

Antonio Pereira Cardoso da Silva Filho

**INFLUÊNCIAS DOS AGENTES DE SAÚDE NO  
DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS SOCIOTERRITORIAIS NO  
ESPAÇO URBANO DE CAMPINA GRANDE - PB**

CAMPINA GRANDE  
2013



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DU HUMANIDADES  
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA  
CURSO DE GEOGRAFIA**

ANTONIO PEREIRA CARDOSO DA SILVA FILHO

**INFLUÊNCIAS DOS AGENTES DE SAÚDE NO  
DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS SOCIOTERRITORIAIS NO  
ESPAÇO URBANO DE CAMPINA GRANDE - PB**

Monografia apresentada à comissão examinadora da Unidade Acadêmica de Geografia da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do grau de Licenciado em Geografia.

Orientadora: Profa. Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira.

CAMPINA GRANDE  
2013

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelas oportunidades minuciosamente traçadas. Minha família, em especial minha mãe pelos tantos anos de dedicação e auxílio. Assim como meus amigos Kamylla, Profa. Janaína, Jayara, Prof. Xisto, Profa. Aline, Profa. Débora, Marcelo, Priscilla, Lázaro, Rafael, Dennis, Erick, Gilberto, Renata, Fernando, Sâmara e vários outros, sem os quais não conseguiria sequer pensar em uma progressão tanto como profissional, quanto como ser humano. Enfaticamente agradeço a estas pessoas pelos vários momentos guardados em mente de apoio incondicional diante das mais diversas situações e necessidades.

Agradeço também aos agentes de saúde e seus superiores hierárquicos por toda paciência e disponibilidade.

Por último, e não menos importante agradeço a Professora Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira, por toda a orientação e direcionamento profissional, por todas as leituras, conversas, ideias, correções e principalmente por apresentar a linha de pensamento da qual não me afastarei enquanto estudante e profissional em níveis diferenciados.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE HUMANIDADES – CH  
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA – UAG  
CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA – CCGO

**BANCA EXAMINADORA DE: ANTÔNIO PEREIRA CARDOSO DA SILVA FILHO**

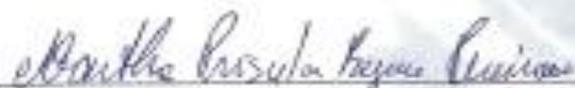
**TÍTULO: INFLUÊNCIAS DOS AGENTES DE SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS SOCIOTERRITORIAIS NO ESPAÇO URBANO DE CAMPINA GRANDE - PB**

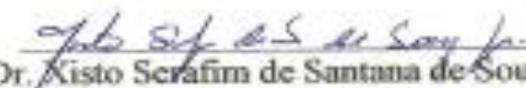
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

MONOGRAFIA DE GRADUAÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**Curso de Licenciatura em Geografia**

Campina Grande (PB), 11 de setembro de 2013.

  
Prof. Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira (UFCG) (orientadora)

  
Prof. Dr. Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior (UFCG) (examinador)

  
Me. Ana Carla dos Santos Marques (UFRN) (examinadora)

“O simples não existe, mas sim o simplificado”  
Edgar Morin (2005).

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LISTA DE FIGURAS.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>LISTA DE QUADROS.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>LISTA DE MAPAS.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>RESUMO .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>ABSTRACT .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>12</b> |
| <b>1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS AGENTES DE SAÚDE .....</b>  | <b>16</b> |
| 1.1 Descrição do contexto da pesquisa .....   | 17        |
| 1.2 O papel dos agentes de saúde em meio ao sistema organizacional da<br>ESF e VAS .....  | 22        |
| <b>2 DA GEOGRAFIA MÉDICA A GEOGRAFIA DA ATENÇÃO<br/>SAÚDE: UM OLHAR SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE<br/>COMPETÊNCIAS SOCIAIS .....</b> | <b>27</b> |
| <b>3 CAMINHOS METODOLÓGICOS E TÉCNICOS DA PESQUISA .....</b>  | <b>34</b> |
| 3.1 Trabalho de campo exploratório .....  | 35        |
| 3.2 Treinamento nas técnicas de coleta de informações e dados .....   | 38        |
| 3.2.1 Entrevista individual .....   | 39        |
| 3.2.2 Observação participante .....   | 40        |
| 3.2.3 Levantamento fotográfico .....  | 42        |
| 3.2.4 Elaboração de mapa mental.....  | 43        |
| 3.3 Trabalho de campo .....   | 44        |
| 3.3.1 Trabalho de campo na área de atuação dos agentes de saúde ...   | 44        |
| 3.3.2 Entrevista individual .....   | 45        |
| 3.3.3 Entrevista com grupo focal .....  | 45        |
| <b>4 IDENTIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES<br/>DESENVOLVIDAS PELOS ACS E ACE .....</b>                                     | <b>48</b> |
| 4.1 O discurso dos agentes de saúde .....   | 49        |
| 4.2 Os temas presentes e ausentes no trabalho dos agentes de saúde .....  | 53        |

|  |           |
|--|-----------|
| 4.3 Percepção da paisagem dos agentes de saúde .....   | 57        |
| 4.4 Percepção espacial dos agentes de saúde .....  | 61        |
| <b>5 TRIANGULAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES<br/>DOS AGENTES DE SAÚDE: UM OLHAR SOBRE TODAS AS EXPERIÊNCIAS<br/>DE CAMPO .....</b> | <b>65</b> |
| 5.1 Níveis diferenciados em que as competências se apresentaram .....  | 66        |
| 5.2 As competências e os agentes de saúde .....  | 69        |
| <b>6 A COMPLEXIDADE DAS AÇÕES E INFLUÊNCIAS DOS<br/>AGENTES DE SAÚDE NA BUSCA DE UMA GEOGRAFIA DA<br/>PROMOÇÃO A SAÚDE .....</b>       | <b>73</b> |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>78</b> |
| <b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>79</b> |

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – Relações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde .....  | 23 |
| Figura 2 – Fiscalização dos agentes de combate a endemias as fontes de contaminação por meio das vias de transmissão ..... | 26 |
| Figura 3 – Sistema de signos .....   | 58 |
| Figura 4 – Fotografias retiradas pelos agentes em Campina Grande – PB .....  | 60 |
| Figura 5 – Representações cartográficas (livres) dos agentes de saúde .....  | 62 |
| Figura 6 – Representações cartográficas (direcionadas) dos agentes de saúde ....   | 63 |

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Características dos agentes de saúde agrupadas por competências sociais .....                                    | 36 |
| Quadro 2 – Agentes de saúde que se destacam por mais de uma competência e não tem a segurança destacada negativamente ..... | 38 |
| Quadro 3 – Roteiro base de entrevista com os agentes de saúde .....   | 39 |
| Quadro 4 – Roteiro base dos itens da observação participante .....  | 41 |
| Quadro 5 – Identificação do discurso dos agentes de saúde .....   | 50 |
| Quadro 6 – Elaboração do DSC .....  | 51 |
| Quadro 7 – Análise da observação participante .....   | 54 |
| Quadro 8 – Análise das paisagens percebidas (fotografadas) pelos agentes de saúde .....                                     | 59 |
| Quadro 9 – Matriz das competências e habilidades sociais dos Agentes de saúde .....   | 67 |
| Quadro 10 – Identificação dos níveis de competência social de cada agente de saúde no trabalho de campo .....               | 70 |

## LISTA DE MAPAS

|   |    |
|---|----|
| Mapa 1 – Localização do município de Campina Grande – PB .....                          | 13 |
| Mapa 2 - Mapa da localização das UBSF e PA em Campina Grande – PB .....                 | 36 |
| Mapa 3 – Distritos sanitários de Campina Grande – PB .....                              | 37 |
| Mapa 2 – Mapa dos bairros em que ocorreu o trabalho de campo em<br>Campina Grande ..... | 44 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS– Agentes Comunitários de Saúde

ACE – Agentes de Combate a Endemias

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DS – Distrito Sanitário

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ESF - Estratégia Saúde da Família

GPS – Sistema de Posicionamento Global

PA – Ponto de Apoio

PB - Paraíba

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

VAS - Vigilância Ambiental em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## RESUMO

Os agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Agentes de Combate a Endemias (ACE) da Vigilância Ambiental em Saúde (VAS), apesar de sofrerem influências e determinações de fatores normativos, desenvolvem competências e habilidades que, associadas a práticas sociais, são capazes de influenciar no surgimento de novas práticas sócioterritoriais. Assim, evidencia-se uma perspectiva multidisciplinar que necessita de um olhar científico menos unilateral na estruturação de alternativas inovadoras para se trabalhar determinadas temáticas. Desta forma, esta pesquisa tem por objetivo analisar como as competências dos agentes de saúde influenciam no desenvolvimento de práticas sócioterritoriais no espaço urbano de Campina Grande – PB. Considerando tanto os aspectos teórico-metodológicos, quanto os procedimentos práticos para o reconhecimento empírico, realizou-se os seguintes procedimentos metodológicos: a) trabalho de campo exploratório; b) treinamento nas técnicas de coleta de dados e informações e; c) trabalho de campo realizado nas áreas de atuação dos agentes de saúde, em entrevistas individuais com os ACS e ACE mais antigos do Município e na entrevista com o grupo focal. Vale ressaltar que cada etapa do trabalho de campo foi submetida a procedimentos de análises específicos, sendo que posteriormente foi triangulada todas as informações adquiridas no decorrer deste processo. Percebe-se que os agentes de saúde desenvolvem competências em níveis diferenciados, de modo que estas são resultados de interações espaciais, que por sua vez, conduz fatores inibidores e propulsores no seu desenvolvimento. A complexidade e multidisciplinaridade no trabalho destes agentes incidem em meio a modificações de objetos do espaço, educação em saúde, auxílio social, cooperação assistencial e na recuperação e prevenção de doenças na localidade de atuação, atuando em uma perspectiva de promoção a saúde.

**Palavras-chave:** Políticas públicas de saúde; promoção a saúde; competências sociais; Geografia.

## ABSTRACT

Community Health Agents ( AHA ) of the Family Health Strategy ( FHS ) and Agents to Combat Endemic (ACE) Environmental Health Surveillance ( EHS ) , despite suffering influences and determinations of regulatory factors , develop skills and abilities that , associated with social practices , are able to influence the emergence of new socio-territorial practices . Thus , it is clear that a multidisciplinary perspective requires a scientific look less unilateral in structuring innovative ways to work certain themes . Thus, this research aims to analyze how the skills of health workers influence the development of socio-territorial practices within the city of Campina Grande - PB . Considering both the theoretical and methodological aspects , as the practical procedures for the recognition empirical held the following instruments: a) exploratory fieldwork b ) training in the techniques of data collection and information and c ) field work conducted in the areas of performance of health workers in individual interviews with the ACS and ACE 's oldest city and the interview with the focus group . Note that each stage of the fieldwork was subjected to specific analysis procedures , and later was triangulated adiquiridas all information during this process. It is observed that the health care providers develop competence in different levels so that they are the result of spatial interactions , which in turn leads factors propellants and inhibitors in their development. The complexity and multidisciplinary work of these agents focus amid changes in objects from space , health education , social assistance , cooperation and assistance in the recovery and prevention of diseases in the locality of action , acting in a health promotion perspective

**Keywords:** Public health policies, health promotion, social skills; Geography

# INTRODUÇÃO

O interesse em estudar os agentes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) surge na graduação por intermédio de pesquisas de iniciação científica (CNPq/PIBIC/UFCG) realizadas nos anos de 2010-2011 e 2011-2012 na cidade de Campina Grande-PB, das quais atuei como bolsista.

Inicialmente, buscou-se identificar o conhecimento geográfico que estes profissionais da saúde pública desenvolvem no seu cotidiano de trabalho. Logo após, pretendeu-se compreender quais as práticas sociais desenvolvidas por estes em meio a sua territorialização. Assim, os estudos acerca da saúde e doença, das políticas públicas, das condições de risco e vulnerabilidade e, especialmente, do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) fizeram parte de todo o período da graduação. Este fato resultou em diversos desdobramentos, dentre os quais se destaca este trabalho.

A necessidade para efetivação desse estudo surge através do pressuposto de que os agentes de saúde, por meio de diversas competências e habilidades sociais são capazes de redimensionar práticas socioterritoriais no espaço urbano de Campina Grande com fins de promoção e prevenção a saúde. Neste sentido, surgem vários questionamentos, como por exemplo: As práticas sociais que os agentes de saúde desenvolvem através de competências e habilidades são capazes de promover a saúde da localidade? O espaço urbano no qual essas práticas são viabilizadas sofre algum tipo de modificação? Quais as reais implicações do trabalho destes profissionais na formatação do espaço urbano de Campina Grande-PB? É a partir de então que se reconhece a importância de analisar os aspectos característicos dos processos de territorialização destes profissionais na cidade de Campina Grande-PB.

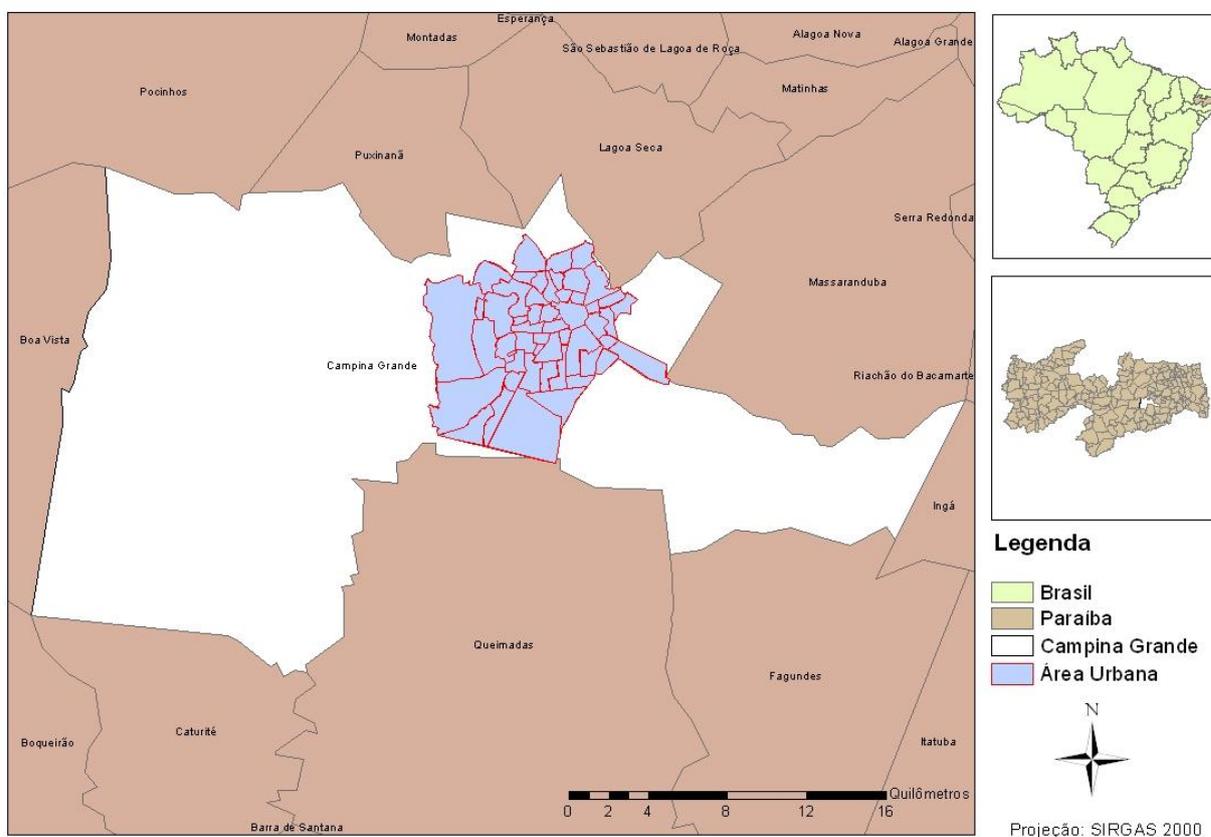
Nesse percurso, houve a aproximação com outras áreas da Geografia, tais como a Geografia Urbana e o Geoprocessamento que subsidiaram parte desta investigação. As leituras, mini-cursos, participação em eventos científicos como, por exemplo, o V Simpósio Nacional de Geografia da Saúde realizado na cidade de Recife em 2011, também foram muito importantes para o aprimoramento dos conhecimentos e o surgimento de novas ideias. A pesquisa qualitativa, sobretudo, foi muito explorada nessa trajetória inicial

de formação por meio de obras que vão desde pesquisas qualitativas em saúde (MINAYO, 1998) e técnicas de pesquisa qualitativa (GASKELL, 2002), até novas concepções de abordagens metodológicas (MORIN, 2005).

Todas essas reflexões foram abordadas juntamente com obra de Pereira (2011) intitulada, *Competências e Práticas Sociais de Promoção e Vigilância a Saúde na Cidade do Recife*, por todas as indicações e características semelhantes ao objeto e objetivos de pesquisas traçados no decorrer desse caminho de descobertas.

Campina Grande foi escolhida como locus observacional por ser uma cidade de porte médio (Mapa 1), haja vista que análises semelhantes já foram efetivadas em uma cidade de grande porte, como Recife-PE e uma cidade de pequeno porte, Santa Rita-PB (PEREIRA, 2013). Essa triangulação de impressões acerca dos agentes de saúde viabilizou uma teorização relacionada às suas competências sociais por Pereira (2013), sendo este estudo parte integrante desta perspectiva mais teórica.

#### MAPA 1: LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB



Os agentes de saúde constituem a principal fonte de informação deste trabalho. Por se tratar de uma abordagem qualitativa, houve o envolvimento direto com estes profissionais em etapas diferenciadas de coleta de informações, das quais se pode destacar entrevistas individuais e grupo focal.

Quanto a outras considerações impressas nesta pesquisa, observa-se a sua aplicabilidade a outros contextos de territorialização da ESF e VAS, bem como, a necessidade de adequação e atualização de perspectivas organizacionais e funcionais dos agentes de saúde. É importante ressaltar neste cenário as análises que reconheçam e considerem as dimensões subjetivas inerentes a estruturação destas políticas públicas, e, especialmente, das novas responsabilidades que surgem no cotidiano dos profissionais que lidam diretamente com as necessidades individuais e coletivas da comunidade.

É nessa conjuntura que se evidencia a importância social desta análise na cidade de Campina Grande, principalmente quando se considera a disseminação tendenciosa da incapacidade de prever, integrar e refletir o papel social da própria Ciência. A partir de então, reconhecendo a cidade de Campina Grande-PB como contexto específico de investigação, seria possível subsidiar algum tipo de planejamento para a gestão no que concerne aos diversos aspectos inerentes a estas políticas e profissionais, levando em consideração a importância de ambos para o desenvolvimento social e a promoção da saúde da comunidade.

Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo analisar como as competências dos agentes de saúde influenciam no desenvolvimento de práticas sócioterritoriais no espaço urbano de Campina Grande – PB. Especificamente, identificar as competências e habilidades desenvolvidas pelos agentes de saúde na Cidade; avaliar os níveis diferenciados das competências e habilidades demonstradas pelos agentes de saúde; verificar as principais influências dos agentes de saúde diante da comunidade na qual está territorializado na perspectiva da prevenção e promoção a saúde.

