

OS SENTIDOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE^a

Suerde Miranda de Oliveira BRITO^b
Moisés DOMINGOS SOBRINHO^c

RESUMO

O estudo objetivou identificar a representação social sobre educação em saúde construída por agentes comunitários de saúde. Foi desenvolvido com 119 agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa, Paraíba. Os dados foram coletados pelo teste de associação livre de palavras, questionários e entrevistas e analisados por diferentes métodos e técnicas. Os resultados apontam: orientação, prevenção e higiene como núcleo central das representações. Como sistema periférico: importante, estar preparado para orientar, colocar em prática as orientações, qualificação profissional, entre outros. A representação social da educação em saúde estruturara-se em dois níveis: um voltado à informação da população; outro, à capacitação profissional.

Descritores: Educação em saúde. Pessoal de saúde. Programa Saúde da Família.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo identificar la representación social de la educación sanitaria construida por los trabajadores de salud comunitarios. Fue desarrollado con 119 trabajadores de salud comunitarios en la ciudad de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Los datos fueron recolectados por la prueba de asociación libre de palabras, cuestionarios y entrevistas y fueron analizados por diferentes métodos y técnicas. Los resultados muestran: orientación, prevención y atención como la pieza central de las representaciones. Como sistema periférico: importante, estar preparado para guiar, conducta, directrices, profesionales, entre otros. La representación social de la educación para la salud se estructura en dos niveles: uno dirigido a informar al público en general, otro para la formación profesional.

Descriptores: Educación en salud. Personal de salud. Programa de Salud Familiar.

Título: Los sentidos de la educación en salud para agentes comunitários de salud.

ABSTRACT

The study aimed at identifying the social representation of health education built by communitarian health workers. It was developed with 119 communitarian health workers in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. Data were collected by the test of free association of words, questionnaires and interviews and analyzed by different methods and techniques. The results show: guidance, prevention and care as the centerpiece of representations. The peripheral: important, be prepared to guide, conduct, guidelines, professional, among others. The social representation of health education is structured in two levels: one aimed at informing the general public, another for professional training.

Descriptors: Health education. Health personnel. Family Health Program.

Title: The senses of health education for community health agents.

^a Artigo originado da tese de Doutorado apresentada em 2004 ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGED) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

^b Psicóloga, Doutora em Educação, Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil.

^c Sociólogo, Coordenador-geral de Educação Superior da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação e Cultura, Docente do PPGED/UFRN, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

INTRODUÇÃO

O presente estudo objetivou apreender as representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a educação em saúde. Fundamentado na Teoria das Representações Sociais e na Teoria do Núcleo Central significa um aprofundamento da análise de parte dos resultados da tese de doutoramento intitulada "O concreto e o simbólico no cotidiano da educação em saúde: práticas, representações e processo identitário dos agentes comunitários de saúde de João Pessoa – Paraíba"⁽¹⁾.

A educação em saúde consiste num "[...] recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado por profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas [...]"⁽²⁾. O entendimento do processo saúde-doença suscitado pela prática educativa em saúde possibilita, por conseguinte, a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

No âmbito do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a educação em saúde figura como prática prevista para todos os profissionais que neles atuam.

O agente comunitário de saúde (ACS) assume, no cenário do sistema de saúde do país, um papel privilegiado, seja porque as autoridades sanitárias fazem dele uma espécie de "coringa" ou "salvador da pátria", seja porque o cotidiano demonstra que ele é o trabalhador nessa área que mais convive com os problemas sociais. Sua atuação tem significado um grande avanço, especialmente para os pequenos municípios e localidades onde não se tinha acesso a nenhum tipo de atenção à saúde, antes da implantação do PACS e PSF⁽³⁾.

O ACS participa da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde⁽⁴⁾. Seu trabalho "[...] tem contribuído na qualificação das ações de saúde junto às famílias por eles acompanhadas [...] têm sido grandes parceiros na construção de um sistema de saúde que valoriza a cidadania e atende, cada vez mais, às necessidades de saúde da comunidade"⁽⁵⁾.

