



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

Milan Pupin, Viviane; Cardoso, Cármen Lúcia  
Concepções de saúde de Agentes Comunitários de Saúde: uma contribuição para  
reAexões acerca do saber/fazer em saúde no SUS  
Saúde em Debate, vol. 34, núm. 86, julio-septiembre, 2010, pp. 486-496  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341769011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Concepções de saúde de Agentes Comunitários de Saúde: uma contribuição para reflexões acerca do saber/fazer em saúde no SUS\*

*Community Health Agents' health conceptions: a contribution for reflections about health knowledge/actions of SUS*

Viviane Milan Pupin<sup>1</sup>

Cármem Lúcia Cardoso<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Psicóloga; Mestre em Ciências pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP).  
vivianepupin@pg.ffclrp.usp.br

<sup>2</sup> Professora Doutora da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP  
carmen@ffclrp.usp.br

**RESUMO** *Este artigo objetivou analisar as concepções de saúde de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalham em Núcleos de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto (SP). As concepções dos ACS apontam uma visão ampliada do conceito de saúde, englobando determinantes como aspectos emocionais, lazer, trabalho, atividade física e saneamento, mas tais conceitos ainda aparecem permeados por uma lógica prescritiva em que o ACS detém um saber que se transforma em 'poder dizer' ao outro o que deve ou não deve fazer para obter ou manter sua saúde. Considera-se importante a reflexão sobre tais concepções para viabilizar práticas mais humanizadas em saúde, em conformidade com os princípios do SUS.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Agente Comunitário de Saúde; Programa Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Processo saúde-doença.*

**ABSTRACT** *The aim of this article was to analyze the health conceptions of Community Health Agents (CHA) working in Family Health Centers of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. The CHAs conceptions reveal a broader view of the health concept, which covers aspects related to emotions, leisure, work, physical activity and sanitation that are still permeated by a prescriptive logic in which the CHA hold a knowledge that changes into 'being able' to tell others what they should or should not do in order to attain or maintain health. A reflection on these conceptions is believed to be important in order to make humanized health practices more feasible, in agreement with the principles of the National Health System (SUS, in Portuguese).*

**KEYWORDS:** *Community Health Agent; Family Health Program; National Health System; Health-disease process.*

---

\* Agência financiadora: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

## INTRODUÇÃO

O Movimento Sanitário Brasileiro traz novas proposições no âmbito da saúde, enfatizando conceitos como bem-estar e qualidade de vida, repensando o conceito de saúde e promovendo consequentes mudanças do modelo assistencial. O cenário brasileiro sofreu influência de movimentos internacionais, nos quais ações de promoção de saúde são privilegiadas na tentativa de reorientar os modelos assistenciais visando à redução de gastos e à melhora nas condições de vida. Dentre os vários encontros com essa temática e diretriz para a saúde, destaca-se a Conferência de Alma-Ata e a Conferência sobre promoção de saúde em Ottawa.

No Brasil, ressalta-se a VIII Conferência Nacional de Saúde por contar, pela primeira vez durante uma Conferência Nacional de Saúde, com a participação da sociedade civil nas deliberações sobre políticas de saúde (ESCOREL; BLOCH, 2005). Na referida Conferência, o conceito de saúde foi problematizado, destacando-se os determinantes sociais da saúde, ou seja, as condições de vida e de trabalho de indivíduos ou grupos, incluindo alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A saúde passa, então, a ser vista não mais em sua negatividade, como a ausência de doença, sendo inserida uma dimensão social da saúde, o que implica ser conquistada pela população através de suas lutas cotidianas.

Na tentativa de oferecer ações de prevenção de doença e promoção da saúde aos indivíduos e à família de forma integral e contínua, contrariamente ao modelo tradicional centralizado na doença e no hospital, que privilegia ações curativas e uma medicina de alto custo, foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2000).