No que tange a organização dos procedimentos e resultados obtidos, o presente trabalho está dividido em seis capítulos, além desta introdução e das considerações finais.

O primeiro capítulo apresentará a problemática de maneira mais ampla, sendo dividido em duas partes. A primeira trata-se de uma descrição do contexto da pesquisa, a

segunda, por sua vez, enfatiza o papel dos agentes de saúde em meio ao sistema organizacional da ESF e VAS.

No segundo capítulo são abordados os aportes teóricos dos quais houve embasamento para formulação dos pressupostos, sobretudo, tratando-se do âmbito multidisciplinar da Geografia da Saúde e os aspectos característicos da Geografia da Atenção a Saúde.

O terceiro capítulo, dividido em três etapas, discorre sobre o percurso de aplicação de métodos e técnicas ao trabalho dos agentes de saúde. Na primeira etapa, é descrito o trabalho de campo exploratório realizado nas Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF) da ESF e nos Pontos de Apoio (PA) da VAS. Sequencialmente é discutido o treinamento nas técnicas de coleta de informações e dados para o trabalho de campo, que, por conseguinte, contempla a terceira e última parte deste capítulo.

No quarto capítulo demonstraremos as competências e habilidades dos agentes de saúde identificadas no decorrer do trabalho de campo. Este item está organizado em quatro partes correspondentes a cada procedimento de análise empregado em cada técnica de pesquisa realizada em campo (análise de discurso; análise de conteúdo; análise semiótica de imagens paradas; análise da representação espacial livre).

Já no quinto capítulo, são descritas a associação de todas as competências e habilidades identificadas entre os agentes de saúde de todas as fases do trabalho de campo, inclusive o grupo focal. Quanto a sua estruturação, dividiu-se em duas etapas, a primeira expõe os diferentes níveis que as competências sociais foram identificadas nos agentes de saúde, enquanto a segunda relaciona as competências e habilidades identificadas em níveis diferenciados com cada agente de saúde participante das diferentes fases do trabalho de campo.

Finalmente, no capítulo seis, traremos uma análise sobre a multidisciplinaridade e complexidade na busca de uma Geografia da Promoção à Saúde através do trabalho dos agentes de saúde, especificamente por meio de suas ações.

## **CAPÍTULO 1**

# **AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS AGENTES DE SAÚDE**

# AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS AGENTES DE SAÚDE

**H**istoricamente, as condições de saúde da população demandam ações planejadas e multidisciplinares, a curto e longo prazo, a fim de garantir o pleno desenvolvimento da sociedade. Neste sentido, tem-se buscado diversas alternativas para garantir a resolução de problemas vinculados a propagação do adoecimento e morte dos indivíduos. Logo, as formas de exteriorização destas questões relacionadas à saúde são objetos de trabalho de políticas públicas que visualizam uma perspectiva de prevenção, educação e promoção a saúde resultante de todo um desenvolvimento histórico e aplicativo do cuidado com a saúde.

## 1.1 Descrição do contexto da pesquisa

A temática referente à Geografia da Saúde, especificamente a Geografia da Atenção à Saúde, se mantém nos dias atuais como uma tendência importante que integra diversos tipos de conhecimentos com o objetivo de descrever, analisar e compreender a situação da saúde/doença através de diversos aspectos patológicos, de vulnerabilidade e risco a doença, além do acesso a serviços e equipamentos de saúde.

A partir dessa premissa, encontra-se nas condições gerais de existência a estruturação do elo entre os aspectos paisagísticos inerentes ao espaço e ao território e as condições de saúde/doença, especialmente, quando se constata a indissociabilidade da saúde com os objetos e ações característicos de qualquer formação espacial. Neste sentido, observa-se a estruturação da definição de saúde através de um campo complexo pautado em níveis diferenciados de valor, medida, fenômeno, ideia e campo de práticas (ALMEIDA FILHO, 2011).

Nessa perspectiva multidisciplinar de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) teoricamente incide em meio a práticas que reconhecem as diretrizes diferenciadas que convergem para a promoção da saúde em variadas escalas, recorrendo para seu sentido mais amplo de transformação das condições de vida. Czeresnia (2003), fundamentada a partir de um intercâmbio entre a medicina e a saúde pública, relaciona como fundamentos da promoção a saúde a fomentação e geração de medidas não dirigidas apenas a uma determinada doença ou desordem, mas que contemplem a saúde e o bem-estar geral.

Assim, a prevenção à saúde pressupõe uma ação imediata baseada em conhecimentos que reduzam a incidência e prevalência de determinadas doenças específicas à população, enquanto a promoção impulsiona, fomenta, origina e gera medidas que integram uma concepção de bem estar geral sem vincular-se necessariamente a algum fato ou desordem (CZERESNIA, 2003).

A constatação de um novo viés amplo e complexo das análises referentes à saúde e a doença concentra a necessidade de reunir as diversas disciplinas científicas a fim de apreender uma discussão e compreensão mais consistente do conceito de saúde (AITH, 2007). Logo, aponta-se o paralelismo entre diversos estudos realizados relacionando aspectos paisagísticos e espaciais, as condições de risco e vulnerabilidade a saúde (ROJAS, 2008; PEREIRA; 2011), com a consolidação e desenvolvimento de diversas políticas públicas de saúde que atendam a essa perspectiva de prevenção e promoção.

As discussões referentes aos serviços de saúde, sobretudo das práticas de prevenção e promoção e o espaço geográfico, surge da teorização a respeito da transformação do espaço geográfico através de práticas intersetoriais, conduzida, por vezes pelas políticas públicas de saúde.

As políticas públicas de saúde demandam ações funcionais e estruturais que influenciam diretamente nas condições espaciais dos municípios. Ao longo do tempo, têm-se buscado diversas alternativas de enfrentamento dos problemas referentes a tais serviços sociais. Os conhecimentos e percepções desenvolvidas sobre a temática pelas ciências humanas e sociais, em especial a Geografia, contribuem tanto para a progressão da multidisciplinaridade, identificação e análise dos âmbitos complexos da vida cotidiana, como acrescenta um papel de valores no próprio conhecimento, de modo que estes valores estão ligados diretamente a questões sociais.

Assim, analisando a saúde pública do ponto de vista da higiene do meio ambiente e da ação social, observa-se que a Constituição Federal (CF) de 1988 assegura que esse bem deve ser de acesso igualitário e universal a serviços de promoção, proteção e recuperação. Neste viés, as ações e serviços públicos de saúde devem ser regionalizados e hierarquizados, organizados a partir de um atendimento integral e participativo. Os aspectos multidisciplinares do SUS característicos de sua formação ideológica se manifestam de forma mais integrante através do controle e fiscalização de produtos, equipamentos e medicamentos, execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, ordenação e formação de recursos humanos, participação e execução de ações de saneamento básico, fiscalização de alimentos e água para consumo e na colaboração para a proteção do meio ambiente, de acordo com o art. 200 (Brasil, 1988).

Em meio a esse contexto aplicado a diferentes modelos assistenciais e políticas públicas hierarquizadas, consolida-se a ESF e VAS como recurso mobilizador de ações, que podem influenciar no redimensionamento das funções dos objetos e ações do espaço proporcionando a redução de fatores de risco e vulnerabilidade a doenças, estando inteiramente voltadas as normatizações e direcionamentos do SUS (GONDIM, 2008; DANTAS, 1998).

A ESF atua especificamente a partir de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, e na manutenção da saúde da comunidade na qual está territorializada (LOBATO, 2009). É baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde da Família formadas por médico, enfermeiro, dentista e auxiliares, além dos ACS (PEREIRA, 2011).

A VAS pode ser caracterizada como um conjunto de ações que, entre outras práticas, atua detectando qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes ambientais, buscando viabilizar medidas de prevenção e controle de fatores no ambiente que interferem na saúde humana (BRASIL, 2002). Essas colaborações para a promoção da saúde se configuram no âmbito desta política através de ações diretas e imediatistas como, por exemplo, o trabalho dos Agentes de Combate a Endemias (ACE) (BEZERRA, 2008).

Desse modo, percebe-se que em síntese, essas políticas públicas conseguem viabilizar um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde por ter um território definido e uma população delimitada, que além de ampliar o acesso da população a tratamentos de

saúde, organiza racionalmente os pressupostos do SUS garantidos por Leis (LOBATO, 2009).

A partir de então, as práticas aplicadas por essas políticas no espaço geográfico, vão além das dimensões patológicas das doenças, agregando aspectos ligados à concepção de promoção a saúde. Os ACS e ACE compreendendo a inter-relação entre o sistema de saúde e a população, expressam em suas atribuições alguns desses pressupostos, haja vista que desenvolvem atividades diferenciadas, porém complementares.

Os ACS lidam diretamente com a população, desenvolvem atividades individuais e coletivas relacionadas, principalmente, ao corpo do indivíduo. Já o ACE opera no diagnóstico de agravos ambientais biológicos e não biológicos. Enquanto o primeiro lida diretamente com o corpo humano, o segundo tem atividades pautadas nas condições ambientais da localidade (BEZERRA, 2008; LOBATO, 2009).

Com base nestas indicações, passa a ser importante para a ampliação da análise do campo sistemático o locus de investigação. Assim, o espaço urbano de Campina Grande-PB se caracteriza como ferramenta importante para a compreensão de como o trabalho destes profissionais exercem influências e determinações na saúde e conseqüentemente nos avanços e retrocessos espaciais característicos de sua formação territorial.

Corrêa (2000) ressalta que o espaço urbano é produzido através de ações complexas de agentes com necessidades mutáveis e variadas, cuja transformação reflete simultaneamente na sua fragmentação e articulação, mesmo considerando as modificações de formas e funções.<sup>20</sup>

Através dessa linha de pensamento, pode-se inferir os agentes de saúde em meio ao espaço urbano como atuantes do Estado sobre, principalmente, grupos socialmente excluídos, que como outros grupos constituintes deste mesmo espaço têm suas ações normatizadas e reguladas a partir de um marco jurídico. Assim, observa-se que a caracterização paisagística e espacial resultante das relações de acesso aos bens e serviços do sistema de produção são aspectos que refletem no trabalho dos agentes de saúde, haja vista que sua interferência social requer práticas de educação, prevenção, reabilitação e promoção da saúde humana e ambiental em meio às configurações espaciais de segregação e auto-segregação.

Fundamenta-se assim, uma linha de abordagem sobre o espaço como um sistema indissociável de objetos e ações em que a técnica sobrepõe à materialização do tempo (SANTOS, 2009). Já no que diz respeito ao espaço urbano Corrêa (2000) relaciona-o aos diferentes usos da terra e relações justapostas entre si na cidade. Concomitantemente, pode-se observar a possibilidade e necessidade de empreender outras categorias de análise da Geografia que podem convergir para investigações voltadas a análises dessas políticas públicas ou especificamente voltadas ao trabalho dos agentes de saúde, como por exemplo, o território.

Pereira e Barcellos (2006) conseguem demonstrar o território em meio às práticas dos agentes de saúde principalmente pela área delimitada de atendimento, mesmo reconhecendo a inexistência de aspectos econômicos, políticos, sociais e etc. em sua caracterização. Já Silva filho e Pereira (2011), relacionam o conceito de território ao trabalho dos agentes de saúde da ESF e VAS a partir da apropriação do local no que tange as práticas sociais desenvolvidas na comunidade.

Assim, ressalta-se a necessidade de observar as práticas sociais dos agentes de saúde e seu rebatimento no espaço geográfico por reconhecer que esse fato pode condicionar alguma melhoria nas condições existentes na localidade em diferentes categorias geográficas, dentre elas a propagação da paisagem da promoção à saúde, interferência nas relações espaciais, e auxílio em problemas ambientais. Todas essas ações são conduzidas por diversas competências e habilidades desenvolvidas pelos agentes através de um conhecimento adquirido no cotidiano de trabalho ou apreendido durante a sua experiência de vida. Deste modo, considera-se competência como as capacidades mais gerais de operar os conhecimentos, estes por sua vez, podem ser visualizados pelo pesquisador a partir das habilidades (ALLES, 2006).

Haja vista todo esse direcionamento proeminente da atuação dos agentes de saúde configura-se alguns pressupostos voltados à contribuição da Geografia para análises da saúde coletiva, incorporação de técnicas próprias da ciência para análises epidemiológicas, de serviços e etc. Independente da formulação da abordagem utilizada no interior da ciência geográfica para estes tipos de pesquisas envolvendo saúde, a correlação com as especificações do espaço constituem o principal aporte e diferencial que permite a formulação de teorias provenientes da Geografia para a saúde.

## 1.2 O papel dos agentes de saúde em meio ao sistema organizacional da ESF e VAS

Inicialmente, os modelos assistenciais sanitários surgem em meio a uma conjuntura de fatores, dos quais, os modos de transmissão e os fatores de risco das diversas doenças, em uma perspectiva epidemiológica, são essenciais para a proteção da saúde humana e ambiental (PEREIRA, 2011).

De acordo com Figueiredo (2011), os modelos assistenciais resultantes da noção de vigilância em saúde, atingindo formatos de desenvolvimento e adaptação com o estado de direito da população, resultaram na implementação de políticas públicas. Estas, por sua vez, se consolidam na tentativa de atingir uma compatibilidade mais integrada com a realidade e necessidades relativas à saúde, se diferenciando dos modelos assistenciais. Aith (2007), relaciona essa evolução as formas de estruturação e garantia do direito a saúde como um avanço nas discussões do próprio conceito de saúde, ora empregado em toda sua plenitude de representações políticas e condutas de prevenção e promoção, ora vinculado aos aspectos clínicos e de acesso aos recursos de saúde.

Essas discussões implicam em uma análise histórica minuciosa, da qual a necessidade de apreender cada momento vivenciado da saúde pública no País é primordial para entender o processo de modificação das características e objetivos desde os modelos assistenciais, até as políticas públicas de saúde. Entretanto, neste momento, não iremos adentrar a esta discussão, apenas indicar a existência da crescente modificação e evolução no interior do SUS.

As representações de saúde e da doença nas sociedades modernas implicam também, em feições de condutas preventivas e de políticas públicas de saúde específicas para a promoção a saúde, principalmente, quando se considera os novos modos de vida, quase sempre danosos a saúde e ao meio ambiente. A ESF e a VAS exemplificam essas questões por suprirem novas necessidades do indivíduo e da coletividade, do espaço urbano e do meio ambiente através de ações territorializadas, estruturadas e hierarquizadas.

A ESF associa-se a uma política pública de saúde no nível de atenção primária por subsidiar atendimentos médicos de baixa complexidade. Observa-se que através da Portaria do Ministério da Saúde, n.2.488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica passa

a ser reavaliada como uma estratégia para o cuidado integral e vinculado as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011). Assim, são delimitadas algumas especialidades da equipe saúde da família, tais como o número mínimo de profissionais atuantes por UBSF, o número de famílias atendidas pelos ACS, entre várias outras questões normativas em escala de município e de unidade.

Nesse contexto, a ESF passa a ser relativizada a importantes avanços organizados a serviço da atenção primária, desenvolvendo um papel social que vai além de questões clínicas, haja vista sua consolidação como uma política de reforma estrutural do SUS. Ademais, a organização básica da ESF se estrutura nos municípios brasileiros de forma descentralizada. Logo, observa-se a existência de um gerente da atenção básica que responde pela organização municipal da política, dos gerentes distritais (quando existem distritos sanitários no município) que atentam para as informações referentes apenas ao seu recorte territorial, as equipes da ESF que respondem as necessidades da população na UBSF, e, finalmente, os agentes de saúde (ACS) que além de fazerem parte da comunidade e da equipe simultaneamente, conseguem estabelecer o elo entre a população e toda essa sistematização da saúde (SILVA FILHO & PEREIRA, 2011).

Ao constarmos o sistema interdependente para a formulação da ESF, percebe-se que em termos práticos, o ACS externa uma posição de destaque diante da Política. Tal indicação é observada, dentre outros aspectos, pelo fato dos agentes desenvolverem formas de relações com todos os níveis escalares da ESF e, especialmente, com a comunidade.

FIGURA 1: RELAÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE



Com relação à gerência da atenção básica, os agentes efetivam uma ligação no sentido de buscar apoio diretamente para questões fora do alcance interno da equipe, assim como, em reuniões e lançamentos de diversas campanhas. Já no que diz respeito à equipe da qual o ACS faz parte, a existência de diálogos diários, trabalhos em conjunto como, por exemplo, atendimento domiciliar, e o repasse de informações diversas, faz com que o agente de saúde não condicione apenas um papel de pertencimento a equipe, mas incorpore nesta, uma sensação de estar lidando com alguém da comunidade e para a comunidade, da qual dependerá a confiabilidade do seu trabalho. A relação entre o ACS e a comunidade se estrutura de diferentes maneiras, dentre elas pode-se destacar desde o repasse de informações e desenvolvimento de lideranças comunitárias, até a criação de laços afetivos com os usuários da política. O repasse de informação ocorre através de decisões de ordem organizacional da equipe (dias de atendimento, marcação de consulta e etc.) e informações acerca de aspectos de promoção e prevenção a saúde (auxílio em formas de cuidado com a saúde, indicações de como se prevenir de determinadas doenças e etc.). Em alguns casos, pelo próprio desenvolvimento das ações dos agentes, estes acabam desempenhando um papel de liderança na comunidade, da qual a busca por melhorias sociais e a representação política são bases estruturantes. Consequentemente, diversos autores como Pereira (2011), Tomaz (2002) e Lobato (2009) apontam que ACS imprime em suas práticas laços afetivos com a população, principalmente, por manter um contato regular e conhecer o cotidiano descrito pelos próprios moradores da comunidade.

A Vigilância Ambiental em Saúde possui como alguns de seus objetivos principais a produção, integração e interpretação de informações e dados visando o planejamento e execução de ações de planejamento do SUS, identificação de áreas de risco e divulgação dos fatores ambientais que condicionam e determinam esta situação, promoção de ações integradas de recuperação do meio ambiente e estímulo ao fortalecimento das ações de participação popular na promoção a saúde da comunidade (BRASIL, 2002).

Quanto aos instrumentos e métodos para a estruturação desta política pública, observa-se na epidemiologia ambiental, avaliação e gerenciamento de risco, indicadores de saúde e ambiente e nos sistemas de informação de vigilância e saúde as parcelas integrantes de todo trabalho desenvolvido pelos vários níveis escalares da VAS. A organização específica desta política atenta para os aspectos organizacionais gerais tais

como a sua divisão hierárquica, as principais características de atuação, e, especialmente, o trabalho do ACE.

