos e funcionário público da área de enfermagem, o participante demonstrou ter conhecimento a respeito do tema proposto para a entrevista e em relação à VD realizada pelo ACS, faz um desabafo, afirmando que:

O que tá acontecendo é que a maioria dos agentes faz uma visita relâmpago, ele passa meses sem ir; às vezes, a pessoa tá na frente da casa mesmo, ele passa e diz: oi fulano, oi beltrano, você tá com o seu papelzinho aí? Se referindo à ficha de visita que ele tem que assinar, sabe? Pode isso? [...] muitas pessoas não cola atrás do banheiro, porque joga água, sabe? Eles deixam colados num pedaço de papelão então pega e fala: ah! Espera um pouquinho! Vai lá e pega a ficha e traz, e o agente já assina, ali fora mesmo. (Álvares 5).

Pode-se notar que Álvares também se refere à VD como uma atividade bastante fugaz, chegando a compará-la a um relâmpago. Além disso, ele avalia que a aludida visita não é rotineira, quando diz: “passa meses sem ir”. Nota-se ainda na sua fala casos em que as visitas sequer são realizadas e, para burlar os controles realizados pelas equipes de supervisão, são utilizados subterfúgios e estratégias, sugerindo um aparente acordo tácito entre os usuários e o ACS para as anotações necessárias na ficha de visita como se ela tivesse sido realizada.

Com base no que foi observado até aqui, pode-se inferir que as primeiras linhas de um senso comum começam a ser traçadas em relação à VD realizada pelo ACS. Esse esboço indica que as visitas realizadas pelo ACS, na visão dos participantes, estão caracterizadas pela brevidade, quando efetivadas, não têm eficácia e deixam de cumprir com a finalidade para a qual foram concebidas.

“É rapidinho, se é!” Foi com essa frase que a participante Gabriela (vinte e três anos de idade, com ensino médio), se referiu à VD realizada pelo ACS responsável pelo atendimento de sua microárea, que está localizada em um bairro da região norte da cidade onde foi realizada a investigação. Esta participante é moradora no mesmo bairro desde que nasceu e também foi entrevistada numa praça próxima à unidade de saúde. Ela disse que conhece o ACS porque mora na mesma rua. No momento da entrevista, ela carregava um bebê de colo e, a princípio, relutou em conceder a entrevista, primeiro porque achava que o

tema não tinha muita importância, pois queria falar da unidade de saúde. Entretanto, após iniciada a conversa, Gabriela foi se descontraindo e quando questionada acerca da VD realizada pelo ACS disse:

Nãoooo, De vez em quando, demora bastante, uns quatro mês, e fica uns 5 minutos só! É rapidinho, se é! Ééé importante, mas eu acho que devia ser mais obrigado, porque ele vai muito de vez em quando. (Gabriela 9).

Que interessante! A fala de Gabriela confirma as anteriores, para ela, a VD efetuada pelo ACS também ocorre de forma rápida e esporádica, aliás, o “não” foi bastante sonoro e definitivo, não deixando qualquer dúvida de que as visitas não são realizadas todo mês. A propósito, o que ficou claro nessa fala é que as VDs são realizadas em intervalos dilatados entre uma e outra, por isso a frase: “demora bastante, uns quatro mês”, como afirma Gabriela. Também está explícito na fala que quando a visita é realizada, ela ocorre de forma breve, por isso a afirmação: “fica uns 5 minutos só! É rapidinho, se é!”.

A análise destas falas indica que um senso comum a respeito da VD realizada pelo ACS começa a se formar. Há um repique de falas em que a mesma mensagem que circula dentro das comunidades, é de que essas visitas são realizadas de forma esporádica, breve e superficial.

“Não é rápido, é rapidinho”. Até parece que tudo foi ensaiado, mas não foi. A participante Miriam (cinquenta anos de idade, escolaridade não informada) moradora há mais de vinte e oito anos num bairro localizado na região leste da cidade, engrossou o coro ao repetir em sua fala o mesmo discurso a respeito da VD realizada pelo ACS. Durante a sua entrevista, quando foi abordada como era realizada a referida visita, ela afirmou:

O que eu escuto falar dele e vejo é as mesmas coisas, que eles passam, faz as mesmas perguntas e não vem todo mês nãaa!, Tem vez que demora uns dois meses pra ele passar. A visita? Não é rápido, é rapidinho! Faz as mesmas perguntas e assina o papelzinho lá (ficha da visita) e sai. Mais a maioria das casas não recebe a visita não. (Miriam 16).

Nesta fala, Miriam afirma escutar conversas que correm pela comunidade (*o que eu escuto falar*), e também teria constatado (*e vejo*), é que as VDs não são realizadas todos os meses e, quando elas ocorrem, são breves. Aqui os dois núcleos da fala são representados nas palavras “rápido, rapidinho”, corroborando para constatação do senso comum de como a VD está sendo percebida pelas pessoas.

Mas os relatos não pararam por aí. Outros participantes também registram suas impressões sobre a VD realizada pelo ACS. Margarida (quarenta e seis anos de idade, com

ensino médio), moradora há mais de vinte anos no mesmo bairro localizado na região oeste da cidade, a respeito da VD disse:

É rapidinho, chega, pergunta só se tá bem e pede para assinar a ficha, só isso e mais nada. Não dá tempo de nada. Não fala nada. (Margarida 3).

Nota-se nessa fala a repetição do senso comum acerca VD, de que ela é breve e “não dá tempo de nada”, servindo mais para assinatura da ficha de visita. Registra-se que a participante também se mostrou incomodada, deixando transparecer expressão facial de insatisfação com o profissional e até certo receio em relação ao gravador.

Também a participante Imaculada (vinte e dois anos, com ensino médio) e moradora há dez anos em um bairro localizado na região norte, disse qual a sua percepção da VD, afirmando que:

Chega na casa da gente só assina a ficha e vai embora né. Rapidinho, rapidinho, nem perguntava nada. Nem perguntava nada pra ele, não dava tempo. Chegava assinava e ia embora. (Imaculada 6).

Abre-se um parêntese para afirmar que se os discursos se repetiram no decorrer das entrevistas, a escrita deles também se repete e parece ficar enfadonha, mas consideramos necessário demarcar as falas para que elas possam ser compreendidas e interpretadas, conforme sugere Guareschi (2010), quando afirma:

Então decidi agir assim: digo e repito as coisas, colocando-me no lugar do possível leitor ou ouvinte, correndo, com isso, o risco de me mostrar cansativo e enfadonho. Mas prefiro fazer assim, pois é certamente mais provável que possamos ser melhor compreendidos e interpretados se dissermos as coisas duas ou três vezes (GUARESCHI, 2010 p. 77).

Retomando a análise, pode-se notar que a fala nada mais é do que o esboço da realidade cotidiana da participante acerca da VD realizada pelo ACS, onde a palavra “rapidinho”, a exemplo das falas anteriores, se repete mais uma vez, e reforçando o senso comum em circulação. A participante ressalta, ainda, que na VD o aludido profissional somente “assina a ficha e vai embora”, não havendo espaço para que conversações e orientações acontecessem (*nem perguntava nada pra ele, não dava tempo*), descumprindo assim o propósito da visita e influenciando na consolidação do senso comum de que ela não tem muita relevância para as pessoas da comunidade.

Observe-se, então, o refrão coletivo que circula nas falas dos participantes quando fazem a comparação da VD ao vento ou relâmpago, ou dando-lhe o adjetivo rápido ou rapidinho. Esse consenso da comunidade a respeito da visita domiciliar pode ser

compreendido, como refere Moscovici (2012), como sendo a opinião pública, cuja raiz, no presente estudo, está justamente na repetição das falas enquanto produto das interações e conversas entre as pessoas e em circulação no seu universo cotidiano.

Trazendo agora para discussão reminiscências de vivência pessoal, a par das constatações das entrevistas, vêm recordações do tempo de docência, quando, durante as atividades realizadas com acadêmicos de enfermagem em estágios supervisionados nas unidades de saúde, tanto em UBS como em UESF, as reclamações sobre as VDs realizadas pelos ACS faziam (e ainda fazem) parte das queixas cotidianas dos usuários dos serviços públicos de saúde. No decorrer das entrevistas, essas mesmas queixas vieram à baila, pelo que se pôde notar durante as falas dos participantes, revelando casos de indignação referente às VDs realizadas pelos ACS. O foco daquelas reclamações parece ainda estar ativo, se repetindo e circulando, fazendo parte da vivência de cada um daqueles que se propuseram a colaborar com esta investigação.

Cabe ressaltar que, na cidade de realização deste estudo, conforme documento oficial da Secretaria Municipal de Saúde, os ACS devem realizar uma média de 10 a 12 visitas diariamente, sempre se atentando para um tempo estimado de 40 minutos por residência e o devido preenchimento no impresso denominado registro diário de VD. Nesse registro diário, o ACS deve lançar os locais onde realizou a visita, com horário de entrada e horário de saída no domicílio, e registro das atividades realizadas por ele nos ciclos de vida (criança, adolescente, adulto, idoso) e aos portadores de doenças crônicas degenerativas e outros agravos como: hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, transtornos mentais, entre outras informações (PMCG/SESAU, 2006).

Retomando a discussão, deve-se mencionar que, corroborando com o refrão coletivo que circula na cidade onde foi realizada a investigação, acerca da VD realizada pelo ACS, estudos como o realizado por Seone e Fortes (2009) também revelou que as VDs realizadas pelos ACS ocorriam de forma esporádica, fora do domicílio, sendo necessário aos usuários vigiar o momento em que o ACS passasse na frente de sua residência para chamá-lo a realizar a visita, conforme refere a fala daquele estudo que diz: “só que é assim, você precisa ficar de olho pra ver quando a moça passa, porque não é sempre que ela passa lá” (p. 46).

Outros estudos ainda indicam que, apesar de ser uma atividade programada na agenda de trabalho do ACS, a VD demora muito para acontecer, que alguns usuários a recebem mensalmente, trimestrais e até semestralmente, por isso eles a percebem como algo esporádico e de duração muito reduzida (ALBUQUERQUE e BOSI, 2009; COTTA, et al., 2005). Também há constatações de que, além de as VDs serem realizadas de forma

insuficiente, a clientela do ACS desconhece qual o propósito das anotações realizadas na ficha de visita, conforme demonstrou Lima, Silva e Bousso (2010) nos seus estudos sobre o tema realizado no Município de Botucatu, no Estado de São Paulo.

Deve ser destacado que talvez o ACS não consiga realizar a VD conforme preconizado na PNAB, por motivos já apontados em outros estudos realizados tais como: número elevados de famílias sob a sua responsabilidade, tendo que priorizar as com grau de maior vulnerabilidade, como por exemplo: gestantes, crianças, doença mental; auxílio a equipe de saúde em serviços burocráticos a ser desenvolvido dentro da UESF, o que diminui a disponibilidade de tempo para as visitas; valorização na execução de outras atividades diárias; dimensão centrada em produtividade, ou seja, priorização do alcance de metas, abandonando a qualidade do serviço pela quantidade (FONSECA et al, 2012; GALAVOTE et al, 2011; FERRAZ e AERTS, 2005).

Mas existem contraposições nesta investigação, de que: “a agente sempre vai lá”, confrontando as referências negativas em relação às VDs. Também houve participantes que se manifestaram de modo bastante positivo em relação a elas. Um depoimento positivo em relação à VD foi prestado pela participante Joana (trinta e nove anos de idade, escolaridade ensino médio), moradora há sete anos num bairro localizado na região oeste da cidade, que disse:

A agente sempre vai lá, um tempão ela fazendo pergunta com uma pastinha, entendeu? Aí ela vai lá preenche a fichinha e vai pra outra casa, então o tempo dela não é corrido não entendeu? Ela pergunta, faz muita pergunta pra mim como que tá as crianças? Como que tô eu né! Como que nós tamos. Ela vai cada 15, 20 dias ela vai lá. As vez eles vão até no quintal né. Vê se alguma criança tá com problema né! Eles olham tudo isso, entendeu? Eles têm muito cuidado pelo menos lá em casa, pelo menos ela né. Orienta né. Porque a parte que eu moro é ela que cuida, a parte de baixo é outro rapaz que cuida. (Joana 4).

Nesta fala a participante confirma receber a VD mais de uma vez no mesmo mês e que, durante a sua realização, a ACS sempre faz perguntas referentes à sua saúde e de sua família, confere o quintal e realiza orientações. Ela descreve com detalhes como é realizada a visita em sua residência, mostrando-se bastante satisfeita com o trabalho.

Esse fato ressalta que nem todos os membros da comunidade veem a VD realizada pelo ACS apenas com aspectos negativos, os aspectos positivos também são ressaltados quando ela é realizada, aparentemente, conforme preconizada na PNAB. A fala indica, sobretudo, que o senso comum não é unânime em relação à VD realizada pelo ACS, mas isso não é uma exigência para constatação de uma representação social.

Noutra fala, a participante Priscila (trinta e dois anos de idade, com escolaridade de ensino médio), moradora há mais de quatro anos no mesmo bairro localizado na região oeste da cidade, também demonstrou satisfação com a VD realizada pelo ACS, afirmando que ele comparece a sua residência com regularidade, até mais de uma vez por mês, quando realiza os questionamentos sobre sua saúde e da sua família, sobre as vacinas, exames, a limpeza do quintal, anotando todas as informações na ficha de visita.

Sempre nunca deixou de ir, mas ela sempre tá lá umas duas vezes no mês, a assinatura dela tá lá, ela olha meu quintal, olha se tem vasinho de flor, pergunta da minha filha, como que ela passou no mês, se eu precisei vir com ela no posto, se a consulta dela tá certinho, se ela tomou a vacina certinho, ela chega em casa pede o cartão do SUS, pega o cartão do meu marido, o meu, ela marca tudinho. (Priscila 13).

Nota-se também na fala da participante Márcia (cinquenta e seis anos de idade, com escolaridade de ensino fundamental), moradora há mais de trinta anos no mesmo bairro, localizado na região oeste da cidade, a mesma percepção. Ou seja, de que a VD é realizada de forma atenciosa pela ACS, com frequência mensal, quando ela recebe orientações referentes à saúde, medicações que utiliza e exames, conforme constatado na fala a seguir transcrita:

Recebo a visita dela, vejo todo mês, pergunta se eu tô tomando o remédio, fala dona [nome] vamo tomá o remédio direitinho, porque daí a senhora não vai ter pobreza; como tá seus exames? Tudo ela pergunta, pergunta: como tá sua pressão? Das pranta, por causa da dengue né. Tudo [...]. (Márcia 8).

As falas das participantes Joana, Priscila e Márcia indicam um padrão de resposta bastante positivo em relação à VD realizada pelo ACS, indicando que ele cumpre sua finalidade e, diferentemente do que foi dito por outros participantes, de que a visita não é fugaz nem superficial. Todas estas participantes estão vinculadas a uma ESF de bairros diferentes, todos localizados na Região Oeste da cidade. Isto talvez possa indicar que os profissionais desta região tenham recebido melhor capacitação do que os de outras regiões. Mas mesmo as afirmações positivas a respeito das VDs apresentam contradições e, quando o participante afirma que não sabe o nome do ACS, é possível notar um discurso oculto na fala.

É que apesar dessas participantes se referirem de modo satisfatório em relação à VD realizada pelo ACS, demonstrando contentamento com esta, percebe-se certa ambiguidade nos discursos. Explica-se. É que na sequência das entrevistas, ao serem questionadas sobre o nome do ACS, as participantes não souberam sequer responder, apesar da afirmação de receber a visita todo mês, ou até mesmo a cada quinze ou vinte dias, bem como, de receber orientações sobre saúde, medicação, cuidados com a limpeza dos quintais etc. Nesta situação temos a Joana, que ao ser indagada sobre o nome do ACS, respondeu que:

Vixe! Nossa [pausa] Não lembro o nome dela [pausa longa]. Eu esqueci o nome dela. (Joana 4).

Pode-se notar nesta fala a surpresa da participante consigo mesma pelo fato de não se lembrar do nome da ACS para a qual acabara de tecer elogios e o teor da resposta parece indicar que o vínculo de amizade entre a participante e o ACS não é realmente aquele que aparentava ser. É que a surpresa dela em não se lembrar do nome da ACS, que inclusive chegou a ser verbalizado por meio da interjeição “vixe!”, seguida de uma pausa longa em sua fala e ainda acompanhada de expressão facial que denotava surpresa (observações anotadas o diário de campo), deixou a impressão de que aquele discurso anterior continha ocultamente outros matizes que não foram revelados de imediato em sua primeira fala.

Esses sinais observados na fala e nas expressões corporais, confirmam que as representações sociais também são reveladas nos gestos e outros sinais tangíveis de manifestações subjetivas e do simbolismo, que tornam possíveis a revelação da essência dos fenômenos (MOSCOVICI, 2010; MINAYO e SANCHES, 1993).

Mas não foi apenas Joana que não soube informar o nome do ACS. Priscila e Márcia também demonstraram desconhecer o seu nome, conforme se pode verificar na fala de Márcia a seguir:

Eu conheço a agente, ela mora próximo aqui, acho que umas duas ruas pra baixo. O nome dela? Hum! Não sei. Não me lembro. (Márcia 8).

Nesta fala, a participante, apesar de residir duas ruas acima da casa da ACS e de ter feito referências positivas acerca da VD, disse não se lembrar do nome dela. Esta resposta sugere uma contradição a respeito do que foi dito em relação a VD. No entanto, um exame mais acurado sugere que aquela relação descrita como positiva, na verdade, apresenta um viés que está oculto na fala verbal, pois o fato de não se recordar do nome do ACS que realiza a visita rotineira em seu domicílio aparenta demonstrar distanciamento nas relações entre o profissional e a participante.

A participante Priscila também disse receber até duas VDs no mesmo mês, mas mesmo assim não soube informar o nome da ACS que as realiza, conforme se observa em sua fala:

Eu conheço, então [pausa]. Ela passa sempre na minha casa, o nome dela? Hum! Esqueci agora. (Priscila 13).

A análise desta fala parece demonstrar a existência de um discurso subjetivo que desautoriza aquilo que foi dito sobre a VD. A pausa na resposta após a afirmação de que

conhecia o ACS denota estado de reflexão e hesitação. Por sua vez, a interjeição “hum!”, pareceu revelar claramente um estado de dúvida.

O fato de não saber o nome do ACS e outros sinais subjetivos de linguagem (pausa, gestos e interjeições) apontam para indícios de que no universo das relações cotidianas destas participantes com a ACS não condizem com o que se esperaria de vizinhos que conversam sobre saúde e doença rotineiramente; de modo que não parece possível estabelecer-se um vínculo de confiança com alguém que não se sabe o nome, pois este é a principal referência de um indivíduo e a sua principal marca de identidade que pode influenciar numa representação social, como explica Moscovici (2010) quando afirma:

É impossível classificar sem ao mesmo tempo dar nomes. Na verdade, essas são duas atividades distintas. Em nossa sociedade, nomear, colocar um nome em alguma coisa ou em alguém, possui um significado muito especial, quase solene. Ao nomear algo, nós o libertamos de um anonimato perturbador, para dotá-lo de uma genealogia e para incluí-lo em um complexo de palavras específicas, para localizá-lo, de fato, na matriz de identidade de nossa cultura (MOSCOVICI, 2010, p. 66).

Entretanto, compreende-se que essas contradições das entrevistas não lhes tiram o crédito; aliás, foram elas que instaram a realizar o exercício interpretativo das falas para tentar desocultar o real sentido delas, ponderando que nem tudo aquilo que está dito expressamente exprime o real sentido do que a pessoa quis dizer.

Ao analisar as falas, percebe-se que por detrás delas existia, de fato, um discurso oculto que indicava uma relação muito mais complexa entre o ACS e sua clientela em alguns casos. Isto fica bem evidente na fala do participante Sebastião, um senhor de quarenta e um anos de idade e também residente há mais de vinte anos no mesmo bairro localizado na região oeste da cidade que, apesar de possuir pouca instrução formal (antigo ensino primário), demonstrou assim sua percepção sobre as relações entre usuários e equipe de saúde:

Eles tão com o poder nas mãos né. Pode dizer né. Eles falam o que querem das pessoa. Eles podem falar de qualquer jeito com a gente, chega lá na casa vai falar alto com eles né. Mais aí ele chega aí, né [referindo-se à unidade de saúde] e vai falá, o que eles falam né, quem vai atende e eles então [pausa] E assim as vez a gente não fala nada por causa disso, a gente já tá numa situação difícil né. E a gente ainda fica sujo no posto de saúde, com agente né. Aí a gente chega aí, marca uma consulta, ele já conhece a gente né e já fala não tem, não tem vaga, prejudica as pessoas então, é assim né. Chateia muito né. Isso já aconteceu, acontece. Mas Fazer o quê? (Sebastião 7).

Muito embora não estejamos refletindo acerca das relações de poder, esta fala indica que as relações entre o ACS ou a equipe de saúde e a comunidade podem implicar, de algum modo, numa relação capaz de suscitar constrangimento dos usuários em dizer o que realmente pensa sobre esses profissionais, principalmente quando é mencionado o receio de represálias

quando for necessário utilizar os serviços oferecidos pela unidade de saúde. Sebastião, apesar de não estar incluído no rol daqueles que fizeram boas referências sobre a VD realizada pelo ACS, demonstrou bastante receio em conversar sobre esse profissional, mas as suas considerações sobre ele parecem indicar a existência de um discurso oculto em algumas falas. No decorrer da entrevista, ele confidenciou que, na comunidade, não se pode falar mal explicitamente do ACS porque “eles tem o poder nas mãos”. Esta fala é emblemática porque indica que um dos motivos pelos quais alguns dos participantes resistiram em dizer o que realmente pensam a respeito do ACS ou de outros profissionais decorre do receio que têm de sofrer algum prejuízo quando for necessário utilizar os serviços da UESF, pois nem mesmo o anonimato das denúncias é garantido em razão da proximidade das relações entre os usuários e a equipe de saúde.

“Tem importância o nome dela?” Por fim, traz-se para análise a fala de Aurora acerca do questionamento sobre o nome do ACS que atende a sua microrregião. Esta fala também é bastante significativa por denotar coerência com aquilo que ela disse a respeito do ACS ao longo de sua entrevista, qual seja:

Como é mesmo o nome dela. É [risos]. Iiih! Agora não lembro. Mais tem importância o nome dela? (Aurora 1).

Além de não saber responder o nome do ACS, Aurora demonstrou nervosismo através de risos e expressão corporal — devidamente anotada no diário de campo — afirmando não se lembrar, questionando se realmente teria importância saber ou não o nome da agente de saúde. Se na relação entre ambos o nome não tem “importância” é porque, em algum ponto, esse relacionamento está destoando dos preceitos estabelecidos pela política pública, que considera indispensável o ACS se identificar pelo nome, pois o seu envolvimento pessoal com a comunidade é condição necessária para o desenvolvimento de um bom trabalho (BRASIL, 2009a).

O fato dos participantes desconhecerem o nome do ACS da sua microrregião aparenta indicar que há um distanciamento no relacionamento entre o profissional e a população por ele atendida, apesar de, em tese, serem vizinhos e partilharem certo grau de amizade dentro de um mesmo bairro, já que ele é considerado o “elo de ligação” entre o serviço público de saúde e a comunidade. Também é possível considerar as pessoas não se recordaram do nome do ACS, devido a referência não ser o nome pessoal, mas sim a profissão, ou seja, a sua identidade pessoal estar interligada com a profissão de ACS.

À luz dessa análise, foi possível identificar quatro categorias que emergiram da análise das falas dos participantes disparadas pelo senso comum em relação à VD, cada uma delas indicando às representações sociais que a comunidade constrói em relação o ACS, referentes à confiança, a eficácia de seu trabalho, aos seus conhecimentos técnicos e a sua resolubilidade na realização de ações de promoção em saúde.

4.2. CONFIO OU NÃO CONFIO: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Nesta seção analisa-se a percepção dos participantes referente à confiança da comunidade no ACS. É que, conforme já apontado no marco teórico, há um discurso reificado de que esse profissional é “um agente de mudanças”, um membro da equipe de saúde que trabalha na mesma comunidade onde reside e tem estabelecidas suas relações sociais. Esse mesmo discurso apregoa que esta condição peculiar — ser morador da comunidade e também trabalhador em prol dela — torna possível ao ACS estabelecer vínculos de confiança, de atenção, de longitudinalidade do cuidado e de respeito com os moradores da área geográfica de sua atuação. É este propalado vínculo que foi objeto de investigação para fins de desvelar qual a RS que a comunidade constrói sobre a confiança no ACS.

Mas e o estado da confiança da comunidade no ACS? Para a comunidade o ACS é confiável ou não? Esses questionamentos emergiram ao longo desta investigação e revelaram uma das categorias representacionais referente àquele profissional. Veja-se então como os participantes do estudo reconhecem a relação de confiança no ACS e qual a RS construída em torno dela.

Buscando a identificação de senso comum sobre a confiança no ACS, inicia-se a análise com a fala de Aurora, que em sua entrevista manteve o posicionamento das falas anteriores, aparentando possuir uma concepção bastante clara a respeito do que pode ou não ser conversado com o ACS, afirmando:

Porque hoje em dia é tão difícil a gente conversar com uma pessoa. Então veja. Eu mesma nunca falei tudo que a gente sente porque vai na casa de um, vai na casa de outro, por exemplo, se eu falar assim, minha diabetes tá assim, ou minha pressão tá muito alto ela chega numa outra casa e já fala essa pessoa ali tá com a pressão altíssima, e tá assim e assado, e daí a gente tem receio, eu tenho receio, de conversar assim, coisas assim, com o agente de saúde.(Aurora 1).

A análise da fala de Aurora parece indicar que ela não possui a confiança adequada no ACS a ponto de expor-lhe todos os problemas de saúde que vivencia, por acreditar que ele irá contar detalhes de sua vida privada para os vizinhos/comunidade. Isto parece evidente quando afirma: “eu tenho receio”, indicando que determinados assuntos ela evita conversar com o ACS; pois, segundo as impressões pessoais, ele propaga na comunidade detalhes das intimidades das famílias; por isso o seu temor em confidenciar que é portadora de Diabetes Melitus e Hipertensão Arterial, duas doenças aparentemente comuns e sem caráter estigmatizante, mas com alto grau de morbimortalidade e de prejuízo a qualidade de vida,

cuja baixa adesão ao tratamento constitui-se num grande desafio da ESF (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c). Esta fala revela os primeiros indicativos de senso comum que aponta para a falta de confiança no aludido profissional.

“Nem pensar”! Esta frase marca a resposta de Miriam quando questionada sobre à confiança no ACS, se revelaria algum problema de saúde seu ou acontecimento de sua vida que considerasse importante, relacionado à sua saúde ou de familiares. Ela disse:

Não, nadinha, nadinha, nem pensar. Às vezes até tem necessidade de falar, mais não falo não. Espalha ali espalha lá, na unidade de saúde, conversa um com o outro, o outro sai falando, cê não acha? Às vezes a gente quer fazer alguma pergunta alguma coisa, mas assim alguns deles não têm ética né. (Miriam 16).

Nota-se nesta fala que a participante afirma não confiar em relatar seus problemas de saúde ao ACS, mesmo possuindo a necessidade de esclarecer algo referente à sua saúde, por receio de o que for revelado passe a ser foco de comentários na comunidade. Ela acredita que pelo fato de o profissional ir de casa em casa, ele pode revelar fatos das intimidades das famílias porque eles “não têm ética” para manter em sigilo as informações recebidas durante a visita domiciliar. Esta fala, como a anterior, também aponta indícios de um senso que está se tornando comum aos participantes em relação a confiança no ACS.

“Eu não contei pra agente que eu estou grávida”. A chamada desta análise é parte de uma fala que despertou atenção em razão da condição especial da participante que, ao tempo de concessão da entrevista, contava com cinco meses de idade gestacional. Trata-se de Joana e do fato dela esconder sua gestação da ACS, que é sua vizinha e reside a duas ruas abaixo da sua casa. Durante a entrevista ela disse:

Tem coisa que eu conto, não é tudo que eu conto. Porque eu tenho medo [pausa] eu tenho receio, a gente fica meio assim, né. Mas, mesmo assim, né, tem coisa que a gente não pode revelar. Então eu não contei pra agente que eu estou grávida, porque tenho 39 anos; ela pode contar pros outros, e os outros tirarem sarro, porque sou a mais velha da rua, então de vergonha eu não contei. Tem muita coisa que eu tenho medo, dá medo de conta [...]. (Joana 4).

Antes de se proceder qualquer análise desta fala, fazem-se necessários alguns esclarecimentos para melhor compreensão da gravidade da situação abordada. É que na época em que concedeu a entrevista, a participante encontrava-se gestante e, por essa razão, deveria ter um acompanhamento mais efetivo e constante por parte do ACS, porquanto a gestação, apesar de ser um fenômeno fisiológico, apresenta características particulares para cada indivíduo e em certas condições, maior probabilidade de evolução desfavorável tanto para a gestante quanto para o feto. Na gestação de alto risco um dos marcadores e/ou fatores de riscos decorre pelo fato de a mulher possuir idade maior que trinta e cinco anos. Sendo assim,

o cuidado dispensado à gestante nessas condições pressupõe o acompanhamento por parte da EqSF, em conjunto com serviços de referência e/ou especializado; por isso é necessário o estreitamento de vínculos, principalmente de confiança entre o ACS e a gestante; a fim de possibilitar o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, orientações sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários durante a VD (BRASIL 2012; BRASIL 2010; BRASIL 2009b).

Mas o que levou Joana a esconder da ACS o seu estado gravídico? Em sua fala Pode-se notar que ela faz uma seleção daquilo que conversa com a ACS por receio de que algum fato acabe sendo divulgado na comunidade. Essa constatação fica bastante evidente quando ela afirmou: “ela pode contar pros outros”. Em razão desta possibilidade, a participante refere ter medo, que aparentemente pode ser real, conforme indicam os sinais subjetivos de seu discurso, como a pausa na fala e a alteração das expressões faciais, como o arquear das sobrancelhas, olhar vago, um leve suspiro (anotada no diário de campo), que aparentam por indícios de que, talvez, ela tenha vivenciado alguma experiência negativa que lhe causou algum dissabor, por isso o receio de revelar ao ACS informações que, às vezes, podem ser relevantes para prevenção e promoção da sua própria saúde.

Esta fala sugere a revelação de um viés oculto, pois esta mesma participante já tinha dito, anteriormente, que a ACS era muito cuidadosa nas VDs, mas quando a entrevista avançou ela revelou ter medo de contar que estava grávida por receio de que ela propagasse na comunidade essa sua condição especial, fato que ela entendia ser motivo de vergonha por ser uma pessoa com quase quarenta anos de idade à época da concessão da entrevista. Esta demonstração de falta de confiança corrobora com as falas de Miriam e Aurora e fornecem os primeiros indícios de senso comum.

