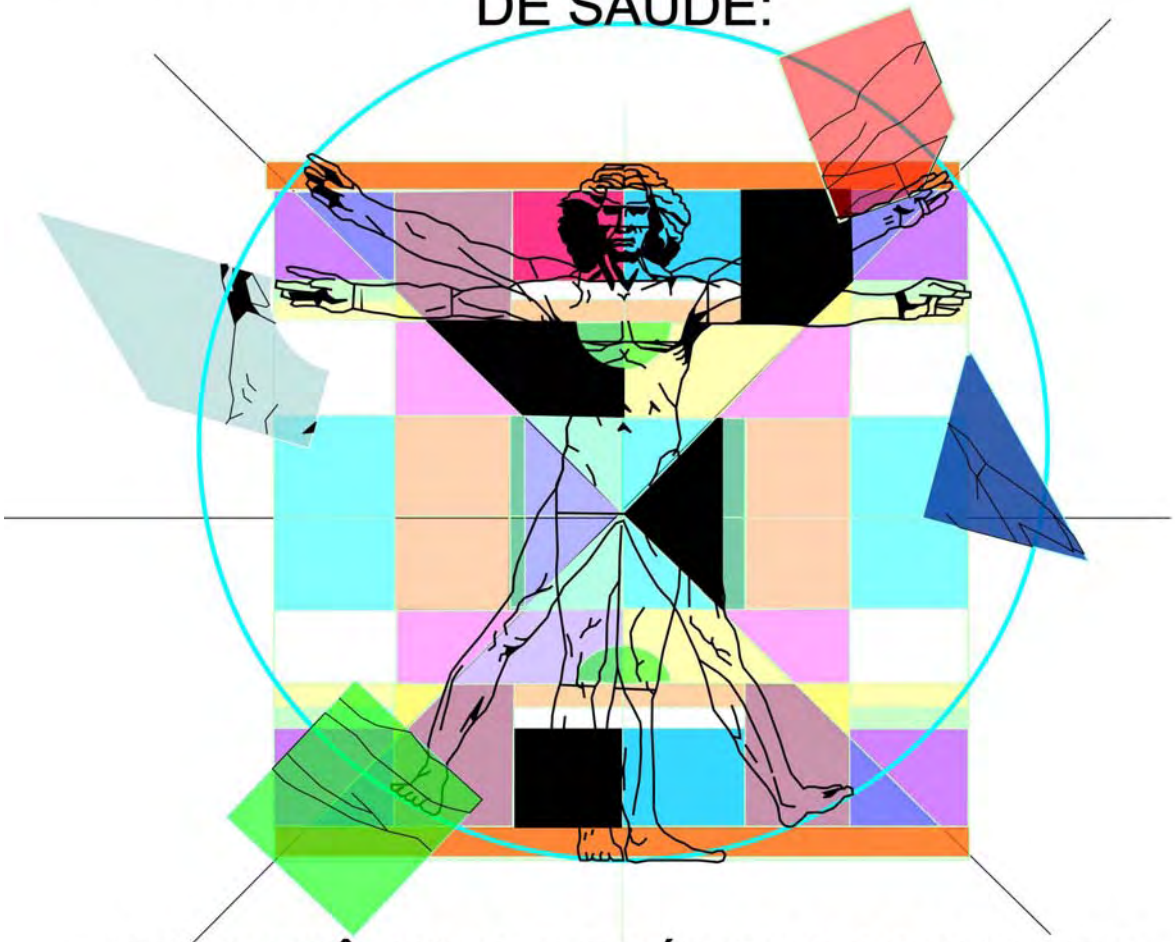
MARTHA PRISCILA BEZERRA PEREIRA

CONHECIMENTO GEOGRÁFICO DO AGENTE DE SAÚDE:



COMPETÊNCIAS E PRÁTICAS SOCIAIS DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE NA CIDADE DO RECIFE - PE

Presidente Prudente
2008

Capa: O homem vitruviano, ícone utilizado geralmente para simbolizar a simetria matemática e o conhecimento, está sendo utilizado neste desenho para representar a busca do conhecimento no âmbito da geografia, que sofre influências do ambiente e consegue interferir na qualidade do mesmo a depender da forma como foi desenvolvido. Esse conhecimento geográfico almejado sofre vários tipos de influência fazendo com que o ser humano, neste caso, o agente de saúde, tenha condições de observar melhor alguns elementos da paisagem do que outros, além de fornecer condições mais favoráveis para desenvolver determinadas ações no território em detrimento de outras que nunca serão efetivadas. Desta forma, esse conhecimento desenvolvido pode ser visualizado de maneiras completamente diferentes a partir do agente de saúde pesquisado e do ambiente em que este trabalha, sendo por isso escolhida também a representação do caleidoscópio para demonstrar essa variedade de pontos de vista sobre temas semelhantes. A junção do Vitrúvios (busca do conhecimento geográfico) e da representação do caleidoscópio (que mostra a variedade de conhecimentos) geram alguns espaços desconexos, representado pelos estilhaços do vitral que compõe a imagem do Vitrúvius e que faz parte do caleidoscópio, o qual, demonstra que tais conhecimentos podem se tornar frágeis a partir das inter-relações existentes.

Idéia da capa e texto: PEREIRA, MPB; Desenho: SOUZA JÚNIOR, XSS.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
Campus de Presidente Prudente

CONHECIMENTO GEOGRÁFICO DO AGENTE DE SAÚDE:

COMPETÊNCIAS E PRÁTICAS SOCIAIS DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE NA CIDADE DO RECIFE - PE

Martha Priscila Bezerra Pereira

Orientador: Prof. Dr. Raul Borges Guimarães

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP – Presidente Prudente -, na área de concentração Produção do espaço geográfico como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Geografia, sob a orientação do Prof. Dr. Raul Borges Guimarães.

Presidente Prudente
2008

Pereira, Martha Priscila Bezerra
P493c Conhecimento geográfico do agente de saúde: competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife - PE / Martha Priscila Bezerra Pereira. - Presidente Prudente : [s.n], 2008
vii, 255 f.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia
Orientador: Raul Borges Guimarães

Inclui bibliografia

1. Competências e habilidades sociais. 2. Conhecimento geográfico. 3. Geografia da Saúde. I. Autor. II. Título. III. Presidente Prudente - Faculdade de Ciências e Tecnologia.

CDD(18.ed.) 910

Ficha catalográfica elaborada pela Seção Técnica de Aquisição e Tratamento da Informação – Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação - UNESP, Câmpus de Presidente Prudente.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Presidente Prudente

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Raul Borges Guimarães
(Orientador)

Prof. Dr. Jayro Gonçalves Melo
(FCT/UNESP)

Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima
(UFU)

Prof. Dr. Christovam Barcellos
(FIOCRUZ/RJ)

Prof. Dr. Jan Bitoun
(UFPE)

Martha Priscila Bezerra Pereira
MARTHA PRISCILA BEZERRA PEREIRA

Presidente Prudente (SP), 18 de dezembro de 2008.

Resultado: APROVADA

Faculdade de Ciências e Tecnologia
Seção de Pós-Graduação
Rua Roberto Simonsen, 305 CEP 19060-900 Presidente Prudente SP
Tel 18 229-5352 fax 18 223-4519 posgrad@prudente.unesp.br

Todo ponto de vista é a vista de um ponto

...Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam.

Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê, é necessário saber como são seus olhos e qual é a sua visão de mundo. (...).

A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. Vale dizer: como alguém vive, com quem convive, que experiências tem, em que trabalha, que desejos alimenta, como assume os dramas da vida e da morte e que esperanças o animam. Isso faz da compreensão sempre uma interpretação....

(Leornardo Boff)

À Xisto, meu namorado, amigo, colega de profissão e marido, pelo apoio que tem me oferecido nesses últimos 9 anos.

E aos agentes de saúde que têm contribuído tanto pela saúde da sociedade, e que, muitas vezes, nem são percebidos pela maioria dos munícipes.

AGRADECIMENTOS

Leonardo Boff em seu livro “A águia e a galinha” fala sobre a necessidade de conhecer o lugar social de quem olha para compreender e interpretar como esse alguém lê; como são seus olhos; e qual a sua visão de mundo. Diante dessa afirmação, gostaria de apresentar uma faceta do meu olhar e da minha visão de mundo a partir das pessoas com quem convivi; das experiências que vivenciei; e de como consegui superar algumas etapas desse período do doutorado.

Dessa forma, gostaria inicialmente de agradecer a Deus, por ter sido fonte de inspiração, na medida em que “dá a sabedoria (e) da sua boca vem o conhecimento e o entendimento”; por ter me auxiliado nos momentos de ansiedade, estando presente através de sua palavra, pois segundo ele mesmo “a ansiedade no coração do homem o abate, mas a boa palavra o alegra” e por ter me auxiliado a vencer cada desafio durante o doutorado (Prov. 2:6; 12:25). Com base nisso, acredito fielmente que as minhas conquistas, especialmente a relacionada a este momento, são frutos dessas providências. Acredito então que esse mesmo Deus foi o responsável por ter me aproximado de pessoas e de oportunidades; fornecendo a inspiração e a motivação necessária para realizar um trabalho capaz de trazer alguma contribuição à sociedade e por ter me dado condições para terminar, quando parecia que não havia mais fôlego para realizar tal intento.

Em um contexto mais amplo, no que se refere às pessoas e às instituições, gostaria de agradecer aos que desde 2002 têm me dado forças para retomar uma história que parecia terminada aos olhos de alguns profissionais e até amigos, seja através do apoio na elaboração do projeto inicial; seja durante o doutorado, estando presentes e, de alguma forma, fornecendo suas opiniões e apoio afetivo e profissional. Amplio os agradecimentos aos que me acolheram e me ouviram durante este período, fazendo algo simples se tornar essencial assim como aos que através de sua instituição forneceram informações importantes à concretização da pesquisa.

Agora, de forma mais específica, gostaria de agradecer ao meu orientador, Raul Borges Guimarães por ter aceitado, mesmo ainda sem me conhecer, durante uma conversa informal realizada no XII ENG em João Pessoa, ser meu orientador, caso eu

chegasse a ingressar no programa de pós-graduação em Geografia na UNESP em Presidente Prudente – SP. A ele, sou grata então por ter acreditado e ter tido a paciência necessária para orientar-me nessa empreitada que é fazer uma tese de doutorado e, em especial, pelas conversas que me reanimaram e me ajudaram a concluir esta pesquisa assim como por sua personalidade criativa que tanto influenciou em diversas decisões tomadas acerca da estrutura do trabalho.

Agradeço também ao apoio financeiro da CAPES, o qual foi imprescindível para que eu pudesse fixar residência em Presidente Prudente, participar de diversos eventos fundamentais à pesquisa e, principalmente, realizar as diversas idas à cidade do Recife para realização da atividade de campo. Desta forma, a minha gratidão aos que acreditam e lutam por essa política de auxílio aos pós-graduandos através dos diversos Órgãos que apóiam o desenvolvimento científico auxiliando em algo tão importante para o pesquisador: fornecimento das condições para se realizar a pesquisa.

Agradeço igualmente pela oportunidade de ter participado do GAsPERR, nos primeiros dois anos do doutorado, e do CEMESPP na fase final do curso. A participação nesses grupos proporcionou diversos momentos de aprendizado e crescimento profissional decorrente da troca de experiências com profissionais e alunos de diferentes cursos intercalados com momentos agradáveis de descontração, nos quais foram firmados laços de amizades. Acrescento ainda um agradecimento especial pela oportunidade de participar da comissão editorial da revista Formação, cuja experiência irá, com certeza, ser fundamental em um futuro próximo.

Gostaria também de ressaltar a importante convivência com os professores do programa de pós-graduação em Geografia, os quais, em vários momentos, me auxiliaram na pesquisa assim como na realização de atividades paralelas dentro do programa ou mesmo pelo apoio amigo em vários momentos. Ao professor Bernardo e família, pela atenção fornecida desde o início, além das conversas amigas e esclarecedoras. Aos professores Arthur, Eda e João Lima agradeço pelo carinho, amizade e pelas diversas oportunidades fornecidas durante o curso. Amplio este agradecimento aos professores Carminha, Claudemira, Eliseu, Jairo, João Osvaldo, Renata Libório e Thomaz pelas conversas encorajadoras e experiências transmitidas. O

convívio com esses professores foram reflexo dos bons momentos vividos na Pós-graduação.

O meu agradecimento também se remete aos avaliadores formais, seja no colóquio, na qualificação e na defesa da tese. Obrigada pelo aceite do convite, por terem deixado seus compromissos e, por alguns momentos, focalizado a atenção na leitura do que estava sendo produzido. Obrigada também pelos encaminhamentos propostos e os que serão apresentados após a defesa.

Não poderia deixar de agradecer também o apoio dos funcionários, sejam os ligados à PPGG, à coordenação da Geografia ou à biblioteca, que estiveram sempre resolvendo muitas pendências, problemas burocráticos, assim como aos que estão sempre apoiando os alunos no que diz respeito às questões técnicas e de condições infra-estruturais.

Em outras instituições também houve apoio de vários professores para que se efetivasse esta pesquisa. Gostaria de agradecer a Fernando Andrade (UFPB) e Pedro Viana (UFPB) por terem ajudado na elaboração inicial do projeto de doutorado. A Jan Bitoun (UFPE) agradeço tanto pela ajuda na elaboração do projeto de doutorado quanto pela atenção e apoio fornecido durante o trabalho de campo, ao conseguir a sala e disponibilizar os equipamentos no âmbito do Programa de Pós-graduação na UFPE para a realização de uma das etapas desta atividade. Aos professores Christovam Barcelos (Fiocruz – RJ) e Valéria de Marcos (USP) pelo carinho e atenção dispensada, os quais foram fundamentais ao meu crescimento profissional, antes mesmo de me vincular à UNESP enquanto doutoranda, e por ainda continuarem fornecendo esse apoio e amizade. Aos professores Samuel Lima (UFU), Jorge Pickennhayn (Universidade de San Juan), Rogério Haesbaert (UFF), Suzana Curto (Universidade de Buenos Aires), Edvânia Gomes (UFPE), Tereza Kulesza (NESC – UFPB) e Marcos Saquet (UNIOESTE – Francisco Beltrão) por terem me auxiliado a superar diversos desafios durante o processo de definição e redação da base teórico-metodológica da tese. Estendo os agradecimentos às professoras Ana Madruga, Doralice Maia e Emília Moreira (UFPB) por estarem sempre interessadas e atentas durante este processo.

Deixo também meus agradecimentos à Prefeitura da Cidade do Recife por todo apoio institucional. Inserido neste contexto, inicio os agradecimentos pelo gabinete da Secretaria de Saúde, no qual sou grata ao trabalho da Tarsila por ter me encaminhado aos setores e às pessoas adequadas para que o projeto fosse aprovado junto ao comitê de ética.

Com relação ao trabalho de campo exploratório, agradeço aos enfermeiros e supervisores em toda a cidade do Recife pela paciência dispensada e pelas informações fornecidas sobre os agentes de saúde, assim como aos gerentes de território e de Vigilância Ambiental em cada distrito e à direção do CVA por terem feito o trabalho de interlocutores junto aos enfermeiros e supervisores, seja através de telefone, contato direto no distrito ou mesmo nas unidades e pontos de apoio com transporte da instituição.

Ainda com relação a essa etapa do trabalho de campo exploratório, deixo minha gratidão ao pessoal da Vigilância Epidemiológica (Odaléa e Eugênio), Gerência de Atenção Básica (Nilson e Clarissa) e ao CVA, representados por Alecsandra Serrano, Aura Gonzalez, Everaldo e Sinara, por fornecerem dados e terem indicado pessoas para que fosse possível a efetivação das várias etapas deste trabalho de campo.

Com relação ao trabalho de campo em si, quero agradecer inicialmente aos agentes de saúde que participaram diretamente da pesquisa os quais, por motivos de opção metodológica que estão justificados na tese, são apresentados em seus nomes fictícios: Regina, Alecsandra, Estrelas, Larissa, Nâna, Vitória, Tinhão, ACS em ação, Lampião, Josué de Castro, Pedro, Germano, Sarah, Poeta, Severino Silva e Max. Fico grata pelo interesse em ajudar, em fornecer várias informações importantes e mesmo por algumas amizades que surgiram desta convivência. Além destes também foi importante a ajuda de alguns integrantes destes programas como os enfermeiros e supervisores das USF e Pontos de apoio em que foi realizada a visita a campo, e de agentes e supervisores que espontaneamente forneceram informações diversas e materiais com relação a experiências que deram certo. A todos, deixo o meu muito obrigada por terem me auxiliado na materialização dessa tese.

Ainda no que diz respeito ao trabalho de campo, gostaria de agradecer ao apoio da UFPE, através do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de

Ciências Geográficas, pela disponibilização da sala e materiais necessários para a realização do trabalho. Acrescento os agradecimentos a ONG ETAPAS pelo material disponibilizado e à FUNASA-CE, através de José Antônio pelo material disponibilizado.

Fica também o agradecimento aos colegas da graduação e pós-graduação, tanto da Geografia como dos outros cursos pela convivência e aprendizado. A Adriano Amaro, Ana Cristina (Ana Goiana), Avelino, Camila, Cláudia Montessoro, Eraldo, Érica Ferreira, Érica Vanessa, Fabiane, Fernando Ávila, Guttierre, Hélio Hirao, Jânio, Jean Carlos, Karla Leão, Kedma, Laís, Leandro, Letícia, Luciano Furini (e família), Márcio Catelan, María Garcia, Marquiana, Oscar Sobarzo, Sampaio, Sérgio (duas unha), Sílvia Correa, Sílvia Pereira, Umberto, Valéria Pereira e Vítor, pelo convívio e as tantas conversas que ajudaram a passar esse período de forma mais agradável. Aos amigos Ana Lúcia, Atamis, Caio Reina, Carlos Loboda, Elias, Fernanda Ikuta, Floripes, Igor, Jorge Montenegro, Karla, Lucilene, Márcia Obici, Nathália, Oscar Gonzalez (e família), Paula Lindo, Raquel, Rosiane, seja pelo apoio logístico no início do doutorado, pelo trabalho em conjunto no qual houve uma troca mútua de conhecimento; ou pelos momentos compartilhados, conselhos, enfim, pela amizade que foi construída de várias maneiras e que me fizeram muito bem e que eu espero ter feito algo de bom para vocês também.

Fora da UNESP, também gostaria de agradecer à Liliana Acosta (Universidade Nacional de San Juan) e Maria Luísa Kede (Fiocruz – RJ) pela amizade, carinho, confiança e pelas tentativas em viabilizarmos um trabalho juntas, e a Anselmo César e Priscila Félix (UFPE) pela amizade que foi construída na base da confiança e ajuda mútua, e em especial pelo auxílio enquanto observadores externos durante o trabalho de campo.

Aos amigos Adriana Márcia, Carla Andréa, Edinilza, Eldinê, Fabiana, Joãozinho, Manoel, Milena pelo apoio incondicional que tanto tem auxiliado no meu crescimento enquanto pessoa, assim como pela paciência, especialmente quando estive ausente em alguns dos momentos importantes da vida de vocês, e por estarmos sempre unidos, independente da região geográfica que estamos. Aos amigos mais recentes, porém não

menos importantes, D. Dirce, Jacira, D. Leonor, Eunice e Thais, pelas conversas, apoio e pela amizade que está se firmando cada vez mais.

Às pessoas da minha igreja (Igreja Batista), seja em João Pessoa (Mangabeira), Presidente Prudente ou Recife (Forte e Cidade Universitária), em especial a André Scandelai, Adriana, Adriano, Aline Scandelai, Amélia, Angélica, Armando, Pr. Armando, Alvina, Carlos Rosa, Célia Sanchez, Edmilson, Edilene, Erasmo, Pr. Edson, Pr. Fernando, Gláucia, Graça, Grace Kelly, Guilherme Rosa, Heloísa Rosa, Hilca, Joana Paula, Joseneide, Kamila, Larissa, Marcos Júnior, Marisa, Paula, Pr. Ricardo, Roberta, Roberto, Roberto Kitagawa, Salete, Severina, Virgínia e Wilson Fácio, pela amizade, paciência em me ouvir nos momentos difíceis e, especialmente, pelas orações. Dentre estes gostaria de agradecer ao casal Armando e Alvina em Presidente Prudente, que além de tudo isto, estiveram ainda mais de perto, acompanhando todos os avanços e retrocessos durante o doutorado, sendo amigos e também agindo como pais em uma cidade estranha.

Aos meus pais, Ruy (em memória) e Lúcia, pelo apoio para que eu fizesse o doutorado, ainda que mais uma vez precisasse estar distante deles. Em especial agradeço à minha mãe pelo apoio emocional, espiritual e, quando necessário, financeiro. Aos meus irmãos (Eduardo e Michele), cunhados (Sheila e Vinícius) e sobrinha (Nayara) agradeço também pelos momentos tão legais que me proporcionaram nos breves períodos em que pude estar em João Pessoa. Em especial gostaria de agradecer a Michele pelo apoio na área da informática e de transcrição de algumas entrevistas, me ajudando a ter um pouco mais de tempo para todos os familiares, além dos diversos momentos de descontração que foram importantes para reavivar o ânimo e seguir em frente.

Aos familiares de meu marido: os meus sogros (Xisto e Mariluce), aos meus cunhados Gúbio, Patrícia, André (e sua esposa Daniele) e a Leide, Marcelo e Yuri, pelo carinho e apoio durante este período, e em especial por terem me acolhido durante todo o trabalho de campo.

Deixo igualmente os meus agradecimentos ao meu marido Xisto, por tudo que tem feito. Fica difícil dizer o quanto sou grata, mas para simplificar, agradeço por ter aceitado minha opção em fazer o doutorado e ter me acompanhado no desejo e na ação

em fazer a seleção aqui na UNESP. Depois em ter tido a iniciativa em vir comigo ainda sabendo o quanto era difícil para ele ficar longe dos familiares. Além disso, agradeço por ter continuado a mesma pessoa que conheci quando éramos namorados, acrescido apenas das partes boas que as experiências de vida nos proporcionaram.

Finalmente, por conta da diversidade de vínculos, contatos e experiências com diversas pessoas, ou ainda em decorrência de um possível lapso de memória, reconheço que posso ter omitido algum nome. A estes, ficam as minhas desculpas na esperança de ter outra oportunidade para redimir-me.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Saúde Ambiental, políticas públicas implantadas na cidade do Recife – PE, implicam em práticas sociais, e que tanto produzem quanto resultam em espaços educativos, como são resultados desses espaços. Enquanto práticas sociais, são desenvolvidas competências e habilidades sociais capazes de fazer com que os integrantes dessas políticas, em especial os agentes de saúde, desenvolvam um conhecimento geográfico capaz de promover a materialização dessas políticas na medida em que percebem elementos na paisagem e apropriam-se do território. Neste contexto, esta pesquisa analisa o conhecimento geográfico dos agentes envolvidos nesses programas implantados na cidade do Recife a partir das competências e habilidades desenvolvidas no processo de trabalho na política de saúde local. Para viabilizar a pesquisa optou-se pelo método qualitativo cujos procedimentos possibilitaram o uso de uma diversidade de metodologias e instrumentos de coleta de informação, assim como o uso da triangulação de métodos para analisar o conteúdo obtido. De acordo com as análises procedidas, percebeu-se que os agentes de saúde desenvolvem competências e habilidades sociais e quanto mais complexo o nível de desenvolvimento, melhor se expressa o conhecimento geográfico do ACS e do ASA.

Palavras chave: Competências e habilidades sociais, conhecimento geográfico, Geografia da Saúde, paisagem, território, escala geográfica.

ABSTRACT

The Health Family Strategy and enviromental Health Program, Public Politics implanted in Recife City - PE, imply in social practices and product as a result of educative spaces, as a result of these places. As social practices, competences and social habilities are developed in order to make the participants of these politics, specially the Health Agents, grow in geographical knowledge, turning them able to promote the materialization of these politics, observing the scenery elements and taking the territory as their own. In this context, this research analyses the geographical knowledge of the agents involved in these programs implanted in Recife City, from the competences and habilities developed in the work process and local health politic. To make this research viable a qualitative method was used, whose procedures made possible the use of several methodologies and instruments of information collect, as well as, the use of triangulation of methods to analyse the obtained contents. According to the proceeded analysis, it was realized that the Agents develop competences and social habilities and the more complex the level of development, better is the geographical knowledge by the ACS and ASA.

Key-words: Competences and Social Habilities, Geographical Knowledge, Health Geography, Scenery, Territory, Scale Geographical

RIASSUNTO

La strateggia di Salute della Famiglia e il programma di Salute Ambientale, Politiche Publiche implantate nella città di Recife-PE, implicano in pratiche sociali e que tanto producono quanto risultano in spazzi educativi, come sono risultati di questi spazzi. Inquanto pratiche sociali,sono disinvolte competenze e abilità sociali capaci di fare con che gli integranti di queste politiche, particolarmente gli agenti di salute, sviluppano una conoscenza geografica capace di promuovere la materializzazione di queste politiche nella misura in che percepiscono elementi nel paesaggio e appropriarno del territorio. In questo contesto, questa ricerca analisa la conoscenza geografica degli agenti coinvolti in questi programmi implantati nella città di Recife, partendo delle competenze e abilità disinvolte nel processo di lavoro nella politica locale. Per tornare possibile questa ricerca il metodo qualitativo fu scelto, cui procedimenti hanno possibilitato l'uso di una varietà di metodologie e istrumenti di racolta di informazioni, talmente l'uso della triangulazione di metodi per analisare il contenuto acquitatto. Di accordo con le analise precedute, abbiamo perceputo che gli agenti di salute svolgono competenze e habilità sociali e tanto più complesse il livelo di svolgimento, meglio è la conoscenza geografica dei ACS e ASA.

PAROLE CHIAVI : Competenze e Abilità Sociali – Conoscenza Geografiche – Goegrafia della Salute – Paesaggio –Territorio - Scalla geografica.

SUMÁRIO

Índice..... ii
Esquemas..... iii
Lista de figuras..... iii
Lista de fotografias..... iii
Lista de mapas..... iv
Lista de quadros..... v
Lista de siglas..... vi
Modelos explicativos..... vii
Introdução..... 1
Capítulo 1..... 6
Capítulo 2..... 40
Capítulo 3..... 59
Capítulo 4..... 90
Capítulo 5..... 149
Capítulo 6..... 216
Considerações finais..... 232
Referências..... 239
Apêndices..... 250

ÍNDICE

		P
	Introdução	**1**
1	**Atenção à Saúde na cidade do Recife**	6
	1.1. Recife e o acúmulo desigual de tempos da assistência à saúde	7
	1.2. Os agentes de saúde no contexto da cidade do Recife	19
2	**Conhecimento geográfico e a prática em Vigilância em saúde**	40
	2.1. Competências e habilidades sociais do sujeito	41
	2.2. A matriz de competências e habilidades dos agentes de saúde	51
3	**De arruar por Recife ao percurso da pesquisa**	59
	3.1. O trabalho de campo nas áreas de estudo	65
	3.2. O grupo focal	75
	3.3. Um olhar sobre as experiências exitosas	81
	3.4. Análise das informações	82
4	**Recife: ambiente, qualidade dos serviços e resiliências**	90
	4.1. Recife: o serviço de saúde em meio ao contraste sócio-econômico e ambiental	92
	4.2. Resiliência em meio às multiterritorialidades no Recife	115
	4.3. Os componentes da ESF e PSA e os seus Recifes	144
5	**Competências e habilidades dos agentes de saúde da ESF e PSA na cidade do Recife: enfoque no sujeito**	149
	5.1. Motivação dos agentes de saúde e sua influência nas outras competências	150
	5.2. Competências desenvolvidas enquanto agente de saúde	167
	5.3. Origens e nuanças das competências sociais e suas influências para o desenvolvimento do conhecimento geográfico	203
6	**Em busca de uma Geografia da Promoção da Saúde**	216
	6.1. Contextualização da Geografia da Saúde para estudar a Geografia da Atenção à Saúde	217
	6.2. Da Geografia da Atenção à Saúde a Geografia das Competências Sociais dos agentes da ESF e do PSA na cidade do Recife	220
	Considerações finais	232
	Referências	239
	Apêndices	250

ID	ESQUEMAS	P
1	Representação sobre o lixo reciclável na microárea de Larissa, do ponto de vista da própria ACS, em abril de 2007, na localidade Poço da Panela, Recife – PE.....	207

ID	LISTA DE FIGURAS	P
A	Agente de saúde no ambiente de trabalho.....	80 165
B	Agente de saúde no ambiente de trabalho.....	165
C	Agente de saúde no ambiente de trabalho.....	165
D	Agente de saúde em atividade externa.....	165
E/F	Observações quanto ao domínio da linguagem cartográfica com relação à projeção, proporção e diversidade de elementos no mapa mental das áreas de Larissa e Nana.....	196
G/H	Observações quanto ao domínio da linguagem cartográfica com relação à projeção, proporção e diversidade de elementos no mapa mental das áreas de Germano e Severino Silva.....	197

ID	LISTA DE FOTOGRAFIAS	P
1	Campanha de imunização anti-rábica de cães e gatos com o título: “Dia Nacional de vacinação anti-rábica” (Modelo assistencial sanitarista).....	12
2	Divulgação comercial do Hospital Esperança – conglomerado hospitalar geral, de alta complexidade (Modelo médico-assistencial privatista).....	12
3	Sede do Distrito Sanitário I (modelo alternativo – Vigilância em Saúde).....	12
4	Paralisação dos ACS e ASA.....	116
5	Paralisação dos ACS e ASA.....	116
6	Carnaval multicultural – Bloco carnavalesco Galo da Madrugada.....	119
7	Carnaval multicultural – Escola de Frevo Nascimento do Passo.....	119
8	Passeio de Catamarã no rio Capibaribe.....	119
9	Pontes do Recife – PE.....	119
10	Praia de Boa Viagem.....	119
11	Oficina de Cerâmica Francisco Brennand.....	119
12	Catadores de caranguejo.....	125
13	Precárias condições de assistência aos pacientes.....	125
14	Construção em área de maré.....	125
15	Construção em área de morro.....	125
16	Assassinato enquanto homem dirigia.....	125
17	Mobilização da PCR sobre o “Dia Mundial da Água”.....	125
18	Praça construída pela EMLURB.....	134
19	Igreja Nossa Senhora da Saúde.....	134
20	Local onde separam o lixo reciclável.....	134
21	Praça onde se localiza a árvore Gameleira.....	134
22	USF Poço da Panela.....	134
23	Casa muito próxima da barreira.....	136
24	Local propício à proliferação de escorpião.....	136

ID	LISTA DE FOTOGRAFIAS (cont.)	P

25	Muro de arrimo em área inclinada	136
26	Muro de arrimo em área inclinada	136
27	Pedreira	139
28	Vila Canal	139
29	Atividade de Educação em Saúde	139
30	Prédios em que há dificuldade para entrar	141
31	Casa abandonada e piscina sem tratamento	141
32	Canal que emite mau cheiro e incomoda os ASAS no ponto de apoio	141
33	Palafitas	141
34	Estádio do Sport Futebol Clube	141
35	Quintal limpo e garrafas com abertura para baixo	174
36	Biblioteca que funciona na USF	174
37	Esgoto no quintal	199
38	Lixo acumulado próximo ao teto	199

ID	LISTA DE MAPAS	P

1	Distritos Sanitários e localização dos bairros	14
2	Localização dos agentes de saúde nos distritos sanitários e nos bairros onde trabalham	20
3	Localização dos bairros onde trabalham os agentes de saúde em que foi realizado o trabalho de campo na área	67
4	Localização dos bairros onde trabalham os agentes de saúde que participaram da entrevista com grupo focal	76
5	Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria “localização/situação”	97
6	Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria “características gerais e perfil”	99
7	Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria “condições sócio-econômicas”	102
8	Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria “ações no ambiente e condições de saneamento”	105
9	Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria “serviços de saúde”	107
10	Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria “ações articuladas ou desarticuladas”	111
11	Localização dos agentes cujas áreas foram visitadas	128
12	Localização, representação cartográfica e referenciais da área de Larissa	134
13	Localização, representação cartográfica e elementos da área de Germano	136
14	Localização, representação cartográfica e referenciais da área de Nâna	139
15	Localização, representação cartográfica e elementos da área de Severino	141
16	Percepção dos elementos relacionados à paisagem do risco – Larissa	179
17	Percepção dos elementos relacionados à paisagem do risco – Nâna	180
18	Percepção dos elementos relacionados à paisagem do risco – Germano	183
19	Percepção dos elementos relacionados à paisagem do risco – Severino	184
20	Distribuição da representação das competências “domínio conceitual” e “autonomia” dos agentes da ESF e PSA	214

ID	LISTA DE QUADROS	P

1 Matriz das "competências" e "habilidades" sociais dos agentes da ESF e do PSA..... 53
2 Matriz das características por agentes e por distrito – distrito sanitário II – referente à ESF..... 61
3 Representatividade da competência social "autonomia" na cidade do Recife - PE, por características e por distrito sanitário – ESF..... 62
4 Representatividade da competência social "autonomia" na cidade do Recife - PE, por características e por distrito sanitário – PSA..... 62
5 Agentes de saúde da ESF que possuem as características e os distritos mais representativos com relação à competência "autonomia" na cidade do Recife – PE..... 63
6 Agentes de saúde do PSA que possuem as características e os distritos mais representativos com relação à competência "autonomia" na cidade do Recife – PE..... 63
7 Características predominantes dos agentes da ESF e PSA por "competência" social na cidade do Recife – PE..... 64
8 Quantidade de agentes de saúde da ESF e PSA que estão de acordo com os critérios da pesquisa para a escolha das áreas – por distrito sanitário..... 66
9 Roteiro-base de entrevista com os agentes de saúde..... 69
10 Roteiro-base dos itens da observação participante..... 72
11 Questionário aplicado aos agentes de saúde da ESF e do PSA que participaram da entrevista com grupo focal..... 77
12 Roteiro-base de entrevista com grupo focal..... 78
13 Roteiro-base de entrevista com agentes que participaram de alguma experiência exitosa. 81
14 Tipos de informações coletadas para pesquisa por escala geográfica..... 89
15 Categorias que definem a área de atuação por Distrito Sanitário para os trabalhadores da direção do distrito..... 93
16 Categorias que definem a área de atuação dos enfermeiros e supervisores por programa e por distrito sanitário..... 94
17 Categorias que definem a área de atuação por distrito sanitário para os trabalhadores da direção do distrito e os dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores)..... 95
18 Experiências em que as características pessoais ajudaram no desempenho de alguma atividade no trabalho..... 153
19 Características que interferem positivamente e negativamente/questionáveis no trabalho dos agentes da ESF e PSA, segundo os próprios agentes de saúde..... 155
20 Características que interferem positivamente e negativamente e são comuns aos dois programas por ordem de importância..... 156
21 Razão aparente para prestar concurso..... 158
22 Razões do não acesso ou do acesso limitado à jornal, revista, livro e internet..... 159
23 Temas recorrentes no âmbito do trabalho..... 161
24 Situações a serem resolvidas por ordem de prioridade..... 163
25 Figuras da tarefa individual sobre a motivação..... 166
26 Níveis escalares de percepção da paisagem da promoção da saúde das áreas atendidas por parte dos agentes de saúde da ESF e PSA na cidade do Recife – PE..... 172
27 Níveis escalares de percepção da paisagem de risco para a população atendida por parte dos agentes de saúde da ESF e PSA na cidade do Recife – PE..... 175
28 Elementos observados pelos agentes de saúde da ESF por temas e por níveis..... 181
29 Elementos observados pelos agentes de saúde do PSA por temas e por níveis..... 182
30 Tarefa para o grupo sobre autonomia..... 201
31 Relação entre escala e autonomia..... 202
32 Comparação das informações de campo de cada agente de saúde com a matriz..... 211
33 Agentes de saúde da ESF e PSA por distrito sanitário, por programa e por competência social..... 213

ABREV.	LISTA DE SIGLAS
ACE.....	Agente de Combate à Endemias
ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
AESA.....	Adolescentes Educadores em Saúde
AOA.....	Agente Operacional de Apoio
ASA.....	Agente de Saúde Ambiental
CAPS.....	Centro de Apoio Psico-social
CEFET.....	Centro Federal de Educação Tecnológica
CODECIR....	Coordenadoria de Defesa Civil do Recife
COMPESA...	Companhia Pernambucana de Saneamento
CVA.....	Centro de Vigilância Ambiental
DEAB.....	Departamento de Atenção Básica
DS.....	Distrito Sanitário
EMLURB.....	Empresa de Manutenção de Limpeza Urbana
ESAM.....	Educadoras em Saúde da Mulher
ESF.....	Estratégia de Saúde da Família
FCAP.....	Faculdade de Administração e Engenharia da Universidade de Pernambuco
FUNASA.....	Fundação Nacional de Saúde
IES.....	Instituição de Ensino Superior
IESA.....	Idosos Educadores em Saúde
MOPS.....	Movimento Popular de Saúde
IMIP.....	Instituto Materno-Infantil de Pernambuco
NOB.....	Norma Operacional Básica
ONG.....	Organização Não-Governamental
OSCIP.....	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS.....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM.....	Posto de Atendimento Médico
PCR.....	Prefeitura da Cidade do Recife
PEC.....	Projeto de Emenda Constitucional
PETI.....	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PREZEIS.....	Plano de Regularização das Zonas Especiais de Interesse Social
PSA.....	Programa de Saúde Ambiental
PSF.....	Programa de Saúde da Família
RPA.....	Região Político Administrativa
SANBRA.....	Sociedade Algodoeira do Nordeste Brasileiro
SANEAR.....	Autarquia de Saneamento do Recife
SINDACS.....	Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Pernambuco
SUS.....	Sistema Único de Saúde
SUDS.....	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
UFPE.....	Universidade Federal de Pernambuco
USF.....	Unidade de Saúde da Família
ZUM.....	Zona de Urbanização de Morros
ZUR.....	Zona de Urbanização Restrita

ID	MODELOS EXPLICATIVOS	P
1	Relação entre competências e conceitos da geografia através de suas características.....	58
2	Influência da ação do ACS enquanto profissional no espaço geográfico.....	187
3	Influência da ação do ASA enquanto profissional no espaço geográfico.....	189
4	Influência da ação do ACS enquanto cidadão no espaço geográfico.....	190
5	Influência da ação do ASA enquanto cidadão no espaço geográfico.....	191
6	Percepção da paisagem e apropriação do território dos agentes de saúde da ESF e PSA...	230
7	Síntese das ações implementadas pelo agente de saúde segundo a influência de outras escalas geográficas.....	236

INTRODUÇÃO

O interesse em trabalhar com agentes de saúde vinculados respectivamente à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Saúde Ambiental (PSA) na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, foi despertado ainda no mestrado, quando nesta cidade buscou-se verificar se a interação das ações do governo e práticas cotidianas da comunidade viabilizaria uma melhoria das condições de saúde dos moradores. Foi observado nesse estudo que, de fato, através das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), existiu uma melhoria das condições de saúde dos moradores das comunidades pobres urbanas, apesar de sua ação ser limitada tanto pelas precárias condições de urbanização como de algumas atitudes dos próprios moradores que interferem no seu processo saúde-doença (PEREIRA, 2001).

Ao final do trabalho surgiram, então, algumas inquietações: o nível de conhecimento do agente de saúde sobre meio ambiente e sobre sua área de atuação no trabalho poderia também influenciar nas condições de saúde da população? Até que ponto o agente de saúde pode interferir no ambiente em que trabalha para melhorar as condições de saúde da comunidade?

Essas reflexões foram alimentadas a partir da experiência de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente, no município de Santa Rita – PB (2002 – 2004), na qual se percebeu a necessidade de elaborar um plano de ação com o objetivo de melhorar a atuação desses profissionais na área da educação ambiental, sanitária e para a saúde. Concomitantemente, buscaram-se respostas às perguntas apresentadas no parágrafo anterior.