O PSF visa reorientar o modelo de assistência à saúde e consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: universalidade, a equidade e a integralidade, ou seja, todo brasileiro tem direito ao acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Além disso, é proposta como diretriz: a composição de uma rede regionalizada na qual os municípios têm autonomia para administrar seus recursos, investindo de acordo com as necessidades locais; a hierarquização com a organização do serviço de saúde por meio de níveis crescentes de complexidade tecnológica; a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, e a participação social.

As equipes mínimas de saúde do PSF são compostas por um médico generalista (ou da família), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e de quatro a seis agentes comunitários residentes na comunidade em que atuam. Recentemente, as equipes passaram a incorporar um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene dental. Além disso, outros profissionais, como assistentes sociais e psicólogos, também podem ser incluídos de acordo com as necessidades do local onde a equipe se encontra inserida (BRASIL, 2000).

Uma característica peculiar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) é o fato de pertencerem à comunidade em que trabalham e não terem exigências de um conhecimento técnico prévio específico para o exercício da profissão. Pertencer à comunidade pressuporia familiaridade com os problemas, permitindo realizar ações de educação em saúde, identificação de fatores de adoecimento e proposição de estratégias mais eficazes, resultando numa maior eficiência de ações e conquista de confiança dessa comunidade (NUNES *et al.*, 2002).

Em tal contexto, aposta-se na figura do ACS como profissional que, com a tarefa de acompanhar a família mensalmente – longitudinalmente – colabora com sua prática na construção de um novo modelo de saúde,

mais integral e humanizado. Considera-se que as concepções de saúde modelam práticas e, assim, conhecer as concepções deste profissional no contexto da saúde torna-se importante uma vez que se objetivam transformações nas práticas em saúde cada vez mais pautadas pelo estabelecimento do vínculo e pela integralidade do cuidado. Sendo assim, diante das especificidades do ACS e das mudanças propostas no 'conceituar' e 'fazer' saúde, objetivou-se analisar as concepções de saúde dos ACSs para descrever quais concepções embasam a prática desse profissional, e refletir acerca do seu saber/fazer.

## MÉTODO

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Trata-se de estudo qualitativo de natureza exploratória, sobre as concepções de saúde dos ACSs.

Foi composto por uma amostra intencional, ou seja, foram escolhidos como participantes os ACSs que trabalhavam há pelo menos um ano nos Núcleos de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, vinculados à USP (n=5). Utilizou-se como critério de inclusão no estudo estar trabalhando há pelo menos um ano nos Núcleos, devido ao interesse em analisar as concepções de saúde pautadas na prática do trabalho como ACS. Cada Núcleo de Saúde da Família referido possuía cinco ACSs, sendo 25 o número total de agentes que trabalhavam nesses Núcleos. Tendo em vista que todos os ACSs contemplavam o critério estabelecido de tempo de trabalho, foi realizado um sorteio aleatório de dois Agentes Comunitários de cada Núcleo, totalizando dez Agentes. Um ACS não sorteado demonstrou interesse em participar do estudo e optou-se por realizar essa entrevista, totalizando, portanto, 11 entrevistas. Os cinco Núcleos contam com a participação

da Universidade, o que acreditamos ter impacto tanto na formação dos profissionais que compõem essas equipes quanto dos alunos/estagiários que também estão inseridos nestes Núcleos.

Cabe ressaltar que, de acordo com a metodologia qualitativa de pesquisa, o número de participantes não pretende ser representativo do universo pesquisado, mas busca-se o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto pesquisado, sendo que a amostra ideal seria aquela capaz de refletir a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2004).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais abertas realizadas no local de trabalho dos ACSs, seguindo o método proposto por Figueiredo (1998). Num primeiro momento, solicitou-se ao participante que refletisse sobre um tema e redigisse tudo o que pensasse sobre o assunto. Após a redação das associações, realizou-se um diálogo reflexivo sobre o que foi escrito, ou seja, o pesquisador procurou refletir com o participante sobre o significado de cada associação em sua perspectiva. No presente estudo, solicitou-se aos participantes que refletissem sobre o tema 'saúde'.