Cabe mencionar que Joana relatou, com receio, que havia vivenciado um episódio referente a uma reclamação realizada por ela sobre uma polêmica que estava ocorrendo na comunidade devido à disseminação de conversa de cunho pessoal por parte do ACS, fato este que a levou receber visita em sua casa de funcionários da UESF para possíveis esclarecimentos. Entendeu aquilo como uma represália e afirmou ter de assinar um termo de declaração negando os fatos denunciados; a partir de então, o ACS passou a adotar uma postura não condizente com a preconizada pelo MS, ou seja, quando da realização da VD acabava expressando uma “cara feia”, sendo que este ato, segundo ela, é chato e incomoda, conforme podemos verificar na fala a seguir:

Então você gravou? Você acredita que uma vez eu falei aqui do posto que tava uma polêmica aqui demais né, deles fica falando da vida das pessoas e eu acabei me

prejudicando, e você acredita que as pessoas do posto (funcionários) foi lá em casa. O agente vai em casa e fica olhando você de cara feia. É chato, importuna a gente [pausa]. Já aconteceu isto comigo, me chamaram aqui no posto eu tive que assinar uma ficha um termo aqui no posto que eu falei e eu tive que negar tudo e falar que eu não falei, entendeu? Já aconteceu muito isto aqui no posto, sabe? E coisa assim; aí eu falei: nunca mais! Por isso eu fiquei meio assim, com receio pra falar com você. (Joana 4).

Essa fala desoculta as reais impressões de Joana e parece lançar por terra as suas afirmações positivas a respeito da VD, quando ela teceu considerações bastante positivas sobre ela e sobre o ACS que as realizava. Com essa fala, percebe-se que aquele discurso oculto, o fato de não conhecer ou não saber o nome do ACS se confirma e induz à conclusão de que aquelas declarações dos primeiros momentos da entrevista foram dadas por mero receio de comentar sobre as deficiências no atendimento e sofrer represálias, o que agora se torna explícito nessa fala.

Após três falas femininas (mulheres foram maioria de participantes na investigação), analisa-se agora uma fala masculina sobre o senso comum da confiança no ACS; trata-se de Sebastião, que disse:

Então eu tenho receio de falá alguma coisa né, acho que conta né. Porque vamo supor né, eu acho que o agente, se fica sabendo quando vem no posto, pode contá né? Penso que conta né. Fulano lá e assim e tal, e aí fala: fulano feiz isso e aquilo né. Que vem fazê tratamento né. E eles pode ficá comentando uns com os outro (pausa); cê sabe como que é, né? Então e melhor num falá nada, num é? (Sebastião 7).

Essa fala engrossa o coro sobre a confiabilidade dos usuários no ACS. Nota-se que Sebastião, apesar de não ter um discurso bastante claro, é enfático ao afirmar que não confia no ACS por receio de que ele faça comentários sobre os problemas pessoais e até mesmo sobre os procedimentos realizados dentro da UESF, reforçando o senso comum que aponta para a desconfiança da comunidade no referido profissional.

Já a participante Patrícia (vinte e três anos de idade e ensino médio), moradora no mesmo bairro localizado na região norte da cidade desde que nasceu, assim se manifestou sobre a confiança no ACS responsável pelo atendimento de sua região:

Mas eu não confio de contar as coisas pra ele, tenho receio! Porque já saiu muita conversa assim, sabe. Coisas que você se consulta lá mesmo, ou fala com eles assim né. E já saiu muita conversa, eles contam pra outros, conta sim! E quando vê a comunidade tá sabendo. (Patrícia 10).

Pode-se verificar na fala de Patrícia mais uma confirmação das falas anteriores; ou seja, a propagação de um senso comum de desconfiança no ACS ocorre devido ao receio de que aquilo que ele toma conhecimento durante a realização de uma VD possa ser comentado com outras pessoas na mesma comunidade, mesmo sendo assunto referente à saúde e doença

que se opte por manter restrito ao ambiente doméstico. Por isso a afirmação: “eles contam pra outros, conta sim”, reproduzindo o senso comum de falta de confiança no profissional.

Essa mesma opinião pode ser verificada nas falas de Prado (vinte e oito anos de idade, estudante de nível superior), morador há mais de cinco anos no mesmo bairro; e de Sueli (trinta e cinco anos de idade, escolaridade ensino médio), moradora há mais de quinze anos no mesmo bairro, que sobre a confiança no ACS eles afirmaram que:

[...] Eu não confiaria em contar nada para a agente, porque eu não sinto firmeza, não me sinto à vontade, não vejo que eles têm compromisso em querer ajudar, eu penso que eu estaria falando com uma pessoa qualquer, um estranho que visita minha casa e ainda sai falando pros outros. (Prado 2).

Não confio porque ela é uma pessoa estranha, estranha que eu digo assim, ela trabalha, faz o trabalho dela, mas ela não faz parte da minha vida, entendeu? Ele pra mim é assim: fez o exame? Fiz. Tá limpo aqui? Tá limpo. Tomou a vacina? Tomei. (Sueli 11).

A fala de Prado denota que a falta de confiança no ACS decorre do fato de que, para ele, a profissional não passa uma imagem de confiabilidade (*sentir firmeza*) e de compromisso com o serviço; aliás, quando se refere à falta de compromisso, que pode estar relacionada à falta de ética, também já referida por outros participantes, demonstra uma constância e simetria nos discursos. Também é digno de mencionar o fato de que Prado enxerga o ACS como “um estranho” que visita a sua casa e ainda pode sair divulgando o conteúdo do que se conversa.

Por sua vez, a fala de Sueli também faz referência ao ACS como pessoa estranha, com a qual não tem familiaridade o suficiente para que lhe sejam revelados detalhes de sua vida, ainda que digam respeito a sua saúde. Ela inclusive afirma que somente responde aos questionamentos do ACS durante as VD com monossílabos ou respostas vagas. Por isso, a afirmação: “não confio porque ela é uma pessoa estranha”, retrata mais uma vez o senso comum em circulação.

Cabe aqui, ressaltar que cada um desses participantes reside em regiões distintas, Leste e Sul, indicando que esse senso comum não está circunscrito a determinada região da cidade de estudo.

Compreendendo que a desocultação de uma RS tem como ponto de partida a constatação de um senso comum em circulação, e que este deve ser confirmado pelos processos de ancoragem e objetivação. Somente será possível afirmar que existe uma RS indicando o ACS como profissional não confiável se constados estes processos na análise das falas.

A ancoragem parte do pressuposto de que quando não se conhece determinado objeto, que não se sabe classificá-lo, que causa estranheza, ficamos incomodados por não conseguir balizar, classificar, nomear, aquilo que está causando estranhamento. Somente a partir do momento que se passa a conhecer alguma coisa, quando se consegue então classificar, nomear e categorizar o que causava estranhamento é que se promove a ancoragem.

Portanto a ancoragem é um processo mental de classificação e categorização de ideias e imagens que até então se apresentavam estranhas ao sistema particular de compreensão da realidade, e passam a obter contornos definidos quando comparados a paradigmas. Nesse processo, “a memória prevalece sobre a dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo, e as imagens sobre a realidade” (MOSCIVICI, 2010, p. 55).

Quanto ao processo de ancoragem sobre a confiança dos participantes no ACS, a primeira fala analisada foi a de Priscila, para quem a fofoca aparece como característica de pessoa não confiável. Isto fica bastante evidente quando ela disse:

A minha agente contava as coisas dos outros, do que acontecia no posto, e aí eu falei pra ela o que nós estamos conversando aqui é aqui acabou. Nem pra sua família, nem pra minha família, nem pro seu esposo nem pro meu esposo, e acabou que ela contou tudo por aí, então acabou né. Não falo mais nada. [...]. A visita é importante, mas não dá para abrir tudo o que vem perguntando por que eles vão contá pros outro, e com certeza eles contam! Tem que pensá dez vezes pra abri a boca pra falar alguma coisa, sem fala eles já saem falando por aí, conversando fiado igual fofoqueiro. E eu acho que é no geral, até porque eu não morei só aqui nesse bairro e eles são assim, ficam fofocando de uma família pra outra, pro posto. Uma vez começaram até a falar da minha irmã; então já aconteceu comigo com minha família. (Priscila 13).

Esta fala indica que a participante conversava com a ACS sobre “coisas dos outros” quando em visita na sua residência e por isso buscou com ela estreitar laços de confiança, propondo-lhe que tudo aquilo o que fosse conversado entre elas durante a VD em sua casa deveria ser mantido em sigilo, não deveria ser revelado nem para a família, nem para o esposo, para ninguém. Quando a ACS revelou o teor das conversações na comunidade rompeu-se o vínculo estabelecido entre ambas; aliás, na própria fala, pode ser percebida a quebra dessa conexão de confiança quando Priscila afirmou: “acabou que ela contou tudo por aí, então acabou né? Não falo mais nada”.

A ancoragem do ACS como profissional não confiável se processou da seguinte forma: primeiro, a confiança da participante na profissional responsável pelo atendimento da sua região lhe era algo desconhecido, mas havia indícios de que revelava detalhes da vida de

outras pessoas, então se estabeleceu acordo entre ambas, para que tudo o que fosse objeto de conversa durante a VD fosse mantido em sigilo, conforme indica o trecho da fala: “eu falei pra ela, o que nós estamos conversando aqui é aqui, acabou. Nem pra sua família, nem pra minha família”. Uma vez estabelecida a confiança da participante na ACS, esta foi quebrada quando a profissional revelou algum fato que deveria ter sido mantido em sigilo, por isso a frase: “acabou que ela contou tudo por aí”. Em consequência dessa atitude da ACS, a participante passou a não confiar mais nela, conforme indica sua fala quando afirma “então acabou”.

A fala indica que Priscila remodelou algo que lhe era estranho e não familiar em relação ao ACS (a possibilidade de nele confiar), para algo familiar (pessoa não confiável). A noção de falta de confiança está relacionada à pessoa que revela fatos sobre os quais prometeu guardar sigilo. Esta concepção é produto da própria cultura da participante e que talvez por já ter experienciado algo parecido, como um vizinho não confiável, um amigo não confiável; ou por experiências vivenciadas por pessoas que lhes são próximas, como um amigo que traiu a confiança de seu pai, de sua mãe ou de algum parente ou amigo.

Desse modo, ela estabeleceu uma ligação do fato ocorrido consigo (a ACS que revelou fatos de sua vida para outros vizinhos) com uma representação já preexistente no seu repertório de conceitos e ideias, que lhe deu estrutura e possibilitou a formação de esquemas conceituais, reabsorvendo os excessos de significação para permitir-lhe classificar e dar nome àquela ação da ACS de revelar fatos sob os quais deveria guardar sigilo, possibilitando-lhe, com isto, comparar com o paradigma já estocado em sua memória, de pessoa fofoqueira, ou seja, aquela que revela segredos que lhes são confidenciais; ou melhor, que conversa fiado, termo utilizado em sua fala, para representá-la naquela imagem que possui de pessoa fofoqueira.

Outro fato que chama atenção nesta fala é que Priscila parece ter construído sua percepção geral sobre a confiança no ACS em decorrência da experiência em outros bairros onde já residiu, por isso que ela diz: “eu acho que é no geral, até porque eu não morei só aqui nesse bairro e eles são assim, ficam fofocando de uma família pra outra”.

Retoma-se a mesma fala já avaliada de Miriam, agora para analisar a maneira em que ela promoveu a ancoragem da confiança no ACS. Em sua entrevista, em relação às suas conversas com o profissional referido ela disse:

Só falo o que é necessário. Eu não conto nada porque eles espalham, são tudo vizinho, não é? Conhece as pessoas devem espalhar, não deve? Espalha ali, espalha lá, na unidade, conversa com um, com outro, o outro sai falando. Cê não acha que

eles espalham? Eles são vizinhos eles moram aqui. Porque eles são vizinhos, são vizinhos antigos, entendeu? Contaria só pro médico né. (Miriam 16).

Esta fala teve como foco representacional de falta de confiança em pessoa que espalha conversas que ouve; ou seja, a classificação e interpretação que Miriam faz de pessoa não confiável é aquela que revela fatos ou assuntos sobre os quais deveria guardar sigilo e, dentro desta categoria, ela inclui seus próprios vizinhos, paradigma de pessoa não confiável para ela, por isso a frase em referência à confiança no ACS: “Eu não conto nada porque eles espalham, são tudo vizinho”. O discurso oculto manifestado através de sinais subjetivos (anotados em diário de campo) como a alteração de expressão facial e mudança da tonalidade da voz, demonstrando indiferença, parece confirmar o que havia dito sobre a falta de confiança no ACS.

Cabe ressaltar que para Moscovici (2010) o estudo das representações sociais requer método de observação, pois as mesmas são armazenadas na nossa linguagem, nas reações emocionais, criadas em um ambiente humano complexo.

A sequência da fala de Miriam revela o processamento da ancoragem do ACS como profissional não confiável pela via da comparação com o médico, este sim, para ela um profissional da saúde que inspira confiança, pois somente para ele revelaria seus problemas de saúde; para o ACS, somente o necessário, entendendo-se por tal, apenas as informações superficiais. Como o ACS, por ser um vizinho, foi classificado e comparado com aquele protótipo do médico e não se encaixou no modelo, sugerindo que a rede de significados elaborados pela participante em relação à confiança em torno do ACS está diretamente relacionada às suas práticas sociais, uma vez que a comparação com a seus vizinhos pode indicar que talvez naquela comunidade os falatórios sejam propagados pelos vizinhos.

Como o ACS está incluído nesse rol (porque os vizinhos não são confiáveis), também acaba sendo classificado como profissional não confiável. Por sua vez, a confiança no médico parece demonstrar que o modelo biomédico de saúde ainda prevalece na mentalidade da participante, em oposição ao modelo biopsicossocial, proposto pela Política Pública de Saúde.

“São todos vizinhos da mesma comunidade”. Assim refere Álvares na sua fala em relação à confiança no ACS, na qual se pode notar que o seu processo de ancoragem não destoa dos demais participantes quando afirma:

Então tem caso do paciente ficar revoltado porque o agente passa e depois conta para um e para outro, e todo o bairro fica sabendo e fica uma coisa bem desgastada; e daí perde a confiança no agente e não quer mais receber a visita dele porque fala nas conversas com os amigos, e são todos vizinhos da mesma comunidade. Aí você

já viu né, todo mundo aqui é amigo, tá tomando tereré, nos barzinhos, no supermercado, todo mundo é amigo, então se fala alguma coisa é complicado. O fato dele morar (referindo-se ao ACS) na área não faz a pessoa ter confiança nele, eu acho que piora, por exemplo, chega uma pessoa na sua casa e se identifica como agente do IBGE, ele nunca te viu, ele não conhece você e você fica tranquilo para contar, agora vem uma pessoa que mora três casas depois da sua e chega na sua casa e fala eu sou do IBGE, você vai contar? Não conta, porque você sabe que ele vai contar pros outros, então você tem disponibilidade maior pra contar pra quem você não conhece (Álvares 5).

A análise desta fala revela que o processo de ancoragem de Álvares em relação à confiança no ACS aponta o desgaste da figura deste profissional perante a comunidade, em razão do fato de ele, segundo o participante, revelar informações de que toma conhecimento em decorrência de suas atividades profissionais, porque “o agente passa e depois conta para um e para outro, e todo o bairro fica sabendo”. O foco representacional da confiança tem origem nas atitudes dos vizinhos de divulgar os fatos da vida dos demais moradores nos bares, no mercado ou nas rodas de tereré — bebida feita com a infusão da erva mate de origem guarani e consumida com água gelada, limão, hortelã entre outros. O tereré é considerado um marco da cultura sul-mato-grossense. No estado comumente as pessoas consomem o tereré nas ruas e praças, em meio a uma boa conversa, denominado “roda de tereré” (IPHAN. 2014) —, pois são todos amigos e conhecidos (*são todos vizinhos da mesma comunidade*).

Como o ACS também é vizinho do participante e mantém relação de amizade com outros moradores na mesma comunidade, ele também acaba sendo associado à pessoa não confiável. Assim, a ancoragem da confiança do ACS é estabelecida mediante a sua associação negativa com a figura de um vizinho pelo fato de ele morar no mesmo bairro; por isso a frase: “O fato dele morar na área não faz a pessoa ter confiança nele, eu acho que piora”. Nota-se na fala, ainda, que o protótipo de profissional confiável é determinado pelo fato de ele residir ou não no mesmo bairro onde exerce seu trabalho.

Residir no mesmo bairro é apontado por Álvares como fator que contribui para a desconfiança não somente no ACS, mas para qualquer profissional. Isso fica caracterizado em sua fala quando ele afirma que se o recenseador do IBGE morasse no mesmo bairro onde faz o recenseamento, não revelaria as informações sobre sua vida porque ele poderia divulgá-las junto a outros moradores, que também são seus vizinhos e amigos. Por isso que ele finaliza dizendo: “então você tem disponibilidade maior pra contar pra quem você não conhece”.

“E acaba virando buchicho”. Esta frase é parte da fala da participante Roberta, uma senhora de mais de quarenta anos de idade, estudante de ensino superior e moradora há mais de oito anos no mesmo bairro localizado na região leste da cidade. Suas expressões coloquiais

tem bastante significado para demonstrar como promoveu a ancoragem da confiança no ACS quando diz:

Eu, na realidade, não tive um profissional, isso pode gerar é fofoca, com certeza é isso o que mais acontece, ele leva informação de uma casa para outra, né. Acho que é por isso a não aceitação da população, né. E acaba virando buchicho e a visita dele acaba não sendo aquilo que deveria ser. [...] É por isso que eu te falei, fofoca é duro... Fica especulando sua vida, sabe? Não acho proveito nisso né. Aí eu não sei [...]. E só pra isso que eu te falei, fofoca é duro porque o intuito é levar orientação e não é isso que acontece, mais é fofoca. (Roberta 15).

Na análise dessa fala, expressões como buchicho, fofoca e fofoqueiro se destacam, demonstrando a existência de um núcleo figurativo que serve de base para ancoragem de uma pessoa não confiável. A estes protótipos é associado o ACS no que se refere à confiança porque, na percepção desta participante, durante a VD eles deveriam levar orientação para a população, mas elas acabam propagando fofocas com outras pessoas dentro da própria comunidade, conforme demonstra o seguinte trecho da fala em análise: “ele leva informação de uma casa para outra [...]. E acaba virando buchicho e a visita dele acaba não sendo aquilo que deveria ser”. Aqui, o processo de ancoragem classificou e categorizou o ACS no rol de fazedores de confusão, porque suas conversas provocam buchicho e, também, no rol dos fofoqueiros, porque eles levam informações de que deveriam guardar sigilo de uma casa para outra, de uma família para outra, tanto que Roberta repete a palavra fofoca (quatro vezes) reforçando, assentando e associando essa classificação do ACS, rotulando-o e o tornando conhecido por estas qualidades.

A familiaridade que Roberta possui de pessoa que faz fofocas talvez consista em produto de sua própria cultura; ou seja, ela já tem internalizada aquela imagem de fofoqueiro ou conversas que geram confusão. Ela possui no seu complexo de significação, noções claras sobre essa realidade, que lhe permite constituir o protótipo específico para comparar com o ACS, cujas fofocas e buchichos suscitados por suas VDs resultarão na ancoragem dele como pessoa não confiável.

“Fica bisbilhotando”. A frase parece grave por ser uma referência a um profissional de saúde, mas foi dessa forma que Margarida se referiu ao ACS quando na sua entrevista abordou se a confiança nela. Ela disse:

Então ficam de conversa com os vizinhos, se você quiser saber da vida dos outros é só perguntar pra esses agentes, que fica bisbilhotando a casa da gente. Eu não conto nada, não tenho confiança, nada mais grave, tem que contar é pro médico, porque além de não resolver nada ele pode contar pros outros, é pra isso que existe local certo para contar [...] aqui todo mundo acha que isso é só enrolação. Fica pondo essas pessoas só pra ficar andando, xeretando a vida da gente. (Margarida 3).

Nessa fala, ressaltam como protótipos de pessoa não confiável, a figura do vizinho, porque é entre vizinhos que se conversa sobre as vidas dos outros, e do bisbilhoteiro, que é aquela pessoa que fica se intrometendo na vida alheia, investigando-a para depois sair falando, fazendo fofoca. Foi dessa forma que Margarida classificou, comparou e ancorou a figura do ACS como pessoa não confiável, tanto que afirma: “se você quiser saber da vida dos outros é só perguntar pra esses agentes”. Por sua vez, o paradigma de profissional de saúde confiável foi estabelecido no médico, talvez denotando a influencia do modelo biomédico de saúde. Por fim, como se representasse a comunidade, a participante afirmou que todas as pessoas do bairro possuem essa percepção da confiança no ACS, por isso que diz: “Fica pondo essas pessoas só pra ficar andando, xeretando a vida da gente”, confirmando a ancoragem do ACS como profissional não confiável.

“Você falou que ele é considerado o elo de ligação, ele tá mais pra “elo de fofoca” As falas se repetem. Veja-se o que disse Imaculada quando o assunto abordado durante sua entrevista foi a confiança:

Não, Nãaaaaao! [pausa], confiança só nos médicos mesmo, agente não [risos], acho que mais ninguém, só no médico mesmo porque é a pessoa mais certa pra eu explicar tudo né. Ele que dá o remédio e que atende a gente né. Às vezes ele pode ficar sabendo de uma coisa íntima minha, né; por exemplo o agente de saúde mora na minha vila, me conhece, conhece todo o pessoal da vila, as vezes eu conto uma coisa em casa pra ele, ele vai e conta pra outra pessoa, né, por isso eu não conto nada, não tenho confiança, né....Você falou que ele é considerado o elo de ligação, ele tá mais pra elo de fofoca. (Imaculada 6).

Na fala de Imaculada percebe-se o mesmo discurso corroborando com o de outros participantes quando se aborda a confiança no ACS, demonstrando sua associação também com a figura do vizinho quando ela disse: “o agente de saúde mora na minha vila, me conhece, conhece todo o pessoal da vila, às vezes eu conto uma coisa em casa pra ele, ele vai e conta pra outra pessoa”. O fato de ser vizinho também vai influenciar negativamente na ancoragem da confiança no ACS, relacionando à figura do também é de fofoqueiro. Isto fica evidenciado na fala da participante quando ela afirma que ele tá mais “pra elo de fofoca”.

Para Imaculada, o médico é o paradigma de profissional confiável para informar sobre seus problemas de saúde, por isso diz ter confiança só no médico por acreditar ser ele o único capaz de resolver seus problemas de saúde, como fica claro na frase: “ele que dá o remédio”. Esta afirmação parece indicar que na mentalidade desta participante também prevalece o modelo biomédico de saúde influenciando na percepção da confiança do ACS e contribuindo para a sua ancoragem como profissional não confiável.

A opinião de Aurora não difere das demais até aqui analisadas; aliás, sua fala retorna bem incisiva e bastante contundente sobre a confiança no ACS, ao afirmar que:

Eles são linguarudos, um vai passando pro outro como é que fala mesmo, eles não têm ética, eu imagino que eles façam um curso pra ter compromisso, mais muito são linguarudos. (Aurora 1).

Nota-se aqui um processo de ancoragem semelhante aos demais, onde o protótipo utilizado para estabelecer a correlação da confiança no ACS foi mediante a sua classificação como linguarudo, numa clara referência a pessoa que tem o hábito de falar da vida alheia e que não sabe guardar segredo, um dedo duro, X9 etc.; além de não possuir ética. A fala denota, ainda, que essas falhas apontadas, na concepção da participante, podem decorrer da deficiência de formação profissional do ACS, por isso a frase: “eu imagino que eles façam um curso pra ter compromisso”.

“E o agente falou na vila, falou da situação dela e saiu fofoca”. Este trecho da fala de Gabriela indica a mesma direção da ancoragem da falta de confiança no ACS. Em sua entrevista ela disse:

Ahhh! Tenho receio de falar, já aconteceu várias vezes aqui, é até normal, já ouvi falar que a pessoa foi no posto fazer uma coisa lá, sabe consulta? E o agente falou na vila, falou da situação dela e saiu fofoca, a pessoa ficou bem constrangida. Aqui corre muito boato dessas coisas, então eu não informaria nada. (Gabriela 9).

A fala demonstra que o fato do ACS comentar sobre os problemas vivenciados pelas pessoas quando da utilização dos serviços de saúde gera fofoca na comunidade, sendo esta uma situação corriqueira na percepção de Gabriela, por isso ela afirma que essa situação já ocorreu por diversas vezes, o que a faz sentir temeridade em não informar sobre nada ao ACS. Para esta participante, a ancoragem da falta de confiança no profissional também resultou na sua inclusão na categoria de fofoqueiro porque ela soube de fatos revelados por ele na comunidade, e isso gerou muita fofoca. Ela inclusive afirma que esses fatos são normais na comunidade, de modo que tem receio de falar determinados assuntos com o ACS por não confiar que ele guardará sigilo.

“Muitas vezes, ele está sendo muito mais o elo da fofoca”. Esta frase faz parte da fala de Agatha (vinte e oito anos, escolaridade ensino médio) residente em um bairro na região sul da cidade há treze anos que traz uma percepção grave sobre a confiança no ACS. Ela disse:

Muitas vezes, ele está sendo muito mais o elo da fofoca, do que de ligação pra saúde. Tenho certeza e falo isso por experiência própria. Hoje eu sou separada né, mas quando eu descobri a minha gravidez, eu fui na casa do meu ex-marido passar uma roupa pra ele, aí chegou lá a agente de saúde da região veio investigar a nossa vida, eu contei algumas coisas para ela e depois o meu ex-marido ficou sabendo e

ficou bravo. Quando eu perguntei para ele quem tinha falado aquelas coisas, ele disse que foi a agente, aí meu marido disse que não era para ficar falando as coisas da vida da gente, então é por isso que eu falo experiência própria, são todos iguais. (Agatha 12).

Esta fala traz um relato da experiência que a participante possui em relação à confiança no ACS, tanto no bairro onde mora atualmente, como em outros bairros onde já residiu. Ela indica que a conversa que circula é de que o referido profissional não mantém sigilo das informações particulares das famílias que toma conhecimento durante a VD e acabam divulgando para os vizinhos. Dessa forma, a ancoragem que Agatha promove da confiança no ACS é revelada em decorrência de um fato ocorrido consigo mesma; ou seja, de vivência negativa ou, como afirma, uma “experiência própria”, que a levou a não confiar mais no profissional em razão de este ter questionado o seu ex-marido a respeito de fato que ela não revelou na entrevista, mas que havia comentado em certa ocasião com o ACS durante uma VD e que ele deveria ter mantido em sigilo. A participante chega inclusive a generalizar essa falta de confiança quando afirmar: “são todos iguais”. Nesta fala, o núcleo figurativo da ancoragem também remete ao protótipo de fofoqueiro, por isso ela relaciona o profissional a elo de fofoca, contrapondo a imagem que lhe é construída em um discurso reificado de que ele é “elo de ligação”.

As falas acima analisadas desocultam o processo de ancoragem que revelou ser o ACS um profissional não confiável, segundo a concepção dos participantes, onde a imagem desse profissional é construída a partir da incorporação de modelos escolhidos pelas próprias pessoas que, uma vez classificados e dominados, foram comparados com o que eles observam no ACS para torná-lo conhecido e familiarizado. A ancoragem do ACS como pessoa não confiável se repete nas entrevistas de forma velada ou explícita, não somente através do discurso verbal, mas também através de traços subjetivos revelados em discurso corporal ou ocultos.

A classificação que se repete remete ao mesmo núcleo figurativo estabelecido; ou seja, a falta de confiança decorre do fato de o ACS ter sido categorizado como fofoqueiro, como vizinho, como morador no mesmo bairro que conhece os outros moradores, como bisbilhoteiro, enfim, uma pessoa que, de alguma forma, já demonstrou, por atitudes concretas ou não, que pode revelar os fatos ou acontecimentos da vida privada das pessoas que passam a conhecer em razão das VDs.

Dessas falas pode-se fazer uma analogia daquilo que elas nos informam, como o tilintar de um sino lento, que a todo o momento difunde-se o mesmo conceito no imaginário das pessoas, o de que o ACS não é uma pessoa confiável porque compartilha das intimidades

e problemas vivenciados no âmbito familiar com os moradores da comunidade onde reside e trabalha. Por sua vez, os protótipos de profissionais confiáveis são relacionados ao médico ou recenseador do IBGE, e o fato de o ACS ser vizinho de sua clientela, ao invés de possibilitar o estreitamento de laços de confiança, acaba se mostrando um fator desagregador nas relações entre este profissional e a comunidade, indicando uma dissonância entre a realidade cotidiana dos usuários daquilo que é propagado pela Política Pública de Saúde, de que o fato dele morar no mesmo bairro onde trabalha facilita o estabelecimento de vínculo de confiança com os moradores.

As falas indicaram que a ancoragem da falta de confiança no ACS emerge diretamente das relações socioprofissionais que ele estabelece com a sua clientela, sobretudo durante a realização das visitas em domicílio. É nesse momento que as conversas referentes à saúde e ao cotidiano das pessoas circulam, que se comunicam os problemas de outras famílias/residências e que se revelam fatos que deveriam permanecer em sigilo profissional, mas que acabam sendo compartilhados dentro da própria comunidade, gerando reações e incutindo nas pessoas o receio de que sua vida familiar e até mesmo suas intimidades também possam ser reveladas.

Realizada a análise das falas sobre a ancoragem da confiança da comunidade no ACS, aborda-se agora o último processo necessário à constatação de uma RS, que é a objetivação; pois é através dela que se promovem as transformações mentais de conceitos e ideias abstratas para esquemas ou imagens concretas que fornecem um reflexo da realidade, ou seja, é um processo psíquico que tende a transformar as abstrações de signos e imagens em alguma coisa ou realidade que faz parte da existência do mundo físico, revelando as práticas em operação daquilo, até então, desconhecido.

É a objetivação que reproduz as estruturas e conceitos que proporcionam a constituição de uma imagem coerente e exprimível dos elementos que constituem o objeto da representação (MOSCOVICI, 2010).

Esse processo foi verificado nas falas dos participantes que apontaram o ACS como profissional não confiável. A primeira fala a ser analisada é a de Álvares, abaixo transcrita:

Porque que tem muita rejeição? As pessoas não aceita o agente, fecha as portas, veja que ...eh, ele disfarça, sabe? Fica quieto, fecha janela, porque ele, como eu já te disse, o agente passa, mas assim [gesto de mão] tá contando, passa pra um, e depois todo bairro tá sabendo, e fica uma coisa bem desgastada, e daí perde a confiança no agente e não quer mais receber a visita dele. (Álvares 5).

Essa fala retoma o mesmo discurso já revelado no processo de ancoragem por esse mesmo participante, no qual ele repete a rejeição da comunidade em relação ao ACS. Pode-se

notar que um dos fatores de a comunidade rejeitar o ACS durante a VD ocorre devido à quebra de confiança em razão dele comentar as informações obtidas em sigilo. Por isso as pessoas utilizam subterfúgios para evitar a VD, fechado as portas e janelas, ficando em silêncio no interior da residência.

Pode-se inferir na fala o transcurso do processo de objetivação do ACS como pessoa não confiável quando há uma apropriação das informações a respeito da confiança nele, em que as ideias e conceitos são associados às atitudes percebidas resultando na rejeição do profissional — Álvares afirma haver muita rejeição —, posteriormente, uma estrutura imaginante, conforme afirma Jodelet (2002), se reproduz mentalmente de forma clara e coerente (coisa desgastada) que vai proporcionar aquela imagem do ACS como alguém que é rejeitado pela comunidade, por isso a frase: “Porque que tem muita rejeição? As pessoas não aceita o agente, fecha as portas”. O núcleo figurativo de enquadramento da confiança no profissional remete-se a noção de um sujeito que revela aquilo que fica sabendo a respeito das pessoas ou famílias durante as visitas em domicílio; por isso é que as pessoas lhe fecham as janelas, ficam quietas, ou seja, usam subterfúgios para não recebê-lo porque ele se tornou indesejável.