Inicialmente, foi elaborada a idéia do trabalho baseada em leituras sobre educação ambiental, sendo coletadas as informações necessárias à fundamentação de uma tese. Posteriormente, no decorrer do curso de doutorado, foi possível perceber que nos dados coletados em momento anterior já estavam inclusos alguns dos elementos a serem trabalhados nos procedimentos teórico-metodológicos selecionados para serem

desenvolvidos na pesquisa de doutorado. Assim sendo, o plano de ação no município de Santa Rita - PB apresentou-se como uma experiência-piloto que se prestou a consolidar a teoria, a gerar novos questionamentos, testar e aprimorar o uso de alguns procedimentos e a obter perspectivas que servissem como fundamentos das hipóteses para a pesquisa atual. Desta forma, a partir da análise de questionários (PEREIRA & GUIMARÃES, 2006a) e da representação cartográfica da área de trabalho (PEREIRA & GUIMARÃES, 2006b), puderam-se encontrar alguns resultados que apontaram pistas para o trabalho atual, como se verá nos próximos parágrafos.

Um dos resultados da pesquisa realizada em Santa Rita – PB foi que o conhecimento do agente de saúde, tanto da ESF quanto da Vigilância Ambiental está apenas relacionado aos temas que têm a ver com o trabalho cotidiano de cada programa, e que exatamente nos temas em que apresentam contradições entre o dito e o feito, evidenciaram-se problemas junto à comunidade, a exemplo do desperdício de água, destino do esgoto, desinfecção de alimentos e acondicionamento do lixo.

Da mesma forma, os agentes da ESF se destacam no sentido de participarem mais ativamente de organizações que apontam para a possibilidade de parcerias e mudanças da realidade local, além de serem os agentes que melhor representam no mapa os elementos relacionados à possibilidade de parcerias, destacando-se a praça e a escola. Enquanto isso, os agentes da Vigilância Ambiental se destacam pela não participação e não representação, no mapa, dos elementos relacionados ao tema.

Assim, observa-se que a área de trabalho representada pelos agentes da ESF foi mais condizente com a realidade existente na localidade, além de terem conseguido apresentar, de maneira mais coerente, os problemas relacionados ao ambiente e às pessoas, mesmo tendo afirmado não terem experiência e possuírem um grau de dificuldade maior em relação aos agentes da Vigilância Ambiental. O grau de escolaridade e a experiência com mapas foram os fatores que mais influenciaram na qualidade dos mapas mentais com relação à perspectiva, proporcionalidade/ localização e diversidade de elementos no caso da ESF. Enquanto na Vigilância Ambiental, o tempo de serviço foi o fator mais evidente quando considerados os critérios da projeção e proporcionalidade.

Observando esses resultados, percebe-se que, de fato, o domínio conceitual sobre questões específicas da atividade e o engajamento com organizações da sociedade civil, que gera uma certa autonomia e um maior conhecimento da área de trabalho, que podem influenciar nas condições de saúde da população. Restava, então, saber se esses resultados também ocorreriam em uma cidade cujas relações socioespaciais se apresentariam mais complexas, demandando, portanto, novas estratégias e táticas dos agentes.

Ainda com relação à Santa Rita, houve um dado curioso que serviu para reflexão acerca dos níveis de conhecimento geográfico. Mesmo os agentes da ESF afirmando não terem experiência de trabalho com mapas, souberam representar muito melhor sua área de trabalho do que os agentes da Vigilância Ambiental. Desses resultados, surgiram outras indagações: no que diz respeito ao domínio de conceitos relacionados à saúde individual e ambiental na comunidade: Estariam os agentes da ESF mais preparados do que os agentes da Vigilância Ambiental? Esse suposto domínio mais apurado dos conceitos por parte dos agentes da ESF seria decorrente de uma capacitação de melhor qualidade e/ou de uma experiência que permite desenvolver, no processo de trabalho, determinadas habilidades? O engajamento com organizações da sociedade civil influencia mais na qualidade da representação espacial do que o contato com as técnicas cartográficas de elaboração de mapas? A praça e a escola, elementos mais representados, seriam os espaços mais adequados para despertar o desejo de mudança? Até que ponto a experiência de trabalho com mapas, grau de escolaridade e o tempo de serviço podem interferir na representação espacial da área de trabalho? Seria essa uma tendência ou um fato isolado? Ou seja, poderíamos identificar diferenças significativas em termos do domínio do conhecimento geográfico no desenvolvimento das atividades dos agentes em outras localidades?

Recife foi escolhido, assim como ocorrera no mestrado, como área empírica de estudo tendo em vista o fato de que, no contexto de uma área metropolitana, apresenta o grau de complexidade que se intencionava abarcar, como a presença de diferentes modelos de atenção à saúde predominantes na atualidade e características físicas, históricas e sociais inerentes à sua formação sócio-espacial. Contudo, diferente do mestrado, o foco passou a ser dado à análise da ação dos agentes ESF e do PSA e,

diferente do estudo em Santa Rita – PB, ao invés de basear-se em leituras relacionadas à educação ambiental para entender o conhecimento geográfico, utilizou-se como estratégia a busca desse conhecimento geográfico através da observação das competências e habilidades sociais desenvolvidas por esses sujeitos.

Neste estudo, as competências sociais podem ser compreendidas como capacidades mais gerais de operar com os conhecimentos, as quais são demonstradas por meio de habilidades e comportamentos (ALLES, 2006a). Assim, a partir da tese de que o desenvolvimento das competências sociais influencia no grau de conhecimento geográfico dos agentes de saúde inseridos na ESF e no PSA, busca-se analisar o conhecimento geográfico dos agentes envolvidos nesses programas na cidade do Recife a partir das competências e habilidades desenvolvidas no processo de trabalho exercido na política de saúde local.

É importante salientar que os agentes de saúde representam a principal fonte de informações desta pesquisa, e que durante a coleta de informações estes se encontravam num contexto de instabilidade no emprego e numa busca constante pela efetivação a qual ocorreu em 11 de outubro de 2007 (após a realização do trabalho de campo com os agentes) através da resolução n. 1 da Comissão Especial criada pela lei municipal n. 17.233/ 2006. Esta comissão foi criada em função da aprovação da lei federal n. 11.350/06, do ano anterior, que efetivou os agentes de saúde, porém deixou a cargo de cada município implantar a lei. Esse contexto pode ter influenciado na forma como foram expostas as idéias sobre si mesmos, o poder público, e sobre as capacitações realizadas.

Com relação aos capítulos deste trabalho, a tese ficou dividida em seis partes.

No primeiro capítulo, resgata-se um pouco das características dos modelos hegemônicos de saúde que persistem na atualidade no contexto brasileiro (assistencial sanitarista, médico assistencial-privatista e alternativos) para mostrar como eles estão presentes na cidade do Recife, influenciando na paisagem e nas ações dentro da cidade. A partir daí apresenta-se ao leitor essa cidade fruto dessas ações e os agentes de saúde que participaram da pesquisa e ao mesmo tempo são co-partícipes dessas ações.

O segundo capítulo tem como objetivo mostrar as estratégias teóricas utilizadas para desvendar o conhecimento geográfico dos agentes de saúde na cidade do Recife. Nesta parte foram apresentados alguns dos conceitos utilizados inicialmente, dentre eles o conceito de competência, que serviu de base metodológica para estudar esse conhecimento geográfico.

O terceiro capítulo busca explicar que a metodologia surgiu no trabalho de campo exploratório em Recife, a partir das dificuldades e novas oportunidades que surgiram, o mesmo ocorrendo com a escolha dos procedimentos metodológicos citados.

O quarto capítulo tem como objetivo apresentar o Recife a partir de alguns sujeitos que participaram diretamente da pesquisa (agentes de saúde) ou indiretamente (pessoas com cargo de confiança, enfermeiros, supervisores).

O quinto capítulo apresenta ao leitor as competências e habilidades sociais desenvolvidas pelos agentes de saúde, a partir de fatores que auxiliaram e impediram esse desenvolvimento.

O sexto capítulo pretende sintetizar os resultados a partir de um olhar mais teórico, porém, sem esquecer-se de Recife como objeto empírico. Por fim, têm-se as considerações finais, as referências e os apêndices.

Capítulo 1...

Atenção à Saúde na cidade do Recife

Observa-se, no caso da Gestão da Prefeitura do Recife, que, a princípio: há vontade política para alcançar a mudança na ordem governativa da cidade (...) Porém, (falta) a intersetorialidade como estratégia principal, (...) pois ninguém defende uma causa quando não a conhece o bastante **(SANTOS, 2004, p. 134)**

1. ATENÇÃO À SAÚDE NA CIDADE DO RECIFE

Neste capítulo, a cidade do Recife é apresentada a partir dos modelos assistenciais de saúde nela implementados, em combinação com as especificidades de cada localidade em que o agente de saúde está trabalhando. Desta forma, a primeira parte busca mostrar como os vários modelos assistenciais de saúde implantados influenciaram na produção da paisagem urbana atual. Já a segunda parte tem por meta contextualizar o agente de saúde na porção da cidade em que ele está inserido, bem como o seu olhar sobre esta paisagem urbana.

1.1. RECIFE E O ACÚMULO DESIGUAL DE TEMPOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Historicamente, a situação de saúde da população tem demandado ações que influenciam em mudanças na rotina e até mesmo na estrutura urbana da cidade (GUIMARÃES, 2000). Dessa forma, ao longo do tempo, têm-se buscado formas de enfrentamento dos problemas de saúde de várias maneiras.

No Brasil, desde o final do século XIX têm sido desenvolvidas algumas formas de enfrentamento dos problemas de saúde que ocorreram através da implantação de modelos assistenciais, os quais, de acordo com Paim (1999, p. 476) são constituídos por “combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos e usuários de serviços de saúde”.

Tais modelos surgiram em variados contextos e alguns deles ainda coexistem, embora de forma diferenciada. De acordo com Teixeira, Paim e Vilasbôas (2002), há na atualidade a disputa de vários modelos assistenciais, sendo hegemônicos os seguintes: a) assistencial sanitarista; b) médico-assistencial privatista e; c) alternativos.

O modelo assistencial sanitarista teve suas idéias desenvolvidas na Europa, na primeira metade do século XIX, a partir da observação das conseqüências à saúde proveniente das mudanças no espaço geográfico da cidade industrial, inicialmente na Inglaterra (ROSEN, 1994). No Brasil esse modelo passou a ser importante a partir do

final do século XIX, momento em que o controle e a necessidade de uma polícia sanitária foi defendida no sentido de assegurar a correta higienização dos recursos produzidos, sendo esta de fato implementada apenas no início do século XX (ABREU, 1997; BRASIL, 2004).

Nesse modelo, o sanitarista age enquanto sujeito e os seus objetos de trabalho são "os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização etc.)" (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 2002, p. 39). Para enfrentar os problemas de saúde sua estratégia está pautada nas campanhas temporárias, nos programas especiais e nas ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Dessa forma, os elementos presentes no espaço geográfico são as unidades de saúde nas quais se executam as campanhas, programas e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Além disso, a presença de outros elementos também são freqüentes, a exemplo dos visitadores sanitários (fiscalização e operacionalização das ações de educação em saúde, controle de vetores e imunização através dos programas especiais), faixas, cartazes e profissionais de saúde entregando folheto nas campanhas temporárias (anunciando eventos como vacinação, verificação de pressão, de colesterol etc, num dia ou período específico do ano).

Neste modelo, o poder é centralizado no serviço de saúde, mobilizando grande quantidade de recursos financeiros e humanos para implementar, temporariamente, as campanhas sanitárias ou, em caráter mais permanente, direcionar recursos financeiros para os programas especiais de combate aos agravos à saúde. Apesar das campanhas temporárias desestruturarem por um período a administração normal dos serviços, ao mobilizarem todas as pessoas e recursos financeiros possíveis, elas têm obtido resultados positivos no enfrentamento dos agravos que são objeto (PAIM, 1999).

O modelo médico-assistencial privatista começa a se consolidar tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil a partir da segunda metade do século XX (VILARINHO, 2003). No que diz respeito ao Brasil, suas origens remontam ao aparecimento da assistência médica da previdência social na mesma época em que se deu início a expansão da industrialização no país durante a primeira gestão de Getúlio Vargas. Esse

processo teve condições favoráveis de se desenvolver principalmente no período do governo militar, que teve como marco de sua consolidação a aprovação da lei 6.229 em 1975, que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista. Essa lei consolidou a divisão dos espaços institucionais, fato que já vinha delineando-se. O setor privado ficou responsável pelas ações de atenção médica (rentável) e o setor público ficou responsabilizado pelas ações de saúde pública (não rentável) e sua intermediação era realizada através da Previdência Social (MENDES, 1993).

Nesse modelo, o médico age a partir de sua especialização, tendo uma ação complementar com médicos de outras especialidades ou paramédicos. A partir desse pensamento são trabalhadas as doenças (nas suas mais variadas manifestações) e os doentes (através do atendimento clínico, laboratorial e cirúrgico). As estratégias de enfrentamento estão baseadas em descobertas científicas sobre as doenças e sobre as formas de combatê-las individualmente, permitindo, respectivamente, um diagnóstico mais preciso e uma terapêutica eficiente (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 2002).

Os elementos presentes na paisagem que demonstram, atualmente, a recorrência desse modelo são serviços de saúde, como clínicas médicas especializadas, laboratórios de diagnóstico, escritórios de representação de planos de saúde e representantes com seguros de saúde e os hospitais. Apesar do modelo ser chamado ‘privatista’ o mesmo não é exclusivo do setor privado uma vez que esta forma de atender ao paciente também está presente no setor público através dos centros de saúde (os quais dispõe de médicos especializados), laboratórios públicos e hospitais (PAIM, 1999).

O modelo médico-assistencial privatista tem seu poder centrado no médico, que detém o conhecimento e o poder sobre a vida ou morte do paciente, seja na prescrição de medicamentos ou em uma sala de cirurgia. Ainda que este tenha grande prestígio junto à população, há várias críticas sobre a eficiência do mesmo. Em primeiro lugar, contempla apenas parte do conjunto dos problemas de saúde da população, uma vez que faltam especialistas para todos os problemas que ocorrem no corpo do paciente. Não bastasse isto, tem pouquíssimos efeitos positivos sobre os níveis de saúde, assim como a demanda de pacientes é espontânea, isto é, o indivíduo só se aproxima do sistema de saúde quando percebe que está doente. Desta forma, o enfrentamento dos

problemas de saúde depende do grau de conhecimento dos indivíduos sobre determinada doença e de seu sofrimento para que este tenha seu problema de saúde resolvido (PAIM, 1999; TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 2002).

Os modelos assistenciais alternativos têm como referência a carta de Otawa (Canadá) na ocasião em que foi realizada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no ano de 1986. O marco institucional deste processo no Brasil foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, em alguns estados (Bahia, São Paulo e Rio Grande do Norte) através da organização e implantação dos distritos sanitários, que surgiram da necessidade de elaborar propostas que buscassem resolver os problemas de saúde de acordo com a necessidade e a vontade política local. Dentre essas propostas, surgiram, por exemplo, a distritalização[1] e a municipalização[2] (PAIM, 1999).

Uma de suas características fortes é a permanente elaboração, experimentação e difusão. Com o SUS essas propostas foram reunidas e passaram a ser denominadas como ações relacionadas à Vigilância à Saúde. De acordo com Teixeira, Paim e Vilasbôas (2002), a Vigilância à Saúde busca construir um modelo assistencial que articula conhecimentos e técnicas provenientes da epidemiologia, planejamento e ciências sociais em saúde. Neste modelo há a extrapolação do envolvimento apenas dos trabalhadores da saúde, e seus conhecimentos intrínsecos incluem tecnologias de comunicação social, estimulando a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde.

Assim sendo, o enfrentamento dos problemas de saúde busca superar a dicotomia entre as denominadas práticas coletivas e as práticas individuais buscando as contribuições

> da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local. (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 2002, p. 41).

---

[1] De acordo com Paim (1999), a distritalização é uma forma de reorganizar os serviços de saúde já existentes em serviços de nível primário (porta de entrada, atendimento ambulatorial simples), secundário (atendimento ambulatorial especializado e pequenos hospitais) e terciário (grandes hospitais gerais e especializados que concentram tecnologia).

[2] Municipalização= Implica na desconcentração e descentralização da gestão para os municípios (PAIM, 1999).

A observação desse modelo no espaço geográfico ocorre de várias maneiras, a exemplo da visualização de locais próprios para reuniões entre técnicos e a população, facilitando o diálogo entre vários segmentos do conhecimento e da sociedade ou pelos vários tipos de propaganda de sensibilização em outdoors, ônibus, etc., enfatizando a questão da educação em saúde e; as ações intersetoriais em locais entendidos como mais críticos, promovidas por vários setores da Secretaria da Saúde, assim como de outros setores da própria prefeitura, havendo possibilidade do engajamento de segmentos da sociedade, como Organizações não-governamentais (ONGs), Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIPS), empresas, dentre outros.

Dessa forma, nesse modelo o poder é descentralizado, envolvendo uma trama complexa de entidades representativas dos mais variados interesses e de diferentes grupos sociais. Assim, a adoção da concepção ampliada de Vigilância da Saúde implica em

> avançar no processo de municipalização da gestão do sistema e da gerência das unidades de saúde localizadas no território dos municípios. (...) implica investir na articulação intersetorial, na reorganização da atenção primária (oferta organizada e ações de promoção da saúde e prevenção dos riscos e agravos, partindo dos territórios da ‘saúde da família’, aos territórios distrital e municipal) e no fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema de saúde (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 2002, p. 42)

Estas práticas que materializam os diferentes modelos de atenção apresentam na paisagem diversos marcos, reflexos de múltiplas temporalidades. É o tempo das filas para os exames de apoio diagnóstico; das movimentações dos agentes sanitários no combate aos vetores; da circulação das ambulâncias entre os hospitais, centros de saúde, conselhos, dentre outros.

Assim, a paisagem urbana, no contexto da espacialização dos modelos assistenciais, pode ser vista como um acúmulo desigual de tempos e a cidade de Recife é ímpar neste caso, uma vez que, ao longo de sua formação sócio-espacial, teve, em sua organização territorial, a superposição desses diferentes modelos.

Do tempo do higienismo restaram algumas edificações como o atual Cemitério de Santo Amaro, que até 1831 funcionava como local de quarentena dos escravos quando chegavam em Pernambuco e o Hospital Oswaldo Cruz, instalado em 1884 para

funcionar como área de isolamento. Ambos têm em comum o fato de terem sido criados como objetos para controle epidemiológico (BRAGA, 2007). Na atualidade, também é possível visualizar na paisagem resquícios desse modelo através de ações, como, por exemplo, nas campanhas de vacinação anti-rábica (foto 1).

Com relação ao modelo médico assistencial privatista, Braga (2007) aponta que na área em torno da Avenida Agamenon Magalhães, próximo ao viaduto Joana Bezerra, vem se formando um pólo de prestação de serviços médicos desde a segunda metade do século XIX, com a instalação do Hospital Português em 1855. Atualmente são vários os estabelecimentos que prestam serviços ambulatoriais e hospitalares, dentre eles o Hospital Esperança (foto 2).

No que diz respeito ao modelo mais atual, a Vigilância em Saúde, há também várias edificações, novas ou reutilizadas, como é o caso do prédio onde funcionava até 2007 o Distrito Sanitário I (foto 3). De modo especial, a Vigilância em Saúde já tem um acúmulo histórico em Recife, tornando relevante o estudo da realidade local para a reflexão de seus impactos nas cidades brasileiras.

1. Campanha de imunização anti-rábica de cães e gatos com o título: "Dia Nacional de Vacinação anti-rábica." (Modelo assistencial sanitarista)
Local: Praça Souto Maior, Jaqueira (Recife – PE)
Data: 26/10/2007 (acesso em 27/02/2008)
Foto: Não divulgado.
Fonte: www.saude.pe.gov.br/noticias.php

2. Divulgação comercial do Hospital Esperança – conglomerado hospitalar geral, de alta complexidade. (Modelo médico - assistencial privatista)
Local: Ilha do Leite (às margens do rio Capibaribe), Recife – PE.
Data: não encontrada (acesso em 27/02/2008)
Foto: Não divulgado.
Fonte: www.hope-esperança.com.br

3. Sede do Distrito Sanitário I (modelo alternativo – Vigilância em Saúde)
Local: Av. Guararapes, Recife – PE.
Data: 23/06/2006 (acesso em 27/02/2008)
Foto: Raul Kawamura.
Fonte: foto.raulkw.com.br/index.php?x=browse

Com o processo de municipalização, que ocorreu a partir de 1993 para obedecer aos princípios do SUS (lei 8.080/90 e 8146/90) e a norma operacional básica/ 1993, aproveitou-se a divisão do município já existente, em seis Regiões Político Administrativas (RPA), dividindo o espaço urbano em seis Distritos Sanitários (mapa 1). O objetivo dos Distritos Sanitários (DS) é o desenvolvimento de ações de saúde, em interação com outros órgãos da Prefeitura, dentre eles: Secretaria de Planejamento Urbano Ambiental, Secretaria de Educação, Secretaria de Políticas Sociais e Empresa de Limpeza Urbana (RECIFE, 1997).

Dessa forma, dispõe-se de uma cidade que já passou pelo processo de municipalização, e que apresenta condições políticas para estabelecer uma distritalização. Além disso, houve a preocupação também de executar na esfera municipal programas recém implantados na esfera nacional. Dentre esses programas, destacam-se aqueles que são objeto de estudo nessa pesquisa, o Programa de Saúde da Família (no ano de 1995) e o Programa de Saúde Ambiental (no ano de 2001).

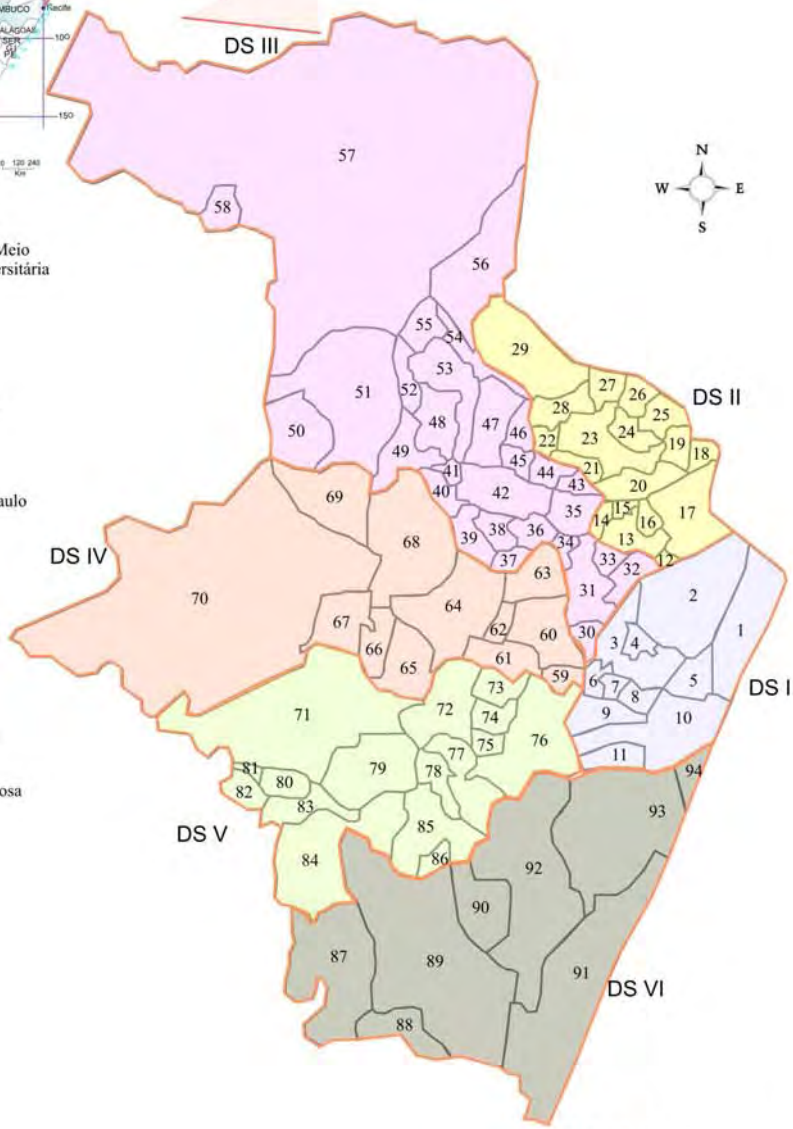
Isto não quer dizer que tal processo de implantação não seja marcado por movimentos contraditórios, uma vez que setores de outras temporalidades também estão presentes. Assim, as demandas por hospitais modernos e serviços de apoio diagnóstico também fazem parte da agenda política.

Contudo, o pioneirismo de Recife no desenvolvimento do modelo de Vigilância Sanitária pode ser verificado com a implantação do PACS, desde 1993 em Recife. Para isto, foram capacitados 510 agentes distribuídos nas seis RPAs, que foram escolhidos pela liderança da comunidade, e dentre os quais deveriam estar pessoas mais carentes, os integrantes da pastoral da criança e da saúde. Depois da capacitação passaram por um processo seletivo no qual apenas parte desse contingente foi aproveitado. Desta forma, em 1994 o PACS foi efetivado na cidade do Recife (PEREIRA, 2001) constituindo-se em uma experiência modelo para o país.

MAPA 1 Distritos Sanitários e localização dos bairros

Nome dos Bairros

01 Recife
02 Santo Amaro
03 Boa Vista
04 Soledade
05 Santo Antônio
06 Paissandu
07 Ilha do Leite
08 Coelhos
09 Ilha Joana Bezerra
10 São José (Coque)
11 Cabanga
12 Torreão
13 Encruzilhada
14 Rosarinho
15 Ponto de Parada
16 Hipódromo
17 Campo Grande
18 Peixinhos
19 Campina do Barreto
20 Arruda
21 Bomba do Hemetério
22 Alto Sta. Terezinha
23 Água Fria
24 Fundão
25 Cajueiro
26 Porto da Madeira
27 Beberibe
28 Linha do Tiro
29 Dois Unidos
30 Derby
31 Graças
32 Espinheiro
33 Aflitos
34 Jaqueira
35 Tamarineira
36 Parnamirim
37 Santana
38 Casa Forte
39 Poço
40 Monteiro
41 Alto do Mandu
42 Casa Amarela
43 Mangabeira
44 Alto José do Pinho
45 Morro da Conceição
46 Alto José Bonifácio
47 Vasco da Gama
48 Macaxeira
49 Apipucos
50 Sítio dos Pintos
51 Dois Irmãos
52 Córrego do Genipapo
53 Nova Descoberta
54 Brejo do Beberibe
55 Brejo da Guarabira
56 Passarinho
57 Guabiraba
58 Pau Ferro
59 Ilha do Retiro
60 Madalena
61 Prado
62 Zumbi
63 Torre
64 Cordeiro
65 Torrões
66 Engenho do Meio
67 Cidade Universitária
68 Iputinga
69 Caxangá
70 Várzea
71 Curado
72 San Martin
73 Bongi
74 Mustardinha
75 Mangueira
76 Afogados
77 Jiquiá
78 Estância
79 Jardim São Paulo
80 Sancho
81 Totó
82 Coqueiral
83 Tejipió
84 Barro
85 Areias
86 Caçote
87 Cohab
88 Jordão
89 Ibura
90 Ipsep
91 Boa Viagem
92 Imbiribeira
93 Pina
94 Brasília Teimosa



LEGENDA

Distrito Sanitário
Divisão dos bairros

CIDADE DO RECIFE

Distritos Sanitários e localização dos bairros.

FONTE: FIDEM- 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/

DESENHO: MARTHA PEREIRA; XISTO SOUZA Jr.
DATA: 2007

O PSF[3], por sua vez, foi implantado em 1995, sendo colocado em prática de imediato em dez (10) comunidades que já dispunham de PACS anteriormente, uma vez que tinha como pré-requisito a implementação em locais que já estavam funcionando o PACS (PEREIRA, 2001).

A partir da aprovação da publicação por parte do governo federal da Norma Operacional Básica no ano de 1996 – NOB/96 (BRASIL, 1996), parte do custeio com a assistência hospitalar e ambulatorial foi destinada exclusivamente ao PACS/PSF, sendo o valor proporcional à quantidade de habitantes atendidos. Essa medida incentivou prefeituras a aumentar a quantidade de equipes de PACS/PSF. Mais uma vez, Recife foi uma das cidades pioneiras e que soube aproveitar os recursos federais para avançar suas políticas de saúde local.

Na segunda metade da década de 1990, o PSF sofreu uma ampliação significativa tanto no âmbito qualitativo como no âmbito espacial. Os agentes comunitários de saúde (ACS) tornaram-se veículo de divulgação e auxiliares de todos os programas da Secretaria de Saúde que são de interesse coletivo (RECIFE, 1997). Até o ano de 2000, o PSF havia implantado 27 equipes. Na gestão 2001-2004 do governo municipal foi atingido o patamar de 154 equipes (RECIFE, 2004). A equipe do PSF inicial foi acrescentada por outros profissionais especialistas como o assistente social, ginecologista, psicólogo etc. (PEREIRA, 2001).

Inicialmente, a contratação foi realizada com base na indicação das comunidades, através das Associações Comunitárias Locais. A partir de 2001, a contratação passou a ocorrer por seleção pública (BEZERRA, BASTOS, BITOUN, 2007). A regulamentação da profissão ocorreu com a aprovação da lei 10.507/2002, sendo revogada e novamente regulamentada através da lei 11.350/2006. Sua efetivação, através da prefeitura da cidade do Recife, foi conquistada em outubro de 2007 (RECIFE, 2007).

Com relação à Vigilância Ambiental, a Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) elaborou o Programa de Saúde Ambiental (PSA), um projeto de iniciativa local que está em consonância com as idéias da Vigilância Ambiental. A proposta elaborada foi

[3] Conforme mencionado anteriormente, o PSF é denominado na atualidade ESF. Contudo, para ser fiel ao tempo no qual está sendo contextualizado o surgimento desse programa, será utilizado PSF.

implantada a partir do dia 13 de dezembro de 2001 com mais de 700 agentes de saúde ambiental (ASA) (PEREIRA, 2001; OPPPPSA, 2003).

A proposta do PSA baseou-se, inicialmente, na caracterização dos condicionantes ambientais que influem no processo saúde-doença da população, resultando na escolha de quatro fatores de risco a serem trabalhados de forma prioritária: fauna, qualidade da água para o consumo humano, contaminantes do solo e acidentes naturais. Para definir os graus de risco ambiental em cada bairro, os mentores do PSA utilizaram informações sobre o perfil epidemiológico, em que foram priorizadas observações de agravos relacionados ao meio ambiente, alguns conceitos da epidemiologia como área produtiva e receptiva e a classificação dos bairros de acordo com as condições de vida, segundo os critérios da tese de Guimarães (2003).

Já no que diz respeito aos componentes do PSA, podem-se destacar os parceiros, o supervisor, o agente operacional de apoio (AOA) e o agente de saúde ambiental (ASA).

Os parceiros são os componentes de outras secretarias do município que devem resolver problemas ocorridos na área do ASA, mas que não é necessariamente da competência da Secretaria Municipal de Saúde. O supervisor age como elo entre o distrito sanitário e os agentes (ASA e AOA), e entre estes e os parceiros. O AOA resolve os problemas que é de responsabilidade da Secretaria de Saúde, mas que não podem ser resolvidos diretamente pelo ASA. E o ASA identifica no imóvel os fatores de risco presentes e busca soluções, seja através dele ou repassando ao supervisor, que se comunica com os parceiros, AOA etc. (NASCIMENTO JÚNIOR, 2004).

O agente de saúde ambiental exerce atividades voltadas para o setor da saúde, como alimentar o banco de dados nacional sobre ações relacionadas ao combate à dengue, e sobre atividades relacionadas à detalhes na visitação do domicílio sobre presença de ratos, qualidade da água, risco de movimentos de massas, etc., além de ações voltadas para a comunidade no sentido de realizar a educação sanitária e para a saúde nos domicílios e em espaços coletivos como associações e escolas.

A contratação dos ASAs foi realizada a partir de uma seleção pública que garantiu a contratação por tempo determinado, sendo renovada periodicamente até a efetivação dos mesmos no mês de outubro de 2007 (RECIFE, 2007).

Nesses dois programas (ESF e PSA), além dessas ações de saúde pode-se observar também que os profissionais inseridos desenvolvem conhecimentos específicos que são fruto tanto de seu conhecimento apreendido na formação profissional, como de suas experiências na vida urbana e no cotidiano de trabalho. É a partir daí que passa a ser importante considerar os fatores inerentes à própria cidade, o que instiga ainda mais a investigação. Afinal, a organização e os aspectos paisagísticos característicos da cidade do Recife, assim como seu processo de produção espacial, são marcados por conflitos e embates sócio-econômicos, que resultaram na estruturação do espaço urbano no qual se quer intervir.

Do ponto de vista de sua morfologia, a cidade cresceu em meio a contrastes de ordem físico-natural representados por seus alagados e morros (BERNARDES, 1996). A primeira composição paisagística é formada por um ambiente de planícies (com possibilidade de alagamentos constantes) cortada pelos rios no seu baixo curso, e cujas moradias mais precárias são em geral irregulares e sofrem com as enchentes; a segunda, o ambiente de morros, é cortada por vales, tem suas encostas ocupadas desordenadamente e na época das chuvas, devido a constituição geológica ter presente a formação barreiras, ocorrem movimentos de massa podendo causar mortes (ALHEIROS, 1996 op cit SOUZA, 2000).

A problemática que mais preocupa na cidade é a questão da “insalubridade dos espaços residenciais da população pobre” que inclui, dentre outras coisas, o problema da falta de saneamento básico (SOUZA, 2000). Sobre isso, o então diretor do Centro de Vigilância Ambiental (CVA) em 2004 afirmou que “apenas 40% da cidade é saneada”. Isto quer dizer que 60% da população “tem que buscar formas alternativas de escoar seus dejetos, uma cidade basicamente no nível do mar... com lençóis freáticos muito superficiais e some-se a isso... apesar de praticamente 80% dos domicílios terem água encanada”, ter problemas com “a intermitência de água” (NASCIMENTO JÚNIOR, 2004).

A intermitência da água provoca problemas tanto com relação à saúde quanto ao ambiente. Quando a população junta água em casa, em tonéis, baldes, jarras, nem sempre acondiciona essa água corretamente, o que pode possibilitar a existência de criadouros do *Aedes Aegypti*, causando surtos de dengue, aumento de mosquitos,

doenças relacionadas à ingestão de água contaminada, devido ao seu manuseio inadequado, etc. Um outro caminho utilizado para resolver o problema da intermitência de água é a perfuração de poços, que no caso da população mais pobre, utiliza a primeira água que encontrar. Devido o lençol freático ser superficial e a cidade não ter um esgotamento adequado, pode haver contaminação de poços, fazendo com que a população se contamine com a água e fique doente (PEREIRA, 2001; NASCIMENTO JÚNIOR, 2004). Além desses problemas, ligados à infra-estrutura e ao ambiente, também há inúmeros ligados a fatores culturais e sociais como a questão do mau acondicionamento do lixo, criação de animais em local ou de forma inapropriada, dentre outros.

Diante deste quadro de referência, os agentes da ESF e PSA têm a possibilidade de desenvolver um tipo de conhecimento que está muito relacionado ao relevo, às condições de vida e ao ambiente como um todo, já que são temas freqüentes em noticiários locais, assim como nas manifestações artístico-culturais na cidade do Recife. A partir daí é possível inferir que além dos conhecimentos relacionados à saúde e ao ambiente em que pode se proliferar doenças, também está sendo desenvolvido um conhecimento geográfico, observação esta que converge com o objetivo desta pesquisa; avaliar o conhecimento geográfico dos agentes envolvidos na ESF e PSA.

Dentre os diversos procedimentos metodológicos presentes nesta pesquisa, optou-se por iniciar a contextualização desse conhecimento geográfico do agente a partir de sua própria expressão enquanto sujeito social. Sendo seguido por uma contextualização desse conhecimento a partir de outras escalas superiores à intra-urbana.

De acordo com Morin (2002), o sujeito tem uma dimensão lógica, ontológica, ética e etológica. Hall (2003), por sua vez, apresenta um sujeito que age consciente ou inconscientemente de acordo com regras superiores a ele, sejam condições históricas (Marx), o inconsciente (Freud), o uso do idioma entendido enquanto sistema social (Saussure), um poder disciplinar agindo em várias escalas da vida (Michel Foucault) ou o envolvimento em grupos de movimentos sociais iniciados na década de 1960. Lefèvre e Lefèvre (2003) afirmam que o sujeito é alguém que faz a coletividade falar

diretamente. Já Touraine (1994) defende que o sujeito surge quando o indivíduo se insere nas relações sociais e consegue transformá-las.

Com base nessas afirmações, pode-se iniciar um entendimento do que seria esse sujeito. Inicialmente ele tem várias dimensões, porém é fortemente influenciado por regras superiores, fato que é refletido no momento da fala. A partir do momento em que o sujeito reflete essa coletividade e é ouvido por alguém que pode projetá-lo diante de outros grupos, dessa forma, pode estar contribuindo para transformar algumas relações sociais em que vive.

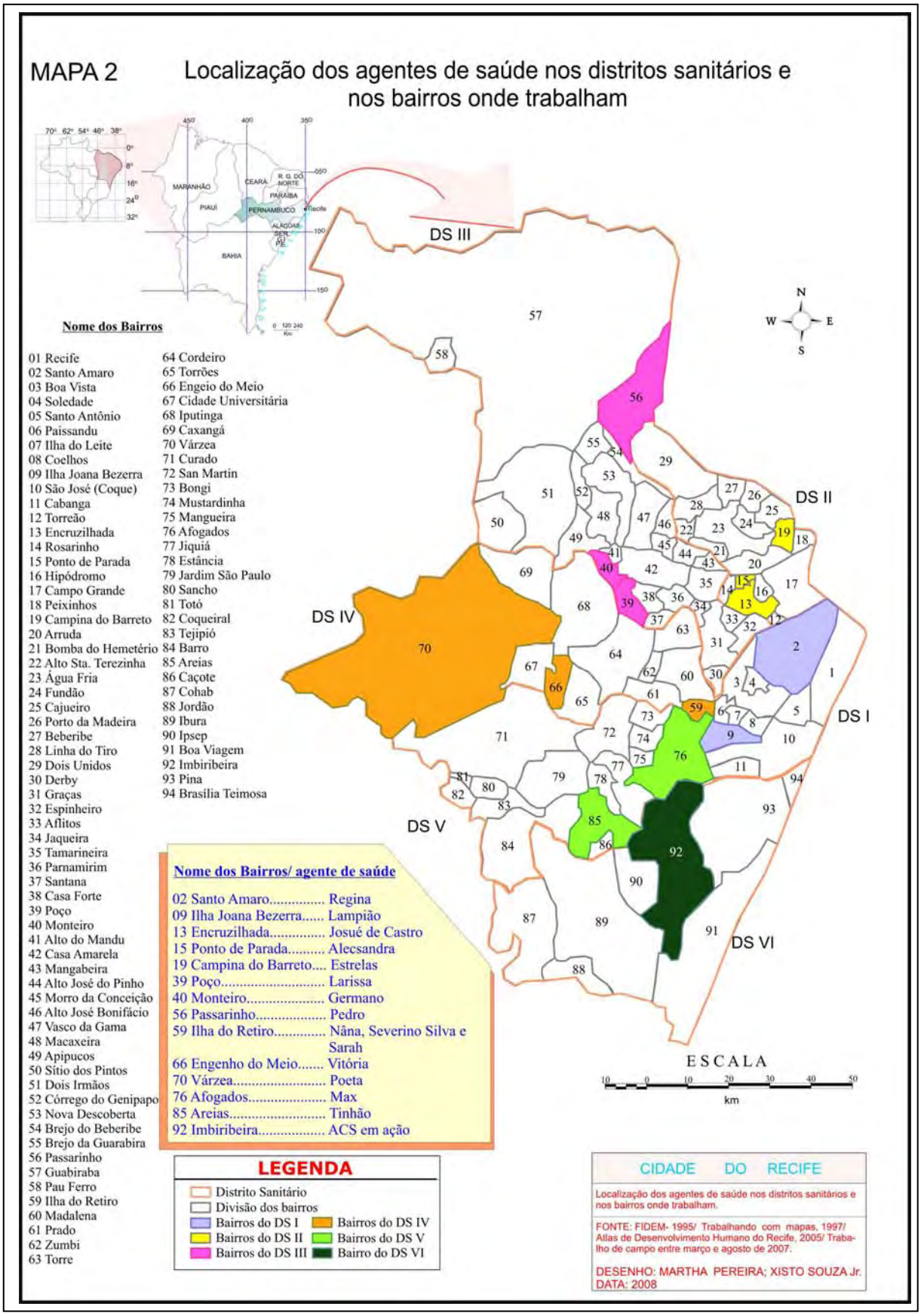
Assim sendo, o sujeito é capaz de representar o pensamento de uma coletividade, pois tem dentro de si vivência semelhante a de outros do mesmo grupo social a que pertence. No caso do agente de saúde, pode-se afirmar que ele é um sujeito porque tem experiências semelhantes à de outros agentes de saúde, uma vez que, estando sob o mesmo regime de trabalho, tem dificuldades parecidas na aplicação da teoria à prática, além de passarem por problemas práticos semelhantes no dia-a-dia de trabalho.