As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 30 minutos, sendo gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Para garantir a fidelidade do discurso, as transcrições foram revisadas pelo pesquisador. Foi realizada uma análise temática de conteúdo, seguindo três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação (BARDIN, 2006). A apresentação dos resultados foi feita por meio de fragmentos dos discursos dos ACSs.

## RESULTADOS

A análise foi realizada por meio de leituras flutuantes e do agrupamento e reagrupamento do

conteúdo das entrevistas, sendo ressaltados os temas considerados relevantes para o objetivo da pesquisa, ou seja, temas que explicitem as concepções de saúde dos ACSs, a saber: aspectos emocionais; lazer; trabalho; moradia e infraestrutura, alimentação e atividade física.

De forma geral, a saúde é percebida de maneira ampliada, não apenas como a ausência de doença. Nesse sentido, as concepções de saúde perpassam a saúde física, a saúde mental e a saúde social.

*É porque eu acho assim, você ter saúde não é só você não ter uma doença, que você precise tomar um remédio e ir no médico. É um conjunto de coisas mesmo. Que você tendo um emprego, você tendo... podendo sustentar sua família, dando pelo menos o básico do que comer, o estudo dos seus filhos. Tudo isso, esse conjunto de coisas, faz com que você também tenha um pouco de saúde, né. (...) Eu acho que saúde não é só a ausência da doença mesmo. É um conjunto mesmo. (ACS7).*

Falar em saúde para os ACSs entrevistados envolve, como relatado acima, mais do que a preocupação com o biológico e com a medicalização. Os aspectos citados na concepção de saúde vão além do mal físico, englobando aspectos emocionais, lazer, trabalho, moradia e infraestrutura, alimentação e atividades físicas.

### *Aspectos emocionais*

O tema 'aspectos emocionais' relaciona-se a uma concepção de saúde apontada pelos ACSs como não restrita apenas a fatores biológicos, mas percebida de maneira ampliada, associando fatores emocionais aos determinantes do processo saúde-doença.

*Tá doente mentalmente... é... tem as doenças do corpo, né... do corpo físico, mas, pra mim, tá doente às vezes, assim, eu tô são, não tenho nada, mas a cabeça tá a mil, tô pensando bobagem... não consegue um relacionamento com uma outra pessoa, tá sempre agressivo, tá sempre 'p' da vida, tá querendo matar o que tá na frente, entendeu? Isso, pra mim, é ser doente. (ACS2).*

*Eu acho, assim, que existem vários tipos de estar doente. A pessoa pode assim, tá doente, ser uma doença diagnosticada, uma coisa pra ela ir lá e tomar um remédio. Uma dor em tal lugar, uma pressão alta, entendeu? E, e pode ser, assim, também, uma coisa da cabeça... que disso daí também pode vir outras causas, outras coisas, pode vir outros problemas. (ACS1).*

Os ACSs descrevem as 'doenças da cabeça' em contraposição às doenças físicas. São descritas como consequências de uma série de comportamentos que envolvem: ausência de relacionamentos entendidos como saudáveis, agressividade e presença de pensamentos ruins. Além disso, as 'doenças da cabeça' são descritas como não-pontuais e não-curáveis através da medicalização, sendo apontadas como fatores determinantes de outros problemas, incluindo os biológicos.

No relato abaixo, observa-se que o cuidado da alma e do espírito é apontado pelos ACSs como uma forma de cuidado psíquico, contrapondo, novamente, a doença física à doença psíquica. Ainda, como já mencionado anteriormente, a medicalização não é descrita como a única forma de lidar com a doença psíquica.