Por fim, para que o processo de objetivação se complete, há uma reorganização dos elementos que constituem o objeto da representação, ou seja, da confiança no sujeito, cujo resultado é a formação de um novo elemento dentro do núcleo figurativo que revela a perda de confiança da comunidade naquele profissional, materializada através da rejeição, confirmando sua objetivação da falta de confiança.

“Se vejo que é ele, não abro”. Esta frase é fragmento da fala de Margarida, que também promoveu objetivação do ACS como pessoa não confiável em um processo que não difere do de outros participantes ouvidos neste estudo. Em sua entrevista ela disse que:

Quando ele bate na porta, eu paro o que eu tô fazendo, fico quieta, olho pelo buraquinho da porta, se vejo que é ele, não abro, só se não tiver jeito mesmo né, pega a gente na frente da casa né. (Margarida 3).

Nota-se, nessa fala, que Margarida, ao perceber que quem bate na porta de sua residência é o ACS para realizar a VD, interrompe suas atividades fica em silêncio: “eu paro o que tô fazendo e fico quieta”, esperando que vá embora, só o recebendo quando não há nenhuma maneira de se desvencilhar, por isso diz: “só se não tiver jeito”. Nota-se que a percepção da participante em relação ao ACS, primeiro estágio do processo de objetivação, é de pessoa indesejável e por isso, quando percebe que é ele que está à sua porta, não o atende ou procura subterfúgios para não atendê-lo. Simultaneamente, busca em algum núcleo

figurativo de sua memória elementos que revelam a qualidade icônica desse profissional como pessoa incômoda; — no processo de ancoragem, alicerce da objetivação, onde o ACS já foi classificado como xereta — por isso, indesejável a ponto de suspender seus afazeres cotidianos e ficar em silêncio, mandando ao ACS uma mensagem de que a casa está sem o morador no momento da VD. Por fim, o processo de objetivação se completa quando a imagem de pessoa indesejável se estabiliza, ou seja, forma-se no núcleo figurativo uma imagem de profissional indesejável, que não é bem vindo porque não é confiável, por isso a rejeição em recebê-lo.

Em prosseguimento à análise, retoma-se a fala de Priscila, agora com foco no processo de objetivação. Em um determinado tempo da entrevista foi-lhe perguntado se tinha confiança no ACS. Sua primeira resposta foi que sim, que confiava nele. No entanto, à medida que a entrevista se estendeu, foi-lhe questionado se ela sabia de algum fato sobre o ACS ter comentado sobre a vida das pessoas, e ela disse que sim, que soube de casos de ele ter feito fofoca. Nesse ponto, percebeu-se um sentido que estava oculto até então em sua fala, que ela própria tornou manifesto, contradizendo o que havia dito anteriormente ao ser questionada sobre ter confiança no referido profissional.

Tenho, confio [...].

Fofoca das próprias pessoas né. Moradores, daí, a gente fica pensando, ahhh! eu vou contar pra ela que ela vai me ajudar, e no fim a gente fica mais no poço [...]. Isso me faz eu ficar de pé atrás com os agentes, eu não contaria nada mais íntimo pro agente, de repente sai meu nome aí. Peguei receio né; nem pra essa agente que tá comigo hoje, que eu gosto muito dela, eu fico com receio, eu tenho medo, Deus me livre! (Priscila 13).

Pode-se inferir nesta fala que Priscila fez uma reassociação da imagem da confiança no ACS depurando o excesso de significações que ela não sabia ao certo, mas que, num momento, indicava confiança no profissional e por isso a frase: “Tenho, confio”. Posteriormente, percebeu as “fofocas” e isto a fez com que ela remetesse isso ao núcleo figurativo relacionado à sua compreensão de fofoca e fofoqueiro, compreendendo que o ACS especulava sobre a vida privada de outros moradores (aqui a fofoca é entendida como comentários sobre a vida privada das pessoas), referindo-se aos próprios vizinhos de bairro, ela passa a discernir o profissional com reservas; por isso a frase: “Isso me faz eu ficar de pé atrás com os agentes”, indicando mudança de percepção, tanto que chega a afirmar que não contaria nada de mais íntimo para ele, nem mesmo sendo referente à saúde, por receio ou medo de que ele possa revelar particularidades de sua vida para outros vizinhos. Então, aquela aludida confiança, que aparentemente era conhecida da participante, conforme denota a primeira parte de sua fala, mostrou-se de fato desconhecida e só se tornou familiar quando de

sua objetivação. Ou seja, quando a participante percebeu que o ACS poderia revelar fatos de sua vida para outras pessoas, por isso a afirmação de sentimentos de medo e receio que irão contribuir para a objetivação da sua desconfiança no profissional.

Quanto a aparente ambiguidade na fala, não restam dúvidas da objetivação da falta de confiança naquele profissional. A expressão “Deus me livre!” indica isso claramente, ou seja, que a interpretação do ACS como pessoa não confiável é a que se tornou familiar para a participante, uma vez que aponta visivelmente operações essenciais da objetivação, a naturalização, quando o símbolo da confiança torna real no sentimento de medo ou receio (quem tem medo ou receio não confia); e a classificação, quando aquela realidade assume um caráter simbólico que vai marcar definitivamente a confiança no ACS, que a partir de então passa a servir como sistema de referência instantâneo toda vez que a participante a ele se referir. Tudo isso decorre das conversas que são classificadas como fofoca, de que ela teve conhecimento em razão da convivência com o ACS na mesma comunidade.

Retoma-se a fala de Roberta, que não destoa desse quadro, aliás, o confirma. Ela que já ancorou a imagem do ACS como fofoqueiro, revelou a objetivação da falta de confiança ao dizer:

Confiança. Não, nadinha, nem pensar. às vezes, a gente tem necessidade de falar, às vezes, a gente quer fazer alguma pergunta, alguma coisa, mas alguns deles não têm ética, né [...]. Eles têm muita recusa e tem morador que não deixa mais eles entrarem, porque o intuito é levar orientação, e não é isso que acontece, mais é fofoca, e eles falam aquele agente comunitário falou tal coisa de mim, em tal lugar, assim, na minha casa ele não entra nunca mais. [...]. Eu cuido quando eles veem e não abro a porta. (Roberta 15).

A fala elucida por quais razões, na compreensão da participante, as pessoas se recusam a receber a VD do ACS, indicando que a associaram-na a um evento para conversas sem propósitos sobre a vida privada de outras pessoas do mesmo bairro, da quebra de sigilo de tudo o que for ouvido ou percebido durante a sua realização. Outro fato que pode ser verificado é a quebra da função do ACS, que é levar orientação e não “conversas” sobre a vida alheia para os outros moradores. Por isso é que Roberta também diz não recebê-lo em sua casa, passando até a monitorar quando um deles bate à sua porta e como procede para evitar atendê-lo.

O processo de objetivação, aqui, se dá em torno da condensação de significados diferentes que se atribui à imagem do ACS, em razão de experiências vivenciadas por Roberta; ou seja, ela associa a figura desse profissional à falta de ética e desvio da função da VD, que, além de não resultar em orientações, acaba por gerar fofocas. Então, aquele ícone construído virtualmente, o de mera falta de ética, transmuda-se para uma realidade simbólica,

agora representada na recusa em receber o ACS, de não lhe abrir as portas, para definitivamente se assentar na noção, na percepção real de falta de confiança, ou melhor, na de profissional não confiável.

Em relação à confiança no ACS, Imaculada relatou uma passagem de convívio familiar vivenciado por sua avó. Ela disse:

Já, já, já aconteceu dentro da minha família, na casa da minha vó, a minha vó, confiar uma coisa de saúde pro agente de saúde, de dentro de casa quando pensa que não tava na vila inteira, todo mundo sabia, é chato né. (Imaculada 6).

Dessa fala, pode-se inferir que, no momento que a avó de Imaculada expunha o seu problema ao ACS, ela o fazia buscando estabelecer com ele um vínculo de confiança, compartilhar um sentimento de angústia; posteriormente, viu esse mesmo sentimento se quebrantar quando da notícia de que toda a comunidade já era conhecedora dos seus problemas. A objetivação da falta de confiança aqui decorreu do fato de ver os assuntos internos de sua família ser espalhado na comunidade justamente por alguém em quem, num dado momento sua avó confiou. A consequência desta atitude do ACS para a participante foi um desapontamento, por isso a frase: “é chato né”. A partir deste fato a imagem de pessoa confiável passou para outra, a de falta de confiança e dessa forma ela foi objetivada.

Na fala de Agatha, esse mesmo processo pode ser notado. Ela relata experiência própria que levou a não ter mais confiança no ACS. O motivo parece ser o mesmo, ou seja, a propagação de conversas sobre a vida alheia, conforme se pode verificar na fala abaixo:

Porque eu já escutei já ouvi muito isso, só fica falando dos outro, já ouvi e vi muitas vezes, e pra evitar conversa, quando o agente de saúde chegava, eu falava assim: oh! já tô de saída. [...]. (Agatha 12).

Em razão da sua experiência com o ACS, a participante passou a vê-lo com desconfiança e por isso passou a utilizar de subterfúgios para se esquivar da VD, demonstrando rejeição conforme indica o trecho de sua fala: “quando o agente de saúde chegava, eu falava assim: oh! já tô de saída”. A explicação dessa rejeição remete à conclusão de que o referido profissional é indesejável, *persona non grata* aos olhos dessa participante, ou seja, o que se tornou familiar aqui é o sentimento de desconfiança e, portanto a objetivação como profissional não confiável.

Situação semelhante foi a relatada por Aurora em sua fala sobre a confiança no ACS. Quando questionada sobre se ela já havia presenciado ou tinha conhecimento de alguma conversa que pudesse demonstrar a perda de confiança nesse profissional, ela afiançou que:

Eu já presenciei isto no bairro, ali no bairro tem um pessoal que desde que eu mudei lá eu conheço esta menina quer dizer a família, ela pegou aquela doença, sabe? Tuberculose, aí essa agente foi lá na minha casa e falou pra mim que era pra eu não ter contato com aquela família, porque tá com aquela doença e pode passá pra mim, pra minha família; é neste sentido que a gente tem receio de falar as coisas, se abrir, porque isso já aconteceu lá no bairro. (Aurora 1).

A fala de Aurora ilustra a problemática referente à confidencialidade dos problemas pertinentes a saúde ao ACS e nela pode-se constatar a repetição do processo de objetivação da perda de confiança em razão de uma conduta que parece ser constante nesse meio profissional — pelo menos é isso que se infere das falas —, que é a revelação de fatos ou acontecimentos da vida das famílias atendidas, o que, no jargão popular, pode ser traduzido por fofoca. Esta tem sido a fonte de problemas e constrangimentos entre o ACS e a comunidade, não só de ordem pessoal, mas que também pode levar a uma total segregação das pessoas.

É que essa fala, ao referir que a ACS contou uma informação que era particular de uma família vizinha, de que uma dos membros dessa família era portadora de tuberculose, Aurora, de uma forma errônea, continua a perpetuar aquela imagem da tuberculose como uma doença nefasta e com alto poder estigmatizante, levando a acreditar que esta pode até não possuir tratamento e cura quando se refere como: “aquela doença ruim”. Assim, a participante objetivou a desconfiança na pessoa do ACS, com base na premissa de que se ele revela as doenças das pessoas, também poderá revelar algum fato ou acontecimento da vida pessoal dela ou de sua família, que possa causar constrangimento perante a comunidade. Como a participante considera isso uma possibilidade real, fica com receio (fator estabilizador da objetivação) de manter um relacionamento de maior confiabilidade com aquele profissional e acaba por objetivá-lo como profissional não confiável, sendo este o signo simbólico que vai assentar no seu complexo imagético de significações.

As falas até aqui analisadas já indicam que o processo de objetivação vem se repetindo a todo instante e insistentemente. Cada participante, de uma forma ou de outra, tem dado indicações de que a familiaridade da confiança no ACS é negativa, ou seja, tem afirmado que a comunidade tem percebido este profissional com desconfiança, o que é muito preocupante por ser ele um dos mais emblemáticos dentro de uma ESF em razão do caráter simbólico que lhe é atribuído por um universo reificado que o define como “elo de ligação” entre a comunidade e o sistema público de saúde.

Os participantes têm objetivado essa falta de confiança no ACS dos mais diversos modos e com os mais diversos signos, e isto tem se manifestado, de certa forma, na resistência e rejeição em recebê-los, seja fechando portas ou janelas da casa ou mediante a sonegação de informações; no medo ou receio de invasão à intimidade do lar. Tudo isso devido a conversas

desviadas a respeito da vida privada dos residentes nas comunidades investigadas, onde a população tem entendido que certas informações que deveriam permanecer em sigilo profissional acabam sendo compartilhadas com outras pessoas, gerando toda a sorte de constrangimentos para os diretamente envolvidos.

Antes de finalizar a análise sobre a RS da confiança da comunidade no ACS, faz-se necessário tecer algumas considerações a respeito de falas e que trouxeram inquietação, por demonstrarem a existência de uma realidade que necessita urgentemente ser trabalhada em razão do potencial risco de violação ao direito do usuário e de prejuízos à saúde da população em geral, que estão diretamente relacionados à imagem construída em torno da confiança no ACS.

Trata-se de estigmas e preconceitos que se mostraram explícitos em algumas falas e que constata a existência de usuários segregarem informações ao ACS com receio de que elas não sejam mantidas em sigilo, como violência doméstica e doenças contagiosas como a tuberculose, HIV (vírus da imunodeficiência humana) e até o câncer. Talvez isto esteja ocorrendo em razão de uma abordagem equivocada ou até mesmo de falta de orientação ao profissional de saúde ou à própria população.

Considerando a premissa de que ainda perpetuam no imaginário popular alguns estigmas relacionados a algumas doenças ou situações familiares, os quais tendem a se perpetuar em alguns casos desse estudo, inclusive pelo fato de não existir uma confiança adequada entre a comunidade e o ACS, sendo este um fator que não contribui para o perfeito andamento das políticas públicas de saúde, no que concerne à vigilância epidemiológica, prevenção de doenças e promoção da saúde, pois é missão deste profissional desenvolver vínculo e responsabilização entre a EqSF e população, visando o desenvolvimento das ações de saúde e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Cabe aqui ressaltar que, ao se abordar essa temática sobre as doenças com fator estigmatizante, pois este era um assunto que vinha se repetindo, vários participantes do estudo responderam que não fariam a respeito desse assunto com o ACS, conforme pode ser conferido nas falas dos participantes desta investigação.

Na entrevista com Álvares, por exemplo, verificaram-se mudanças em suas expressões faciais, que passavam a denotar perplexidade e indignação; ou seja, sinais tangíveis de manifestações subjetivas e do simbolismo a que se refere Moscovici (2010), quando o assunto envolvia situação em que o ACS parecia ter exposto caso de algum usuário com doença graves, com potencial estigmatizante, para outras pessoas no mesmo bairro. Em determinado trecho de sua entrevista ele disse:

Teve uma pessoa que era soropositiva, HIV, sabe? Ela mora aqui na vila, esparramou na vila, todo mundo ficou sabendo, você acredita? Foi a agente de saúde que contou, e diz que é profissional de saúde, hem!

Igual um caso que aconteceu também aqui na vila, que a enfermeira olhou o preventivo da mulher e viu que ela tava com câncer, com NIC III, e a enfermeira falou que era para chamar a paciente na unidade para estar conversando. A agente foi na casa da pessoa, e a mulher não estava lá, pegou e falou pra filha dela, fala pra sua mãe ir na unidade que o caso dela é grave, ela está com câncer. A mulher chegou na unidade e xingou todo mundo, foi o maior bafafá. (Álvares 5).

Esta fala faz referência a duas patologias com potencial estigmatizante, o HIV e o câncer. Em relação ao HIV, o participante relata sobre um caso em que uma usuária dos serviços de saúde foi diagnosticada com HIV que o ACS teria feito comentários com outras pessoas e o assunto teria se espalhado na comunidade (*todo mundo ficou sabendo*), indicando que este fato causou repercussão de forma negativa. Por isso, ele se mostrou incrédulo e indignado com o ACS, que jamais poderia divulgar fatos tão íntimos da vida das pessoas, como mostra o seguinte trecho de sua fala: “Foi a agente de saúde que contou, e diz que é profissional de saúde, hem!”.

O participante também relata uma ocorrência de uma usuária doente de câncer, que o ACS teria que avisar para comparecer na unidade de saúde, mas, talvez por falta de preparo do mesmo, acabou revelando a doença à filha desta usuária, que ficou muito aborrecida com o ACS e com toda a equipe de saúde, conforme indica a sua fala quando ele diz: “A mulher chegou na unidade e xingou todo mundo, foi o maior bafafá”.

Noutra fala, o próprio Álvares revelou que sentiu como se sua privacidade tivesse sido invadida, agora não só com relação a doenças estigmatizantes, mas sim com algo que lhe também é íntimo e de cunho pessoal, que é a sua opção sexual; pois o fato de realizar a escolha do parceiro do mesmo sexo não diz respeito a problemas pertinentes a saúde, e sim de cunho afetivo, o que não acrescenta em nada para a realização das atividades a ser desempenhada pelo ACS, como ele refere e acredita ser essa intromissão somente para a realização de comentários com outras pessoas, conforme se infere da seguinte fala:

Comigo aconteceu de um senhor vir me perguntar: é verdade que você está morando com um homem? Eu disse: é verdade, você viu? Ele me contou que foi a agente de saúde que disse. Ela não tinha nada que falar isso, é uma intimidade da minha vida, né. Fica comentando com os outros, né. (Álvares 5).

Imaculada também afirmou que não falaria com o ACS sobre nenhuma doença mais grave, por acreditar ser ele capaz de divulgar dentro da comunidade essa notícia como se fosse num “jornal”. Nota-se aqui que Imaculada também compara a doença de forma

negativada afirmando com isso o estigma e preconceito com relação a algumas doenças, neste caso aqui ela se refere ao câncer, conforme abaixo:

[...] Às vezes, ele pode ficar sabendo de uma coisa íntima minha, né. Por exemplo, o agente de saúde mora na minha vila, me conhece, conhece todo o pessoal da vila; às vezes eu conto uma coisa em casa pra ele, ele vai e conta pra outra pessoa, né. Por isso eu não conto nada, não tenho confiança, né! Se for doença ruim, então nem pensa, como um câncer, sabe? Você sabe né, vila, bairro, comunidade, daqui a pouco vixeeeeee, aquilo vira um jornal. (Imaculada 6).

A fala da participante Rosa (escolaridade não informada), com trinta e dois anos de idade e moradora há três anos em um bairro localizado na região oeste da cidade, reafirma as falas citadas anteriormente por também compartilhar com o mesmo sentimento de desconfiança e insegurança no ACS no que condiz ao fato de referenciar situações ou doenças estigmatizantes, como é o caso da violência doméstica ou de um caso de câncer. Sobre isto ela disse:

No caso de violência eu não contaria. Doença? Poderia até ser, mas no caso de um câncer, ahhh isso aí eu não contaria não! Porque eu ficaria com receio, dela contar pros outros, eu ficaria com receio, não contaria não; às vezes ela tem amizade com certas pessoas e daí às vezes acontece da pessoa acabar falando, aí aquela pessoa fala; então não; não, não contaria. (Rosa 14).

Percebe-se que Rosa, em se tratando de doenças impregnadas de estigmas, jamais revelaria ao ACS com receio de que este revelasse o fato dentro da comunidade, e isso pudesse lhe causar constrangimento. Esse receio de falar sobre as doenças é prejudicial aos objetivos da ESF e da própria PNAB, pois ao ACS cabe esclarecer informações à população, retirando dúvidas e orientando as pessoas da comunidade, livre de qualquer preconceito; mas parece que não é dessa forma que a comunidade está vendo as atribuições desse profissional, devido este não respeitar os problemas vivenciados pelo indivíduo/família sobre os seus cuidados, alastrando isso pela comunidade.

Estes relatos demonstram que se continuar agindo dessa maneira, o ACS acaba contribuindo para a perpetuação do poder estigmatizante e discriminatório que acompanha certas doenças; além de não conseguir realizar uma boa vigilância em saúde em razão da desconfiança dos usuários em relatar-lhe a existência de doenças com estas características; colaborando para ocorrência de danos à saúde de sua clientela, para o aumento da resistência a adesão de terapêutica medicamentosa e para a segregação da pessoa; além de não conseguir interferir na quebra da cadeia de transmissão de algumas doenças.

Outro assunto que merece deferência e bom senso no desenvolvimento do trabalho do ACS refere-se à violência contra a mulher. Esta que é considerada um grave problema de

segurança e saúde não estando restrito a uma classe social, pois atinge a todas as classes, etnias e idades sem distinção. As mulheres vitimizadas de violência costumam não contar sobre os episódios sofridos de maus tratos, pois temem a represália/vingança dos agressores, bem como o preconceito dos profissionais de saúde que as julgam corresponsáveis por esses acontecimentos, muitas vezes cobrando atitudes que elas não conseguem realizar (BRASIL, 2009b).

Desse modo, por experiência em campo de estágio, durante a realização de VDs junto aos acadêmicos de enfermagem e ACS, esta pesquisadora pode relatar que, diversas vezes, deparou-se com suposta situação de violência doméstica, quando, na casa visitada, a mulher apresentava hematomas pelo corpo, queixas ginecológicas como dispaurenia (dor durante relação sexual), entre outros. Outro fato peculiar era o uso por mulheres de vestimentas inadequadas ao clima e horário da visita, para esconder marcas e sinais que, segundo o MS, são indicativos de suspeita de violência (BRASIL, 2009b). Buscando questionar essas mulheres, muitas vezes elas não conseguem expressar a problemática vivenciada, sendo necessário recorrer à realização de outras visitas sem a presença do ACS.

Embora a maioria dos participantes referisse não confiar em relatar ao ACS doenças de alto poder estigmatizante, uma participante mencionou nele confiar, mesmo quando revela ser sua filha portadora de transtorno mental, doença considerada com potencial estigmatizante, conforme pode ser constatado na seguinte fala.

Eu falo pra ela né. Porque parece que ela é uma pessoa bem amiga, né; falo da minha filha, porque ela faz tratamento com o psiquiatra, que ela tem doença da cabeça [nome da doença], fica meia doida, sabe? Eu não tenho receio de falá pra ela. Ela é muito boazinha, amiga. Eu peço pra ela conseguir consulta pra mim, consegui carro pra leva minha filha, né. Remédio, alguma coisa, né. [...] (Márcia 8).

Nesta fala percebeu-se uma ambiguidade se realmente havia um relacionamento de confiança estabelecido entre Márcia e a ACS, pois noutra fala esta mesma participante disse desconhecer o nome da ACS e isto foi interpretado como indicativo de distanciamento na relação entre ambas. Também deve ser considerado que o fato de a participante ver a ACS como bondosa e confiável talvez seja em decorrência de com ela barganhar uma atenção priorizada que vai além da dimensão técnica de suas atribuições; ou seja, esperar que ela lhe facilite o acesso a alguns serviços, conforme indica o seguinte trecho de sua fala: “Eu peço pra ela conseguir consulta pra mim, consegui carro pra leva minha filha, né. Remédio, alguma coisa, né”.

Há estudos que demonstram que uma das expectativas do usuário em relação ao ACS é de que ele sirva de facilitador do acesso ao serviço público de saúde. Ao facilitar o acesso

do usuário, o ACS passa a ser percebido como uma pessoa boa e amiga e não como o profissional que deve atuar prioritariamente na promoção de ações de educação em saúde (MARZARI; JUNGES e SELLI, 2011; GOMES et al., 2010; GOMES et al., 2009; BORNSTEIN e STOTZ, 2008; MENDONÇA, 2008).

Outro fator que se pode verificar é o que tange aos problemas relacionados a doenças ginecológicas e que as participantes referiram não serem capazes de confidenciar ao ACS durante a VD, talvez também pelo receio de quebra de sigilo. Esta situação é preocupante, pois, segundo o MS, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) estão entre os problemas mais comuns de saúde em âmbito universal, fazendo parte desse rol tanto as DSTs curáveis como não curáveis, com consequências sérias de risco de infertilidade feminina e masculina, perdas gestacionais, aumento da probabilidade de infecção pelo HIV, câncer de colo de útero, doença inflamatória pélvica, entre outras que refletem numa baixa qualidade de vida e aumento da morbimortalidade (BRASIL, 2005).

Outras falas remetem a confiança apenas no médico quando se trata de doenças relacionadas à intimidade da pessoa, conforme se vê na seguinte fala:

Eu não contaria sobre minha vida íntima, porque o íntimo da pessoa é só da pessoa, por exemplo, se eu tivesse tendo dor durante as relações eu não contaria tem que contar pro médico; ele não é médico. Ele não vai me medicar, não vai fazer nada disso, então ele não precisa saber nada disso. (Agatha 12).

Nesta fala, Agatha relata que não teria coragem de informar ao ACS sobre alguma doença que ela classifica como “íntima”, principalmente se relacionada a problemas ginecológicos, conforme sugere o seguinte trecho de sua fala: “se eu tivesse tendo dor durante as relações eu não contaria tem que contar pro médico, ele não é médico”. Esta concepção da participante, de que o médico é o único autorizado a conhecer dos problemas de saúde, pois é ele quem prescreve medicação, aponta a prevalência do modelo biomédico de saúde na mentalidade do usuário. Por isso é que ela não exporia ao ACS um problema íntimo/ginecológico, como uma dispaurenia, ou até mesmo alguma outra patologia relacionada como DSTs. Essa mesma situação foi verificada em pesquisa promovida por Seoane e Fortes (2009) na qual os entrevistados daquele estudo referiram, igualmente, possuir dificuldades em revelar informações relacionadas à sexualidade ao ACS por receio de que as informações não seriam mantidas em sigilo.

Em sua fala, Patrícia também refere ser o médico a pessoa mais apropriada para resolver os seus problemas de saúde. Foi observado que ela tinha uma expressão de deboche quando referiu sobre o ACS não ser a pessoa adequada para resolver problemas, por não ser

médico, não sendo, portanto, a pessoa indicada para ela confiar seus problemas, conforme se pode constatar na fala abaixo:

Se eu tivesse algum problema de saúde mais sério, eu ia só procurar o médico, que é quem vai resolver o meu problema é ele, que eu confio, porque o agente (risos) não é médico [...]. (Patrícia 10).

Para Rosa, a imagem do médico é unitiva com a das demais participantes ao referenciar ser ele a pessoa com capacidade para resolver os problemas, pois considera ser o fato de procurar um médico na unidade de saúde um acontecimento diferente em comparação a VD, conforme se observa na fala:

Nãaaaaaaaao, doença séria, acho melhor vim direto no médico ele que sabe que pode resolver [...] igual chegar na unidade procurar um médico isso é diferente! (Rosa 14).

Aurora refere procurar a enfermeira da EqSF sempre que necessita expor problemas pertinentes a sua intimidade, acentua que realiza dessa forma devido à profissional possuir uma escuta qualificada, de forma preservada e reservada, já que a mesma conversa, em uma sala, não fica exposta quando está conversando sobre seus problemas, bem como recebe as explicações pertinentes a suas dúvidas, conforme a seguir:

Quando quero falar alguma intimidade que eu escondo do agente, eu procuro a enfermeira chefe porque a gente pode chegar e conversar, porque ela escuta, ela leva pra uma sala e conversa bastante, explica com jeito, com atenção. [...] (Aurora 1).

As falas analisadas indicam que a percepção de desconfiança no ACS pode refletir negativamente na saúde dos usuários quanto se tratar de doenças com potencial estigmatizante ou relacionadas à sexualidade, resultando na omissão de informações a este profissional quando da realização da VD e a preferência em depositar a confiança e os cuidados diretamente ao médico ou enfermeiro, prejudicando os propósitos da ESF.

Essas mesmas constatações aparecem no estudo de Seone e Fortes (2009) realizado com usuários de uma unidade ESF do município de São Paulo, onde buscou conhecer a percepção sobre a privacidade e confidencialidade de suas informações reveladas ao ACS, sendo os resultados condizentes com os verificados neste estudo, onde os participantes também referiram que, em caso de doenças potencialmente estigmatizantes, as informações só seriam reveladas ao profissional médico ou enfermeiro devido ao sentimento de insegurança quanto à manutenção do sigilo de sua informação caso fossem informados ao ACS.

Outros estudos também revelam insatisfação por parte da EqSF com relação à necessidade de se estabelecer limites de informações redobrando um cuidado ético junto ao ACS, pois muitas dessas informações que são discutidas durante as reuniões que envolvem

informações pessoais dos usuários assistidos pelo ACS, bem como, as que se referem a diagnóstico de doenças, sobretudo as que possuem algum grau de estigmatização e preconceito, como HIV/AIDS, acabam saindo do âmbito da unidade de saúde para a comunidade através de conversa propagada pelo ACS (SEABRA; CARVALHO e FORSTER, 2008; FORTES; SPINETTI, 2004; SEONE e FORTES, 2004).

Em estudo realizado por Valentin e Kruel (2007) ficou constatado que a relação estabelecida entre os usuários e a EqSF é de fundamental importância para o sucesso e a consolidação da ESF como reordenamento de atenção. Aponta que a confiança estabelecida entre a comunidade e a equipe de saúde é a condução para o sucesso do tratamento por eles preconizado. Revela ainda possuir a confiança importância ímpar, e ser o ACS o personagem principal para o estabelecimento desse vínculo, por ser a pessoa de maior contato com a comunidade, mas que, para esse sucesso ser alcançado, faz-se necessário que os dados repassados, muitas vezes confidenciais e constrangedores, sejam mantidos em sigilo.

Portanto o estabelecimento de uma relação de confiança entre o ACS e sua clientela contribui para qualidade dos processos de aconselhamento, adesão ao tratamento e aos serviços de saúde, sendo necessário assegurar confidencialidade das informações e evitar a abordagem sobre as intimidades dos relacionamentos dos usuários, buscando compreender o juízo que possui a respeito de riscos, doença e saúde, sendo o preconceito, juízos de valor e imposição de condutas fatores ou atitudes que devem a ser evitados. (BRASIL, 2012).

Esses mesmos conceitos são repassados ao ACS no “Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde”, que traz orientações referentes à atenção a ser dispensada por ele quando da execução das suas atividades, ao realizar abordagens sobre DST/AIDS, violência familiar e saúde mental, assinalando o seu papel auxiliador na prevenção, detecção precoce ou, até mesmo, no arrefecimento do agravamento da situação de saúde das pessoas sob sua responsabilidade e Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2009b).

A PNAB preconiza que se estabeleça entre o usuário e a EqSF relações de vínculo, que por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre os mesmos (BRASIL, 2011). No entanto, não é possível assegurar que o ACS tenha recebido formação adequada para cumprir esta gama de atribuições, pois os requisitos básicos para o exercício da profissão exigem o ensino fundamental e a conclusão de curso introdutório de formação (BRASIL, 2006a).

Parece ser evidente, ainda, que os ACS, na maioria das regiões do país, iniciaram suas atividades laborais sem nenhuma formação específica, receberam apenas noções básicas sobre o que coletar durante as VDs e que eles acabam por aprender-fazendo no cotidiano de

suas atividades, que são desenvolvidas dependendo do julgamento e do bom senso de cada um (CORIOLANO e LIMA, 2010).