Uma vez que o cotidiano profissional é propício à construção dos sentidos sobre os diferentes objetos que compõem as práticas⁽⁶⁾ e que "[...] as "representações sociais" existem em dinâmica constante com a realidade social que as configura, e não podem ser devidamente estudadas fora deste con-

texto"⁽⁷⁾, buscou-se apreender as representações sociais dos ACS sobre a educação em saúde.

A importância das representações sociais para este estudo deve-se à pertinência da Teoria das Representações Sociais para a apreensão, num plano macro e micro, dos sentidos que os indivíduos constroem sobre os objetos do seu cotidiano e, a partir dos quais, orientam as suas práticas. As representações sociais, enquanto sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais, intervindo, por sua vez, em processos variados, tais como a difusão e a assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais⁽⁸⁾. Espera-se, pois, ao pôr em evidência a importância dessa teoria para a construção do nosso objeto de estudo, trazer contribuições para as práticas educativas em saúde.

As representações sociais como diagnóstico psicossocial: breves comentários

A possibilidade de estudar a educação à luz das representações sociais aponta para a superação da visão cientificista corrente sobre esse tema e um avanço no que diz respeito à compreensão da complexidade da educação em saúde⁽⁹⁾.

A Teoria das Representações Sociais é um importante instrumento no diagnóstico psicossocial⁽¹⁰⁾ e, conseqüentemente, essencial também para a intervenção na área da saúde, visto permitir que se conheçam as cognições e representações sociais dos objetos construídos pelos grupos para os quais as intervenções estão direcionadas. Além de ser útil quando é preciso confrontar diferentes representações construídas sobre um mesmo objeto social. Neste sentido, a partir do estudo das representações sociais é possível construir uma Psicossociologia da Intervenção "[...] necessária à atuação cotidiana de tantos interventores e trabalhadores sociais espalhados pela gigantesca máquina estatal brasileira, assim como por outros lugares privilegiados da intervenção e práticas sociais"⁽¹¹⁾.

As representações sociais possibilitam a reconstituição da realidade com a qual um grupo se confronta e para a qual atribui um significado específico. "[...] a representação é um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de

informações referentes a um objeto ou a uma situação. É determinada ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua história, sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social⁽¹²⁾.

De acordo com a Teoria do Núcleo Central, as representações sociais se organizam num duplo sistema (central e periférico)⁽¹³⁾. O núcleo central é a base comum propriamente social e coletiva, que define a homogeneidade de um grupo. Tem papel imprescindível na estabilidade e coerência da representação, assegurando-lhe certa perenidade e manutenção através do tempo, embora também seja passível de mudança. Em torno dele organizam-se os elementos periféricos, os quais são mais flexíveis e permitem certa heterogeneidade de comportamentos e de conteúdo. Esse sistema periférico é composto, por sua vez, de dois conjuntos de elementos: aqueles que estão mais próximos do núcleo central, por isso, chamados de elementos da primeira periferia ou periferia próxima; e os elementos mais distanciados da centralidade, denominados segunda periferia⁽¹³⁾.

Essa organização das representações sociais num duplo sistema faz aparecer tensões e ambigüidades características do senso comum. Por isso, elas “[...] são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis [...] são consensuais, mas também marcadas por diferenças interindividuais”⁽¹⁴⁾.