*A gente tem que cuidar também da alma. Da parte do espírito. Porque eu acho que quando você tá com alguma coisa, assim, por dentro, é*

*pior do que quando você tá com uma hipertensão, quando você tá com uma diabete... porque você sente mal e você sabe que é devido àquela doença que você tá. Então, eu acho assim, que é muito mais importante você cuidar da cabeça mesmo. (ACS 7).*

*Por exemplo, uma pessoa que tem depressão. Se ela ficar só na medicação, ela não vai sarar de jeito nenhum, porque remédio não vai sarar ela. Porque a pessoa não nasceu com a doença, né. Então, ela vai pegando com o estresse do dia-a-dia, a pessoa vai ficando dentro de casa e só fica tomando aquele antidepressivo e não procura melhorar. Então, a gente como trabalha... a gente procura, às vezes, até dar esse lado pra pessoa, mostrar esse lado, né. (ACS9).*

A doença psíquica é descrita pelos ACSs como 'doença de dentro' e como algo que se pode sentir, mas não há um diagnóstico claro e fechado que viabilize medidas prescritivas/medicalizadoras. A doença psíquica é apontada como pior que a física, sendo o seu cuidado considerado mais importante. Além disso, nesses relatos, a medicalização da doença psíquica aparece como insuficiente para a melhora, sendo necessárias outras ações de caráter psicossocial. A doença mental é valorada negativamente em comparação à física, na medida em que esta pode ser conhecida, ou seja, pode ser devidamente diagnosticada e medicada, e a doença psíquica pode ser sentida, mas seu diagnóstico não é tão claro e, ainda, seu prognóstico revela a importância dos aspectos psicossociais.

A doença mental/psíquica/da cabeça é descrita pelos ACSs em contraposição à doença física, numa dicotomia do corpo e da psique como instâncias separadas. Apontamentos sobre como evitar ou amenizar a

doença da cabeça são levantados: evitar pensamentos ruins, evitar a agressividade, ter bons relacionamentos, ter momentos de lazer e cuidar da alma/espírito. Cabe ressaltar que os ACSs indicam o que se deve ou não fazer para ter uma boa saúde mental de forma prescritiva, evitando possíveis excessos – de raiva, de estresse, de inimizades, entre outras.

Apesar de os ACSs apontarem a necessidade de ações psicossociais para lidar com a doença mental, tais ações são descritas como individuais, ou seja, o indivíduo é o responsável por 'procurar melhorar' por si mesmo por meio da busca individual por situações consideradas saudáveis. Não há um questionamento da dimensão política e social da doença mental e do quanto as redes sociais são importantes tanto para a manutenção quanto para a ajuda ao sujeito em sofrimento psíquico. Torre e Amarante (2001) descrevem que a análise da história da loucura passa pela constituição e valorização pela sociedade capitalista, cuja noção de sujeito é pautada no individualismo, na interioridade e na norma. Apontam, porém, que, na era virtual e da biotecnologia, a constituição da subjetividade se modifica, passando a ser um coletivo e deixando de ser um componente do sujeito individual. Nesse sentido, a tomada de responsabilidade passa a ser individual e coletiva para sair da condição de 'sujeitado' e tomar o lugar de usuário do sistema de saúde.

Nesse sentido, cabe pensar as dificuldades dos profissionais de trabalhar com a doença mental, e o quanto o diagnóstico e a medicalização são atitudes que, de certa forma, tranquilizam os profissionais de saúde na medida em que deixam a impressão de que foi feito aquilo que poderia ser feito. O mistério que circunda a doença mental (pela ausência de um diagnóstico claro e fechado) acaba por transformá-la em uma doença considerada mais difícil de se lidar em relação às doenças físicas.

### Lazer

Os ACSs apontam o lazer como forma de evitar o isolamento, significado por eles como ruim. Nesse sentido, a saúde também envolve concepções de socialização, de integração com as pessoas, sendo, portanto, o isolamento social visto como um causador de possíveis doenças.

*A pessoa ter saúde, eu acho assim, que não é assim, não estar doente, entendeu? Não tomar remédio, não estar doente. Saúde também é a pessoa, assim, ter um lazer, tá bem com ela mesma, entendeu? Ela ter uma cabeça boa, tá de bem com a vida, ser uma pessoa aberta. Eu acho que isso daí influencia muito... também.* (ACS1).