Sendo assim, pode se pensar que para que ocorra o devido estabelecimento de confiança entre o ACS e a comunidade faz-se necessário que a capacitação mantenha um foco nas questões éticas, bem como, nos agravos a doença, pois estudos referem que obtendo conhecimento a esse respeito na visão do profissional se consegue obter uma maior credibilidade, confiança e sensibilizar a comunidade para que o tratamento ocorra; ademais; se acredita que o processo de capacitação deve priorizar tanto as necessidades do ACS quanto da comunidade, bem como, ser baseado na lógica do modelo da produção social de saúde enfatizados pelos princípios do SUS, para que possam de fato contribuir para uma mudança de paradigma e consolidação da ESF (DUARTE, 2011; GOMES et al, 2009; FORTES e SPINETTI, 2004).

Concluindo a análise destas falas, chega-se ao ponto de desocultação de uma RS que a comunidade constrói em relação à confiança no ACS. Ela tem como ponto de partida o senso comum em circulação que indica uma imagem de falta de confiança da comunidade neste profissional.

A ancoragem desta concepção é estabelecida mediante a correlação positiva com os protótipos que indicam confiança dos usuários, como o médico, o enfermeiro o recenseador do IBGE etc.; ou negativa, com os paradigmas que indicam desconfiança, como a pessoa que não guarda sigilo, o fofoqueiro, a pessoa que não tem ética, o vizinho, etc.

A objetivação dessas qualidades icônicas do ACS é revelada quando se constata que as abstrações e significados a respeito da confiança nele são postas em operação no cotidiano das pessoas, ocorrendo principalmente através da rejeição, com a sonegação de informações e de sentimentos como receio ou medo de que ele possa revelar na comunidade fatos que os usuários preferem manter em sigilo. Esta RS opõe de forma prática e consensual a imagem reificada do ACS como sendo o “elo de ligação” em contraste com a imagem que sua clientela o percebe como sendo “elo da fofoca”.

Nem o fato de o ACS residir no mesmo bairro de sua clientela parece facilitar o estabelecimento de vínculo de confiança. Aliás, o que a investigação indica que isto é mais um fator de desagregação da confiança da comunidade no ACS, pois o fato de ser vizinho dos usuários está sendo interpretado, pela própria comunidade, como condição que facilita a propagação de conversas e fofocas, contribuindo para construção de sua representação social como profissional não confiável no município onde foi realizada a investigação.

A propósito, estudo realizado por Jardim e Lancman (2009) no Estado de São Paulo, onde buscou compreender os aspectos subjetivos do trabalho do ACS, também foram encontrados dados semelhantes e que corroboram com os constatados neste estudo. Também naquela investigação, foi observada a resistência enfrentada pelo ACS quando da realização da VD, referindo a negativa da população em abrir a porta ou o portão da residência para realização da VD, de o usuário simular que não se encontrava no domicílio e até mesmo o caso em que uma profissional foi recebida pela moradora e esta lhe jogou água quente. Este estudo demonstra que esses fatos ocorrem porque a maioria dos moradores também não possuía confiança no ACS.

Noutra investigação promovida por Mendonça (2008) em Campo Grande, mesma cidade deste estudo, foi observado, no livro de anotação de uma enfermeira da ESF que o primeiro tópico anotado se reportava à recusa das pessoas em receber a VD do ACS, além de outras observações sobre as reações consideradas sutis, manifestadas pelos moradores e que identificavam não aceitação da visita, tais como: não abrir totalmente a porta, não ir até o portão e manter distância, deixar entrever movimentos de cortinas entre outros. Por sua vez, os ACS referiram que também utilizavam estratégias para conseguirem realizar a VD e serem recebidos pelos moradores, tais como: não ficar na frente do olho mágico, tentar explicar o mais rápido possível o que pretende com a visita e, quando em condomínios residenciais, buscar auxílio de outros moradores.

Na abordagem de Martinez e Chaves (2007), constatou-se que um bom relacionamento do ACS com a comunidade local depende da aceitação desse profissional, que tem de ser dotado de competência para trabalhar as questões relacionadas a todas as formas de preconceitos, de ética e sigilo profissionais. Sustenta ainda que a VD é o veículo fundamental para o estabelecimento da relação de confiança e a sua quebra deve ser tratada como algo injustificável, já que a revelação da privacidade e da confidencialidade das informações dadas pelos usuários acarreta desrespeito ao cidadão e implica a perda da qualidade do atendimento.

Cabe ressaltar que o compromisso da confidência, ou seja, de manter o sigilo sobre a vida privada da clientela adscrita é de fundamental importância para o estabelecimento de uma relação de confiança mútua, necessária ao bom despenho de todas as ações dentro de uma ESF. Nesse processo, o ACS desempenha um papel primordial para construção da confiança da comunidade assistida, devendo garantir o sigilo das informações que lhes são reveladas durante as visitas realizadas na residência de sua clientela adscrita, a fim de não contribuir para a criação ou propagação de estigmas sobre fatos ou acontecimentos envolvendo pessoas assistidas por uma ESF (BRASIL, 2012).

Por fim, apesar da constatação de uma RS de desconfiança da comunidade no ACS, é possível que ela possa estar sendo influenciada pela concepção do modelo Biomédico de saúde, ainda arraigado na mentalidade das pessoas, representado institucionalmente pela concepção de *posto de saúde* e nas figuras do *médico* e do *enfermeiro*; objetivada na rejeição, no medo e na desconfiança, conforme indicaram explicitamente algumas falas. Este quadro sugere, ainda, a necessidade de adoção de mecanismos que possibilitem a melhoria de relacionamento entre o ACS e sua clientela, com a constante capacitação a fim de dotá-los de condições e capacidades para que possa realmente realizar atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, buscando o efetivo cumprimento dos preceitos da ESF, conforme estabelecido na PNAB, para que o ditado popular que diz: “confiança quebrada, nunca recuperada”, não se torne, definitivamente, o retrato da confiança da comunidade no ACS e este profissional de saúde possa, efetivamente, cumprir com a missão de servir de “elo de ligação” entre a Comunidade e o Sistema Público de Saúde.

4.3. TRABALHO OU ENROLAÇÃO: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Esta seção trata da análise de mais uma categoria que emergiu das falas dos participantes do estudo, relacionada à visão que os usuários possuem do ACS como um trabalhador dos serviços públicos de saúde e membro dentro da EqSF. Na primeira parte a análise é direcionada a demonstração do senso comum, compreendido como o universo de opiniões populares que está em circulação nos bairros da cidade onde o estudo foi desenvolvido, sobre o trabalho realizado pelo referido profissional; ou seja, as impressões preliminares que indicam a opinião das pessoas a respeito das atividades desenvolvidas pelo ACS e percebidas como trabalho. Na sequência, demonstra-se a representação social que a comunidade constrói a respeito do ACS enquanto trabalhador, mediante a demarcação dos processos de ancoragem e objetivação, que permitem a compreensão dos mecanismos que indicam como as pessoas assimilam na mentalidade esta visão específica sobre o referido profissional. Cabe frisar que não é objetivo desta investigação a teorização sobre conceitos de trabalho e trabalhador, mas apenas e tão somente sobre aquilo que a população relaciona a trabalhador e trabalho, compreendidos no âmbito das atividades e serviços desenvolvidos pelo ACS junto a sua clientela.

Considerando que o ACS é um profissional estratégico dentro de uma EqSF, a ponte que liga diretamente a comunidade com a UESF; foi proposto desvelar como as pessoas têm compreendido as atividades por ele realizadas e como isto influi na construção de uma representação social, com a demonstração do senso comum, confirmado pela objetivação e ancoragem.

Enrolação não é serviço, parece ser um senso comum sobre as atividades desenvolvidas pelo ACS. É o que se pode verificar na primeira fala trazida para análise. Trata-se da fala de Miriam, que já disse não confiar nos ACS porque eles são seus vizinhos. Ao ser questionada sobre o trabalho realizado pelo referido profissional ela afirmou:

Como eu posso dizer [pausa], bem, [...], aí sai em bando dois pra lá, dois pra outro lado e, na hora de fazer a visita, é rápido. Enrolação. Não serviço. (Miriam 16).

A primeira percepção que Miriam revela nesta fala é de que o ACS não realiza o seus serviços de forma eficiente e adequada, compatível ou comparável com o que ela entende por trabalho (marcar consulta, exame, recolher lixo do quintal, etc.), por isso a frase: “na hora de fazer a visita, é rápido”. A fala demonstra ainda, que a participante possui uma visão própria

das atividades desempenhadas pelo profissional e que a fazem acreditar que ele procrastina a execução de suas atribuições, por isso a afirmação: “Enrolação. Não serviço”. O tom de sua fala foi assim mesmo, pontuado entre uma frase e outra para demonstrar, para marcar o caráter taxativo daquilo que acabava de afirmar. Esse caráter definitivo da afirmação veio confirmado pela fala oculta manifesta na linguagem corporal, trazida à tona por uma expressão facial de gravidade, aquela com as sobrancelhas arqueadas, testa franzida e o balançar da cabeça de um lado para outro (sinais subjetivos), conforme anotado no diário de campo, demonstrando desaprovação.

Para Moscovici (2010) os sinais, os gestos as expressões são convenções que nos possibilitam conhecer o que representa o quê. Ou seja, interpretar uma mensagem como significante em relação a outras, como, por exemplo, se um braço é levantado para chamar atenção de outro, para saldar um amigo ou demonstrar impaciência. Usamos sistemas e sinais preceptivos para interpretar representações de mundo como substituto de sinal ou som, reproduzindo a mesma experiência que se produziria no mundo natural.

Ainda sobre o quesito trabalho, a opinião de Álvares parece não ser diferente; aliás, sua fala é bastante similar à de Miriam quando, na sua entrevista, passou-se a abordar a sua opinião sobre o trabalho realizado pelo ACS. Suas considerações também foram em tom de desaprovação como se pode observar do trecho abaixo transcrito:

[...] Ele tem que ficar no mínimo 30 minutos na visita domiciliar, e muitos deles não têm esse compromisso, porque começam a trabalhar oito, oito e meia e quando dá nove e meia dez horas tá em casa, faz rodinha de tereré um na casa do outro, isso é trabalhar? Isso é enrolar [...]. (Álvares 5).

Nessa fala, percebe-se que Álvares também manifestou um senso comum sobre o trabalho do ACS como sendo enrolação, isso porque, para ele, quem inicia seu trabalho às 8h ou 8h30m e encerra às 9h30m ou 10h e ainda participa de roda de tereré nesse meio tempo não trabalha. Por isso a indagação “isso é trabalhar?” como se estivesse afirmando que não, logo na sequência complementa respondendo que é “enrolação”, ou seja, fazer o tempo passar e fingir que está fazendo alguma coisa. O sentido de enrolação que a população dá para a palavra nesse contexto é justamente este, o de ludibriar, de enganar, de passar o tempo sem fazer nada.

Essa fala corrobora com a anterior e indica os primeiros lampejos de um senso comum em referência ao ACS que está circulando nas comunidades, nos bairros e vilas da cidade de estudo, onde a população parece não percebê-lo como um trabalhador, mas sim como uma pessoa que, apesar de ser classificado formalmente como trabalhador, está sendo

comparada a pessoa que não trabalha; ou melhor dizendo, o consenso que começa a transparecer é de que o ACS é um profissional que, apesar de empregado, contratado e pago para desempenhar suas funções, simplesmente não trabalha. A fala indica que o ACS deveria realizar VDs de mais de trinta minutos, mas eles começam a trabalhar às oito horas ou oito e meia, encerrando suas atividades às nove e meia, dez horas. Também, indica que eles se reúnem em grupo durante o horário de expediente em roda de tereré, que são percebidas por sua clientela de forma negativa, por isso a frase: “isso é trabalhar? Isso é enrolar”.

A similitude de falas sobre o trabalho realizado pelo ACS ou sobre sua imagem como trabalhador perante as comunidades parece ser uma constante nos discursos, embora de diferentes participantes, indicando a existência de um senso comum, em que a palavra enrolando ou enrolação demonstram a percepção que as pessoas estão formando a respeito das atividades desse profissional, como no caso de Agatha, que lhe fez a seguinte referência:

Já, já vi (risos) caso do agente morar perto e ele fica mais na casa dele do que trabalhando, tá enrolando. Tem gente que fala: eu não vejo fulano, ah fulano passou aqui? Às vezes a gente fala: não fulano ainda não passou, por quê? Tá enrolando. (Agatha 12).

A análise dessa fala fornece a percepção de que, no momento em que se disparou a pergunta referente ao trabalho do ACS, ela passou a adotar uma linguagem corporal de desaprovação e de fala em tom de deboche (anotados no diário de campo), marcada por risadas que podem evidenciar uma experiência conhecida, conforme sugere Moscovici (2010), sobretudo quando afirma já ter visto ou percebido que o ACS de sua área passa mais tempo na própria casa do que fazendo visita nas residências, justamente no horário em que deveria estar trabalhando, contribuindo assim, para a formação de um senso comum de que o trabalho do ACS é apenas uma encenação sob o seu ponto de vista, por isso que ela afirma no final: “Tá enrolando”.

A confirmação de que as pessoas têm enxergado o trabalho realizado pelo ACS como mera encenação se confirma nas demais falas, como a de Roberta, que foi enfática em afirmar:

[...]. Eles ficam sentados no meio fio, embaixo de árvore, tomando tereré. Se você sair na rua você vai encontrar, há casos que quando é quatro, quatro e meia (tarde) o agente comunitário já foi lá buscar o filho na creche já faz é tempo né. [...]. Acho que eles burlam o serviço deles, enrolam, sabe? Com certeza se você for atrás você pega; se ir atrás pega! Eles querem dar nó de tudo quanto e jeito, faz jogo de horário, se ir atrás você pega. (Roberta 15).

Interessante! O mesmo discurso persiste. As falas são muito semelhantes e indicam que a comunidade tem percebido os ACS sentados embaixo de árvores e tomando tereré

durante o expediente, que, antes do horário previsto, é encerrado para tratar de assuntos de interesse pessoal. Por isso Roberta afirmar que eles “enrolam” o serviço, não havendo compromisso de trabalhar de forma eficaz, sem o cumprimento devido da carga horária estabelecida. Expressa que eles possuem por costume ficar sentados no meio fio da rua, embaixo de sombra de árvores e em rodas de tereré, fato esse facilmente visível aos olhos da população, chegando a lançar um desafio ao entrevistador quando disse: “se você for atrás você pega”. Quis com isto constatar e comprovar o que acabara de afirmar, por isso é que suas impressões sobre o trabalho do ACS é de que eles burlam utilizando os mais diversos tipos de expediente para “dar o nó de tudo quanto é jeito”.

Pelas falas até agora analisadas já é possível inferir que o senso comum que começa a se consolidar sobre o trabalho e a condição do ACS como trabalhador é de que ele não trabalha. Isso fica evidente porque os moradores dos bairros tem presenciado o profissional embaixo de árvores, sentados em sarjetas nas ruas tomando tereré em roda com os seus companheiros de serviço, quando deveriam estar realizando as VDs, deixando transparecer nas comunidades aquela imagem de pessoa que burla o serviço, ou como dizem as falas: “enrolando”.

A análise da fala de Patrícia também revela a mesma constância de outras falas, no sentido de confirmar um senso comum sobre o trabalho desenvolvido pelo ACS quando afirmou:

Tipo, a agente de saúde deveria ver como e que tá a saúde do povo, então eu acho que ele deveria sair por aí todo o mês né, mas eu não vejo isso, e já faz tempo que eu moro aqui. Ah ! sei lá! deveria prestar mais atenção, andar mais nas casas, mas o que eles fazem é ficar andando na rua, por aí, conversando, sentado debaixo de árvore, enrolando. (Patrícia 10).

O que Patrícia deixa transparecer nessa fala é uma repetição das demais, o refrão “debaixo da árvore, enrolando”, dá a dimensão das razões pelas quais a imagem do ACS torna-se desgastada perante a sua comunidade; suas atitudes durante o horário de trabalho deixa na população a impressão de que ele está procrastinando o serviço, deixando o tempo passar sem trabalhar até encerrar o expediente de trabalho. Assim sendo, parece possível notar que o entendimento que vai se afirmando nas falas dos participantes é de que o ACS não realiza suas atividades; ou seja, ao invés de realizar a VD, pois este é o motivo de caminhar pela comunidade, ele permanece na visão dos moradores, ora andando na rua, conversando, ora sentado embaixo das árvores, fazendo com que percebam que esta não é a forma correta de se trabalhar. Desse modo, pode-se inferir que começa a ressoar um senso comum de que o ACS enrola o serviço (engana) e não trabalha.

A próxima fala que faz referência ao senso comum sobre o trabalho do ACS é a de Margarida. Em determinado momento de sua entrevista, quando indagada sobre sua percepção do trabalho realizado por aquele profissional, ela afirmou:

Encontro todo dia com eles, sempre vejo um ou outro zanzando [...] Daí não sei não (pausa), aqui todo mundo acha que isso é só enrolação. Com tanta coisa pra fazer, fica pondo essas pessoas só pra ficar andando à toa, xeretando. (Margarida 3).

“Aqui todo mundo acha que isso é só enrolação”. Esse trecho da fala dá a exata dimensão do senso comum. Porém deve ser salientado que essa fala não vem carregada só das impressões da Margarida, uma leitura mais acurada leva a crer que essa pode ser uma visão da comunidade onde ela reside, pois faz uma afirmação como se representasse toda a comunidade. Aliás, ela pareceu ter plena consciência do que afirmou, porque a pausa de sua fala indicou momento de reflexão antes de fazer a afirmação, combinando com a linguagem não verbal ao levar a mão até a testa e olhar para o céu enquanto fazia a afirmação — percepção da pesquisadora devidamente anotada no diário de campo — indicando uma possível experiência ou eventuais conversas sobre o trabalho do ACS com outras pessoas, em que a conclusão também foi de que eles enrolam o serviço, pelo menos isso foi o percebido.

Quando as palavras exteriorizam certos significados é que se percebe o desocultar das representações do ACS enquanto trabalhador. Sendo assim, quando as pessoas começam a manifestar uma opinião a respeito de um determinado assunto, e esta começa a se propagar de boca em boca, atingindo um universo cada vez maior de pessoas, acaba sendo aceita como verdade, como realidade, ainda que seja uma realidade produzida somente a partir de ideias e impressões, ainda que seja um reflexo pálido de uma realidade social; esta propagação de opiniões, de certa forma, representa o universo social.

Entretanto não se pode afirmar que essas primeiras impressões dos participantes a respeito do trabalho ou da figura do ACS como trabalhador constituem-se numa RS da coletividade sobre ele. Talvez se trate apenas de uma opinião do público, ou como afiança Serge Moscovici, de “um conjunto de proposições, de reações que tocam pontos particulares [...] que constituem por sua vez universos de opiniões” (MOSCOVICI, 2012, p. 62) daqueles que se dispuseram a falar o que pensam sobre o trabalho do ACS que está mais perto de sua realidade cotidiana enquanto produto da condensação de uma racionalidade coletiva direta, diversificada e difusa.

Desse modo, considera-se que cada participante é, por assim dizer, um autodidata que aprende o sentido das coisas mediante aquilo que observa acontecendo a seu redor, de modo que, quando expressam a opinião sobre alguma coisa, fato ou situação, é como se o

fizessem como porta-voz de um grupo, e não como pessoa particular falando por si mesma, indicando que essa representação pode ser caracterizada como uma RS, e não apenas meras opiniões pessoais (MOSCOVICI, 2012).

Sendo assim, pode-se constatar, então, a existência de indícios, ou melhor, de evidências de um senso comum da comunidade, que exprime um conceito, uma marca, uma forte impressão em relação ao trabalho realizado pelo ACS. O discurso que se propaga é de que o seu trabalho não é eficiente, que não cumpre com o seu dever como trabalhador, ou seja: que o ACS não trabalha, que ele enrola o serviço em rodas de tereré. Se as palavras afirmam isto a respeito do trabalho do ACS, esta é a realidade que a comunidade conhece e que lhe parece real, é o senso comum que indica uma possível RS, a ser confirmada pela ancoragem e objetivação.

A desocultação do processo de ancoragem do ACS como profissional que não trabalha é estabelecida a partir de uma correlação do senso comum sobre aquilo que a comunidade compreende como trabalho ou trabalhador. Mas como as pessoas ouvidas nesta investigação reconhece um trabalhador?

Segundo Guareschi (2011), no processo de ancoragem, enquanto uma das etapas de construção de uma representação social tem-se no protótipo um dos elementos principais para definição de categoria; isto é, a partir dele que podemos classificar, comparar e decidir se há semelhança entre aquilo que queremos conhecer com o arquétipo escolhido, para depois promover a generalização e a familiarização com aquilo que até então nos era estranho e não familiar.

Desse modo, pode-se afirmar que aquilo que se tem definido claramente, que está devidamente ancorado nas mentes, que é familiar, está decantado, é o protótipo. Sendo assim, o modelo de trabalhador é produto de construção desde a infância — quem não tem aquela imagem do pai ou da mãe saindo de casa cedo, de manhã, dizendo que vai trabalhar e chega ao final da tarde se dizendo cansado de tanto que trabalhou? Até mesmo em cantigas de ninar — nana neném que a cuca vem pegar papai foi pra roça mamãe foi trabalhar. Enfim, a experiência social dá uma noção clara daquilo que pode ser considerado trabalhador.

Sendo assim, pode se afirmar que a representação de trabalhador para os participantes dessa investigação é da pessoa que vive do produto de seu trabalho, que cumpre com a carga horária definida, que na maioria das vezes sai de casa de manhã e retorna ao final do dia após uma jornada de trabalho, pessoa que se cansa, que não enrola o serviço deixando o tempo passar, ou seja, que não deixa de cumprir com o que é da sua competência, principalmente se for para cumprir algo de cunho particular e não corporativo; que durante o

seu horário de trabalho deixa de tratar de interesses pessoais para se dedicar à execução das tarefas que são decorrentes de uma relação de emprego.

Os participantes ouvidos nessa investigação também têm seus próprios protótipos daquilo que consideram trabalhador, afinal, muitos deles também são obreiros, ou um dia já foram e hoje estão aposentados. Partindo dessa constatação, pareceu fácil aos participantes deste estudo dizer o que consideram como trabalhador, o que classificam como trabalhador, a fim de comparar o modelo de trabalhador definido pela comunidade com a pessoa do ACS.

Para Moscovici (2010), essas classificações são perpetradas comparando a um modelo comumente aceito como representante de uma classe, por isso os participantes do estudo ancoram o ACS como não trabalhador, porque já possuem um modelo assimilado daquilo que consideram trabalhador. Como o ACS não se amolda àquele arquétipo, certamente a sua classificação ficará numa categoria de não trabalho.

E como a comunidade, aqui representada pelos participantes do estudo, ancorou a condição de trabalhador do ACS? Para responder a essa indagação, procede-se à análise das falas para tentar demonstrar como ocorreu o processo de ancoragem do ACS como trabalhador da EqSF.

A primeira fala resgatada para análise do processo de ancoragem dessa categoria é de Miriam. Ela manifestou o senso comum de que o trabalho do ACS não é serviço, é apenas enrolação. Nessa fala, também se identificam os indícios do processo de ancoragem. Assim ela disse durante sua entrevista:

Eles ficam mais sentados [...]. Aí eles viram ali tem uma árvore bem ali na esquina que tem uma mureta, eles ficam lá, [pausa], não sei se essa hora tem alguém lá sentado, com tereré, porque eles ficam até umas oito e pouco, nove e pouco sentados [...]. (Miriam 16).

“Eles ficam mais sentados”. Foi dessa forma que Miriam se referiu ao trabalho do ACS. Pode-se notar que ela possui um padrão próprio do que considera como pessoa que trabalha. Ou seja, trabalhador para ela não é aquela pessoa que fica sentada o tempo inteiro durante o expediente, e muito menos tomando tereré. Pode ser visualizado nessa fala o núcleo figurativo de um trabalhador na referência a ficar sentado em roda de tereré. Trabalhador é aquele que, durante o serviço, está executando algo de produtivo, justamente o oposto da referência ao trabalho do ACS. Portanto, se o referido profissional da EqSF não se enquadra no modelo de trabalhador escolhido por ela, acaba sendo definido no seu processo de ancoragem como alguém que não trabalha.

Roberta foi outra cujo processo de ancoragem revelou uma concepção de trabalhador do ACS diferentemente daquela categoria de um trabalhador ideal. Retoma-se parte de sua fala, na qual se pode notar muita semelhança com a fala de Miriam no que concerne ao trabalho realizado pelo ACS, quando afirmou:

Como ficam? Eles ficam sentados no meio fio, embaixo de árvore, tomando tereré. [...]. O que eu acho disso que mesmo saber? Acho que eles burlam o serviço deles, enrolam, sabe? [...]. (Roberta 15).

A análise dessa fala indica que Roberta classificou o ACS na categoria de profissional que não trabalha talvez porque ela já lhes tenha presenciado sentados no meio fio, embaixo de árvore e tomando tereré durante o horário de expediente, comportamentos estes que distanciam aquele profissional do paradigma de trabalhador que ela já possui. Ou seja, um trabalhador jamais ficaria sentado embaixo de árvore no meio fio, em rodas de tereré durante o horário de expediente, daí a relação do ACS como profissional que não trabalha.

Retoma-se a mesma fala de Álvares já analisada anteriormente porque ela também revela a ancoragem do trabalho realizado pelo ACS na sua percepção, quando ele diz:

[...] Ele tem que ficar no mínimo 30 minutos na visita domiciliar, e muitos deles não têm esse compromisso, porque começam a trabalhar oito, oito e meia e quando dá nove e meia dez horas tá em casa, faz rodinha de tereré um na casa do outro [...] (Álvares 5).

As afirmações da fala são as referências que o participante tem notado no trabalho do ACS. Ela sabe que a VD realizada não atinge o tempo mínimo de trinta minutos conforme é preconizado e isto acaba influenciando negativamente na classificação do ACS como trabalhador em razão de não observar o tempo mínimo da visita. Desse modo, a sua figura não se ajusta ao paradigma de trabalhador reconhecido pelo participante. O fato de não cumprir a carga horária (começam a trabalhar oito, oito e meia e quando dá nove e meia dez horas tá em casa) e promover “rodinha de tereré” deixa transparecer que, na visão deste participante, o ACS utiliza subterfúgios para não realizar suas atribuições, distanciando-se do seu conceito de trabalhador. Essa constatação fica evidente quando prossegue em sua fala dizendo:

Falta comprometimento, falta compromisso do agente de estar fazendo o trabalho dele correto de passar informação certa, fazer a visita entrar na casa da pessoa conversar, orientar sobre a saúde, olhar cartão do hipertenso ou outro, verificar se está tomando a medicação, se tá fazendo mal ou não, olhar o cartão da criança, verificar peso, vacina tudo isso, perguntar se a criança está bem, além do mais olhar parte de fora, se tem lixo acumulado, foco de dengue, [...] o agente vai se folgando, porque as pessoas são assim: quando tem alguém cobrando ele fica esperto, senão vai se folgando. (Álvares 5).

A referência à falta de comprometimento com suas atribuições aparece novamente, desnudando a concepção do Álvares de que o ACS não trabalha porque no seu protótipo de trabalhador está o comprometimento com o serviço. Como ele não tem percebido esta qualidade no ACS acaba promovendo a ancoragem como profissional que não trabalha.

A próxima fala é de Prado. Durante a realização de sua entrevista, foi possível perceber em vários momentos o seu descontentamento com a pessoa do ACS. A sua fala revela um conceito prévio e categorizado daquilo que espera do aludido profissional e dos serviços por ele desenvolvidos ao afirmar:

Eu acho que a função é visitar as famílias dar uma orientação boa para cada um, para cada pessoa, saber a história, ter um acompanhamento de cada pessoa, pra que possa de melhor forma estar vendo a questão da saúde, de higiene; eu acho que é essa a função dele. Ele tem que ter empatia com a pessoa, saber que ela é uma funcionaria que a comunidade precisa, ter uma orientação boa, conversar melhor, procurar saber da pessoa o que ela está sentindo, o que se passa dentro da casa, ela eh... Sabe, [pausa] como eu posso dizer? ela não pode resolver muito com atitude, mas com palavra, tem que ter uma orientação boa. Porém não é esse trabalho que a gente vê. (Prado 2).

Pode ser notado nessa fala que o participante tem sua própria compreensão acerca da VD, que seria basicamente para orientação das famílias nas questões de higiene e saúde; além disso, considera que o ACS deve possuir empatia e senso de servir a comunidade como funcionário público, ser dotado de conhecimento necessário para realizar orientações, conversar e saber quais são as reais necessidades ou carências das pessoas assistidas.

As expectativas de Prado estão em sintonia com a PNAB, que projeta o ACS como um profissional que deve acolher, ouvir e ofertar respostas positivas à sua clientela, com capacidade de solucionar a maioria dos problemas de saúde e/ou minimizarem danos e sofrimento, buscando estabelecer relações de afetividade e confiança, corresponsabilização pela saúde e longitudinalidade do cuidado, ou seja, um perfil profissional bastante complexo, para o qual talvez ele não esteja sendo suficientemente preparado; frustrando a expectativa do participante e refletindo no seu reconhecimento como um trabalhador dos serviços públicos de saúde sob uma perspectiva negativista.

Mas qual foi à ancoragem que Prado fez do trabalho do ACS ou de sua representação como trabalhador? E em sua própria fala, pode-se observar esse processo neste discurso:

Olha, eu acho que ele tem que ser preparado, que deveria melhorar a capacidade, [...] tem que ter mais compromisso com as pessoas, pois ele não tem compromisso nenhum, não se preocupa com o serviço, não se preocupa em estar melhorando, não se preocupa em estar mudando, não se preocupa com as pessoas. (Prado 2).

Pela análise dessa fala, pode-se notar a desocultação do processo de ancoragem com base no mesmo núcleo figurativo já observado de outras falas, como a de Álvares, por exemplo, para quem o protótipo de trabalhador é de alguém que deve possuir compromisso com os serviços que executa. Nessa fala, Prado repete esse mesmo núcleo figurativo do compromisso que deve ter um trabalhador. Como ele não percebe essa qualidade no ACS, acaba não o enquadrando naquele protótipo de trabalhador idealizado, promovendo a sua ancoragem de forma negativa como profissional que não trabalha.

Retomando a mesma fala de Margarida já analisada no senso comum, agora com foco no processo de ancoragem, nota-se nela algumas características que o distanciam o ACS do paradigma de trabalhador na sua concepção, dele quando ela diz:

Encontro todo dia com eles, sempre vejo um ou outro zanzando. [...]. Daí não sei não (pausa), aqui todo mundo acha que isso é só enrolação. Com tanta coisa pra fazer, fica pondo essas pessoas só pra ficar andando à toa, xeretando. (Margarida 3).