Dessa forma, torna-se importante a apresentação dos sujeitos que fizeram parte dessa pesquisa de forma mais direta. É uma forma de perceber a produção da cidade a partir das práticas dos sujeitos que atuam no desenvolvimento da política de saúde local. Ainda com relação à descrição dos sujeitos, ela é fruto do destaque de seus enfermeiros (no caso dos agentes da ESF), dos supervisores (quando se tratar dos agentes do PSA), de sua própria fala em meio ao trabalho de campo e de observações sobre o agente durante este contato.

1.2. OS AGENTES DE SAÚDE NO CONTEXTO DA CIDADE DO RECIFE

Os agentes de saúde que fizeram parte desta pesquisa são pertencentes à ESF (8 ACS) e ao PSA (8 ASAs), distribuídos nos seis distritos sanitários como se pode ver a seguir (mapa 2).

No distrito sanitário I os agentes estudados trabalham nos bairros de Santo Amaro e Ilha Joana Bezerra.


MAPA 2
Localização dos agentes de saúde nos distritos sanitários e nos bairros onde trabalham
MARANHÃO
CEARÁ
R. G. DO NORTE
PARAÍBA
PIAUÍ
PERNAMBUCO
Recife
ALAGOAS
SER.
BAHIA
DS I
DS II
DS III
DS IV
DS V
DS VI
N
S
W
E
ESCALA
km
Nome dos Bairros
01 Recife
02 Santo Amaro
03 Boa Vista
04 Soledade
05 Santo Antônio
06 Paissandu
07 Ilha do Leite
08 Coelhos
09 Ilha Joana Bezerra
10 São José (Coque)
11 Cabanga
12 Torreão
13 Encruzilhada
14 Rosarinho
15 Ponto de Parada
16 Hipódromo
17 Campo Grande
18 Peixinhos
19 Campina do Barreto
20 Arruda
21 Bomba do Hemetério
22 Alto Sta. Terezinha
23 Água Fria
24 Fundão
25 Cajueiro
26 Porto da Madeira
27 Beberibe
28 Linha do Tiro
29 Dois Unidos
30 Derby
31 Graças
32 Espinheiro
33 Aflitos
34 Jaqueira
35 Tamarineira
36 Parnamirim
37 Santana
38 Casa Forte
39 Poço
40 Monteiro
41 Alto do Mandu
42 Casa Amarela
43 Mangabeira
44 Alto José do Pinho
45 Morro da Conceição
46 Alto José Bonifácio
47 Vasco da Gama
48 Macaxeira
49 Apipucos
50 Sítio dos Pintos
51 Dois Irmãos
52 Córrego do Genipapo
53 Nova Descoberta
54 Brejo do Beberibe
55 Brejo da Guarabira
56 Passarinho
57 Guabiraba
58 Pau Ferro
59 Ilha do Retiro
60 Madalena
61 Prado
62 Zumbi
63 Torre
64 Cordeiro
65 Torrões
66 Engeio do Meio
67 Cidade Universitária
68 Iputinga
69 Caxangá
70 Várzea
71 Curado
72 San Martin
73 Bongi
74 Mustardinha
75 Mangueira
76 Afogados
77 Jiquiá
78 Estância
79 Jardim São Paulo
80 Sancho
81 Totó
82 Coqueiral
83 Tejipió
84 Barro
85 Areias
86 Caçote
87 Cohab
88 Jordão
89 Ibura
90 Ipsep
91 Boa Viagem
92 Imbiribeira
93 Pina
94 Brasília Teimosa
Nome dos Bairros/ agente de saúde
02 Santo Amaro..... Regina
09 Ilha Joana Bezerra..... Lampião
13 Encruzilhada..... Josué de Castro
15 Ponto de Parada..... Alecsandra
19 Campina do Barreto.... Estrelas
39 Poço..... Larissa
40 Monteiro..... Germano
56 Passarinho..... Pedro
59 Ilha do Retiro..... Nâna, Severino Silva e Sarah
66 Engenho do Meio..... Vitória
70 Várzea..... Poeta
76 Afogados..... Max
85 Areias..... Tinhão
92 Imbiribeira..... ACS em ação
LEGENDA
Distrito Sanitário
Divisão dos bairros
Bairros do DS I
Bairros do DS II
Bairros do DS III
Bairros do DS IV
Bairros do DS V
Bairro do DS VI
CIDADE DO RECIFE
Localização dos agentes de saúde nos distritos sanitários e nos bairros onde trabalham.
FONTE: FIDEM- 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Trabalho de campo entre março e agosto de 2007.
DESENHO: MARTHA PEREIRA; XISTO SOUZA Jr.
DATA: 2008

Fala-se do bairro de Santo Amaro desde o século XVI, quando na área onde funciona o atual Cemitério de Santo Amaro serviu para abrigar escravos para se estabelecerem durante a quarentena. Este espaço foi utilizado desta forma entre 1531 e 1831. Atualmente há vários prédios que marcam variados tempos históricos, como o próprio Cemitério (construído no local desse espaço para quarentena dos escravos, sendo inaugurado em 1851), o Hospital de Santo Amaro (1872), o Cemitério dos Ingleses (1814), Parque 13 de Maio (primeiro parque urbano histórico do Recife - 1939), Biblioteca Pública Estadual, Câmara dos Vereadores, entre outros (BRAGA, 2007; FUNDAJ, 2006).

Em um espaço com tantos marcos históricos e edificações que contam muito da história da cidade, há também áreas que foram ocupadas pelos mais pobres, e dentre eles está a comunidade de Santo Amaro, na qual trabalha **Regina**[4], uma das fundadoras desta localidade. Ela é uma pessoa que está sempre inteirada do que acontece ao redor e busca ajudar a todos de acordo com a sua necessidade. Sua inserção na saúde teve início de forma voluntária quando foi agente comunitária de saúde do IMIP (Instituto Materno-Infantil de Pernambuco). Afirma gostar de trabalhar com a comunidade. Durante a pesquisa mostrou-se uma pessoa calada e muito observadora. Atualmente sua área de trabalho é descrita pela equipe como muito carente, na qual há muitas pessoas que se envolveram com drogas e álcool e é percebida como uma área violenta.

A área onde está hoje o bairro Ilha Joana Bezerra tem esse nome devido à esposa de um dos proprietários, Belchior Alves Camelo, que se casou com D. Joana Bezerra, de importante família colonial no século XVII (BARBOSA, 2007). Com relação à intervenções no bairro, Braga (2007) aponta que se tentou aproveitar os espaços vazios para dinamizar a área e uma das coisas que tem dado certo é a implantação de instituições públicas e hospitais. Houve investimento num nível básico de urbanização e na melhoria das habitações, porém este autor afirma que, mesmo assim, a situação em geral é precária, pois há favelas tanto em baixo de viadutos como nas áreas de influência das marés, a exemplo da Vila do Coque (nome derivado de uma antiga

[4] Para preservar a privacidade dos sujeitos pesquisados, foram escolhidos por eles próprios nomes fictícios.

usina termelétrica que utilizava carvão). É exatamente nesta localidade que o agente de saúde Lampião trabalha.

Lampião veio do interior pernambucano ainda adolescente e conseguiu terminar o ensino superior após passar no concurso para agente de saúde ambiental. Formou-se em Pedagogia. Aproveitando sua facilidade de lidar com pessoas e ensinar, passou a trabalhar com alfabetização de adultos através de um programa do governo federal em sua própria área de trabalho enquanto ASA, trabalhava como educador à noite. Na comunidade do Coque também utiliza suas habilidades artísticas para confeccionar bonecos mamulengos e fantoches. Com esses instrumentos, trabalha com a educação ambiental, dentre outras coisas. Trata bem os idosos e já trabalhou com o serviço social da prefeitura. Parece ser uma pessoa paciente, sensível e espontânea. Durante a pesquisa foi possível perceber que é uma pessoa muito bem humorada, extrovertida e que gosta muito de ter contato com pessoas. Com relação à sua localidade, a equipe descreveu que há problemas com a infra-estrutura, violência e desemprego.

No Distrito Sanitário II, os agentes estudados trabalham nos bairros Encruzilhada, Ponto de Parada e Campina do Barreto. Os dois primeiros, vizinhos geograficamente, podem ser identificados como sendo áreas dinâmicas, onde o encontro e a troca estão presentes historicamente. No século XIX, a área onde hoje se encontra o bairro Encruzilhada era o ponto de encontro de três linhas férreas, uma proveniente do Recife (distante 3 quilômetros da parte central), outra de Beberibe (no qual uma importante estação é onde está o bairro de Ponto de Parada na atualidade) e a terceira de Olinda (local que na época foi valorizado para o veraneio). Esses trens urbanos eram denominados maxambombas (CAVALCANTI, 1998; VAINSENCHER, 2003; RECIFE, 1989). Esse encontro das redes de transporte possibilitou uma maior troca interpessoal e de mercadorias.

No que diz respeito às trocas interpessoais, Cavalcanti (1998) ressalta a descrição de Mário Sette no seu livro **Maxambombas e Maracatus**:

> Vinham apitando de longe os trens do Recife, Olinda e Beberibe e ali cruzavam-se. Era um espetáculo curioso e agradável o encontro dessas três composições. Paravam um perto do outro de vagões e vagões, olhares, comprimentos, perguntas, frases... – ‘Hoje não. Domingo irei passar o dia’. ‘-Pois não. Teremos uma cavala gorda’ (SETTE, 1981, p. 208)

A partir desse novo transporte, era possível encontrar os amigos com mais facilidade e trocar idéias. Entretanto, além das trocas interpessoais, também foi um local propício a trocar mercadorias.

Com relação às trocas comerciais, de acordo com Vainsencher (2003), no início do século XX havia, nas proximidades, um curral onde os animais passavam um tempo para engorda e depois eram enviados para o Matadouro de Peixinhos (onde atualmente funciona o Centro de Vigilância Ambiental, local que gerencia o PSA em Recife).

A consolidação desse espaço de troca ocorreu em 1923 com a inauguração da praça "Largo da Encruzilhada", do Mercado Público, em 1924, e no final da década de 1940 com a presença de uma Biblioteca Popular administrada pela prefeitura, na qual havia elevado número de usuários (CAVALCANTI, 1998; VAINSENCHER, 2003).

Com relação a essas trocas, têm-se como marcos edificados na atualidade o Largo da Encruzilhada, localizado no cruzamento de importantes avenidas como João de Barros e Beberibe, a Estrada de Belém e as ruas José Maria e Castro Alves, assim como o Mercado da Encruzilhada, que se constitui como um dos locais mais freqüentados do bairro (VAINSENCHER, 2003). E neste contexto é que trabalham os agentes Alecsandra e Josué de Castro.

Alecsandra é uma auxiliar de enfermagem que conhece bem o bairro Ponto de Parada. Na entrevista, disse gostar do que faz e que seu pensamento é que sempre tem alguém que está precisando dela. Pareceu ser uma pessoa muito sincera, objetiva quando fala e decidida quando age. Com relação à sua área de trabalho, a equipe ressaltou a facilidade de lidar com a população mais pobre devido à sua localização em uma única rua, facilitando a concentração de esforços neste setor. Como aspectos ruins foi ressaltada a necessidade da médica dispor de mais tempo para a USF, pois, além de trabalhar na equipe também está vinculada a dois CAPS (Centro de Apoio Psico-social); também foi reclamada a necessidade de ter um espaço físico onde funcione um Centro Social e a Unidade de Saúde da Família, assim como, dentro da própria unidade, ter um espaço para formar grupos de educação em saúde. Enfim, estão sentindo falta de espaços físicos para o encontro e de tempo para o aprofundamento de ações na área junto com a médica da unidade.

Josué de Castro atualmente está estudando pedagogia. Aparenta gostar do curso e, inclusive, busca fazer conexões entre as teorias que lê e a realidade em que vive e trabalha. Ele é um dos agentes que trabalha no bairro da Encruzilhada. De acordo com os colegas, Josué de Castro consegue diagnosticar todos os problemas em seu local de trabalho e tenta proceder alguma ação, seja junto à ESF ou em outras secretarias, sempre buscando soluções. Afirmam também que ele percebe com facilidade pessoas em situação de risco ambiental e social. Sua maior preocupação é com as crianças carentes. Contudo, ele extrapola o que é pedido, pois observa os problemas da área e quer resolvê-los, ultrapassando a saúde ambiental e sua área de trabalho. Quando está a caminho do trabalho e vê algo que pode fazer, ele faz. Durante o contato com esse agente foi percebido que ele é muito observador, cooperador e conciliador, porém um pouco tímido para falar em público. O que mais o destaca é sua vontade de ajudar, uma vez que está extraordinariamente disponível para ajudar o próximo.

Com relação à área de trabalho de Josué de Castro, sua equipe afirmou que a parte nobre do bairro da Encruzilhada é saneada, porém há problema com os moradores relacionados às várias recusas de visitas, a extensão das casas e ao risco de violência urbana (grande quantidade de assaltos), o que talvez explique em parte as recusas da entrada do ASA no interior do domicílio. Já na área mais carente, predomina a falta de saneamento, a presença expressiva de lixo, a intermitência de água e a moradia precária, além da predominância do comércio informal. Neste caso, a questão do vínculo, do encontro, parece ter sido perdida.

Ainda no Distrito Sanitário II há uma agente comunitária de saúde que trabalha no bairro Campina do Barreto, na localidade denominada Chão de Estrelas. Campina do Barreto surgiu em terras que inicialmente pertenciam a um comerciante português chamado Manuel Barreto (PERNAMBUCO DE AZ, 2---). A localidade denominada Chão de Estrelas teve início com uma ocupação em 1983. Foi uma história de luta no qual houve negociação em vários momentos, inicialmente pela desapropriação do terreno, depois para construção de casas e instalação de uma infra-estrutura básica para a sobrevivência, incluindo a iluminação pública, que influenciou no nome dessa localidade, pois, como disse a então diretora do Centro de Organização Comunitária da

localidade: “o chão simboliza a nossa luta árdua e as estrelas eram nossa única fonte de iluminação” (CAVALCANTI, 1998, p. 154).

Neste local trabalha **Estrelas**, uma pessoa muito articulada para resolver os problemas da população de Chão de Estrelas. É líder inata e busca usar essa liderança em benefício da comunidade, devido sua ligação emocional com o lugar. Um dos indícios dessa articulação é sua inserção em uma ONG patrocinada pela Visão Mundial, com o objetivo de proporcionar apoio à comunidade de várias maneiras, dentre elas o esporte, aperfeiçoamento profissional e cuidados com a saúde individual e coletiva. O foco está nas crianças e adolescentes, porém a família também recebe apoio para que as crianças possam ter um melhor desenvolvimento. Com relação à área, a equipe destacou tanto a ONG Visão Mundial, uma ONG evangélica, quanto o trabalho dos evangélicos das igrejas locais no sentido de melhorar a vida das pessoas. Entretanto, há também problema com pessoas usuárias de álcool e drogas em geral. Neste caso, há a possibilidade do encontro e do desenvolvimento local através de ações comunitárias.

No Distrito Sanitário III, houve contato com agentes de saúde que vivenciam seu cotidiano de trabalho nos bairros Poço, Monteiro e Passarinho.

Destes três, os bairros Poço e Monteiro, além de serem contíguos, têm algumas semelhanças históricas por fazerem parte dos denominados arrabaldes ribeirinhos. De acordo com Bitoun (2000b, p. 44), os arrabaldes eram assim denominados “aos assentamentos de habitat concentrado a partir dos quais se estende o ‘subúrbio’”, e que tinham algum tipo de ligação com a cidade.

No século XVI essas áreas à margem do rio Capibaribe já eram ocupadas e seu rio era utilizado para escoamento dos produtos dos engenhos que ali proliferavam, já existia o Engenho Monteiro (que deu origem ao bairro Monteiro), e o Engenho Ana Paes, na área atual do bairro Poço. Nessa época a produção do açúcar dava o sentido econômico à cidade e era a responsável pela organização espacial das áreas de abrangência a partir da sede de cada engenho (BRAGA, 2007; RECIFE, 1989).

No século XVIII os arrabaldes ribeirinhos continuaram também a ter importância devido aos banhos de rio, especificamente na área onde está atualmente o bairro do

Poço, local em que os médicos receitaram banhos de rio para combater uma “febre maligna epidêmica” que ocorreu por volta de 1746 (BRAGA, 2007).

Nesse período essa área começou a ser povoada e também visitada com mais intensidade, porém a falta d’água potável dificultava a vivência local até que foi descoberto um poço que tinha água de boa qualidade. Para preservar o poço colocou-se uma grande panela de barro, esse poço deu o nome à localidade e depois ao bairro (CAVALCANTI, 1998).

Apenas no século XIX é que a área do atual bairro do Monteiro teve seu apogeu a partir dos banhos de rio, que fez com que a área fosse freqüentada pelas famílias de classe média que iam “veranear” (BRAGA, 2007; CAVALCANTI, 1998).

Com relação à capela de Nossa Senhora da Saúde, localizada no Poço da Panela, esta foi transformada em igreja matriz do Poço da Panela em 1830, sendo reformada em 1840 (CAVALCANTI, 1998). Nesse século a igreja teve importância também por servir de esconderijo de escravos que dali partiam de barco pelo Rio Capibaribe em direção ao interior até poder fugir por terra para o Ceará, estado que já tinha abolido a escravidão na época. Essas ações eram apoiadas pelo Clube do Cupim, entidade liderada por José Mariano Carneiro da Cunha e sua esposa, Olegarinha Cunha, que residiam vizinhos à igreja (BRAGA, 2007).

No século XX esses bairros exibem algumas edificações ou ruínas de séculos anteriores, como é o caso do bairro Poço ou Poço da Panela (denominação da comunidade), no qual se pode visualizar a Igreja de Nossa Senhora da Saúde, que fica vizinha à antiga casa de José Mariano, herói local, ao qual fizeram uma homenagem com a instalação de um busto. Já com relação ao bairro Monteiro, Braga (2007) afirma que ainda existe a Capela Nossa Senhora das Dores, localizada na área do antigo Engenho Monteiro e uma parte da senzala que funcionava no local.

É em meio a essas histórias e marcos edificados que trabalham os agentes de saúde Larissa e Germano. A primeira em uma comunidade pobre urbana e pequena em número de moradores, encravada no bairro Poço que se apresenta como histórico, com marcos importantes para a história do Recife e com moradores considerados ilustres, como é o caso de Ariano Suassuna. Enquanto Germano, no bairro Monteiro, trabalha

em uma área mista do ponto de vista da situação econômica do morador, visitando casas situadas em comunidades pobres e outras em locais extremamente valorizados.

Larissa, para seus colegas de trabalho, é uma pessoa única. É vista como “ajudadora”, dinâmica e que está sempre atualizada de tudo o que ocorre na área de Poço da Panela. Ela é técnica de enfermagem e começou como agente na pastoral da saúde, sendo depois agente do IMIP (Instituto Materno Infantil de Pernambuco) e, por fim, agente da ESF. Durante o contato feito com ela, Larissa pareceu dinâmica e com uma extraordinária boa vontade para resolver qualquer tipo de problema que haja na comunidade. Possivelmente por já ter sido líder comunitária, é forte a vontade de estar presente para ajudar a todos. Seu engajamento político está tão presente que atualmente tem participado ativamente das decisões efetivadas através do orçamento participativo, coordenado pela prefeitura para decidir sobre ações a serem realizadas na localidade. Com relação à sua área de trabalho, foi afirmado que a presença da USF e a interação entre os colegas de trabalho têm se configurado como aspectos positivos. Entretanto, o fato da USF ter microáreas muito distantes e descontínuas geograficamente, dificulta o acesso dos moradores à unidade e o acesso dos agentes e da equipe em geral às comunidades, com exceção à comunidade onde está localizado a USF, o Poço da Panela.

Germano viveu quase toda sua vida no bairro Casa Amarela, muito próximo ao bairro onde trabalha. Esse fato fez com que ele tivesse afinidade com os bairros da localidade e com sua história. Apesar de afirmar que parou no ensino médio, é assíduo leitor e tem orgulho de ter um parente que foi pesquisador. Tem engajamento político, sendo inclusive filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT), apesar de nunca ter tido a intenção de se candidatar. Interessa-se pelas ações políticas e está sempre pronto a fazer uma intervenção crítica sobre o que foi realizado. Com relação à sua área de trabalho, foi mencionado, como destaque, a falta d’água, a presença de lixo, os morros próximos em contraposição ao rio Capibaribe e a moradia precária.

Ainda no Distrito Sanitário III, porém com uma história de ocupação e dinâmica populacional mais recente, está o bairro Passarinho. Devido uma origem mais recente, ou talvez de menor importância para o conjunto da história da cidade, não foi possível encontrar na bibliografia consultada informações sobre sua origem ou eventos mais

marcantes de forma específica. Entretanto, pode-se inferir que pela sua localização, a ocupação, ainda que incipiente, tenha ocorrido a partir da década de 1940 sendo, justamente, esta área o local em que se deu uma grande expansão da ocupação irregular (construção de mocambos).

Apesar de ter existido interesse em retirar os mocambos da parte central da cidade do Recife em governos anteriores, essa vontade política teve condições propícias de se efetivar de maneira mais contundente apenas a partir de 12 de julho de 1939, com a fundação da "Liga Social Contra o Mocambo" que teve como objetivo extinguir esse tipo de habitação e incentivar a construção de casas populares acessíveis economicamente e com condições higiênicas de moradia (GOMINHO, 1998).

Apesar das promessas de que o morador do mocambo só seria desalojado quando fosse se mudar para a nova casa, Gominho (1998) ressalta que, na prática, houve notícias de muitos mocambos que foram destruídos enquanto o morador estava trabalhando e outros tinham seu mocambo incendiado de forma inexplicável, ficando sem moradia.

Uma das conseqüências desses atos foi que muitas famílias ficaram sem o mocambo e apenas com a promessa da tão divulgada casa acessível e higiênica. Sem poder esperar por muito tempo, parte desse contingente populacional foi para a região sudeste e norte, outra parte voltou para o interior, e a terceira parte insistiu em ficar na cidade, porém passou a povoar os morros dos arredores da cidade. Esse movimento teve início na primeira metade da década de 1940 (GOMINHO, 1998).

Como já pôde ser inferido nos parágrafos anteriores, esta área do bairro Passarinho está inserida num ambiente de morros, os quais, fisiograficamente falando, têm a presença de colinas e seu solo está propício a deslizamentos na época de chuva devido ao desmatamento e do corte inadequado das barreiras (RECIFE, 2001a). Tem uma baixa ocupação populacional (apesar de seu crescimento ter sido acelerado na década de 1990). Isso é explicado, em parte, pela presença de áreas de reserva ambiental no perímetro da área do bairro.

Na década de 1990 há notícias de Passarinho como fazendo parte da legislação urbanística (Lei n. 16.176/96), cuja parte de sua área está inserida na Zona de Urbanização de Morros (ZUM), que exige legalmente que o uso e a ocupação do solo

ocorram em condições especiais, em que a densidade demográfica e construtiva deva ser baixa. E a outra parte desse bairro está inserida na Zona de Urbanização Restrita (ZUR), ou seja, tem-se ciência da carência, ou mesmo da ausência de infra-estrutura básica no local, de que a ocupação é rarefeita e que se deve manter essa pouca intensidade de uso e ocupação do solo (RECIFE, 2001a).

Neste bairro está trabalhando o agente de saúde **Pedro**. Este agente do PSA admira pessoas de personalidade forte. É uma pessoa sensível e isso talvez seja um de seus trunfos para ser admirado pelos colegas como um ótimo artista plástico, a partir das peças que são feitas por ele. Ao misturar sua profissão de artista plástico com a de agente de saúde, Pedro passou a se envolver com atividades de arte, reciclagem e meio ambiente. Essa admiração dos colegas e também de seus superiores faz com que ele seja uma exceção em relação a outros ASAs, pois ele consegue todo o material que precisa para o seu trabalho de educação popular. Faz oficinas principalmente com crianças, adolescentes e idosos, entre as quais se destacam as oficinas de máscaras e material reciclado, que tem tido grande repercussão no local. Ele começou a trabalhar como voluntário com grupos de idosos e adolescentes em projetos de aproveitamento de lixo reciclável para fazer objetos artísticos. Com relação à sua área de trabalho foi informado, como aspecto positivo, a boa receptividade da população e a presença do verde, dos sítios e granjas. Como aspectos negativos, foi mencionado o fato da área ser acidentada e, no que diz respeito ao serviço, a dificuldade de prestar uma assistência adequada. Não se está conseguindo, por exemplo, desratizar e detetizar as áreas de maior risco e com isso a população tem reclamado com o agente.

No Distrito Sanitário IV o contato foi realizado com agentes de saúde dos bairros Ilha do Retiro, Engenho do Meio e Várzea.

Antes mesmo de existir o denominado bairro Ilha do Retiro, em 1872 foi inaugurada uma ponte de madeira que ligava a parte central de Recife a esta área, mas que servia apenas de passagem para chegar à Madalena, um dos engenhos próximos à cidade (CAVALCANTI, 1998). Talvez devido à construção desta ponte é que tenha sido possível a ocupação mais intensa da área denominada atualmente como o bairro de Ilha do Retiro, já no início do século XX.

Uma das edificações que passou a ter importância no conjunto do atual bairro foi a construção do Núcleo Esportivo Sport Clube do Recife. Inaugurado em 13 de maio de 1905, foi a concretização da idéia de Guilherme de Aquino Fonseca, que depois de praticar “foot-ball” na Inglaterra, chegou a Recife e juntamente com amigos se empenharam para fundar este clube (CAVALCANTI, 1998).

Por volta de 1910, de acordo com depoimentos dos primeiros moradores da porção mais pobre (Caranguejo e Tabaiares), a área onde está hoje a comunidade de Caranguejo e Tabaiares era em parte mangue e em parte terra seca. Na parte do mangue já havia um viveiro e essa área foi paulatinamente aterrada para a construção dos mocambos. Quando a maré enchia dava para passar no local de bote e quando secava as casas ficavam cheias de caranguejo. Na porção seca havia um campo de futebol denominado Campo Tabaiares, a fábrica Delícia (que fabricava vinagre, café e álcool) e uma área de matagal, em cujo mato, quando retirado, foram encontrados vários documentos, deixando a entender que seria uma área onde os ladrões da cidade deixavam os documentos das vítimas anteriormente assaltadas ou roubadas (ETAPAS, 1998).

Desta maneira, desde o início, o bairro cresceu com uma população e com equipamentos urbanos referentes a um público misto do ponto de vista do poder aquisitivo.

Com relação à parte mais abastada, foi construída uma infra-estrutura que facilita a circulação de automóveis, além de possuir equipamentos como a Faculdade de Administração e Engenharia da Universidade de Pernambuco (FCAP), empresas de comércio e serviços no qual se destacam as de automóveis, e nas proximidades (Ilha do Leite) está localizado o Pólo Médico da rede privada de saúde (ETAPAS, 2005).

Pode-se igualmente inferir, ainda, que as vias que dão acesso a várias partes da cidade também facilitam o escoamento da rede de transporte pública, por meio da qual o morador da porção mais pobre tem acesso a várias localidades gastando muitas vezes apenas uma passagem. Por outro lado, devido à proximidade, também pode chegar ao centro da cidade a pé, possibilitando a economia com transporte urbano e o acesso mais fácil às possibilidades de geração de renda. É neste contexto que trabalham os agentes Nâna, Sarah e Severino Silva.

Nâna terminou o ensino médio no ano de 2007. Sua vida profissional teve início trabalhando como metalúrgica em São Paulo. Logo depois que voltou à Recife começou a trabalhar como agente de saúde dentro da comunidade onde nasceu, Caranguejo e Tabaiares, começou como agente da pastoral da saúde, depois foi agente de saúde do IMIP e posteriormente agente da ESF. Afirma gostar de atuar como agente de saúde. Pareceu ser uma pessoa um pouco desconfiada no início, mas depois parecia estar bem à vontade e tranqüila, sendo uma pessoa que passa muita confiança. Com relação aos aspectos positivos da área, foi lembrado da presença e funcionamento da escola municipal, da ONG Adolescer e do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Como aspectos negativos, foram mencionados a péssima estrutura em que se encontram as moradias, a presença de esgoto a céu aberto e, devido ao desemprego, a presença de muitos catadores de lixo e, conseqüentemente, uma grande quantidade de lixo reciclável. Outros aspectos negativos são: o uso de drogas, o alto índice de alcoolismo e de violência.

Os agentes de saúde do PSA, Sarah e Severino Silva, trabalham tanto com a parte mais rica quanto a mais pobre do bairro, os dois dividem a área denominada Ilha do Retiro.

Sarah é bióloga e técnica em enfermagem. É habilidosa com as pessoas e passa bem as informações. Essas características facilitaram seu trabalho de educação ambiental, a partir do qual já conseguiu a confiança da comunidade. Seus colegas também afirmam que trabalha com competência e seriedade, facilitando a realização de um bom trabalho de equipe. Durante o contato na pesquisa pareceu ser alguém que é muito sensível às necessidades da comunidade, chegando em alguns momentos a sofrer com isso. Sua impulsividade, característica marcante em sua personalidade, tem ajudado a tomar atitudes rápidas, quando possível, para amenizar os problemas locais.

Severino Silva é tido pelos colegas como alguém que tem um bom conhecimento técnico na área de saneamento. É criativo e isso o ajuda a estar sempre elaborando propostas para melhorar o trabalho. Consegue interagir bem com as ACS, liderança comunitária, além de se relacionar bem com boa parte das pessoas com quem tem contato. Quando realiza palestras para crianças e adolescentes sobre educação ambiental as pessoas o admiram pela simplicidade. Seus colegas o admiram também

por ser muito responsável, ter uma visão crítica e conhecer muito bem a área por onde transita, tanto na porção mais carente, Caranguejo e Tabaiares, quanto na porção mais abastada da Ilha do Retiro.

Com relação à área desses dois agentes foi colocada em relevância principalmente a questão do trabalho, em que destacou-se a boa intersetorialidade e os bons resultados da educação ambiental realizada pelos agentes do PSA.

Os atuais bairros Engenho do Meio e Várzea, localizados à oeste no DS IV, apesar de não estarem em áreas contíguas, possuem algumas situações históricas comuns ao longo de sua formação espacial.

Logo no início do século XVI as denominadas Várzeas do Capibaribe começaram a ser povoadas: os engenhos foram levantados e foi construída uma igreja. No final deste mesmo século a Várzea do Capibaribe já era considerada um lugar propício à extração da cana-de-açúcar devido à condição topográfica da área: os engenhos estavam distribuídos na planície (BRAGA, 2007; RECIFE, 1989).

Entre o fim do século XVI e início do século XVII, assim como ocorreu com os arrabaldes ribeirinhos dos Engenhos de Monteiro e de Ana Paes (citados anteriormente), os engenhos situados às margens do Capibaribe neste trecho também "representavam um papel significativo na organização sócio-econômica e espacial da cidade" (RECIFE, 1989, p. 212) inclusive porque, até então, as Várzeas do Capibaribe se estendiam até as freguesias de Afogados, à sudeste, e ao Poço da Panela, à nordeste. Dessa forma, a área onde hoje se localiza o bairro da Várzea, que na época era uma freguesia, passou a ter um pequeno povoado, com arruamento e casas ao redor da pequena igreja de Nossa Senhora do Rosário (RECIFE, 1989).

Em 1633, os holandeses que ocupavam o Recife e região saíram do Forte Príncipe Guilherme para conquistar uma área do atual bairro do Curado, localizada próximo aos atuais bairros Várzea e Engenho do Meio. No caminho ocorreram conflitos que interferiram na dinâmica das Várzeas, de forma que alguns engenhos que funcionavam foram extintos. Só a partir do século XVIII, é que nos locais desses antigos engenhos surgiram pequenos aglomerados, dentre eles o denominado Engenho do Meio (RECIFE, 1989). Após esse período estas áreas passam a ser mais independentes uma da outra.

Com relação à Várzea, no século XIX é aprovada a lei n. 36 de 6 de Maio de 1838 que separou a área da atual Várzea das Freguesias de Afogados e Poço da Panela. Desde então, a área do bairro passa a ter um núcleo mais definido e as construções passam a intensificar-se em torno deste núcleo. Logo após 1838 são construídas várias edificações às margens do canal Cavouco e adjacências, isso tem uma repercussão posterior com a percepção de que por volta do ano de 1880 as águas do rio já demonstravam indícios de poluição (BRAGA, 2007; RECIFE, 1989).

No fim do século XIX e início do XX a Várzea passa a ser considerada mais urbana após a inauguração da Escola Pinto Damaso, em 1896 e o Asilo Magalhães Bastos, em 1904, assim como em decorrência da implantação de serviços urbanos de transporte. Esses fatores, dentre outros menores, influenciaram na urbanização de sítios e na comunicação mais direta com a cidade (RECIFE, 1989). No século XX alguns dos aspectos que identificam o bairro Várzea são construções antigas e a família Brennand.

As construções antigas convivem com a cidade atual, dando-lhe um aspecto mais bucólico e possibilitando o contínuo vivenciar da história das “Várzeas do Capibaribe”, através, por exemplo, do Asilo Magalhães Bastos que, atualmente, está sendo utilizado como creche e escola pelos moradores de uma comunidade pobre denominada Campo do Banco (RECIFE, 1989).

A família Brennand também identifica o bairro por vários aspectos. O primeiro seria a questão da posse de uma área muito extensa de terras na Várzea, tanto que Braga (2007) afirma que por muito tempo essas terras eram confundidas com suas propriedades. O segundo aspecto seria a implantação do complexo industrial com a fábrica de vidros e azulejos, o qual culminou também com a construção da vila para funcionários e toda uma estrutura complementar (BRAGA, 2007). O terceiro aspecto seria pelo lado artístico e excêntrico, no qual se destacam: a oficina, local de visitação por moradores e turistas; as esculturas presentes na cidade, os prêmios recebidos e o castelo construído com aspecto medieval, dentre outros elementos que concedem à família espaços garantidos na mídia local.

É neste bairro, Várzea, que trabalha o agente de saúde do PSA **Poeta**, uma pessoa de aspecto calmo e sensível e que se mostra extremamente preocupado com o

próximo. Está sempre em busca de realizar ações que motivem e sensibilizem, dentre elas a elaboração de letras que se adequem a músicas conhecidas (as paródias) para sensibilizar os moradores quanto aos riscos relacionados ao mosquito da dengue e formas de diminuir a quantidade de criadouros na sua área de trabalho, que é muito próxima ao rio no seu baixo curso. Diante desta situação, Poeta elabora peças de teatro e ações que beneficiem a comunidade na parte social, como a entrega de cestas básicas em épocas festivas. O trabalho em equipe é muito valorizado nesse grupo, que utiliza os fins de semana para ensaiar várias atividades relacionadas à educação popular. Com relação à sua área de trabalho, esta foi descrita apenas como uma área à beira rio, no baixo curso.

Voltando ao bairro Engenho do Meio, no século XX ele ficou conhecido pela inauguração do Colégio Militar (1960); pelas Feiras do Comércio e da Indústria do Nordeste (1966-67) que marcaram época em Pernambuco como a maior feira do gênero na região nordeste; pela inauguração da Escola Técnica Federal de Pernambuco e a reativação do Colégio Militar do Recife (década de 1970) (CAVALCANTI, 1998).

Na porção mais pobre trabalha **Vitória**. Esta é considerada uma pessoa muito disponível para realizar qualquer atividade na comunidade em Engenho do Meio. Começou seu trabalho como ACS a partir de um concurso. No início tinha receio de não se adaptar, mas devido seu dinamismo e vontade de fazer o melhor, passou a conhecer muito bem sua área. Sua habilidade de lidar com o público conquistou a todos. Durante a presente pesquisa pareceu ser muito desinibida e uma pessoa que tem muita vontade de aprender. Com relação à sua área, destaca-se como ponto positivo o fato das pessoas serem esclarecidas e a comunidade não ser tão carente. Já com relação aos pontos negativos, foi apontada apenas a falta de uma pessoa específica na farmácia.

No Distrito Sanitário V, as atividades de campo foram realizadas com agentes de saúde dos bairros Afogados e Areias.

A construção do Forte Príncipe Guilherme, por volta de 1633, pelos holandeses, deu origem à povoação de Afogados. Este nome “Afogados” deve-se ao rio local onde morria muita gente afogada (BRAGA, 2007).

No século XVIII duas ações foram tidas como importantes nesta área. A primeira foi em 1737, com a construção de uma ponte e feito um aterro , a partir do qual se originou o Aterro dos Afogados. A segunda foi em 1787, com o alargamento do aterro e a instalação de uma feira (BRAGA, 2007).

No século XIX ocorreu um novo ciclo de conflitos e aterros. Com relação aos embates, o primeiro ocorreu em 1824, entre forças republicanas e a corte, durante a Confederação do Equador. O segundo momento foi em 1935, com a Intentona Comunista. Com relação aos aterros, houve novo aterramento em 1850 para a construção da Estrada dos Remédios. Entretanto, para quebrar um pouco este ciclo de aterros e conflitos, outro tipo de evento ocorreu por volta de 1897, a construção da Igreja Nossa Senhora da Paz, no Largo da Paz (BRAGA, 2007).

No século XX destacou-se a construção do Mercado de Afogados (1934) e sua reforma em 1994, assim como a construção de um viaduto da rede ferroviária do Nordeste em 1957 (BRAGA, 2007).

Atualmente o bairro Afogados é muito conhecido por seu comércio dinâmico, a partir do Mercado de Afogados, e pela intensa circulação de pessoas e de mercadorias, propiciada pela localização de um ponto de parada da estação do metrô do Recife. Neste bairro trabalha o agente de saúde do PSA Max.

Max é considerado pelos seus colegas como alguém que tem coragem, capaz de enfrentar a população no sentido de fazer com que haja mudanças nos costumes. De acordo com os colegas de trabalho, ele, de fato, conseguiu seu intento de sensibilizar e conscientizar mudando os costumes da população, conseguindo contribuir com a diminuição dos casos de dengue. Além do trabalho cotidiano, ele está sempre engajado com a comunidade para realizar outras atividades relacionadas à preservação do meio ambiente, à melhoria da saúde da população e das condições econômicas da comunidade, como, por exemplo, o trabalho com coleta seletiva e de coleta de óleo de cozinha para fabricação do sabão, gerando renda para a comunidade. Começou o curso superior de administração, porém não concluiu, mas segundo seus colegas tem uma capacidade crítica e analítica fantástica da conjuntura social, política e econômica, além de estar sempre atualizado através da internet. Dentre suas qualidades, destacam os colegas, está a de sempre trazer sugestões para resolução e encaminhamento dos

problemas da área. Gosta muito de fotografia, e utilizou as mesmas para comparar, a partir da imagem, a situação encontrada quando chegou para trabalhar em uma das áreas e quando saiu. Não possui mais estas fotografias, mas afirmou que a diferença foi grande. Costuma recorrer ao uso de fantoches, na área de trabalho, como forma de promover a educação em saúde, com destaque para a figura do cachorro dentro da casa, pois geralmente há um cachorro no domicílio. Isso tem grande repercussão junto à comunidade. No contato durante a pesquisa, após ficar à vontade, todas as qualidades colocadas pelos colegas tornaram-se presentes, além de ter se mostrado um ótimo contador de histórias e estórias. Consegue a atenção e ao mesmo tempo contagia a todos com muitas gargalhadas devido a comicidade com que trata assuntos sérios, ajudando as pessoas tanto a se sensibilizarem quanto a se divertirem muito.