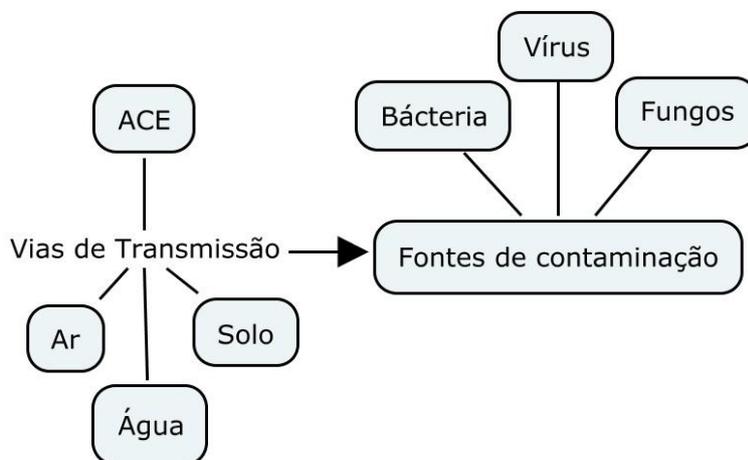
A organização da VAS, em alguns termos, é semelhante a da ESF por apresentar gerentes distritais responsáveis por conjuntos de áreas dos recortes territoriais da Política. Na VAS, além do gerente geral, que responde por todo o município, existem os gerentes distritais e supervisores de área. Estes últimos, por conseguinte, tem sobre suas responsabilidades áreas, que em conjunto, constituem o distrito.

A degradação socioambiental de áreas metropolitanas encontra-se entre um dos principais fatores característicos das áreas de atuação da VAS, o que possibilita estratégias não apenas vinculadas a ação da natureza sobre o homem, como também do homem sobre ele mesmo. Este monitoramento sistemático considera o território como locus da interação homem/natureza em que se deve programar o controle tanto dos efeitos ambientais a saúde humana, quanto das ameaças do homem a saúde ambiental (BRASIL, 2002).

Já as indicações acerca do trabalho dos ACE incidem em meio a afirmações que enfatizam seu papel diretamente vinculado a população, e, sobretudo, o desenvolvimento de ações no campo da prática que visa pontualmente à prevenção e controle de doenças e agravos diretamente relacionadas a alguma situação de risco e vulnerabilidade no ambiente, tais como cólera, diarreia, hepatites virais, esquistossomose e doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2002).

Assim, o ACE fiscaliza mais diretamente as vias de transmissão destas doenças, ou mais precisamente as fontes de contaminação, buscando desenvolver uma série de ações de modificação do meio. A água, o ar e o solo, nesta perspectiva, são vias de transmissão por conduzirem, por exemplo, vírus, parasitas e bactérias que, por sua vez, são as fontes de contaminação das doenças. Em outras palavras, o ACE identifica e combate as fontes de contaminação por meio das vias de transmissão.

FIGURA 2: FISCALIZAÇÃO DOS ACE AS FONTES DE CONTAMINAÇÃO POR MEIO DAS VIAS DE TRANSMISSÃO



Sendo assim, de acordo com Bezerra (2008), além dos ACE atuarem através de ações intersetoriais diante de riscos ambientais (água, ar e solo), desempenham ações de promoção e proteção específicas, como a educação e comunicação em saúde.

Por fim, a educação e comunicação em saúde compõem-se através de práticas de sensibilização e do reconhecimento de que suas ações implicam na reconstrução de um território que impulsiona às relações humanas com a natureza na busca de um redimensionamento espacial da promoção a saúde e da construção da cidadania.

## **CAPÍTULO 2**

# **DA GEOGRAFIA MÉDICA À GEOGRAFIA DA ATENÇÃO A SAÚDE: UM OLHAR SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS**

# **DA GEOGRAFIA MÉDICA À GEOGRAFIA DA ATENÇÃO A SAÚDE: UM OLHAR SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS**

**A** literatura desenvolvida em torno da produção do espaço como um condicionante e determinante da saúde está voltada à especificidade da ocupação e uso, ordenação e regulação do território, além de remeter aos aspectos objetivos e subjetivos entrelaçados por um conjunto de sistemas de ações e objetos variantes no desenvolvimento do pensamento geográfico (GONDIM, 2008; DANTAS, 1998; ALMEIDA FILHO, 2011).

A Geografia da Saúde, ou Geografia Médica, como era denominada na perspectiva clássica, evidencia as conotações entre as condições de manutenção e desenvolvimento da sociedade e os estudos voltados à análise das situações de risco e vulnerabilidade a saúde-doença em vieses diferenciados. No entanto, a partir das variações evolutivas do pensamento geográfico, atentando para uma concepção contemporânea, a Geografia da Saúde se encontra dividida em dois campos principais: a Geografia Médica e a Geografia da Atenção a Saúde (MOZETTO, 2008).

De acordo com Mozetto (2008), a Geografia Médica inicialmente tinha suas relações pautadas na interação entre a saúde e o ambiente físico. Entretanto, a partir dos avanços nas percepções e estudos analíticos destas interações, representadas, por exemplo, pela obra de Hipócrates: *Ares, Águas e Lugares*, se reconhece as concepções humanas (hábitos, cultura e etc.) como influenciadoras da saúde.

Estudos de epidemiologia, especialização de doenças, tratamento de dados e correlação com condicionantes ambientais e humanos caracterizavam pontualmente o campo de estudo da Geografia da Saúde nas pesquisas pioneiras. Autores como Pessoa

(1960), Ferreira (1991) e Barcellos (2000) apontam que neste cenário médico, a geografia da saúde estuda a prevalência e distribuição das doenças da Terra, como as modificações que possam surgir e interferir neste processo dos mais variados setores geográficos.

Vietes e Freitas (2007) demonstram continuamente o desenvolvimento epistemológico da Geografia Médica, ressaltando principalmente, as contribuições dadas por Evgeny Pavlovsky e Maximillien Sorre. Nesta abordagem, a gênese da Geografia Médica ligada à perspectiva positivista, vincula-se indissociavelmente a um ponto de vista da saúde ambiental, haja vista a tentativa de correlação de doenças, sobretudo, com as condições climáticas.

O conceito do foco natural de doenças de Pavlovsky, expressa como principal hipótese o ambiente como apresentador de condições favoráveis a articulação de agentes independente da presença e da ação humana. Já o complexo patogênico de Sorre, possui em sua concepção características bem mais interdisciplinares com relação à teoria do foco natural de doenças. Esta linha defendida por Sorre, expunha a importância da ação humana na formação e dinâmica das doenças, não estando mais limitada a descrição e correlação apenas com o meio físico, incluindo, desta forma, o meio produzido pelo homem (VIETAS & FREITAS, 2007).

Mozetto (2008) define que as condições ligadas a Geografia Médica preocupa-se mais com as causas externas das doenças do que com seus efeitos no espaço geográfico, mesmo trabalhando não apenas com a distribuição e difusão espacial das doenças. Assim, nos dias atuais, este ramo da ciência geográfica possui nos fatores ambientais de ordem social partes construtivas de seus pressupostos.

Nesse cenário de análises geográficas de fatores relacionados à saúde humana e ambiental, a Geografia da Atenção a Saúde surge através de características individualizadas de acordo com cada abordagem metodológica utilizada, abarcando estudos desde compreensões espaciais e dialéticas, até análises de percepções críticas e comportamentais.

Para Gaskell (2002), o âmbito multidisciplinar da Geografia da Atenção a Saúde analisa, sobretudo, a disponibilidade de recursos materiais e humanos, qualidade e necessidade dos serviços entre vários outros aspectos relacionados à situação de saúde, não

estando associado diretamente a percepções pontuais de distribuição e correlação de doenças com o meio.

Apesar da escassa literatura desenvolvida em torno da Geografia da Atenção a Saúde, Nossa (2008) aponta uma crescente humanização dos estudos geográficos pautados em aspectos da saúde, ressaltando que tais perspectivas validam metodologias de análises que atendem necessidades humanas contemporâneas. Assim, este autor apresenta a metodologia qualitativa como produtora de um conhecimento de saúde vinculado à descoberta de valores e símbolos.

Logo, observa-se, por exemplo, a saúde como um bem de consumo e de investimento, fazendo parte de um modelo explicativo intrínseco à nova abordagem contemporânea, porém com fins não apenas relacionados à linha humanista e cultural, apresentando-se, também, através de uma abordagem estruturalista, materialista e crítica (NOSSA, 2008).

A vertente da Geografia da Atenção a Saúde ligada especificamente a distribuição e acesso aos serviços de saúde, em especial as políticas públicas, é apresentada por Peiter (2005) através de três vertentes básicas. A primeira tem relação direta com os padrões espaciais dos serviços médicos, hierarquia espacial dos equipamentos e distribuição dos recursos de saúde. Já a segunda vertente vincula-se a análises de variação do acesso e fatores sócioespaciais que influenciam no comportamento dos pacientes. Por fim, a terceira vertente atenta para a identificação de agregados espaciais de desigualdade, oferta e utilização de serviços de saúde.

Nesse sentido, constata-se que as pesquisas desenvolvidas em torno da saúde em dimensões que vão desde a doença até a oferta e acesso a serviços de saúde podem se utilizar de uma ou mais vertentes, a depender da complexidade e objetivos da pesquisa.

Assim, Pereira (2011) desenvolve uma teoria vinculada ao trabalho dos agentes de saúde, da qual a autora se aprofunda na Geografia das Competências Sociais dos Agentes de Saúde. Neste contexto teórico e observacional é ressaltada a busca de uma Geografia da Promoção à Saúde conduzida por uma contextualização interdisciplinar para se estudar a Geografia da Atenção à Saúde em diferentes escalas geográficas.

Pensar a saúde, o ambiente e o espaço de forma integrada conduz uma ampla possibilidade de análises geográficas, uma vez que a teorização desenvolvida sugere estes aspectos socioambientais e espaciais como indissociáveis pelo fato da saúde implicar em função social e estado de capacidade para desempenho efetivo de tarefas socialmente valorizadas (ALMEIDA FILHO, 2011).

Logo, através da abordagem que relativiza a saúde como campo de práticas tem-se nestes padrões a prevenção de doenças e eventos mórbidos através de tecnologias voltadas a saúde pública e a clínica, além dos modelos de promoção e prevenção a saúde articulados a partir de padrões complexos, sendo materializados, por exemplo, pela consolidação de políticas públicas, ou em especial pelo trabalho de profissionais da saúde pública que além de interferirem diretamente nas condições de saúde do indivíduo, atuam como modificador das condições espaciais da localidade. Assim, evidencia-se o estado de saúde como atributo multidimensional do ser humano que reflete o seu nível de saúde em vários componentes ou domínios (ALMEIDA FILHO, 2011).

A partir de então passa a ser importante reconhecer que a utilização de métodos qualitativos constituem-se em pesquisas envolvendo a saúde como importante alternativa para avaliação, análise e compreensão dos aspectos espaciais que assumem influências e determinações em situações de risco e vulnerabilidade social em diferentes níveis escalares (MINAYO, 1998).

Não obstante, a necessária articulação e ampliação da abordagem teórica utilizada para formulação das ideias introduzidas nesta pesquisa situa-se em meio a uma limitada literatura referente à Geografia da Atenção a Saúde e suas formas de trabalhar determinadas problemáticas referentes aos serviços e equipamentos de saúde. Quanto à situação deste estudo em meio a Geografia da Atenção a Saúde, encontra-se em um campo pautado na busca da compreensão sobre recursos humanos (agentes de saúde).

Finalmente, quanto ao pensamento voltado especificamente aos agentes de saúde, trilhou-se um caminho paulatinamente alinhado, do ponto de vista teórico e metodológico, ao estudo de Pereira (2011) na cidade do Recife, do qual se obteve, como um dos resultados, a teoria das competências sociais dos agentes de saúde, trabalhando numa perspectiva de busca por uma Geografia da Promoção a Saúde.

A autora relaciona diversos conceitos interdisciplinares ao trabalho dos agentes de saúde, enfatizando que suas características estão associadas a cinco tipos de competências sociais, sendo elas: autonomia, característica pessoal, domínio conceitual, domínio da linguagem cartográfica e motivação.

Com relação ao conceito de autonomia, aponta-se um direcionamento relacionado a outras competências sociais por imposições verticais e poderes horizontais. Estas imposições verticais seriam superiores as relações cotidianas dos agentes de saúde, enquanto os poderes horizontais fazem parte do cotidiano destes profissionais, sendo mais fácil a decisão por determinada ação relacionada a este tipo de poder (MORIN, 2005, apud PEREIRA, 2011).

Com relação às características pessoais conforme indicam Spencer e Spencer (1993, apud ALLES, 2006), influenciam diretamente no desempenho das competências e habilidades e tem relação com situações vivenciadas pelo indivíduo. Segundo Pereira (2011) estas podem interferir positivamente ou negativamente na ação do agente de saúde.

O domínio conceitual foi relacionado ao conhecimento. Para Morin (2005, apud PEREIRA, 2011) o conhecimento possui algumas características, tais como: a) bases flexíveis (estão em permanente construção, em movimento); b) não pode ser completamente conhecido; c) estabelece diálogo entre a reflexão subjetiva e o conhecimento objetivo; d) para se estudar o conhecimento (objeto) é necessário conhecer um pouco a pessoa possuidora desse conhecimento (sujeito); e) o conhecimento se expressa através da linguagem.

O domínio da linguagem cartográfica foi entendido a partir de Santos (2002, apud PEREIRA, 2011) por conceber que a cognição sobre determinado espaço e sua representação espacial expressam uma visão e um raciocínio sobre o mesmo. Quanto à aplicação, concordou-se com Pereira (2011) ao considerar duas dimensões desta competência: a subjetiva e a técnica. A subjetiva estaria relacionada aos elementos representados e a técnica quanto à forma de representação.

A partir do conceito de motivação, observou-se que antes de executar determinada ação, existe um motivo que orienta as pessoas a certos objetivos, e estes se revelam em graus diferenciados (ANGELINI, 1973, apud, PEREIRA, 2011). Esta concepção

correspondeu, efetivamente, ao que foi observado em campo e, portanto, passou a ser utilizado como um conceito base nesta análise.

## **CAPÍTULO 3**

# **CAMINHOS METODOLÓGICOS E TÉCNICOS DA PESQUISA**

## CAMINHOS METODOLÓGICOS E TÉCNICOS DA PESQUISA

**A** viabilização da pesquisa ocorreu através da realização e aplicação de métodos e técnicas de pesquisa diferenciadas. Assim, inicialmente foi elaborado um trabalho de campo exploratório nas Unidades Básicas de Saúde da Família da ESF e nos Pontos de Apoio da VAS. Sequencialmente buscou-se o treinamento nas técnicas de coleta de informações e dados para o trabalho de campo, que, por conseguinte, contempla a terceira e última parte deste capítulo.

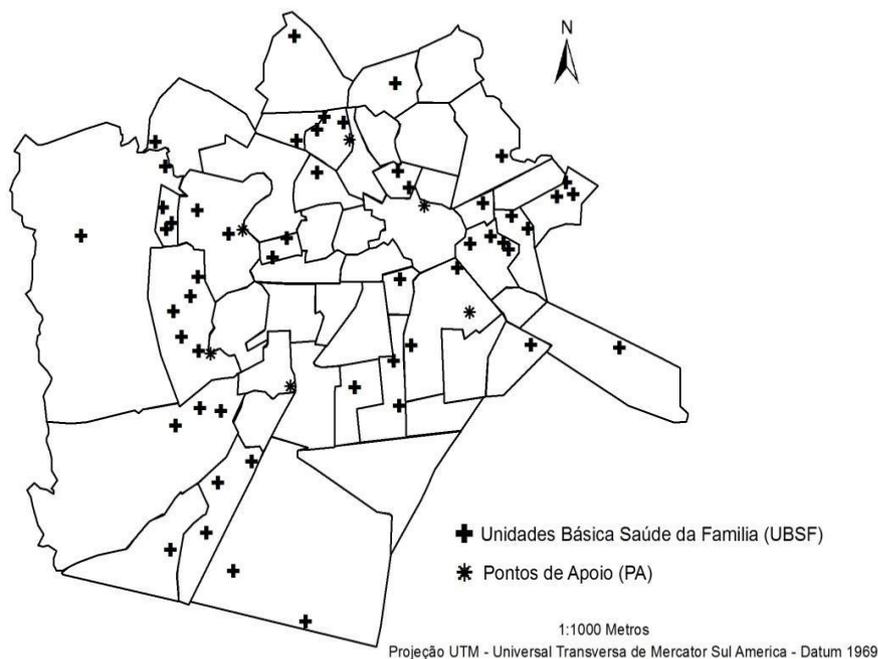
### 3.1 Trabalho de campo exploratório

Foi realizado o trabalho de campo exploratório<sup>1</sup> com o objetivo de identificar as características (relacionadas a competências sociais) que os agentes de saúde desenvolvem a partir do discurso dos superiores hierárquicos da ESF e VAS em Campina Grande-PB. Sendo assim, através de Pereira (2011) estruturou-se um inquérito dividido em três partes: a) destaque do agente de saúde; b) caracterização ambiental; c) detalhamento de informações sobre a equipe. Estes inquéritos foram aplicados com os enfermeiros da ESF e supervisores da VAS em todas as UBSF (92) e PA (6) da Cidade. Assim, foram visitados todos os bairros de Campina Grande, onde se coletou também os dados referentes às coordenadas geográficas de cada localidade por meio de GPS.

---

<sup>1</sup> Esta etapa foi realizada juntamente com o bolsista de Iniciação Científica (PIVIC) Kleiton Wagner Alves da Silva.

## MAPA 2 - MAPA DA LOCALIZAÇÃO DAS UBSF E PA EM CAMPINA GRANDE



Logo após a aplicação dos inquéritos, agrupou-se as características indicadas aos agentes de saúde por competência social (Quadro 1). Deste modo, considerou-se a maneira como foram relatadas identificando o sentido em que eram ditas algumas das características que poderiam ter mais de uma interpretação. Assim, estruturou-se a primeira matriz de características agrupadas por competência social.

### QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DOS AGENTES DE SAÚDE AGRUPADAS POR COMPETÊNCIAS SOCIAIS

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Autonomia                | 1. Iniciativa/ antecipação; 2. Concretiza o elo entre a comunidade e a política; 3. Bom colega de trabalho; 4. Boa relação com a comunidade; 5. Engajada/ atuante; 6. Firmeza nas atitudes; 7. Conhece toda a comunidade e as famílias; 8. Acessibilidade na comunidade; 9. Liderança/ É um referencial para a comunidade; 10. Dinâmico; 11. Envolve-se com os problemas para ajudar a comunidade/ Facilidade na resolução dos problemas; 12. Credibilidade com a comunidade; 13. Estabelece relações de amizade com a população; 14. Divulga as informações; 15. Possui grande chance de promoção; 16. Auxilia psicologicamente; 17. Espírito de equipe; 18. Flexível; 19. Persuasão; |
| Características pessoais | 20. Simpático/ alegre; 21. Responsável; 22. Assíduo; 23. Comprometido; 24. Competente; 25. Pontual; 26. Cumpre as obrigações em dia; 27. Produtivo; 28. Compreensivo; 29. Prestativo; 30. Carismático; 31. Disposto; 32. Organizado; 33. Atencioso; 34. Criativo; 35. Paciente; 36. Exemplar; 37. Exerce funções diferenciadas (pula muros, trabalha em áreas de risco); 38. Informa tudo o que faz; 39. Perfeccionista; 40. Dedicado; 41. Sincero; 42. Não é mal falado; 43. Atuante; 44. Espontâneo; 45. Respeitado; 46. Inovador;   |

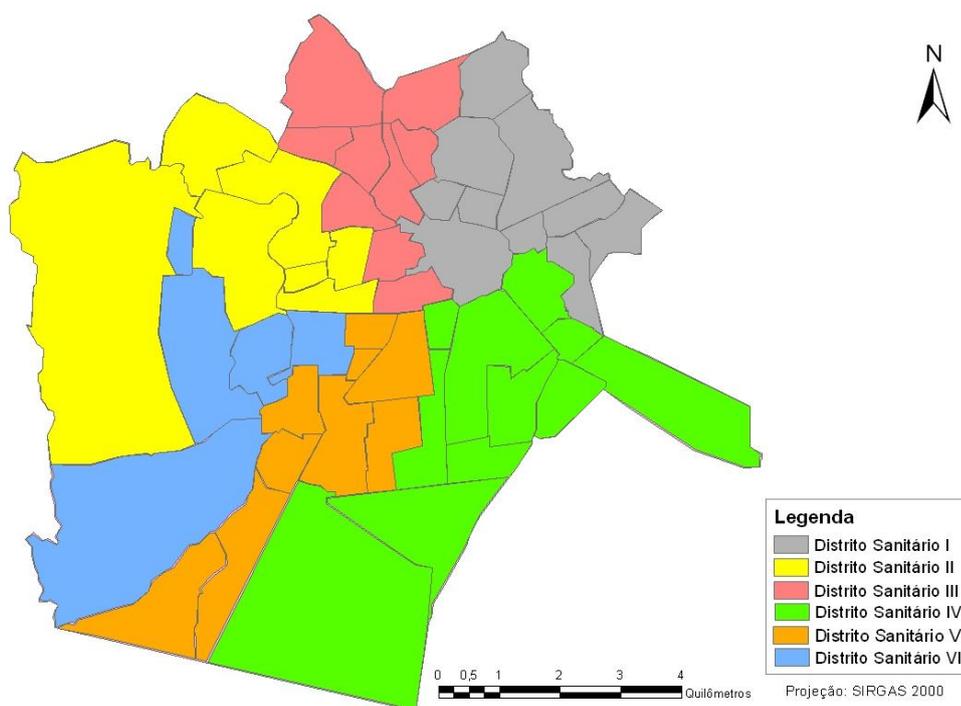
**QUADRO 1 (CONT.) - CARACTERÍSTICAS DOS AGENTES DE SAÚDE  
AGRUPADAS POR COMPETÊNCIAS SOCIAIS**

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Domínio da linguagem cartográfica | 47. Tem conhecimento da área;   |
| Domínio conceitual                | 48. Experiente; 49. Comunicativo; 50. Tecnicamente preparado; 51. Raciocínio rápido; 52. É bom na prática do trabalho; 53. Formação; 54. Orienta bem a comunidade; 55. Conhece o trabalho; 56. Facilidade de identificar o risco; 57. Boa educadora;  |
| Motivação                         | 58. Profissionalismo; 59. Faz tudo o que é pedido; 60. Faz mais do que a obrigação; 61. Integrado; 62. Preocupado com a comunidade e o andamento das atividades; 63. Preocupado em realizar o trabalho; 64. Esforçado; 65. Dedicado/perseverante; 66. Participativo; 67. Usa EPI; 68. Cooperativo; 69. Apoiador da comunidade; 70. Ético. |

Fonte: Silva Filho e Pereira (2011)

A partir de então foram produzidas outras matrizes relacionando as competências sociais aos agentes destacados que possuem tais características. Vale ressaltar que esse procedimento foi realizado para os seis distritos sanitários que compõem a divisão territorial das ESF e VAS em Campina Grande (Mapa 3), evidenciando a distribuição das habilidades relacionadas a todas as competências sociais.

**MAPA 3 - MAPA DOS DISTRITOS SANITÁRIO DE CAMPINA GRANDE- PB**



Logo, foi possível responder aos seguintes questionamentos: Quais as características relacionadas a cada competência foram mais destacadas? Em que distritos sanitários essas características estão mais presentes? Desta maneira, concomitantemente, identificaram-se quais os agentes de saúde possuem mais de uma das características elencadas, sendo estes profissionais os mais indicados para o acompanhamento em campo. Finalizando os critérios para a escolha dos agentes de saúde que seriam acompanhados no trabalho de campo, analisaram-se entre os selecionados, quais trabalhavam desde, pelo menos, o ano de 2008 e não obtiveram a segurança destacada negativamente em sua área de atuação por acreditar que esta interfere no trabalho destes profissionais. Desse modo, chegou-se ao seguinte quadro:

**QUADRO 2 - AGENTES DE SAÚDE QUE SE DESTACAM POR MAIS DE UMA COMPETÊNCIA E NÃO TEM A SEGURANÇA DESTACADA NEGATIVAMENTE<sup>2</sup>**

| DS  | AGENTES DA ESF | AGENTES DA VAS |
|-----|----------------|----------------|
| II  | 12             | -              |
| III | 13, 14         | 6              |
| IV  | -              | 5, 6           |
| V   | 4, 10          | -              |
| VI  | 16, 17, 31     | -              |

Fonte: SILVA FILHO, 2013.

Assim, houve a possibilidade de escolha de oito agentes da ESF e apenas três da VAS. Com relação à ESF as melhores possibilidades de escolha foram: o agente 4 do DS V, o agente 12 do DS II e o agente 31 do DS III. Enquanto na VAS as três possibilidades foram consideradas, estando em ordem de prioridade os agentes 6 e 5 do DS IV e o agente 6 do DS III.

### 3.2 Treinamento nas técnicas de coleta de informações e dados

Neste item serão apresentadas as técnicas de pesquisa utilizadas no trabalho de campo. Deste modo, para conhecer a fala, ação, percepção, preocupação, modo de proceder e etc. dos agentes de saúde, foram trabalhadas as seguintes técnicas de coleta de

<sup>2</sup> A numeração dos ACS e ACE refere-se a uma pessoa específica na relação dos resultados dos inquéritos.

informação: a) entrevista individual; b) observação participante; c) levantamento fotográfico e; d) elaboração de mapa mental.

### **3.2.1 Entrevista individual**

De acordo com Minayo (2005), pode-se definir entrevista como uma interação direta entre o pesquisador e o interlocutor, através da qual é possível descobrir novas perspectivas e pontos de vista. Boni & Quaresma (2005) assinalam que a entrevista utilizada em pesquisas qualitativas se configura como um processo de interação social entre o pesquisador, que tem por objetivo a coleta de informações (objetivas e subjetivas), e o pesquisado. Já Gaskell (2002) se referindo a esta técnica de pesquisa, ressalta o fornecimento de dados básicos que se relacionam à compreensão das relações entre os autores sociais e suas situações, como também, a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações das pessoas em seus contextos sociais específicos.

Nesta perspectiva, aplicou-se o modelo de entrevista semi-estruturada. Este tipo de entrevista combina perguntas abertas e fechadas possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema sem grandes interferências do entrevistador, embora este possa sentir-se livre para direcionar a discussão ou fazer questionamentos adicionais quando necessário (BONI & QUARESMA, 2005).

É importante ressaltar que para minimizar a possibilidade de interpretações equivocadas ou constrangimento por parte dos entrevistados, após a transcrição considerada de boa qualidade realizada pelo pesquisador como recomenda Gaskell (2002), o material transcrito foi entregue aos próprios agentes de saúde para que pudessem conferir ou modificar alguma fala indesejada.

Foi adaptado para a realização das entrevistas no trabalho de campo o roteiro-base adotado por Pereira (2011) (Quadro 3).

### QUADRO 3:ROTEIRO BASE DE ENTREVISTA COM OS AGENTES DE SAÚDE

|  |       |                     |
|--|-------|---------------------|
| I. Dados gerais:   |       |                     |
| Programa:  |       |                     |
| Nome:  |       |                     |
| Idade:   |       |                     |
| Local de nascimento (zona rural ou urbana):  |       |                     |
| INTERESSES   | QUAL? | TIPO DE INFORMAÇÃO: |
| JORNAL   |       |                     |
| REVISTA  |       |                     |
| LIVROS   |       |                     |
| TV   |       |                     |
| INTERNET   |       |                     |
| II. Informações sobre o trabalho como agente e suas influências:   |       |                     |
| <p>1. Antes de atuar como agente, qual a sua ocupação? Como era o seu trabalho?</p> <p>2. Por que resolveu fazer concurso para agente e não outra função? Quando exatamente começou a trabalhar como agente?</p> <p>3. Quais conhecimentos anteriores você aproveitou para esse serviço como agente?</p> <p>4. O que você teve que aprender a fazer depois que assumiu essa função? Onde ou com quem você adquiriu esse conhecimento?</p> <p>5. Quais suas maiores dificuldades? Por que você acha que teve dificuldades nessas tarefas? O que te fez pensar assim?</p> <p>6. Que tipo de coisas você teve que aprender e foi fácil de fazer? Na tua opinião, qual o porquê dessa facilidade?</p> <p>7. Qual a importância do estudo na tua vida? Você estuda atualmente? Qual o grau de instrução? Se não estuda mais, estudou até que série?</p> <p>8. Qual a importância do ensino na escola para o teu trabalho como agente?</p> <p>9. Qual a importância da educação familiar para o teu trabalho como agente?</p> <p>10. Qual a importância do convívio com a sociedade para o teu trabalho como agente?</p> <p>11. Teve algo mais que te ajudou nesse trabalho de agente?</p> <p>12. Teve algum tipo de capacitação? Quais? A capacitação te ajudou na atividade como agente? Em que?</p> <p>13. Além das funções delimitadas para atuação enquanto agente de saúde, você exerce (exerceu) outra atividade (ou acha que a comunidade tem necessidade) que tenha como objetivo melhorar a situação da população na área que você trabalha? Como ocorre? (Como ocorreu?)</p> <p>14. Antes de trabalhar como agente teve alguma situação em que teve que trabalhar com mapas? Qual o seu grau de dificuldade ou facilidade de uso?</p> <p>Para encerrar, gostaria que você elaborasse dois tipos de desenhos: a) desenho da área de trabalho do jeito que lembra; b) desenho da área de trabalho destacando ruas, número de famílias, domicílios e áreas que considera de risco (indicando a razão).</p> |       |                     |

Fonte: PEREIRA, 2011. Adaptado por SILVA FILHO, 2013.

#### 3.2.2 Observação participante

A observação participante está atrelada ao conjunto de regras formuladas ou implícitas nas atividades dos componentes de um determinado grupo social, sendo possível, a partir dela, analisar aspectos que não poderiam ser registrados através de

questionamentos, mas sim, a partir da observação da própria realidade do indivíduo ou grupo de acordo com Minayo (1998). Esta autora aponta ainda a importância do domínio teórico conceitual para o desenvolvimento científico da observação.

Gaskell (2002) a partir das indicações de Becker e Geer (1957, p.72) afirma que a observação participante é “a forma mais completa de informação sociológica”, completa afirmando que nesta técnica o pesquisador está aberto a uma maior amplitude e profundidade de informações, sendo capazes de triangular diferentes impressões e observações.

É importante salientar que nesta abordagem, o pesquisador deixa de ser um observador externo aos acontecimentos e passa a fazer parte ativa deles (BONI & QUARESMA, 2005). Assim seria possível a identificação de elementos como “o ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, a seqüência e a temporalidade em que ocorrem os eventos” (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000 p. 64)

Deve-se considerar que para as abordagens da observação participante, foi desenvolvido, na presente pesquisa, a concepção de pesquisador como participante, que segundo Minayo (1998 p. 142) “é empregada frequentemente como estratégia complementar ao uso das entrevistas (...) trata-se de uma observação quase formal, em um curto espaço de tempo”. Sendo assim, para o pesquisador conseguir avançar através deste tipo de observação precisa estabelecer claramente o que busca conhecer (observar) no trabalho de campo.

#### QUADRO 4: ROTEIRO BASE DOS ITENS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

|  |
|--|
| I. Dados a serem observados na área de trabalho:   |
| a) fatores que impulsionam o agente a trabalhar;<br>b) relacionamento com a comunidade e parcerias que possam modificar a realidade local;<br>c) vocabulário utilizado na sua relação com os grupos sociais e sobre sua área de trabalho (o que se destaca como problema que influencia no processo saúde-doença/ o que o agente quer destacar quando tira a foto/ o que ele deixa de fora/ no último dia: quais fotos representam melhor os elementos que podem influenciar no processo saúde-doença);<br>d) maneira como o agente utiliza e fala sobre o mapa (leitura, manuseio, maneira de elaborar o mapa);<br>e) habilidade diferenciada que faz o agente se destacar. |
| II. Dados a serem observados em ambientes fora da área de trabalho:  |

#### QUADRO 4 (CONT.): ROTEIRO BASE DOS ITENS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

- a) relacionamento do agente com outros setores da sociedade (comportamento, linguagem etc.);
- b) distância/ proximidade entre pessoas do grupo;
- c) como as ações dos agentes se relacionam com o que eles dizem e fazem em outros ambientes;
- d) fatores que impulsionam o agente a trabalhar;
- e) descrição do relacionamento com a comunidade e parcerias;
- f) vocabulário utilizado na sua relação com as pessoas no ambiente de trabalho;
- g) o que destaca como problema na área;
- h) maneira como o agente utiliza e fala sobre o mapa;
- i) habilidade diferenciada que destaca o agente.

Fonte: PEREIRA, 2011. Adaptado por SILVA FILHO, 2013.

A partir das indicações de Minayo (1998) utilizou-se o relato diário de campo, importante principalmente para registros completos e minuciosos dos mais variados aspectos observados. Já Pereira (2011), induz a utilização de tal recurso, pois evita a perda de informação que depois poderia ser considerada importante para o trabalho. Assim, durante o período de acompanhamento (cinco expedientes) foram desenvolvidos relatos que possibilitaram tanto as respostas mais precisas do roteiro da observação participante, quanto o desenvolvimento de relatos que podem auxiliar em diversos outros propósitos acadêmicos relacionados à área de estudo.

#### 3.2.3 Levantamento fotográfico

As imagens fotográficas estão relacionadas nesta pesquisa a partir das indicações de Penn (2002), Loizos (2002) e Rodrigues (2007), sobretudo, a fatores interpretativos que resultam em diversas percepções de uma mesma imagem ou fotografia dependendo dos níveis culturais, sociais, etc de cada receptor. Como explica Loizos (2002), à informação pode estar na fotografia, mas nem todos estão preparados para percebê-la em sua plenitude.

Utilizando à definição de Dubois (1999 p.161) a fotografia é “como uma fatia única e singular do espaço tempo, literalmente cortada ao vivo”. Porém, está associada a um significante (própria imagem) e um significado (ideia ou conceito) que analisados em conjunto, contribuem para a efetiva interpretação do sentido completo da imagem, haja vista que neste cenário o autor do texto é capaz de retirar a ambigüidade da fotografia analisada através de suas percepções e intencionalidades (PENN, 2002).

Rodrigues (2007) aponta que a imagem sendo polissêmica, está dirigida a dois significados: denotativo e conotativo. O denotativo se configura a partir do sentido real da imagem, já o conotativo aquilo que a imagem pode representar em um determinado contexto. Segundo o mesmo autor, a análise e a tematização (criação de discursos referentes à imagem) são talvez as tarefas mais importantes para sua análise, pois é a partir delas que será possível garantir ao receptor o acesso e a recuperação do que necessita. Logo, os sentidos conotativos (interpretativos) da imagem devem ser contextualizados e analisados (RODRIGUES, 2007).

Dando viabilidade aos objetivos da pesquisa, com base nos critérios desenvolvidos por Pereira (2011), o registro fotográfico foi realizado pelos próprios agentes de saúde acompanhados em campo. Sendo assim, analisou-se as imagens percebidas pelos mesmos, como também as suas interpretações (escritas e faladas) a respeito das fotografias registradas. Ao final do acompanhamento, solicitou-se que o agente de saúde escolhesse entre todas as fotografias duas que na sua percepção melhor interferisse no processo saúde-doença da comunidade.

#### **3.2.4 Elaboração de mapa mental**

Nogueira (2002) define mapa mental como imagens espaciais que estão na mente do sujeito construídas a partir de um universo simbólico, sendo reproduzido a partir de acontecimentos históricos, sociais, econômicos e etc. Santos (2002) ressalta que o mapa mental pode ser caracterizado como uma expressão do mundo real a partir de uma visão e raciocínio individual.

Os mapas mentais evidenciam situações de pensamentos e capacidades do indivíduo. Segundo Santos (2002), representa o aspecto visível do pensamento e da memória, envolvendo a percepção e a representação gráfica. Nogueira (2002) se refere ao mapa mental como interpretação de como os lugares são compreendidos, servindo como metodologia de investigação nos debates sobre percepção da paisagem.

Pode-se utilizar tal recurso para analisar o domínio conceitual, experiências, preferências, preocupações, e etc. do pesquisado, uma vez que, “trazem consigo representados muito mais do que pontos de referências para facilitar a localização e a orientação espacial” (NOGUEIRA, 2002 p. 130). Ou seja, é possível perceber através das

representações os fatores relacionados ao indivíduo autor do desenho a partir de suas percepções próprias (visuais, auditivas, culturais etc.).

Sendo assim, atendendo aos critérios desta pesquisa e considerando que a percepção da paisagem por meio do desenho demonstra a complexidade da atividade perceptiva, foram analisados oito mapas mentais (livre e direcionado) produzidos pelos agentes de saúde acompanhados no trabalho de campo. Quanto aos mapas livres, correspondem a representação da área conforme o agente lembrasse, já o direcionado destaca aspectos gerais como o número de famílias, estabelecimentos públicos e etc.

A análise dos mapas mentais foi complementada pelas informações da entrevista individual, principalmente no que se refere ao grau de escolaridade, interesses e preocupações. Por fim, evidenciou-se o que os agentes de saúde representaram em seus desenhos.

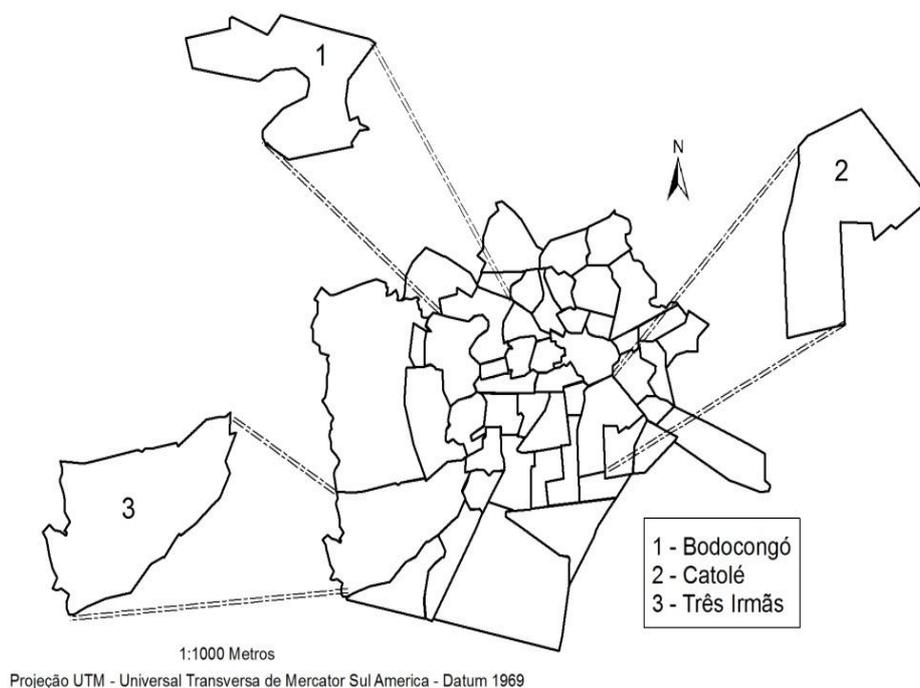
### **3.3 Trabalho de campo**

Após definidos os agentes de saúde e os métodos e técnicas de pesquisa, foi realizado o trabalho de campo constituído por três etapas: trabalho na área de atuação do agente, entrevista individual e entrevista com grupo focal.