Para definir a configuração estrutural da representação social da educação em saúde, tornou-se necessário empregar uma metodologia específica, a qual foi articulada a outras técnicas, conforme descrito a seguir.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório do qual participaram 119 agentes comunitários de saúde do PSF do município de João Pessoa, Paraíba, escolhidos por acessibilidade e conveniência. A maioria, 90,3%, era do sexo feminino, com idade média de 33,7 anos (desvio padrão = 7), enquanto a média de idade do sexo masculino correspondeu a 29 anos (desvio padrão = 5,02). O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e discutido na Secretaria Municipal de Saúde do Município de João Pessoa. Os procedimentos a serem adotados no processo de coleta de dados, bem como os ter-

mos do Consentimento Livre e Esclarecido, foram discutidos em reuniões promovidas pela Associação de Agentes Comunitários de Saúde.

Para a coleta de dados utilizou-se a combinação de métodos e técnicas: teste de associação-livre de palavras (TALP) e entrevistas em profundidade. Para o TALP, tomou-se como procedimento perguntar aos ACS quais as quatro primeiras palavras ou expressões vindas à mente ao escutar a expressão indutora **educação em saúde** e, posteriormente, solicitar que apontassem a evocação considerada mais importante. As associações-livres foram registradas na ordem que foram evocadas, possibilitando o reconhecimento das palavras e expressões mais prontamente evocadas. Uma análise categorial permitiu classificá-las e agrupá-las por semelhança semântica, de acordo com o consenso de três juízes.

As evocações obtidas pelo TALP foram analisadas segundo a proposta vergèsiana⁽¹⁵⁾ (combinação da frequência e da ordem média de evocação), tratamento que permitiu identificar o sistema central e periférico da representação social da **educação em saúde**.

As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas, sempre com o consentimento do ACS, tendo sido iniciadas a partir da solicitação da justificativa para a evocação avaliada como a mais importante, inexistindo, assim, um roteiro previamente elaborado. Os argumentos dados para as associações favoreceram questionamentos sobre cinco temáticas principais: (a) ações do ACS ligadas à **educação em saúde**; (b) relação do ACS com a comunidade, com a equipe de saúde da família (ESF) e com os órgãos públicos; (c) representação dos outros sobre o ACS; (d) gosto pelas atividades desenvolvidas; e (e) desafios e lutas enfrentadas pela categoria. Diante do recorte dado à pesquisa para apresentação no presente artigo, apenas dados relacionados à primeira temática são apresentados. A técnica da análise temática de conteúdo⁽¹⁶⁾ foi adotada para o seu tratamento.

Efetivou-se ainda uma validação experimental da hipótese de centralidade, através do teste de refutação (teste de dupla negação). Esse consistiu em questionar a 42 agentes comunitários de saúde se era possível pensar em educação em saúde mediante a ausência dos elementos identificados como centrais. Isto porque a saliência dos elementos não assegura por si só serem esses de fato centrais e o teste pode ser usado como relevante indicador da

centralidade⁽¹⁷⁾. Sua lógica implica reconhecer os elementos não negociáveis da representação.

RESULTADOS

As médias das frequências ($f_m=20$) e das ordens médias de evocação ($OME=2,48$) possibilitaram a distribuição dos elementos, pela sua dispersão, em um gráfico de quatro quadrantes (Quadro 1). Os elementos localizados no quadrante superior esquerdo são os mais frequentes e mais prontamente evocados, constituindo-se no provável sistema central.

OME < 2,48 / f > 20	OME > 2,48 / f > 20
Orientação (70/2,3) Prevenção (37/2,1) Higiene (31/2,2)	
OME < 2,42 / f < 20	OME > 2,42 / f < 20
Importante (18/2,38) Alimentação (16/2,3) Qualificação profissional (15/2) Estar preparado para orientar (14/2,1) Ser bem-educado (11/2,35) Respeitar o próximo (6/2)	Melhor qualidade de vida (15/2,5) Ajudar (10/3) Colocar em prática as orientações (9/3,1) Saneamento (7/3,4)

Quadro 1 – Demonstrativo dos possíveis elementos centrais e periféricos que compõem a configuração estrutural da representação social de educação em saúde construída por agentes comunitários de saúde do município de João Pessoa, PB, 2004.