Pela descrição deste agente de saúde consegue-se enxergar um pouco da história da localidade marcada por conflitos históricos e sua história de conflitos com a população no sentido de propor mudanças e melhorias para os próprios moradores, nos quais teve êxito em algumas de suas lutas. Com relação à sua área de trabalho, a mesma foi descrita como violenta, com problemas de coleta de lixo e presença de catadores, assim como o trabalho ser dificultado devido à muitas pendências e presença de terrenos baldios, o que propicia a grande quantidade de focos existentes.

Com relação ao Bairro Areias, especificamente, foram encontrados apenas alguns marcos importantes no século XX. Um deles foi ter em sua área o prédio da Sociedade Algodoeira do Nordeste Brasileiro (SANBRA), criada em 1923. A criação da “Troça Carnavalesca Mista Lavadeira de Areias”, criada em 1940 e entre 1951/52 a construção de casas populares no âmbito da “Liga Social contra os Mocambos”, direcionado ao abrigo das lavadeiras, e denominado de “Vila das Lavadeiras” (PERNAMBUCO DE AZ, 2---).

Atualmente o bairro é muito conhecido pelo PAM (Posto de Atendimento Médico) de Areias, pois atrai grande fluxo de pessoas de toda a cidade ao bairro. Neste contexto trabalha Tinhão.

Tinhão, alguém que valoriza suas raízes étnicas, é visto como uma pessoa muito dinâmica e que tem um grande potencial de trabalho. Trabalha desde jovem pela comunidade de Jardim Uchoa. Foi a liderança comunitária que o chamou para

trabalhar como ACS. Mas seu dinamismo o fez ser útil não apenas na área da saúde, mas também através da participação em uma ONG que tem convênio com a PCR. Apesar disso, seus colegas dizem que ele é pouco explorado diante de seu grande potencial, e isso pode desestimular um dia. Durante a pesquisa pareceu ser muito centrado, atualizado e consciente do que faz.

Com relação ao local de trabalho foi dito que é visto como aspecto positivo o fato de a área ser diversificada e o pessoal em geral ser esclarecido. Entretanto, na parte mais pobre foi colocada a necessidade de ter saneamento e de alimentação adequada à população.

No Distrito Sanitário VI foi possível obter a participação de apenas um agente de saúde, é uma ACS que trabalha no bairro da Imbiribeira.

Este bairro ficou famoso quando houve a execução de marinheiros em 1893, em decorrência do envolvimento dos mesmos na denominada Revolta Armada. No ano seguinte esses corpos foram exumados e depositados em um Mausoléu na Igreja Matriz dos Afogados (CAVALCANTI, 1998). Já no século XX, no fim da década de 1960, passou a funcionar o Ginásio de Esportes Geraldo Magalhães, denominado Geraldão, o qual, de acordo com Cavalcanti (1998), seria um dos maiores Ginásios de Esportes do nordeste brasileiro na época.

Um pouco distante destes marcos trabalha a agente de saúde **ACS em ação**. Esta é uma agente que, de acordo com os colegas de trabalho, é uma líder inata da comunidade Dancing Days. Começou a trabalhar pela comunidade como voluntária na formação de uma escola, já que não existia nenhum equipamento de infra-estrutura nessa época. Nesse local já fazia o trabalho de educação à saúde e seu interesse nessa área foi gradativamente crescendo. Quando surgiu a oportunidade de trabalhar como ACS aceitou com alegria. Como ACS seus colegas afirmam que ela se destaca no trabalho com os idosos. Em geral ela é uma das que mais conhece as necessidades das pessoas. No contato com a agente foi possível perceber que ela organiza e expõe as idéias com muita clareza e em uma velocidade que facilita a apreensão do que ela está falando. Também parece estar sempre procurando algo para melhorar a situação de sua comunidade, e esta busca inclui programas do governo federal, estadual, municipal, da ajuda de alguma ONG ou qualquer outra instituição que esteja disposta a contribuir.

Com relação à sua área, foi dito que é uma comunidade de 800 famílias e, mais ou menos, 3.500 pessoas, sendo o nível sócio-econômico muito baixo. Instalaram-se em uma área que não havia infra-estrutura e atualmente continua sem saneamento básico. Isso acarreta em doenças infecto-parasitárias, sendo as crianças as mais afetadas. Outros problemas de saúde prevalentes, neste caso nos adultos, é a pressão alta e a diabetes. Com relação ao serviço oferecido falta dentista, otorrinolaringologista para criança e a marcação de consultas com especialistas é muito deficiente.

Enfim, os sujeitos que fizeram parte desta pesquisa são pessoas que buscam fazer a diferença no seu local de trabalho e que apresentam muitos indícios de estarem desenvolvendo um conhecimento geográfico. Chama a atenção a forte religiosidade de muitos deles, o que pode estar influenciando na dedicação com que trabalham e com uma postura mais otimista diante da realidade que se apresenta para eles no dia-a-dia. Diante disso, como apreender esse conhecimento geográfico do agente de saúde incluído nesses dois programas? Que técnicas de coleta de informações seriam mais eficazes para apreender da melhor maneira esse conhecimento? De que serve esse conhecimento na prática de trabalho deles? Essas e outras perguntas permeiam esse trabalho que será detalhado nos capítulos seguintes.

Este capítulo mostrou um pouco do contexto em que os agentes de saúde trabalham. Por um lado, a partir da combinação de modelos assistenciais de saúde que surgiram em tempos e com paradigmas diferenciados, mas que se relacionam formando um sistema de saúde que aproveita um pouco das ações e pensamentos de cada modelo. Por outro lado, esses modelos assistenciais estão agindo em um espaço geográfico que também é fruto de ações acumuladas ao longo do tempo e que, pelo menos em alguns casos, têm influenciado no modo de agir desses agentes de saúde nos bairros onde trabalham.

Comparando-se estes modelos assistenciais aos sistemas técnicos apresentados por Santos (1997) pode-se também apreender algumas possibilidades de entendimento.

Santos (1997) afirma que há correlação entre a forma como os sistemas técnicos se combinam e sua conseqüência sobre as formas de vida possíveis naquela área.

Assim como quando se verifica que uma técnica predomina sobre a outra, pois é necessário verificar se os resíduos do passado são obstáculos à difusão do novo, ou, ao contrário, encontram formas de permitir ações simultâneas.

A implantação de diferentes modelos assistenciais para enfrentar as doenças que surgem ao longo do tempo tem trazido uma peculiaridade ao espaço geográfico do Recife, as quais, combinadas à história local, fizeram surgir respostas diferentes na cidade, bairro ou comunidade em que são implantados os modelos. Foi o que se percebeu, por exemplo no Distrito Sanitário II no qual, da mesma forma que a história do bairro onde atuam, que propicia o encontro, esses agentes também buscam espaços de encontro e aprofundamento de relacionamentos entre a equipe e o usuário, ou paciente.

Também foi observado que esses resíduos do passado fizeram surgir ações simultâneas e até mesmo complementares, como é o caso das campanhas de imunização com ações de educação em saúde e sanitária.

Capítulo 2...

Conhecimento geográfico e a prática da Vigilância em Saúde

Olhar o território e buscar entendê-lo é mais do que dominar um conjunto de técnicas; é assumir uma forma de raciocínio, adotar uma lógica diferente para compreensão do processo saúde-doença **(SILVA, 2004)**

2. CONHECIMENTO GEOGRÁFICO E A PRÁTICA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A presente pesquisa parte de uma compreensão dos sujeitos sociais como aprendizes em suas práticas cotidianas. De acordo com Larossa (1995), essa possibilidade de aprendizagem é facilitada na medida em que o sujeito passa a ter consciência de si e busca gerir suas próprias atitudes. Estando consciente e autônomo, pode-se considerar que esse sujeito estaria maduro, equilibrado para com as práticas educativas.

Com relação ao conhecimento geográfico dos agentes de saúde da ESF e do PSA na cidade do Recife, a consciência de si e a busca pela gerência de suas próprias atitudes também estão presentes para a implementação dessas práticas educativas. Uma forma de demonstração do amadurecimento deste conhecimento passa pelo desenvolvimento de competências e habilidades sociais.

2.1 COMPETÊNCIAS E HABILIDADES SOCIAIS DO SUJEITO

Entende-se por "competências sociais"[5], as capacidades mais gerais de operar com os conhecimentos e que são demonstradas por meio de habilidades e comportamentos. Já as habilidades e comportamentos são os dados que de fato são visíveis ao pesquisador (ALLES, 2006a).

Aplicados estes conceitos à realidade de trabalho dos agentes de saúde da ESF e PSA, torna-se possível comparar e distinguir diferentes competências. Contudo, ainda que aplicadas aos agentes de saúde, essas competências são tratadas de forma diferenciada a depender do grupo que trata do tema, pois estão inseridos em escalas geográficas distintas, com ações igualmente variadas.

[5] Durante todo o trabalho será considerado que as "competências" são sociais porque serão trabalhadas as competências do sujeito e seu desenvolvimento no cotidiano de trabalho, essas mesmas competências no trabalho e as competências diante de um projeto educacional mais amplo, que visa o desenvolvimento de competências através da capacitação.

O debate a respeito do tema teve início na década de 1970, porém ganhou expressão a partir da década de 1980 no mundo do trabalho no contexto da economia flexível (ALLES, 2006b; ZARIFIAN, 2001).

De acordo com Fleury & Fleury (2001b), as competências sociais têm sido discutidas a partir da associação dos níveis de compreensão relacionados à pessoa/ sujeito (competência do indivíduo), em que o desempenho do sujeito é destacado; no nível das organizações (as *core competences*), em que é exigido determinado perfil de trabalhador; e dos países (sistemas educacionais e formação de competências), situação em que o governo ou instituições de ensino autorizadas pelo governo e influenciadas pelo empregador, buscam preparar o sujeito, trabalhador de determinado setor, para estar em condições de se encaixar no perfil exigido.

No âmbito do sujeito, a competência social é visível através das habilidades dos indivíduos. Neste caso, observa-se o desempenho do indivíduo de várias maneiras para chegar-se a alguma conclusão sobre as competências desenvolvidas. (FLEURY & FLEURY, 2001b; HERNANDEZ, 2000; RAMOS, 2006).

De acordo com Fleury & Fleury (2001b) e Alles (2006a), alguns dos principais autores que se interessam pelo conceito de competência na perspectiva do indivíduo são David McClelland (década de 1970 nos EUA), Richard Boyatzis, Lyle Spencer e Signe Spencer (década de 1980 nos EUA) e Claude Levy-Leboyer (década de 1990 na França). É uma perspectiva voltada para os conhecimentos da psicologia, que tem por base a motivação como propulsora de todas as competências (ALLES, 2006a).

Apesar do enfoque no indivíduo, Alles (2006b) afirma que essas competências surgem sempre dentro de um contexto no qual, depois da comunicação com outros indivíduos nesse mesmo contexto, são geradas competências. Essa afirmação fornece também o fundamento para que se considerem as competências individuais como competências do sujeito agente de saúde.

No que diz respeito às organizações, e que há aplicações para o serviço público, a competência está associada ao modelo de produção atual em que a flexibilização da economia, segundo Zarifian (apud Fleury & Fleury, 2001a), exige um trabalhador que esteja pronto a lidar com o imprevisto, entenda as necessidades da empresa e preste

um bom serviço ao cliente. De acordo com Fleury & Fleury (2001b), a competência passa a ser entendida como uma série de ações que visa agregar valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.

Já com relação aos países, o sistema de competências tem sido implantado principalmente através de reformas no sistema educativo, auxiliando no crescimento e diversificação da oferta em educação profissional, e, em alguns casos da reorganização da gestão do trabalho (RAMOS, 2006).

Estes níveis de compreensão apresentados por Fleury & Fleury (2001b) possibilitam organizar o entendimento das competências de acordo com a escala geográfica de estudo. Já com relação aos marcos conceituais, o entendimento das competências segue um rumo um pouco diferenciado.

Segundo Hernandez (apud RAMOS, 2006), os marcos conceituais que têm ordenado à implantação de sistemas de competência profissional podem ser entendidos pela acepção do conceito performativo e disposicional ou reflexivo de competência.

De acordo com este autor, o conceito performativo de competência busca observar a noção de competência a partir do desempenho do indivíduo revelado em uma situação profissional, segundo padrões de qualidade. Os procedimentos metodológicos apontados por Hernandez para lidar com esta abordagem é a descrição dos desempenhos esperados (a partir de investigação já realizada em outro momento ou com pessoas que estão ligadas ao ramo de trabalho), a formulação de normas de competência e a realização das avaliações em situações de trabalho ou em condições equivalentes (RAMOS, 2006).

Já o conceito disposicional ou reflexivo de competência tem por objetivo revelar o conjunto de saberes e características incorporadas e mobilizadas por uma pessoa em diversas situações de trabalho e na sua relação com outros trabalhadores. Esses saberes e características são incorporados através da formação e da experiência que se integram ao trabalho para solucionar situações distintas que se apresentam no dia a dia. A partir dessa abordagem pode-se ter elementos suficientes para construir um referencial que redesenhe e atualize os processos formativos, assim como modifique o seu alcance.

Para descobrir esses saberes e características adotam-se procedimentos exploratórios em que se buscam interlocutores diversos. O marco inicial é a institucionalidade existente, a partir da qual se exploram formas de aproximação com o mundo do trabalho incorporando novos âmbitos de aprendizagem e novas tecnologias que possam atualizar e flexibilizar a oferta de formação educacional neste setor de trabalho (RAMOS, 2006).

Hernandez (apud RAMOS, 2006) apresenta inicialmente uma abordagem sistemática e mais próxima ao cotidiano (performativo) ao qual o sujeito agente de saúde se relaciona. Enquanto que a segunda (conceito disposicional ou reflexivo) busca apresentar uma abordagem mais exploratória e mais próxima ao contexto em que esse trabalhador está inserido, a organização em si.

Com relação às competências gerais para o indivíduo, Lyle Spencer e Signe Spencer, no livro intitulado **Competence at work, models for superior performance**, classificaram os principais tipos de competências em: motivação, características pessoais, conceito próprio ou conceito uno, conhecimento e habilidades (ALLES, 2006b).

A partir do entendimento do significado de cada uma dessas competências no decorrer do trabalho de campo exploratório, propôs-se uma classificação para esta pesquisa da seguinte maneira: motivação, características pessoais, autonomia (conceito próprio ou conceito uno), domínio conceitual (conhecimento) e domínio da linguagem cartográfica (habilidade), competências que serão descritas a seguir.

De acordo com Birch & Veroff (1970) estudar a **motivação** é buscar explicações sobre as razões de se realizar determinada ação. De acordo com Angelini (1973) tem-se como pressuposto que sempre existe um motivo que orienta a pessoa para certos objetivos, e que eles têm graus de intensidades diferenciados a partir de cada indivíduo.

Além dos motivos estarem presentes em graus diferenciados, Angelini (1973) aponta que é importante considerar que vários indivíduos podem realizar uma mesma atividade animados por motivos diferenciados, embora considere que um mesmo motivo possa fazer com que os indivíduos ajam de forma totalmente diferente. O autor também lembra que a motivação é influenciada pela personalidade de cada indivíduo,

pelas experiências passadas de cada um, seja no trabalho ou em outro local e, pelos fatores ambientais (ANGELINI, 1973).

Birch & Veroff (1970) afirmam que há pelo menos três pressupostos que norteiam as teorias da motivação. O primeiro deles é que a unidade de estudo para a teoria da motivação é a atividade, ou seja, é através da ação do indivíduo, de seu direcionamento diante das possibilidades que se pode buscar entender a motivação de um indivíduo. O segundo pressuposto consiste em que há possibilidade de codificação fidedigna das atividades de forma científica. Já o terceiro é que as atividades têm determinantes psicológicos contemporâneos, em outras palavras, as ações são influenciadas pelo contexto em que se vive.

A atividade, unidade de estudo para a teoria da motivação, também é unidade de estudo das competências de um indivíduo. Dessa forma, concorda-se com a afirmação de David McClelland quando coloca que a motivação humana é a base pela qual se desenvolve a gestão por competências, no qual se pode definir o motivo como interesse de um logro baseado em incentivos que selecionam comportamentos (ALLES, 2006a).

De acordo com Alles (2006a), pode-se dizer que alguém está motivado por alguma coisa quando está sempre fazendo ou pensando sobre determinada atividade, isto é, deixa de ser um pensamento ou atitude ocasional para ser um pensamento ou uma atitude recorrente.

Do exposto, surgem várias indagações relacionadas à como estudar a motivação dos agentes de saúde, assim como surgem indagações sobre quais motivos são importantes para a realização de atividades relacionadas com outras competências sociais.

Dessa forma, para entender a motivação dos agentes de saúde, uma das possibilidades seria responder o que influencia a motivação do sujeito agente de saúde no âmbito e fora do âmbito de suas atividades. Verificou-se na análise dos resultados da pesquisa que o que estava fortemente associado ao grau de motivação seriam as características pessoais.

As **características pessoais** são características que influenciam no desempenho das competências e habilidades. De acordo com Spencer & Spencer estas podem ser

características físicas ou de comportamento, ou seja, que tem a ver com respostas a determinadas situações do ambiente no qual a pessoa convive (ALLES, 2006b).

Certamente, a capacidade de resposta a diferentes situações do seu entorno também pode ser associada ao **domínio conceitual**, o qual está intrinsecamente relacionado ao conhecimento.

De acordo com Morin (1999), esse conhecimento passa a existir a partir do atendimento de alguns princípios. O primeiro refere-se à conjunção de fatores biológicos instituindo uma computação e ordenação de eventos. O segundo princípio é o da auto-exo-referência, que permite a auto-computação, ou seja, o ser humano tem uma auto-referência que confronta com referências externas para gerar novos conhecimentos. O terceiro é que a apreciação da dualidade entre a objetividade e a subjetividade humanas forma uma pluralidade complexa do ego-geno/sócio-centrismo, isto é, considera-se o ser humano complexo a partir da aceitação de sua dualidade objetiva e subjetiva concomitantemente.

Dessa forma, o conhecimento, para Morin (1999), é ao mesmo tempo cultural, espiritual, cerebral e computante. Além disso, o autor acrescenta que o conhecimento agrega algumas características. Uma delas é possuir bases flexíveis, isto é, estar em permanente construção, em movimento. Outro fator importante é ter ciência de que o conhecimento não pode ser completamente conhecido. Uma outra característica é estabelecer diálogo entre a reflexão subjetiva e o conhecimento objetivo. O autor também lembra que para se estudar o conhecimento (objeto) é necessário conhecer um pouco a pessoa possuidora desse conhecimento (sujeito). Por fim, o conhecimento se expressa através da linguagem.

Ainda com relação às características, Maturana (198-) coloca que esse conhecimento é expresso de acordo com um contexto específico e Morin (2005) acrescenta que o conhecimento opera por seleção de dados (separa, une, hierarquiza e centraliza) e se dá por meio da lógica, que é comandada por fatores ‘supralógicos’.

Para se ter condições de saber se o sujeito analisado conhece algo, domina um determinado conjunto de conceitos, é necessário saber se ele tem consciência de determinado tema (MORIN, 1999). E, mais uma vez, Maturana (198-) reforça que esta consciência é dependente das relações entre os sujeitos.

De posse do conhecimento e tendo consciência de que ele existe, o que fazer com ele? Repassar simplesmente? Maturana (198-), ao falar sobre a educação no Chile, defende que o repasse do conhecimento é repleto de intencionalidade e que depende, portanto, do contexto em que é apresentado e isso pode ser o causador de ações completamente diferenciadas. Esse quadro de referência remete ao questionamento sobre o que influenciou na construção do conhecimento desses agentes? Que tipo de conhecimento esses agentes desenvolveram em relação ao espaço em que trabalham? O que eles pensam sobre seu conhecimento? De acordo com a forma como é repassado o conhecimento dos agentes, que tipo de ações (de moradores/ comerciantes/ industriais) são visualizadas nas áreas de trabalho? O que os agentes de saúde pensam sobre o conhecimento da população atendida por eles?

Do exposto, entende-se que o conhecimento se expressa pela linguagem, e essa linguagem, de acordo com Morin (1999), reproduz cultura, solução de problemas, críticas, desvios, contestação e explicação, enfim, expressa idéias.

Ao discutir sobre linguagem, Chauí (2005) afirma que tanto na concepção empirista quanto na intelectualista, a linguagem pode ser considerada um instrumento de representação de coisas ou idéias. Dessa forma, é a partir do termo representação que se irá congregar o resultado da expressão oral, da escrita, das ações e da produção de imagens sobre a área. Entenda-se que a representação social está sendo concebida neste momento como uma forma de expressão de um sujeito em relação ao um objeto a partir de vários instrumentos (JODELET, 2001).

Quando Castoriadis (1990; 2007) trata do termo **autonomia**, o mesmo refere-se à capacidade de auto-gestão, seja inserido num projeto individual ou coletivo. A palavra autonomia origina-se do grego *autós* (o próprio), mais *nómos*, que possui duas acepções: ‘lei’ e ‘convenção’ (SOUZA, 2006). Dessa forma, a autonomia tem o sentido de ‘lei própria’ ou ‘convenção própria’.

A autonomia seria, portanto, expressa individualmente e coletivamente (CASTORIADIS, 2007). Quando se expressa individualmente, significa o domínio do consciente sobre o inconsciente, isto é, substituir o discurso do outro pelo seu próprio. Buss (2002) afirma que, neste caso, a pessoa é a lei para si mesma, pode se auto-governar. Já quando se expressa coletivamente, a autonomia é a elaboração do

discurso do outro (seja esse outro uma instituição, indivíduo etc.) e a reunião de um conjunto de ações que favoreçam a discussão consciente de qualquer tipo de norma a ser implementada (CASTORIADIS, 2007).

Apesar de Castoriadis (2007) mostrar claramente essas duas dimensões, no livro de sua autoria **El mundo fragmentado** (1990), este filósofo afirma que a autonomia individual e coletiva são inseparáveis uma vez que nada é isolado. Segundo ele, só é possível haver uma sociedade autônoma se houver indivíduos autônomos, capazes de instituir ações de forma lúcida e reflexiva, os quais só existem plenamente se estiverem incluídos em uma sociedade autônoma.

Castoriadis (2007) também afirma que a autonomia, por mais expressiva que seja, não atinge sua totalidade. Seja a individual, porque não consegue eliminar o inconsciente, seja a coletiva, porque não consegue se excluir da dimensão social-histórica a que pertence.

Para Morin (2005), o estabelecimento da autonomia individual, dessa lei e/ou governo próprio, só é possível quando o sujeito tem consciência de que existem imposições de atitudes provenientes de algumas regras impostas de poderes verticais, superiores às suas relações cotidianas, e de poderes horizontais, que fazem parte da escala geográfica do cotidiano desse indivíduo, cabendo a esse sujeito escolher, dentre as idéias existentes, como pretende agir. Acrescente-se às idéias, as possibilidades, já que essa autonomia só é favorecida quando há um conjunto de ações em outras instâncias que permitem a ação do sujeito.

Coletivamente, Castoriadis (1990) defende que a autonomia surge do imaginário do instituinte, o qual não é formalizado nem localizável, mas está presente expondo suas idéias para serem discutidas, postuladas e aceitas coletivamente.

Souza (2006) afirma que, mesmo considerando as afirmações de Cornelius Castoriadis em várias de suas obras no que diz respeito à autonomia não ser plena em nenhuma sociedade, existe a possibilidade da presença de uma autonomia forte ou fraca, fazendo com que se visualizem, na prática, graus de autonomia diferenciados. Coloca como exemplo prático os casos em que a sociedade consegue, seja diretamente, ou através de uma delegação, viabilizar determinadas ações.

No Brasil, o exemplo mais próximo dessa democracia direta, que demonstra certo grau de autonomia dentro da sociedade, está representado pelo orçamento participativo no município, no qual a população tem condições de votar, seja diretamente ou através de delegados, que ações gostariam que fossem implementadas dentro da cidade (SOUZA, 2006).

Recife é uma dessas cidades que implementou o orçamento participativo. Dessa forma, tendo por base a decisão popular, parte do orçamento municipal é destinada a ações que foram votadas diretamente pela população. Essas ações geram modificações no espaço geográfico fazendo com que haja uma transformação na organização urbana da cidade e, por conseqüência, uma certa territorialização por parte de quem decidiu pela efetivação dessas ações.

No contexto da ESF e do PSA, a autonomia também pode ser exercida no âmbito coletivo e individual. No projeto coletivo, ela pode ser executada pela própria Prefeitura no sentido de viabilizar a participação da população e dos profissionais relacionados às políticas, na tomada de decisões coletivas sobre modificações no espaço da cidade. Enquanto no projeto individual, a autonomia do agente depende de como ele age, a partir da combinação das influências impostas ao cargo que exerce profissionalmente (agente de saúde), de sua relação com a comunidade e de seus próprios valores. Estes, por sua vez, a partir de um conhecimento mais efetivo da área e da busca pela transformação da realidade local, podem resultar ou não em habilidades adquiridas e transformações da realidade local.

O **domínio da linguagem cartográfica** está vinculado à relação do homem com o espaço geográfico. Sua representação através de um desenho, conforme mencionado por Santos (2002), expressa uma visão e um raciocínio sobre o mesmo, assim como tem relações com o meio cultural, expressando uma experiência vivida. Dessa forma, percebe-se que está inclusa nessa informação a necessidade de se considerar duas dimensões nessa competência: a subjetiva e a técnica.

Na dimensão subjetiva, a representação espacial reflete a autonomia do indivíduo em meio ao seu contexto de vida e/ou trabalho, assim como o seu grau de domínio conceitual.

Quando expressa a autonomia, o agente desenha elementos que são considerados como locais que aglutinam características passíveis de mudar a realidade local.

Quando expressa o grau de domínio conceitual, o agente desenha elementos que podem influenciar no processo saúde-doença da população, e que ele só pode observar pela sua capacidade de aglutinar conceitos.

Dessa forma, a união da possibilidade de mudança (competência autonomia), à consciência do agente de saúde sobre os riscos no ambiente (domínio conceitual), pode ser observada quando se analisa o domínio da linguagem cartográfica. Ou seja, o domínio da linguagem cartográfica pode conter uma espécie de síntese da demonstração das competências autonomia e domínio conceitual.

Além dos fatores já mencionados na dimensão subjetiva, há outros que podem influenciar na qualidade do domínio da linguagem cartográfica, porém em uma dimensão técnica, dentre eles pode-se destacar: redução proporcional, projeção, simbologia (ALMEIDA, 2001); relações de diversidade, ordem, proporcionalidade (MARTINELLI, 2006) e; entendimento a partir dos níveis lexical, funcional e cognitivo (MACEACHRER, 1995).

No contexto do mapa mental, a redução proporcional busca situar os objetos uns em relação aos outros e estes objetos são reduzidos por comparação. A projeção está relacionada às diversas perspectivas em que são vistos os objetos, nos quais aparecem objetos rebatidos, desdobrados e vistos à 90º ou a 45º. A simbologia seria a representação pictórica de objetos, através de cruzes, estrelas, dentre outros (ALMEIDA, 2001).

As relações de diversidade estão relacionadas aos elementos diferentes no mapa como casa, igreja e escola. A questão de ordem tem a ver com um mesmo objeto, porém em uma posição diferenciada, como uma escola pública e particular. Já a proporcionalidade está relacionada à intensidade como, por exemplo, a representação de um criadouro de animais pequeno, médio e grande (MARTINELLI, 2006).

Com relação aos níveis lexical, funcional e cognitivo, estes estão mais relacionados ao manuseio do mapa, no qual o entendimento a partir do nível lexical tem a ver com o que significa cada símbolo. O nível funcional seria a interpretação das

funções de cada símbolo e no nível cognitivo seria uma avaliação de como o indivíduo entende o mapa a partir do seu conhecimento anterior (MACEACHRER, 1995).

Dentre essas variáveis, foram utilizadas para este estudo a projeção, a localização/ proporção e a diversidade de elementos. Além disso, o domínio da linguagem cartográfica requerida do agente de saúde refere-se tanto à experiência com a leitura e elaboração de mapas quanto à familiaridade com a problemática local.

A competência domínio da linguagem cartográfica estaria, portanto, relacionada à representação gráfica de como o agente de saúde age ou sente-se à vontade para agir num espaço em que ele sabe o que encontrar de influências positivas e negativas para a saúde do morador. Dessa maneira, temos fatores subjetivos (autonomia, domínio conceitual), e mais específicos da técnica (projeção, proporcionalidade/ localização e diversidade de elementos) que contribuem para o domínio da linguagem cartográfica.

2.2 A MATRIZ DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES SOCIAIS DOS AGENTES DE SAÚDE

A partir dessas concepções foi necessário estabelecer uma estratégia de investigação para poder descrever os desempenhos esperados para o agente de saúde e, por conseqüência, definir que competências são inerentes aos agentes de saúde da ESF e do PSA.

Vale relembrar que o objetivo desta pesquisa é analisar o conhecimento geográfico dos agentes inseridos na ESF e no PSA na cidade do Recife a partir das competências desenvolvidas no processo de trabalho na política de saúde local.

Compreendendo que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Saúde Ambiental (PSA) implicam em práticas sociais, as quais, por conseqüência, produzem e resultam em espaços educativos, de forma que se pode afirmar que estão em desenvolvimento competências e habilidades sociais. Com base nisso, tanto a qualificação quanto o processo de trabalho aparecem como impulsionadores de aprendizados, sendo o processo de trabalho a síntese do encadeamento de aprendizagens.

Desta forma, a primeira ação prática para pesquisa no trabalho de campo exploratório foi a indicação, por parte dos enfermeiros da ESF e supervisores do PSA,

de agentes de saúde que se destacam por fazer mais do que sua obrigação[6] ou por uma característica pessoal forte, e a especificação do destaque.

Aproveitou-se a oportunidade também para pedir a esses enfermeiros e supervisores que indicassem o que caracterizam de bom e de ruim sua área de trabalho (doenças, problemas sócio-econômicos, aspectos ambientais, etc.) sendo possível um diagnóstico por parte desses profissionais sobre a área de trabalho. Como não foi possível visitar todas as Unidades de Saúde da Família (USF) e pontos de apoio, foi pedido que os mesmos fornecessem o endereço de seus locais de trabalho. E por não haver uma lista pronta dos agentes mais antigos, também foi perguntado quais os agentes eram mais antigos e quais destes estavam trabalhando em uma área que possui também um agente do outro programa. Os resultados desta sondagem serviram de base para dar prosseguimento à pesquisa.

Na ESF há 615 agentes de saúde que trabalham pelo menos desde de 2001 e, com exceção das áreas em que há conflito de território (como a divisa entre Recife e Jaboatão), todos esses ACS trabalham em áreas em que há também um ASA. Devido ter se conversado com a direção do distrito e os enfermeiros foi possível ter uma caracterização geral de cada distrito e de cada área da ESF com pelo menos a localização da USF. Com relação aos destaques, foram apontados 199 ACS e contabilizadas 53 características.

No PSA há 336 agentes de saúde que estão exercendo o cargo desde 2001 (ano de implantação), destes, apenas 59 estão trabalhando em uma área em que também há um ACS contratado desde pelo menos 2001. O contato com a direção de cada distrito e com os supervisores permitiu a caracterização geral de cada distrito e de cada área do supervisor com a localização do ponto de apoio. Foram realizados 146 destaques de agentes do PSA, sendo contabilizadas 54 características.

---

[6] De acordo com a Lei 11.350/2006 a obrigação do agente comunitário de saúde (ACS) consta de: a) elaborar diagnóstico demográfico e sócio cultural da comunidade; b) promover ações de educação para a saúde individual e coletiva; c) contabilizar os nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; d) estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde e; e) participar em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. Já os agentes de combate à endemias (ACE) (que em Recife são denominados ASAS) têm como obrigação exercer atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

Essas características ressaltadas, referentes aos comportamentos ou atitudes, foram agrupadas, associando-se às competências gerais definidas para este estudo no trabalho de campo exploratório[7], resultados de pesquisas anteriores com agentes de saúde (PEREIRA & GUIMARÃES, 2006 a e b) e o trabalho de campo realizado para esta pesquisa cujos resultados foram parcialmente publicados (PEREIRA & GUIMARÃES, 2007 a, b, c, d, e). A elaboração dessas informações resultou em uma matriz de competências e habilidades sociais na qual cada competência possui habilidades específicas e níveis diferenciados (elementar, de relações e sínteses e de interações complexas) (quadro 1).

QUADRO 1
MATRIZ DAS "COMPETÊNCIAS" E "HABILIDADES" SOCIAIS DOS AGENTES DA ESF E PSA

COMPETÊNCIA	HABILIDADES		
	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL DE RELAÇÕES E SÍNTESES	NÍVEL DE INTERAÇÕES COMPLEXAS
MOTIVAÇÃO (É o que impulsiona o sujeito a fazer algo)	**PODER**		
	Busca articular-se com outras organizações, além de seu vínculo como agente de saúde para melhorar as condições de vida da população.	Busca articular-se com outras organizações para obter apoio político na comunidade e/ou melhorar as condições de vida da população.	Articula-se com outras organizações para obter apoio político e quando consegue algum benefício para a comunidade faz grande propaganda
	PERTENCIMENTO		
	Convive bem com a comunidade e com a equipe de trabalho	Busca articular a comunidade e a equipe, pensando formas de integrar a comunidade com o setor saúde.	Consegue promover eventos nos quais a comunidade e o setor saúde passam a ser apenas parte de um todo para melhorar as condições de vida de todos.
	TRABALHO		
	Faz o que é solicitado.	Faz o trabalho e percebe a relação entre seu trabalho e a importância para a melhoria das condições de saúde da comunidade	Percebe situações em que possa relacionar o trabalho e a melhoria das condições de saúde da comunidade.
	ÉTICA		
	Busca cumprir horários e fazer o que mandam com cuidado. Quer ser um bom funcionário da prefeitura.	Busca cumprir as atividades enquanto funcionário da prefeitura e, enquanto pessoa quer uma melhoria das condições de saúde e ambientais dentro de sua área de trabalho.	Busca cumprir as atividades enquanto funcionário da prefeitura e, enquanto pessoa, quer uma melhoria das condições de saúde e ambientais em sua cidade

[7] Se houver interesse em saber quais as características apontadas pelos enfermeiros da ESF e supervisores do PSA, consultar apêndice 1.

QUADRO 1 (CONT.)
MATRIZ DAS "COMPETÊNCIAS" E "HABILIDADES" SOCIAIS DOS AGENTES DA ESF E PSA

COMPETÊNCIA	HABILIDADES		
	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL DE RELAÇÕES E SÍNTESES	NÍVEL DE INTERAÇÕES COMPLEXAS
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS (São características que influenciam no desempenho das competências e habilidades)	**QUE INTERFEREM POSITIVAMENTE**		
	Características que não interferem no desempenho das habilidades.	Características complementares que ajudam no desempenho das habilidades.	Características que, associadas a determinadas habilidades, fazem surgir novas competências.
	QUE INTERFEREM NEGATIVAMENTE		
	Características que podem interferir potencialmente no bom desempenho de alguma habilidade.	Características que interferem negativamente no desempenho de alguma habilidade.	Características que interferem de tal forma em alguma habilidade social que pode fazer com que o indivíduo não desenvolva determinada competência.

COMPETÊNCIA	HABILIDADES		
	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL DE RELAÇÕES E SÍNTESES	NÍVEL DE INTERAÇÕES COMPLEXAS
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 quando descreve sua área.	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 da comunidade.
	ASSOCIAÇÃO DO CONCEITO COM O AMBIENTE DE TRABALHO		
	Observa o ambiente de trabalho a partir dos conceitos apreendidos na capacitação. Observa apenas os elementos que o programa direciona.	Analisa o ambiente de trabalho a partir dos conceitos apreendidos tanto na capacitação como outros provenientes de suas relações sócio-espaciais.	Promove um diagnóstico crítico das relações do ambiente com o processo saúde-doença, aplicando aos conceitos apreendidos ao longo da vida.
	COMUNICAÇÃO		
	Sabe utilizar os conhecimentos apreendidos na capacitação e os repassa à população.	Sabe repassar os conhecimentos apreendidos de acordo com a situação encontrada na população.	Sabe repassar os conhecimentos apreendidos de acordo com a situação no nível de entendimento da pessoa que está recebendo a orientação (idade, grau de instrução, cultura etc.)

COMPETÊNCIA	HABILIDADES		
	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL DE RELAÇÕES E SÍNTESES	NÍVEL DE INTERAÇÕES COMPLEXAS
AUTONOMIA (Depende de sua iniciativa e do envolvimento do agente com questões da comunidade onde trabalha)	**INICIATIVA**		
	Procura sempre seu superior e procura saber o que deve ser feito e como deve ser feito a cada dia.	Sabe o que deve ser feito; faz seu planejamento e busca resolver o que for possível. O que não for possível tenta esquecer.	Tem consciência do que deve estar pronto no final de cada período de trabalho; faz seu planejamento; busca resolver o que for possível e encaminha os problemas que não podem ser resolvidos de imediato para os devidos setores responsáveis.
	ACESSO À ÁREA		
	Realiza visitas domiciliares e atividades programáticas na área.	Realiza visitas domiciliares, atividades programáticas na área e busca ter boa relação e interlocução entre o morador e o serviço de saúde.	Realiza visitas domiciliares e atividades programáticas na área. Faz interlocução entre o morador e o serviço de saúde, contribuindo para maior integração da experiência individual com a experiência da localidade ou de outras áreas.
	TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE LOCAL		
	Reproduz o discurso dos programas sem a tentativa de desenvolver o local.	Reconhece que existem problemas além do discurso do programa e influencia quem convive no seu cotidiano.	Reconhece os problemas da comunidade; contribui para a formulação de um plano de ação e mobiliza a sociedade para proceder a mudanças na área.

QUADRO 1 (CONT.)
MATRIZ DAS "COMPETÊNCIAS" E "HABILIDADES" SOCIAIS DOS AGENTES DA ESF E PSA

COMPETÊNCIA	HABILIDADES		
	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL DE RELAÇÕES E SÍNTESES	NÍVEL DE INTERAÇÕES COMPLEXAS
DOMÍNIO DA LINGUAGEM CARTOGRÁFICA (Está relacionado à experiência com leitura de mapas e à representação cartográfica da realidade local)	**MANUSEIO DO MAPA**		
	O mapa serve apenas para identificar a trajetória de trabalho.	Serve também para identificar elementos relevantes ao processo saúde-doença dos moradores.	Além da localização de elementos, observa também a relação entre eles e formula hipóteses.
	ELABORAÇÃO DO MAPA (DESENHO LIVRE)		
	Desenha bem o mapa a partir de, pelo menos, um dos parâmetros técnicos considerados (projeção, proporção ou diversidade de elementos).	Desenha bem o mapa a partir de, pelo menos, dois dos parâmetros técnicos considerados (projeção, proporção ou diversidade de elementos).	Desenha bem o mapa a partir dos três parâmetros técnicos considerados (projeção, proporção e diversidade de elementos).

Elaborado por Martha Priscila Bezerra Pereira com base no trabalho de campo (2007)

Nesta matriz há um conteúdo geográfico que se expressa de variadas formas. Para exemplificar, imagine que um agente de saúde possui naturalmente algumas características pessoais como perseverança e capacidade de observar detalhes. Ao assumir o cargo de agente de saúde percebe que tem algumas situações em que o conhecimento adquirido na capacitação e na vida pessoal é capaz de resolver algo em determinada situação.

Estando motivado pelo trabalho, o agente de saúde passa a tentar entender os problemas e buscar soluções para a problemática da área. Nesta ação de tentar entender a problemática e buscar agir ele é capaz de encontrar soluções e, juntamente com a população atendida, modificar a realidade local, mudando o espaço geográfico concernente à sua área de trabalho ou mesmo além desses limites. Nesse processo, houve o desenvolvimento de um conhecimento geográfico na medida em que o agente de saúde buscou formas de modificar a realidade local.