#### **3.3.1 Trabalho de campo na área de atuação do agente de saúde**

O trabalho de campo nas áreas de atuação dos ACS e ACE foi realizado em três bairros da Cidade: Bodocongó, Catolé e Três Irmãs (Mapa 4).

MAPA 2: MAPA DA LOCALIZAÇÃO DOS BAIRROS EM QUE OCORREU O TRABALHO DE CAMPO EM CAMPINA GRANDE - PB



A operacionalização e adaptação das técnicas ao objetivo da pesquisa foram efetivadas através da realização de entrevistas com os agentes de saúde, seguida pela elaboração dos mapas mentais (livre e direcionado). Nos encontros posteriores (quatro expedientes) foi desenvolvida a observação participante através das anotações diárias de campo durante o expediente de trabalho dos ACS e ACE. Já o levantamento fotográfico foi trabalhado de forma que o próprio agente fotografasse e descrevesse suas percepções acerca de suas áreas de trabalho.

O material resultante da aplicação destas técnicas foram submetidos a procedimentos de análise específicos. No que diz respeito à entrevista, foi utilizada a análise de discurso (LEFÉVRE E LEFÉVRE, 2003), já na observação participante a análise de conteúdo (FRANCO, 2005). Quanto ao registro fotográfico houve embasamento na análise semiótica de imagens paradas (PENN, 2002), por fim, o mapa mental foi efetivado através da análise da representação espacial livre (ALMEIDA 2001; MARTINELLI, 2002).

### **3.3.2 Entrevista individual**

Após a realização do trabalho de campo nas áreas indicadas, buscou-se resgatar um pouco da essência e das dificuldades na efetivação dessas políticas no espaço geográfico de Campina Grande-PB através da realização de entrevistas individuais com dois dos agentes de saúde mais antigos da ESF e VAS. Quanto à definição do roteiro, definiu-se a metodologia adotada por Pereira (2011).

Foram analisadas, sobretudo, as competências e práticas sociais que esses agentes foram condicionados a desenvolver devido à situação de trabalho e do ambiente encontrado.

### **3.3.3 Entrevista com grupo focal**

Como finalização do trabalho de campo, realizou-se uma entrevista com grupo focal. O material utilizado nas oficinas (associada à entrevista) foi resultante da sistematização parcial da primeira fase do trabalho de campo nas áreas de atuação dos agentes de saúde da ESF e VAS. Deste modo, as informações e resultados estruturados durante as etapas anteriores do estudo serviram, sobretudo, como parâmetro definidor dos roteiros e atividades desempenhadas pelos agentes de saúde no decorrer deste processo.

Os principais autores dos quais se fez uso para aplicação desta técnica (LEME, 2006 e MINAYO, 2005) incidem seu valor humano de formar opiniões e atitudes através da interação entre os sujeitos. Assim, foram selecionados os agentes a partir dos mesmos critérios utilizados na etapa do trabalho de campo nas áreas de atuação. Desta lista de profissionais que totalizam 16 agentes, buscou-se convidar pelo menos um representante de cada distrito sanitário (12 agentes). Entretanto, compareceram a atividade proposta, apenas quatro agentes de diferentes distritos (2 ACS e 2 ACE).

Os principais objetivos desta etapa são associar entre si as discussões de assuntos relacionados aos fatores que impulsionam o agente a trabalhar (motivação); a maneira como estes lidam com as multiterritorialidades (autonomia); os principais elementos que devem ser observados na área e que podem influenciar no processo saúde-doença (domínio

conceitual); as relações do homem com o espaço geográfico (domínio da linguagem cartográfica) e o perfil essencial para ser um agente de saúde (características pessoais) (PEREIRA, 2011).

A aplicação desta técnica foi realizada no período de dois turnos em um mesmo dia. No período da manhã apresentou-se aos agentes de saúde as ideias gerais a respeito da pesquisa e da técnica da qual participavam, seguida pela aplicação de questionários e atividades (individuais e em grupo) relacionadas às competências: características pessoais e motivação. À tarde foram abordadas as competências: autonomia, domínio conceitual e domínio da linguagem cartográfica.

A entrevista com grupo focal explorou vários níveis de competência social de cada agente de saúde através dos resultados obtidos anteriormente (entrevistas, mapas mentais, levantamento fotográfico e observação participante). Destaca-se que as técnicas já utilizadas haviam sido submetidas a procedimentos de análises específicos: análise de discurso a partir de Léfevre e Léfevre (2003), análise de conteúdo de acordo com Franco (2005), análise semiótica de imagens parada através de Penn (2002) e análise da representação espacial livre segundo Santos (2002). Deste modo, trabalhou-se com os resultados parcialmente compilados.

Antes da realização deste procedimento, cada pesquisado conheceu os principais aspectos da pesquisa tanto oralmente (apresentação) quanto pelo termo de consentimento livre e esclarecido.

## **CAPÍTULO 4**

# **IDENTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ACS E ACE**

## IDENTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ACS E ACE

No que diz respeito a estes procedimentos, estão ligados com as análises das informações relacionadas às técnicas de pesquisa adotadas durante o trabalho com os agentes de saúde. Deste modo, foram definidos os seguintes procedimentos de análise para cada técnica utilizada: a) análise de discurso (entrevistas); b) análise de conteúdo (observação participante); c) análise semiótica de imagens paradas (registro fotográfico) e; d) análise da representação espacial livre (mapa mental).

### 4.1 O discurso dos agentes de saúde

A análise de discurso é qualificada como um procedimento de análise que não se limita à caracterização de diversos textos em diferentes níveis de funcionamento linguístico, mas que auxilia nas investigações sociais, considerando que o sujeito é capaz de explicitar suas concepções ideológicas diante do discurso (GREGOLIM, 2006).

Assim, a partir do objetivo deste estudo e dos discursos gerados através das entrevistas realizadas com os agentes de saúde, estruturou-se três questionamentos base para a estruturação do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): a) Como você descreve sua atividade cotidiana na área de trabalho?; b) Na sua percepção quais as maiores dificuldades para a realização de suas atividades? e; c) Qual a real importância do seu trabalho cotidiano para a comunidade?

Foram utilizadas as indicações de Lefèvre e Lefèvre (2003) para a aplicação metodológica deste procedimento de análise. Deste modo, inicialmente buscou-se identificar os itens do discurso que se relacionam com os questionamentos estabelecidos, transcrevendo as informações em uma matriz inicial, seguindo para uma etapa de definição das Ideias Centrais que estabeleçam relação entre si. Logo após, buscou-se a identificação

da Ancoragem do discurso, que assume um sentido amplo e central, englobando uma ou mais ideias centrais.

Foram observados aspectos como os interesses, características, informações sobre a forma de trabalho, dificuldades, cotidiano, formação e etc. buscando analisar a percepção dos agentes de saúde sobre seu cotidiano de trabalho. Tendo por base os procedimentos para a visualização deste discurso segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), estruturaram-se os itens no discurso que estavam relacionados aos questionamentos supracitados, sendo os questionamentos analisados isoladamente por agente e por política.

Após esses procedimentos de organização e identificação dos discursos, buscou-se definir as ideias centrais e a ancoragem presente nas falas (sentido mais amplo). Assim, formou-se uma matriz que evidencia o discurso individual do sujeito a partir de cada questionamento, das ideias centrais e ancoragens identificadas (Quadro 5).

#### QUADRO 5: IDENTIFICAÇÃO DO DISCURSO DOS AGENTES DE SAÚDE

| Como você descreve sua atividade cotidiana na área de trabalho?  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| Discurso   | Ideias Centrais  | Ancoragem                |
| A questão de preenchimento de fichas principalmente de gestantes.  | a) Preenchimento de fichas;  | 1) Coleta de informações |
| O agente de saúde tem que trabalhar dentro das casas das pessoas, sentir a realidade de cada um. O agente tem que aprender a conviver com a comunidade intimamente, aprender a levar porta na cara, e ta sempre sorrindo, a agente de saúde tem que entender o dia-a-dia de cada um. Saber que um dia a pessoa ta sorrindo, já no outro nem tanto, porque na maioria das vezes tem problemas e você tem que entender. Nunca você pode levar seus problemas | b) Acesso às residências para sentir a realidade;<br>c) Uma convivência íntima com a comunidade;<br>d) Saber lidar com as pessoas; | 2) Territorialização     |
|  | e) Não levar problemas pessoais para o trabalho;   | 3) Boa convivência       |

Após a elaboração desta matriz com todos os questionamentos, buscou-se analisar e agrupar as ideias centrais e as ancoragens a partir de uma possível aproximação de sentidos existentes entre elas. Deste modo, desenvolveu-se uma ideia central ou ancoragem síntese evidenciando todos os discursos com o mesmo sentido. Em outras palavras, poder-

se-ia afirmar que este procedimento reuniria sob uma só denominação todas as ideias centrais e ancoragens que apresentam o mesmo sentido. Em sequência, foram elaboradas matrizes com as expressões-chave dos três questionamentos resultantes desta análise, tanto relacionadas aos ACS, quanto aos ACE.

Tendo por base o objetivo deste procedimento, iniciou-se a estruturação do Discurso de Sujeito Coletivo (DSC). Segundo Lefèvre & Lefèvre (2003, p.55) “obedecendo a uma esquematização clássica do tipo: começo, meio e fim ou do mais geral para o menos geral e mais particular.” O discurso seria desenvolvido a partir da introdução de conectivos que não alterassem o sentido do que foi falado, mas sim, que proporcionasse uma coesão e sentido quando se reunisse os discursos, ideias centrais e ancoragens analisadas para a sua formação. Optou-se também pela eliminação tanto de particularismos quanto das repetições de ideias nas entrevistas. Sendo assim, a partir dos três questionamentos foi possível obter o discurso destes profissionais da saúde pública (Quadro 6).

#### QUADRO 6: ELABORAÇÃO DO DSC

| Como você descreve sua atividade cotidiana na área de trabalho?   |  |
|---|--|
| DSC   |  |
| ACS   | ACE  |
| Resume-se a preenchimento de fichas - A questão de preenchimento de fichas, principalmente de gestantes.  | Tendo que estabelecer uma boa Convivência – Temos que saber lidar com as pessoas, estabelecendo um vínculo com a comunidade como um todo, já que o nosso trabalho é direcionado especificamente para a comunidade. |
| Tem relação com a Territorialização – O agente de saúde tem que trabalhar dentro das casas das pessoas, sentir a realidade de cada um, porém nem sempre isso ocorre, pois a maior dificuldade, sem dúvida, são as casas fechadas.           | Tem relação com a Territorialização – Existem grandes dificuldades para entrar nas residências   |
|   | Descaso com a Política - Não existe um reconhecimento a nossa categoria por parte de trabalho.   |
| Tendo que estabelecer uma boa Convivência – Temos que estabelecer uma boa convivência com a população, não podemos levar problemas pessoais para o trabalho.  | Como um aprendizado Contínuo – Temos um constante aprendizado no nosso trabalho.   |
| Sofrendo com o descaso do poder público – Não existe valorização do nosso trabalho, sofremos uma grande discriminação por parte da gestão, pois somos mal remunerados, não temos equipamentos de trabalho e passamos por riscos constantes. |  |

## QUADRO 6: ELABORAÇÃO DO DSC (Cont.)

| Como você descreve sua atividade cotidiana na área de trabalho? (Cont.)  |  |
|--|--|
| DSC  |  |
| ACS  | ACE  |
| Como um aprendizado Contínuo – Nós temos que estar em constante aprendizado.   |  |
| Na sua percepção quais as maiores dificuldades para a realização do seu trabalho?  |  |
| O descaso com a Política – Somos muito discriminados por parte da gestão, temos baixa remuneração e falta de instrumentos de trabalho. De modo que não existe um reconhecimento da categoria e passamos por riscos constantes. | A convivência com a comunidade – É muito difícil lidar com as pessoas.   |
|  | Tem relação com a Territorialização - Temos bastante dificuldades em ter acesso aos imóveis.   |
|  | Dificuldade no uso de mapas – As relacionadas ao manuseio de mapas, principalmente quando não é da minha área.   |
| Qual a real importância do seu trabalho cotidiano para a comunidade?   |  |
| Auxílio a comunidade - Os usuários nos vêm como alguém que os ajuda, sendo que são muito carentes. Desenvolvemos um trabalho facilitador voltado diretamente à comunidade.   | Auxílio a comunidade - Buscamos estabelecer uma convivência íntima com a comunidade. Tentando desenvolver vínculos para ajudar a população estabelecendo um diálogo. |
|  | Informar a comunidade – Temos que realizar as divulgações necessárias para a comunidade.   |

Quanto aos ACS, o primeiro questionamento (Como você descreve sua atividade cotidiana na área de trabalho?) gerou cinco discursos distintos sobre o trabalho cotidiano relacionado à: coleta de informações, interação com a comunidade, convivência mútua, problemas sobre o reconhecimento de suas atividades e o risco no trabalho. No segundo questionamento (Na sua percepção quais as maiores dificuldades para a realização de suas atividades?) observa-se como único discurso o descaso do poder público com a política, interferindo diretamente nas atividades cotidianas destes profissionais. Finalmente, na terceira questão (Qual a real importância do seu trabalho cotidiano para a comunidade?) percebe-se que os ACS, a partir de um mesmo discurso, reconhecem a importância que eles assumem para a comunidade, estando inseridos em locais carentes de recursos e servindo como profissionais que contribuem para a efetivação de alguma melhoria prática das condições de vida da população.

Quanto aos ACE, com relação à primeira pergunta (Como você descreve sua atividade cotidiana na área de trabalho?), observaram-se quatro discursos, sendo ressaltado a dependência em estabelecer uma boa relação com a comunidade, a situação individual ou coletiva dos moradores para conseguir efetivar suas funções, além do aprendizado que se

constitui continuamente. No caso do segundo questionamento (Na sua percepção quais as maiores dificuldades para a realização de suas atividades?) surgiram três discursos. Foi destacada a relação com a comunidade no que diz respeito à dificuldade de acesso às residências e a dificuldade com manuseio de mapas. Já na terceira e última questão (Qual a real importância do seu trabalho cotidiano para a comunidade?), geradora de apenas dois discursos, foi enfatizado a convivência que os agentes estabelecem com a população, para que desenvolvam mecanismos que ajudem na melhoria de vida a partir de seus serviços e divulgações.

#### **4.2 Os temas presentes e ausentes no trabalho dos agentes de saúde**

Para a análise da observação participante, utilizou-se a análise de conteúdo no intuito de avaliar qualitativamente e quantitativamente aspectos objetivos e subjetivos destacados no trabalho dos agentes de saúde (ACS e ACE) a partir do roteiro de observação participante estabelecido. Desta forma, foram avaliadas as temáticas presentes e/ou ausentes na observação buscando, principalmente, viabilizar a interpretação de mensagens (implícitas ou explícitas) a partir da descrição dos contextos encontrados no campo de trabalho.

A análise de conteúdo considera o significado e sentido contido nas mensagens (oral, escrita, gestual, documental e etc.), estando essas expressões carregadas de componentes cognitivos, afetivos, valorativos, e historicamente mutáveis, como também componentes de caráter ideológico e conhecimentos gerais (FRANCO, 2005, p.13).

De acordo com Franco (2005), para organizar um determinado conteúdo analisado faz-se necessário um julgamento comparativo e uma compreensão dos enunciados a serem classificados posteriormente. Assim, a observação de elementos que extrapolam o conteúdo manifesto das mensagens, possibilitam a estruturação da inferência que, por sua vez, permite uma interpretação ou a possibilidade de correlacionar diferentes dados coletados na pesquisa.

Sendo assim, seguindo as recomendações desta autora, após a organização, leitura e observação geral dos documentos, realizou-se a categorização. Ou seja, o agrupamento por tema de determinados elementos contidos nos textos. Deste modo, a categorização se

enquadra como ponto crucial na análise de conteúdo, sendo constituída por um processo longo e difícil.

No caso específico desta pesquisa, utilizou-se o próprio roteiro da observação participante, como categoria de análise criada a priori, uma vez que se agruparam apenas os elementos pertinentes aos questionamentos da pesquisa relacionados às políticas trabalhadas (ESF e VAS), o que também permitiu a viabilização de inferências entre essas informações. Deste modo, as categorias, em conjunto, devem conter aspectos como a pertinência e objetividade (FRANCO, 2005).

Logo, foram evidenciadas as categorias de análise, os temas presentes e o quantitativo dos assuntos presentes e ausentes a serem observados dentro e fora da área de trabalho dos agentes de saúde (Quadro 7).