Legenda: OME: ordem média de evocação; F: frequência das evocações.

Os elementos: **orientação, prevenção e higiene** constituem o possível sistema central da representação social de **educação em saúde**. Eles totalizam 53% das evocações da configuração, demonstrando uma notável saliência do sistema central. Os índices de refutação, prevenção (88,1%), orientação (85,7%) e higiene (78,6%), fortalecem a hipótese de centralidade.

Estar preparado para orientar e qualificação profissional (elementos de primeira periferia), bem como **colocar em prática as orientações** (segunda periferia), associam-se à **orientação**, evidenciando a relação entre os sistemas e exemplificando o caráter dinâmico e contextualizador do sistema periférico.

Focalizando o possível sistema central da representação de **educação em saúde**, destaca-se que

orientação agrupa evocações como: sensibilizar (ACS8) / esclarecimento para a comunidade (ACS9) / informação (ACS52) / educar sobre doenças (ACS57) / orientação para a saúde (ACS60) / palestras educativas (ACS80) / conscientização (ACS107).

Trechos de justificativas dadas para as evocações escolhidas como mais importantes ilustram haver uma cadeia de conexões que permeiam a compreensão do ACS acerca da educação em saúde:

A educação à saúde, a gente educa as pessoas em relação às doenças [...] como AIDS [...] Caso de hipertensão diminuiu, mortalidade infantil diminuiu, crianças que morrem sem ter tomado nenhuma vacina, também diminuiu muito. Eu acho que isso aí é como: educação em relação às doenças [...] tá funcionado o planejamento familiar (ACS57).

Educação em saúde é informação. Nós é que levamos as informações pra essas pessoas. E também nós aprendemos muito com elas [...] Tipo receitinhas de remédio caseiro [...] (ACS79).

Nas justificativas dadas às evocações, frequentemente são indicadas a quem se volta à orientação e sobre o quê as mesmas referem. As atividades representadas como ação em educação em saúde demonstram a sua diversidade, tanto no que concerne às temáticas como no que diz respeito aos grupos aos quais se destinam as orientações, que são, sobretudo, crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos. As orientações dizem respeito, principalmente, à higiene pessoal e dos alimentos, aos cuidados materno-infantis e às campanhas de saúde. A relevância do conteúdo higiene é salientada, o que se justifica por esse ser um dos elementos centrais da configuração estrutural da representação social de educação em saúde.

Importância da alimentação. De como preparar os alimentos, colorir o prato. Importância do tratamento da água. De lavar as mãos [...] tratamento da água, aleitamento materno, hipertensão, higiene na alimentação. Informação da limpeza da roupa [...] higiene física, doméstica, alimentar, do ambiental. Bucal também (ACS64).

Visitas domiciliares, educando, passando informações sobre saúde. Visitas às gestantes, orientando mais a cuidar da saúde do bebê, orientando sobre vacinação, orientando idosos, hipertensos, etc (ACS28).

Orientação descreve o que é **educação** em saúde, enquanto a prevenção diz respeito ao seu objetivo, e a **higiene** é a principal forma de colocá-la em prática e também de se prevenir das doenças.

Eu acho que educação em saúde é prevenção. Se eu me previno, quer dizer que eu fui bom aluno e estou praticando a educação para a saúde, prática de exercícios, alimentação, higiene, uso de preservativo, exame preventivo, auto-exame (ACS64).

Educação em saúde faz prevenção das doenças. É através da informação, do saneamento, da melhor qualidade de vida e a prevenção das doenças. É daí que vem a prevenção das doenças (ACS76).

A **alimentação** articula-se com a higienização dos alimentos. Relaciona-se também à orientação, uma vez que as informações adequadas é que possibilitam o reconhecimento da necessidade de limpeza, diversidade e quantidade adequadas do alimento. Essas associações reforçam a saliência dos elementos centrais **higiene** e **orientação**.