Uma das condições de perceber elementos que possam interferir no processo saúde-doença é propiciada pela consciência do mesmo. Quanto maior a consciência do risco ou da possibilidade de promoção à saúde através da presença de determinado elemento, maior a capacidade de percebê-lo.

A percepção de riscos ambientais é importante quando se considera a comunicação representada pelo uso da linguagem como veículo para prevenção (OPAS, 2005). A percepção de elementos relacionados à promoção à saúde é imprescindível para estimular ações que interfiram positivamente no processo saúde-doença. Dessa forma, pode-se observar a possibilidade de aglutinação de conceitos e

relacionamento entre o mundo concreto e abstrato para que se perceba na paisagem algo que possa interferir no processo saúde-doença.

Dessa forma, a percepção da paisagem estaria relacionada a essa imagem percebida pela subjetividade do observador, seja quando observa sua área de trabalho ou quando se observa dentro dessa mesma área.

Adaptando a problemática abordada por Ianni e Quitério (2005), quanto aos problemas relatados pelos agentes de saúde da ESF e trabalho de campo realizado, esse estudo investigou a percepção da paisagem a partir de quatro níveis escalares: a) regional (abrange problemas relacionados ao município ou ao bairro); b) área de trabalho (são questões relacionadas à microárea no caso do ACS e à área no caso do ASA); c) peridomicílio (relacionado ao quintal, aos arredores da casa); d) domicílio (tem a ver com o que ocorre dentro da casa) e; corpo (questões relacionadas ao indivíduo). Nestes termos, entende-se uma paisagem que possui vários elementos a serem analisados na sua dimensão visual.

A percepção dos elementos na paisagem que possam interferir no processo saúde-doença da população atendida caracteriza-se como um evento prévio da apropriação territorial, pois é a partir da consciência do que se está observando que se caracteriza a possibilidade de ação. Essa atitude pode ter uma maior ou menor magnitude, a depender de sua perseverança e capacidade de articulação, tornando a concepção de território e suas diferentes formas e expressões como algo fundamental na observação das práticas cotidianas dos agentes de saúde.

Através da atividade do agente de saúde no seu cotidiano de trabalho há possibilidade de uma ação que confronta ou entra em acordo com a ação de outras organizações pertencentes ou não à escala geográfica da comunidade e que, de acordo com Lefebvre (2001), faz existir a necessidade da convivência de várias territorialidades. Estas territorialidades podem ser exercidas por uma ONG local, associação de moradores, alguma pessoa que exerce forte influência sobre os demais, etc.

Pode-se entender que quando ocorrem ações dessas pessoas, de acordo com o interesse de cada organização, há uma multiterritorialidade desarticulada, porém, quando essas organizações resolvem agir em conjunto há uma multiterritorialidade

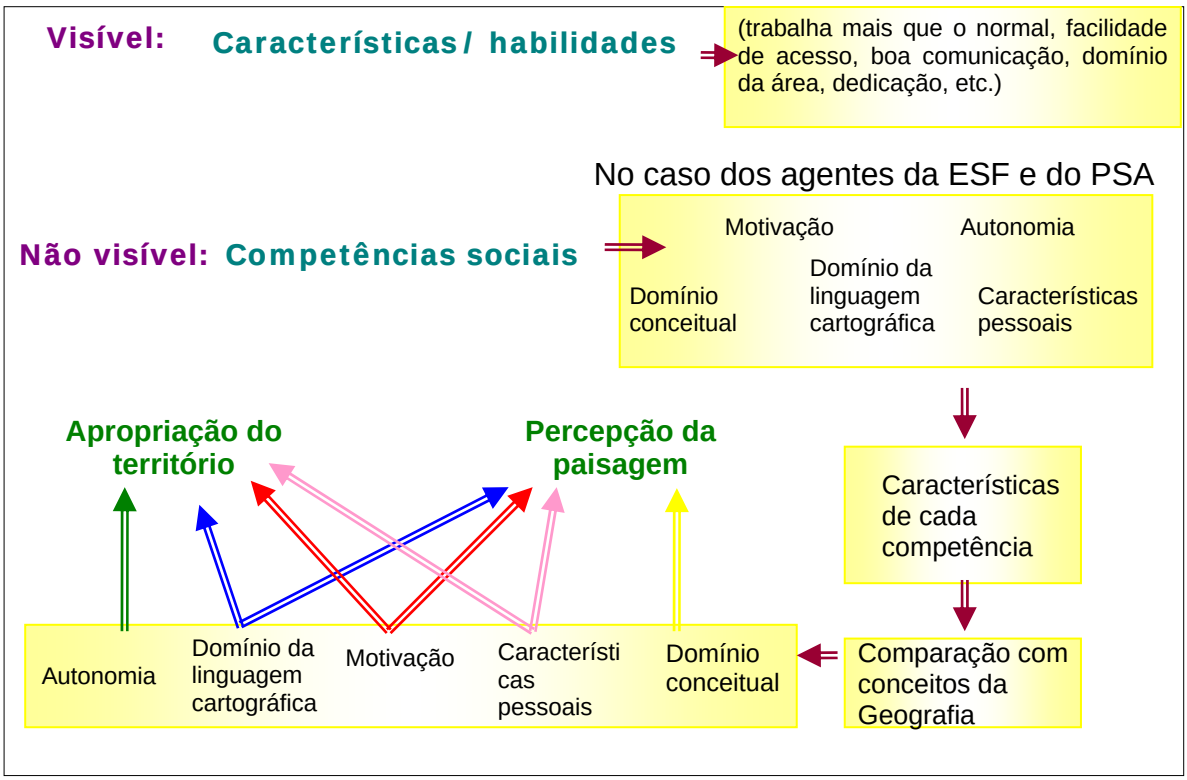
articulada, materializada na perspectiva de uma transformação da realidade local e, conseqüentemente, do espaço geográfico. Através dessa ação intersetorial, há possibilidade de um conhecimento da área mais apurado, fato que influencia em uma maior acessibilidade, representando, portanto, uma apropriação do espaço.

Ao descrever a apropriação do espaço, Lefebvre (1992) apresenta uma apropriação com laços muito similares com a apropriação do território, sendo esta última uma forma de apreensão da primeira. Como o objetivo foi analisar a forma de atuação desses agentes, se faz conveniente (e pertinente) a adoção de apropriação do território ao invés de apropriação do espaço, uma vez que representa a forma pela qual o agente acessa, conhece e se apropria do ambiente onde atua. Apropriação do território é entendida, portanto, como conseqüência das práticas cotidianas dos agentes em seu processo de trabalho nas quais há possibilidade de agir de forma intersetorial e, com isso, desenvolver uma multiterritorialidade articulada.

A partir da descrição das características das competências e dos conceitos da geografia selecionados, percebeu-se que a percepção da paisagem estaria estreitamente ligada ao domínio conceitual, enquanto a apropriação do território estaria mais relacionada à autonomia. As outras competências (motivação, domínio da linguagem cartográfica e características pessoais) perpassam esses dois conceitos, conforme modelo explicativo 1.

MODELO EXPLICATIVO 1

RELAÇÃO ENTRE COMPETÊNCIAS SOCIAIS E CONCEITOS DA GEOGRAFIA ATRAVÉS DE SUAS CARACTERÍSTICAS



Organizado por Martha Priscila Bezerra Pereira (2007).

Capítulo 3...

De arruar por Recife ao percurso da pesquisa

***O método nada mais é do que o caminho a ser percorrido para atingir-se o objetivo proposto (*PARRA FILHO & SANTOS, 1998, p. 212)**

3. DE ARRUAR POR RECIFE AO PERCURSO DA PESQUISA

De posse das informações sobre as características dos agentes de cada programa e da matriz das competências e habilidades dos agentes de saúde, foram estabelecidos alguns procedimentos para identificar os agentes de saúde na cidade do Recife que, segundo os destaques dos enfermeiros e supervisores, estão desenvolvendo um maior conhecimento geográfico.

As opções metodológicas adotadas na pesquisa foram decorrentes de seis meses de trabalho de campo exploratório o qual se teve a oportunidade de conviver com pessoas dos setores do Departamento de Atenção Básica (DEAB), responsável pela ESF, Centro de Vigilância Ambiental (CVA) responsável pelo PSA, vários setores dos seis distritos sanitários, além dos enfermeiros e supervisores de toda a cidade.

Nesse período, procurou-se, inicialmente, dados e documentos existentes e aproveitou-se para realizar uma sondagem. O tratamento dessas informações exigiu uma sistematização que permitiu a categorização das ações e características pessoais marcantes dos agentes de saúde na cidade do Recife.

O resultado desse trabalho foi a elaboração de uma matriz por distrito sanitário e por programa, estando as características localizadas nas linhas, e, após a numeração dos agentes por distritos, estes foram representados por um número correspondente nas colunas. Como exemplo será mostrada a matriz do distrito sanitário II, referente aos agentes da ESF, no qual 39 agentes de saúde (dispostos nas colunas) estão representados pela presença de cada característica (dispostas nas linhas). As linhas de 1 a 16 estão representadas pela motivação; as linhas 17 a 20 pela autonomia; 21 a 28, domínio conceitual, 29 e 30, domínio da linguagem cartográfica e das linhas 31 a 53 as características pessoais que interferem na eficiência das competências e habilidades. Devido a cidade do Recife ser regionalizada por seis distritos sanitários, foram elaboradas 12 matrizes, seis para a ESF e seis para o PSA (quadro 2)[8].

---

[8] Essas matrizes foram idealizadas no ano de 2006, em parceria com o professor Jorge Pickennhayn, da Universidade de San Juan tendo como objetivo evidenciar o relacionamento dos agentes de saúde com as características e comportamentos para identificar quais desses se evidenciam para o distrito sanitário e posteriormente para o conjunto da cidade do Recife.

QUADRO 2
MATRIZ DAS CARACTERÍSTICAS POR AGENTES E POR DISTRITO
DISTRITO SANITÁRIO II – REFERENTE A ESF

N.	CARACTERISTICAS DESTACADAS	AGENTES DE SAUDE (IDENTIFICAÇÃO POR NUMEROS)																																								
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
01	ENGAJADA																																									
02	POLITIZADA																																									
03	INTERAGE BEM																																									
04	MOBILIZA EQUIPE																																									
05	FAZ + QUE O NORMAL																																									
06	TRAB. C. COMUNIC.																																									
07	VÍNCULO C. COMUNIC.																																									
08	PERCEBE O RISCO																																									
09	TRAB. C. EDUCAÇÃO																																									
10	ENV. C. O MORADOR																																									
11	ENV. C. COMUNID.																																									
12	LIDER																																									
13	ENV. ATIV. ARTÍSTICA																																									
14	RESPEIT. PELA COMUN.																																									
15	DISPONÍVEL																																									
16	LUTA POR MELHORAS																																									
17	ANTECIPA O PROB.																																									
18	DINÂMICA																																									
19	RESOLVE BEM PROB.																																									
20	CONHECE BEM AREA																																									
21	FORMAÇÃO																																									
22	LING. ACESSÍVEL																																									
23	BOA COMUNICAÇÃO																																									
24	TEM CONHECIMENTOS																																									
25	EXPERIÊNCIA																																									
26	FALA BEM																																									
27	ATIV. AESA, IESA, ETC																																									
28	TRAB. ED. AMB. SAÚDE																																									
29	VISÃO CRÍTICA																																									
30	DOMÍNIO DO LOCAL																																									
31	PERFECCIONISTA																																									
32	RESPONSÁVEL																																									
33	TEM COMPROMISSO																																									
34	ZELOSO																																									
35	DISPOSIÇÃO																																									
36	GOSTA DO QUE FAZ																																									
37	EFICIENTE																																									
38	ATENCIOSA																																									
39	CUMPRE BEM JORNADA																																									
40	DESENVOLVIDA																																									
41	ACOLHEDORA																																									
42	DELICADA																																									
43	DETALHISTA																																									
44	CRIATIVA																																									
45	CONFIÁVEL																																									
46	CARINHOSA																																									
47	GENTIL																																									
48	HABILID. C. PÚBLICO																																									
49	INTELIGENTE																																									
50	LUTA P. RESOLVER PROB.																																									
51	ORGANIZAÇÃO																																									
52	SE ENVOLVE EMOC.																																									
53	SIMPÁTICA																																									

Fonte: Relato de técnicos, cargos comissionados e supervisores/ Organizado por PEREIRA, MPB (2007).

LEGENDA:

	MOTIVAÇÃO
	AUTONOMIA
	DOMÍNIO CONCEITUAL
	DOMÍNIO DA LINGUAGEM CARTOGRÁFICA
	CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

Logo após, foi elaborada uma nova matriz que possibilitasse, em um mesmo quadro, a triangulação dessas informações por características de cada competência social.

Para cada competência foi possível realizar questionamentos para se definir os agentes que se destacassem em cada distrito sanitário da cidade do Recife e as

características significativas para o conjunto da cidade em cada competência social. Tendo como exemplo a competência autonomia, será feita a descrição metodológica para a escolha final dos agentes da ESF e do PSA.

O primeiro questionamento "Quais as características estão presentes na maioria dos distritos?" foi realizado para verificar se pelo menos um agente de cada distrito possuía determinada característica, uma vez que se fazia necessário saber se as características apontadas eram representativas para o conjunto da cidade (quadros 3 e 4).

QUADRO 3
REPRESENTATIVIDADE DA COMPETÊNCIA SOCIAL "AUTONOMIA" NA CIDADE DO RECIFE, POR CARACTERÍSTICAS E POR DISTRITO SANITÁRIO - ESF

CARACT/ DS	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
17					■	■	2
18	■	■	■	■	■	■	6
19		■	■	■			3
20	■	■			■		3
TOTAL	2	3	2	2	3	2	

Fonte: Relato de técnicos, cargos comissionados e supervisores/ Organizado por PEREIRA, MPB (2007).

QUADRO 4
REPRESENTATIVIDADE DA COMPETÊNCIA SOCIAL "AUTONOMIA" NA CIDADE DO RECIFE, POR CARACTERÍSTICAS E POR DISTRITO SANITÁRIO - PSA

CARACT/ DS	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
7		■		■		■	3
8	■	■	■	■	■	■	6
9			■				1
10		■					1
11	■	■	■	■		■	5
12		■		■			2
13	■	■	■	■	■		5
14		■	■	■	■	■	5
15			■	■		■	3
16		■	■	■		■	4
17	■	■	■	■	■	■	6
18	■	■			■		3
TOTAL	5	10	8	9	5	7	

Fonte: Relato de técnicos, cargos comissionados e supervisores/ Organizado por PEREIRA, MPB (2007)

No caso da ESF, para a competência autonomia, apenas a característica 18 (Dinamismo/ Iniciativa...) está presente na maioria dos distritos sanitários. Já no PSA, também para a competência autonomia, são proeminentes as características 8 (boa interação com a comunidade/ facilidade de acesso), 11 (envolvimento com

organização de eventos), 13 (envolvimento com o bem estar do morador), 14 (liderança), 16 (cobra atitudes do serviço público) e 17 (iniciativa, dinâmica).

Em seguida, realizou-se o segundo questionamento: "Que distritos sanitários possuem mais de 50% das características com relação à essa competência?" Neste caso, que foram apresentadas 4 características para a ESF, considerou-se os distritos que possuem a partir de 3 características. Desses, apenas os distritos II e V foram contemplados. Com relação ao PSA, foram elencadas 12 características, sendo contemplados os distritos II, III, IV e VI. Essa pergunta foi elaborada com o objetivo de saber quais os distritos que estavam mais bem representados pelas características dessas competências (quadros 3 e 4).

O terceiro questionamento (Nos distritos que concentram mais características em número, quais os agentes que possuem as características que estão presentes na maioria dos distritos?) teve como objetivo unir as informações das questões 1 e 2 (características e distritos apontados) para saber quais os agentes poderiam ser escolhidos num primeiro momento. Foram encontrados 153 agentes, considerando os destaques para os agentes da ESF e PSA, mais uma vez, como um exemplo, demonstra-se a seguir os quadros dos agentes de saúde relacionados à competência autonomia (quadros 5 e 6).

QUADRO 5
AGENTES DE SAÚDE DA ESF QUE POSSUEM AS CARACTERÍSTICAS E OS DISTRITOS MAIS REPRESENTATIVOS COM RELAÇÃO À COMPETÊNCIA "AUTONOMIA" NA CIDADE DO RECIFE

CARACT.	DISTRITO II	DISTRITO V
	AGENTE	AGENTE
18	23, 29, 31, 32, 39	20

Fonte: Relato de técnicos, cargos comissionados e supervisores./ Organizado por PEREIRA, MPB (2007).

QUADRO 6
AGENTES DE SAÚDE DO PSA QUE POSSUEM AS CARACTERÍSTICAS E OS DISTRITOS MAIS REPRESENTATIVOS COM RELAÇÃO À COMPETÊNCIA "AUTONOMIA" NA CIDADE DO RECIFE

CARACT.	DISTRITO II	DISTRITO III	DISTRITO IV	DISTRITO VI
	AGENTE	AGENTE	AGENTE	AGENTE
8	5, 18, 19, 20, 22, 25	11, 13, 14	6, 13, 14, 16, 20, 24	2, 4, 11, 13, 16, 17, 24, 28, 32
11	4, 25, 26	4, 6, 8, 14, 21, 25	2, 7, 23, 24	24
13	9, 21, 25, 26	4, 6, 11, 12, 21	2, 16, 21, 24	-
14	14, 16, 25	10, 15, 16	3, 12, 24	16, 18, 24, 27, 28, 30, 31
16	9, 10	14, 23	24	3
17	1, 25	4, 7, 12, 15, 16	3, 4, 8	23, 24

Fonte: relato de técnicos, cargos comissionados e supervisores/ Organizado por PEREIRA, MPB (2007).

Esse mesmo procedimento foi realizado para todas as competências sociais. Em cada uma, algumas características se destacam para o conjunto dos agentes desses programas, dentre elas algumas combinam para os agentes dos dois programas, como pode ser observado no quadro a seguir em itálico (quadro 7).

A partir desses procedimentos, foram estabelecidos critérios diferenciados para continuar essa seleção: uns para a escolha das áreas de visita a campo e outros para a escolha dos agentes que integraram a entrevista com grupo focal.

QUADRO 7
CARACTERÍSTICAS PREDOMINANTES DOS AGENTES DA ESF E PSA POR COMPETÊNCIA SOCIAL, NA CIDADE DO RECIFE – PE.

COMPETÊNCIA	CARACTERÍSTICA	
	ESF	PSA
Motivação	Politizada	Consciente do trabalho
	Trabalha mais que o normal	*Faz mais do que é pedido*
	Bem entrosada	-
Autonomia	*Boa interação com a comunidade/ facilidade de acesso*	*Boa interação com a comunidade/ facilidade de acesso*
	Trabalho com educação em geral	Envolvimento com organização de eventos
	Envolvimento com ONG/ Organizações comunitárias	Envolvimento com o bem estar do morador
	Liderança	*Liderança*
	Tem iniciativa/ dinamismo	*Tem iniciativa/ dinamismo*
	-	Cobra atitudes do serviço público
Domínio conceitual	*Formação*	*Formação*
	Fala bem, explica bem, é expressiva	Faz diagnóstico e resolve/ encaminha o problema
	Atividades da IESA, AESA, etc...	Linguagem acessível/ didática
	Trabalho com educação ambiental, sanitária e para a saúde.	*Trabalho com educação sanitária, ambiental e para a saúde*
	-	Trabalho de orientação domiciliar
	-	Trabalhos manuais para educação ambiental
	-	Boa comunicação
Domínio da linguagem cartográfica	*Conhece bem a área/ tem domínio da área*	*Conhece bem a área*
	-	Tem boa visão social/ visão crítica da área/ Tem uma visão do todo

QUADRO 7 (CONT)
CARACTERÍSTICAS PREDOMINANTES DOS AGENTES DA ESF E PSA POR COMPETÊNCIA SOCIAL, NA CIDADE DO RECIFE – PE.

COMPETÊNCIA	CARACTERÍSTICA	
	ESF	PSA
Características pessoais	*Interesse/ Dedicação/ Disposição/ Empenho/ Esforço*	*Interessado/ Dedicado/ Disposto*
	Eficiente/ Competente	*Eficiente*
	Disponível/ Prestativa/ Atenciosa	*Disponível/ Prestativa*
	-	Pontualidade
	-	Detalhista
	-	Responsável
	-	Desestimulado/ Revoltado com as dificuldades
	-	Tem compaixão/ misericórdia
	-	Preocupa-se com a população/ com a área

Fonte: Trabalho de campo nos Distritos Sanitários, Pontos de Apoio e Unidades de Saúde da Família/ Elaborado por PEREIRA, MPB (2007).
OBS: As características que estão presentes nos dois programas estão em itálico.

A partir das características apontadas, foi possível observar que, através do depoimento dos enfermeiros e supervisores, os agentes de saúde expressam sua apropriação do território ao interagirem com a comunidade de forma a estabelecer vínculos entre si; ao possuírem a capacidade de se envolver em ações que melhorem as condições de vida da comunidade e; ao conhecerem de tal forma a problemática da área e a situação das pessoas que são capazes de se antecipar aos problemas, resolvendo-os com facilidade.

Já a percepção da paisagem depende diretamente da formação e da experiência de trabalho, que influencia na forma de diagnosticar, encaminhar e resolver problemas e de repassar esse conhecimento através de uma linguagem acessível a todos.

Em vista desses parâmetros estabelecidos, foi planejado o detalhamento do trabalho de campo, como descrito a seguir.

3.1 O TRABALHO DE CAMPO NAS ÁREAS DE ESTUDO

A primeira etapa deste planejamento diz respeito à definição dos parâmetros para escolha das áreas que foram visitadas. Foi dada prioridade àquelas áreas que possuem agentes da ESF e do PSA que se enquadram em mais de uma competência social. Pela

experiência obtida, outro parâmetro foi a escolha de agentes que estão trabalhando pelo menos desde 2001. E com relação a uma possibilidade de comparação, foram selecionadas áreas que possuíam, simultaneamente, agentes da ESF e do PSA.

Neste universo enquadraram-se 84 microáreas da ESF e 47 áreas do PSA (quadro 8), das quais foram escolhidas duas para estudo. A primeira foi uma área com bairros contíguos – Poço e Monteiro - através de Larissa e Germano; Já a segunda refere-se ao bairro da Ilha do Retiro, a partir do trabalho com Nâna e Severino Silva (mapa 3).

QUADRO 8

QUANTIDADE DE AGENTES DE SAÚDE DA ESF E PSA QUE ESTÃO DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DA PESQUISA PARA A ESCOLHA DAS ÁREAS – POR DISTRITO SANITÁRIO

PROGRAMA	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
ESF	7	16	15	14	16	16	**84**
PSA	2	5	8	8	1	23	**47**

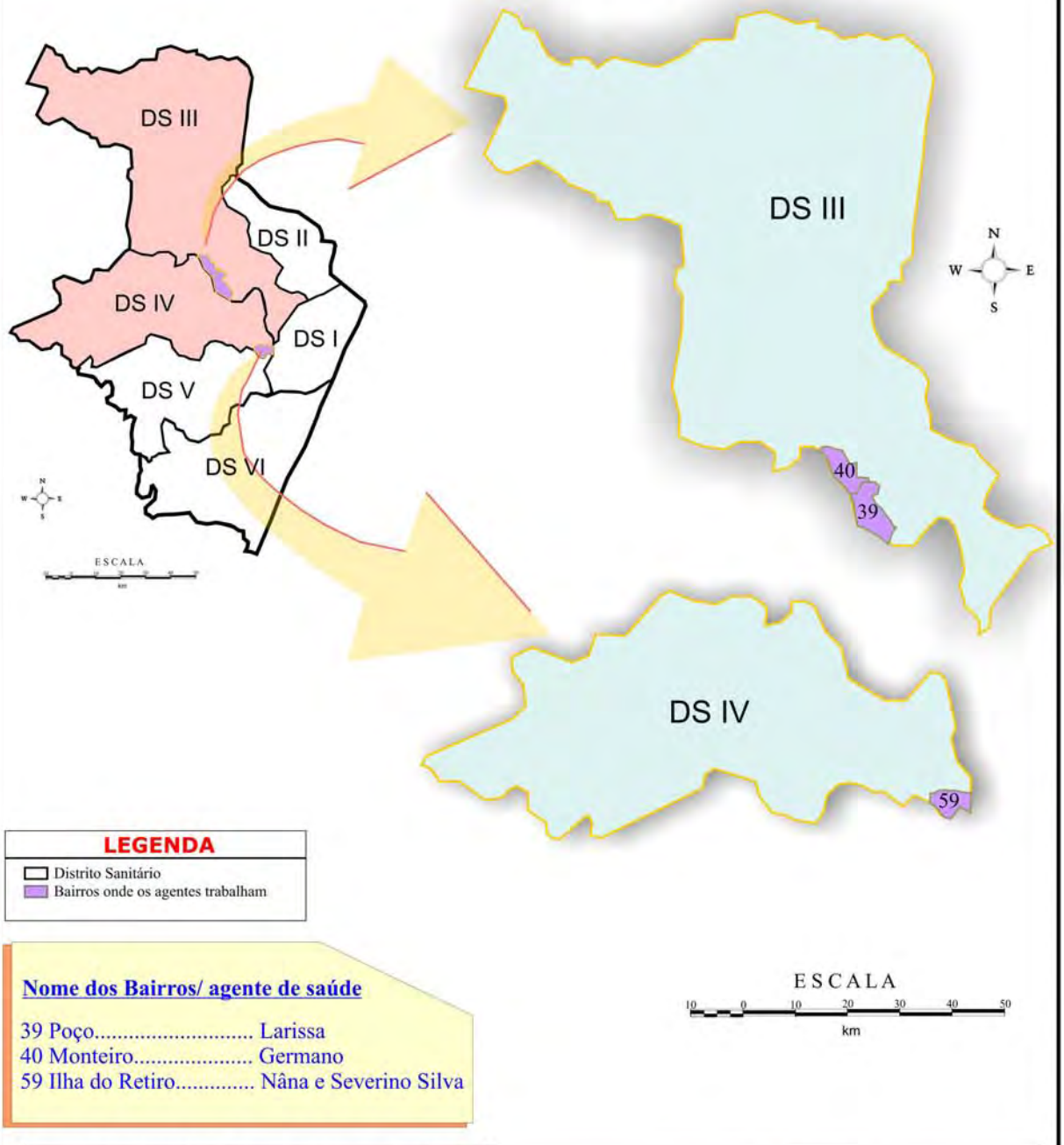
Fonte: Trabalho de campo exploratório em janeiro e fevereiro de 2006 e 2007/ Organizado por PEREIRA, MPB (2007).

Definidas as áreas, partiu-se para a definição do que seria realizado. Na etapa de visita ao campo, os principais objetivos da atividade foram delineados da seguinte forma: a) conhecer o cotidiano de trabalho de cada agente de saúde; b) identificar a linguagem mantida com o morador; c) observar como o agente acessa a área; e d) comparar os elementos na paisagem que ele considera como influenciadores do processo saúde-doença para os moradores da comunidade.

Dessa forma, seja através da fala ou de modos de proceder desses agentes de saúde na realização de suas atividades, pôde-se entender a ação desses profissionais no ambiente de trabalho e analisar o seu conhecimento geográfico expresso nos níveis de competência e habilidades sociais que possuem.

Entendeu-se que, para compreender a ação dos agentes de saúde, seria necessário observar as preocupações destes profissionais no processo de trabalho, para depois analisar sua fala e modos de proceder. Desta forma, foram escolhidas as seguintes técnicas de coleta de campo para estas necessidades: a) levantamento documental; b) entrevista; e c) observação participante.

MAPA 3: Localização dos bairros onde trabalham os agentes de saúde em que foi realizado o trabalho de campo na área.



Nome dos Bairros/ agente de saúde

39 Poço..... Larissa
40 Monteiro..... Germano
59 Ilha do Retiro..... Nâna e Severino Silva

Características Geolocacionais: Recife-PE

Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)

Fonte:

CIDADE DO RECIFE

Localização dos bairros onde trabalham os agentes de saúde em que foi realizado o trabalho de campo na área

Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Trabalho de Campo entre março e abril de 2007

Organizado por: PEREIRA, Martha, maio de 2008.

a) Levantamento documental:

Inicialmente, para entender as preocupações do agente de saúde de cada programa, foi necessário recorrer ao levantamento documental do material de capacitação.

A justificativa dessa escolha é que a partir do que está presente no material utilizado na capacitação, é possível compreender o direcionamento geral pretendido pelo sistema de saúde para o agente quando este realiza o seu trabalho.

Entretanto, a fala e os modos de proceder só podem ser apreendidos com a convivência no processo de trabalho, no qual os modos de apreensão serão melhor explicados nos próximos itens através das técnicas da entrevista e da observação participante assim como pelos fundamentos teóricos que os sustentam.

b) Entrevista:

No que diz respeito à entrevista, esta pode ser definida como uma interação direta entre o pesquisador e o interlocutor, através da qual podem-se descobrir novas perspectivas e pontos de vista (MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2005). Gaskell (2002), por sua vez, lembra que existem alguns problemas a serem observados. Um deles é que a linguagem local pode ser muito diferente da linguagem formal, não permitindo o pleno entendimento do que foi verbalizado. Também ocorre a dificuldade de expressar alguns fatos, fazendo com que o entrevistado omita elementos importantes para entender o problema estudado. Outro problema é que o entrevistado pode visualizar os problemas de uma maneira distorcida, fornecendo uma versão enganadora da realidade.

Para amenizar as falhas, Gaskell (2002) propõe como etapas concretas, inicialmente, a preparação de um tópico-guia, seguida da seleção do método de entrevista, que, para esta etapa, optou-se pela entrevista individual. Outro fator importante apresentado pelo autor diz respeito à seleção dos sujeitos a serem entrevistados que, neste caso, foram os agentes que trabalham nas áreas escolhidas e

dois agentes dos que participaram da entrevista com grupo focal. (segunda etapa do trabalho de campo). Após essas etapas introdutórias segue-se a realização das entrevistas, transcrição e análise.

Para atender a esses requisitos foi elaborado um roteiro-base para a entrevista a partir de dois temas: dados gerais e informações sobre o trabalho enquanto agente e suas influências (fatores que influenciam o agente de saúde com relação ao modo de agir no trabalho) (quadro 9). Devido nessa primeira etapa ter-se optado pelo contato com um agente de saúde de cada vez, sendo dois ACS (agentes comunitários de saúde) e dois ASA (agentes de saúde ambiental), destacados no levantamento inicial, optou-se pela entrevista individual. Para dar um retorno ao entrevistado e até mesmo diminuir a possibilidade de alguma fala que distorça a realidade, como advertido por Gaskell (2002), foi entregue a entrevista transcrita para o agente de saúde ler e corrigir algum possível equívoco de entendimento durante sua fala.

No final da entrevista, o desenho dos mapas mentais são itens que atendem à outra pergunta desta pesquisa, a qual será retomada adiante. É importante deixar esclarecido que, embora alguns questionamentos tenham aparentemente o caráter de pergunta objetiva (interesses), no ato da entrevista teve-se como objetivo deixar o entrevistado com possibilidade de externar os seus respectivos posicionamentos, o que ocorreu com a maioria dos entrevistados.

QUADRO 9
ROTEIRO-BASE DE ENTREVISTA COM OS AGENTES DE SAÚDE
(TEMPO APROXIMADO: 60MIN)

I. Dados gerais:		
Programa: Nome: Idade: Local de nascimento (zona rural ou urbana):		
INTERESSES	QUAL?	TIPO DE INFORMAÇÃO:
JORNAL		
REVISTA		
LIVROS		
TV		
INTERNET		

QUADRO 9 (CONT.)
ROTEIRO-BASE DE ENTREVISTA COM OS AGENTES DE SAÚDE
(TEMPO APROXIMADO: 60MIN)

II. Informações sobre o trabalho como agente e suas influências:
1. Antes de atuar como agente, qual a sua ocupação? Como era o seu trabalho? 2. Por que resolveu fazer concurso para agente e não outra função? Quando exatamente começou a trabalhar como agente? 3. Quais conhecimentos anteriores você aproveitou para esse serviço como agente? 4. O que você teve que aprender a fazer depois que assumiu essa função? Onde ou com quem você adquiriu esse conhecimento? 5. Quais suas maiores dificuldades? Por que você acha que teve dificuldades nessas tarefas? O que te fez pensar assim? 6. Que tipo de coisas você teve que aprender e foi fácil de fazer? Na tua opinião, qual o porquê dessa facilidade? 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? 8. Qual a importância do ensino na escola para o teu trabalho como agente? 9. Qual a importância da educação familiar para o teu trabalho como agente? 10. Qual a importância do convívio com a sociedade para o teu trabalho como agente? 11. Teve algo mais que te ajudou nesse trabalho de agente? 12. Teve algum tipo de capacitação? Quais? A capacitação te ajudou na atividade como agente? Em que? 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?) 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? 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).

Elaborado por PEREIRA, MPB (2006)

c) Observação participante:

Com relação à observação participante, esta pode ser entendida como uma técnica utilizada para registrar fenômenos vivenciados entre o pesquisador e o pesquisado, durante o contato entre ambos (MINAYO, 1998).

A necessidade de utilização da observação participante ocorre quando há necessidade de registrar fenômenos que não podem ser apreendidos na fala ou escrita. Dentre esses elementos, podemos destacar: “o ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não-verbal, a seqüência e a temporalidade em que ocorrem os eventos” (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN, 2000, p.62), os quais são fundamentais na interpretação e complementação de informações de outras técnicas utilizadas.

A observação participante é voltada para a descrição de uma problemática a partir do contato direto com o exercício das atividades. Por esta razão, devem ser definidos previamente os itens a serem observados. De acordo ainda com Víctora, Knauth e

Hassen, essa técnica está aberta ao conhecimento da realidade de acordo com os acontecimentos naturais a ela, porém “a definição do objeto, técnicas e análise dos dados estão centrados no pesquisador” (2000, p. 64).

Como vantagem, Dezin aponta que, quando o pesquisador trabalha com a observação participante, este trabalha com a fluidez da própria natureza, ou seja, com os acontecimentos que ocorrem naturalmente (MINAYO, 1998). Por esse mesmo motivo, Gatti (2005) defende que essa característica é uma desvantagem, pois o investigador precisa esperar que as coisas aconteçam, sendo necessário um tempo muito maior em campo.

Minayo (1998) recomenda, por sua vez, que o pesquisador deve definir claramente o que busca conhecer antes da investigação e deixar explícitas as fontes de informações. Víctora, Knauth e Hassen (2000) elaboraram até mesmo alguns elementos a serem observados, os quais, em linhas gerais, são representados pelo ambiente externo e interno, pelo comportamento das pessoas do grupo, pelas linguagens, pelos relacionamentos e pelo tempo em que ocorrem os processos observados.

Para a presente pesquisa utilizou-se a técnica da observação participante com apenas uma ressalva: o tempo de convivência. Devido à necessidade de visitar quatro áreas (duas relacionadas à ESF e duas ao PSA), preferiu-se conviver com o agente por um período de pelo menos cinco turnos (em geral cinco manhãs) sendo o total de convivência com os agentes o período médio de cinco semanas. No entanto, o tempo de convivência não comprometeu os resultados da pesquisa na medida em que foram realizadas atividades complementares e foram consultadas fontes diversas.

Para o acompanhamento de campo foi elaborado um roteiro com dois temas básicos, o primeiro relacionado às informações a serem observadas na área de trabalho; e o segundo referente a informações a serem percebidas em ambientes fora da área de trabalho (quadro 10). Contudo, incluídos nesses dois temas estão também presentes a observação do comportamento das pessoas do grupo, as linguagens, os relacionamentos e o tempo em que ocorrem os processos observados.

QUADRO 10
ROTEIRO-BASE DOS ITENS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

I. Dados a serem observados na área de trabalho:
a) fatores que impulsionam o agente a trabalhar; b) relacionamento com a comunidade e parcerias que possam modificar a realidade local; 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); d) maneira como o agente utiliza e fala sobre o mapa (leitura, manuseio, maneira de elaborar o mapa); e) habilidade diferenciada que faz o agente se destacar.
II. Dados a serem observados em ambientes fora da área de trabalho:
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.

Elaborado por PEREIRA, MPB (2006)

Entenda-se aqui a área de trabalho como área adscrita do agente de saúde, ou seja, as ruas e os domicílios, ou local onde qualquer ação está sendo percebida pelo morador, comerciante ou empresário industrial. Já o ambiente fora da área de trabalho seria o setor da saúde ao qual está vinculado (Unidade de Saúde da Família ou Ponto de Apoio) ou outro local onde o agente de saúde não esteja sendo ouvido pelo usuário dos programas.

Para evitar alguma perda de informação, que depois poderia ser considerada como importante, optou-se por um relatório diário contendo informações como o percurso, o relato de campo e o relato da observação participante. Através destas formas foi possível a obtenção de respostas quanto à primeira indagação: apreensão da ação dos agentes de saúde. Já no que diz respeito à segunda pergunta, a mesma foi respondida parcialmente. Então, como apreender o conhecimento geográfico do agente no que diz respeito à representação de sua área de trabalho? Buscando preencher essa lacuna, foram escolhidas outras duas técnicas de coleta de campo, o uso do levantamento fotográfico e a elaboração de mapa mental.

d) Levantamento fotográfico:

Penn (2002) defende a integração da análise da imagem fotográfica ao uso de entrevistas individuais, com grupo focal e até mesmo com a análise de conteúdo, enquanto procedimento que fornece uma maior validade na análise desse documento fotográfico. Tais considerações fornecem os fundamentos necessários à escolha das técnicas de coleta de informações.

A imagem fotográfica deve ser compreendida como resultado de um corte instantâneo no tempo e no espaço. No dizer de Dubois (1999, p. 161), é "como uma fatia única e singular de espaço-tempo, literalmente cortada ao vivo". A partir desse corte, algo é mostrado e algo retirado, este último é denominado espaço *off*, no qual, como afirma Dubois (1999) o que não foi mostrado é tão importante quanto o que foi mostrado, pois esse ausente está presente num fora-de-campo.

Para viabilizar a análise das fotos, foi utilizado como critério inicial o registro realizado pelos próprios agentes de saúde, pois, dessa maneira, os elementos da paisagem foram apreendidos na perspectiva do olhar dos mesmos. Para tentar superar o problema da interpretação individual, durante o acompanhamento por uma semana do trabalho do agente no campo, houve momentos em que as fotos foram mostradas ao agente e ele mesmo interpretou as fotos. Ao final da semana, o agente escolheu duas fotos que melhor representassem os principais elementos na paisagem que interferem no processo saúde-doença da população assistida por esses agentes.

e) Elaboração de mapa mental:

Considerando autores como Santos (2002) e MacEacher (1995), os mapas mentais podem ser também denominados de cartas, desenhos ou simplesmente mapas. São considerados representações do real envolvendo a cognição em intensos níveis de representação. Sendo fruto da cognição, o mapa mental tem a capacidade de sintetizar nesse desenho a visão de mundo, as experiências, valores culturais, nível social, dentre outros elementos (ALMEIDA, 2001; MACEAHER, 1995; SANTOS, 2002).

De acordo com MacEacher (1995), o interesse pelo estudo de símbolos e desenhos de mapas teve dois marcos impulsionadores: o primeiro foi a publicação da dissertação *The look of maps* por Arthur H. Robinson's, em 1952, em Madison; e o segundo foi a adoção do paradigma da cartografia como uma ciência da comunicação na década de 1970. Já no Brasil, o interesse por temas ligados à linguagem cartográfica surgiu no final da década de 1980 e início dos anos de 1990 (KATUTA, 2002).

Os mapas mentais podem ser utilizados tanto como instrumentos para o ensino da Geografia quanto como técnicas de pesquisa. No primeiro caso temos, por exemplo, a publicação de Almeida (2001), que trabalhou com crianças da quarta e quinta séries do ensino fundamental, buscando observar as mudanças intelectuais na linguagem cartográfica através do desenvolvimento de equivalentes espaciais seguindo algumas etapas: a) desenvolvimento da projeção corporal; b) elaboração da maquete da sala de aula; e c) elaboração do mapa da sala de aula. Dentre outras contribuições, o trabalho de Almeida (2001) colaborou para a percepção do aluno de que a localização espacial possui um sistema de referência externo ao corpo e um sistema universal que permite localizar um objeto no sistema geográfico, assim como possibilitou a organização das perspectivas frontal e vertical na elaboração de desenhos e maquetes.