QUADRO 7: ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

| Informações a serem observadas na área de trabalho |   |            |     |
|--|---|------------|-----|
| Itens  | Descrição   | Quantidade |     |
|  |   | ACS        | ACE |
| Fatores que impulsionam o agente a trabalhar       | Preocupação com a comunidade                      | 2          | 2   |
|  | Bom relacionamento com os usuários                | 2          | 2   |
|  | Reside na própria área                            | 1          | -   |
|  | Conhece bem a população                           | 1          | -   |
|  | Bom relacionamento com a equipe                   | 2          | 1   |
|  | Preocupação ambiental                             | 1          | 2   |
|  | Valores pessoais                                  | 2          | 2   |
| Relacionamento com a comunidade e parcerias        | Cobrança do superior hierárquico                  | -          | 1   |
|  | Liderança comunitária                             | 2          | -   |
|  | Possui credibilidade                              | 1          | 1   |
|  | Respeitada  | 1          | 2   |
|  | Poder de persuasão                                | -          | 2   |
| Vocabulário utilizado                              | Faz parte de organizações que ajudam a comunidade | 1          | -   |
|  | Coloquial   | 2          | 2   |
| Destaque do agente com relação às fotografias      | Problemas sociais                                 | 2          | 1   |
|  | Soluções efetivadas                               | 1          | -   |
|  | Problemas de saneamento                           | 1          | 2   |
|  | Difícil acesso                                    | 1          | -   |
|  | Riscos ambientais                                 | 1          | 2   |
|  | Terrenos baldios                                  | -          | 2   |

QUADRO 7 (Cont.): ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

| Informações a serem observadas na área de trabalho                |  |            |     |
|---|--|------------|-----|
| Itens   | Descrição  | Quantidade |     |
|   |  | ACS        | ACE |
| Como utiliza o mapa   | Não trabalha com o mapa                          | 2          | 2   |
| Habilidade de destaque  | Atenção  | 2          | 2   |
|   | Divulga sobre a dengue                           | -          | 2   |
|   | Incentivo  | 2          | -   |
|   | Disposição                                       | -          | 2   |
|   | Simpatia   | 2          | 2   |
|   | Poder de persuasão                               | 2          | 2   |
|   | Boa relação com a comunidade                     | 2          | 2   |
|   | Envolve-se com problemas da população            | 2          | -   |
|   | Escuta a comunidade                              | 2          | 2   |
|   | Conhecimento das famílias                        | 2          | 1   |
|   | Conhecimento da área                             | 2          | 2   |
|   | Educação   | 2          | 2   |
|   | Coragem  | 2          | 2   |
|   | Respeito às regras                               | 2          | 2   |
|   | Pontual  | 2          | 2   |
|   | Faz mais do que é delimitado                     | 2          | 1   |
|   | Conhecimento sobre medicamentos                  | 2          | -   |
|   | Organizada                                       | 2          | 1   |
|   | Possui atitude                                   | 2          | 1   |
|   | Luta pela melhoria do bairro                     | 2          | -   |
| Paciente  | 1  | 2          |     |
| Informada   | 1  | 1          |     |
| Conhecimentos sobre saúde   | 1  | -          |     |
| Facilidade em identificar situações de risco                      | 1  | 2          |     |
| Informações a serem observadas nas unidades de apoio (UBSF ou PA) |  |            |     |
| Itens   | Descrição  | Quantidade |     |
|   |  | ACS        | ACE |
| Relacionamento do agente com outros setores da sociedade          | Ótimo relacionamento                             | 2          | 2   |
|   | Liderança comunitária                            | 2          | -   |
|   | Faz parte de organizações de auxílio a população | 1          | -   |
| Distância/proximidade entre pessoas do grupo                      | Proximidade entre o agente e a população         | 2          | 2   |
|   | Amizade do agente com grande parte da população  | 2          | 2   |
| Com as ações dos agentes se relacionam com o que ele diz          | Com coerência                                    | 2          | 2   |
| Fatores que impulsionam o agente a trabalhar                      | Preocupação com a comunidade                     | 2          | 2   |
|   | Valores pessoais                                 | 2          | 2   |

QUADRO 7 (Cont.): ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

| Informações a serem observadas nas unidades de apoio (UBSF ou PA) |   |            |     |
|---|---|------------|-----|
| Itens   | Descrição                                       | Quantidade |     |
|   |   | ACS        | ACE |
|   | Bom relacionamento com os usuários              | 2          | 2   |
|   | O fato de residir na própria área               | 1          | 1   |
|   | Conhecimento da população                       | 1          | 1   |
|   | Bom relacionamento com a equipe                 | 2          | 2   |
| Relacionamento com a comunidade                                   | Participa de associação de moradores            | 2          | -   |
|   | Trabalhos voluntários                           | 2          | -   |
|   | Trabalhos com a igreja                          | 1          | -   |
|   | Procura realizar um trabalho de conscientização | 2          | 2   |
| Vocabulário utilizado com as pessoas no ambiente de trabalho      | Formal  | 2          | 2   |
| O que destaca como problema na área                               | Lixo  | 1          |     |
|   | Falta de calçamento                             | 2          | 2   |
|   | Falta de consciência por parte da população     | 2          | 2   |
|   | Trafico de drogas                               | 1          | -   |
|   | Pobreza   | 2          | 1   |
|   | Violência                                       | 2          | 2   |
|   | Violência contra mulher                         | 1          | -   |
|   | Difícil acesso a unidade                        | 1          | -   |
|   | Falta de saneamento                             | 2          | 2   |
|   | Imóveis fechados                                | -          | 2   |
|   | Falta de apoio da gestão a área                 | 1          | 2   |
| Terrenos baldios  | -   | 2          |     |
| Como utiliza o mapa   | Não trabalha com o mapa                         | 2          | 2   |
| Habilidade de destaque  | Iniciativa                                      | 2          | 1   |
|   | Autonomia                                       | 2          | 1   |
|   | Confiança por parte da equipe                   | 2          | 2   |
|   | Confiança por parte dos usuários                | 2          | -   |
|   | Pontual   | 2          | 2   |
|   | Disposição                                      | -          | 2   |
|   | Atenciosa                                       | 2          | 2   |
|   | Conhecimento de medicamentos                    | 2          | 2   |
|   | Atitude   | 2          | 2   |
|   | Faz mais do que é delimitado                    | 2          | -   |
|   | Persuasão                                       | 2          | 2   |
|   | Preocupação com a comunidade                    | 2          | 2   |

QUADRO 7 (Cont.): ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

| Informações a serem observadas nas unidades de apoio (UBSF ou PA) |             |            |     |
|---|-------------|------------|-----|
| Itens   | Descrição   | Quantidade |     |
|   |             | ACS        | ACE |
|   | Educação    | 2          | 2   |
|   | Organização | 2          | 2   |
|   | Paciente    | 1          | 1   |
|   | Informado   | 1          | -   |

Fonte: SILVA FILHO, 2013.

Observando por esse prisma, percebe-se que os quatro agentes de saúde estudados com maior profundidade no trabalho de campo na área de atuação, apresentam características semelhantes entre si dentro e fora da sua área de trabalho. Entretanto, alguns temas tiveram maior ou menor representatividade entre as políticas analisadas. Este fato é resultante das diferenciações de algumas funções e da percepção ambiental destes profissionais. Porém, a maioria dos temas foram comportados pelos agentes tanto da ESF, quanto da VAS.

Alguns dos aspectos que podem ser apontados nesta análise com relação às distinções das observações entre os ACS e ACE dentro e fora da sua área de atuação correspondem a características voltadas ao relacionamento com a comunidade, ao destaque do agente acerca das fotografias e ao relacionamento destes profissionais com outros setores da sociedade. Já no que tange ao maior grau de compatibilidades de observações entre os agentes, evidencia-se os fatores que o impulsionam a trabalhar, vocabulário, habilidades e o que este destaca como problema na sua área. A ausência de mapas no trabalho dos ACE e ACS foi fato em todos os casos, podendo ser justificada pela falta de treinamento oferecido quanto às formas de manuseio, interpretação e produção de mapas.

### 4.3 Percepção da paisagem dos agentes de saúde

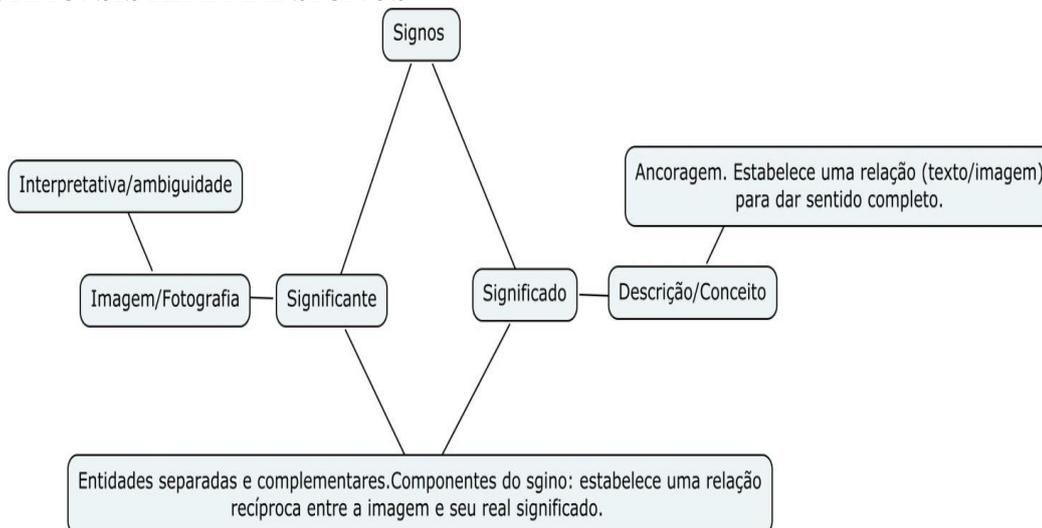
Propôs-se o registro de imagens fotográficas pelos agentes de saúde a partir de Penn (2002). Estes profissionais fotografaram o que na sua percepção interferia no processo saúde/doença em suas áreas de atuação e descreveram o que quiseram representar em cada imagem.

Estas imagens foram trabalhadas no intuito de analisar os aspectos conotativos (textos) e denotativos (referentes à interpretação) presentes em cada fotografia. Sendo assim, atentou-se para as recomendações de Peen (2002) quanto ao procedimento de análise deste material, considerando especialmente, a relação estabelecida pela autora entre significante (imagem acústica) e significado (conceito ou descrição).

De acordo com Peen (2002) o signo seria uma conjunção arbitrária entre significante e significado (imagem e descrição). Neste contexto, essas duas expressões são analisadas como se fossem entidades separadas, mesmo existindo como componentes de um mesmo signo. Esta autora destaca o significado como indicador do que de fato se quis evidenciar em um determinado significante, sendo que o sentido de uma imagem visual é ancorado pelo texto que a acompanha.

Em uma postura denominada pela autora de pragmática, afirma-se que não se trata de negar a significação de uma imagem, mas refutar que ela é compreendida através do meio lingüístico. Neste viés, considerando a imagem como polissêmica e ambígua, indica-se que seu sentido completo é viabilizado através do texto (linguagem) que a acompanha.

FIGURA 3: SISTEMA DE SIGNOS



Organizado por: SILVA FILHO, 2012.

Os elementos observados nas fotografias escolhidas pelos agentes de saúde ressaltam dois tipos de paisagem, a da promoção à saúde e do risco, estas se relacionam

com aspectos referentes ao saneamento, condições socioeconômicas e ações articuladas entre as equipes e a população que podem interferir positivamente e/ou negativamente nas condições de saúde da comunidade (Quadro 8).

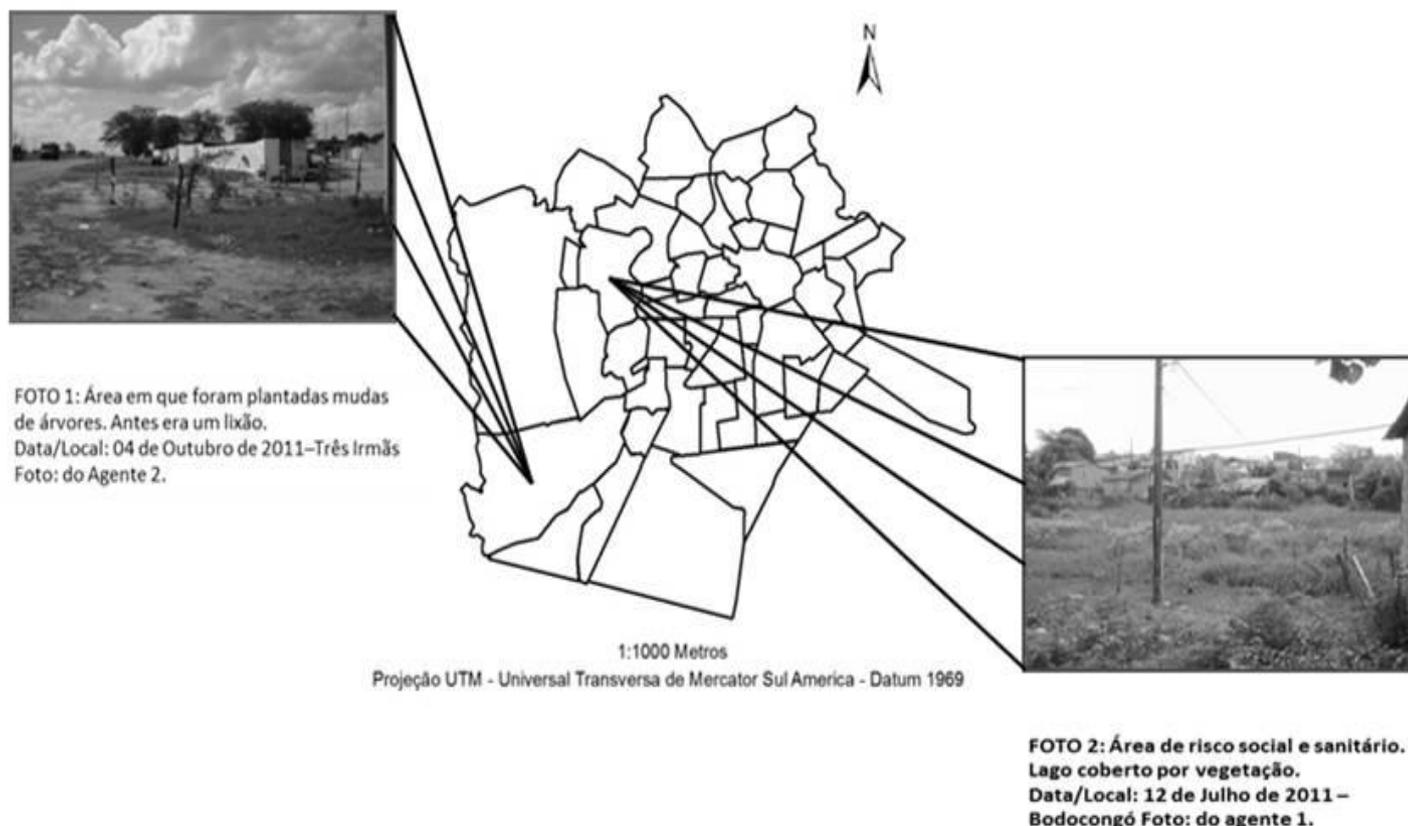
**QUADRO 8: ANÁLISE DAS PAISAGENS PERCEBIDAS (FOTOGRAFADAS) PELOS AGENTES DE SAÚDE**

| Tema  | Descrição/Significado  | Tipo de Paisagem | Políticas |     |
|---|--|------------------|-----------|-----|
|   |  |                  | ESF       | VAS |
| Saneamento                                    | Acesso a Unidade de saúde  | Risco            |           |     |
|   | Terreno baldio com acúmulo de entulho e lixo.  | Risco            |           |     |
| Localização/<br>Situação                      | Lago coberto de vegetação, apresentando alagamentos e esgotos a céu aberto. Falta de apoio por parte do poder público. | Risco            |           |     |
|   | Pobreza intensificada. Área de tráfico de drogas.  | Risco            |           |     |
| Conscientização                               | Restos de alimentos e panelas jogadas no quintal acumulando água e servindo de foco do aedes.                          | Risco            |           |     |
|   | Descaso dos moradores quanto à prevenção da dengue (tonéis descobertos)  | Risco            |           |     |
|   | Terreno baldio com acúmulo de entulho e lixo   | Risco            |           |     |
| Ações articuladas entre a equipe e comunidade | Área em que foram plantadas mudas de árvores. Antes era um lixão.  | Promoção         |           |     |

Pelo fato da escolha das imagens da análise, e do inventário denotativo (descrição), ter sido efetivado pelos próprios agentes de saúde, existiu a necessidade de analisar os níveis de significação mais altos, ou seja, aqueles relacionados à conotação, que por sua vez, necessita de outros conhecimentos para serem identificados.

Partindo destes pressupostos, afirma-se que as imagens relacionadas à paisagem da promoção à saúde têm relação com a prevenção de doenças e melhorias sociais. (foto 1). Já as imagens referentes à paisagem do risco, incluem aspectos como o agravo e a maior vulnerabilidade a doenças e situações de risco a saúde individual e coletiva, saneamento, habitação, falta de consciência por parte da população, riscos ambientais, condições sociais, lixo etc. (foto 2).

FIGURA 4: FOTOGRAFIAS REGISTRADAS PELOS AGENTES DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE - PB



Estas imagens (1 e 2) foram registradas e selecionadas pelos próprios agentes de saúde como imagens que melhor representariam as condições do ambiente que interferiam no processo saúde doença.

A fotografia 1 é um terreno localizado próximo a UBSF do bairro Três Irmãs no qual foi realizado um trabalho em conjunto, entre a equipe da ESF e a comunidade para a retirada do acúmulo de lixo e a conscientização da população quanto a sua manutenção. Deste modo, a partir de trabalhos voluntários, foi viabilizada a limpeza e o plantio de mudas de árvores na localidade. Este trabalho, segundo o agente e os moradores, modificou consideravelmente a paisagem da área e as condições de higiene e saúde da população. Essa modificação evidenciada pelo agente através da fotografia estaria relacionada à promoção da saúde no sentido de promover o bem estar geral por meio de ações intersetoriais.

A foto 2 é um extenso terreno localizado na área da ACS no bairro de Bodocongó, que segundo ela, potencializa inúmeros riscos a saúde e ao meio ambiente. Esta situação é tratada pela agente como um problema que atinge a população de variadas maneiras, uma vez que, trata-se de um local que entre outros aspectos: a) serve como criadouro de diversos vetores de risco; b) inunda-se com facilidade e; c) é usado para consumo de drogas. Deste modo, a referida imagem apresenta um ambiente de maior propensão a doenças e riscos, sendo este, tratado em sua materialidade, como a paisagem do risco.

#### **4.4 Percepção espacial dos agentes de saúde**

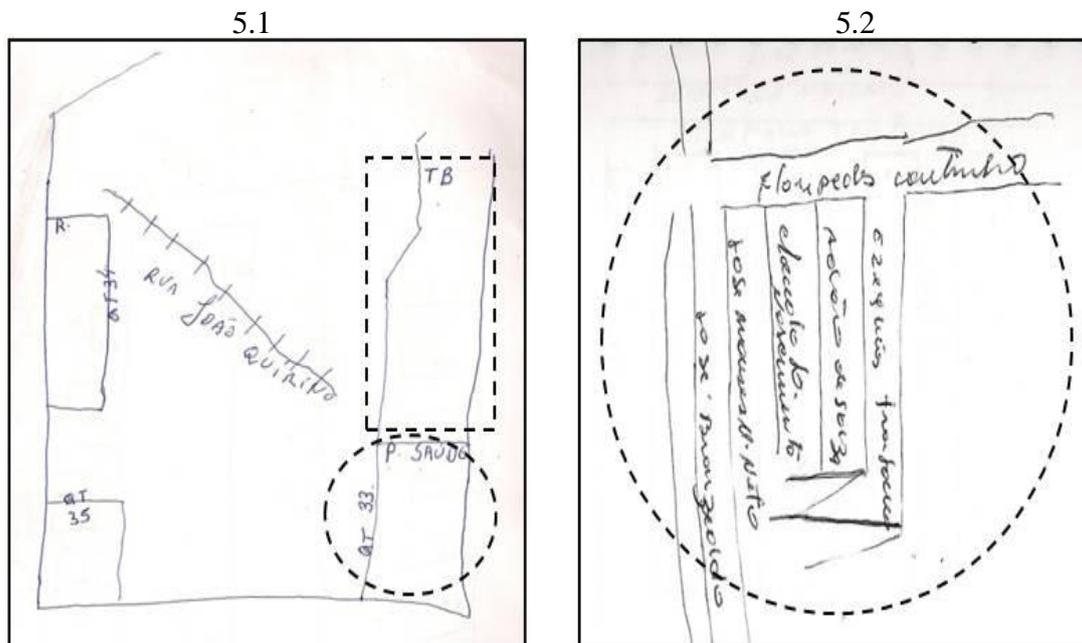
Considerando que os mapas mentais ou temáticos apresentam formas de saber socialmente construídas e carregadas de juízo de valor. Analisa-se esse material a partir de sua dimensão subjetiva e técnica.