Nesta fala o que é significativo para demarcar a ocorrência do processo de ancoragem do ACS como profissional que não trabalha são três palavras que remetem a um mesmo núcleo figurativo: “zanzando”, “andando à toa” e “xeretando”. Porque se afirma isso? A resposta é porque na concepção desta participante, o que transparece em seu discurso e ela tem presenciado e inferido no seu cotidiano, é o referido profissional vagando ao léu, perambulando pelas ruas do bairro sem destino conforme indica o trecho da fala: “encontro todo dia com eles, sempre vejo um ou outro zanzando” e ao final completa: “xeretando”, distanciando-o do protótipo de trabalhador. Esta constatação parece se confirmar na sequência da fala quando ela afirmou:

Eu acho que ela não é igual a quem trabalha não, porque eu vejo ela de papinho com um, com outro, isso é estranho; outra coisa: pra mim eles são preguiçosos, pois,, quando vêm na visita faz tudo rápido, tem um monte de coisa para perguntar sobre saúde, doença, eu acho que pra sobrar mais tempo. (Margarida 3).

Nesse outro trecho de sua fala, observa-se que Margarida demonstra uma concepção que não enquadra o ACS no modelo de um trabalhador eficiente, pois segundo ela, ele desempenha o seu trabalho de forma imprópria conforme revela o seguinte trecho: “porque eu vejo ela de papinho com um, com outro, isso é estranho”. Esta forma de trabalho revela-se como algo estranho para a participante e por isso ela compara a ACS a uma pessoa que procrastina o serviço e, por isso, não enquadra no paradigma de trabalhador que já tem guardado no seu repertório imagético de trabalhador.

De todos os participantes que fizeram parte do estudo, apenas Joana referiu que o ACS realiza suas atividades de forma correta na sua concepção, ou seja, de profissional que se enquadra no paradigma de trabalhador, contrastando com a maioria, conforme pode ser verificado em sua fala abaixo transcrita:

Sempre eu vejo ela fazendo visita, sempre com a bicicleta, ela tá aí, ainda mais agora com esse caso da dengue ela tá aí mesmo, recolhendo o lixo fazendo aquelas coisa toda, tudo, tudo, trabalhando. (Joana 4).

Nessa fala, nota-se que Joana apresenta uma imagem do ACS como profissional que cumpre com os seus deveres, que são de realizar a VD, recolher lixo e fazendo “tudo” o que se espera dele como trabalhador. Questionada, então, se compreendia qual o trabalho que o ACS deveria realizar na comunidade, a fim de compreender o que significava para ela a afirmação “aquelas coisa toda, tudo, tudo”, ela respondeu:

Eu acho que é “cuidá”, né, da população é zelar, né. Eu acho que é saúde né. Vê às vezes eles vão até no quintal, né? Ou se alguma criança tá com problema, pergunta da saúde das crianças, se não precisa marcar nada, se não teve febre, as vacina, alguma coisa, uma dor de cabeça, eles olham tudo isso, entendeu? Recolhe o lixo. Pergunta de todos, para marcar com o médico essas coisas que ela faz, ela que agenda que, quando eu preciso, ela leva tudo certinho. Então nessa parte eu não tenho que reclamar dela não. Ela é uma pessoa muito boa, às vezes, vem com o médico [...], Ela tem muito cuidado pelo menos lá em casa, pelo menos ela, né. Porque a parte que eu moro é ela que cuida, a parte de baixo é outro rapaz que cuida; aí eu não sei. (Joana 4).

Pode-se inferir pela análise dessa fala que Joana promoveu a ancoragem da figura do ACS como trabalhador, apesar de reconhecer as suas atribuições profissionais, precisa de mais esclarecimento para não esperar do citado profissional o exercício de atividades que vão além de suas atribuições ou de percebê-lo como um mero catador de lixo, pois esta não é sua função. Essa mesma concepção foi observada na fala de Miriam, revelando o processo de ancoragem do ACS como profissional que não trabalha porque deveria realizar limpeza no bairro catando o lixo jogado pelas pessoas.

[...] Eu disse para ela. Por que que vocês não aproveitam esses mutirões de vocês, que ficam andando de um lugar por outro só e não andam com um saco de lixo catando as embalagens que o povo joga pela rua? porque são relaxados joga mesmo, você aproveita sua viagem e ensaca tudo! Ali pra cima tá cheio. Ela achou ruim. (Miriam 16).

Na pesquisa realizada por Mendonça (2008), foi constatado esse mesmo discurso em que os moradores percebiam o ACS como “faxineiros de quintal”, Talvez por estar ancorado com a prática campanhista verticalizada de limpeza de quintal e remoção de lixo, em contraponto com o novo paradigma de saúde adotado pela atual PNAB.

A última fala analisada para demonstrar como os participantes promoveram a ancoragem do ACS como profissional que não trabalha é de Aurora. Em sua entrevista ela disse:

Cada quadra cada quarteirão, cada área, tem uma agente, então elas não fica sobrecarregada, tem muito tempo para conversar e procurar saber das pessoas, perguntar sobre tudo da família, cumprir com o horário certinho, mais a maioria não faz este tipo de trabalho, que é o certo não é? Quando fazem o serviço direito a gente sente que não fica jogado ao léu. A gente se sente importante, mas o que fazem é, como já te disse, ficar sentada debaixo das árvores, ficam conversando fiado. (Aurora 1).

Nota-se que Aurora tem conhecimento local da situação do ACS que é responsável pelo atendimento da área onde reside, de que o profissional não fica sobrecarregado com o serviço, possuindo tempo suficiente para proceder às orientações necessárias aos moradores. Entretanto, para ela, aquele profissional não vem realizando o seu trabalho da forma correta, de modo que sente que fica desamparada, jogada ao léu como afirmou. Como tem observado que o ACS tem passado mais tempo sentado debaixo de árvores e conversando fiado, acaba promovendo a ancoragem deste como profissional que não trabalha, já que o seu protótipo de trabalhador é totalmente oposto ao que tem observado no seu cotidiano.

O desvelar da objetivação do ACS como trabalhador, confirmando aquilo que foi manifestado em senso comum e na ancoragem, é condição essencial para constatação da representação social. Sendo assim, repete-se a análise da fala de Roberta, agora sob o enfoque da objetivação, e de sua percepção sobre a condição de trabalhador deste profissional:

[...]. Se você sair na rua você vai encontrar, há casos que, quando é quatro, quatro e meia da tarde, o agente comunitário já foi lá buscar o filho na creche já faz é tempo né. Acho que eles burlam o serviço deles, enrolam, sabe? Com certeza se você for atrás você pega; se ir atrás pega. Eles querem dar nó de tudo quanto e jeito, faz jogo de horário, se ir atrás você pega. (Roberta 15).

Verifica-se nesta fala, que Roberta dá um exemplo claro de uma prática do ACS durante o serviço e que a levou a objetivar sua conduta como incompatível com a daquela pessoa que ela considera trabalhador. Ao dizer que, caso se fosse à rua, era possível encontrar o referido profissional sentado embaixo de uma árvore; ou constatar que ele deixa o seu trabalho muito antes do término do horário de expediente para tratar de assuntos pessoais, como buscar o filho na creche. Essas atitudes observadas pela participante no seu cotidiano remetem sua percepção para uma objetivação negativa a respeito do ACS como trabalhador. Ou seja, o transporte do plano observacional daquele símbolo manifestado no processo de ancoragem para a realidade concreta que demonstra as práticas ocorrendo, validando o que já

foi ancorado em relação à condição de trabalhador do ACS. Por isso afirmação de que ele “faz jogo de horário, se ir atrás você pega”, revelando que o símbolo do profissional, que até então era abstrato, torna-se concreto com a comprovação de que ele realmente não se comporta como um profissional que trabalha e que se “ir atrás você pega”.

“Faz rodinha de tereré um na casa do outro, isso é trabalhar?”. Este trecho é parte da mesma fala de Álvares que revelou a existência de senso comum e ancoragem, que retorna ainda que de forma repetida, por também indicar a objetivação. Ele disse:

[...] Ele tem que ficar no mínimo 30 minutos na visita domiciliar, e muitos deles não tem esse compromisso, porque começam a trabalhar oito, oito e meia e quando dá nove e meia, dez horas tá em casa, faz rodinha de tereré um na casa do outro, isso é trabalhar? Isso é enrolar [...]. (Álvares 5).

Nota-se nessa fala que o fator tempo de atividade durante uma jornada diária de trabalho é determinante para a indicação de como Álvares objetivou o ACS como profissional que não se enquadra na sua aceção de trabalhador. Ela tem uma característica significativa porque o participante, como já dito anteriormente, também é funcionário público da Secretaria de Saúde do município onde foi realizado o estudo, assim como o ACS. Assim, por conhecer tanto a condição de usuário e de profissional, a sua opinião revela um processo de objetivação que afasta a ideia de que as pessoas objetivam o ACS de forma negativa por não conhecer qual a extensão de suas atividades profissionais; o que não ocorre nesse caso, já que o participante faz parte do mesmo universo profissional do ACS, talvez seja até mesmo um colega de serviço.

Sendo assim, sua opinião é de um profissional que faz parte do mesmo aparato institucional em que o ACS está inserido. Por isto é que essa fala é *sui generis*, por indicar como ocorreu a objetivação do ACS como profissional que não trabalha a partir da perspectiva de alguém que também é um trabalhador dos serviços públicos de saúde, que conhece quais são os serviços que devem ser prestados à população, bem como, quais são as competências profissionais dos integrantes de uma EqSF e como devem ser desempenhadas.

Pode-se notar, então, que Álvares também tem presenciado o ACS realizando suas atividades por cerca de uma hora ou uma hora e meia por período de trabalho, quando a sua carga horária de trabalho é de 8h (oito horas) diárias, dividida em dois turnos, a mesma carga horária de trabalho a que ele está sujeito. Sendo assim, ele possui um esquema conceitual daquilo que considera como servidor público. No momento em que ele percebe o ACS realizando suas atividades num tempo de hora ou hora e meia em cada período da jornada de trabalho e, ainda, em rodas de tereré, aquela percepção, aquele símbolo de profissional que

trabalha acaba não se refletindo na pessoa do ACS, em razão daquilo que o participante tem observado em relação ao seu trabalho. O que era conhecido do trabalho do ACS torna-se percebido e materializado através de suas ações, mas de um modo totalmente diferente daquele que é o idealizado no plano institucional, cujo resultado final resultará na objetivação da figura dele como profissional que não trabalha, tanto que Álvares, ao final da fala, questiona e responde que isso não é trabalhar, “é enrolar”.

Os esquemas figurativos se repetem nas falas, indicando uma situação que parece constante nas comunidades onde ocorreu a investigação e que acaba contribuindo, de forma negativa, para construção da imagem do ACS perante a sua clientela.

Na fala de Miriam, já analisada anteriormente para demonstrar a ancoragem, mas que agora é retomada para a análise porque também revela a objetivação. Notam-se as mesmas referências a comportamentos já citados por outros participantes e que influenciam na sua compreensão do ACS como trabalhador. Ela disse:

Eles ficam mais sentados [pausa], sai de manhã, sai de manhã aqui, aquele bloco. Aí eles viram, ali tem uma árvore bem ali na esquina que tem uma mureta, eles ficam lá [pausa] Não sei se essa hora tem alguém lá sentado, com tereré, porque eles ficam até umas oito e pouco, nove e pouco sentados, aí sai em bando dois pra lá, dois pra outro lado e, na hora de fazer a visita, é rápido. Enrolação. Não serviço. (Miriam 16).

Miriam já promoveu ancoragem do ACS como profissional que não trabalha em razão de vê-los sentados tomando tereré; vai tentar buscar, em elementos objetivos de seu arcabouço figurativo de signos, os meios de cognição necessários para tornar real aquele símbolo do ACS já preconcebido como avesso ao que reconhece como trabalhador, para naturalizar a imagem simbólica desse profissional da saúde através de percepções concretas, como se quisesse confirmar o que, até então, era apenas um símbolo do real.

Esta confirmação vem através de fatos concretos detectados na fala, como as referências ao ACS ficar sentado em rodas de tereré durante o expediente, de trabalhar aquém do período estipulado e, ainda, realizar visitas domiciliares muito breves. Para demonstrar a concretude daquelas percepções Miriam afirma: “não sei se essa hora tem alguém lá sentado, com tereré”. Essas atitudes é que irão permitir a participante visualizar a figura do ACS dentro de um quadro geral, que vai de confronto com aquele que ela já tem pré-concebido de trabalhador. Por isso o fato de fazer uma visita rápida é considerado “enrolação”, e não serviço. A palavra enrolação dita por Miriam tem o sentido de ludibriar, enganar, fazer o tempo passar, contrário à sua noção de trabalho, já que o tempo que deveria ser utilizado para fazer uma VD a contento é gasto nas conversas de meio-fio, embaixo de árvores, em rodas de

tereré, dando sustentação ao processo de ancoragem e confirmando o senso comum para gerar uma representação do ACS como profissional que enrola o serviço, não trabalha.

A próxima fala trazida para se analisar o processo de objetivação do ACS é de Margarida. Ao inserir em sua entrevista a temática sobre o trabalho realizado pelo referido profissional, sobre a resolatividade de seus serviços, notou-se o processo de objetivação se desnudando quando ela disse:

Tem um aqui no bairro que tá construindo a casa dele no horário do serviço, você passa lá, e ele tá lá no telhado. Não era para ele tá fazendo as visitas, trabalhando? [...] Daí não sei não (pausa), aqui todo mundo acha que isso é só enrolação. (Margarida 3).

A fala mostra que o processo de objetivação referente ao ACS como trabalhador repete o mesmo padrão daquelas já analisadas; ou seja, Margarida constrói uma figura para o profissional a partir daquilo que ela observa na sua realidade cotidiana da qual faz parte o ACS porque é morador no mesmo bairro. Nesse caso, a fala demonstra que a percepção das atividades do ACS é oposta ao conceito que a participante tem de trabalho; por isso ela considera que os serviços por ele realizados são de fato enrolação.

O que é familiar no trabalho desse profissional são aquelas atitudes percebidas e reconhecidas como não-trabalho, como por exemplo, o fato de ele construir a casa dele durante o horário em que deveria estar fazendo visitas nas residências, ou, como afirmado na fala de que ele deveria estar “trabalhando?” Assim, pode-se inferir que aquela qualidade icônica da sua ideia de trabalho ou de trabalhador, elemento essencial do processo de objetivação conforme refere Moscovici (2010), não encontra correspondência com aquilo que participante tem observado nos serviços ou no próprio ACS para efetuar comparações, de modo que o que tornou perceptível em sua mente e visível aos seus olhos é que ele não trabalha, pois, quando deveria estar trabalhando ele fica construindo a sua casa, objetivando que o seu serviço é apenas enrolação, pois na percepção de Margarida quem fraudava o serviço não é trabalhador e não trabalha.

“Às vezes é estranho”. Este é um trecho da fala de Gabriela e com ela encerra-se a análise da objetivação da representação social do ACS como trabalhador. Em sua entrevista ela disse:

Encontro com eles todo dia na rua, andando, conversando, ficam aí, por aí, sentados, sei lá, às vezes é estranho, porque quando é pra trabalhar, como já disse, demoram, é de vez em quando. Acho que enganam. Então é difícil né. (Gabriela 9).

O que se percebe na fala é que Gabriela também tem experienciado situações que ela compreende como negligência do ACS no desempenho de suas atribuições funcionais, por isso a frase: “ficam aí, por aí, sentados”, como se o que ela estivesse observando fosse algo sem nenhuma importância ou que lhe remeta a noção de trabalho. Para ela, compreender o ACS como trabalhador lhe parece estranho, incomum e não familiar porque não vê nenhuma ação que lhe dê intimidade suficiente para compará-lo a um núcleo figurativo que lhe remeta a noção de trabalhador.

Somente a partir do momento em que ela percebe que o ACS passa longo período sem realizar a VD, sabendo que essa atividade deve ser realizada com mais constância, é que ela vai unir aquela ideia de não familiaridade com a realidade, momento em que essa representação se torna real, percebendo que aquele profissional não trabalha, apenas engana; razão pela qual afirma: “acho que enganam”. O seu discurso corporal, materializado em expressões faciais, no gesticular das mãos e no tom de voz pejorativo — conforme observação anotada em diário de campo — corrobora com a percepção de que ela não enxergava o ACS como um trabalhador segundo o seu padrão próprio.

Se a participante, por esse exercício intelectual, descobriu a qualidade icônica acerca do trabalho do ACS ou da sua figura como trabalhador, tornando preciso o que lhe era impreciso, assimilando o que concebe por trabalhador com aquilo que percebe na sua realidade cotidiana sobre o ACS, fez com que ela passasse a perceber que ele engana e não trabalha.

O desvelamento da representação social do ACS como trabalhador parte do senso comum que indica uma opinião de sua clientela dissociando-o da imagem que se compreende como trabalhador. Ou seja, o universo consensual indica que o ACS está sendo percebido e se tornando familiarizado de maneira totalmente diferente daquela concepção que lhe atribui o universo reificado, pois a população não está reconhecendo nele um trabalhador, inclusive associando suas atividades laborais a mera enrolação em razão de perceber que ele não cumpre com a carga horária estipulada; pois é visto sentado em baixo de árvores e tomando tereré durante o horário de expediente.

Realizando uma investigação sobre o estado da arte em relação à concepção das comunidades sobre o trabalho executado pelo ACS pelo Brasil afora, constatou-se que são poucos os estudos a respeito da visão que população possui em relação ao trabalho desenvolvido por esses profissionais e a sua figura como trabalhador dentro de uma equipe de saúde. Nesta busca, deparou-se com uma pesquisa realizada na cidade de Cajuri, pequeno município localizado na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, com população em torno

de quatro mil e quinhentos habitantes, que indicou a existência de indícios de que os moradores daquela localidade também tem percebido o ACS como profissional que não trabalha. Naquele estudo, foram abordadas as concepções e percepções sobre o SUS e o PSF, sendo partícipes os próprios ACS. Uma das falas que chamou atenção no referido ensaio foi quando o participante apontou como uma das causas de sua falta de motivação com o trabalho, o fato de as pessoas acharem que eles não trabalhavam, que às vezes as pessoas lhes diziam claramente: “[...] ah!, esse negócio do ceis trabalha no PSF, ceis fica mais é à toa, ceis fica na boa vida...” (GOMES et al., 2009, p. 753).

Na cidade onde foi realizado este estudo, várias foram as razões que levaram a população a conceber uma visão negativa a respeito do ACS, sendo que uma das principais causas se deve ao fato de as pessoas os verem pelas ruas dos bairros, sentados debaixo de árvores em rodas de tereré, tudo isto durante o horário de expediente. A população também tem percebido que no momento de realizar a visita domiciliar, tarefa primordial nas funções do ACS, estas acabam sendo executadas de forma muito superficial e sem proveito algum para as pessoas, pelo menos esta é a percepção que emerge das falas.

Entretanto, pode ser que estas atitudes observadas pela população de forma negativa sejam estratégias criadas pelo ACS para suportar ou aliviar a carga de estresse ou de resistência em razão da carga laboral a que são submetidos ou das atribuições que lhe são impostas sem as devidas condições de cumpri-las. Estudos apontam que o ACS desenvolve estratégias como meio de proteção, em razão de muitas vezes não conseguir solucionar as demandas apresentadas pelos usuários, sendo esta uma das causas de apreensão, frustração e adoecimento desses profissionais (SOUZA e FREITAS, 2011; JARDIN e LANCMAN, 2009; MARTINES e CHAVES, 2007).

Para Moscovici (2010) as representações sociais podem ser influenciadas por estratégias que criamos como meio de sobrevivência em sociedade, que ele refere hipótese de desiderabilidade. Ou seja, o indivíduo ou o grupo pode criar imagens ou construir sentenças que irão tanto revelar como ocultar suas intenções. Essas imagens ou sentenças são distorções subjetivas da realidade objetiva, criadas por questão de sobrevivência no meio social. Pode ocorrer que tais representações sejam influenciadas também pela hipótese de desequilíbrio, que são ajustes ideológicos e de concepções de mundo utilizados para solucionar tensões psíquicas ou emocionais. São compensações imaginárias utilizadas para restaurar a estabilidade interna do indivíduo devido a um fracasso ou falta de integração social.

Cabe esclarecer que o ACS nem sempre é legitimado e reconhecido pela equipe de saúde da qual é integrante, tanto nos processos quanto nas condições de trabalho (DAVID,

2011; SEABRA, CARVALHO e FORSTER, 2008), fato este que reflete nas suas atividades perante a sua clientela de atendimento, que também demonstrou não conhecer qual a extensão de suas responsabilidades e competências profissionais.

A propósito, como pontuado com bastante pertinência em alguns estudos, o fato de o ACS não ter um reconhecimento de suas atividades, ou a falta de informação acerca de suas competências por parte de sua clientela ou da própria equipe, bem como, a falta de delimitação das atribuições, seu papel dentro da ESF acaba sendo distorcido, acarretando-lhe uma sobrecarga de trabalho que pode afetar a sua credibilidade prejudicando o desempenho de suas competências profissionais (SOUZA e FREITAS 2011; SANTOS e FRACOLLI, 2010; JARDIM e LANCAN, 2009; TOMAZ, 2002).

Essa falta de informação acerca de suas competências pode gerar uma relação de conflito, acarretando e dificultando o estabelecimento de vínculo entre as partes, ocasionando com isso um sentimento de menos-valia no ACS, devido ao seu trabalho não ser reconhecido e aceito pela população, podendo ainda resultar em problemas geracionais de sofrimento e sentimentos de autodesvalorização, uma vez que a credibilidade no trabalho desenvolvido por ele é um elemento essencial para a concretização de vínculo mais efetivo com a comunidade por ele atendida.

Por isso a necessidade de repensar às ações que o ACS tem assumido ultimamente, para que ele não se torne um pseudoprofissional (espécie de faz tudo) da saúde, que pouco ou quase nada contribuirá para a mudança do paradigma predominante no setor saúde

4.4. SABE OU NÃO SABE: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Prosseguindo com a análise dos dados, nesta sessão aborda-se a terceira categoria que emergiu da fala dos participantes, sobre a percepção que a comunidade construiu em torno do ACS, quanto à sua capacidade técnica em realizar ações de promoção e educação em saúde e de fortalecimento do autocuidado em favor de sua clientela adscrita. Mas como as pessoas estão visualizando o desempenho das atribuições do ACS? Será mesmo que o universo consensual dos usuários dos serviços públicos de saúde está em sintonia com o universo reificado construído em torno dele? Partindo dessas indagações é que se almeja desocultar a representação social construída pela comunidade acerca da capacidade do ACS em desempenhar suas funções.

Em relação ao senso comum em circulação, sobre os conhecimentos que o ACS possui para desenvolver suas atribuições, a primeira fala a ser analisada é de Aurora. Em sua entrevista ela disse:

Ela chega bêbada, de fogo, não sabe nada. Ela não tem capacidade pra perguntar nada pra marcar na ficha dela, eu acho que ela deveria fazer um tratamento, pra melhorar, que não é certo quando ela conversa com aquele bafo, não sabe nada, nem pra ela, vai falá de saúde. Às vezes, chega na casa da gente, ao invés de falar com a gente, a gente é que tem que falar com eles, da saúde mesmo sabe? (Aurora 1).

“Não sabe nada. Nem pra ela, vai falá de saúde”. Essa frase revela um senso comum que Aurora concebe sobre a capacidade do ACS em promover ações de educação em saúde. Sua fala revela uma concepção de que o aludido profissional não possui conhecimento para realizar as ações de educação em saúde em razão de se apresentar alcoolizada no momento da visita domiciliar. Nesse contexto o senso comum que transparece na fala é de que o ACS “não sabe nada”, de que ele é quem necessita de orientação em educação em saúde, e não a participante. Aliás, isto fica bastante claro no discurso quando diz: “ao invés de falar com a gente, a gente é que tem que falar com eles, da saúde mesmo”.

A fala de Sebastião, usuário residente em um bairro nas proximidades do aeroporto da cidade onde foi realizado o estudo, é semelhante à de Aurora, que reside em região oposta. Ele afirmou:

Eu penso que ele não sabe muito não, né? [pausa] acho que não sabe. A gente pergunta sobre os remédios da pressão, fica enrolando, não sabe dizer. Porque a gente tem que controlar, né. Sobre aquele exame do dedo, pra gente fazer, não sabe. Fica complicado, né. Outra coisa, às vezes ele anda mais bêbado, né, a gente vê, né [...]

chega lá em casa bêbado, né, então num sei não, num consegue nem falá, tonto sabe? Como vai dá conta? [...]. (Sebastião7).

Sebastião relatou que é portador de hipertensão arterial e que tem procurado controlá-la; entretanto, ao buscar auxílio junto ao ACS para a obtenção de mais informações, não encontra respaldo, pois acredita que o ACS não possui conhecimento para responder sobre suas dúvidas, conforme se verifica no seguinte trecho de sua fala: “A gente pergunta sobre os remédios da pressão, fica enrolando, não sabe dizer”. Além de não conseguir dar respostas aos seus questionamentos, o fato de perceber o ACS embriagado contribui para a formação do senso comum de que lhe faltam conhecimentos para promover ações de educação em saúde, o que é visível em sua fala quando ele diz? “acho que não sabe”; percepção esta que é agravada pelo alcoolismo do referido profissional.

A fala de Prado é compatível com as anteriores sobre a capacidade do ACS promover ações de educação em saúde, quando afirma:

[...] eu acho que esses agentes são despreparados, não sabe nada, simplesmente assumiu um cargo de funcionária pública e está ali cumprindo horário. bem..., quando cumpre né. Não é preparada para aquilo que está fazendo, você pode até questionar, não sabe das coisas, não sabe nada, pergunta não sabe, não sabe nem conversar, fala errado [...] (Prado 2).

“Não sabe das coisas, não sabe nada”. Esse trecho da fala demonstra que para este participante o ACS está despreparado para cumprir com suas atribuições, corroborando com o senso comum já em circulação sobre a capacidade do aludido profissional em promover ações de educação em saúde.

A fala de Imaculada também revela a sua opinião sobre a capacidade do ACS em realizar as orientações em saúde de forma eficaz quando afirma:

Pra mim o agente não é assim tão importante né, porque eu prefiro mais a unidade, né. Vim direto logo na unidade, porque assim, o agente vai lá em casa, não sabe nada. Você pergunta sobre a consulta, não sabe, que nem da medicação não sabe dizer, das visita do médico também não, ele serve pra orientá a gente, mas o que eu vejo é que ele mais desorienta, porque pergunta uma coisa, não sabe, pergunta outra, não sabe, então já viu, né. Então eu prefiro mais vim no posto. (Imaculada 6).

“Não sabe nada”. Este trecho da fala revela o senso comum em relação às ações de orientação em saúde, uma das atividades básicas do ACS, que está sendo percebida de forma insatisfatória por esta participante que inclusive afirma que “ele serve pra orientá a gente, mas o que eu vejo é que ele mais desorienta”. Por isso ela prefere ir até a unidade de saúde, onde acredita que será orientada com mais precisão. Este fato reforça uma concepção de predominância do modelo biomédico interferindo na percepção das capacidades do ACS.

Sueli também revela suas percepções sobre os conhecimentos do ACS na promoção de saúde. Em sua fala ela afirma:

Eu acho que ele não sabe das coisas, né. Você pergunta sobre remédio, como faz pra tomá, não sabe, eu vou pergunta assim: lá no posto é fácil marcar um ginecologista? ahhhhh é, que hora eu tenho de ir, não sabe, pergunta sobre uma doença, ce vê que ela não sabe. O agente não é médico (risos), [...], porque ele não sabe nada. Não é verdade? Ele vai só falar assim aahhhhhh, você deve tá com alguma coisa, aí você vai ficar encucado com aquilo, então é assim, você tem que falar pra quem sabe, que não é ele; é o que a gente vê né. [...] (Sueli 11).

Nota-se o mesmo senso comum em circulação na fala de Sueli, revelando que o ACS não possui conhecimento capaz para solucionar suas dúvidas. Aliás, para ela, as suas conversações com o ACS geram mais dúvidas porque ele não consegue responder objetivamente às suas indagações, mesmo que esta seja referente a uma simples marcação de consulta. Por isso é que ela diz: “Eu acho que ele não sabe das coisas”.

A última fala referente ao senso comum nesta categoria é a de Rosa, que sobre a capacidade do ACS em promover orientação em saúde disse:

[...] Eu já precisei, expliquei para ela, ela não sabe responder, você veja que a pessoa engasga, é despreparada, não sabe, e é coisa assim simples eu penso, né. De orientação sabe! Até coisas do posto, horário de agendamento, consulta mesmo, sobre remédio, aí não sabe, então coisas difícil nem questiono, porque não vai saber mesmo. É difícil desse jeito, viu. (Rosa 14).

Rosa deixou transparecer face de desaprovação — observação anotada em diário de campo — ao falar sobre o conhecimento do ACS em lhe prestar esclarecimentos e orientações em saúde. Ela revela suas dificuldades no diálogo com a profissional responsável pelo seu atendimento em razão da percepção de que a ACS não possui conhecimentos para responder aos seus questionamentos mais fundamentais ligados às rotinas da unidade de saúde, tais como horário de agendamento de consultas, ou orientações sobre medicamentos. Nesta fala constata-se a repetição do mesmo discurso indicativo do mesmo senso comum das falas anteriores.

As falas indicam o mesmo discurso pairando no ar, circulando por todos os lados da cidade onde foi realizado o estudo e revelando o mesmo senso comum de que, para sua clientela, o ACS não possui conhecimentos suficientes para promover ações de orientação e educação em saúde. Entretanto, esta percepção só configura uma representação social se confirmadas por um processo de ancoragem e objetivação, que são objetos de análise na sequência.

Inicia-se com a fala de Imaculada o desvelamento da ancoragem do ACS como profissional incapacitado de promover ações de educação em saúde. Em sua entrevista ela disse:

Assim, eu acho que agente de saúde não tinha tanta necessidade, agora desses daí que orienta, sabe de coisas de dengue? Esse aí sim, esse aí sim, esse eu acho que tem que ter, ele sabe o que tá fazendo. Você vê que ele entende, entra no quintal coloca o veneno pra mata o mosquito, explica tudo pra gente, então ajuda a comunidade, porque o de dengue é um, e de saúde é outro, né. O comunitário, eu acho que não, eu acho que não ele não sabe mesmo, não ajuda, como já te disse, pode até atrapalhar, né. (Imaculada 6).

Há nesta fala referência ao trabalho do Agente de Combate às Endemias (ACE) “que orienta, sabe de coisas de dengue”, eleito como protótipo então comparado ao ACS. O núcleo figurativo que ela forma de um profissional semelhante ao ACS é o que lhe remete ao ACE. Ao afirmar “ele sabe o que tá fazendo. Você vê que ele entende”, ela está utilizando a figura do ACE para comparar com a figura do ACS. Como o ACE, sob o enfoque da participante, demonstra conhecimento sobre o trabalho que realiza e ela não consegue enxergar essas mesmas qualidades no ACS, quando diz: “eu acho que não ele não sabe mesmo, não ajuda, como já te disse pode até atrapalhar né?”, promove então a ancoragem do ACS como profissional que não sabe nada.

Cabe esclarecer que, apesar de Imaculada ancorar, na imagem do ACE, a de um profissional que possui conhecimento e competência para a resolução do seu trabalho, não cabe ao ACS realizar o extermínio do foco do vetor da dengue através da aplicação de larvicidas e inseticidas, esta atividade não faz parte de suas atribuições. Entretanto, ele não pode se omitir de realizar as orientações pertinentes aos métodos de prevenção e eliminação de possíveis objetos servíveis para criadouros do mosquito (BRASIL, 2009d).