[...] mantendo uma alimentação saudável, principalmente com as frutas. Lavando direitinho. As comendo bem cozidas. Legumes, essas coisas. Cada tipo de comida não tem seu horário determinado, mas tem a sua função. Então, pra isso, sabendo a função, não ingerir demais, nem também de menos [...] Para se manter o corpo saudável e uma boa saúde (ACS99).

A associação entre os conteúdos da representação social da **educação em saúde** se destaca nos exemplos que vêm sendo apresentados, uma vez que os agentes comunitários de saúde articulam este objeto à orientação, prevenção, saneamento e qualidade de vida.

Nesse sentido, no que se refere à relação entre **orientação**, **higiene** e **prevenção**, uma das características dos elementos centrais de uma representação é a sua maior conexão com os elementos periféricos⁽¹⁷⁾.

Assim, destaca-se que **estar preparado para orientar**, **colocar em prática as orientações** e **ser bem-educado** são elementos periféricos que se distinguem de **orientação**, mas a ela se relacionam. Diferenciações e nuances que já anunciam a diversidade e a amplitude dos conteúdos aos quais se referem os elementos de ambos os sistemas, mas que retratam as multifacetadas concernentes à interpretação da educação em saúde.

Ser bem educado é uma concepção de educação em saúde que não se refere à educação acerca de conteúdos ligados à saúde ou à educação formal, mas indica uma prescrição para a ação. Significa ser polido, cortês e/ou delicado, disciplinado, ao lidar com o público, conforme explicitado na entrevista de um dos ACS.

Você saber chegar, você saber sair. Você saber falar com todo mundo. Dar bom dia, dar boa tarde (ACS68).

Este tipo de associatividade ocorre porque “[...] não há possibilidade para a construção simbólica fora de uma rede de significados já construídos. É sobre e dentro dessa rede que se dão os trabalhos do sujeito de re-criar o que já está lá”⁽¹⁸⁾.

Estar preparado para orientar, embora possa estar associado à competência profissional relativa ao domínio de conhecimentos relacionados ao campo da saúde, diferencia-se da qualificação profissional, a qual diz respeito à realização dos treinamentos e à capacitação. Significa saber discernir sobre como e quando orientar, assim como possuir qualificadores para tal. Independe do saber acadêmico, por se referir ao saber da experiência. Seja um saber sobre o cotidiano dos usuários do sistema, com quem o agente comunitário de saúde usa em comum a mesma infra-estrutura urbana, seja uma sabedoria decorrente da sua prática profissional. Ilustra-se com o seguinte relato:

Eu dizia: Cadê a sandália pra não pegar uma verminose? [...] Perguntava: Cadê o sapato? Não tem. Agora eu digo: Tem sandália? Se tem, por que não calça? (ACS64).

Colocar em prática as orientações refere-se à perspectiva do usuário do sistema. Diz respeito a seguir as orientações dadas pelo profissional de saúde, conforme exemplo:

É bom por em prática o que o profissional de saúde passa. Por em prática o que você aprende, desde a escola até a higiene, desde casa [...] (ACS2).

Existe, porém, uma compreensão inerente à dificuldade de colocar em prática as orientações e até mesmo ter saúde, por causa da condição sócio-econômica:

É muito difícil se falar em saúde, sem ligar ao fator financeiro, porque é quase impossível falar de saúde, de micoses, com pessoas que não têm condições de comprar um chinelo, às vezes, de estar calçada ali (ACS5).

Essa conscientização coloca os ACS num confronto com a visão da educação em saúde como um processo que envolve mudanças de comportamento, mudanças possíveis diante de estratégias de ensino que favoreçam a aprendizagem das habilidades necessárias para que efetivamente se concretizem, e, posteriormente, se mantenham. É que o saber da experiência os faz condicionar a efetivação das orientações às condições socioeconômicas, assim como a própria forma de orientação:

Pobreza não tem nada a ver com sujeira. Mas se a gente disser que sujeira e pobreza não têm nada a ver é hipócrita. Cadê o dinheiro para comprar o sabão pra lavar a roupa? A água sanitária pra limpar a casa? (ACS64).