Assim sendo, a proposta para esta pesquisa consistiu trabalhar em áreas que simultaneamente possuam agentes de saúde da ESF e do PSA que se destaquem por alguma competência, estejam trabalhando nesse cargo pelo menos desde 2001 na cidade do Recife e com idade acima de 18 anos.

Foram escolhidos quatro agentes de saúde. Apesar dessas áreas possuírem simultaneamente agentes dos dois programas, os agentes escolhidos exercem suas atividades em áreas adscritas não coincidentes. Para superar esse problema foram escolhidos agentes que trabalhassem em áreas próximas. Nos distritos sanitários (DS) III e IV foram escolhidos respectivamente um ACS e um ASA (Larissa, Germano, Nâna e Severino Silva), totalizando o número de quatro agentes de saúde.

A análise dos mapas mentais foi complementada pelas informações da entrevista individual, tais como grau de escolaridade, experiência do indivíduo (origem rural ou urbana/ interesses/ nível social), a experiência com leitura e/ou manuseio de mapas, a idade, e as experiências familiares e de trabalho conforme já observado no quadro 9.

Com relação ao mapa mental propriamente dito, foram requeridos dois tipos de desenhos: o da área de trabalho do jeito que se lembra; e da área de trabalho destacando: as ruas, número de famílias, domicílios e área que considera de risco.

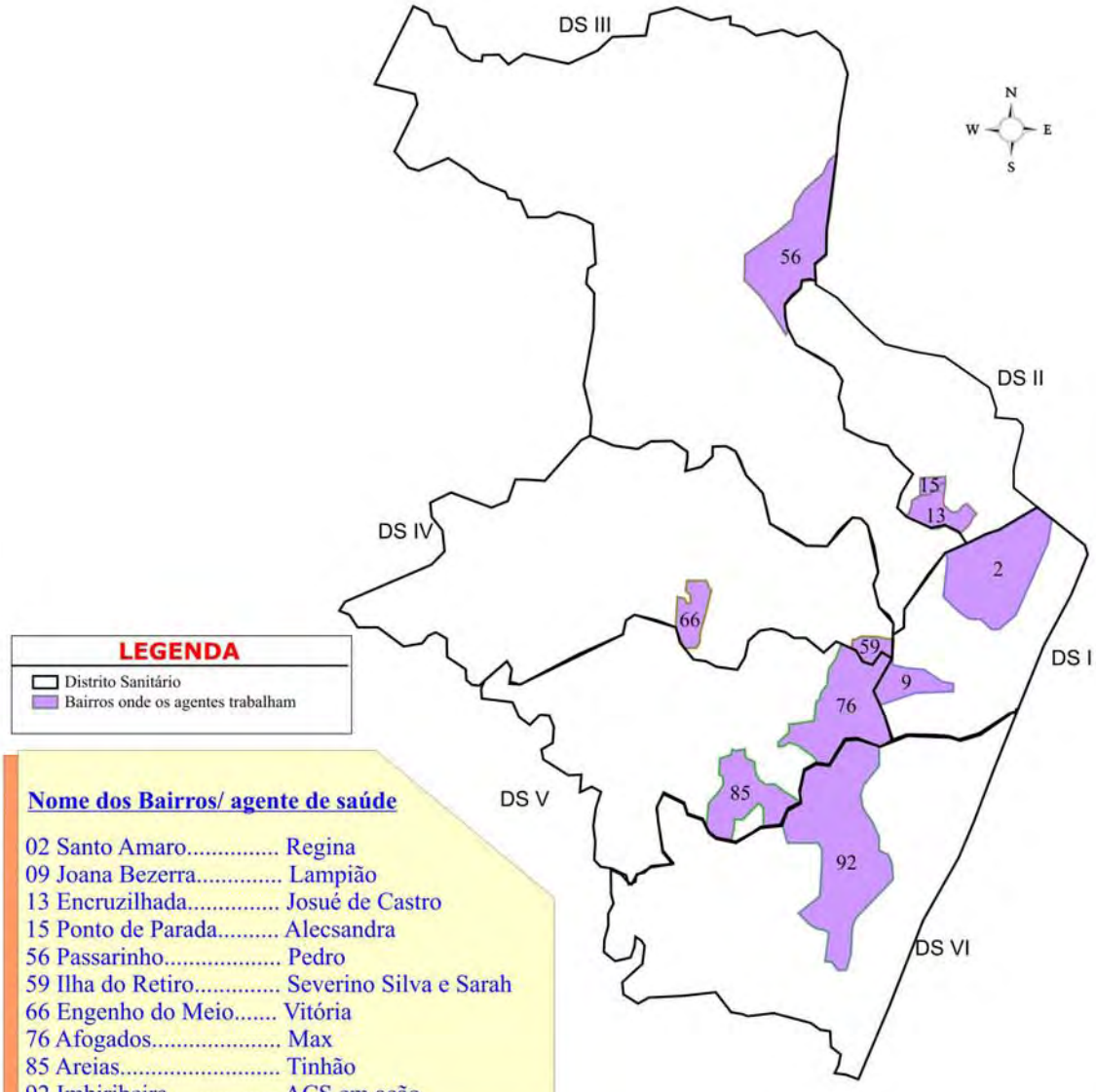
3.2 O GRUPO FOCAL

A entrevista com grupo focal fez parte da segunda etapa do trabalho de campo. Esta etapa foi possível com a sistematização parcial da primeira fase para a escolha das fotos e finalização do roteiro da entrevista com grupo focal. Desta forma, as informações da primeira etapa de trabalho de campo foram definidoras de parâmetros para a entrevista com grupo focal.

Com relação ao grupo a ser entrevistado, este foi escolhido a partir da lista dos agentes de saúde da ESF e PSA que exercem essa função independente do tempo de trabalho, mas estes deveriam ter sido destacados com características que estão incluídas em mais de uma competência e/ou os que foram indicados por mais de uma pessoa. Deste grupo buscou-se escolher dois agentes de cada distrito sanitário, no caso, foram escolhidos seis ACS e seis ASAs. No entanto, estiveram presentes 11 agentes (mapa 4).

Nesta fase da pesquisa os principais objetivos foram discutir sobre assuntos como, os fatores que impulsionam o agente a continuar trabalhando (motivação); a maneira de lidar com as multiterritorialidades, ou seja, com outras pessoas, grupos ou instituições que exercem relações de poder nessa área (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 pessoal essencial para ser um agente de saúde (características pessoais).

MAPA 4: Localização dos bairros onde trabalham os agentes de saúde que participaram da entrevista com grupo focal



Características Geolocacionais: Recife-PE

Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)

Fonte:

ESCALA

10 0 10 20 30 40 50
km

CIDADE DO RECIFE

Localização dos bairros onde trabalham os agentes de saúde que participaram da entrevista com grupo focal

Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Trabalho de Campo em agosto de 2007

Organizado por: PEREIRA, Martha, maio de 2008.

A realização da entrevista com grupo focal foi efetuada a partir de dois encontros num mesmo dia. Pela manhã foi realizada uma introdução sobre o tema da pesquisa; também foi aplicado um questionário no sentido de suprir lacunas e viabilizar a comparação com um determinado perfil (quadro 11); em seguida, optou-se pela abordagem das competências características pessoais e motivação. À tarde foram abordadas as competências autonomia, domínio conceitual e domínio da linguagem cartográfica.

QUADRO 11
QUESTIONÁRIO APLICADO AOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF E DO PSA QUE PARTICIPARAM DA ENTREVISTA COM GRUPO FOCAL[9]
GRUPO: AGENTES DE SAÚDE DA ESF E DO PSA

I. Dados gerais:									
Programa:		Área:				Tempo de serviço:			
Nome:								Idade:	
Município de nascimento (zona rural ou urbana):									
Já participou de alguma capacitação nessa função:									
Estuda:		Sim		Grau de instrução		Ensino fundamental incompleto			Ensino fundamental completo
		Não				Ensino médio incompleto			Ensino médio completo
						Ensino superior incompleto			Ensino superior completo

INTERESSES	QUAL?	TIPO DE INFORMAÇÃO QUE INTERESSA:
JORNAL		
REVISTA		
LIVROS		
TV		
INTERNET		
RÁDIO		

II. Informações sobre o trabalho como agente e suas influências:	
1. Antes de atuar como agente, qual a sua ocupação?	6. Que tipo de coisas você teve que aprender no dia-a-dia do seu trabalho?
2. Por que resolveu fazer concurso para agente e não outra função? Quando exatamente começou a trabalhar como agente (ano)?	7. O ambiente em que a pessoa mora, pode influenciar nas condições de saúde? Por quê?
3. Quais conhecimentos anteriores você aproveitou para esse serviço como agente?	8. O que geralmente é encontrado na área onde você trabalha a partir dos seguintes critérios: domicílio, quintal, área de trabalho, a região geral?
4. É vinculado a alguma associação comunitária? ONG? Organização da sociedade civil? Sindicato? Etc. Qual?	
5. Já fez algo na comunidade para melhorar a realidade local? O que? Como ocorreu? Qual o resultado?	9. Já trabalhou com mapa em campo na função de agente? Tem dificuldade ou facilidade? Por quê? Qual a sua opinião sobre a utilização de mapas na sua função?

Elaborado por PEREIRA, MPB (2006)

[9] Este perfil contém algumas perguntas semelhantes à entrevista para permitir comparação posterior.

A entrevista com grupo focal teve como objetivo explorar o nível de competência social de cada agente no que diz respeito à motivação, autonomia, domínio conceitual, domínio da linguagem cartográfica e características pessoais (quadro 12). Com o apoio do Programa de Pós-graduação em Geografia, essa etapa do trabalho foi realizada em um auditório do Departamento de Ciências Geográficas da UFPE, um espaço neutro para os agentes de saúde, portanto.

QUADRO 12
ROTEIRO-BASE DE ENTREVISTA COM GRUPO FOCAL (TEMPO: DOIS ENCONTROS DE 4H)
GRUPO: AGENTES DE SAÚDE DA ESF E DO PSA

I. Características pessoais: Objetivo: saber o que os agentes de saúde consideram como características que interferem positivamente e negativamente no desenvolvimento de suas atividades e quais são as características mais evidentes para eles.
TAREFA COM DIVISÃO EM GRUPOS: 1. Para separar os grupos: Dividir em dois grupos: um com ACS e outro com ASA. 2. Entregar para cada grupo uma caixa contendo tiras com as características apontadas no trabalho de campo exploratório e primeira etapa do trabalho de campo. Pedir que eles separem quais seriam as que interferem positivamente ou negativamente e porque. Pedir que isso fique visível para todo o grupo num painel; 3. Juntar todo o grupo e discutir os porquês das escolhas.
TAREFA INDIVIDUAL: 1. Deixar o painel à mostra, pedir que escrevam em média de 3 a 5 minutos sobre alguma experiência que tenham vivido e que alguma de suas características pessoais ajudou ou atrapalhou em determinada atividade. Deixar claro quais as características e a atividade efetivadas.
II. Motivação: Objetivo: saber se esse grupo de agentes de saúde é mais motivado por poder, pertencimento, ética ou trabalho.
TAREFA COM DIVISÃO EM GRUPOS: 1. Para separar os grupos: pretende-se separar quatro grupos de três pessoas. A divisão será feita pela escolha de uma cor (vermelho, amarelo, azul, verde); 2. Colocar para o grupo situações vivenciadas na área de trabalho e que misture situações típicas para o ACS e o ASA e pedir que os mesmos avaliem a situação e apresentem como resolveriam cada situação em ordem de prioridade, e por que; 3. Juntar todo o grupo e discutir os porquês das escolhas.
TAREFA INDIVIDUAL: 1. Mostrar figuras que sugiram situações de trabalho e ao mesmo tempo pedir que em 5 minutos criem uma história criativa com base na figura (essas figuras devem mostrar situações típicas de trabalho do agente). Espera-se que o agente escreva em média de 3 a 5 linhas. Serão mostradas quatro figuras.
III. Autonomia: Objetivo: Saber como os agentes resolvem os problemas cotidianos de trabalho
TAREFA COM DIVISÃO EM GRUPOS: 1. Para separar os grupos: quatro grupos de três pessoas. A divisão será feita pela escolha de uma temática (saneamento ambiental; infra-estrutura; meio ambiente; doenças relacionadas ao meio ambiente; doenças relacionadas aos costumes, doenças relacionadas às condições de vida; vida cotidiana; uso do solo, violência), restando cinco temáticas; 2. Colocar para o grupo, por escrito, situações vivenciadas na área de trabalho relacionadas à essa temática e pedir que os mesmos resolvam. O que fazer? Como fazer? Quais os limites? Quais as potencialidades? Quem faz? Quando? Com que recursos?; 3. Juntar todo o grupo e discutir as respostas. Em que todos concordam? Em quê não há concordância?
TAREFA PARA TODO O GRUPO: 1. Com relação aos temas que não foram trabalhados, perguntar: Por que não escolheu esse tema? (É irrelevante? É difícil ou impossível de ser trabalhado? Etc.) . 2. Como esses problemas poderiam ser resolvidos?

QUADRO 12 (CONT)
ROTEIRO-BASE DE ENTREVISTA COM GRUPO FOCAL (TEMPO: DOIS ENCONTROS DE 4H)
GRUPO: AGENTES DE SAÚDE DA ESF E DO PSA

IV. Domínio conceitual: Objetivo: Identificar os temas que os agentes mais prestam atenção e sabem comentar
TAREFA COM DIVISÃO EM GRUPOS: 1. Para separar os grupos: pretende-se separar quatro grupos de três pessoas. A divisão será feita pela escolha de uma foto (as fotos são as escolhidas pelos agentes que foram visitados em sua área de trabalho) 2. Colocar para o grupo os seguintes questionamentos: a) Por que escolheram essa foto?; b) Qual o tema dessa foto? Do que ela trata?; c) Que impressões causam essa foto?; e d) O que fez vocês não escolherem as outras fotos? Explicar a razão da não escolha de cada uma das fotos. 3. Juntar todo o grupo para compartilhar as respostas e visualizar as diferenças.
TAREFA PARA TODO O GRUPO: 1. Chuva de palavras: quando observo a foto (1, 2, 3 e 4), que palavras ou frases me vêem à mente? (Anotar em uma lousa as palavras referentes a cada foto) 2. Discutir as possíveis razões para a escolha dessas palavras. 3. Discutir com todo o grupo que outros temas estão faltando e seriam relevantes para estarem presentes nas fotos? Por quê?
V. Domínio da linguagem cartográfica: Objetivo: Saber como o agente de saúde entende uma representação espacial e se os códigos usados são reconhecíveis por outros (utilizar o mapa direcionado)
TAREFA COM DIVISÃO EM GRUPOS: 1. Para separar os grupos: separação de quatro grupos de três pessoas. A divisão será feita pela escolha de um mapa mental (os mapas são os elaborados pelos agentes que foram visitados em sua área de trabalho); 2. Colocar para o grupo os seguintes questionamentos: a) Por que escolheram esse mapa? Teriam uma segunda opção?; b) Que elementos estão representados nesse desenho?; c) Que elementos podem ser considerados como fatores que interferem no processo saúde-doença? Por que?; d) Quais são os elementos, presentes no mapa, mais relevantes no que diz respeito à saúde?; e) Que temas estão melhor representados nos mapas? Especifique; f) Vocês acham que estes temas foram os mais importantes a serem representados? Por quê? g) Haveria outras coisas importantes que deveriam estar aí? O quê?; 3. Juntar todo o grupo para compartilhar as respostas e visualizar as diferenças.
TAREFA PARA TODO O GRUPO: 1. Chuva de palavras: quando observo o mapa (1, 2, 3 e 4), que palavras ou frases me vêem à mente? (Anotar em uma lousa as palavras referentes à cada mapa); 2. Discutir as possíveis razões para a escolha dessas palavras; 3. Discutir com todo o grupo que outros temas estão faltando e seriam relevantes para estarem presentes nos mapas? Por quê?

Elaborado por PEREIRA, MPB (2006)

No que diz respeito às “características pessoais”, a atividade baseou-se na própria matriz, que foi dividida em características que interferem positivamente e outras que interferem negativamente. Esta competência foi escolhida para ser avaliada no primeiro momento porque ela se aproxima mais das atividades da introdução à entrevista. Dessa forma, houve a intenção de saber o que os agentes de saúde consideram como características que interferem positivamente e negativamente no desenvolvimento de suas atividades e quais são as mais evidentes para eles. Essa atividade esclareceu o que, de fato, eles percebem enquanto características positivas ou negativas para as atividades realizadas.

Com relação à “motivação”, foi elaborada uma adaptação da metodologia de Angelini (1973), na qual se buscou estimular a demonstração das razões pelas quais se realiza determinada ação. As situações vivenciadas na área de trabalho foram caracterizadas a partir da experiência de convivência com os agentes durante o trabalho de campo na área de trabalho deles. As figuras, segundo Angelini (1973), devem ter um fundo pouco nítido para favorecer a espontaneidade da imaginação e, conseqüentemente, a projeção nas histórias, buscando evitar a simples descrição de gravuras. Para conseguir esse efeito as fotos foram submetidas a um tratamento no software Photoshop com o filtro carvão da opção croqui. Para exemplificar será mostrada a figura ‘A’, utilizada durante a atividade.

A. Agente de saúde no ambiente de trabalho.
Data: Março de 2007.
Registro: PEREIRA, MPB.

No que diz respeito à “autonomia”, foi elaborada uma espécie de atividade presente em oficinas para estimular a imaginação quanto à iniciativa, à capacidade de articulação e de acesso à área, assim como a forma deles imaginarem como poderiam fazer para transformar a realidade local para melhor.

Já com relação ao “domínio conceitual” a preocupação girou em torno dos temas que os agentes de saúde se preocupam mais, têm maior conhecimento e conseguem expressar a partir de uma imagem ou de palavras.

Por fim, o "domínio da linguagem cartográfica" foi avaliado tendo por base os mapas direcionados elaborados pelos agentes de saúde na etapa de visita ao campo (Larissa, Germano, Nâna e Severino Silva). Os agentes de saúde da entrevista tiveram a oportunidade de manusear e discutir sobre os elementos representados nesses mapas.

Cabe salientar que, antes da entrevista, cada agente pesquisado teve a oportunidade de conhecer a pesquisa tanto oralmente (apresentação do tema, objetivos, resultados parciais e objetivos da entrevista com grupo focal) quanto pelo termo de consentimento livre e esclarecido[10] (Apêndice 2).

3.3 UM OLHAR SOBRE AS EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

Esta parte da pesquisa não estava prevista inicialmente, porém durante o trabalho de campo exploratório e a primeira etapa do trabalho de campo foram entregues espontaneamente materiais relativos à experiências locais que deram certo. Desta forma, resolveu-se ouvir, através de entrevista gravada (quadro 13), o depoimento de pelo menos dois desses agentes, sendo um da ESF (Estrelas) e um do PSA (Poeta).

QUADRO 13
ROTEIRO-BASE DE ENTREVISTA COM AGENTES QUE PARTICIPAM DE ALGUMA EXPERIÊNCIA EXITOSA (TEMPO PREVISTO: 30MIN)
GRUPO: UM AGENTE DE SAÚDE DA ESF E UM AGENTE DE SAÚDE DO PSA

Objetivo: Saber como experiências que se tornaram referência foram e são desenvolvidas.
1. Qual o seu nome completo? 2. O que significa Educação Popular para você? 3. E em que a prefeitura está apoiando? 4. A prefeitura exige de vocês a execução de projetos relacionados à Educação Popular? 5. O que você acha que precisa ser feito para realizar um trabalho melhor? 6. O que fez com que vocês começassem a desenvolver o trabalho independente do que a prefeitura oferece? 7. Qual o tempo disponível para vocês desenvolverem esses trabalhos? Até que ponto vocês têm liberdade para trabalhar? 8. Quais os temas você acha prioritário para trabalhar? 9. Qual o trabalho que você achou mais interessante? E por quê? (Boa repercussão, modificou alguma coisa na realidade local?) 10. Você percebeu em alguns casos alguma mudança? 11. Na sua opinião, como as pessoas percebem o trabalho de vocês? 12. Com relação à área de vocês, o que você acha que é o maior problema? 13. E com relação às características pessoais, quais seriam as principais características que um agente de saúde deveria ter para desenvolver da melhor maneira possível o trabalho? 14. Em que você acha que esse programa contribuiu para a melhora dessa situação? O que este programa tem de diferencial?

Elaborado por PEREIRA, MPB (2007)

[10] Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Prefeitura da Cidade do Recife em janeiro de 2007.

3.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Esses procedimentos foram escolhidos para analisar os tipos de informações coletadas durante o trabalho de campo. Os procedimentos realizados nesta etapa estiveram relacionados à análise de conteúdo, análise de discurso, análise semiótica de imagens paradas, análise da representação espacial e a triangulação de métodos.

a) Análise de conteúdo

Talvez pelo seu histórico, essa estratégia possui como característica básica o hibridismo no sentido de estar na fronteira entre o método quantitativo e qualitativo. Como diz Bauer (2002, p. 191) "Ela é uma técnica para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada".

De acordo com Víctora, Knauth, Hassen (2000) e Bauer (2002), a utilização dessa técnica é vantajosa por diversos motivos, dentre eles o rápido acesso das informações, uma vez que, na maioria das vezes, os documentos já haviam sido elaborados para outros fins, também pela possibilidade de lidar com grande quantidade de dados e ser um procedimento bem documentado e amadurecido. Esses autores acrescentam que tem boa aplicação para se trabalhar com dados históricos, até mesmo para construir novas informações históricas.

Segundo Bauer (2002), Víctora, Knauth e Hassen (2000) e Minayo (1994) as desvantagens seriam a pouca articulação com o contexto do material estudado, já que geralmente foi elaborado para outros fins. Devido a isso há dúvidas em relação à validade e representatividade das informações adquiridas. Outra coisa que esses autores apontam é que é dada ênfase na freqüência do que está presente, deixando de lado as ausências. Por último ressaltam a dificuldade de uso dessas informações por parte de outro pesquisador para uma análise secundária, pois é construída pelo pesquisador e o mesmo analisa.

Como sugestão para atenuar esses problemas os autores apontam a combinação dessa com outras técnicas. Com relação ao procedimento em si, sugerem a definição das regras de codificação, incluindo-se o referencial de codificação, que deve ser ajustado à amplitude teórica e técnica para verificar as ausências relevantes. Para

finalizar, afirmam ser importante colocar as fontes utilizadas para a escolha das regras de codificação. (BAUER, 2002; VÍCTORA; KNAUTH, HASSEN, 2000).

Diante do exposto, buscou-se aproveitar as vantagens e atenuar as desvantagens mencionadas. Nesta pesquisa, a análise de conteúdo foi utilizada tanto com o objetivo de verificar temáticas que estão presentes e/ou ausentes nesses documentos, em vários níveis de análise, como para identificar que tipos de elementos os agentes, através de sua formação, têm condições de observar.

A origem das informações foram as mais diversas: USF, distrito sanitário, órgão municipal, estadual ou federal.

Os documentos analisados foram documentos oficiais (leis, decretos, etc.), material utilizado para treinamento, material explicativo sobre os programas e relatórios. Esse conjunto de informações foi analisado com base num referencial de codificação que buscou diferenciar os temas e subtemas presentes e ausentes por origem e por tipo de documento.

Primeiro foi procedida uma leitura exploratória para identificar os tipos de código presentes em cada documento. Depois definido os códigos e seus valores, para posteriormente observar as presenças e ausências em cada documento.

b) Análise de discurso

A análise de discurso foi escolhida para analisar as informações resultantes das entrevistas devido à possibilidade de identificar a representação social de uma maneira mais dinâmica e viabilizar a possibilidade de mostrar a fala social de uma maneira mais natural, no modo como os indivíduos reais pensam no dizer de Lefèvre e Lefèvre (2003).

A proposta consiste em uma interpretação detalhada, baseada em material verbal coletado (anotações de campo, entrevista, recortes de jornal, livros literários, técnicos, etc) no qual se podem obter discursos sobre um dado tema (GILL, 2002; LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), o discurso é o resultado de um sujeito que representa uma determinada coletividade, sendo este caracterizado como o discurso do

sujeito coletivo (DSC). Nessa obra, os autores apresentam uma metodologia de análise que considera como figuras metodológicas as expressões-chave, idéias centrais e ancoragem.

As expressões-chave são trechos literais do discurso que devem ser destacados por revelar a essência do mesmo sobre determinado tema. As idéias centrais podem ser um nome ou uma expressão lingüística que representa a descrição do sentido de determinado depoimento ou de um conjunto de depoimentos. A ancoragem remete à expressão verbal de uma teoria, ideologia ou crença, defendida pelo sujeito que elabora o discurso. Como resultado da adoção dessa metodologia, tem-se a formação do discurso do sujeito coletivo sobre um dado tema (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

Buscou-se, portanto, seguir a metodologia de Lefèvre e Lefèvre (2003) para analisar o discurso proferido pelos agentes de saúde do PSF e do PSA, assim como de outros sujeitos, nos quais foram feitas anotações de suas falas durante a observação participante.

Assim sendo, inicialmente foi realizada a transcrição literal de todo o discurso para realizar uma análise isolada de cada questão para todos os sujeitos. Estando as questões isoladas, foram identificadas as expressões-chave, idéias centrais e ancoragens. Depois de identificadas, foram descritas as idéias centrais e da ancoragem para efetivar o agrupamento de idéias centrais e ancoragens de mesmo sentido, equivalente ou complementar, através da identificação por letras. Estando agrupados, foram escolhidas denominações para cada agrupamento criando uma idéia central que os unisse, e todas as expressões-chaves foram copiadas para uma mesma tabela a partir de cada idéia central. Depois de realizado este procedimento foi elaborada uma seqüência dessas expressões-chave, obedecendo a uma esquematização clássica do tipo começo, meio e fim, ou do mais geral para o particular, colocando conectivos, se necessário. O resultado dessa seqüência foi o próprio discurso do sujeito coletivo, que pode ser representado através de tabelas, de trechos, dentre outras formas, a depender da necessidade do pesquisador.

Com relação à motivação, buscou-se observar algumas situações que impulsionaram ou não o agente de saúde no processo de trabalho. No que diz respeito às características pessoais, estas foram utilizadas para observar que características

ajudam em quais situações. O domínio conceitual foi obtido a partir de expressões que remeteram a determinada temática relacionada com o trabalho ou à situação da localidade. No que diz respeito à autonomia, recorreu-se aos discursos que mostram alguma atitude do agente que repercutiu em mudança na realidade de sua localidade. Enquanto o discurso sobre o domínio da linguagem cartográfica foi apreendido a partir de discursos que se referiram à maneira como lidam com os mapas no seu dia a dia de trabalho.

c) Análise semiótica de imagens paradas

Propôs-se realizar as imagens fotográficas a partir das considerações de Penn (2002), que, de forma resumida, estão relacionadas à escolha das imagens a serem analisadas, a compilação de um inventário denotativo (incluindo as imagens e possíveis textos presentes) e o exame dos níveis mais altos de significação, como a conotação, mitos e sistemas referentes. Após essas etapas, a autora propõe a verificação de pendências (a análise enfocou o problema da pesquisa e todo o seu índice denotativo?) e a elaboração da exposição dos resultados.

As imagens analisadas foram aquelas que os agentes de saúde da ESF e do PSA elaboraram durante o trabalho de campo em sua área de atuação. Estes agentes fotografaram os elementos que para eles poderiam influenciar de alguma maneira no processo saúde-doença, assim como foram pedidas explicações dos motivos do registro dessas fotos, o que ocorreu durante os dias em que se estava realizando a visita a campo com o agente de saúde. No final do trabalho no campo foi pedido ao agente de saúde que escolhesse uma imagem que seria a mais representativa, ou a mais importante da sua área de trabalho quanto ao tema proposto, assim como que localizasse as fotos no mapa.

Após a realização do trabalho de campo, em todas as áreas selecionadas anteriormente, foi realizada a entrevista com grupo focal, no qual foram apresentadas essas fotos a outros agentes de saúde da ESF e PSA, os quais realizaram uma análise superficial a partir das seguintes questões: 1) Por que escolheram essa foto? 2) Qual o

tema principal da foto? De que ela trata? 3) Que impressões essa foto lhes causa? e 4) Qual a razão de não terem escolhido as outras fotos?

Num terceiro momento os subgrupos foram desfeitos e para se realizar uma discussão sobre as respostas assim como o uso da técnica de chuva de palavras no qual foi pedido que, ao olhar a foto, o agente falasse as palavras que lhe viessem à mente. Após esse momento, foi pedido que se fizesse considerações de temas que deveriam ter sido discutidos como elementos influenciadores do processo saúde-doença e não foram contemplados a partir dessa foto.

d) Análise da representação espacial livre

Consiste na análise de uma dimensão subjetiva e técnica. A dimensão subjetiva diz respeito à análise de elementos considerados correlatos com as competências domínio conceitual e autonomia, as quais foram as que mais se relacionaram ao conhecimento geográfico.

No que diz respeito ao domínio conceitual foi considerada a representação no mapa que pudesse ser considerada de risco ou de promoção à saúde humana de acordo com cada programa.

Com relação à autonomia foram identificados elementos presentes no desenho que apontam para uma parceria para mudanças na realidade local. Esses são os que aglutinam pessoas e que têm potencial para ser um local de discussão de soluções para a comunidade em algum aspecto.

Na dimensão técnica foi considerada a experiência com elaboração de mapas. Os critérios adotados para análise foram baseados em pistas lançadas nas publicações de Almeida (2001), MacEachrer (1995) e Martinelli (2006), são eles: a) perspectiva; b) proporcionalidade/ localização e; c) diversidade dos elementos.

Com relação à perspectiva, os mapas foram classificados como desenhos do ponto de vista frontal e pouca conexão entre os elementos; desenhos que misturam pontos de vista; desenhos com pontos de vista vertical, porém localização indefinida e; desenhos do ponto de vista vertical e localização adequada.

No que diz respeito à proporção e localização, a classificação dos desenhos foi realizada a partir daqueles que não correspondem ao proposto, daqueles que

correspondem regularmente ao proposto e da localização e proporção que estão mais próximas ao proposto.

Com relação às categorias, os mapas foram classificados pelos elementos que predominam na representação, tendo sido realizada a descrição e contabilização a partir das seguintes categorias: saneamento, localização/situação, infra-estrutura, elementos da natureza e uso do solo.

e) Triangulação de métodos

A triangulação de métodos foi utilizada no sentido de organizar de forma mais simples os resultados das análises a partir de cada estratégia e da discussão teórico-metodológica.

De acordo com Minayo, Assis e Souza (2005), a triangulação de métodos busca combinar métodos e técnicas para adequar-se à necessidade de estudar uma problemática com fundamentos interdisciplinares. O termo tem origem na publicação de Denzin, em 1970, denominada 'The research act' que o utilizou para defender a necessidade de compreender a realidade a partir de vários pontos de vista (MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2005, p. 15). Autores como Jick e Samaja também são citados como importantes nesse processo de desenvolvimento da estratégia da triangulação de métodos. Jick, em 1979, levou esse tema para as ciências aplicadas e Samaja, em 1992, buscou o diálogo entre áreas do conhecimento a partir das estruturas hierárquicas das matrizes de dados. (MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2005; CASTELLANOS, 1991)

Castellanos (1991) trabalha o tema quando discute o desenvolvimento de sistemas nacionais de avaliação e monitoramento das condições de vida e saúde, propondo partir de um marco teórico que incorpore elementos básicos (condições de vida, problemas de saúde/doença e respostas sociais de saúde e bem-estar) para recuperar o conjunto de avanços conceituais a partir de um modelo integrador. Minayo, Assis e Souza (2005) utilizam essa estratégia para a avaliação de programas e

projetos sociais, tendo como exemplo a avaliação do programa Cuidar[11]. Dessa forma, viabiliza a pesquisa combinando métodos quantitativos e qualitativos.

Tendo por objetivo reduzir a complexidade do tema estudado, Castellanos (1991) propôs dar uma finalidade prática e produzir conhecimentos que pudessem ser úteis para as decisões e ações no âmbito das políticas públicas. Além de reduzir a complexidade, Minayo, Assis e Souza (2005) querem também construir uma visão crítica que equilibre os números e as significâncias, fornecendo maior confiabilidade.

Ao considerar este tipo de estudo, relacionando o conhecimento geográfico do agente de saúde com as competências e habilidades sociais, enfrentou-se problemas relacionados à complexidade e para isso buscou-se ferramentas metodológicas que pudessem reduzi-los e, ao mesmo tempo, articular unidades de análises, variáveis e indicadores de diferentes níveis. Neste caso, a triangulação de métodos foi entendida como uma importante alternativa para unir tantas informações.

No entanto, Castellanos (1991) recomenda que, para aplicar a metodologia da triangulação de métodos, é necessário escolher um número mínimo de variáveis, mas que seja suficiente para descrever o contexto, assim como elaborar uma construção teórica passível de ser permanentemente ajustada com a prática. Já Minayo, Assis e Souza (2005) acrescentam que se devem analisar os tipos de informações separadamente, com suas específicas metodologias de análise para se ater às especificidades, porém ao mesmo tempo combinado para conseguir a informação desejada; lembram também que não se deve esquecer que cada método e técnica têm forças e fraquezas peculiares.

A pesquisa tem, portanto, como uma de suas perspectivas compor uma síntese dessas várias técnicas e/ou métodos utilizados durante o trabalho. Para isso foram utilizadas estratégias que buscaram abranger cada escala geográfica e ao mesmo tempo cada tipo de informação disponível na mesma (quadro 14).

---

[11] O Programa Cuidar foi elaborado pelo educador Antônio Carlos Gomes da Costa e viabilizado pela instituição Modus Faciendi. Tem como objetivo "'promover, junto às redes públicas e particulares de ensino fundamental e médio, um projeto de educação para valores' " (Modus Faciendi, apud MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2005, p. 47)

QUADRO 14

TIPOS DE INFORMAÇÕES COLETADAS PARA PESQUISA, POR ESCALA GEOGRÁFICA

ESCALA GEOGRÁFICA	INFORMAÇÃO	GERAÇÃO DE DADOS	ANÁLISE DOS DADOS
Internacional	Relatórios finais de Conferências Internacionais	Levantamento documental	Análise de conteúdo
Nacional	Documentos oficiais do programa/ Relatórios dos programas/ Material de capacitação	Levantamento documental	Análise de conteúdo
Municipal	Documentos oficiais do programa/ Relatórios dos programas/ Material de capacitação/ Anotações de campo	Levantamento documental/ Observação participante	Análise de conteúdo / Análise de discurso
Sujeito (agente de saúde responsável por uma área) (NÍVEL DE ANCORAGEM)	Discurso gravado em áudio/ Anotação em caderneta de campo/ Informações obtidas diretamente com o agente de saúde	Entrevista individual/ Elaboração de mapa mental (livre e direcionado)/ Levantamento fotográfico/ Observação participante/ Entrevista com grupo focal	Análise de discurso/ Análise semiótica de imagens paradas/ Análise da representação espacial
Comunidade (área de trabalho do agente)	Levantamento documental/ Observação participante/ Entrevista com grupo focal/ Levantamento fotográfico/ Gravação em áudio/ Elaboração de mapa mental	Análise de conteúdo/ Análise de discurso/ Análise semiótica de imagens paradas/ Análise da representação espacial	Triangulação de métodos

Organizado por PEREIRA, MPB (2006)

Capítulo 4...

Recife: ambiente, qualidade dos serviços e resiliências

A cidade não se revela em todos os seus segredos, por mais atento que seja o olhar de quem a observa. (...) Conseguir reduzir a cidade a um conceito único é impossível. Temos que explorar a sua diversidade. **(REZENDE, 2007, p. 11)**

4. RECIFE: AMBIENTE, QUALIDADE DOS SERVIÇOS E RESILIÊNCIAS

Ao longo de sua formação sócio-espacial, a cidade do Recife vem sendo denominada a partir de adjetivos que remetem à sua natureza urbano-ambiental. Entre as principais denominações, Gominho (1998, p. 13) destaca: “Cidade-Veneza, Cidade Maurícia, Mauristad, Cidade das Águas, Veneza Americana, Cidade Anfíbia, Caeté, Capital do Açúcar, Cidade dos Mucambos, Mucambópolis...”

Josué de Castro, por exemplo, apresentou-a com várias faces. Ao observar a conjuntura urbana durante a década de 1950, concebeu-a, por um lado, como a cidade dos rios, pontes e antigas residências palacianas, e, por outro, como a cidade dos mocambos, das choças, casebres de barro batido a sopapo, com telhados de capim, de palha, de folhas de flandres. No entanto, quando buscou uma identidade única à mesma, o autor afirmou que apenas a paisagem natural é que lhe dá unidade, sendo esta representada pelo intenso reflexo da luz sobre as águas (CASTRO, 1992b). Esse posicionamento foi reforçado por Rocha (1992) ao afirmar que, na década de 1970, o rio Capibaribe se constituía como uma constante na paisagem, e por Bernardes (1996), num primeiro momento, quando afirmou que o elemento líquido domina a paisagem.

Entretanto, colocando em evidência essa ‘paisagem natural’, há também controvérsias quanto ao rio, e o conseqüente reflexo da luz sobre as águas como sendo a unidade da paisagem do Recife, uma vez que na paisagem recifense surge uma outra característica: a oposição entre os morros e os alagados. Bernardes (1996), na continuação do seu livro, apresenta a ocupação dos alagados e mangues na planície, e ao redor (norte, oeste e sul) a ocupação dos morros, formando uma planície rodeada por um semicírculo de morros.

Essa caracterização inicial de Recife mostra um problema que é inerente a muitas cidades, o qual depende da escala e da perspectiva que se observa a mesma. Assim, a sua natureza remonta para a possibilidade de observá-la a partir de um recorte caleidoscópico, no qual a mudança de ângulo resulta em recortes diferentes no que se refere à configuração sócio-espacial da cidade.

Lefebvre (2001) apresenta algumas faces desse problema quando afirma ser importante distinguir visões diferenciadas da cidade quando se quer problematizar a mesma. Inicialmente, o autor apresenta a cidade enquanto globalidade, sendo esta pertencente à concepção dos filósofos. Depois apresenta a cidade a partir de conhecimentos parciais. Uma outra cidade seria aquela que mostra aplicações técnicas dos conhecimentos parciais da cidade. E uma quarta cidade seria a que coloca o urbanismo enquanto doutrina e ideologia para interpretar os conhecimentos parciais desta cidade.

Essa visão fragmentada da cidade torna-se um pouco mais proeminente quando a mesma se torna uma metrópole, como é o caso de Recife. Ainda que seja considerada por Souza (2000) uma metrópole nacional com uma posição intermediária em relação a alguns aspectos do desenvolvimento sócio-espacial, quando comparada ao Rio de Janeiro e São Paulo, concorda-se com Rezende (2007) ao afirmar que Recife é uma cidade de muitos espelhos, sendo difícil escolher a imagem que mais a identifica.

Esse breve resgate foi necessário para entender algumas das visões fragmentadas sobre a cidade de acordo com os componentes da ESF e do PSA a partir de escalas diferenciadas. Inicialmente é mostrada a cidade apreendida pela direção do distrito e pelos dirigentes de área de cada programa (enfermeiros e supervisores). Neste caso o Recife está sendo visto de forma fragmentada, mas aponta algumas das principais preocupações desses profissionais em todo o Recife. Logo após mostra a cidade visualizada pelos agentes, sendo num primeiro momento a visão como um todo e depois a partir do resgate dos depoimentos dos agentes Estrelas (Chão de Estrelas), Larissa (Poço), Germano (Monteiro), Poeta (Várzea), Nâna, Sarah e Severino (Ilha do Retiro) sobre suas áreas de trabalho.