*Você ter... você ter um lazer, você ter alguém... uma pessoa sempre pra você conversar, um grupo de amigos... Lógico, não que se você tendo tudo isso você não vai ficar doente, você vai ficar fora do risco de ter aí uma hipertensão, uma diabetes, mas a gente consegue levar melhor tudo isso.* (ACS7).

Os ACSs descrevem o lazer em contraposição à saúde apenas como ausência de doença e também ao uso de medicamentos como a única forma de cura e de estar saudável. O lazer permite, na ótica dos ACSs, formas de socialização que, por sua vez, não apenas constituem fonte de apoio para o enfrentamento de determinadas doenças, mas também destacam a importância do vínculo, das interações e da cooperação para as formas de andar pela vida.

Luz (2007) aponta como uma das representações da saúde o 'poder' romper o isolamento existente nas sociedades contemporâneas marcadas pelo individualismo. A saúde seria uma vitória contra a morte social,

ressignificada como forma de sair do isolamento provocado pela pobreza, pelo envelhecimento e pela doença. Assim, atividades que promovem o restabelecimento da comunicação, a criação de interações sociais por meio da formação de grupos e redes marcadas pelas relações de solidariedade, cooperação e apoio mútuo representam o ponto de partida para a renovação da sociabilidade.

O lazer também é apontado pelos ACSs como uma forma de dedicar um tempo a si mesmo, surgindo uma dicotomia entre tempo para o trabalho e tempo para as interações com os outros ou consigo mesmo. O lazer possibilitaria um 'não pensar' em outras atividades e, conseqüentemente, um 'pensar em si'.

*Lazer é muito importante é... que emenda com a saúde mental, né, com o estresse e com a ansiedade. Porque você trabalha. Se você não tem um lazer no final de semana, você tem que ter um tempo pra você, pra você arejar a cabeça, distrair. Então, ela tem que ter um momento de lazer, porque esse momento vai propiciar uma melhora pra ela. Não no lazer, assim, vai tomar um chapinho, né, não é bem esse o lazer. Mas uma coisa controlada, né. Que faça bem a ela, assim, na medida certa. Que não a prejudique, né.* (ACS10).

Cabe destacar a cisão entre trabalho e lazer, uma vez que o relato permite inferir que o lazer não está presente no espaço do trabalho, ou seja, o trabalho é visto como algo destituído de lazer e, portanto, de prazer. Nesse sentido, há a impossibilidade de viver, de forma integral, o cotidiano de forma saudável, necessitando-se do lazer – descrito como uma atividade separada de qualquer outra realizada – como fuga de um cotidiano cheio de obrigações não-prazerosas.

Sendo assim, de acordo com as concepções dos ACSs, pode-se descrever o lazer como algo que perpassa

a concepção de saúde entendida para além das questões biológicas/físicas, como uma forma de socialização, como uma atividade benéfica na medida em que permite à pessoa ter um tempo para si mesmo e também ajuda a manter a 'cabeça boa/arejada' (sic.) e que, conseqüentemente, proporciona a permanência no trabalho. Porém, o lazer é descrito como algo controlada, ou seja, apenas é lazer o que os profissionais de saúde legitimam como saudável. Nesse sentido, o lazer passa a ser algo prescritivo, não permitindo ao outro a autonomia de decidir o que constitui lazer para ele próprio, sendo impostas atividades de lazer consideradas saudáveis e, portanto, aceitáveis.

### Trabalho

Os ACSs também apontam como fator de saúde o trabalho, porque permite cumprir as responsabilidades assumidas com a família e constitui uma forma de 'arejar a cabeça' das pessoas.

[Saúde] *É ter um trabalho. Isso mesmo. Por exemplo, a pessoa tá meio... que não tem um trabalho, ela fica doente, né. Então, se ela tem um trabalho, que ela leve de comer pros filhos, pra família, claro que ela vai ter saúde, né. E junta tudo, porque o trabalho já areja a cabeça das pessoas, né, não deixa, né, tempo vazio. E o dinheiro que vai levar alimentação dentro de casa. A pessoa não fica com aquele estresse, né, também. Então, o trabalho também é saúde.* (ACS9).