[...] A gente não chega dando bronca e dando carão. Vai dizendo aos pouquinhos: Olha, mãe [...] Cada vez que ele for comer, dá um banho. "Ah! Vai gastar água" [imita uma mãe]. Dá um banhozinho rápido, passa um sabonetezinho, tira a sujeira, pra ele comer com as mãos limpinhas (ACS44).

Numa síntese, os elementos centrais da representação social dos agentes comunitários de saúde sobre a educação em saúde têm conexão com o elemento **importante**. A avaliação da **educação em saúde** como **importante** é socialmente compartilhada pelos ACS. O elemento periférico **importante** tem, inclusive, tendência à centralidade (frequência e ordem de evocação próximos da OME que originaram o quadrante do Quadro 1):

É necessário para talvez ou até mesmo chegar à solução dos problemas [...] É bom, pois desperta o interesse da comunidade, em suas vidas, seja pessoal ou profissional (ACS115).

A importância dada à educação em saúde, porém, extrapola seu sentido específico, pois se relaciona ao valor da educação de uma forma em geral e da educação formal.

Educação para a saúde é muito importante. Sem educação a gente não vive [...] a educação, eu acho assim, em primeiro lugar, porque as pessoas têm que saber o básico. Que quem traz a saúde depende da educação [...] fica difícil pra gente trabalhar com as pessoas que

não têm um estudo terminado. Analfabeto mesmo (ACS93).

Outra razão para o ACS atribuir importância à educação em saúde é a **qualificação profissional**.

Qualificação do profissional da área de saúde é importante. A gente tem que tá sempre se qualificando, sempre tendo curso, treinamento [...] É bom porque a gente vai ganhando muita experiência [...] a gente tem certeza que tem noção do que é, pode dizer com segurança [...] (ACS84).

O conhecimento preexistente, a experiência profissional e a conseqüente circulação de informações no interior do PACS e do PSF, possibilitam outro sentido da **educação em saúde**, qual seja, aquele que se refere à **qualificação profissional**. Convém destacar a relevância dada pelos agentes comunitários de saúde ao curso de auxiliar de enfermagem:

Meu sonho é concluir o auxiliar, porque até ficava melhor pra ajudar o pessoal. Com certeza. Chega gente aqui no posto, precisando verificar uma pressão, de verificar uma coisa, e as meninas, às vezes, tão muito ocupada. Se você é auxiliar de enfermagem [...] Já ia melhorar [...] (ACS44).

Após a discussão sobre as condições necessárias para que o ACS desenvolva as ações educativas em saúde e sobre a atribuição de importância por eles dada à educação em saúde, convém destacar que, embora de modo menos compartilhado, eles consideram-na útil para capacitar os indivíduos sobre os seus direitos.

[...] o agente de saúde não é questão só de saúde não, é esclarecer a comunidade seu direito como cidadão. Ler um pouco a Constituição. Os artigos da Constituição referentes à saúde, o direito à saúde [...] A gente bota política, também, no meio (ACS118).

Trata-se de uma visão da dimensão político-pedagógica da educação. Nesse sentido, a educação em saúde é concebida como uma porta para a conscientização da comunidade, em busca pela cidadania:

Tenho como educar o povo em tudo, não é só como em saúde. É uma cidadania, direitos penais, infra-estrutura (ACS3).