4.1 RECIFE: O SERVIÇO DE SAÚDE EM MEIO AOS CONTRASTES SÓCIO-ECONÔMICO E AMBIENTAL

Durante o trabalho de campo exploratório foi iniciado o contato com as pessoas que ocupam cargo de confiança na secretaria de saúde (sede da PCR), Centro de

Vigilância Ambiental (CVA) e Departamento de Atenção Básica (DEAB). Além destes, também foi estabelecido contato com a direção da ESF e PSA em cada distrito sanitário e com os enfermeiros (da ESF) e supervisores (PSA) em toda a cidade.

Com relação às pessoas da direção, foi pedido que fosse feita uma caracterização do distrito em que trabalha, já aos enfermeiros e supervisores, em meio a outras perguntas[12], foram questionados sobre o que caracteriza de bom e de ruim sua área de trabalho. A partir dessa caracterização surgiram nove categorias que definiram o posicionamento dos agentes sobre sua área de atuação, seja o distrito ou a área de trabalho (quadro 15 e 16).

QUADRO 15
CATEGORIAS QUE DEFINEM A ÁREA DE ATUAÇÃO, POR DISTRITO SANITÁRIO, PARA OS TRABALHADORES DA DIREÇÃO DO DISTRITO

CATEGORIAS	I		II		III		IV		V		VI	
	ESF	PSA	ESF	PSA	ESF	PSA	ESF	PSA	ESF	PSA	ESF[13]	PSA
1. LOCALIZAÇÃO/ SITUAÇÃO												
2. CARACTERÍSTICAS GERAIS E PERFIL												
3. CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA												
4. AÇÕES NO AMBIENTE E CONDIÇÕES DE SANEAMENTO												
5. SERVIÇO DE SAÚDE												
6. AÇÕES ARTICULADAS ENTRE A EQUIPE E A LOCALIDADE												
7. SERVIÇOS OFERECIDOS												
8. SITUAÇÕES QUE GERAM SEGURANÇA/ INSEGURANÇA SOCIAL												
9. CONDIÇÃO REFERIDA												

Fonte: Trabalho de campo exploratório em janeiro e fevereiro de 2006 e 2007/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

LEGENDA:

	ESF
	PSA

[12] As outras perguntas às quais fez-se referência são: a) identificação de agentes que se destaquem por fazer mais do que a sua obrigação ou por uma característica pessoal forte, e a especificação deste destaque; b) localização da USF/ ponto de apoio e; c) identificação dos agentes mais antigos, e destes, quais estão trabalhando em uma área que possui também um agente do outro programa. Todas estas perguntas influenciaram na escolha das áreas e das pessoas a fazerem parte desta pesquisa. (Mais detalhes, verificar capítulo 2)

[13] Não foi possível obter a caracterização da área pela direção da ESF no Distrito Sanitário VI, sendo contado apenas o que foi apontado pela direção do PSA.

QUADRO 16

CATEGORIAS QUE DEFINEM A ÁREA DE ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS E SUPERVISORES POR PROGRAMA E POR DISTRITO SANITÁRIO

CATEGORIAS	I				II				III				IV				V				VI			
	ESF		PSA		ESF		PSA		ESF		PSA		ESF		PSA		ESF		PSA		ESF		PSA	
	B	R	B	R	B	R	B	R	B	R	B	R	B	R	B	R	B	R	B	R	B	R	B	R
1. LOCALIZAÇÃO/ SITUAÇÃO																								
2. CARACTERÍSTICAS GERAIS E PERFIL																								
3. CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA																								
4. AÇÕES NO AMBIENTE E CONDIÇÕES DE SANEAMENTO																								
5. SERVIÇO DE SAÚDE																								
6. AÇÕES ARTICULADAS ENTRE A EQUIPE E A LOCALIDADE																								
7. SERVIÇOS OFERECIDOS																								
8. SITUAÇÕES QUE GERAM SEGURANÇA/ INSEGURANÇA SOCIAL																								
9. CONDIÇÃO REFERIDA																								

Fonte: Trabalho de campo exploratório em janeiro e fevereiro de 2006 e 2007/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008).
B= destaque bom; R= destaque ruim

LEGENDA:

	ESF
	PSA

Depois dessa caracterização geral, foi feita uma classificação das categorias que teriam uma presença mais forte, ou seja, tanto a ESF quanto o PSA, através dos dois segmentos, (direção do distrito e dos dirigentes das áreas) apontaram a mesma categoria. A presença média estaria relacionada às categorias que estiveram manifestas nas falas de um dos segmentos de maneira forte e outro em pelo menos um dos programas, ou seja, parcial. Por fim, a presença fraca seria aquela que se apresentou nas falas de pelo menos um dos segmentos, sendo a fala por parte de apenas um programa ou que em um segmento apresentou-se forte, porém, no outro, não teve presença (quadro 17). A partir dos resultados, optou-se em apresentar através de mapas apenas as categorias que apresentaram a presença forte em pelo menos um distrito sanitário.

QUADRO 17

CATEGORIAS QUE DEFINEM A ÁREA DE ATUAÇÃO, POR DISTRITO SANITÁRIO, PARA OS TRABALHADORES DA DIREÇÃO DO DISTRITO E OS DIRIGENTES DE ÁREAS (ENFERMEIROS E SUPERVISORES)

TEMAS	I		II		III		IV		V		VI		PRESENÇA		
	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A			
1. LOCALIZAÇÃO/ SITUAÇÃO	P	P	P	T	T	T	T	T	-	T	-	T			
2. CARACTERÍSTICAS GERAIS E PERFIL	T	T	-	T	T	T	-	T	-	T	-	T			
3. CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA	P	T	T	T	T	T	P	T	P	T	P	T			
4. AÇÕES NO AMBIENTE E CONDIÇÕES DE SANEAMENTO	T	T	P	T	P	T	P	T	-	T	-	T			
5. SERVIÇO DE SAÚDE	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	P	T			
6. AÇÕES ARTICULADAS ENTRE A EQUIPE E A LOCALIDADE	-	P	-	T	T	T	-	T	T	P	P	T			
7. SERVIÇOS OFERECIDOS	-	P	-	P	-	T	-	P	-	T	-	T			
8. SITUAÇÕES QUE GERAM SEGURANÇA/ INSEGURANÇA SOCIAL	P	T	-	T	-	T	P	T	-	T	-	-			
9. CONDIÇÃO REFERIDA	-	-	P	P	P	P	P	P	P	T	-	P			

Fonte: Trabalho de campo exploratório em janeiro e fevereiro de 2006 e 2007/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

LEGENDA:

D	Direção do Distrito
A	Área dos enfermeiros ou dos supervisores
-	Não houve relato de nenhum programa sobre esta categoria
P	Parcial (pelo menos um programa apontou a categoria)
T	Total (tanto a ESF quanto o PSA apontaram a categoria)
	Presença forte
	Presença média
	Presença fraca
	Não consta

Vale salientar que, quando se fala na direção do distrito, estão incluídos tantos os chefes como os funcionários que têm cargo de confiança, e estes falam do distrito como um todo.

Com relação aos enfermeiros, estes são profissionais que trabalham no local, mas normalmente não moram na área, têm formação universitária e, em geral, inseriram-se na equipe através de concurso público municipal. Estes falam de uma cidade, onde em cada bairro, são observados os moradores com menor poder aquisitivo, porém não exclusivamente por aglomerados subnormais[14].

[14] Aglomerados subnormais= Conjunto constituído por no mínimo 51 domicílios, ocupando ou tendo ocupado até período recente, terreno de propriedade alheia – pública ou particular – dispostos, em geral, de forma desordenada e densa, e carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais (IBGE, 2000).

Os supervisores, em geral, são agentes de saúde ambiental que se destacaram e passaram a ser responsáveis por uma equipe, ou, com menos freqüência, são funcionários da FUNASA e em sua maioria não mora na área. O Recife caracterizado por estes profissionais seria mais condizente com o conjunto da cidade, uma vez que suas áreas abrangem os bairros como um todo, incluindo todas as classes sociais existentes.

A primeira categoria refere-se à **localização/situação,** que tem a ver com as observações relacionadas ao relevo, à acessibilidade e à sua localização relativa e/ou absoluta. (mapa 5). O tema localização/situação esteve mais forte na fala dos profissionais do DS III e IV, no qual tanto a direção do distrito quanto os dirigentes de área falaram sobre o tema, seja por sua influência positiva e/ou negativa.

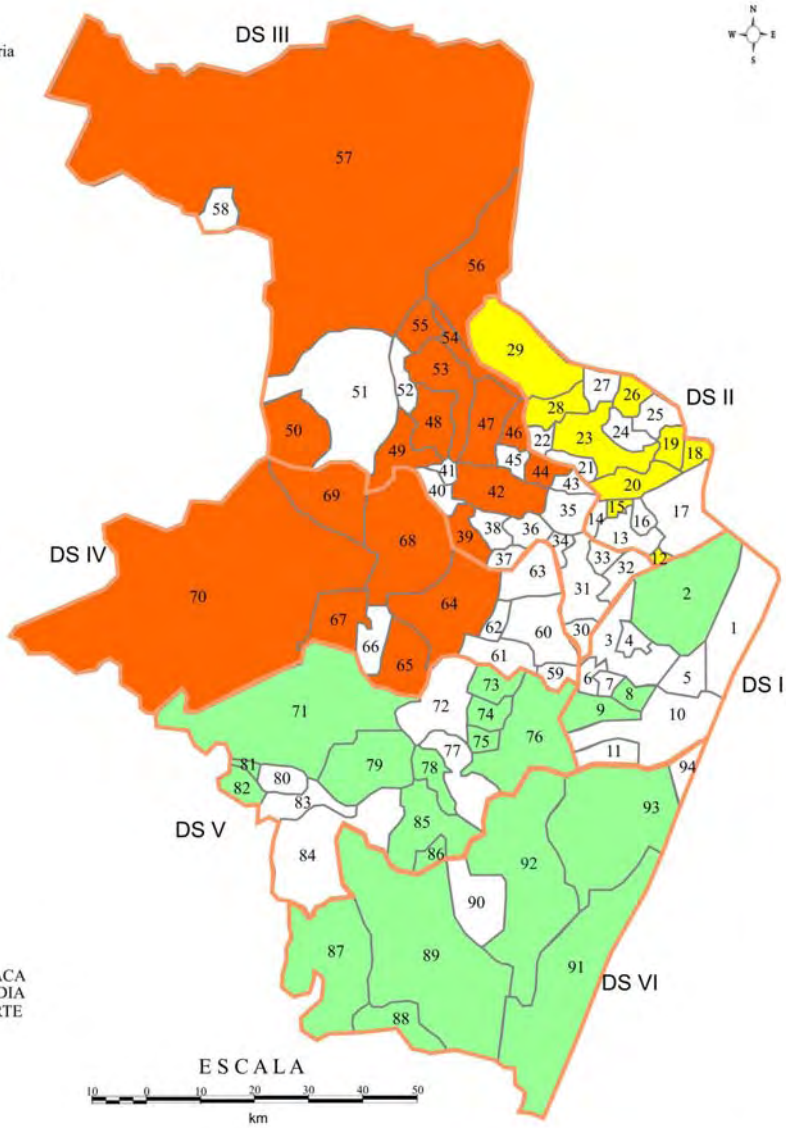
No que diz respeito ao relevo, a direção do distrito apresentou problemas relacionados aos morros e aos alagados (desabamentos e alagamentos), os quais estiveram presentes de forma mais evidenciada nos distritos II, III e IV. Os enfermeiros e supervisores apresentaram como um bom destaque em relação ao relevo a área ser plana, semiplana e de ladeira (neste caso, por ser uma área que não alaga). Como destaque ruim eles falaram sobre o relevo com relação às barreiras (risco de deslizamento, ladeiras, escadarias) e vales (córregos).

Com relação à acessibilidade, a direção do distrito afirmou que a mesma tem sido dificultada pela violência, áreas alagadas e de morros e pela enorme extensão das áreas de trabalho, isso tem ocorrido principalmente nos distritos II e III. Os enfermeiros e supervisores colocaram como destaque bom as áreas que são mais fáceis de se trabalhar, seja por ser facilitado o acesso à USF ou à área. Com relação aos problemas, estão relacionados às escadarias (que dificultam as visitas domiciliares), falta de calçamento, buracos na rua que não permitem a passagem, presença de canais e à grande extensão das áreas de trabalho.

MAPA 5 Percepção do Recife pela direção do Distrito Sanitário e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria localização/ situação

Nome dos Bairros

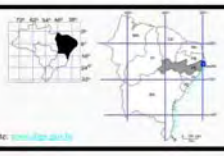
01 Recife
02 Santo Amaro
03 Boa Vista
04 Soledade
05 Santo Antônio
06 Paissandu
07 Ilha do Leite
08 Coelhos
09 Ilha Joana Bezerra
10 São José (Coque)
11 Cabanga
12 Torreão
13 Encruzilhada
14 Rosarinho
15 Ponto de Parada
16 Hipódromo
17 Campo Grande
18 Peixinhos
19 Campina do Barreto
20 Arruda
21 Bomba do Hemetério
22 Alto Sta. Terezinha
23 Água Fria
24 Fundão
25 Cajueiro
26 Porto da Madeira
27 Beberibe
28 Linha do Tiro
29 Dois Unidos
30 Derby
31 Graças
32 Espinheiro
33 Aflitos
34 Jaqueira
35 Tamarineira
36 Parnamirim
37 Santana
38 Casa Forte
39 Poço
40 Monteiro
41 Alto do Mandu
42 Casa Amarela
43 Mangabeira
44 Alto José do Pinho
45 Morro da Conceição
46 Alto José Bonifácio
47 Vasco da Gama
48 Macaxeira
49 Apipucos
50 Sítio dos Pintos
51 Dois Irmãos
52 Córrego do Genipapo
53 Nova Descoberta
54 Brejo do Beberibe
55 Brejo da Guarabira
56 Passarinho
57 Guabiraba
58 Pau Ferro
59 Ilha do Retiro
60 Madalena
61 Prado
62 Zumbi
63 Torre
64 Cordeiro
65 Torrões
66 Engenho do Meio
67 Cidade Universitária
68 Iputinga
69 Caxangá
70 Várzea
71 Curado
72 San Martin
73 Bongi
74 Mustardinha
75 Mangueira
76 Afogados
77 Jiquiá
78 Estância
79 Jardim São Paulo
80 Sancho
81 Totó
82 Coqueiral
83 Tejipió
84 Barro
85 Areias
86 Caçote
87 Cohab
88 Jordão
89 Ibura
90 Ipsep
91 Boa Viagem
92 Imbiribeira
93 Pina
94 Brasília Teimosa



LEGENDA
- NÃO CONSTA
- PRESENÇA FRACA
- PRESENÇA MÉDIA
- PRESENÇA FORTE

Características Geolocacionais: Recife-PE

Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)



Fonte: www.ibge.gov.br

CIDADE DO RECIFE

Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria localização/ situação

Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Trabalho de Campo Exploratório (janeiro e fevereiro de 2006 e 2007)

Organizado por: PEREIRA, Martha. Julho de 2008.

No que se refere à localização relativa, a direção do distrito destacou como aspectos relevantes, os pontos de violência, tráfico de drogas, áreas carentes, córregos e proximidade de matas, aspectos esses observados nos distritos I, II e IV. Os enfermeiros e supervisores destacaram como características positivas o fato de sua área de trabalho estar próxima a: escolas, praia e à USF, e esta, por sua vez, estar próxima à avenida de grande circulação. Estar em uma área má situada em relação a outros objetos significa que a área para visitar está distante da USF e há como conseqüência, dificuldades tanto para o profissional atender no domicílio, quanto para o usuário ir até a USF ou, no caso dos supervisores, o ponto de apoio está longe da USF.

A localização absoluta foi mencionada apenas pelos enfermeiros e supervisores, os quais apontaram como um bom destaque as áreas de riqueza e pobreza estarem bem definidas, a paisagem do lugar ser bonita, ter arborização (facilidade de andar pela área sem tomar tanto sol), a população atendida ter uma boa condição de sobrevivência, sendo mais saudável, e estar em uma área turística.

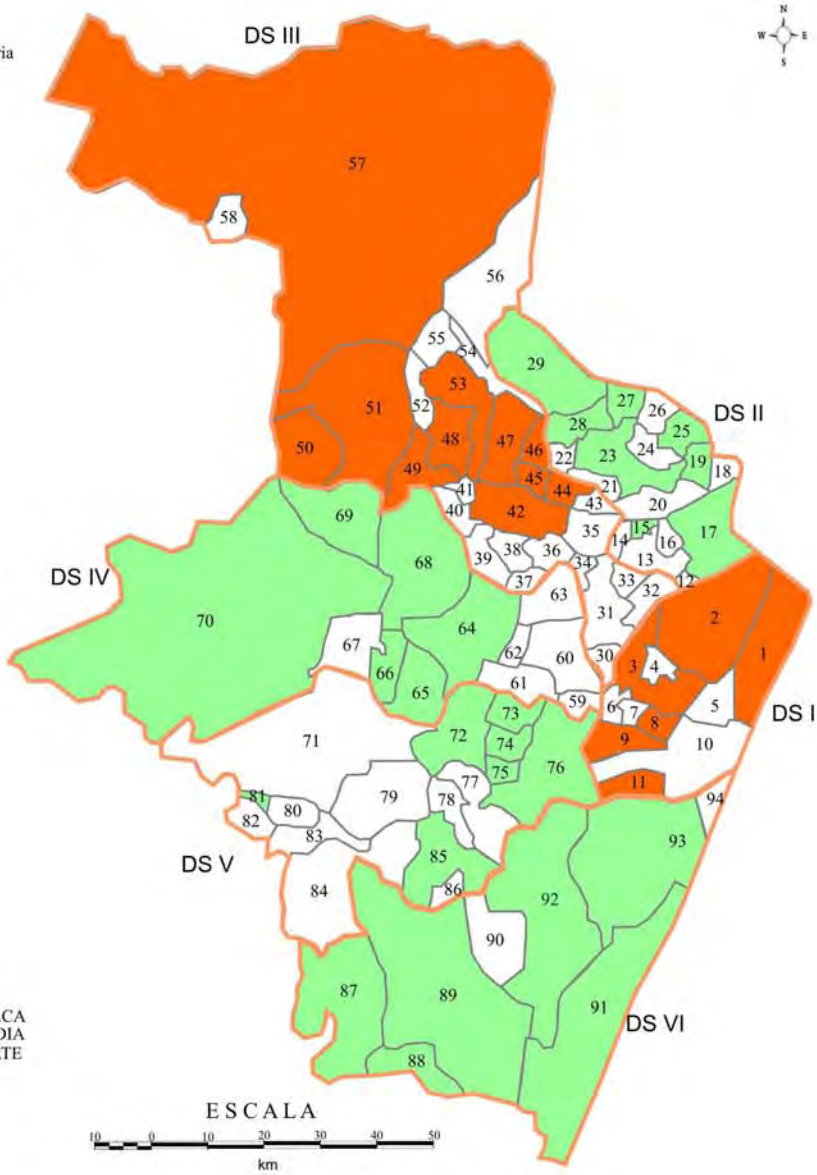
A categoria que trata das **características gerais e perfil** refere-se a características históricas, físicas, demográficas, culturais, nível de conhecimento, receptividade da população e características gerais (mapa 6). Com relação à direção do distrito, foram mencionadas apenas nos Distritos Sanitários I e III. Já com relação os dirigentes de áreas, essa categoria esteve presente em todos os Distritos Sanitários. Dessa forma, esta categoria apresenta-se mais forte nos DS I e III.

Os temas mencionados exclusivamente pela direção do distrito foram as características históricas, físicas e demográficas. A direção do distrito apontou no Distrito I as características históricas com vestígios da colonização portuguesa e as demográficas, com uma população predominantemente de trabalhadores devido ser um bairro central. Já no DS III foram evidenciadas as características físicas como sendo este distrito concentrador de todas as características da cidade; foi lembrado que este distrito é o mais populoso e que concentra maior número de bairros.

MAPA 6 Percepção do Recife pela direção do Distrito Sanitário e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria características gerais e perfil

Nome dos Bairros

01 Recife
02 Santo Amaro
03 Boa Vista
04 Soledade
05 Santo Antônio
06 Paissandu
07 Ilha do Leite
08 Coelhos
09 Ilha Joana Bezerra
10 São José (Coque)
11 Cabanga
12 Torreão
13 Encruzilhada
14 Rosarinho
15 Ponto de Parada
16 Hipódromo
17 Campo Grande
18 Peixinhos
19 Campina do Barreto
20 Arruda
21 Bomba do Hemetério
22 Alto Sta. Terezinha
23 Água Fria
24 Fundão
25 Cajueiro
26 Porto da Madeira
27 Beberibe
28 Linha do Tiro
29 Dois Unidos
30 Derby
31 Graças
32 Espinheiro
33 Aflitos
34 Jaqueira
35 Tamarineira
36 Parnamirim
37 Santana
38 Casa Forte
39 Poço
40 Monteiro
41 Alto do Mandu
42 Casa Amarela
43 Mangabeira
44 Alto José do Pinho
45 Morro da Conceição
46 Alto José Bonifácio
47 Vasco da Gama
48 Macaxeira
49 Apipucos
50 Sítio dos Pintos
51 Dois Irmãos
52 Córrego do Genipapo
53 Nova Descoberta
54 Brejo do Beberibe
55 Brejo da Guarabira
56 Passarinho
57 Guabiraba
58 Pau Ferro
59 Ilha do Retiro
60 Madalena
61 Prado
62 Zumbi
63 Torre
64 Cordeiro
65 Torrões
66 Engenho do Meio
67 Cidade Universitária
68 Iputinga
69 Caxangá
70 Várzea
71 Curado
72 San Martin
73 Bongi
74 Mustardinha
75 Mangueira
76 Afogados
77 Jiquiá
78 Estância
79 Jardim São Paulo
80 Sancho
81 Totó
82 Coqueiral
83 Tejipió
84 Barro
85 Areias
86 Caçote
87 Cohab
88 Jordão
89 Ibura
90 Ipsep
91 Boa Viagem
92 Imbiribeira
93 Pina
94 Brasília Teimosa



LEGENDA
- NÃO CONSTA
- PRESENÇA FRACA
- PRESENÇA MÉDIA
- PRESENÇA FORTE

Características Geolocacionais: Recife-PE

Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)

Fonte:

CIDADE DO RECIFE

Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria características gerais e perfil

Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Trabalho de Campo Exploratório (janeiro e fevereiro de 2006 e 2007)

Organizado por: PEREIRA, Martha. Julho de 2008.

No que concerne aos aspectos culturais, a direção do distrito apontou como forte a expressão cultural no Distrito Sanitário III, sendo mencionada a presença de “bolsões de cultura”. Já os enfermeiros e supervisores apresentaram como um bom destaque em relação à expressão cultural a presença de variados grupos musicais nos bairros como um todo ou nas áreas mais pobres dos bairros.

Com relação ao nível de conhecimento, mencionado apenas pelos enfermeiros e supervisores, foi destacado como bom as pessoas que têm boa formação, as que são esclarecidas e que aderiram a novos hábitos (os hábitos que foram apresentados pelas políticas de saúde). Como ruim, foi colocada a falta de instrução de outros moradores e a falta de educação por parte dos usuários que invadem os consultórios médicos.

Os enfermeiros e supervisores se referiram também à receptividade da população. Nas áreas em que é boa, há respeito, acessibilidade, tranqüilidade para trabalhar, mudança de hábitos, relação de confiança, acolhimento, os usuários compreendem os limites e potencialidades do programa, e, por conseqüência, criam vínculo com a comunidade. Nas áreas em que a receptividade está problemática, têm relação com o não envolvimento da população com os problemas em seu ambiente de moradia, ao agravamento da situação após orientação dos agentes de saúde, à falta de participação da população nas atividades locais promovidas, à falta de entendimento dos limites e potencialidades do programa e a dificuldade em aceitar o novo.

Com relação às características gerais de suas áreas de atuação, os enfermeiros e supervisores destacaram como bom a consciência crítica, solidariedade, amabilidade, humanidade e alegria dos moradores. Como ruim destacaram o descontrole com relação ao número elevado de filhos por família fazendo com que a população seja muito jovem, a agressividade, intolerância, falta de solidariedade, grande mobilidade da população e a carência emocional desses moradores.

Percebe-se que os destaques bons em relação ao nível de conhecimento da população atendida, o grau de politização/ trabalho comunitário e a receptividade são influenciadores do domínio conceitual e conseqüente autonomia.

A categoria **condições sócio-econômicas** está representada pela condição financeira, condições da habitação, contrastes do ponto de vista sócio-ambientais e

econômicos (mapa 7). Considerando os dois segmentos, a presença desse tema é forte nos Distritos Sanitários II e III.

Para a direção do distrito, a condição financeira tem relação com relatos sobre pobreza, nível salarial baixo e bolsões de pobreza, foi mencionado nos Distritos I, II, III, IV e V. Os enfermeiros e supervisores apontaram como boa condição financeira os locais em que a maioria das pessoas está aposentada, a renda não é tão baixa e a miserabilidade é baixa. Já os destaques ruins são correlacionados aos altos níveis de desemprego, muitas pessoas abaixo da linha de pobreza, à presença de muitos desocupados na rua por falta de trabalho e a uma paisagem que choca ao olhar do profissional.

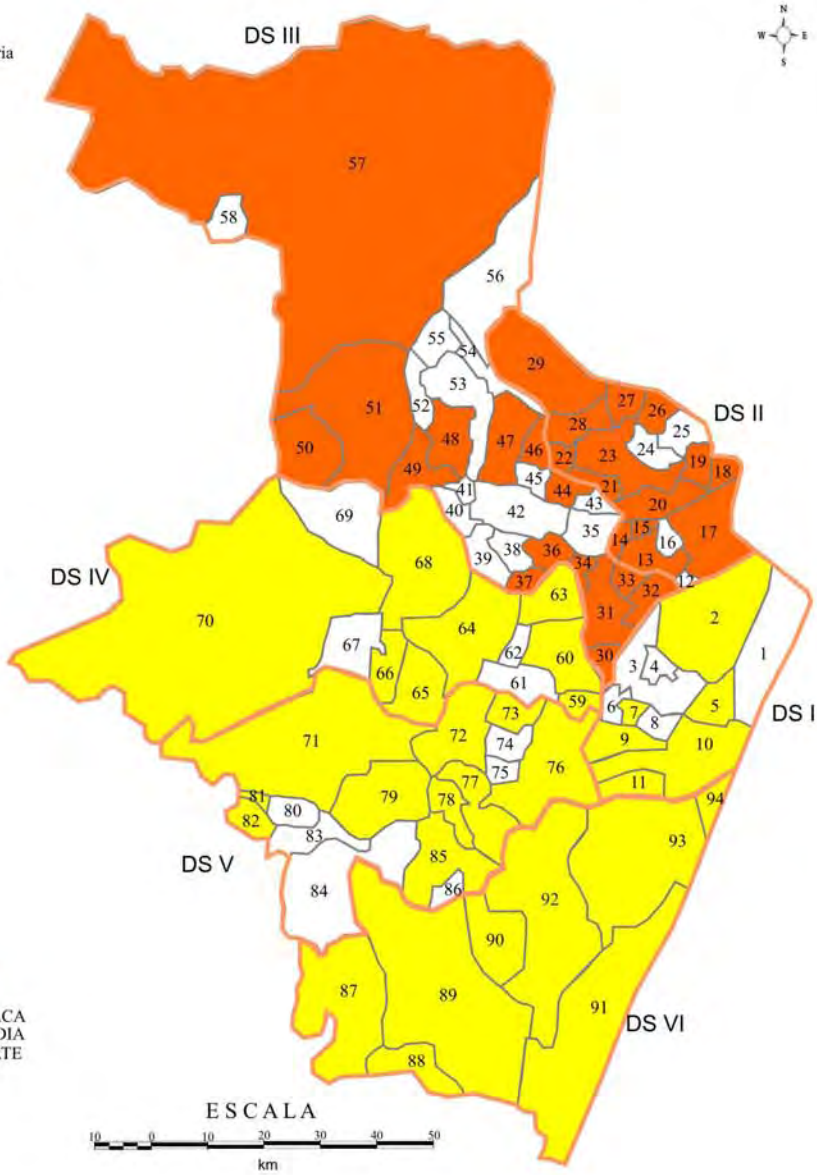
As condições de habitação foram apresentadas pela direção do distrito através das habitações com materiais aproveitados (casa de papelão) e as casas construídas em área de invasão, estas questões foram colocadas pelo DS IV. Os enfermeiros e supervisores destacaram como bom a presença de casas com bom padrão de construção (alvenaria com reboco). Como ruim destacaram as palafitas e habitações construídas com materiais aproveitados (taipa e lona).

Os contrastes sócio-ambiental e econômico foram apresentados nos distritos III e VI, segundo os dirigentes dos distritos. Fato que se explica historicamente devido essas áreas terem sido ocupadas pela população de alta renda, em períodos históricos diferenciados, e atualmente concomitante à edificações que expressam essa riqueza, também abrigam a população mais pobre. Em decorrência disso, no distrito VI, foi citado que esse contraste influencia negativamente no planejamento dos ASAs para agir com um público alvo tão diverso. Os enfermeiros e supervisores destacaram como bom os contrastes porque pelo menos demonstra que a população atendida não é tão pobre, e quando falaram de coisas negativas sobre o contraste sócio-ambiental e econômico mencionaram a dificuldade para planejar um trabalho em áreas muito contrastantes.

MAPA 7 Percepção do Recife pela direção do Distrito Sanitário e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria condição sócio-econômica

Nome dos Bairros

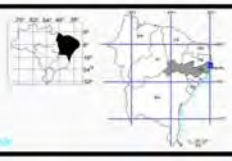
01 Recife
02 Santo Amaro
03 Boa Vista
04 Soledade
05 Santo Antônio
06 Paissandu
07 Ilha do Leite
08 Coelhos
09 Ilha Joana Bezerra
10 São José (Coque)
11 Cabanga
12 Torreão
13 Encruzilhada
14 Rosarinho
15 Ponto de Parada
16 Hipódromo
17 Campo Grande
18 Peixinhos
19 Campina do Barreto
20 Arruda
21 Bomba do Hemetério
22 Alto Sta. Terezinha
23 Água Fria
24 Fundão
25 Cajueiro
26 Porto da Madeira
27 Beberibe
28 Linha do Tiro
29 Dois Unidos
30 Derby
31 Graças
32 Espinheiro
33 Aflitos
34 Jaqueira
35 Tamarineira
36 Parnamirim
37 Santana
38 Casa Forte
39 Poço
40 Monteiro
41 Alto do Mandu
42 Casa Amarela
43 Mangabeira
44 Alto José do Pinho
45 Morro da Conceição
46 Alto José Bonifácio
47 Vasco da Gama
48 Macaxeira
49 Apipucos
50 Sítio dos Pintos
51 Dois Irmãos
52 Córrego do Genipapo
53 Nova Descoberta
54 Brejo do Beberibe
55 Brejo da Guarabira
56 Passarinho
57 Guabiraba
58 Pau Ferro
59 Ilha do Retiro
60 Madalena
61 Prado
62 Zumbi
63 Torre
64 Cordeiro
65 Torrões
66 Engenho do Meio
67 Cidade Universitária
68 Iputinga
69 Caxangá
70 Várzea
71 Curado
72 San Martin
73 Bongi
74 Mustardinha
75 Mangueira
76 Afogados
77 Jiquiá
78 Estância
79 Jardim São Paulo
80 Sancho
81 Totó
82 Coqueiral
83 Tejipió
84 Barro
85 Areias
86 Caçote
87 Cohab
88 Jordão
89 Ibura
90 Ipsep
91 Boa Viagem
92 Imbiribeira
93 Pina
94 Brasília Teimosa



LEGENDA
- NÃO CONSTA
- PRESENÇA FRACA
- PRESENÇA MÉDIA
- PRESENÇA FORTE

Características Geolocacionais: Recife-PE

Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)



CIDADE DO RECIFE

Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria condições sócio-econômicas

Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Trabalho de Campo Exploratório (janeiro e fevereiro de 2006 e 2007)

Organizado por: PEREIRA, Martha. Julho de 2008.

A categoria **ações no ambiente e condições de saneamento** está vinculada às ações do morador no ambiente, do poder público ou privado no ambiente, da relação entre o morador e serviços oferecidos, ações do trabalhador no ambiente e a presença de vetores devido às condições de saneamento. A presença dessa categoria é mais forte no DS I (mapa 8).

No que diz respeito às ações do morador no ambiente, a direção do distrito mencionou no DS I o despejo de lixo no canal e a falta de educação e saúde do morador no sentido de não atender às recomendações feitas pelos agentes de saúde. No DS II foi destacado o descaso da população quanto ao lixo. Já no DS III foi relatado o despejo inadequado de lixo nos canais e terrenos baldios. Os enfermeiros e supervisores destacaram como bom o fato das pessoas acondicionarem o lixo corretamente e limparem os quintais. Como destaque ruim mencionaram o mau acondicionamento do lixo em terrenos baldios e canaletas, a criação de animais dentro de casa (porcos) e no quintal (vacas, piranhas), a soltura de animais na rua (vacas), mau acondicionamento d'água (reservatório sem tampa e/ou sem vedação), piscinas e imóveis abandonados, quintal sujo, desvio de tubulação de esgoto para canaletas (esgoto clandestino) e construção de fossa em local inapropriado.

As ações do poder público ou privado no meio ambiente, segundo a direção do distrito, correspondem ao investimento de um Banco privado em conjunto com a prefeitura para implementar esgoto condominial em algumas áreas do DS I e a boa ação intersetorial da EMLURB, SANEAR e CODECIR junto ao PSA no DS II. Contudo, também foi evidenciado pelo DS III o abastecimento d'água deficiente, contaminação da água, problemas na coleta de lixo e infra-estrutura precária, enquanto no DS IV foram destacadas as condições de saneamento ruins. Os enfermeiros e supervisores destacaram como bom o calçamento das ruas e parques, as ações de saneamento básico (fornecimento de água e coleta de esgoto), a construção de canaletas e drenagens pela EMLURB e a melhora do serviço de desratização e desescorpianização. Destacaram como ruim as áreas que não têm saneamento básico ou este é precário, a presença de esgoto a céu aberto, falta de calçamento e escadarias nas áreas de barreira, a ausência de banheiro na casa de alguns moradores mais pobres,

coleta de lixo deficiente ou ausente, intermitência da água, a falta do serviço de cloração da água e a presença de canais sem manutenção.

A relação entre morador e serviços oferecidos tem sido dificultada, de acordo com os dirigentes dos distritos, no DS I há embates no que diz respeito à escavação de poços, isso acarreta no problema de a COMPESA ter dificuldade de cobrar pelo uso da água devido não ter sido contabilizada, mas recebe o esgoto, ficando este sem a taxa de serviço adequada. Como reação, a COMPESA tem fechado a saída de esgoto e o morador tem transferido este esgoto para o esgotamento pluvial. Já no DS III não há uma atitude por parte do morador para desativar os pontos críticos de lixo. Os enfermeiros e supervisores destacaram essa relação como boa quando os moradores atendem às recomendações de uma maneira geral; Como ruim quando, por exemplo, voltam a jogar lixo nos canais, mesmo quando acabaram de ser limpos, são inflexíveis em retirar ou melhorar a condição ambiental dos criatórios, formam pontos críticos de lixo e obstruem o esgoto condominial.

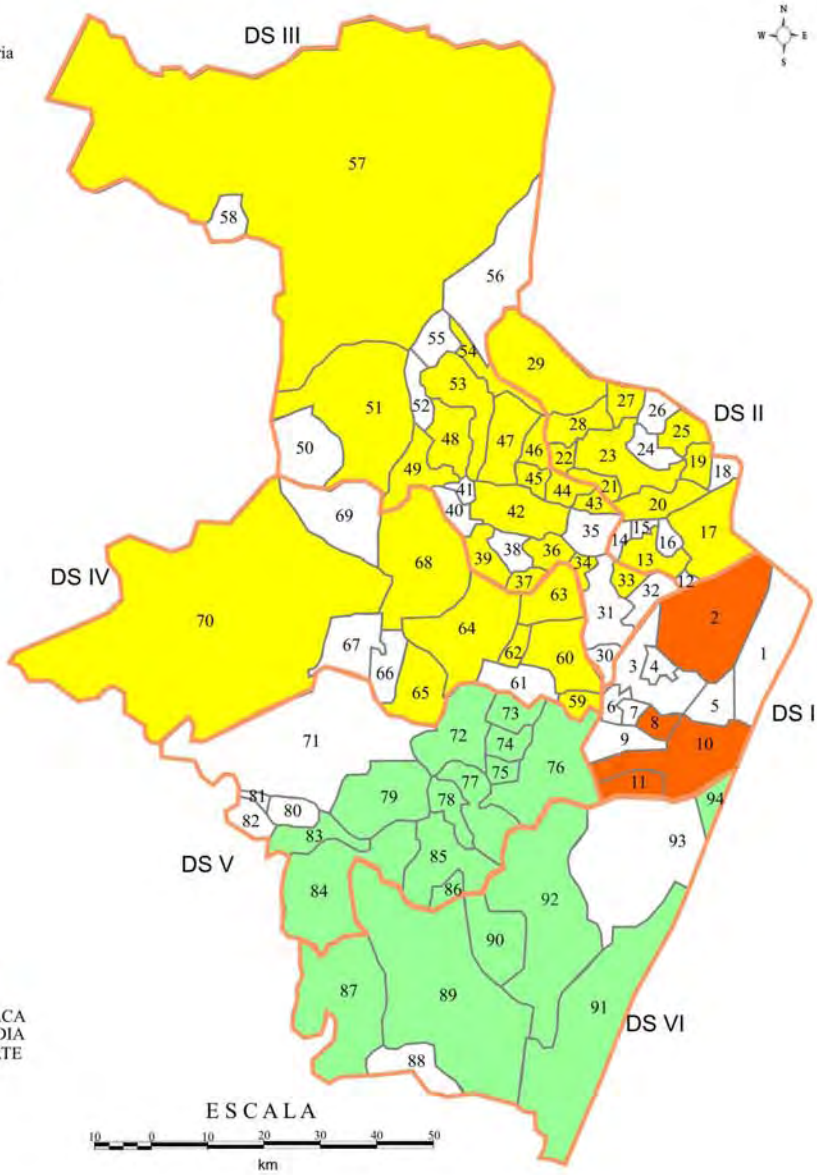
Sobre as **ações do trabalhador no ambiente** a direção do DS I citou a ação do catador, que tem depositado resíduos sólidos sem um bom acondicionamento, atraindo animais peçonhentos. Os enfermeiros e supervisores falaram sobre esse tema apenas como um destaque ruim, e também comentaram sobre a ação dos catadores, com depósitos de reciclagem mal acondicionados.

Com relação à presença de vetores, a direção do distrito apontou o mosquito *culex* (muriçocas), escorpião e criadouros de *Aedes Aegypti*. Além desses vetores, os enfermeiros e supervisores detectaram ainda a presença de ratos.

MAPA 8 Percepção do Recife pela direção do Distrito Sanitário e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria ações no ambiente e condições de saneamento

Nome dos Bairros

01 Recife
02 Santo Amaro
03 Boa Vista
04 Soledade
05 Santo Antônio
06 Paissandu
07 Ilha do Leite
08 Coelhos
09 Ilha Joana Bezerra
10 São José (Coque)
11 Cabanga
12 Torreão
13 Encruzilhada
14 Rosarinho
15 Ponto de Parada
16 Hipódromo
17 Campo Grande
18 Peixinhos
19 Campina do Barreto
20 Arruda
21 Bomba do Hemetério
22 Alto Sta. Terezinha
23 Água Fria
24 Fundão
25 Cajueiro
26 Porto da Madeira
27 Beberibe
28 Linha do Tiro
29 Dois Unidos
30 Derby
31 Graças
32 Espinheiro
33 Aflitos
34 Jaqueira
35 Tamarineira
36 Parnamirim
37 Santana
38 Casa Forte
39 Poço
40 Monteiro
41 Alto do Mandu
42 Casa Amarela
43 Mangabeira
44 Alto José do Pinho
45 Morro da Conceição
46 Alto José Bonifácio
47 Vasco da Gama
48 Macaxeira
49 Apipucos
50 Sítio dos Pintos
51 Dois Irmãos
52 Córrego do Genipapo
53 Nova Descoberta
54 Brejo do Beberibe
55 Brejo da Guarabira
56 Passarinho
57 Guabiraba
58 Pau Ferro
59 Ilha do Retiro
60 Madalena
61 Prado
62 Zumbi
63 Torre
64 Cordeiro
65 Torrões
66 Engenho do Meio
67 Cidade Universitária
68 Iputinga
69 Caxangá
70 Várzea
71 Curado
72 San Martin
73 Bongi
74 Mustardinha
75 Mangueira
76 Afogados
77 Jiquiá
78 Estância
79 Jardim São Paulo
80 Sancho
81 Totó
82 Coqueiral
83 Tejipió
84 Barro
85 Areias
86 Caçote
87 Cohab
88 Jordão
89 Ibura
90 Ipsep
91 Boa Viagem
92 Imbiribeira
93 Pina
94 Brasília Teimosa



LEGENDA
- NÃO CONSTA
- PRESENÇA FRACA
- PRESENÇA MÉDIA
- PRESENÇA FORTE

Características Geolocacionais: Recife-PE

Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)

CIDADE DO RECIFE

Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria ações no ambiente e condições de saneamento

Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Trabalho de Campo Exploratório (janeiro e fevereiro de 2006 e 2007)

Organizado por: PEREIRA, Martha. Julho de 2008.