Na dimensão subjetiva observaram-se os aspectos referentes a representações que possam ser consideradas de risco ou promoção a saúde nos dois tipos de mapas solicitados (livre e direcionado). Já na dimensão técnica, foram considerados aspectos como a proporcionalidade e diversidade de elementos representados, assim como recomenda Almeida (2001) e Martinelli (2002). Foi possível também, na análise das duas dimensões, relacionar os aspectos representados nos mapas mentais aos tipos de competências sociais identificados nos agentes de saúde.

No que se refere à análise relacionada aos mapas livres, desenhado do jeito que o agente recorda, houve pouca representação tanto dos elementos da paisagem que interferem no processo saúde/doença, quanto dos aspectos relacionados à dimensão técnica.

Assim, constata-se que houve a identificação de expressões mais subjetiva nas representações realizadas pelos agentes de saúde. No caso do agente da VAS houve uma maior representatividade, neste item, dos fatores da localidade que interferem nas condições de saúde da população em relação aos agentes da ESF que tiveram mais facilidade em representar sua área de abrangência (territorialidade).

FIGURA 5: REPRESENTAÇÕES CARTOGRÁFICAS (LIVRES) DOS AGENTES DE SAÚDE



**Representação Cartográfica da área da ACS.**

**Representação Cartográfica da área da ACS.**

**[-] Elementos referentes à apropriação do território representado no desenho.**

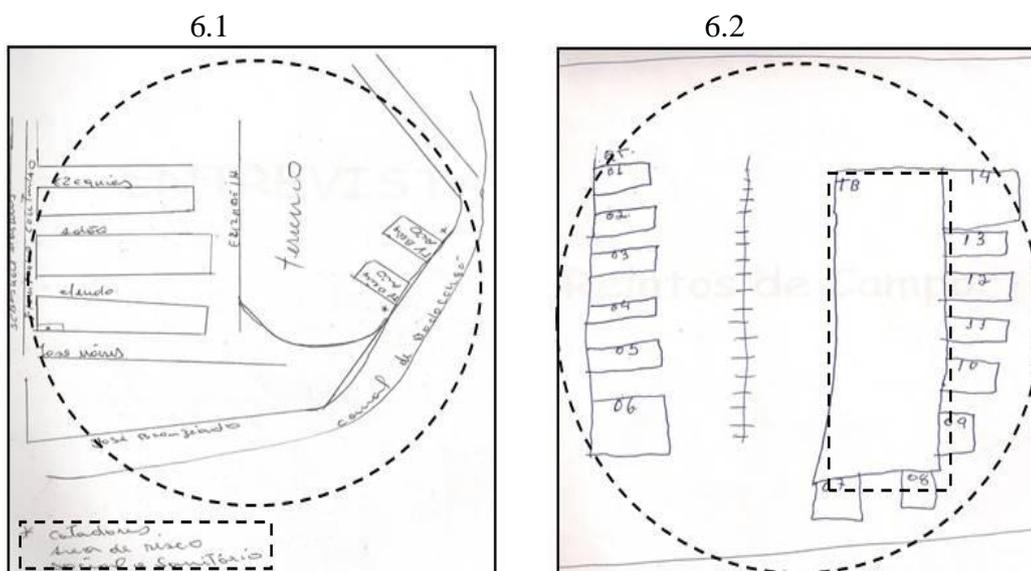
**( ) Elementos referentes à apropriação do território representado no desenho.**

Pode-se observar no caso da imagem 5.1 que o agente representou um elemento que remete a paisagem da prevenção da saúde, especificamente um posto de saúde (P. Saúde), que viabiliza atendimento médico de baixa complexidade, distribuição de medicamentos e etc. Foi destacado também a paisagem do risco a partir da representação de um terreno baldio (TB) que propicia uma maior vulnerabilidade a vetores de riscos biológicos e não biológicos. Desta forma, partindo destas representações, o agente demonstra a competência domínio conceitual, tendo consciência que os aspectos representados por ele, interferem nas condições de saúde da localidade. Já na figura 5.2, nenhum destes elementos foram representados, porém, a questão da territorialidade está muito presente através da descrição de todas as ruas da área e seus respectivos nomes. Sendo assim, pode-se apontar a autonomia como a competência presente nesta representação, de modo que no desenho, o agente apresenta uma apropriação e controle espacial do território.

A dimensão técnica juntamente com a subjetiva, estiveram melhor representadas nos mapas direcionados (desenhado pelo agente destacando todos os aspectos dos quais se

recorda), uma vez que houve uma maior preocupação na diversidade de representação, proporcionalidade, e aspectos qualitativos (Figura 6).

FIGURA 6 REPRESENTAÇÕES CARTOGRÁFICAS (DIRECIONADAS) DOS AGENTES DE SAÚDE



**Representação Cartográfica da área da ACS.**

**Proporcionalidade e diversidade de elementos representados.**

**Elementos qualitativos (subjetivos) representados no desenho.**

**Representação Cartográfica da área da ACE**

**Proporcionalidade e diversidade de elementos representados.**

**Elementos qualitativos (subjetivos) representados no desenho.**

Nos referidos desenhos, os agentes representaram sua área a partir de diversos elementos existentes na localidade. No que se refere à dimensão técnica, observa-se quanto à proporcionalidade que o ACS (6.1) representou os elementos com maior precisão e com uma melhor localização relativa, destacando as quadras, avenida, terreno baldio em sua extensão relativamente proporcional. No que se refere à diversidade de elementos, foram representados nos dois desenhos, ruas, terrenos, quadras, canal, linha de trem e etc. Porém no mapa do ACS houve uma maior representatividade desses aspectos. O agente considerou na representação, informações qualitativas como a presença de catadores de lixo, e os evidenciou em uma legenda localizada no mapa. Por fim, no que diz respeito especificamente aos aspectos qualitativos, o desenho do ACS também foi mais

representativo em relação ao ACE, sendo evidenciados elementos da paisagem do risco, como terreno baldio e catadores de lixo.

Percebe-se que nesta análise, os Agentes Comunitários de saúde conseguem representar em seus mapas mentais, tanto uma maior quantidade de aspectos qualitativos, quanto uma melhor dimensão técnica com relação ao ACE. Pode-se relacionar esse fato ao domínio conceitual e domínio da linguagem cartográfica presente no discurso e no trabalho destes agentes.

## **CAPÍTULO 5**

### **SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES SOCIAIS DESENVOLVIDAS PELOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF E VAS EM CAMPINA GRANDE-PB**

## **SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES SOCIAIS DESENVOLVIDAS PELOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF E VAS EM CAMPINA GRANDE-PB**

**C**onstatada as competências sociais desenvolvidas pelos agentes de saúde no exercício de suas funções, observa-se que estas características se apresentam de forma indissociada e em níveis diferenciados em cada agente de saúde investigado mais profundamente.

### **5.1 Níveis diferenciados em que as competências se apresentaram**

A partir da elaboração e organização das informações foi elaborada uma matriz de competências e habilidades sociais através de todos os resultados obtidos até então, incluindo todas as etapas do trabalho de campo. Foram avaliados, também, os níveis diferenciados que cada competência social apresentou. Estes níveis variaram entre elementar, de relações e síntese e de interações complexas (Quadro 9).

O nível elementar corresponde à capacidade mínima de interações no contexto de atuação dos agentes de saúde, já o nível de relações e síntese compete às interações presentes, porém em um nível mediano. Por fim, o nível de interações complexas compreende a identificação das convergências e interdependências inerentes ao cotidiano e atuação dos ACS e ACE (PEREIRA, 2011).

**QUADRO 9: MATRIZ DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES SOCIAIS DOS AGENTES DE SAÚDE**

| Competência   | Habilidades  |  |  |
|---|--|--|--|
|   | Nível elementar  | Nível de relações e síntese  | Nível de relações complexas  |
| Motivação<br>(É o que impulsiona o sujeito a trabalhar)                             | Poder  |  |  |
|   | Busca-se contato com outras organizações e com a equipe.   | Busca-se apoio político de outras organizações para a melhoria das condições sociais de sua área.  | Consegue a articulação com organizações dentro e fora da comunidade. Evidenciando alguma conquista ou necessidade a outros membros da equipe.            |
|   | Pertencimento  |  |  |
|   | Mora na área em que atua como profissional.  | Têm boa convivência tanto com a equipe, quanto com os usuários.  | Busca integrar a equipe e a comunidade com os problemas reais da área através de informações e eventos em geral. Além de possuir identidade com o lugar. |
|   | Trabalho   |  |  |
|   | Cumpre os horários determinados.   | Reconhece a importância do seu trabalho diante das necessidades da comunidade.   | Consegue desenvolver uma relação de trabalho que ultrapassa os horários e práticas determinadas por medidas legais.                                      |
| Ética   |  |  |  |
| Faz apenas que é solicitado com atenção.  | Busca cumprir as atividades enquanto funcionário da prefeitura.  | Além de tentar cumprir as atividades proposta como profissional com excelência, enquanto cidadãos buscam estruturar uma real melhoria através de seu trabalho. |  |
| Características pessoais (influenciam no desempenho das competências e habilidade). | Que interferem positivamente   |  |  |
|   | Características que não interferem negativamente no desempenho como agente de saúde.                   | Características que auxiliam no desenvolvimento de certas habilidades.   | Associação de características a habilidades diferenciadas que podem resultar no surgimento de competências de acordo com a necessidade do local.         |
|   | Que interferem negativamente   |  |  |
|   | Características que não permitem a adaptação e desenvolvimento de habilidades necessárias no trabalho. | Características que interferem negativamente no trabalho dos agentes de saúde.   | Características que comprometam a eficiência do trabalho e por sua vez as condições de saúde da população.   |

QUADRO 9 (CONT.): MATRIZ DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES SOCIAIS DOS AGENTES DE SAÚDE

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Domínio conceitual (É fruto de um processo educativo junto à família, sociedade, escola formal e capacitação profissional).          | Vocabulário   |   |  |
|  | Descreve a área de trabalho utilizando apenas o vocabulário usado na capacitação profissional.                                    | Relaciona o vocabulário da capacitação com outros apreendidos na família, escola formal e sociedade.  | Relaciona o vocabulário apreendido durante a vida para uma descrição crítica da situação encontrada na área de trabalho, tendo como foco os mais importantes problemas.                  |
|  | Associação de conceitos com o ambiente de trabalho  |   |  |
|  | Observa o ambiente de trabalho a partir apenas dos elementos que a política direciona. Não há associação entre conceitos.         | Associa o ambiente de trabalho a conceitos entendidos nas capacitações e leituras em geral.   | Consegue associar às relações ambientais e sociais a situação de saúde da comunidade através dos conceitos aprendidos ao longo da vida.  |
|  | Comunicação   |   |  |
| Sabe utilizar os conhecimentos aprendidos na capacitação   | Sabe repassar os conhecimentos aprendidos de acordo com a situação encontrada.  | Sabe repassar os conhecimentos de acordo com a situação do nível de entendimento da pessoa que está recebendo a orientação.   |  |
| Autonomia (Depende de sua iniciativa e do envolvimento do agente com questões da comunidade onde trabalha)                           | Iniciativa  |   |  |
|  | Procura saber o que deve ser feito na sua área de trabalho.   | Desenvolve métodos para saber como deve ser feito. Estrutura um planejamento para executar as atividades possíveis.   | Faz seu trabalho através de um planejamento e tenta resolver o que for possível em sua área. Os problemas que vão além das suas possibilidades, encaminham para os setores responsáveis. |
|  | Acesso à área   |   |  |
|  | Realiza as visitas domiciliares programadas   | Realiza as visitas domiciliares e desenvolvem uma relação de amizade com os moradores.  | Realizam as visitas, possuem relações afetivas com os moradores e integra a comunidade através de experiências individuais e coletivas compartilhadas.                                   |
|  | Transformação da realidade local  |   |  |
| Reproduz o discurso das políticas.   | Auxiliam a comunidade na formulação de planos de ação que podem mobilizar a sociedade quanto as principais necessidades do local. | Mobiliza a população para a modificação de um problema físico existente na área. Além de influenciarem em práticas de promoção a saúde da população que convive no seu cotidiano. |  |
| Domínio da linguagem cartográfica (Está relacionado com a experiência na leitura e a representação cartográfica da realidade local). | Manuseio do mapa  |   |  |
|  | Não têm contato com os mapas.   | O mapa serve apenas para identificar a trajetória do trabalho.  | O mapa serve para identificar aspectos relevantes no processo saúde doença.  |
|  | Elaboração do mapa  |   |  |
| Desenha o mapa a partir de um aspecto considerado (projeção).  | Desenha o mapa a partir de dois aspectos (projeção e proporção).  | Desenha o mapa a partir de três aspectos (projeção, proporção e diversidade de elementos).  |  |

Nesta matriz observam-se conteúdos que sintetizam todo o perfil de competências que os agentes de saúde desenvolvem em diferentes níveis de abordagem identificados em Campina Grande-PB. Estas variações, por sua vez, determinam o grau de importância de cada competência social para a comunidade, podendo ser utilizadas na indicação de problemas que afetam determinada localidade. Para exemplificar, imagine que um agente de saúde possui níveis de interações complexas no que se refere à competência autonomia, especificamente na transformação da realidade local. Ao se articular para efetivação de suas atividades, obviamente estará à frente de outro agente que possui a mesma ou outras competências, porém em um nível de relações e síntese ou elementar.

## **5.2 As competências e os agentes de saúde**

Uma das maneiras de obter uma perspectiva mais geral das competências e práticas sociais dos agentes de saúde no espaço urbano de Campina Grande, considerando as possibilidades de melhoria das condições de trabalho e ampliação das suas influências diante da promoção da saúde, seria relacionar as competências e habilidades identificadas em cada agente de saúde acompanhado nas diferentes etapas do trabalho de campo, considerando seus respectivos níveis já expostos na descrição destas competências sociais (Quadro 10).

QUADRO10: IDENTIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE COMPETÊNCIA SOCIAL DE CADA AGENTE DE SAÚDE DO TRABALHO DE CAMPO

| DS  | Agentes | Competência social |         |         |         |                          |       |                    |         |         |           |         |         |                         |         |
|-----|---------|--------------------|---------|---------|---------|--------------------------|-------|--------------------|---------|---------|-----------|---------|---------|-------------------------|---------|
|     |         | Motivação          |         |         |         | Características pessoais |       | Domínio Conceitual |         |         | Autonomia |         |         | Dom. Ling. Cartográfica |         |
|     |         | 1                  | 2       | 3       | 4       | 5                        | 6     | 7                  | 8       | 9       | 10        | 11      | 12      | 13                      | 14      |
| II  | 1       | Amarelo            | Verde   | Amarelo | Amarelo | Verde                    | Preto | Verde              | Amarelo | Amarelo | Amarelo   | Verde   | Amarelo | Preto                   | Verde   |
| IV  | 2       | Amarelo            | Amarelo | Verde   | Verde   | Verde                    | Preto | Verde              | Verde   | Amarelo | Verde     | Amarelo | Verde   | Preto                   | Amarelo |
| V   | 3       | Amarelo            | Verde   | Amarelo | Amarelo | Verde                    | Preto | Verde              | Amarelo | Amarelo | Verde     | Amarelo | Verde   | Preto                   | Verde   |
| IV  | 4       | Verde              | Amarelo | Verde   | Verde   | Verde                    | Preto | Verde              | Verde   | Amarelo | Verde     | Verde   | Verde   | Preto                   | Verde   |
| II  | 5       | Verde              | Amarelo | Amarelo | Amarelo | Amarelo                  | Preto | Verde              | Verde   | Amarelo | Verde     | Verde   | Verde   | Preto                   | Verde   |
| II  | 6       | Amarelo            | Verde   | Amarelo | Amarelo | Amarelo                  | Preto | Verde              | Verde   | Amarelo | Verde     | Amarelo | Amarelo | Amarelo                 | Verde   |
| III | 7       | Verde              | Amarelo | Amarelo | Amarelo | Verde                    | Preto | Verde              | Amarelo | Amarelo | Amarelo   | Amarelo | Amarelo | Verde                   | Preto   |
| II  | 8       | Verde              | Verde   | Amarelo | Verde   | Verde                    | Preto | Amarelo            | Amarelo | Amarelo | Verde     | Amarelo | Amarelo | Amarelo                 | Preto   |
| IV  | 9       | Verde              | Amarelo | Amarelo | Verde   | Verde                    | Preto | Amarelo            | Verde   | Amarelo | Amarelo   | Verde   | Amarelo | Amarelo                 | Verde   |
| II  | 10      | Verde              | Amarelo | Amarelo | Amarelo | Amarelo                  | Preto | Verde              | Verde   | Amarelo | Verde     | Verde   | Amarelo | Amarelo                 | Amarelo |

**Legenda:**

| Habilidades de cada competência social                                 |                                   |    |   |    |                                  |
|--|-----------------------------------|----|---|----|----------------------------------|
| 1  | Poder                             | 6  | Que interfere negativamente                       | 11 | Acesse a área                    |
| 2  | Pertencimento                     | 7  | Vocabulário                                       | 12 | Transformação da realidade local |
| 3  | Trabalho                          | 8  | Associação do conceito com o ambiente de trabalho | 13 | Manuseio do mapa                 |
| 4  | Ética                             | 9  | Comunicação                                       | 14 | Elaboração do mapa               |
| 5  | Que interfere Positivamente       | 10 | Iniciativa  | -  | -                                |
| Níveis observados de cada habilidade inserida nas competências sociais |                                   |    |   |    |                                  |
| Preto  | Não foi observado essa habilidade |    |   |    |                                  |
| Verde  | Nível elementar                   |    |   |    |                                  |
| Amarelo  | Nível de relações e síntese       |    |   |    |                                  |
| Verde  | Nível de interações complexas     |    |   |    |                                  |

Adaptado de Pereira (2011). Organizado por Silva Filho (2012).

Com relação à motivação, a maioria dos agentes é motivado por pertencimento em níveis variantes, porém com predominância de relações e síntese. Esta característica é consequência destes profissionais desenvolverem vínculos afetivos com os usuários, além de alguns (1, 3, 5, 6, 7 e 8) residirem na própria área ou bairro no qual atuam como profissional.

No que se refere às características pessoais, observou-se a prevalência em níveis complexos das características que interferem positivamente no trabalho dos agentes de saúde. Com relação às características que interferem negativamente, constatou-se que a maioria dos agentes não possuem tal problema, porém quanto aos agentes que incidiram a presença desses fatores negativos, relacionam-se apenas ao nível elementar de análise.