“Se fosse igual era aqueles da SUCAM”. Foi dessa forma que Miriam buscou em sua memória uma figura de profissional de saúde para comparar com o ACS e, assim, poder classificar a sua capacidade de promover ações educativas. Em sua fala ela disse:

Cê acha que ele sabe alguma coisa? Não sei não, hem! Acho que não sabe nada, que você acha? Se fosse igual era aqueles da SUCAM! Você lembra deles? Aqueles lá, sim. Eles sabiam fazer o serviço, dava gosto, atendia a população, esses daí, não. Não sabe das coisas. (Miriam 16).

Infere-se por esta fala que o processo de ancoragem do ACS como profissional de saúde capacitado em promover orientações em saúde é efetuado por meio da comparação dele com o agente sanitário da extinta SUCAM; pois ao comentar sobre ele, a participante passou a apresentar uma expressão facial que denotava certo fascínio, sua voz ficou mais suave,

compassada, como se buscasse na sua memória momentos saudosistas — percepção da pesquisadora devidamente anotada no diário de campo —, revelando sua deferência para com o antigo visitador sanitário.

Esses sinais subjetivos de linguagem corroboram com a fala, indicando o padrão de profissional com o qual a participante promove a familiarização do ACS; como ele não corresponde àquele modelo representado pelo antigo agente da SUCAM, a ancoragem sobre sua capacidade de promover ações de educação em saúde também é desfavorável, por isso que Miriam afirma que ele “não sabe das coisas”.

Cabe expor que, durante a entrevista, Miriam lembrou as atividades realizadas pelos agentes de saúde da SUCAM, referindo que, quando chegavam às casas, “realizavam limpeza, verificavam os registros de vacina” e se necessário realizavam as vacinas que ainda não haviam sido ministradas; por isso que ela diz: “dava gosto”.

Ocorre que a extinta SUCAM possuía por objetivo controlar e erradicar grandes endemias que assolavam o país na década de 1970 por meio de campanhas nacionais de saúde e seus agentes eram reconhecidos pela eficiência e disciplina com que realizavam suas atividades (BRASIL, 2004a).

Por isso, o modelo figurativo utilizado por Miriam parece vinculado à concepção campanhista de saúde, por meio da qual ela promove comparações para se familiarizar com o ACS e duvidar de sua capacidade de realizar ações de educação em saúde.

“Ele não estudou pra isso”. Esta introdução é parte da fala de Sueli, que já foi analisada sob o aspecto do senso comum e agora é retomada. Sobre a capacidade do ACS promover ações de educação em saúde ela disse:

Olha já te falei que eu acho, que ele não sabe das coisas, né. Porque ele não sabe te responder nada; então a gente tem que perguntá pras pessoas que sabe, tem outros profissionais no posto que entende mais que ele, mais estudado, como o médico, a enfermeira; ele não, ele não estudou pra isso [...]. (Sueli 11).

Pode-se notar nesta fala o núcleo figurativo de profissionais que Sueli considera possuir condições de promover ações de educação e saúde tem por referências o médico, o enfermeiro ou profissionais com formação técnica ou científica, com os quais faz comparação para tornar familiar a figura do ACS, conforme revela na frase: “tem outros profissionais no posto que entende mais que ele, mais estudado”. Como a sua percepção indica que o ACS não se amolda àquele padrão, promove ancoragem dele como profissional que “não sabe das coisas”.

A fala de Margarida revela um processo de ancoragem semelhante ao de Sueli quando disse:

Olha como te disse, não sabe dizer nada, tudo que a gente quer saber, de doença, de remédio, tudo, não sabe, então melhor perguntar pra quem estudou, né. Quem estudou? E só ir lá no posto, o médico, a enfermeira, acho que tem outros, né. Então esses é que entende; o agente não, ele não estudou pra isso. Estudou? (Margarida 3).

Nesta fala percebe-se que a participante também tem no estudo o fator preponderante para classificar um profissional que possui conhecimentos para promover ações de educação em saúde. Assim como Sueli, Margarida credita aos profissionais detentores de nível superior de ensino ou com conhecimento técnico a capacidade de orientar a população nos assuntos relacionados à saúde. Como tem a concepção de que o ACS não se ajusta àqueles modelos (médico, enfermeiro, quem estudou) por não possuir o mesmo grau de instrução, conforme está expresso em sua fala quando diz: “o agente não, ele não estudou pra isso”. Por isso ela promove a ancoragem pela via de oposição dos protótipos (estudado e não estudado) para categorizar o ACS como profissional que “não sabe dizer nada”.

“Eu penso que quem sabe e quem estudou”. As falas se repetem, a de Gabriela se assemelha as antecedentes, quando ela diz:

Então não acredito que o agente sabe das coisas não, pra mim, eu penso que quem sabe e quem estuda. Esse sim, o médico e outros, porque você vai lá no posto eles te explicam, ensinam; o agente não, vem rápido fazer a visita, não fala nada e o que você pergunta não sabe responder, então acho que não sabe não. (Gabriela 9).

Esta fala indica que para Gabriela, o médico ou outros profissionais que concluíram o nível superior ou técnico; ou seja, “quem estudou”, são protótipos de profissionais considerados capazes de orientar a comunidade sobre saúde e doença. Como o ACS não se amolda a nenhum deles porque não sabe responder às indagações que lhes são dirigidas durante as VDs, porque faz uma visita rápida ou por não responder as indagações dos usuários, a ancoragem é estabelecida mediante a categorização dele como alguém que não “sabe das coisas”.

A opinião de Patrícia não é diferente e revela a ancoragem baseada no mesmo núcleo figurativo quando ela diz:

Olha, quando vem na casa dá uma olhadinha por cima, se a gente pergunta alguma coisa do posto, não sabe informar nada, não explica nada, então parece que ele não sabe nada. O melhor é procurar o médico, que é o que sabe, que estudou e vai resolver. (Patrícia 10).

A fala indica que Patrícia promoveu a ancoragem sobre a capacidade do ACS em promover ações de educação em saúde a partir da constatação de que ele não respondia a seus questionamentos, ainda que fossem a respeito da rotina da unidade, por isso que ela afirma: “se a gente pergunta alguma coisa do posto, não sabe informar nada, não explica nada”. Em função disso, efetua a comparação do ACS com o médico, protótipo de profissional “que sabe, que estudou e vai resolver”. Como não percebe nele estas mesmas qualidades, promove uma classificação negativa a seu respeito como profissional que “não sabe informar nada”.

Outros participantes deste estudo também deixaram opinião sobre os conhecimentos do ACS, revelando o processo de ancoragem desse profissional como carecedor de conhecimentos, sem capacitação suficiente para orientar a população, mas que se deixa de mencionar porque, as falas expostas indicam o processo de ancoragem contribuído para a formação de uma RS.

Demonstrado que os participantes deste estudo promoveram a ancoragem do ACS como profissional que não possui capacidade de promover ações de educação em saúde, o desvelamento da objetivação desta concepção é condição essencial para confirmação, ou não, de que se trata de uma representação social. É dessa constatação que se ocupam as próximas falas.

Inicia-se a análise da objetivação desta categoria com a fala de Aurora, que em sua entrevista afirmou:

É cada agente que vai lá, ela mesma é que tá precisando. Vive bêbada, até dente estragado, faltando, tem nela [...] como que a gente vai acreditar no que ela fala? Ela mesma não cuida da saúde dela. Não sabe nem pra ela, não é? Vai saber, pra me ensiná; nem dou conversa, então. Eu não faço o que ela pede não. (Aurora 1).

Esta fala indica que na concepção de Aurora o ACS não possui capacidade para realizar as orientações que são da sua competência. Questionada se ela acatava as orientações do ACS que é responsável pelo atendimento de sua família, se ela tinha confiança em fazer o que lhe era orientado durante a VD, ela respondeu que não se sentia segura em seguir as orientações que lhe eram repassadas pelo ACS. O motivo dessa negativa transparece no seguinte trecho de sua fala: “Não sabe nem pra ela, não é? Vai saber, pra me ensiná; nem dou conversa, então”. O que levou Aurora a ficar incrédula em relação aos conselhos que são repassados pela ACS foi a sua percepção de que ela não demonstra cuidado nem com sua própria pessoa ou saúde, por isso a frase: “vive bêbada, até dente estragado, faltando, tem nela”. Destas constatações infere-se que para a participante a ideia de familiaridade e

realidade é a de um profissional descreditado, por isso que ela se recusa em fazer o que lhe é orientado pela ACS, revelando a ocorrência do processo de objetivação pela via da rejeição.

“Veja bem, ela vai falar da saúde, alimentação, exercício físico, mas ela mesmo não se cuida”. Da mesma forma, ao se reportar sobre as orientações repassadas pela ACS que lhe dá assistência, Margarida emite um discurso semelhante ao de Aurora, afirmando que:

Veja bem, ela vai falar da saúde, alimentação, exercício físico, mas ela mesmo não se cuida. Você precisa ver o jeito dela, toda desleixada, às vezes não tá nem cheirosa, é fedida. Eu penso que desse jeito ela não sabe nem pra ela, então eu não escuto o que ela fala; sabe, entra num ouvido, sai no outro. (Margarida 3).

O processo de objetivação que transparece nessa fala também tem a ideia de familiaridade da ACS como uma profissional negligente com a própria aparência, fator que reflete na imagem que sua clientela constrói dela. No caso, Margarida afirma que quem precisa de orientação é a ACS, que “não se cuida” e é “desleixada”. Esta falta de cuidado com a aparência é interpretada pela participante como falta de conhecimento para promover ações de educação e promoção em saúde, por isso a frase: “Eu penso que desse jeito ela não sabe nem pra ela”, por isso que Margarida é categórica em dizer que as orientações da ACS entram “num ouvido e sai no outro”, revelando uma objetivação negativa pela via da rejeição ou indiferença de suas orientações.

E quanto ao participante Prado porque ele acredita que o ACS não possui conhecimentos para promover ações de educação em saúde se esta é uma de suas atividades primordiais. Vejamos o que ele diz:

Olha, eu acho que ele não possui conhecimento para orientar sobre saúde não, sabe por quê? Quer falar de saúde, qualidade de vida, mas eu te pergunto como? Ela mesma tá bem gorda [...], não se cuida sabe? Tem cheiro de... bem, como que eu posso dizer... [pausa] de “cêcê” e ainda quer falar de higiene!? então ela mesma não faz, acha que eu vou acreditar? Não acredito mesmo! (Prado 2).

Durante a entrevista, ao tomar a conversa sobre a qualificação do ACS em promover ações de educação em saúde, Prado expressa às mesmas concepções das participantes que lhes precederam nessa análise. Isto fica evidente quanto ele percebe a familiarização negativa sobre os conhecimentos do ACS em promover ações de educação em saúde, pois desacredita de suas orientações em razão de percebê-la estar acima do peso e, aparentemente, negligente com sua higiene pessoal. Por isso que ele afirma: “Olha, eu acho que ele não possui conhecimento para orientar sobre saúde não” e ao final dessa fala conclui: “então ela mesma não faz, acha que eu vou acreditar? Não acredito mesmo”, revelando a objetivação daquelas concepções pela via da negatividade e rejeição as suas orientações.

“Não dá pra levar muito a sério o que os agentes dizem não”. Essa frase denota a concretização do processo de objetivação de Patrícia a respeito dos conhecimentos do ACS e de sua capacidade de promover educação em saúde. Ao conversar sobre essa atribuição do referido profissional, ela disse:

Às vezes a gente tem vontade de perguntar as coisas, mas ele parece que não sabe nada, né. Pergunta, não sabe; sabe menos que eu, parece; acho que eu tenho até mais estudo, então sinto muito, não dá pra levar muito a sério o que os agentes dizem não; eu não faço o que eles dizem não. (Patrícia 10).

O que se pode perceber no processo de objetivação nessa fala é que Patrícia considera ter mais estudo que o ACS, por isso a correlação dele com alguém que “não sabe nada”. O modelo figurativo aqui parece ser aquele já arraigado na mentalidade das pessoas, decorrente da própria vivência e daquilo que se ouve dos pais desde a infância, como: “estude meu filho para você ser alguém na vida” ou; “quem não estuda fica pra trás”. Nesses exemplos, o estudo acaba sendo sinônimo de sucesso, de quem sabe das coisas, é sinônimo de *status* e importância. Como tem conhecimento de que o ACS tem pouco estudo formal, talvez até menos que ela, transfere essa concepção mental de pessoa com pouca instrução para relacioná-la com o que observa naquele profissional e, desse modo, aquela concepção abstrata sobre os conhecimentos do ACS, sobre alguém que não tem estudo, também não tem condições de promover ações de educação em saúde. Aquela concepção abstrata de que quem não tem estudo não sabe nada se torna concreta na sua realidade e, por isso, a objetivação do ACS como alguém que não “sabe nada”, portanto não leva a sério e rejeita as orientações que lhes são transmitidas.

“Melhor nem dar ouvido”, ou seja, é melhor nem levar em consideração o que está falando porque, certamente, ele nem sabe o que está falando. Provavelmente este foi o raciocínio desenvolvido por Roberta acerca dos conhecimentos do ACS e da sua capacidade de promover educação em saúde. Em sua fala, ela assim se manifestou:

Eu acho que eles não sabem muita coisa não. Não tem muito estudo, não faz curso, então melhor nem dar ouvido, senão confunde; eu mesmo não faço não, melhor vim pro posto conversar com quem entende, o doutor a enfermeira. (Roberta 15).

Nessa fala, o processo de objetivação revela a materialização de uma ideia abstrata sobre ACS como alguém que “Não tem muito estudo, não faz curso”. Ou seja, o mesmo modelo figurativo assentando e sendo transportado para a realidade cotidiana. Essa mesma ideia se concretiza fisicamente quando Roberta adota a conduta de não ouvir o que ele tem a lhe dizer, de não dar guarida às suas orientações, de preferir procurar o médico ou a

enfermeira na unidade de saúde, que para ela são as pessoas capacitadas para oferecer orientação em saúde. Por isso a afirmação “melhor nem dar ouvido”, porque quem não sabe nada não precisa ser ouvido “senão confunde”.

Esta é a mesma concepção de Agatha, que em sua fala afirmou:

Nossa! Eu acho que não sabe muito não, né. Tem que ter mais estudo, não dá pra acreditar no que falam não. Eu não acredito, nem faço não, qualquer coisa que eu preciso é melhor vir na unidade de saúde, falar com o médico, né. (Agatha 12).

A semelhança do discurso corresponde a um processo de objetivação semelhante, por isso Agatha não acredita nem faz o que o ACS lhe aconselha, porque, na sua realidade, esse profissional não tem estudo suficiente para oferecer ações de educação em saúde. Por isso que ela diz: “Eu não acredito, nem faço não”, demonstrando sua rejeição às orientações do ACS, por acreditar que ele não tem conhecimento para promover ações de promoção e educação em saúde.

“Eu tenho mais estudo que ele”. Este é um trecho da fala de Rosa que indica como tem recebido as orientações do ACS. Na sua entrevista ela disse:

Sabe como? Quase não tem estudo. São despreparados. Não sabe nem pra ele, fica difícil, às vezes eles falam umas coisas... Olha, nada a vê. Então, eu não faço o que eles falam não [pausa], só o que eu já sei, que eu tenho mais estudo que ele, senão, vou na unidade. (Rosa 14).

É possível observar nesta fala que Rosa acredita que o ACS é despreparado e não possui conhecimento nem para promover ações de educação em saúde em razão de sua escolaridade insuficiente, por isso que ela afirma: “Quase não tem estudo. São despreparados”. Em razão desta concepção, a objetivação da falta de conhecimentos ou de capacitação do ACS ocorre pela via da rejeição ou indiferença às suas orientações, conforme revela o trecho da fala quando ela diz: “eu não faço o que eles falam não”. Só mesmo o que ela já conhece, por possuir maior instrução do que o ACS que ela leva em consideração e quando necessário busca atendimento na unidade de saúde.

Sobre os conhecimentos do ACS em realizar ações de educação e informação em saúde Álvares disse:

[...] deixa a desejar porque se a pessoa quer perguntar alguma coisa, sabe, quer se informar de alguma coisa do posto, às vezes tem informação desencontrada, não sabe responder [...] tem uma medicação que eu não sei como é que toma, e este é o papel dele, e ele não faz isso, não, sabe; então, quando ele vem, ninguém que dá ouvido, e não dá mesmo, não faz o que eles falam não. (Álvares 5).

A fala indica que o participante tem a noção de que a capacidade do ACS em promover educação em saúde é duvidosa, por isso a frase: “deixa a desejar”, indicando um processo de objetivação de quem não compreende o ACS como um profissional com conhecimentos suficiente para orientar a população. Esta concepção é a que se torna familiar para Álvares, que vai se concretizar negativamente pela via da rejeição ou indiferença às orientações repassadas pelo referido profissional de saúde, conforme indica o seguinte trecho de sua fala: “ninguém que dá ouvido, e não dá mesmo, não faz o que eles falam não”.

O desvelamento da RS do ACS como profissional que “não sabe nada” é uma opinião, uma imagem, um conceito que a comunidade tem construído em referência a esse profissional, com base em fatos da vida cotidiana das localidades pesquisadas. Ela diz respeito à resolubilidade das atividades desempenhadas pelo ACS, que, sob o olhar dos participantes, não atende aos preceitos estabelecidos na PNAB, de promover ações de educação em saúde por lhes faltar conhecimento de instrução formal ou técnico-científico. Afirma-se isto não a título de juízo de valor, mas apenas para deixar claro que estas são as impressões que estão marcadas nas comunidades e que revelam uma dissonância entre o discurso reificado em relação àquilo que tem sido percebido na realidade local do município onde o estudo foi desenvolvido.

Cabe esclarecer que as demandas da comunidade expostas nas falas indicam concepções arraigadas no modelo hegemônico centrado na figura do médico, mas isto não desautoriza às pessoas expor o que pensam a respeito da saúde.

Mendonça (2008) revela que os usuários dos serviços públicos de saúde remetem uma valoração ao profissional de nível superior, sendo o médico a principal referência dentro de uma EqSF na visão dos usuários, porque ele “levanta o doente” ou a “presença dele me faz bem”, seguido do enfermeiro em razão dos cuidados, o que demonstra ainda prevalecer o modelo hegemônico centrado no médico na concepção de saúde e atenção à saúde, em detrimento ao modelo biopsicossocial sintonizado com os princípios do SUS.

A vocação biomédica ainda é uma das mais impregnadas de sentimentos onipotentes, uma vez que a atuação dessas pessoas intervém na própria vida dos doentes, ou seja, buscam intervir na recuperação e limitar os danos produzidos pela doença, com isso evitando a morte e sequelas. (BACHILI, SCAVASSA, SPIRI, 2008). Isto ocorre devido ao conhecimento biomédico se posicionar numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade. (NUNES et al., 2002).

Mas por que a comunidade formou essa RS do ACS como profissional que “não sabe nada”? Porque existe um processo de ancoragem que indica a classificação e comparação dele

com o médico, o enfermeiro, com outros profissionais integrantes de uma EqSF, com o ACE, com o antigo agente sanitário da extinta SUCAM e com outros profissionais, ou até mesmo participante com maior escolaridade. Ou seja, o quesito escolaridade (possível RS de profissional de saúde) foi fundamental para que as pessoas não reconhecessem nele um profissional com condições de promover ações de educação em saúde.

Nesse sentido, existe um senso comum quando o participante fala “parece que ele não sabe nada”. Ocorre a ancoragem quando ele efetua a comparação com o grau de instrução do ACS ao afirmar: “acho que eu tenho até mais estudo”. Por fim, o processo de objetivação, aquela ideia, a concepção abstrata trazida para realidade se materializa quando o participante afirma não fazer o que o ACS lhe aconselha porque não o considera capaz de promover educação em saúde, seja em razão da sua pouca instrução ou do próprio exemplo do profissional, que aparenta não cuidar da própria saúde.

Sobre a escolaridade do ACS, como já apontado no marco teórico, os critérios para a seleção começaram a ser definidos com a implantação do PIASS em âmbito nacional, na década de 1980 (SILVA e DALMASO, 2002), e este não era um quesito relevante; naquela época, bastava saber ler e escrever (alfabetizado) para desempenhar a função de agente comunitário.

Posteriormente passou a ser exigido ensino fundamental pela Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002, sendo que esta exigência se mantém até hoje, além de curso de capacitação. Porém, a capacitação profissional do ACS parece não estar respondendo às demandas que a comunidade almeja desses trabalhadores — que em muitos casos não são as preconizadas pela PNAB, como, aferição de pressão arterial ou a realização de teste de glicemia — contribuindo para uma RS negativa de sua capacidade de promover ações de orientação e educação em saúde.

Em estudo realizado em dois municípios do interior paulista, os próprios ACS relataram a deficiência do curso de capacitação, considerando que os conhecimentos oferecidos a partir da admissão no serviço foram insuficientes, repassadas superficialmente sem incluir dados da realidade local. Também, que não foram abordados de forma suficiente, conteúdos na área dos relacionamentos e/ou psicológicos. Ou seja, o nível da capacitação não atendeu as aspirações dos ACS daquelas localidades (BACHILLI, SCAVASSA e SPIRI, 2008).

Na investigação realizada por Gomes et al. (2009), foram encontradas similitudes com essa realidade através de um estudo realizado com os próprios ACS, quando se constatou que nenhum deles possuía experiência prévia de trabalho na ESF, e que apenas uma pequena

parcela deles recebeu algum tipo de orientação antes de iniciar suas atividades, trazendo, inclusive, a fala de um participante daquela investigação que revelava que a aprendizagem, a capacitação para o exercício da profissão ocorria no dia a dia.

Igualmente, o estudo realizado por Mialhe e David (2011) com oitenta ACS do município de Piracicaba, distante 165 km da cidade de São Paulo, demonstrou que a maioria deles não recebeu qualquer tipo de capacitação específica relacionada ao desenvolvimento de práticas educativas na comunidade, apesar de esta ser uma de suas atribuições fundamentais, e que o aprendizado, na grande maioria, ocorreu através da prática diária de trabalho, na “prática da rua” como revelam as falas dos participantes daquele estudo.

Outros estudos realizados em diversas regiões do país, como os de Marzari, Junges e Selli (2011); Santos et al. (2011); Coriolano e Lima (2010); Santos e Fracolli (2010); Escorel et.al (2007) e Martines e Chaves (2007), também revelam que o processo de qualificação dispensado aos ACS ocorre de forma desestruturada, fragmentada e inadequada para assumir o contingente de atribuições profissionais, pois a oferta de capacitação e educação continuada ocorre de forma instável e descontínua, através de microtreinamentos, muitas vezes sem qualquer capacitação introdutória para o exercício das atividades, fazendo com que os ACS sejam introduzidos no campo despreparados e sem condições de atender os anseios das comunidades.

Estudo realizado por Modesto et al. (2012), com ACS egressos do curso de capacitação pela Escola Técnica do SUS do Estado de Tocantins, apontou a necessidade de reformular a estrutura curricular do curso, indicando ser necessário o repasse maior de conhecimentos teóricos nas disciplinas técnicas. Outro fator pontuado pelos ACS foi o descontentamento com relação à prática em laboratório, que foi diminuta, à promoção de palestras, entre outras, pois acreditam que um saber técnico mais acurado aumenta a sua valorização enquanto profissional.

Aliás, conforme constatado por Mota e David (2010), em um mundo de economia globalizada, palco de rápidas transformações, o trabalho constitui-se ainda na principal forma de inclusão e reconhecimento social, sendo o preparo técnico através da elevação da escolarização uma forma de promover no perfil do ACS uma alteração positiva no desempenho das suas funções. Para Galavote et al. (2011 p. 234), é “evidente que, quanto maior o grau de escolaridade, mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade”.

Estudos indicam sobre a necessidade de capacitação permanente, a fim de possibilitar a modificação desta perspectiva influenciada por uma visão de saúde fragmentada

e reducionista fundamentada no modelo biomédico que em nada contribui para consecução dos propósitos definidos para atenção básica (FONSECA, et al, 2012; GOMES et al, 2010). Como defende Duarte (2011, p. 147), a capacitação desses profissionais “para que se emancipem e trabalhem para emancipar a comunidade deve ser preocupação constante dos profissionais de saúde”.

Sendo o ACS um personagem fundamental dentro da ESF, pois suas ações possuem o propósito de favorecer transformações de situações-problemas que afetam a qualidade de vida das famílias, a RS que a comunidade expressa dele como um profissional que não possui instrução formal ou qualificação técnica deve ser vista com preocupação no contexto da AB, porque prejudica sua capacidade de promover ações educativas visando a promoção da saúde ou prevenção das doenças.

A deficiência de escolaridade do ACS é apontada pelos participantes deste estudo como um dos principais fatores que contribui para formação de sua RS como profissional que não “sabe nada”. Diante da realidade exposta faz-se necessário que a qualificação do ACS seja vista como uma importante estratégia de gestão pública e que ela aconteça de forma plena, contínua, organizada, competente e articulada com a demanda social da comunidade; pois esta imagem do ACS perante sua clientela acaba influenciando, de maneira negativa, nos propósitos da própria PNAB.

4.5. RESOLVE OU NÃO RESOLVE: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Avança-se com a análise, agora com foco na última categoria emergida da fala dos participantes, sobre a compreensão deles a respeito do poder resolutivo do ACS para desempenhar as atividades que são de sua competência, conforme preconizado na PNAB.

Como já ressaltado no marco teórico, o discurso reificado propagado sobre o ACS considera-o como um “agente de mudanças”, pois o seu trabalho é uma extensão dos serviços públicos de saúde dentro da comunidade, e as atividades que deve desempenhar diariamente são múltiplas. Mas como a comunidade visualiza esse desempenho? Sob a perspectiva de sua clientela, o ACS consegue ser resolutivo? Como isto influencia na RS do ACS perante a comunidade por ele atendida?

Este estudo revelou a existência de um senso comum que circula em todas as regiões da cidade, sobre a capacidade do ACS em resolver as demandas da comunidade, que pode ser notado nas falas dos participantes, a exemplo de Miriam, que disse:

Eu acho que não resolve nada, não resolve nada, você acha que “blábláblá”, conversa fiada resolve alguma coisa? A gente quer vê ação, né? É só pra tomar teu tempo, só vem na casa da gente pra mostrar serviço, assinar papel. [...], agente nunca fez nada, não resolve nada! Quando a gente precisa saber algo, manda pro posto, sempre com uma desculpa esfarrapada, não resolve. É um enchedor de saco, né? (Miriam 16).

“Não resolve nada” é a frase que caracteriza o senso comum sobre a capacidade do ACS em realizar promoção de saúde. Aliás, em sua fala, Miriam demonstra esta convicção por acreditar que o trabalho dele é perda de tempo, como indica a frase: “você acha que “blábláblá”, conversa fiada resolve alguma coisa?”.

A fala de Agatha também revela ocorrências do cotidiano que acabam por influenciar na percepção de um senso comum sobre sua capacidade do ACS em atender as demandas de sua clientela. Em sua fala ela disse:

Olha precisa de pedir uma orientação sobre o serviço do posto, ele já fala bem rápido, ah! Não posso fazer nada, hem; aí, eu falei não e só pra ver quando que tem consulta, se já chegou o remédio que eu pego lá, sabe? Como que eu faço [pausa] aí ele fala: tudo o que precisar tem que ir no posto. Então resolve o quê? Nada né. É sempre assim. (Agatha 12).

Esta fala indica que a participante percebe as deficiências do ACS no cumprimento de suas atribuições, ainda que seja simples orientação sobre os serviços disponíveis na própria unidade saúde, apesar de esta ser uma atribuição específica prevista na PNAB. Também é

possível inferir nesta fala, que a Agatha percebe uma atitude defensiva do próprio ACS quando lhe solicita alguma orientação, conforme indica o trecho da fala: “[...] ele já fala bem rápido, ah! Não posso fazer nada”, antes mesmo de ouvir o que lhe vai ser questionado. Como este tipo de atitude é percebido pela participante como rotineiro (*é sempre assim*), o senso comum revela-se quando ela diz: “Então resolve o quê? Nada né”.

Na fala de Imaculada, também se pode observar o mesmo senso comum que se forma sobre a capacidade do ACS solucionar as demandas da comunidade:

Pra mim, eu acho que não resolve muita coisa não, assim, o povo todo fala isso também; é melhor vim no posto, se você pergunta alguma coisa pra eles, da consulta, do remédio, do dentista, eles já mandam vim no posto. Eu acho que eles não resolvem nada não [...] (Imaculada 6).

“Eu acho que eles não resolvem nada não”. O discurso de Imaculada continua a insistir. A expressão chave ressaltada por ela é de que o ACS nada resolve, não consegue realizar orientações relacionadas aos seus atributos básicos, encaminhando em seguida para a unidade de saúde. Esse fato não é percebido somente por Imaculada, mas, como a mesma relata, “o povo todo fala isso também”. Aqui, a participante atua como porta voz da comunidade, mostrando a dimensão de um senso comum que já está circulando. Pode-se, assim, inferir uma consonância de um mesmo discurso nas falas dos participantes, de que o ACS não consegue ser resolutivo, realizar com eficiência e qualidade os questionamentos e o atendimento das demandas da comunidade por ele assistida.

Nessa mesma ideia, segue, então, o que pensa Rosa sobre a resolutividade do trabalho do ACS:

Eu acho que eles não resolvem nada não, porque às vezes você pergunta as coisas sobre saúde, orientação, rotina do posto, sabe? E eles não conseguem resolver nada, fala que a gente deve ir na unidade de saúde, que eles não podem resolver. [...] Que nem eu tinha até conversado que eu precisava muito de uma consulta no posto, expliquei o caso perguntei como eu fazia, aí eu fiquei esperando, esperando, esperando, deu mais de mês e nada, aí eu mesmo falei: não, eu vou atrás, e assim ela não voltou, ela não me deu nenhuma posição, deixou assim, deixou pra mim a desejar, e não resolveu nada. (Rosa 14).

Sua resposta não se revelou diferente das demais, sua percepção é de que o ACS não possui capacidade para solucionar as demandas de sua rotina de serviço, sobre uma simples orientação das atividades de rotina da UESF, pois, ao dirigir-lhe questionamentos, não se consegue obter respostas, ouvindo o mesmo discurso propagado em outras regiões da cidade, de que deve ir buscar na unidade a solução para as suas dúvidas. O senso comum que vem sendo lavrado é de que ele não resolve nada.

De modo insistente, repete-se o refrão: não resolve nada! No sentido coloquial, diz-se popularmente que está “martelando na mesma tecla”. Ao perceber estar próximo do surgimento de um senso comum, demonstram-se logo abaixo as manifestações dos demais participantes.

“O que eu escuto falar aqui na região e que ele não resolve as coisas não”. Essa frase corresponde ao núcleo de um senso comum da fala de Álvares sobre a capacidade do ACS de solucionar as demandas da comunidade. Ao abordar essa temática, ele disse:

Olha, o que eu escuto falar aqui na região é que ele não resolve as coisas não; olha, pra mim, é assim: você pergunta sobre as coisas da unidade, não sabe; se ele pode te explicar alguma coisa da saúde, onde procurar, não resolve, não tem participação, sabe? Não se envolve, não movimenta. (Álvares 5).