A valorização do trabalho é inerente na sociedade capitalista, pois possibilita a aquisição de bens. Ter um trabalho representa a possibilidade de cumprir o seu papel de provedor ou de auxiliar na manutenção da família, descrito pelos ACSs como saúde. O trabalho

permeia a construção da identidade da pessoa, permitindo, inclusive, a sua inserção na sociedade como consumidora.

O trabalho foi apontado como uma forma de 'arejar a cabeça' das pessoas, evitando a ociosidade. A cultura capitalista prega a produtividade e, conseqüentemente, a ociosidade é vista como 'vadiagem', ou seja, um momento de não-produtividade. Na sociedade capitalista, o trabalho, além de representar a possibilidade de cumprir seu papel de provedor ou auxiliar na manutenção da família, possibilita tornar útil o tempo, caracterizando toda ociosidade como negativa.

Contraditoriamente, ao falarem do lazer como concepção de saúde, os ACSs apontam-no como forma de fuga ao trabalho, uma vez que pode ser física e emocionalmente desgastante e, conseqüentemente, responsável por doenças diversas.

O trabalho visto como forma de 'arejar a cabeça' pode estar relacionado ao contexto socioeconômico onde os ACSs entrevistados residem e trabalham, ou seja, num contexto marcado por dificuldades, ausências e carências. Assim, o trabalho, independentemente de causar qualquer dano físico ou mental ao trabalhador, oferece um poder de consumo que pode minimizar carências mais imediatas e permitir ao trabalhador a sobrevivência dele e de seus dependentes. Além disso, o trabalho, num contexto socioeconômico de carências, pode constituir oportunidade de encontro com outras pessoas, favorecendo o estabelecimento de vínculos (SOUZA, 2001).

Discorrendo sobre o trabalho como determinante da saúde, Luz (2007) aponta que o processo de globalização atuou nas relações de trabalho, precarizando-as e provocando um processo de exclusão social de grandes camadas populacionais. As questões das condições de vida, do emprego, e da qualidade de vida ressurgem como lugares privilegiados de discussão na definição de saúde. Para muitos, ter saúde é poder trabalhar, não no sentido de ter força física para o trabalho, mas de estar

empregado e, na melhor das hipóteses, ter estabilidade no emprego. Ter saúde significa, muitas vezes, não ter o direito de adoecer, já que isso pode representar a perda do emprego. Cuidar da saúde, portanto, implica manter o emprego e a sobrevivência.

### **Moradia e infraestrutura**

Os ACSs também mencionam questões ligadas às condições de vida da população, tais como moradia e infraestrutura.

*É bem mais fácil, se você tem, assim, que nem eu coloquei - uma moradia decente - assim, com um mínimo de infraestrutura. Ter uma rede de esgoto, né. Ah... morar numa área, assim... decente mesmo. Que tenha a infraestrutura. Então, eu acho que tudo isso faz com que a pessoa se fortaleça mais. (ACS7).*

*Ah, por exemplo, o saneamento básico também é. Porque os lugares que não têm esgoto também. É saúde a residência que tem um esgoto, porque o céu aberto, você sabe, dá várias doenças, né. A hepatite, a verme, várias coisas. Então, isso daí também é saúde. (ACS9).*

As condições de vida da população são percebidas pelos ACSs como um conjunto de fatores que fortalecem o indivíduo no enfrentamento de outras possíveis adversidades. Além disso, a infraestrutura é pensada em contraposição à doença, ou seja, ter acesso a essa estrutura evita o contato com determinadas doenças.

### **Alimentação e atividade física**

A questão nutricional e a prática de atividades físicas também foram citadas. A prática de atividades

físicas aliadas a uma alimentação saudável é referida como responsável pela perda de peso e por evitar agravos em portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes.