Quanto ao domínio conceitual, percebe-se que o vocabulário assume presença mais forte com referência a sua incidência em nível de interação complexa. Na habilidade de relacionar conceitos com o ambiente de trabalho, houve uma representatividade de quatro agentes com tal capacidade em nível de interação complexa e de relações e síntese e apenas dois em nível elementar. Já com relação à comunicação, todos os agentes de saúde apresentaram nível de relações e síntese na interação com os usuários e com a equipe.

No que diz respeito à autonomia, quando se trata de analisar a habilidade mais destacada pelos agentes em termos de interações complexas, percebe-se o quantitativo de três agentes que possuem iniciativa, acesso a área e transformação da realidade social local. Porém, a iniciativa também é destacada como a habilidade que compreende o maior número de agentes em nível de interação elementar.

Do que foi percebido com referência ao domínio da linguagem cartográfica, quanto ao manuseio de mapas, indica-se que nenhum dos agentes de saúde analisados apresentaram níveis de interação complexos neste aspecto, enquanto na elaboração, três agentes de saúde externaram níveis complexos por demonstrarem maior capacidade de representação espacial da sua área de atuação.

Percebe-se que através da comparação do desempenho pessoal a partir da matriz (Quadro 10), os agentes de saúde que desenvolveram o maior número de habilidades relacionadas à competência motivação em níveis de interações complexas (agente 2 e 9) apresentam, também, os maiores índices das outras competências em termos de interações complexas (características pessoais, domínio conceitual, autonomia e domínio da linguagem cartográfica), juntamente com o agente 1 no qual se observou em maior nível de interação apenas uma motivação por pertencimento.

Os agentes de saúde desenvolvem diversas competências e habilidades em níveis diferenciados, dentre elas, conhecimentos geográficos que contribuem para a realização de

seu trabalho e a modificação da paisagem na qual estão inseridos. Sendo eles, além de fiscalizadores e profissionais da saúde, transformadores da paisagem e do território.

As especificações locais que assumem papel de inibição ou propulsão dessas características no espaço urbano de Campina Grande-PB podem ser relacionadas a fatores que ultrapassam e ao mesmo tempo relacionam diferentes escalas geográficas. Neste viés, a identificação, discussão e proposição de estratégias práticas no combate as problemáticas inerentes ao setor saúde, especificamente ao trabalho dos agentes de saúde, podem subsidiar algum tipo de planejamento por parte da gestão na melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo desta forma para a equidade e humanização do SUS.

Desta maneira, as competências sociais identificadas em níveis diferenciados, podem servir como indicadores do processo saúde-doença, dependendo do contexto social investigado. Na perspectiva dessa abordagem, este estudo corresponde apenas a um olhar diferenciado, porém com necessidade de articulação e desenvolvimento prático contínuo na estruturação e desenvolvimento destas políticas e conseqüentemente no trabalho dos ACS e ACE.

## **CAPÍTULO 6**

# **A COMPLEXIDADE DAS AÇÕES E INFLUÊNCIAS DOS AGENTES DE SAÚDE NA MODIFICAÇÃO DO ESPAÇO URBANO DE CAMPINA GRANDE-PB: UMA PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO A SAÚDE**

## **A COMPLEXIDADE DAS AÇÕES E INFLUÊNCIAS DOS AGENTES DE SAÚDE NA MODIFICAÇÃO DO ESPAÇO URBANO DE CAMPINA GRANDE-PB: UMA PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO A SAÚDE**

**I**nicialmente, têm-se como pressuposto as influências dos agentes de saúde tanto na modificação de práticas sócio-espaciais, como na transformação do próprio espaço geográfico, tendo em vista suas ações diante do indivíduo e do grupo, da racionalidade do pensamento da saúde e das ações que remetam em sua apropriação diante do espaço e das condições ambientais. Logo, evidencia-se a caracterização de uma perspectiva que vai além de práticas preventivas, articulando ideias de promoção a saúde, que por sua vez, resgata um discurso médico social do qual o a fomentação de práticas que envolvam o bem estar e estado de capacidade são bases fundamentais (CZERESNIA, 2003).

A complexidade e a multidisciplinaridade no trabalho dos agentes de saúde da ESF e VAS se apresentam através da acentuada reação a medicalização da saúde na sociedade, sobretudo, no interior do sistema de saúde. Tal constatação incide em meio a modificações de objetos do espaço, educação em saúde, auxílio social, cooperação assistencial e na recuperação e prevenção de doenças na localidade de atuação dos ACS e ACE.

Quanto às modificações dos objetos no espaço de atuação dos agentes de saúde, observa-se que atuações intersetoriais, mobilização comunitária e fomentação de ações com fins de solicitação de recursos para a comunidade em órgãos governamentais (prefeitura, secretarias e etc.) e não governamentais (ONGs), assumem papel primordial na modificação de algumas paisagens do risco. Um exemplo constatado em campo, seria o

deslocamento de acúmulo de lixos, limpeza de terrenos baldios, solicitações para calçamento, redes de esgotamento sanitário e etc. De modo que estas ações relacionam-se tanto a perspectiva de prevenção, quanto a de promoção a saúde.

As ações dos agentes voltadas à educação em saúde, atrela-se, na maioria dos casos, a perspectivas de prevenção a saúde, uma vez que são expressas e absorvidas informações a respeito da doença. Assim, são ampliadas as percepções da população quanto às características voltadas às condições sanitárias e os comportamentos e formas de contaminação de determinadas doenças. Outro fator relativo a esta discussão de educação em saúde voltada a promoção a saúde, vincula-se ao desenvolvimento de diversas estratégias, tais como oficinas, palestras, atividades continuadas, reuniões e etc. que além de tratarem dos aspectos mais pontuais de prevenção, assume uma amplitude que proporciona um bem estar geral, podendo ser entendida como condicionante de alguma melhoria na qualidade de vida da população.

O auxílio social prestado pelos agentes de saúde está presente nas suas atribuições de modo geral. O trabalho destes profissionais, normalmente, assume um caráter de recurso humano, haja vista que desempenham atividades pautadas não apenas nas questões de saúde e doença diretamente, mas também, na compreensão e auxílio dos direitos a cidadania. Em termos práticos, para exemplificar, pode-se apontar o incentivo a população, sobretudo do ponto da vida do indivíduo, como um dos fatores ligados indescritivelmente a promoção da saúde. O fato de não personificar o trabalho dos ACS e ACE resulta, em grande parte, da subjetividade da atuação destes profissionais, que se adaptam as condições mais diferenciadas adentrando a intimidade da população e tendo que externar diversas competências para lidar com o imprevisível.

Finalmente, no que tange a cooperação assistencial e a prevenção de doenças na localidade de atuação dos agentes, destaca-se o trabalho conjunto realizado em campanhas entre os membros da equipe, nas quais os agentes redirecionam suas atividades na colaboração de diversos objetivos diferenciados, dependendo da necessidade daquele espaço temporal. No caso do ACS, é muito comum existir campanhas de vacinação, cadastramento e sensibilização, nas quais estes precisarão de uma maior interlocução com membros internos e externos da equipe. Por sua vez, o ACE desenvolve diversas atividades até fora da sua área de atuação quando há necessidade com fins de combate integrado a

determinado surto de epidemia ou endemia, além de auxiliarem em diversas campanhas assistenciais em várias escalas.

Nesta perspectiva, constata-se que a multidisciplinaridade e complexidade no trabalho dos agentes de saúde se estruturam, entre outros fatores, pelo desenvolvimento de práticas de prevenção e promoção. Observou-se que as ações de prevenção do agente podem refletir condições imediatas diretamente vinculadas à saúde do indivíduo e da coletividade. Já as ações de promoção associam-se a contextos mais amplos que vão desde auxílios sociais à comunidade, até a busca de condições de bem estar e estado de capacidade.

A contextualização e descrição de quem é o agente de saúde e sua importância para o desenvolvimento da localidade é apontada por Nunes *et. al.*(2002) por meio de dois contextos. O primeiro corresponde ao fato do agente ser um sujeito que convive com a realidade e as práticas de saúde do local, o segundo tem relação com as normatizações e as capacitações biomédicas que estruturam suas bases trabalhistas. Assim, observa-se um contexto complexo em meio à complexidade dos agentes na busca da promoção a saúde.

Morin (2005), diferencia o complexo da complexidade pelo fato do primeiro caracterizar-se como uma perspectiva não reduzida da realidade, não podendo ser relativizada através de uma ideia simples. Por sua vez, a complexidade, atrela-se como uma linha de pensamento, um novo paradigma estruturador, sendo constituída a partir de um conjunto de fatores complexos. Logo, o fato dos agentes de saúde serem sujeitos sociais que convivem com o irregular, o não previsível e ao mesmo tempo estarem submetidos a uma normatização jurídica e institucionalizada, corresponde apenas a fatores complexos em meio a toda complexidade analisada. Assim, o ACS e o ACE estruturam um intercâmbio entre os saberes populares de saúde e saberes/práticas médicas de orientação.

A delimitação dos fatores relativos ao corpo do indivíduo no trabalho dos agentes de saúde se amplia na realização de procedimentos técnicos como, por exemplo, medidas e verificação do estado de vacinação de crianças, e, dependendo da necessidade do indivíduo, indicações quanto à forma de medicação fitoterápica.

Ora como um sujeito social diferenciado na comunidade que desenvolve diversas competências e habilidades sociais, ora como um profissional da saúde pública resultante

do processo de descentralização do SUS, o ACS e o ACE emergem na sociedade com diferenciadas responsabilidades que podem contribuir para o planejamento e desenvolvimento local. Um fator inerente a este aspecto, diz respeito à facilidade na obtenção de informações de difícil acesso, haja vista que estes profissionais adentram as residências dos usuários, estabelecendo diversos tipos de vínculos que poderiam subsidiar a formação de bancos de dados específicos do território.

Tendo em vista toda essa discussão, aponta-se o conflito entre o papel que os agentes de saúde devem assumir diante da equipe e da comunidade, e as necessidades de adequação a alguns contextos que requerem uma aproximação que vai além da razão, correspondendo além de necessidades biológicas, necessidades de caráter social e humano (NUNES *ET. AL.* 2002).

Embora a complexidade não esteja atrelada tão somente a ação do agente de saúde, se manifestando desde a formulação de suas atribuições, é na interação social que observa-se a capacidade destes profissionais em conseguir atender a estas ações complexas por meio de diversas competências e habilidades, dependendo sempre, das necessidades e potencialidades locais. É a partir de então que sua influência para a promoção da saúde, numa perspectiva geográfica, emerge, haja vista que fiscalizam os objetos e ações do espaço, atentando para um contexto de saúde multifacetário do qual o ambiente, as condições de moradia, e a oportunidade de desenvolvimento social são bases estruturantes.

Assim, a complexidade das ações dos agentes de saúde diante do espaço geográfico, permite o surgimento de diversas interlocuções multidisciplinares, bem como uma geografia da promoção a saúde, que pode condicionar uma linha de investigação mais concreta em abordagens diferenciadas dos recursos, políticas, equipamentos, manifestações epidemiológicas e do trabalho de profissionais da área da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que os agentes de saúde desenvolvem diversas competências e habilidades em níveis diferenciados, dentre elas, conhecimentos geográficos que contribuem para a realização de seu trabalho e a modificação da paisagem na qual estão inseridos através tanto de influências socioterritoriais, quanto de ações voltadas diretamente à população e ao ambiente.

O trabalho desenvolvido junto aos agentes de saúde resultou na delimitação e identificação das competências sociais (autonomia; características pessoais; domínio conceitual; domínio da linguagem cartográfica; motivação) e dos níveis de interação em que elas se apresentam na comunidade. Assim, pode-se inferir que tais características incidem no espaço urbano de Campina Grande em meio a modificações de objetos do espaço, educação em saúde, auxílio social, cooperação assistencial e na recuperação e prevenção de doenças na localidade de atuação dos ACS e ACE.

Diante do exposto, ressalta-se a importância que os agentes de saúde, como sujeitos sociais, exercem na comunidade atuando como recurso mobilizador em níveis e escalas diferenciadas a depender das competências e habilidades que estes desenvolvem e aplicam em meio ao espaço no qual se territorializam.

Com relação ao princípio de investigação aqui expresso, constou-se de um esforço pautado em um vasto trabalho empírico de reconhecimento e aplicação de técnicas de pesquisa, tendo como aporte, pesquisas de iniciação científica e a obra de Pereira (2011).

No que diz respeito às indicações trazidas no decorrer deste trabalho, percebe-se o desenvolvimento de mais dúvidas que certeza, uma vez que a estruturação do trabalho dos agentes, assim como a sua atuação na comunidade imprime aportes subjetivos dos quais tentou-se a aproximação necessária para atingir os objetivos propostos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Curso de direito sanitário** – A proteção do direito a saúde no Brasil. 1 ed. São Paulo: Quartier Latin, 2007. V. 1. 406p.

ALLES, Martha Alícia. **Gestión por competência**: El diccionario. 2 ed. Buenos Aires: Granica, 2006, 304p.

ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 156p.

ALMEIDA, Rosângela Doin de. **A projeção no plano**. In: ALEMIDA, Rosângela Doin. Do desenho ao mapa. Iniciação cartográfica na escola. São Paulo: Contexto, 2001. 111 p. p. 75 - 89 (Caminhos da Geografia).

ANGELINI, Arrigo Leonardo. **Motivação humana**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1973, 150p.

BARCELLOS, Christovam. Elos entre geografia e epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.607-609, 2000.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. **Subsídios à Gestão Territorial do Programa de Saúde Ambiental**: contribuição da geografia à construção de mapas operacionais para territorialização dos Agentes de Saúde Ambiental no Recife-PE. Recife; 2008. 154f. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Geografia) Centro de Filosofia e Ciências Humanas/ Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

BONI & QUARESMA. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80. Acesso em 06 de Janeiro de 2012. Disponível em: [www.emtese.ufsc.br](http://www.emtese.ufsc.br)

BRASIL. **Artigo 200**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1998.

BRASIL. **Portaria do Ministério de Saúde**. nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

BRASIL. **Vigilância Ambiental em Saúde**. Brasília – DF: Ministério da Saúde/Fundação Nacional da Saúde. 2002. 42 p.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: Dina Czeresnia; Carlos Machado de Freitas (Org.). *Promoção da Saúde: reflexões, conceitos, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, v., p.39-53.

Dantas, Maria Beatriz Pragana et all. **Espaço e Planejamento em saúde: Algumas Reflexões**. In: NAJAR, Alberto Lopes; MARQUES, Eduardo Cesar (org.) *Saúde e Espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. 276 p.p. 93-105.

DUBOIS, Philippe. **O ato fotográfico**. 3. ed. Campinas – SP: Papyrus, 1999, 356p. (Série Ofício de Arte e Forma).

FERREIRA, Marcelo Urbano. *Epidemiologia e geografia: o complexo patogênico de Max Sorre*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.7. n.3. p.297-300. Jul/set. 1991.

FRANCO, Maria Laura Barbosa. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2005. 79 p.

GASKELL, George. **Entrevistas individuais e grupais**. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Tradução de Pedrinho A. Guarechi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, 516p, p. 64 – 89.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. **Espaço e Saúde: uma (inter) ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações**. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Cristovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKER, Maurício (org.) *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 272p. P.57-75.

LOBATO, Geórgia Rosa. **Conhecimentos e práticas dos profissionais de Saúde da Família diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes no Município de Teresópolis – RJ**. Rio de Janeiro. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)– Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

GREGOLIN, Maria do Rosário. **Focault e Pêcheux na análise do discurso: diálogos & duelos**. São Carlos: Editora Claraluz, 2006. 2 edição. 210 p.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003, 256p.

LEME, Taciana Neto. **Os conhecimentos práticos dos professores: (re) abrindo caminhos para a educação ambiental na escola**. São Paulo: Annablume. 2006. p.64.

LOIZOS, Peter. *Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa*. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. 516 p. p. 97 – 120.

MARTINELLI, Marcelo. **Mapas da geografia e cartografia temática**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2006, 97 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilza Ramos de (org). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 244p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO. 1998. 254 p.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo.** Porto Alegre: Sulina, 2005, 120 p.

MOZETTO, Francisco Assis Penteado de. **Pioneiros d Geografia da Saúde: Séculos XVIII, XIX e XX.** In: BARCELLOS, Christovam. A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. 2008.

NOGUEIRA, Amélia Regina Batista. **Mapa mental:** recurso didático para o estudo do lugar In: PONTUSCHKA, Nídia Nacib; OLIVEIRA, Ariovaldo U. (Org.).Geografia em perspectiva. São Paulo: Contexto, 2002.

NUNES, Mônica de Oliveira. TRAD, Leny Bonfim. ALMEIDA, Bethânia de Araújo. HOMEM, Carolina Ramos. MELO, Marise Claudia I. de C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1639-1646, 2002.

NOSSA, Paulo Nuno. **Linhas de Investigação na Geografia da Saúde e a noção holística da saúde.** In: BARCELLOS, Christovam (org.). A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. 2008.

PEITER, Paulo Cesar. **A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira internacional do Brasil na passagem do milênio.** Rio de Janeiro: 2005. Tese (Doutorado em Geografia) – IGEO, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

PENN, Gemma. **Análise semiótica de imagens paradas.** In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Tradução de Pedrinho A. Guarechi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, 516p, p. 319 – 342.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. **O território no Programa Saúde da Família.** Hygeia.v. 2, n.2: p. 47-55, 2006.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Competências e práticas sociais de promoção e vigilância a saúde na cidade do Recife:** O agente de saúde em foco. São Paulo: Scortecci, 2011. 351 p.

PESSOA, Samuel Barnsley. **Ensaio Médico-sociais;** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, Koogan S. A. 1960.

RODRIGUES, Ricardo Crisafulli. Análise e tematização da imagem fotográfica. **Ciência da Informação,** Brasília, v. 36, n. 3, p. 67-76, set./dez. 2007.

ROJAS, Luisa Iñiguez. **La diferenciacion territorial de La salud em la recuperación de los contextos.** In Barcellos, Chistovam (org.). A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. P. 141 – 163.

SANTOS, Clézio. O uso dos desenhos no ensino fundamental: imagens e conceitos. In: PONTUSCHKA, Nídia Nacib; OLIVEIRA, Ariovaldo Umbelino de. (Org). **Geografia em perspectiva**. São Paulo: Contexto, 2002. 380p. p. 195-207.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. Ed. 5. Reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009. (coleção Milton Santos; 1).

VIETES, Renato Guedes. FREITAS, Inês Aguiar. Pavlovsky e Sorre: duas importantes contribuições a Geografia Médica. **Ateliê Geográfico**. Goiânia. v.1, n.2, dez/2007, p.187-201.

SILVA FILHO, Antonio Pereira Cardoso da. PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **O agente de saúde como transformador da paisagem urbana: O caso de Campina Grande**–PB. In: XII Simpósio Nacional de Geografia Urbana, 2011. Belo Horizonte.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente de saúde não deve ser um “super- herói”. **Interface** vol.6 no. 10. Botucatu 2002. Acesso em: 13 de Agosto de 2010. Disponível em: [www.Scielo.br](http://www.Scielo.br)

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, 136p.