Pode-se ainda verificar na sua fala que a comunidade mentaliza a figura do ACS como aquele que não consegue resolver as demandas apresentadas a ele, porque não possui envolvimento com o seu trabalho, por isso é que Álvares afirma que ele “não se envolve”, não busca solucionar ou explicar os questionamentos que lhes são solicitados pela comunidade. É dessa forma que o senso comum se espalha entre os moradores, por isso a afirmação: “o que eu escuto falar aqui na região é que ele não resolve as coisas”.

“Aqui, ela não resolve nada não”. Essa também é a concepção de Gabriela quando se refere ao ACS, conforme se pode constatar:

A agente até hoje não resolveu nada não. Aqui, ela não resolve nada não. Todas as vezes que eu precisei, data de consulta, assim sobre exame que precisa fazer, como que faz pra fazer, dentista, que informasse mais a data que podia marcar, pra quando ia ter vaga, se precisa fazer alguma coisa, como que faz, ele só fala pra ir no posto, nunca resolve nada. (Gabriela 9).

Gabriela relata que toda vez que solicitou esclarecimentos sobre o agendamento de consulta, coletas de exames e como são realizados, a profissional não conseguiu resolver e sequer solucionar suas dúvidas, encaminhando-a para a unidade de saúde. Analisando ainda sua fala, pode-se perceber que essa situação não ocorre somente com ela e seus familiares, pois quando afirma “Aqui, ela não resolve nada não”. O termo “aqui” é uma referência ao território de atuação desse profissional e, como já visto no marco teórico, compreende uma área geográfica, ou seja, uma comunidade de no máximo 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2011). Sendo assim, nesse universo de pessoas, a fala de Gabriela indica que o senso comum que está circulando em relação à eficácia das atividades desempenhadas pelo ACS é de que ele “não resolve nada”, fugindo, assim, dos preceitos estabelecidos na PNAB.

Interessante essa similaridade nas falas dos participantes Álvares, Imaculada e Gabriela, porém, cabe aqui demarcar que isso não parece mera coincidência, pois, nas categorias já analisadas anteriormente, foi apontada a mesma semelhança nos discursos das participantes Priscila, Roberta e Margarida, em que as falas não falam por si só, mas desvelam a fala também da comunidade onde estão inseridas, comunidades estas que estão distantes por dimensões geográficas, pois esses participantes residem em regiões diferentes da cidade.

Porém, no contexto das falas, igualmente se propaga o mesmo discurso, de que o ACS nada resolve. Como já assinalado no marco teórico, as conversas, as opiniões que se manifestam livremente, são o senso comum, ou como refere Guareschi (2011), são os conhecimentos produzidos e reproduzidos espontaneamente dentro de um grupo principalmente na conversação informal e nas práticas interativas colocadas na vida cotidiana.

Desse modo, pode-se afirmar que o senso comum que emerge da análise das falas e circula por todos os lados é de que o ACS não consegue ser resolutivo diante das necessidades apresentadas pela comunidade, ou seja, um profissional que não resolve nada. Mas este é o primeiro elemento para realmente se constatar se esta é uma RS. Para que isto ocorra, como já visto, é necessário demonstrar outros dois elementos, a ancoragem e a objetivação, que serão analisados na sequência.

Inicia-se a análise das falas dos participantes para demonstrar como eles acomodam a figura do ACS como um protótipo preestabelecido no estoque gravado na memória, pois como já verificado no marco teórico, a ancoragem parte do pressuposto de que, quando um objeto é desconhecido, torna-se conhecido quando comparado com algum modelo, ou seja, processo que busca se trazer para dentro da memória e estabelecer relações com objetos, pessoas e acontecimentos, previamente estocados e que lhe são familiares (MOSCOVICI, 2010).

A primeira fala analisada é a de Margarida. Iniciada a conversa sobre a capacidade do ACS em resolver suas demandas, ela afirmou:

Pedi para ela marcar uma consulta, e ela disse que eu tenho que procurar o posto, pra que, que ela serve então? Pra nada! Aqui ela não resolve nada. Sabe assim, não marca consulta, não vê uma pressão, não vê glicemia que eu tenho problema de pressão e sou diabética [pausa longa], não resolve. (Margarida 3).

Podemos notar na fala de Margarida que ela tem preconcebido um protótipo adequado de profissional que desempenha o seu trabalho, como sendo aquele que realiza ações visíveis e concretas, como marcar uma consulta, aferir a pressão arterial, a taxa glicêmica, pois é isto que ela considera de suma importância, sobretudo porque afirma ser

hipertensa e diabética. Para ela, um trabalhador dos serviços de saúde tem que ter resolubilidade em suas ações, ou seja, realizar algum ato concreto; porém os atos que ela espera que o ACS realize são atos praticados ou pelo profissional administrativo, ou por um profissional da área da enfermagem ou médica (paradigmas do modelo biomédico). Como o ACS não consegue realizar as atividades solicitadas, não se encaixa no padrão de um modelo conhecido por ela, que é o de profissional que resolve as demandas a ele submetidas, assim, ela o concebe como um profissional que “não resolve”.

Retorna a fala de Imaculada para se verificar a maneira que ela realizou o processo de ancoragem sobre a resolubilidade das ações desempenhadas pelo ACS. Durante sua entrevista, ela disse:

Veja bem, eu prefiro vir mais na unidade, porque, pra mim o agente não resolve nada, porque, assim..., o agente vai lá em casa, não dá remédio, não consulta, não resolve nada, ele não faz nada não, o básico. É assim: se você precisa de uma consulta, não pode marcar, se você pedir pra ele marcar pra você, ele não pode, nunca pode marcar pra você, se você pedir um remédio ohhh fulano tem como você vê um remédio assim, assim, não, não posso, você tem que ir lá no posto, só eles lá é que podem fazer então?. (Imaculada 6).

É perceptível que Imaculada igualmente expressa não conseguir ver o ACS como um profissional capaz de resolver as suas solicitações porque não pode dispensar uma medicação, realizar marcação de consulta que pra ela são consideradas atribuições básicas para o perfeito estabelecimento do seu trabalho, fazendo com que se desloque até a unidade de saúde, por algo que ele mesmo poderia solucionar. Em razão de ter de deslocar-se até a UESF para atender suas necessidades de saúde, ela compara o ACS com os demais profissionais da EqSF (médico, enfermeiro, técnicos administrativos e outros), definindo eles como protótipos que já se encontram estabelecidos na sua memória e não encontra similitude entre eles e o ACS, por isso acaba ancorando-o como profissional incapaz de resolver as suas solicitações, promovendo ancoragem de que ele “não resolve nada”.

Roberta também deixou suas impressões quando lançou o questionamento sobre o poder resolutivo do ACS e nas suas atividades. Primeiramente observou-se na sua postura gestual que ela se modificou, a entonação da sua voz aumentou, sua face transpareceu um ar de desprezo, de pouca importância (impressões registradas em diário de campo), revelando um discurso oculto com a figura desse profissional, que já seria o suficiente para afirmar que, para ela, o profissional não é resolutivo em suas ações, quando então respondeu:

Eles não têm autoridade pra falar com os moradores. Por quê? Porque não resolvem nada com o morador, tudo que pergunta, ou se ele pode fazer, ele não resolve. Não

consulta, não dá remédio. Olha, até o veneno do mosquito da dengue ele tem que pedir pro outro agente colocar, até isso, então não resolve nada. (Roberta 15).

Roberta afirma que o ACS não possui autoridade para conversar com a comunidade, justamente por não conseguir resolver as demandas e os anseios que lhe são apresentados, ou seja, não realiza consulta, não dispensa os remédios e sequer consegue realizar o combate do vetor da dengue.

Analisando sua fala, pode-se perceber que ela possui o que Jodelet (2002) refere como rede de significações, que lhe permite situar outras imagens com as que ela já possui e, quando comparado, lhes dar coerência, ou seja, conferir-lhes um valor funcional. Sendo assim, é possível visualizar que a rede de significações de Roberta está ancorada no profissional médico, enfermeiro entre outros, pois isto fica claro quando relata “não consulta, não dá remédio”, bem como, no agente de combate às endemias — igualmente a Imaculada, como demonstrado na categoria analisada anteriormente — citando o fato do ACS ter que repassar a ele a aplicação de larvicidas/biolarvicidas para o combate do vetor da dengue, denotando que ao comparar o ACS com os profissionais que lhe são familiares, ele não se encaixa ao protótipo, não possui semelhança, por isso ancora a este como um profissional que realmente não possui resolutividade no desempenho do seu trabalho, pois “ele não resolve”.

Traz-se agora a fala de Sebastião, que igualmente acredita que o ACS não consegue solucionar o que lhe é perguntado ou solicitado, conforme se pode conferir em sua fala:

Ah! Quando eles vai fazer vistoria, né. Vê como a pessoa tá, né. Se tá com uma pressão boa, né. Se tá meia alta, eles manda vim aqui, (referindo a UBSF) né, mas bom mesmo, eu acho é que se tivesse jeito de ir com o aparelho até na casa, né porque as vezes, tem gente que tem problema e não sabe, né. Tá pensando que tá legal, eu acho que ele teria que ter um aparelho para ir vendo, né. Eu acho que o mais certo era isso, né. vê, verificar se a pessoa como é que tá, se tá doente, se tem algum problema, né. Se tem febre, se a pressão tá alta, se tá baixa, ter aquele aparelhinho que tem muitos que faz aquele do dedo, né. Mas não faz, não faz nada disso, então não resolve não né. Acho que precisa mudar, né. Ganha sem fazer as coisa, é ruim né. [...] (Sebastião 7).

“Mas não faz, não faz nada disso, então não resolve não, né”. Nesse trecho da fala de Sebastião, está a essência do núcleo figurativo, mas por quê? Justamente porque se o ACS não consegue resolver os seus problemas, quem é o profissional que lhe dará soluções? Certamente Sebastião, como revela Moscovici (2010), possui estocado no seu imaginário a réplica de um modelo familiar com o qual ele estabelece uma relação positiva, ou seja, de um profissional que possui capacidade de solucionar os problemas apresentados.

Analisando ainda sua fala, é possível encontrar semelhanças com as falas dos demais participantes, quando refere que, ao não conseguir atender a demanda da comunidade, o ACS

encaminha para a unidade de saúde, portanto o núcleo figurativo também se encerra nos profissionais que compõem a EqSF. Como sua fala esclarece por si só, torna perceptível que não é essa mesma imagem que ele visualiza na figura do aludido profissional, por isso a ancoragem de alguém que não possui capacidade de resolver as necessidades que lhes são apresentadas.

“Não existe isso aí”. Com essa sentença, Agatha confirmou o seu processo de ancoragem, o que se verifica em sua fala:

Ele resolve? Não, só o médico, ele não vai resolver, ele não pode passar uma medicação, o que ele fala ali eu não posso usar, ele não pode me dar uma receita, não consulta, não vê sequer uma pressão. E então, pra que eu vou falar pra ele, não resolve, não existe isso aí! (Agatha 12).

Agatha expressa igualmente à mesma ancoragem dos demais participantes, de que o ACS não é resolutivo. O núcleo figurativo que ela possui está ancorado no profissional médico e neste o ACS não se encaixa em razão de não poder solucionar suas demandas, devido a não realizar consulta, receitar, medicalizar. Pôde-se observar que Agatha conversava com certa tranquilidade, mas, quando referiu que ACS sequer pode verificar a pressão arterial, foi possível observar uma transformação na entonação da sua voz e na sua expressão facial, levando a inferir que, para ela, isso seria um procedimento básico, mas como nem isto o ACS pode realizar, Agatha não fala nada com ele, porque já concebeu a ideia de que ele “não resolve”.

“Ela não tem o aparelhinho pra medir a pressão” é a expressão que aparece na fala de Márcia, que também promove a ancoragem do ACS a partir de contrapartida material de suas atividades, quando comparada a outros profissionais da EqSF quando diz:

[...] Ela não tem o aparelhinho pra medir a pressão, não tem assim né, ela manda eu vim aqui (referindo a UESF) pra tirar a pressão. Precisa de consulta, e não marca, né. Não resolve nada. Eu acho que ela deveria de ter, porque daí o trabalho dela ia ser melhor pra ela né. Porque ela tendo, não vai prejudicar nem ela, nem eu, nem ela. (Márcia 8).

A fala de Márcia guarda similitude com as demais, pois ela também possui a percepção de que o ACS não é capaz de solucionar as suas demandas, porque não verifica pressão arterial e não marca consulta. O núcleo figurativo que aparece nessa fala encontra-se ancorado nos demais profissionais da EqSF, como os profissionais de enfermagem que realizam a verificação de pressão arterial, ou do corpo administrativo, responsáveis pela marcação de consultas. Como o ACS não se amolda a nenhum desses modelos, acaba sendo relacionado a um profissional que não resolve nada.

“Olha, é até sem graça” Esta chamada é parte da fala de Patrícia e chamou a atenção em razão da reflexão notada após a pausa longa (sinal subjetivo), revelando desapontamento. Quando questionada sobre a capacidade do ACS em solucionar as demandas apresentadas pela comunidade, ela disse:

Olha, é até sem graça [pausa longa]. Precisa de consulta, que nem eu tinha pedido uma consulta no posto, nada. Remédio não pode, não veja a pressão, não veja se a criança tem febre, então nada mesmo. Eu acho que ele tinha que mostrar algo mais, né? Ser igual no posto, né? Porque assim eu penso que ele resolve o quê? Nada. (Patrícia 10).

Ao continuar sua fala Patrícia, apresentava expressão facial que denotava certo constrangimento (sinais subjetivos anotados em diário de campo) em relação ao que dizia. Ela abaixou e balançou a cabeça várias vezes, realizou uma pausa longa como se estivesse tomando coragem para continuar a conversa. Mas depois continuou expressando que o ACS não é resolutivo, ressaltou que tudo que é solicitado ele não pode resolver.

Pode-se observar que o núcleo figurativo que vem sendo delineado ancora nos demais profissionais que compõem e realizam atendimento na UESF, como Patricia também não consegue associar a imagem do ACS com a daqueles profissionais, pois, como refere, ele não consegue realizar uma marcação de consulta, dispensar medicação, verificar a pressão arterial, verificar a temperatura, ou seja, não consegue solucionar suas demandas, a sua ancoragem se firma quando afirma: “penso que ele resolve o quê? Nada”.

Sendo assim, a amarração do processo de ancoragem ocorre através das opiniões verificadas nas falas dos participantes, que realizaram o exercício de familiarização buscando na memória o que estava convencionado, os valores e ações preexistentes nos conceitos do protótipo que apresenta um profissional que possui solução e consegue prover as necessidades apresentadas pela comunidade.

As falas dos participantes expressam, tanto na categoria anterior, como nesta, que esse protótipo está aportado na figura do profissional detentor do saber científico, sendo a figura do médico a principal referência, seguida pelo profissional enfermeiro, bem como outros profissionais que conseguem mostrar resolutividade, ou seja, uma ação concreta em favor da sua clientela, como por exemplo, aquele que realiza uma simples marcação de consulta (até este resolve). Desse modo, como não consegue familiarizar o ACS com esses protótipos, a ancoragem é negativa de alguém que não consegue solucionar as demandas apresentadas pela comunidade, ou seja, não resolve nada.

Parece até aqui, com o que se pode observar nas falas, estar-se caminhando para a consolidação de uma RS a respeito do ACS como um profissional que não consegue resolver

as demandas apresentadas na comunidade. No entanto está faltando caracterizar o último elemento para que se possa dar concretude a essa RS, ou seja, o processo de objetivação.

Como ocorre a objetivação acerca do ACS como um profissional que não resolve as demandas da comunidade? Este é o questionamento suscitado ao longo desta categoria, pois, como já anunciado, a população espera desse profissional o desempenho do seu papel com eficácia e, dessa forma, expressam: Se não resolve, para que serve ele então?

Para analisar o processo de objetivação, retorna-se com a mesma fala de Sebastião, já utilizada na elucidação do processo de ancoragem. Em sua fala ele refere que seria importante que o ACS conseguisse verificar os problemas apresentados pela comunidade e que fosse possível solucioná-los, seja verificando a pressão arterial, seja verificando a glicemia, a temperatura corporal. Pode-se inferir que o participante acredita que esse seria um meio concreto e atuante de prevenir a doença, pois destaca que muitas pessoas sequer sabem que possuem algum problema de saúde, principalmente no que concerne à hipertensão arterial. Assim ele se posicionou:

Ah! Quando eles vai fazer vistoria, né. Vê como a pessoa tá, né. Se tá com uma pressão boa, né. Se tá meia alta, eles manda vim aqui, (referindo a UBSF) né, mas bom mesmo, eu acho é que, se tivesse jeito de ir com o aparelho até na casa, né porque as vezes, tem gente que tem problema e não sabe, né. Tá pensando que tá legal, eu acho que ele teria que ter um aparelho para ir vendo né. Eu acho que o mais certo era isso, né: vê, verificar se a pessoa como é que tá, se tá doente, se tem algum problema, né. Se tem febre, se a pressão tá alta, se tá baixa, ter aquele aparelhinho que tem muitos que fazem aquele do dedo, né. Mas não fazem, não fazem nada disso, então não resolve não né. Acho que precisa mudar né. Ganhar sem fazer as coisas é ruim, né. [...]. (Sebastião 7).

Analisando essa fala, compreende-se que a objetivação ocorreu pela via da negatividade, materializando-se na incapacidade do ACS em dar soluções concretas às demandas a ele dirigidas pela coletividade, e mais, se o seu desempenho permanece no plano da abstração, Sebastião não compreende como o ACS pode ser remunerado em razão de não perceber uma contrapartida material em seu trabalho. Esse fato leva-o a expressar descontentamento por isso que diz “é ruim né”, e isto contribui para a sedimentação do processo de objetivação de profissional que não resolve nada.

“Pedi para ela marcar uma consulta e ela disse que eu tenho que procurar o posto”. Destaca-se este núcleo da fala de Margarida, retomada agora para analisar o processo de objetivação.

Pedi para ela marcar uma consulta, e ela disse que eu tenho que procurar o posto. Para que que ela serve então? Para nada! Aqui ela não resolve nada. Sabe assim, não marca consulta, não vê uma pressão, não vê glicemia que eu tenho problema de pressão e sou diabética [pausa longa] não resolve. (Margarida 3).

Pode-se verificar aqui o senso comum quando Margarida afirma “não resolve nada”. Há ancoragem, quando há uma referência aos profissionais que verificam pressão, glicemia ou marcação de consultas, e há objetivação, quando ocorre uma materialização daquelas significações no plano da realidade da participante, quando ela pede para o ACS marcar consulta, e ele diz que ela tem de procurar o posto de saúde. Apesar de esta não ser uma função do aludido profissional, essa negativa dele em não marcar consultas fez com que Margarida promovesse a sua objetivação como um profissional que não resolve nada.

Miriam é outra participante que retorna nesse contexto, após já revelada sua opinião sobre a incapacidade do ACS em solucionar as demandas apresentadas na comunidade. Utilizando de uma entonação forte na sua voz e com expressão de descontentamento, revelando também uma fala oculta, ela respondeu:

Eu acho que é um dinheiro jogado fora, é, porque pra esse trabalho que eles fazem, não tem ação. Então acho que só na divulgação de panfleto já resolveria, na imprensa, sabe? Não precisa deles tá entrando nas casas, não resolve! Não resolve! É um dinheiro que deveria ser investido em outra coisa. (Miriam16).

Pode-se constatar que Miriam realizou a objetivação da resolubilidade do trabalho do ACS transferindo o que estava na sua mente para algo que existe no mundo físico, como ressaltava Moscovici (2010), porém, ao transferir a imagem para o plano da realidade, não conseguiu materializá-la, pois não encontrou nada de concreto no desempenho do seu trabalho, ou seja, ficou no plano da abstração, pois, ela mesma afirma, “pra esse trabalho que eles fazem, não tem ação”, ou seja, não consegue concretizar as demandas apresentadas, não possui poder resolutivo. Expressa então sua indignação, e acredita não ser necessária a presença dele nas residências; e mais, acredita que manter um profissional com esse desempenho é “dinheiro jogado fora”, que onera os cofres públicos, que poderia ser “investido em outra coisa”.

Roberta, que já foi referida no processo de ancoragem sobre a capacidade do ACS em solucionar os problemas a ele apresentados, respondeu que:

O que eu acho dos agentes? Eu acho que eles não resolvem nada, são um bando de fofoqueiro, que não resolve nada, que só enrola, que é um dinheiro jogado fora, que esse dinheiro deveria ser usado pra outras coisas na saúde, não pra isso de agente, sabe; não pra esses aí; esses tinha que fazer uma peneira, sabe? (Roberta 15).

Nota-se a rejeição no tom depreciativo na fala de Roberta, ao repetir a pergunta “o que eu acho dos agentes?”. Na sequência, ela afirma que os ACS não resolvem nada porque “só enrola”. Como enrolar não é serviço, a objetivação que transparece do trabalho deles é de que “não resolve nada”, que é um “dinheiro jogado fora”.

Imaculada, cujas falas já contribuíram para análise desta mesma categoria para demonstrar o senso comum e ancoragem, também evidencia o processo de objetivação sobre a resolubilidade das atividades desempenhadas pelo ACS, quando diz:

Então, eu acho que na realidade não tinha necessidade de agente de saúde; não resolve nada, não resolve di nada, tem que vir direto pro posto. Então adianta de que o agente comunitário? Se do mesmo jeito, tando com agente ou não, você tem que vir na unidade, não vai adiantar de nada né, ele só tá ganhando, né? (Imaculada 6).

A fala indica que Imaculada não conseguiu visualizar os serviços do ACS como algo concreto, por isso que, na sua realidade, ele é percebido como um profissional desnecessário, porque, para qualquer coisa que ela necessitar na área da saúde, deve se deslocar até a unidade de saúde, por isso a redarguição “então adianta de que o agente comunitário?”, confirmando a objetivação de que para ela o ACS “não resolve nada”.

“Tudo você tem que ficar indo no posto”. O trecho em destaque é parte da fala de Aurora, que igualmente compartilha da mesma opinião dos demais, a de ser o ACS um profissional que recebe por um trabalho em que ela não vê empenho, não resolve, pois tudo o que necessita é necessário se deslocar para a unidade de saúde, conforme se pode averiguar a seguir:

Olha não dá pra fazer as coisas que a gente pede; não se empenha, não resolve nada, tudo você tem que ficar indo no posto. Então ele fica é só ganhando do povo, pra ficar por aí andando, né. É o que o povo pensa [pausa]; não tinha que ser assim, né. (Aurora 1).

Nesta fala observa-se que o processo de objetivação ocorre também pela ausência de ações concretas e visíveis que a participante possa materializar como sendo promoção de saúde em seu benefício, por isso a frase: “Olha não dá pra fazer as coisas que a gente pede”. A fala indica ainda, na percepção de Aurora, que esta não é uma objetivação isolada, mas comum a toda coletividade, tanto que afirma: “É o que o povo pensa”, referindo-se a capacidade do ACS em atender as demandas de sua clientela, ainda que não sejam as preconizadas pela PNAB.

“Tudo que pergunta não resolve”. Esta é a indicação retirada da fala de Prado, de como ele construiu o processo de objetivação sobre a capacidade do ACS em resolver os problemas que lhes são apresentados. Em sua entrevista, ele disse:

[...] Como é que vai resolver alguma coisa? Falta muito! Tudo que pergunta não resolve. Tem que saber conversar, saber perguntar, nem que seja pergunta ensaiada, explicar, tem que ser insistente, tem que dar atenção, mostrar que é importante, senão sei lá, não resolve e não serve pra nada. Fica só recebendo, pra quê? Então, assim, é melhor nem ter esse profissional, fica ruim até pro serviço. (Prado 2).

Nessa fala, Prado expõe o que ele tem percebido em sua realidade cotidiana, deduzindo que o ACS não mantém dialogar com sua clientela, mesmo que seja uma fala ensaiada. Na opinião do participante o ACS não é capaz de estabelecer uma relação com a sua clientela, por isso a afirmação: “Tem que saber conversar, saber perguntar, nem que seja pergunta ensaiada, explicar, tem que ser insistente, tem que dar atenção”. Nota-se aqui uma dissonância entre o discurso reificado onde a PNAB prescreve que ele deve desenvolver ações visando à integração entre a EqSF e a população adscrita, e a realidade cotidiana dos usuários. Neste caso, a objetivação ocorre mediante a comparação da familiaridade com a realidade, revelando a rejeição quando ele afirma: “é melhor nem ter esse profissional”.

Nota-se nesta fala, ainda, a invisibilidade do ACS, que, como assegura o Moscovici (2010), não é decorrente da falta de informação devido à visão de alguém sobre a realidade, mas da fragmentação preestabelecida dessa realidade, da classificação das pessoas e coisas que a compreendem, fazendo com que algumas delas se pareçam visíveis, e outras, invisíveis. Isto contribui para a percepção desse profissional como sendo alguém que “não resolve e não serve pra nada”.

E para Álvares, como ocorreu o processo de objetivação? Ele novamente fala em nome da comunidade e relata que esta igualmente espera do ACS ação na prestação do seu serviço, nem que seja uma resposta às dúvidas geradas, conforme pode ser averiguado em sua fala abaixo transcrita:

Como eu já disse, falta comprometimento do agente de resolver as necessidades da população sabe? Todo mundo espera nem que seja uma resposta tipo assim, por exemplo, ah, eu fiz um preventivo, será que tá pronto? você sabe que dia que marca consulta pro doutor tal? Este tipo de informação assim, que às vezes não dá pra ele vir no posto, tem uma medicação que eu não sei como é que toma, e este é o papel dele, e ele não faz isso, não busca resolver. Então as pessoas pensam que ele só serve pra ficar ganhando sem resolver nada, então desse jeito ele não é importante não. (Álvares 5).

O que pode ser observado nessa fala é a falta de compromisso profissional do ACS, que sequer dá uma resposta aos questionamentos mais simples que lhes são dirigidos, como por exemplo, se um exame ficou pronto, ou como se utiliza determinada medicação. Na visão deste participante, o ACS não cumpre com o seu papel conforme preconizado pela PNAB, onde consta como incumbências do ACS a orientação às famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis (BRASIL, 2011). Por isso a comunidade acaba concebendo a ideia de que ele “fica ganhando sem resolver nada”, ou seja, recebendo o salário sem ao menos tentar solucionar as demandas de sua clientela adscrita, por isso a objetivação de que ele não é resolutivo em suas ações.

A análise dessas falas indica que a comunidade, representada pelos participantes deste estudo, construiu a compreensão de que o ACS não possui resolutividade nas suas ações para atender de forma eficaz às demandas que lhes são apresentadas. As concepções se repetem “não resolve nada”.

Essas concepções foram, como refere Guareschi (2011), o conhecimento que a comunidade construiu e compartilhou, ou seja, as representações sociais.

A construção da RS se revelou através da concepção da comunidade por meio da fala dos participantes, mediante acesso a um repertório imagético, que demonstrou um senso comum em circulação nas comunidades sobre a capacidade deste integrante da EqSF em resolver as demandas de sua clientela adscrita. Com isto, a figura do ACS foi comparada, categorizada e relacionada a um protótipo daquilo que as pessoas compreendem como profissional que consegue atender as demandas da população. Como não houve correspondência entre este paradigma aceito pela comunidade, nem a materialização de ações concretas no desempenho das suas atividades, criou-se esta RS sobre o ACS como profissional que não resolve nada; pois, conforme defende Moscovici (2010), as representações sociais estão densamente incorporadas nas ações das pessoas, e são adotadas, e se estendem a todos os membros de uma comunidade, ou seja, passam a ser convencionalizados como forma de um acordo tácito.

No entanto, apesar de a comunidade ter expressado a RS de que o ACS é um profissional que nada resolve, não se pode deixar de pontuar o que foi percebido nas falas, que a frustração em relação aos serviços executados por esse profissional é decorrente de anseios por um atendimento mais especializado, de uma atenção restrita, que aponta para a dimensão técnica, muito mais centrada ao modelo biomédico, de acesso priorizado a UESF, ou a execução de atividades mais simples, como a aferição de glicemia, verificação de pressão arterial, marcação de consultas ou outras atividades que não estão no rol de suas competências.

Pôde-se notar que esta não é visão somente da comunidade da cidade onde se realizou este estudo. Num trabalho realizado em Vitória (ES), com os próprios ACS, por Mendes e Ceotto (2011, p. 501), a percepção que a comunidade apresentou foi de que eles também não conseguem solucionar os problemas em sua prática cotidiana, uma vez que estão restritos em realizar alguns procedimentos, levando a comunidade a questionar: “se não pode fazer nada, o que veio fazer aqui? O que faz?”, “Não resolve nada para o usuário”, pois não medicam, não marcam consultas, ou seja, não realizam o mesmo que os demais profissionais

da equipe de saúde, sendo que estes são os procedimentos que a população espera que eles façam.

Outros estudos desenvolvidos refletem a cobrança imposta pela comunidade centrada em uma maior atenção clínica, ou seja, referente a solicitações de procedimentos técnicos como aferição de pressão, aplicação de injeção, e evidenciam os constantes enfrentamentos dos ACS sobre a limitação quanto às possibilidades de atuação, ou seja, o que realmente eles podem ofertar, que são prioritariamente ações educativas, colocando em xeque a resolutividade do seu trabalho. (GALAVOTE et al., 2011; GOMES et al., 2009; BORNSTEIN E STOTZ, 2008; MENDONÇA, 2008; PUPIN e CARDOSO, 2008).

Estudos realizados referenciam que um amplo contingente tanto de trabalhadores da saúde, como dos usuários do SUS, desconhecem a amplitude e profundidade das ações executadas pelos ACS, bem como relatam uma falta de delimitação das atribuições do ACS. Por ser o trabalho do ACS um processo dinâmico e cotidiano de construção e reconstrução, sem credibilidade não há confiança por parte da comunidade, e o trabalho do agente fica impossibilitado de acontecer. (DAVID, 2011; SOUZA e FREITAS 2011; JARDIM e LANCAN, 2009; BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; TOMAZ, 2002).

A maioria dos participantes deste estudo revelou não possuir conhecimento sobre quais são as reais competências que o ACS deve desempenhar; porém isso não serve de respaldo para não se atentar ao fato de que a comunidade percebe a sua incapacidade de atender as suas demandas, fato que contribuí para construção de uma representação social de que o ACS “não resolve nada”.

Considerando tudo o que foi exposto nas linhas atrás é possível afirmar a existência de um discurso reificado que se constrói do ACS, de que ele é o elo entre o Sistema Público de Saúde e a Comunidade, o profissional dos serviços públicos de saúde que possui estreito vínculo com a população por ele assistida. Se for assim, porque alguns estudos apontam uma relação conflituosa? Será que o ACS tem sido percebido como “elo de ligação” entre as instituições públicas de saúde e a comunidade? O que a população tem percebido sobre ele e suas atividades no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica?

As representações sociais desveladas neste estudo, através das falas da própria clientela adscrita do ACS, analisadas a partir dos fundamentos teóricos da Psicologia Social, especificamente da Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici, segundo a qual a realidade social pode ser compreendida, como produto das interações humanas criadas no decurso da comunicação e cooperação, interligando as aparências na construção das realidades, que se tornam comuns a todos os membros de uma comunidade enquanto modos de viver e ver o mundo, nos levou a obtenção da resposta, reflexo de uma realidade local, de que a comunidade diz que o ACS não é o que dizem que ele é.