*Uma alimentação saudável previne de você ter uma anemia, de você... ganhar... assim, de você comer coisas que não deve, você vai ganhar peso e isso contribui para uma hipertensão. (...) A obesidade também é um problema que acarreta outros tipos de problema: colesterol, triglicérides... eu acho que contribui bastante uma alimentação saudável pra saúde. (...) na ajuda da perda de peso é muito importante o exercício físico pra controlar a hipertensão, a diabetes. (...) estando sempre no seu IMC correto, que é entre 23 e 25, você tá no parâmetro legal. Você não corre o risco de ter uma possível hipertensão. (ACS10).*

*Por exemplo, quando vocês vão em festas. Vocês sabem se comportar em festa? Vocês não sabem, porque eu quero comer docinho, bolo... tudo ao mesmo tempo. Então, ou você escolhe uma coisa ou você escolhe outra, né. Ou se comer um docinho, ao invés de comer um inteiro, come metade, que você vai ficar satisfeita do mesmo jeito. Porque, às vezes só come um prato cheio de comida, mas não come as coisas necessárias, né. Então é isso... o que o organismo da gente precisa, né. (ACS9).*

A alimentação e os exercícios físicos aparecem como forma de evitar doenças ou o seu agravamento. A alimentação, no relato dos ACS, deve ser controlada tanto na sua qualidade (o que cada um come) quanto na sua quantidade, já que a obesidade é apontada como um mal a ser temido, uma vez que pode ser a causa de

várias doenças. Nesse sentido, prescreve-se a necessidade de manter sempre o Índice de Massa Corpórea (IMC) num intervalo considerado correto.

Desse modo, a alimentação e a atividade física também são descritas prescritivamente, ou seja, há uma forma correta de se alimentar e de se exercitar que passa a ser relacionada a práticas saudáveis. Leva-se pouco em conta, portanto, a autonomia da pessoa em saber e poder decidir o que comer e de que forma se exercitar ou não. Além disso, o contexto socioeconômico da pessoa também não é levado em consideração, já que certos alimentos (como o 'bolo', o 'docinho') só estão disponíveis em determinadas ocasiões como, por exemplo, em festas.

Luz (2001) descreve que atividades e práticas anteriormente tidas como sociais passam a compor as atividades designadas saudáveis. Sendo assim, esportes, dança, alimentação, dormir, caminhar e trabalhar compõem práticas de saúde. Além disso, a autora aponta como uma representação fundamental da saúde o comedimento, no qual todo excesso é visto como risco à saúde, e o próprio indivíduo é apontado como culpado por não ser capaz de se controlar.

A referida autora também aponta como modelos de saúde a vitalidade/força/juventude/beleza, em que manter a saúde é manter a forma física, a vitalidade. Nesse sentido, a obesidade por si só já seria um 'não estar' com saúde, sendo cada vez mais associada ao excesso de descanso, à inatividade física e, conseqüentemente, à falta de comedimento.

## CONCLUSÕES

Conforme apontam Silva e Dalmaso (2002), o ACS se vê como organizador do acesso aos serviços de saúde e captador das necessidades e prioridades nos ca-

sos de intervenção. Nesse sentido, entender a saúde de forma ampliada, descrevendo outros determinantes que ultrapassam a questão biológica por si, só representa um avanço no trabalho em saúde pública, mas, por outro lado, tais conceitos ainda aparecem permeados por uma lógica prescritiva, considerando pouco o contexto de vida do usuário e sua autonomia enquanto participante ativo de seu processo saúde-doença.

Segundo Campos (2006), o agir em saúde deve focar a construção de sujeitos cada vez mais autônomos por meio da ajuda na compreensão, por parte do indivíduo, do seu processo saúde-doença, das relações sociais que influenciam tal processo e dos recursos potenciais para melhorar suas condições de vida. Para Merhy (2007), saúde é a possibilidade de o usuário ter cada vez mais autonomia no modo de andar a vida, alcançada através de processos de produção de atos de saúde 'usuário-centrados' e não 'procedimento-centrados'. Na mesma direção, Ayres (2001) aponta que a existência de um controle técnico – entendido aqui como atitudes normativas/prescritivas – não permite a emergência de subjetividades, transformando o sujeito em objeto de atuação.