Assim, a representação social da educação em saúde extrapola o sentido mais restrito de saúde, e, conseqüentemente, a visão de si do ACS é de um educador no seu sentido amplo, como aquele que pode favorecer transformações. Representar-se assim significa conhecer-se e conscientizar-se do seu papel social, para assim transformar o meio e ser transformado, ou seja, ser educador, tal como concebe o autor⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÕES

A representação social da educação em saúde está intimamente associada à dimensão da “informação”, pois essa é a finalidade principal das ações do agente comunitário de saúde, dentre as quais se destacam: palestras, visitas domiciliares, distribuição de preservativos, participação em campanhas educativas e de vacinação, orientação e incentivo à participação da comunidade no processo educativo. A **orientação** está fortemente associada à prevenção/higiene. Porém, para os ACS, a educação em saúde não ocorre exclusivamente no campo da saúde, (no qual também se identifica a existência de uma dimensão político-pedagógica), mas se relaciona com a educação formal e diz respeito a sua própria qualificação profissional.

A representação social da educação em saúde traduzida como **orientação** e **qualificação profissional** indica a interpretação desse objeto em dois níveis. Um voltado para a informação da população em geral, priorizando a prevenção, feita, principalmente, através da higiene e da vacinação. Outro, para a capacitação de profissionais de saúde.

Nesse sentido, a educação em saúde é concebida como um processo a ser vivenciado pelo próprio ACS, que tanto precisa estar preparado para orientar e buscar qualificar-se, como conhecer o saber popular e levá-lo a interagir com o saber reificado, além de ter de considerar as condições socioeconômicas e culturais nas quais atua. Ao mesmo tempo, é uma via, não de todo consciente, que pode contribuir para as ações pela cidadania que as políticas visam implementar.

REFERÊNCIAS

- 1 Brito SMO. O concreto e o simbólico no cotidiano da educação em saúde: práticas, representações e processo identitário dos agentes comunitários de saúde de João Pessoa – PB [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2004.
- 2 Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun Saúde Educ.* 2004;9(16):39-52.
- 3 Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. *Rev Eletrônica Enferm [Internet].* 2000 [citado 2002 maio 15];2(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/28.05.2008/Agente.html.
- 4 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde (ACS): versão preliminar. Brasília (DF); 2003.
- 5 Fonseca CD. Apresentação. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Modalidades de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Brasília (DF); 2002. p. 5.
- 6 Perrusi A. *Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria.* São Paulo: Cortez; Recife: Editora da Universidade Federal de Pernambuco; 1995.
- 7 Queiroz MS. *Saúde e doença: um enfoque antropológico.* Bauru: EDUSC; 2003.
- 8 As representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. *As representações sociais.* Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 17-44.
- 9 Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(1):200-6.
- 10 Nascimento-Schulze CM. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: Spink MJ. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.* São Paulo: Brasiliense; 1993. p. 266-79.
- 11 Domingos Sobrinho M. Poder simbólico, signo hegemônico e representações sociais: notas introdutórias. In: Carvalho MR, Passêgi MC, Domingos Sobrinho M. *Representações sociais: teoria e pesquisa.* Mossoró: Fundação Guimarães Duque/Fundação Vingt-un Rosado; 2003. p. 63-70.

- 12 Abric JC. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 155-71.
- 13 Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1996.
- 14 Abric JC. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: Guimelli C. Structures et transformations des représentations sociales. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé; 1994, p. 73-84.
- 15 Vergès P. Representações sociais da economia: uma forma de conhecimento. In: Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001; p. 343-62.
- 16 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1978.
- 17 Moliner P. Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In: Guimelli C. Structures et transformations des représentations sociales. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé; 1994. p. 199-232.
- 18 Jovchelovitch S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: Guareschi PA, Jovchelovitch S. Textos em representações sociais. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 63-85.
- 19 Freire P. Educação e mudança. 20ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1994.

AGRADECIMENTOS

Aos agentes comunitários de saúde e aos demais profissionais do Programa Saúde da Família. À Associação dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de João Pessoa. À Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Suerde Miranda de Oliveira Brito
Av. Presidente Roosevelt, 88, ap. 302,
Expedicionários
58040-730, João Pessoa, PB

Recebido em: 06/04/2009
Aprovado em: 21/12/2009