Considera-se que no âmbito da Estratégia Saúde da Família, modelo de atuação prioritário das ações básicas de saúde no âmbito do SUS, as visitas domiciliares realizadas pelo ACS constituem valoroso instrumento na prevenção e promoção de ações de saúde e no estabelecimento do vínculo entre a Equipe de Saúde da Família e a população. No entanto este estudo indicou que os participantes, usuários cadastrados numa estratégia de saúde da família, na condição de representantes da comunidade, têm construído o senso comum de que a visita domiciliar é realizada de forma esporádica, fugaz e sem utilidade, contribuindo para a construção de quatro representações sociais sobre esse profissional: que ele não é confiável, não trabalha, não sabe nada e não resolve nada.

A partir da constatação do senso comum de que as pessoas não confiam no ACS, à representação social que se constrói sobre ele é de profissional não confiável, comprovada a partir da análise das falas dos participantes deste estudo, que revelaram a confirmação da ancoragem nesta qualidade, ao relacionar suas condutas à de fofoqueiro, de pessoa que não guarda segredos, por comentar com outros membros da comunidade, seus vizinhos, os fatos que lhes eram confidenciais durante as visitas domiciliares. A objetivação desta percepção foi materializada na sua rejeição por parte de sua clientela adscrita, manifestada na negativa de acesso às residências para realização da visita domiciliar, na sonegação de informações, no seu não atendimento pelo morador e na revelação de sentimentos como medo ou receio de com ele conversar sobre assuntos que devem ser mantidos em sigilo na concepção dos

participantes, indicando a sedimentação de uma representação social de que o ACS é um trabalhador em que não se pode confiar. Esta representação revela a oposição da perspectiva da população ao universo reificado de que o ACS é o “elo de ligação” entre a comunidade e os serviços públicos de saúde. Aliás, a sua clientela, em alguns casos o tem percebido como “elo da fofoca”.

Nem mesmo o fato de residir e trabalhar na mesma localidade de sua clientela adscrita facilita ao ACS estabelecer vínculo de confiança com ela. Aliás, parece funcionar como fator de desagregação da confiança por possibilitar a propagação de conversas sobre a vida alheia na vizinhança, contribuindo para uma representação social negativa deste profissional perante a comunidade.

Outra percepção dos participantes em relação ao ACS, disparada a partir do senso comum de que suas atividades constituem mera enrolação, ou de que ele simplesmente não trabalha, passa pelo mesmo processo de ancoragem, em que ele é comparado ao protótipo daquilo que as pessoas consideram trabalhador. Como não encontram correspondência do ACS com esse padrão, seja por vê-los sentados em rodas tereré ou debaixo de árvores durante o horário de expediente, fazendo serviços particulares no horário do serviço, iniciando suas atividades após o horário normal ou encerrando suas atividades antes do expediente. Enfim, uma série de fatos observáveis na vivência cotidiana de sua clientela que levam a uma compreensão de que seu trabalho é mera “enganação”, confirmando a representação social de que o ACS não trabalha.

A representação social do ACS como profissional que “não sabe nada” é constatada a partir de um senso comum que a comunidade tem construído em referência à sua capacidade de promover ações de educação em saúde. Essa percepção é ratificada por um processo de ancoragem que indica a classificação e comparação dele com o médico, o enfermeiro, com outros profissionais integrantes de uma Equipe de Saúde da Família, em que o quesito escolaridade é fundamental na percepção negativa de que o ACS não possui condições de promover educação em saúde. Essa percepção é transplantada para o plano da realidade das pessoas quando elas deixam de atender as suas recomendações porque sabem que ele tem pouca instrução formal e pouco conhecimento técnico-científico sobre o processo saúde-doença; seja porque sua conduta indica para a população que ele não cuida nem da própria saúde. Sendo assim, o ACS é considerado por sua clientela inapto para promover ações de educação em saúde, o que leva a população a conceber a sua representação social como profissional que não sabe nada.

A última percepção dos participantes em relação ao ACS é de um profissional que não resolve nada. Ela foi construída sobre a capacidade desse profissional em atender as demandas de sua clientela adscrita, disparadas a partir da constatação de um senso comum e confirmada pela ancoragem, em que os membros das comunidades não encontraram correspondência dele com um protótipo de profissional que consegue atender as demandas dos usuários. A objetivação dessa realidade decorreu, na percepção dos participantes da investigação, da ausência de ações concretas e visíveis realizadas pelo ACS em benefício dos usuários, como não poder marcar uma consulta, não realizar um teste de glicemia, não verificar hipertensão arterial, enfim, atos concretos que a população compreende como solução de suas demandas. Por isso percepção da incapacidade de realizar ações de promoção de saúde, desvelando a representação social de profissional que “não resolve nada”.

Convém destacar que as representações sociais, enquanto modos de ver a realidade ou de viver a própria realidade indicam uma situação grave nas relações entre o ACS e sua clientela adscrita; mas que de maneira alguma podem ser vistas como simples demérito ao trabalho desenvolvido por esses profissionais. Antes disso, devem servir de alerta de que algo não está fluindo conforme foi concebida no plano institucional.

Se a população não tem visto com bons olhos a atuação do ACS, a responsabilidade por esta percepção deve ser dividida com todos os integrantes da Equipe de Saúde da Família, especialmente o enfermeiro, que é responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas por ele, que é apenas uma engrenagem dentro da proposta de atenção prioritária estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica.

No entanto, não é absurdo pensar que as representações sociais reveladas neste estudo indiquem que o padrão de profissional de saúde, ainda arraigado na mentalidade das pessoas, é o determinado pelo modelo Biomédico, representado simbolicamente pelo posto de saúde, e pelas figuras do médico e do enfermeiro. Sendo assim, as atividades realizadas pelo ACS não estão sendo bem compreendidas ou estão deixando na população uma impressão negativa, é necessários que se promovam atividades de educação permanente com estes profissionais; bem como, que se dedique especial atenção na realização das visitas de supervisão, a fim de conhecer os nós críticos que vêm sendo apresentados pela população em relação às visitas domiciliares; além de ações que visem estabelecimento vínculos de saber compartilhado com todos os integrantes da equipe de saúde.

Também deve se registrar, com base nas constatações deste estudo, que não basta um discurso reificante querendo transformar o ACS em uma espécie de herói, advogado, promotor de justiça, delegado, político, religioso, líder comunitário etc., sem antes lhe garantir

acesso a uma qualificação adequada, para que a população realmente reconheça nele alguém que está apto a atender as suas demandas dentro de preceitos ético-profissionais e com os conhecimentos necessários para cumprir com o mínimo do que se espera dele. Em suma, para poder cumprir com todas as incumbências que lhes são impostas pelas políticas de saúde, o ACS necessita estar devidamente capacitado e orientado para atender as demandas que a comunidade dele espera, no que diz respeito à educação, prevenção e promoção de saúde.

De tudo que se observou neste estudo infere-se que o ACS não tem sido percebido por sua clientela como sendo o “elo de ligação” entre a comunidade e a Equipe de Saúde. Este quadro indica a necessidade de adoção de mecanismos que possibilitem a melhoria de seu relacionamento com os usuários, inclusive através de cursos de capacitação, a fim de dotá-los de condições técnico-profissionais e autonomia necessária ao pleno desenvolvimento de ações de educação e promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos e orientações das comunidades assistidas, como forma de contribuir para uma maior eficácia das ações promovidas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família e o cumprimento efetivo dos preceitos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica.

Cabe destacar também, que a obrigação de ter de residir na mesma localidade onde trabalha não revelou ser um elemento facilitador para o estabelecimento de vínculo de confiança entre o ACS e sua clientela, que supostamente são seus vizinhos. Aliás, ter de residir na mesma localidade onde exerce sua profissão, como se fosse um servo do período medieval, é uma condição que a população percebeu de forma bastante negativa, pois viu nisso um elemento que facilita a propagação de informações que deveriam ser mantidas em sigilo, contribuindo para uma percepção de desconfiança neste profissional e resistências às suas atividades; além de refletir negativamente nas representações sociais construídas pela população.

As constatações deste estudo também revelam que a população talvez necessite de esclarecimentos sobre a abrangência das atribuições do ACS para que não lhe exija a realização de atividades que vão além de suas forças e de suas competências profissionais. Assim sendo, parece ser necessário repensar e discutir as atribuições profissionais do ACS; estimular a realização de campanhas educativas sobre as suas competências; rever alguns requisitos para o exercício da função, como o do nível de escolaridade e de morar na área geográfica de sua atuação. Cabe ainda acrescentar, talvez, a necessidade de elaboração e divulgação de material didático que aborde aspectos ético-profissionais e técnico-operacionais na formação do ACS entre todos os profissionais de saúde, gestores e comunidades, para uma melhor compreensão de suas reais atribuições.

Registra-se, ainda, que as questões assinaladas neste estudo também apontam para a necessidade de futuras investigações acerca desta temática, inclusive com a realização de outros estudos, inclusive sobre o processo de formação profissional do agente comunitário de saúde e de implementação das políticas públicas de saúde no país.

Finalizadas nossas considerações sobre este estudo, seria presunçoso supor que as discussões acerca das representações sociais sobre o agente comunitário de saúde podem se encerrar com base na constatação de uma realidade local; pois as representações, como defendido por Serge Moscovici, são criadas e adquirem vida própria, circulam, se encontram, se atraem e repelem-se, dando oportunidade ao nascimento de novas representações enquanto as velhas morrem. Por isso, consideramos que os caminhos para compreensão das relações entre os profissionais dos serviços públicos de saúde e sua clientela é uma jornada que termina e recomeça a cada dia, está sempre em movimento, exigindo novos enfoques e abordagens. Portanto, é com as lembranças das palavras de Mário Quintana que encerramos dizendo: “tudo vai recomeçar”.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online] 2009, vol. 25, pp. 1103-1112. ISSN 0102311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17.pdf>>. Acesso em: 06 mar. de 2013.

ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS. In: TORRES, Claudio Vaz; NEIVA, Elaine Rabelo [organizadores]. **Psicologia social: principais temas e vertentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011 p 287 a 295.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de, BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha, BEZERRA, Roberto Cláudio. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: CAMPOS, Gastão Vagner de Souza [et.al.]. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 783-836.

ARAÚJO, Marivânia Conceição de. A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica. **Revista Hospitalidade**. São Paulo, ano V, n. 2, p. 98-119, jul-dez. 2008. Disponível em: <<http://www.rev Hosp.org/ojs/index.php/hospitalidade/article/view/155/180>>. Acesso em: 12 mar. de 2013.

ARRUDA, Angela. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117. p.127-147. 2002. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/1555.5.pdf>>. Acesso em: 07 fev. de 2013.

BACHILLI, Rosane Guimarães; SCAVASSA, Ailton José; SPIRI, Wilza Carla. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.1, pp. 51-60. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/09.pdf>>. Acesso em: 05 jan. de 2013.

BANCHS, Maria Auxiliadora. Leitura epistemológica da Teoria das Representações Sociais. In: **Teoria das Representações Sociais 50 anos**. Angela Maria de Oliveira. Maria de Fatima de Souza Santos, Zeidi Araujo Trindade. Brasília: Techopolitik 2011.

BARROS, Daniela França de; BARBIERI, Ana Rita; IVO, Maria Lúcia; SILVA, Maria da Graça da. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 78-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09>>. Acesso em: 20 abr. de 2013.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trab. educ. saúde**

[online] vol.6 n.3, p. 457-480. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/04.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica – DAB Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Município – Campo Grande/MS. Competência: jan de 2013 a dez de 2013. (2014a). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em: 07 abr. de 2014.

_____. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica – DAB Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Brasil. Competência: jan de 2013 a dez de 2013. (2014b). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 07 abr. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 jan. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 124 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>> Acesso em: 06 jan. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 260 p.

_____. Ministério da Saúde. **SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009c. 480 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O agente comunitário de saúde no controle da dengue** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 232 p.

_____. Presidência da República. **Lei Federal nº 11.350**, de 5 de outubro de 2006a. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm>. Acesso em: 05 jan. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 140 p. 4. ed. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/saude/damulher/documentos/manualdecontroledasdoenca>>. Acesso em: 09 jun. de 2013.

_____. 100 anos de saúde pública. **FUNASA em revista**. Janeiro/2004a. Nº1. Disponível em: < http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/revista_01_inter.pdf> Acesso em: 04 set. de 2013

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde** /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Presidência da República. **Lei Federal nº 10.507**, de 10 de julho de 2002. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm>. Acesso em: 10 dez. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.886**, de 18 de dezembro de 1997. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf>. Acesso em: 10 dez.2013.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 3.189, de 04 de outubro de 1999**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm>. Acesso em: 10 dez. de 2013.

_____. Presidência da República. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 jan. de 2013.

_____. Presidência da República. **Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 jan. de 2013.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 10 jan. de 2013.

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1): 1509-1520. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/063.pdf>>. Acesso em: 12 fev. de 2013.

CORIOLOANO, Maria Wanderleya de Lavor; LIMA, Luciane Soares de. Grupos Focais com Agentes Comunitários de Saúde: Subsídios para Entendimento Destes Atores Sociais. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1): 92-6. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a16.pdf>>. Acesso em: 22 jan. de 2013.

COTTA. Rosângela Minardi Mitri, et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, out./dez. 2005.

CUNHA Marcela Silva da; SÁ, Marilene de Castilho. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface Comunicação, Saúde,**

Educação, v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a06v17n44.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2013.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Educação em saúde e o trabalho dos agentes comunitários de saúde. In: MIALHE, Fábio Luiz (Org). **O Agente Comunitário de Saúde: Práticas Educativas**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011. p. 51-82.

DUARTE, Lúcia Rondelo. Ensino em Serviço para o Desenvolvimento de Práticas Educativas no SUS pelos Agentes Comunitários de Saúde. In: MIALHE, Fábio Luiz (Org). **O Agente Comunitário de Saúde: Práticas Educativas**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011. p. 121-150.

DUARTE, Lúcia Rondelo; SILVA, Débora Schimming Jardini Rodrigues da; CARDOSO, Sandra Helena. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.23, p.439-47, set/dez 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a04v11n23.pdf>> Acesso em: 05 de mai. de 2013.

DURKHEIM, ÉMILE. **As Regras do Método Sociológico**. Tradução: Pietro Nassetti. 2ª Reimpressão. São Paulo, SP: Martin Claret, 2008.

DUVEEN, Gerard. Introdução o poder das ideias. IN: MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 7ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

ESCOREL Sarah; GIOVANELLA Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf> > Acesso em: 15 mai. de 2013.

FARR, Robert M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, Pedrinho A; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 12ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p. 27-30.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 347-355. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf> > Acesso em: 15 mai. de 2013.

FERREIRA, Maria Cristina. Breve História da Moderna Psicologia Social. In: TORRES, Claudio Vaz; NEIVA, Elaine Rabelo [organizadores]. **Psicologia social: principais temas e vertentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011 p 13 a 30.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida et.al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de, TONINI, Tereza (Org). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007a. p. 03-64.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida *et.al.* Programa de Saúde da Família (PSF): a família como sujeito de intervenção. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de, TONINI, Tereza (Org). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007b p. 157-188.

FLIK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**/tradução Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, Angélica Ferreira; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; BORNSTEIN, Vera Joana; PINHEIRO, Roseni. Avaliação em Saúde e Repercussões no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 519-27. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a05> > Acesso em: 15 abr. 2013.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; SPINETTI, Simone Ribeiro. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1328-1333 set-out, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/27.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2013.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo; PRADO, Thiago Nascimento do; MACIEL, Ethel Leonor Noia; LIMA, Rita de Cássia Duarte. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (1) 231-240, 2011. Acesso em: 06 de mar. 2013.

GOMES, Karine de Oliveira, et.al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1143-1164, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a05v20n4.pdf> > Acesso em: 12 de fev. 2013.

_____, Karine de Oliveira, et.al. A Praxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, V.18, nº4, p.744-755. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/17.pdf>> Acesso em: 12 de fev. 2013.

GONZÁLES REY, Fernando Luis. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia – caminhos e desafios**. Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva; Revisão Técnica: Fernando Luis Gonzales Rey. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GRUBITS, Sonia; DARRAULT-HARRIS, Ivan. Método Qualitativo: um importante caminho no aprofundamento das investigações In: **Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação**. Sonia Grubits; José Angel Vera Noriega (orgs) São Paulo Vetor, 2004.

GUARESCHI, Pedrinho A. Apresentação a Edição Brasileira. In: MOSCOVICI, Serge. **A Psicanálise, Sua Imagem e Seu Público**. Tradução de Sonia Fuhrmann. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____, Pedrinho A. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre neopentecostais. In: GUARESCHI, Pedrinho A; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 12ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p. 153-181.

_____, Pedrinho A. Representações Sociais, Mídia e Movimentos Sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho, Aline Hernandez, Manuel Cárdenas. **Representações Sociais em Movimento: psicologia do ativismo político**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010, p. 77-91.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Psicologia Teoria e Pesquisa**. Brasília, Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2>> Acesso em 18 abr 2012.

IPHAN - Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. **Projeto de Inventário de Referências Culturais do Erval sul-mato-grossense**. Disponível em:<<http://www.youtube.com/watch?v=7T8mwWWXagQ>>. Acesso em: 25 mar. de 2014.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface comunicação Saúde Educação** v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a11.pdf>>. Acesso em: 05 de mar. 2013.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão IN: JODELET D. (org.) **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj. 2002, p. 17-44

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Os contextos do saber: representações, comunidades e cultura** . Tad. de Pedrinho Guareschi. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011a.

_____, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho A; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 12ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011b, p. 53-72.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):403-9. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2013.

KRANS, Paula Johns; SCHUMAHER, Shuma. **Por um mundo sem tabaco: manual para agentes de saúde**. Vol.2. Rio de Janeiro. REDEH/INCA, 2005.

LANDIM, Fátima Luna Pinheiro et. al. **Uma reflexão Sobre as Abordagens em Pesquisa com Ênfase na integração Qualitativo-Quantitativa**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 19(1): 53-58. 2006. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/408/40819110.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2013.

LANE, Silvia T. Maurer. **O que é psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

_____, Silvia T. Maurer. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: Silvia T. M. Lane, Wanderley Codo (orgs) **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo, Brasiliense, 2001 p. 10-19.

LEFREVE, Fernando; LEFREVE, Ana Maria Cavalcanti. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo**. 2ª ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012.

LIMA, Ariane Netto de; SILVA, Lucia; BOUSSO, Regina Szytli. A Visita Domiciliária Realizada pelo Agente Comunitário de Saúde sob a Ótica de Adultos e Idosos. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 19, n. 4 p. 889-897, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/15.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP** [online]. 2007, vol.41, n.3, pp. 426-433. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf>>. Acesso em: 15 dez. de 2012

MARZARI, Carla Kowalski; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1): 873-880, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a19v16s1.pdf>>. Acesso em: 08 jan. de 2014.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: Matta, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p 61-80.

MENDES, Flávio Martins de Souza; CEOTTO, Eduardo Coelho. Relato de Intervenção em Psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20 n. 2 p. 496-506, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/20.pdf>>. Acesso em: 08 jan. de 2013.

MENDONÇA, Margarete Knoch. **Licença, posso entrar? As visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade**. (tese de doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

MIALHE, Fábio Luiz; DAVID, Helena Maria Scherlowski. Os Discursos dos Agentes Comunitários de Saúde Sobre Suas Práticas Educativas. In: In: MIALHE, Fábio Luiz (Org). **O Agente Comunitário de Saúde: Práticas Educativas**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011. p. 83-120.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012. Disponível:< <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>>. Acesso em: 26 de mar. 2013.

_____, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odecio. Quantitativo ou Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 11 de mar. 2013.

MIYASAKA Lincoln Sakiara. Minha visão da prática médica na China. **Diagn Tratamento**. 2011; 16(1):42-3. Disponível: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-979/201/v16n1/a1868.pdf>>. Acesso em: 21 de jun. 2013.

MODESTO, Maria do Socorro Andrade. et al. Avaliação de curso técnico de agente comunitário de saúde sob a ótica dos egressos. **Trab. educ. saúde** [online]. 2012, vol.10, n.3, pp. 387-406. ISSN 1981-7746. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n3/a03v10n3.pdf>>. Acesso em 12 mai. 2014.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas Voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, educação e saúde**, v. 5 n. 2, p. 261-280, 2007. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r170.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2014.

MOSCOVICI, Serge. **A Psicanálise, Sua Imagem e Seu Público**. Tradução de Sonia Fuhrmann. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guarechi. 7ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski. A Crescente Escolarização do Agente Comunitário de saúde: Uma Indução do Processo de Trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n2, p. 229-248, jul./out. 2010. Acesso em 26 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r297.pdf>>. Acesso em 12 mai. 2014.

MOYSÉS, Samuel Jorge. A Saúde Da Família No Brasil e Seus Agentes. In: MIALHE, Fábio Luiz (Org). **O Agente Comunitário de Saúde: Práticas Educativas**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011. p. 13-39.

NARDI, Antônio Carlos Figueiredo. Prefácio. IN: **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Maria Fatima de Souza; Marcos da Silveira Franco; Ana Valéria Machado Mendonça (orgs) Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide, do Valle Oliveira. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. 2000. Rio de Janeiro: IPEA. Texto s para Discussão n. 735. Disponível: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDF/TDs/td_0735.pdf> Acesso em 03 ago. de 2013.

NUNES, Mônica de Oliveira. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6): 1639-1646, nov-dez, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>>. Acesso em 02 abr. de 2013.

OLIVEIRA, Fátima O.; WERBA, Graziela C. Representações Sociais In: **Psicologia social contemporânea: livro/texto/** Marlene Neves Strey [et al.] 11. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. P. 104-117

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia, FILHO, Naomar de Almeida (Org). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI. 6º ed. 2003 p. 567-586.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE PÚBLICA, 2006. **Protocolo para o desenvolvimento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde em Campo Grande MS**. Disponível em: <http://www.pmcg.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_can=4222&pg=2> Acesso em: 10 de mai de 2013.

PUPIN, Viviane Milan; CARDOSO, Cármen Lúcia. Agentes Comunitários de Saúde e sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**. ISSN (versão eletrônica): 1678-669 13(2), 157-163, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/08.pdf>>. Acesso em 12 fev. de 2013.

RAMALHO, Viviane; RESENDE, Viviane de Melo. **Análise de Discurso (para a) Crítica: o texto como material de pesquisa**. Campinas, SP: Pontes Editores, 2011.

SANTOS, Karina Tonini dos; et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciências & Saúde Coletiva**. [online], 2011, vol.16, supl.1, p. 1023-1028. 2011. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a35v16s1.pdf>>. Acesso em 07 de julh. 2013.

SANTOS, Luciana Patriota Gusmão Soares dos; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], 2010, vol.44, n. 1, pp. 76-83. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a11v44n1.pdf>> Acesso em 07 de julh. 2013.

SANTOS, Maria Ruth; PIERANTONI, Celia Regina; SILVA, Lorena Lopes da. Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelos do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 20 [4], 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/06v2n4.pdf>> Acesso em 07 de mai. 2013.

SEABRA, Daniela Cristina; CARVALHO, Antônio Carlos Duarte; FORSTER, Adaísa Cassalho. O Agente Comunitário de Saúde na Visão da Equipe Mínima de Saúde. **Revista APS**, v. 11, n. 3, p. 226-234, jul./set.2008. Disponível: <<http://www.aps.ufjf.br/-index.php/aps/article/viewFile/337/115>>. Acesso em 07 de mai. 2013.

SEOANE, Antonio Ferreira; FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Percepção do Usuário do Programa Saúde da Família sobre a Privacidade e a Confidencialidade de suas Informações. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.1, p.42-49, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/05.pdf>>. Acesso em 20 de abr. 2013.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 240p.

SILVEIRA FILHO, Antonio Derci. O SUS e a Saúde da Família. In: **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios**/ Ministério da saúde, Secretaria de Gestão participativa. Brasília: Ministério da saúde, 2005, p.14-26. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/Saude%20da%20familia%20Panorama%20Avaliacao%20e%20Desafios.pdf>>. Acesso em: 06 de mar. 2013.

SOUSA, Maria Fatima de. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. IN: **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Maria Fatima de Souza; Marcos da Silveira Franco; Ana Valéria Machado Mendonça (orgs) Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

_____, Maria Fatima de. **Agentes comunitários de saúde: choque de povo**. 2 ed.rev. São Paulo: Hucitec, 2003

SOUZA, Lázaro José Rodrigues; FREITAS, Maria do Carmo S. O Agente Comunitário de Saúde: Violência e Sofrimento no Trabalho a Céu Aberto. **Rev. baiana saúde pública**. V 3, n 1, p 96-109 jan/mar 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n1/a2100.pdf>>. Acesso em: 03 de fev. de 2013.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio Entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super herói”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v6n10/08.pdf>>. Acesso em 05 de fev. de 2013.

VALENTIN, Igor Vinicius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.3, pp. 777-788. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/28.pdf>>. Acesso em 12 de mai. 2013.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. PACHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Vagner de Souza [et al.]. **Tratado de saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 531-562.

VIANA, Ana Luiza D’Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225- 264, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11>>. Acesso em: 10 de mar. 2013.

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I. PERGUNTAS.

Há quanto tempo você mora na comunidade?

Você recebe a visita do agente comunitário de saúde? Quantas vezes?

Você conhece o agente de saúde que realiza a visita? Sabe o nome dele?

Você sabe qual o papel a ser desempenhado pelo agente comunitário de saúde na comunidade como membro da equipe de saúde da família? Fale um pouco sobre isso.

Como você se sente com a visita domiciliar? Fale um pouco sobre isso.

Você encontra com o agente comunitário de saúde em outro lugar? Quais? Fale um pouco sobre isso.

Você acha importante o agente morar e trabalhar no mesmo local? Fale um pouco sobre isso.

Como se dá a questão de confiança entre você e o ACS?

Fale sobre sua experiência com o agente comunitário de saúde.

Entrevistado

Pesquisadora

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa faz parte da dissertação para fins de obtenção do título de Mestre em Psicologia apresentada ao Programa Pós Graduação Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco área de concentração: Psicologia da Saúde.

1.1 TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:

ELO DE LIGAÇÃO? A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISÃO DE UMA CAPITAL DA REGIÃO CENTRO OESTE

2 PESQUISADOR:

Nome: Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes

CPF: 367.583.291-00

RG: 287771 SSP/MS

Telefone: (67) 9218-2502

Endereço: Roney Paine Malheiros, 251 casa 108 Residencial Malibu - Bairro Coopamat. Campo Grande/MS CEP: 79092-220

3 ORIENTADOR

Nome: Márcio Luís Costa

Telefone: (67) 3312-3605

Endereço: Av. Tamandaré, 6000 – Jardim Seminário, Campo Grande/MS CEP: 79117-900.

Você esta sendo convidado (a) a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Esta pesquisa está sendo conduzida por Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes. O objetivo desta pesquisa é de investigar a Representação Social que a comunidade possui do agente comunitário de saúde. Poderão participar desta pesquisa, moradores do município, maior de idade, não indígena, e não portador de transtorno mental e que concordem voluntariamente em colaborar com a pesquisa respondendo a um questionário e uma entrevista.

Inicialmente você responderá a um questionário contendo suas informações pessoais e profissionais com o intuito de caracterizar os moradores que participarão do estudo. Você será entrevistado sobre qual o papel que os Agentes comunitários de saúde têm na comunidade como membro da equipe de saúde. A entrevista será gravada, e o que você disser será registrado para posterior estudo. Caso você não deseje gravar as entrevistas você poderá deixar a pesquisa sem qualquer prejuízo. Esse estudo não envolve nenhum risco físico, mas, caso sinta algum constrangimento em responder a algumas perguntas, a entrevistada poderá

interromper a entrevista e recusar-se a responder a quaisquer perguntas, ou mudar de opinião quanto à participação nesta pesquisa, sem que necessite dar explicações. Essa pesquisa não envolve remuneração para nenhuma das partes, por isso sua participação é voluntária e gratuita. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não será proibido de participar de novos estudos. Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. Após a análise dos dados e conclusão da pesquisa você receberá uma devolutiva sobre o estudo realizado.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo, ligue para Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes (67) 9218-2502. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição de Ensino UCDB, no telefone (67) 3312-3300 ou 3312-3800. Fica a pesquisadora autorizada a publicar, para fins científicos, o conteúdo das respostas, desde que omitida a identificação pessoal do entrevistado, podendo utilizar-se de nomes fictícios. A pesquisa obedeceu às normas traçadas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e recebeu à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). O presente termo está assinado em duas vias, ficando uma delas com o participante, e a outra, com o pesquisador.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. E, que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Local _____/_____/_____

1) _____
Nome e assinatura

Meio de contato: _____

Pesquisador
Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes

Orientador da Pesquisa
Profº Drº Márcio Luís Costa

Comitê de Ética em Pesquisa: www.ucdb.br/cep

ANEXO I - Autorização do Comitê de ética

HOMOLOGAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UCDB

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELO DE LIGAÇÃO? A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA VISÃO DA COMUNIDADE CAMPO-GRANDENSE

Pesquisador: Rosangela Fernandes Pinheiro Nantes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08534312.7.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 141.828

Data da Relatoria: 01/11/2012

Apresentação do Projeto:

A pesquisa busca compreender como é construída a relação entre o Agente Comunitário de Saúde e a comunidade por ele assistida e qual a função

que ele representa para a mesma. O Agente Comunitário de Saúde é um novo personagem que emerge do processo de fortalecimento do Sistema

Único de Saúde (SUS), considerado dos mais importantes por realizar a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) com

a comunidade. A pesquisa será realizada com um número mínimo de usuários do SUS, não mais que vinte, observados os critérios de saturação,

sob o enfoque qualitativo, pois a pesquisa qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica, mas com o aprofundamento da

compreensão de um grupo social. Os dados serão coletados mediante realização de entrevista, e submetidos a análise de discurso, tendo como

aporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS), por considerarmos mais adequada para investigação que pretendemos realizar em razão

de privilegiar a análise do conhecimento popular na construção de sua realidade social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Levantar, refletir, analisar e demonstrar a representação social do agente comunitário de saúde na comunidade por ele atendida.

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (673)312-3479

Fax: (673)312-3349

E-mail: pesquisaepos@ucdb.br; elainebarbosa@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Objetivo Secundário:

Levantar a compreensão dos participantes de como se constitui a relação entre a comunidade e o Agente Comunitário de Saúde. Analisar as possíveis afetações e reações provocadas nos participantes sobre a compreensão do papel representado pelo Agente Comunitário de Saúde.

Demonstrar como a compreensão, afetação e reação se vincula como forma de sentido comum. Demonstrar como esta compreensão de sentido comum estão ancoradas e objetivadas, de modo a caracterizar-se como representação social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta riscos e a pesquisa trará benefícios para o campo das políticas públicas na medida em que será feita devolutiva para diferentes grupos e segmentos institucionais que estão direta ou indiretamente envolvidos com o trabalho dos ACS

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta os critérios éticos necessários para o desenvolvimento da investigação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão em conformidade com a resolução do CEP

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acompanha o voto do relator.

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (673)312-3479

Fax: (673)312-3349

E-mail: pesquisaepos@ucdb.br; elainebarbosa@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



CAMPO GRANDE, 08 de Novembro de 2012

Assinador por:
Márcio Luis Costa
(Coordenador)

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (673)312-3479

Fax: (673)312-3349

E-mail: pesquisaepos@ucdb.br, elainebarbosa@ucdb.br