Ao descreverem suas concepções de saúde, os ACSs apontam alguns conceitos que são naturalizados como ruins, a saber: em relação a redes sociais como componente positivo da saúde, naturalizam o 'estar só' como algo que deve ser evitado por impactar negativamente a saúde; ao afirmarem a importância do trabalho, naturalizam o 'estar sem emprego' como algo que deve ser evitado; ao descrever a alimentação e a atividade física, os ACSs consideram que qualquer excesso de alimentação é negativo do ponto de vista da saúde.

Relacionando a concepção de saúde ao comedimento, todo excesso acaba sendo considerado doença – isolamento social, inatividade e excesso de alimentação – o que parece trazer novos problemas pela inabilidade de se estabelecer um limite entre o excesso e a falta:

busca-se o não-isolamento social por meio do excesso de participação/pertencimento social, busca-se a não-inatividade por meio do excesso de atividade laboral e física e busca-se o corpo ideal por meio do excesso de controle alimentar. Segundo Luz (2001), uma das mais importantes representações da saúde encontra-se no comedimento, onde todo o excesso é visto como risco à saúde, sendo o próprio indivíduo apontado como o culpado por não ser capaz de se controlar.

Nesse sentido, ao utilizar uma lógica prescritiva, a atuação é pautada pela crítica a todo excesso e pela imposição de normas rígidas na tentativa de impedir ou amenizar tais excessos, sem uma reflexão sobre os seus possíveis significados ou determinantes.

Acredita-se que o contexto de trabalho dos ACSs participantes do estudo, ou seja, Núcleos de Saúde da Família vinculados a uma Universidade pública, pôde imprimir características peculiares às concepções de saúde dos ACSs por meio do compartilhamento de um discurso acadêmico, uma vez que o contato com estudantes de graduação, residentes, docentes e é muito frequente. Ressalta-se a importância da parceria de Universidades com os serviços de saúde, tal como preconizado pelo SUS, tanto pela formação que oferecem em serviço aos alunos quanto pela formação dos profissionais. Por outro lado, a especificidade do contexto do estudo, ou seja, o fato de serem serviços-escola, constitui um limite desse trabalho, apontando a necessidade de novas pesquisas que possam descrever e compreender as concepções de saúde de ACSs em outros contextos desvinculados da Universidade.

Destaca-se a importância de tal estudo, já que se entende que a incorporação de conceitos teóricos na prática em saúde é um processo que demanda tempo. Refletir sobre concepções que permeiam as práticas em saúde pode abrir espaço para problematizar tais concepções e repensar as práticas não só do ACS, mas de toda a Equipe de Saúde da Família, na tentativa de

contribuir para práticas mais humanizadas que permitam a emergência da subjetividade no espaço relacional profissional-usuário, viabilizando a concretização dos princípios do SUS.

## REFERÊNCIAS

- AYRES, J.R. de C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BUSS, P.M.; PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CAMPOS, G.W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: elementos para o debate. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W. de S.; CECÍLIO, L.C. de O. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 29-87.
- ESCOREL, S.; BLOCH, R.A. de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, N.T. *et al.* (Org.) *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119.
- FIGUEIREDO, M.A. de C. Escalas afetivo-cognitivas de atitude. Construção, validação e interpretação dos resultados. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. *Diálogos metodológicos sobre prática da pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 51-70.
- LUZ, M.T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 17-37.

\_\_\_\_\_. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 71-112.

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 2004.

NUNES, M. de O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

SILVA, J.A. da; DALMASO, A.S.W. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber e o fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SOUZA, L.B. de. *Organização do trabalho, qualidade de vida e subjetividade: um estudo sobre representações e crenças de profissionais do Campus da USP de Ribeirão Preto*. 2001. 326f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85. 2001.

**Recebido: Outubro/2008**

**Aceito: Julho/2010**