Quando falaram sobre o **serviço de saúde**, houve empolgação em todos os distritos sanitários[15] (mapa 9). Os temas mencionados incluem o perfil dos profissionais do programa, como se dá a cobertura dos programas, as condições de trabalho a que são submetidos esses trabalhadores, a qualidade do serviço oferecido, o papel educativo dos agentes de saúde, a cobertura de outros tipos de serviços além do programa e a qualidade desses outros serviços oferecidos.

Com relação ao perfil dos profissionais do programa, os dirigentes dos distritos sanitários falaram sobre a boa atuação dos agentes e o comprometimento da equipe com o serviço e a atuação dos funcionários da FUNASA. Também mencionaram o desestímulo devido muitas dificuldades enfrentadas como: falta de componentes da equipe para equilibrar a quantidade de tarefas a serem efetivadas por cada um; a preocupação com os funcionários em fim de carreira, o que dificultará ainda mais o setor se não houver rápida contratação de novos funcionários e; o desequilíbrio ou diferença de formação entre os agentes de saúde dos dois programas, gerando profissionais bem diferenciados uns dos outros. Esse tema foi considerado em todos os distritos.

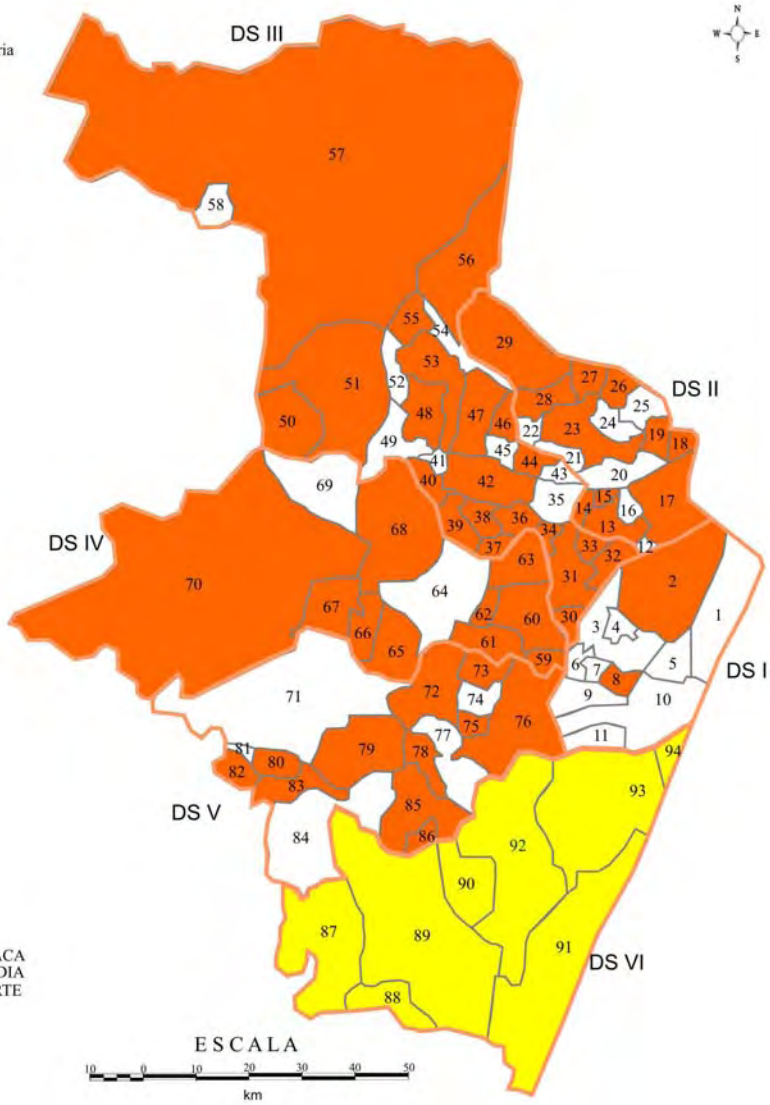
Os enfermeiros e supervisores destacaram de bom as USF que dispõem de dentistas e médicos, assim como o nível acadêmico dos profissionais. De ruim, mencionaram os médicos que trabalham em muitos lugares ao mesmo tempo e os ACS que não atendem às expectativas, dificultando a interação na equipe, assim como a interação entre programas (ESF e PSA), no qual há locais em que a ESF precisa sempre requisitar a presença do ASA para resolver o que tem a ver com suas atribuições e no PSA ocorrem casos em que o ASA recebe muitas reclamações do morador em relação ao serviço dos ACS, acumulando solicitações que não pode resolver, assim como nos locais em que os pontos de apoio são na USF, ocorre casos da equipe da ESF usar as fichas do PSA como papel higiênico.

[15] Ainda que no DS VI a cor indique que a presença seria média, vale lembrar que não houve depoimento da direção da ESF no distrito.

MAPA 9 Percepção do Recife pela direção do Distrito Sanitário e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria serviços de saúde

Nome dos Bairros

01 Recife
02 Santo Amaro
03 Boa Vista
04 Soledade
05 Santo Antônio
06 Paissandu
07 Ilha do Leite
08 Coelhos
09 Ilha Joana Bezerra
10 São José (Coque)
11 Cabanga
12 Torreão
13 Encruzilhada
14 Rosarinho
15 Ponto de Parada
16 Hipódromo
17 Campo Grande
18 Peixinhos
19 Campina do Barreto
20 Arruda
21 Bomba do Hemetério
22 Alto Sta. Terezinha
23 Água Fria
24 Fundão
25 Cajueiro
26 Porto da Madeira
27 Beberibe
28 Linha do Tiro
29 Dois Unidos
30 Derby
31 Graças
32 Espinheiro
33 Aflitos
34 Jaqueira
35 Tamarineira
36 Parnamirim
37 Santana
38 Casa Forte
39 Poço
40 Monteiro
41 Alto do Mandu
42 Casa Amarela
43 Mangabeira
44 Alto José do Pinho
45 Morro da Conceição
46 Alto José Bonifácio
47 Vasco da Gama
48 Macaxeira
49 Apipucos
50 Sítio dos Pintos
51 Dois Irmãos
52 Córrego do Genipapo
53 Nova Descoberta
54 Brejo do Beberibe
55 Brejo da Guarabira
56 Passarinho
57 Guabiraba
58 Pau Ferro
59 Ilha do Retiro
60 Madalena
61 Prado
62 Zumbi
63 Torre
64 Cordeiro
65 Torrões
66 Engenho do Meio
67 Cidade Universitária
68 Iputinga
69 Caxangá
70 Várzea
71 Curado
72 San Martin
73 Bongi
74 Mustardinha
75 Mangueira
76 Afogados
77 Jiquiá
78 Estância
79 Jardim São Paulo
80 Sancho
81 Totó
82 Coqueiral
83 Tejipió
84 Barro
85 Areias
86 Caçote
87 Cohab
88 Jordão
89 Ibura
90 Ipsep
91 Boa Viagem
92 Imbiribeira
93 Pina
94 Brasília Teimosa



LEGENDA
- NÃO CONSTA
- PRESENÇA FRACA
- PRESENÇA MÉDIA
- PRESENÇA FORTE

Características Geolocacionais: Recife-PE

Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)

CIDADE DO RECIFE

Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria serviços de saúde

Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Trabalho de Campo Exploratório (janeiro e fevereiro de 2006 e 2007)

Organizado por: PEREIRA, Martha. Julho de 2008.

Com relação à cobertura da ESF e do PSA, foi colocado pela direção do distrito que a maior cobertura tem a ver com a maior pobreza no distrito, que o PSA tem uma cobertura mais abrangente do que a ESF e que, mesmo assim, há dificuldade de cobertura total no distrito. Isso foi mencionado nos distritos II, III e V. Os enfermeiros e supervisores comentaram de bom sobre o assunto não a partir da cobertura, mas a presença do serviço na localidade, no qual mencionaram que a presença da USF é bom devido facilitar o trabalho do ASA e auxiliar melhor a população mais carente.

No que diz respeito às condições de trabalho, a direção do distrito reclamou sobre a falta de material de trabalho, o horário de trabalho ruim devido o sol, defasagem de recursos humanos, falta de legislação para cumprir o determinado no programa, falta de verba para material educativo e a existência de muitas equipes em um só espaço físico, fato que ocorre em muitas unidades. Essas considerações foram realizadas nos distritos I, II, III, IV e V. Como ponto positivo, foi destacado que há USF que tem uma ou duas equipes, fator apresentado apenas no DS IV. Os enfermeiros e supervisores apontaram como bom o fato da existência de equipes que estão procurando uma maneira de lidar com as tensões dentro do seu grupo de trabalho, melhorando as condições psicológicas do ambiente. Como fatores ruins, foi apontado que problemas no serviço de saúde oferecido têm causado tensões entre o agente de saúde e o usuário do serviço, devido ao não cumprimento do que deveria estar sendo realizado, a exemplo de: atendimento especializado, ocasionado pela ausência de vagas e; trabalho de desratização, por não haver veneno específico. A falta de protetor solar também foi citada como ponto negativo, uma vez que deixa o trabalhador da saúde exposto à possibilidade de adquirir câncer de pele. Outro fator considerado como ruim diz respeito à ausência de farda/uniforme que caracterize o agente de saúde, o que acarreta problemas como dificuldade de acesso do agente aos domicílios, e desgaste de sua roupa do dia-a-dia, onerando custos individuais. Com relação aos ASAS acrescentaram a falta de segurança no emprego.

Sobre a qualidade do serviço oferecido, a direção do distrito apontou como pontos positivos estar sendo controlada a situação da dengue, escorpião e ratos; de haver em algumas unidades da USF uma co-gestão com o IMIP; o pioneirismo em implementar ações adaptáveis à realidade do Recife e com criatividade e; o trabalho

ser territorializado, pois isso auxilia num conhecimento mais profundo da área em que se trabalha. São declarações de dirigentes dos DS II, IV, V e VI. Enquanto pontos negativos foram apontados nos DS V e VI, com relação à ESF, que o serviço do agente é monótono, pois existem demandas mais importantes a resolver para a comunidade. Com relação ao PSA, foi dito que, apesar do trabalho territorializado auxiliar num aprofundamento sobre a área de atuação, não permite ao agente de saúde observar elementos de realidades diferentes daquela vista na área de trabalho, dificultando uma boa observação na ocasião de um mutirão ou o agente quando é deslocado de sua área para outra, com realidade social diferente. Os enfermeiros e supervisores apontaram como destaque bom a questão melhor acesso à USF, ter bons serviços de vacinação, coleta de fezes e urina, boa marcação de consultas, acompanhamento de pré-natal, as equipes da ESF em que o agente de saúde tem condições de passar mais tempo nas casas mais carentes, a presença de grandes hospitais na proximidade e as equipes de PSA que conseguem visitar quinzenalmente alguns domicílios considerados de maior risco, ainda que não sejam os pontos estratégicos pré-determinados, pois há resultados melhores, tendo como conseqüência a diminuição do número de focos de mosquitos. Já como destaque ruim mencionaram os casos das localidades próximas não cobertas e que precisam de cobertura, sendo realizado informalmente e com precariedade, as USF que funcionam como posto de saúde tradicional, a demanda ser maior do que a capacidade de atender, marcação de consulta com especialista deficiente, falta de material para oferecer um bom serviço, infra-estrutura da USF ou ponto de apoio ruim, falta de intersetorialidade deixando a população sem informação e resolução de problemas, o fato dos pontos de apoio não estarem nas USF, dificultando a interação e a resolução de problemas dos moradores e a falta de profissionais, dificultando ainda mais o bom atendimento à população.

Com relação ao papel educativo foi pela direção do distrito afirmado que, em geral, o ASA ainda não assumiu o papel de educador, porém alguns já têm esse posicionamento e se utilizam da dança, teatro e outras atividades para chamar a atenção do morador da cidade para as questões inerentes à saúde ambiental. Esses relatos foram realizados nos DS III e V. Os enfermeiros e supervisores destacaram como bom os trabalhos educativos da ESF relacionados às campanhas, os grupos

AESA e IESA, hiperdia (grupos de pessoas que têm hipertensão e/ou diabetes) e a realização de palestras em geral; com relação aos trabalhos educativos do PSA, foi destacado como bom o trabalho nas escolas e com grupos da terceira idade. De ruim eles destacaram a falta de espaço para formar grupos, falta de material educativo e de apoio financeiro.

Apenas no DS V a direção do distrito mencionou sobre a cobertura de outros tipos de serviços além da ESF e do PSA, assim como de sua qualidade. Foi relatado que há uma série de unidades de média complexidade e CAPS que dão suporte à ESF. Esse tema não foi relatado por enfermeiros e supervisores.

No que diz respeito às **ações articuladas ou desarticuladas** (mapa 10) foram mencionados temas como a relação dentro das equipes, a relação entre a equipe e o usuário, o trabalho conjunto entre ESF e PSA e o poder de articulação da própria comunidade com outros segmentos. A categoria teve forte presença no DS III.

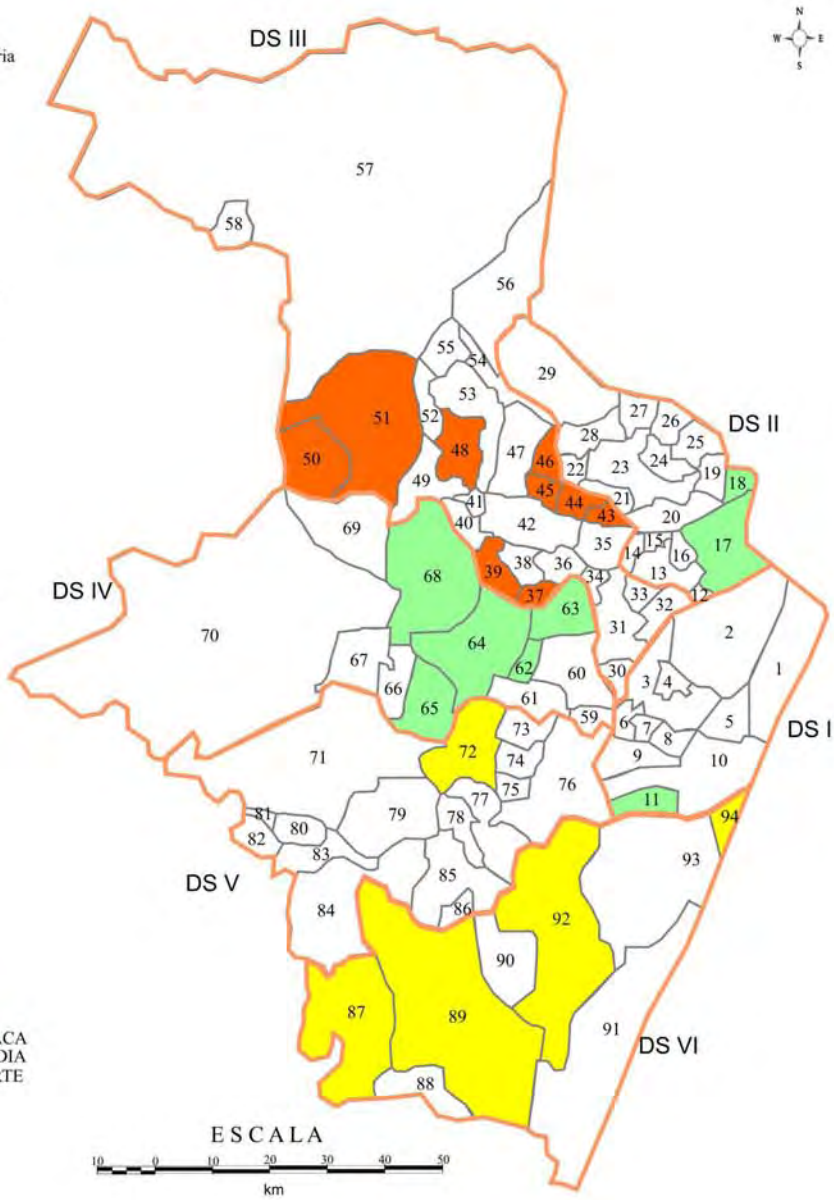
A relação dentro das equipes foi mencionada pela direção do distrito a partir da união dentro das equipes, principalmente no que diz respeito às equipes da ESF. Nas equipes do PSA foi apresentada certa dificuldade devido os agentes terem tido formações bem diversas, fazendo com que tenham concepções diferenciadas sobre a área onde atuam. Essas colocações foram relatadas pelos dirigentes nos Distritos III e V. Os enfermeiros e supervisores informaram que ela é influenciada pelo grau de compromisso que cada membro tem com a sua equipe.

Quando se fala sobre a relação entre a equipe e o usuário, apenas na direção do DS V foi relatada uma queixa quanto à falta de dinamicidade no trabalho da ESF, o que faz com que os agentes migrem para a liderança comunitária e outras atividades afins. Os enfermeiros e supervisores destacaram como bom a ocasião em que a população tem consciência sobre o que é o serviço e a importância do mesmo, assim como dos problemas a eles inerentes. Essa relação é ruim quando falta a consciência, isso é evidenciado nos momentos em que a população atendida recusa o serviço do programa alegando que sua situação não seria de risco (quando de acordo com os programas é considerado de risco), que esse serviço deve ser feito apenas para miseráveis e aos que habitam em situação de risco máximo.

MAPA 10 Percepção do Recife pela direção do Distrito Sanitário e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria ações articuladas ou desarticuladas

Nome dos Bairros

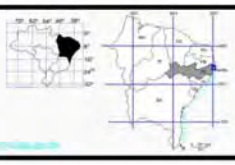
01 Recife
02 Santo Amaro
03 Boa Vista
04 Soledade
05 Santo Antônio
06 Paissandu
07 Ilha do Leite
08 Coelhos
09 Ilha Joana Bezerra
10 São José (Coque)
11 Cabanga
12 Torreão
13 Encruzilhada
14 Rosarinho
15 Ponto de Parada
16 Hipódromo
17 Campo Grande
18 Peixinhos
19 Campina do Barreto
20 Arruda
21 Bomba do Hemetério
22 Alto Sta. Terezinha
23 Água Fria
24 Fundão
25 Cajueiro
26 Porto da Madeira
27 Beberibe
28 Linha do Tiro
29 Dois Unidos
30 Derby
31 Graças
32 Espinheiro
33 Aflitos
34 Jaqueira
35 Tamarineira
36 Parnamirim
37 Santana
38 Casa Forte
39 Poço
40 Monteiro
41 Alto do Mandu
42 Casa Amarela
43 Mangabeira
44 Alto José do Pinho
45 Morro da Conceição
46 Alto José Bonifácio
47 Vasco da Gama
48 Macaxeira
49 Apipucos
50 Sítio dos Pintos
51 Dois Irmãos
52 Córrego do Genipapo
53 Nova Descoberta
54 Brejo do Beberibe
55 Brejo da Guarabira
56 Passarinho
57 Guabiraba
58 Pau Ferro
59 Ilha do Retiro
60 Madalena
61 Prado
62 Zumbi
63 Torre
64 Cordeiro
65 Torrões
66 Engenho do Meio
67 Cidade Universitária
68 Iputinga
69 Caxangá
70 Várzea
71 Curado
72 San Martin
73 Bongi
74 Mustardinha
75 Mangueira
76 Afogados
77 Jiquiá
78 Estância
79 Jardim São Paulo
80 Sancho
81 Totó
82 Coqueiral
83 Tejipió
84 Barro
85 Areias
86 Caçote
87 Cohab
88 Jordão
89 Ibura
90 Ipsep
91 Boa Viagem
92 Imbiribeira
93 Pina
94 Brasília Teimosa



LEGENDA
- NÃO CONSTA
- PRESENÇA FRACA
- PRESENÇA MÉDIA
- PRESENÇA FORTE

Características Geolocacionais: Recife-PE

Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)



CIDADE DO RECIFE

Percepção do Recife pela direção do Distrito e dirigentes de áreas (enfermeiros e supervisores) na categoria ações articuladas ou desarticuladas

Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Trabalho de Campo Exploratório (janeiro e fevereiro de 2006 e 2007)

Organizado por: PEREIRA, Martha. Julho de 2008.

O trabalho conjunto entre ESF e PSA apresentado pela direção do distrito foi mencionado exclusivamente pelo PSA, no qual foi colocada a dificuldade em se relacionar com as equipes da ESF. De acordo com enfermeiros e supervisores, o trabalho conjunto tem sido interessante quando há uma busca por troca de informações e, de acordo com as possibilidades, os problemas podem ser resolvidos entre eles e a comunidade. Esses dirigentes de área mencionam que tem sido prejudicado nos locais em que há rivalidades entre os agentes de saúde ou entre as próprias equipes.

O poder de articulação da própria comunidade com outros segmentos foi mencionado pela direção do DS III devido essa comunidade ter um grau de politização muito alto. Já os enfermeiros e supervisores falaram sobre o trabalho comunitário destacando como bom a liderança e os grupos religiosos que ajudam a comunidade, o grau de organização e politização para conseguir melhorias, enfim, a forte mobilização social. De ruim foram citados os locais em que a população é muito pacata e não luta por seus direitos, além de terem dificuldade de trabalhar em grupo.

A categoria **serviços oferecidos e uso do solo** tem duas subdivisões. A primeira, “serviços oferecidos”, está relacionada ao lazer, educação, projetos para a comunidade, rede de transporte, áreas protegidas ambientalmente, redes de energia elétrica, de água e de monitoramento de barreiras. Já a segunda, “uso do solo”, abarca referências de locais como áreas pouco povoadas, espaços religiosos, espaços utilizados para fonte de renda e espaços para controle da segurança pública. Embora sua presença seja fraca, essa categoria está presente em todos os distritos apenas no segmento dos dirigentes de área (enfermeiros e supervisores).

A categoria **situações que geram segurança/insegurança social** foi mencionada apenas a partir de questões negativas, desta maneira, deixou-se de lado a possibilidade das situações que geram segurança social. Estas estão relacionadas à violência em geral (na rua, na USF, impossibilidade de realização de visitas na área), prostituição, roubos, assaltos, violência armada, drogas e correlacionados (usuários, áreas dominadas pelo tráfico, influenciando até mesmo a divisão de micro áreas na ESF no caso do DS I) e a violência contra um grupo específico (contra a mulher, contra a criança). Esta categoria foi mencionada pelos dois segmentos, teve sua presença média nos distritos I e IV e fraca nos demais. Fato curioso é que, fora do momento dessa

sondagem, a violência é um dos assuntos mais falados entre todos os segmentos, quando pensam na cidade como um todo; mas, ao falar do distrito ou da área (mudança de escala) enquanto espaço de trabalho, parece que a insegurança diminui um pouco.

Por fim, a categoria **condição referida** esteve relacionada às doenças infecciosas e parasitárias, gravidez precoce ou excessivas vezes, mortalidade infantil, causas externas de morbidade e mortalidade, doenças da pele e do tecido subcutâneo, do aparelho respiratório, do aparelho circulatório, transtornos mentais e comportamentais, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho digestivo e tabagismo. Esta categoria foi mais mencionada no DS V, no entanto, sua presença foi considerada média.

Com relação à direção do distrito, a respeito de doenças infecciosas e parasitárias, recorrentes nos distritos I, II, III e IV, foram mencionadas as seguintes: filariose, hanseníase, tuberculose e leptospirose. A gravidez precoce ou excessivas vezes foi apontada apenas no DS V. Já, no que diz respeito à mortalidade infantil, fala-se em redução de casos em algumas áreas, e aumento em outras (DS V), fato que despertou interesse do governo municipal no sentido de aumentar o número de USF.

Já os enfermeiros e supervisores destacaram tantos pontos positivos como negativos sobre a condição referida. Com relação às doenças infecciosas e parasitárias, em algumas áreas houve diminuição da hanseníase, pneumonia e diarréia: em outras, houve aumento da hanseníase, tuberculose, leptospirose, verminoses em geral e dengue. Em relação às doenças do aparelho respiratório em algumas áreas diminuiu a IRA (infecção respiratória aguda) e em outras aumentou. Das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas houve diminuição da desnutrição, mas, por outro lado, ainda prevalece o diabetes. Quando falaram de causas externas de morbidade e mortalidade, ressaltaram num grande número de áreas, o problema do alcoolismo. Também houve casos de doenças de pele e do tecido subcutâneo, principalmente em locais em que o fornecimento de água é precário ou em que a residência está muito próxima a depósitos de lixo. A gravidez precoce ou excessivas vezes também foi mencionada em muitas áreas, principalmente com relação à gravidez na adolescência. Outro problema apontado foi o de transtornos mentais e comportamentais. No que diz respeito às doenças do aparelho digestivo foi mencionada a cárie dentária. Por fim, foi também

mencionado o tabagismo como um problema para a saúde num futuro próximo nas localidades.

A imagem que prevalece, a partir da direção dos distritos, é a de um Recife que precisa de serviços de saúde e que precisa melhorar as condições econômicas, sendo esses recortes temáticos presentes em todos os distritos sanitários quando se considera o conjunto. Com relação à primeira temática, esta era esperada devido essas informações terem sido obtidas no setor saúde. Entretanto, a questão da condição sócio-econômica deve ser de fato considerada como importante na imagem dessa cidade, uma vez que foi a segunda temática mais mencionada.

Considerando os enfermeiros e supervisores, estes vêem o Recife principalmente pela oferta de serviços de saúde, a qual se apresenta melhor para a ESF do que para o PSA e pelas características gerais da população e seu perfil, sendo predominante uma boa impressão por parte dos enfermeiros e, predominantemente, uma má impressão para o PSA.

Ainda observando a opinião dos enfermeiros e supervisores sobre a cidade, agora a partir da escala dos bairros, apenas oito bairros foram realçados. Como bons destaques, a ESF considerou os bairros Torrões, Várzea e Areias com 6 das 9 categorias apontadas. Já o PSA evidenciou os bairros Vasco da Gama, Ibura, Boa Viagem e Imbiribeira com 4 das 9 categorias. Em relação aos maus destaques, a ESF colocou em evidência o bairro Ibura com 8 das 9 categorias, e o PSA apontou os bairros Cohab e Ibura com 7 das 9 categorias consideradas. Há uma coincidência e uma curiosidade em relação ao bairro Ibura no DS VI, no qual tanto a ESF quanto o PSA destacam-no como o maior concentrador de categorias ruins, e ao mesmo tempo, para o PSA é um dos bairros que também concentra a maior quantidade de categorias boas.

Considerando os dois segmentos (direção dos distritos sanitários e dirigentes de área) o Recife é visto principalmente pelo serviço de saúde, pelas condições sócio-econômicas e das ações no ambiente e condições de saneamento. Pode-se inferir que,

dentro do serviço de saúde, os maiores influenciadores das políticas seriam as condições econômicas e o ambiente em que a população atendida reside.

No próximo item será observada a opinião dos agentes de saúde da ESF e do PSA visualizando tanto a cidade como um todo, como a partir de seus locais de trabalho. Assim, poderá ser observado se a visão da cidade ou porções da cidade percebida pelos profissionais que estão "na ponta do programa", ou seja, na localidade, combina com o visualizado por outros profissionais destes programas.

4.2 RESILIÊNCIA EM MEIO ÀS MULTITERRITORIALIDADES NO RECIFE

O encontro com os agentes de saúde foi em meio a um contexto de instabilidade no emprego, em que os ACS e ASAs estavam lutando pela efetivação junto à Prefeitura da Cidade do Recife. Desta forma, ainda na fase de trabalho de campo exploratório, no qual ainda não estava sendo realizado nenhum tipo de atividade com os agentes de saúde, foi possível participar enquanto observadora de uma das manifestações sobre a luta pela efetivação. Trata-se da paralisação realizada no dia 25 de janeiro de 2006 (fotos 4 e 5).

A luta pela efetivação estava sendo realizada através do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Pernambuco (SINDACS) para os agentes dos dois programas, tendo como principal reivindicação a agilização da PEC 007/2003[16] através da votação dos deputados federais que representam o estado de Pernambuco, pois esta ação auxiliaria no processo de efetivação dos agentes de saúde.

Uma das preocupações dos líderes da paralisação foi realizar manifestações pacíficas para não serem concebidos como desordeiros por parte dos meios de comunicação. A motivação para realizar a paralisação foi a necessidade de mostrar que os agentes estavam acompanhando o processo de regulamentação, que eram muitos e que estavam organizados. Assim, a mobilização poderia influenciar na votação dessa

[16] PEC 007/2003= Corresponde a um Projeto de Emenda Constitucional que alterou o Inciso II do artigo 37 da Constituição para permitir a contratação pública dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de combate a endemias (ACE). Essa alteração visava principalmente evitar a paralisação dos programas e regulamentar os agentes de saúde, conferindo-lhes direitos trabalhistas. Essa proposta foi aprovada em fevereiro de 2006 pelo Congresso transformando-se na Emenda Constitucional n. 51/2006.

emenda tendo em vista a expressão política que poderia ser obtida através da posição favorável ao interesse desse grupo.

4. Paralisação dos ACS e ASA.
Data/ Local: 25/01/2006/ Concentração na Praça Oswaldo Cruz. Bairro da Boa Vista.
Foto: SOUZA JÚNIOR, XSS.

5. Paralisação dos ACS e ASA.
Data/ Local: 25/01/2006/ Concentração na Praça Oswaldo Cruz. Bairro da Boa Vista
Foto: SOUZA JÚNIOR, XSS.

A concentração ocorreu na Praça Oswaldo Cruz, em frente à Fundação de Saúde e passou por toda a Av. Conde da Boa Vista, uma das principais avenidas de acesso ao centro da cidade. No mês de fevereiro a PEC foi votada e transformou-se na Emenda constitucional n. 51, regularizando o vínculo dos ACS e ACE (agente de combate a endemias) ou no caso de Recife, os ASAs. Contudo, só com a Lei 11.350/06, votada em outubro, foi que houve possibilidade da efetivação no município, ocorrida em Recife apenas um ano depois, em outubro de 2007, a partir da Resolução n. 1 da Comissão especial criada pela lei municipal n. 17.233/2006, momento em que o trabalho de campo com os sujeitos pesquisados já havia sido concluído.

Essa instabilidade certamente influenciou em muitas das falas desse trabalhador durante a pesquisa, uma vez que estes, apesar de saberem de sua importância para a saúde da população, não se sentiam valorizados enquanto trabalhadores dentro desse sistema.

4.2.1 FESTA NA UTI

A descrição sobre a cidade do Recife como um todo ocorreu na ocasião da entrevista com grupo focal, quando os participantes foram questionados sobre a imagem de Recife que possuem, enquanto moradores e enquanto profissionais.

Enquanto morador, foram ressaltados três aspectos sobre a cidade do Recife, que se denominam aqui enquanto "sentimentos bons sobre Recife", "sentimentos negativos" e "sentimentos de que algo deve ser feito pela cidade". Enquanto profissionais, as concepções sobre Recife foram relacionadas ao "sentimento de que se deve fazer alguma coisa", "aos problemas na área da educação sanitária e para a saúde" e sobre "problemas na área do saneamento".

Dessa forma serão apresentados esses posicionamentos da seguinte forma: a) sentimento bom sobre Recife (morador); b) Sentimento negativo sobre Recife, problemas na saúde e problemas na área de saneamento (morador e profissional); c) problemas na área da educação sanitária e para a saúde (profissional) e; d) Sentimento de que algo deve ser feito pela cidade (morador e profissional).

Uma das primeiras concepções sobre o Recife, apresentada apenas na visão do agente enquanto morador, é formada a partir de um bom sentimento sobre a cidade. Recife é maravilhosa, linda, patriota, um modelo de desenvolvimento. Porém o que seria maravilhoso? De que patriotismo se está falando? Como Recife é um modelo de desenvolvimento?

> "*Como cidade, em relação a Recife eu acho ele maravilhoso, eu sou apaixonada pela minha cidade, ela é linda.*"
> (Regina e Vitória – Agentes Comunitárias de Saúde da ESF)

> "*Cada um carrega um olhar diferenciado da cidade. Pra começar eu acho o Recife maravilhoso. Como cidadão recifense eu só tenho a elogiar a cidade na questão do patriotismo, gosto muito de Recife. Tenho essa cidade como modelo também em termos de desenvolvimento. Enfim, eu gosto da minha cidade.*"

(Lampião, Pedro e Josué de Castro – Agentes de Saúde Ambiental do PSA)

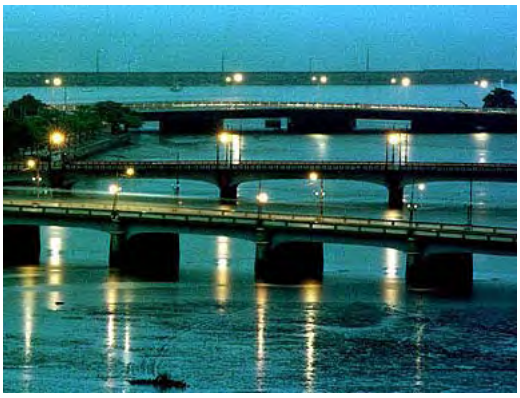
O Recife “maravilhoso”, “lindo”, pode ser interpretado como a influência da mídia sobre a imagem da cidade. Alguns dos exemplos podem ser visualizados a partir de imagens relacionadas ao turismo da capital pernambucana. Em uma enquete realizada pela PCR no mês de maio de 2008 (RECIFE, 2008), os principais atrativos turísticos da cidade refletem um pouco do que está sendo apresentado como o Recife maravilhoso na atualidade, na ordem em que foram votados até 27 de maio de 2008: o carnaval multicultural (33,37%); o passeio de Catamarã pelo rio Capibaribe (19,86%); as pontes do Recife (16,22%); a praia de Boa Viagem (15,97%) e; Oficina Cerâmica Brennand (14,58%) (fotos 6 a 11).

O “patriotismo”, que na linguagem dos entrevistados pode ser entendido como bairrismo, já faz parte do imaginário do recifense, basta considerar algumas situações de luta do pernambucano, especialmente do recifense em alguns momentos históricos. Um dos exemplos é a Guerra dos Mascates (1709 a 1714). Outro foi a Revolução de 1817 que teve como intenção a implantação de uma república independente; também deve ser lembrada a Confederação do Equador (1824) que pretendia separar Pernambuco do Império português e a Revolução Praieira (1848), entre outros (BERNARDES, 1996; BRAGA, 2007). Esse bairrismo se expressa no cotidiano no sentido de que antes de ser brasileiro, o cidadão é recifense, e as inserções do recifense nesses momentos de luta tiveram motivações locais.

6. Carnaval multicultural – Bloco Carnavalesco Galo da Madrugada.
Data/ Local: 2004/ Ponte Conde da Boa Vista
Foto: CALDAS, Léo; BELÉM, Alexandre.
Fonte. CALDAS & BELÉM, 2004, p. 32.

7. Carnaval multicultural – Escola de Frevo Nascimento do Passo
Data/ Local: 2004/ Pátio São Pedro.
Foto: CALDAS, Léo; BELÉM, Alexandre.
Fonte: CALDAS & BELÉM, 2004, p. 34.

8. Passeio de Catamarã no rio Capibaribe
Data/ Local: 26/12/2007/ Perspectiva para a R. da Aurora.
Foto: LUCENA, Pierre.
Fonte: http://acertodecontas.blog.br/atualidades/o-passeio-de-catamar-pelas-pontes-do-recife/ Acesso em 09/06/2008



9. Pontes do Recife - PE
Data/ Local: 27/11/2007/ Pontes: Buarque de Macedo; Maurício de Nassau e Giratória.
Foto: SANTOS, Ademar.
Fonte: http://blog.br/blogdedema.blogspot.com/ Acesso em 09/06/2008

10. Praia de Boa Viagem
Data: 2004.
Foto: CALDAS, Léo; BELÉM, Alexandre.
Fonte: CALDAS & BELÉM, 2004, p. 22.

11. Oficina de Cerâmica Francisco Brennand
Data/ Local: 2004/ Bairro da Várzea.
Foto: CALDAS, Léo; BELÉM, Alexandre.
Fonte: CALDAS & BELÉM, 2004, p. 24.

A questão do desenvolvimento pode estar associada à reforma urbanística implementada no início do século XX (modernização do porto, melhoria do serviço de transporte, abastecimento d'água, gás de iluminação e posteriormente a energia elétrica etc), à industrialização, durante o início do século XX (como o parque usineiro e as indústrias têxteis) e, na segunda metade do século XX, à implementação de idéias que, durante a sua execução, foram consideradas inovadoras, principalmente relacionadas às políticas públicas (como Prefeitura nos Bairros - 1984, o PREZEIS, Plano de Regularização das Zonas Especiais de Interesse Social – 1987 e Programa de Saúde Ambiental - 2001) (BERNARDES, 1996; PEREIRA, 2001).

O segundo aspecto pode ser denominado como um sentimento negativo sobre a cidade do Recife, sendo este reforçado tanto pelo agente enquanto morador como pelo agente enquanto profissional, em que enfatiza-se a questão do saneamento e da falta de leitos hospitalares.

O que mais predomina é a falta de saneamento, a falta de infra-estrutura, a questão da urbanização desenfreada. Tudo isso é o Recife. (Alecsandra – Agente Comunitária de Saúde da ESF, visão enquanto moradora – Sentimento ruim sobre Recife)

Quanto à Recife não tenho essa visão tão romântica. É uma cidade grande que tem suas mazelas, seus problemas e principalmente porque vem de governos que se preocuparam mais em enriquecer os mais ricos e dar apenas as sobras para os pobres. Por isso a gente enfrenta até hoje o problema da fome, da falta de leito nos hospitais, de saneamento na cidade e também a violência. Mas tudo isso porque houve um descaso nos governos anteriores. (Lampião, Josué de Castro, Sarah e Max – Agentes de Saúde Ambiental do PSA, posicionamento enquanto moradores – Sentimento ruim sobre Recife)

Como agente de saúde fico muito triste por tudo o que a gente vem passando, com a dificuldade nos hospitais e nas unidades. (Vitória – Agente Comunitária de Saúde da ESF, visão enquanto profissional – Problemas na saúde)

Como profissional eu vejo Recife como um paciente terminal e sem assistência. Não tinha UTI aí

botaram numa enfermaria, ta faltando vaga para esse paciente. (Max – Agente de Saúde Ambiental do PSA, posicionamento enquanto profissional – Problemas na saúde)

> *... eu vou contar uma estória de um comediante sobre o Recife pra dizer alguma coisa sobre o Recife, aí esse comediante tava num show... dizendo... destacando sobre várias cidades do país...peculiaridades... aí ele falou uma história que ele morou em Olinda... aí namorava uma morena de Boa Viagem.... que todo cabra que mora na zona mais pobre é doido pra namorar uma garota da zona sul... aí ele pegava seu Fiat uno... que era um.... pelo menos.... pelo menos não tava de ônibus né... Aí ele seguia, né... aí é uma coisa que só acontece no Recife...todo Brasil ele disse.... só acontece no Recife... ele pegava aquela Agamenon... e ia com o Fiat dele sem ar né... que não pode ligar o ar... ou liga o ar ou liga o carro... Se ligar o ar o carro não anda... aí ele ia com a janela aberta... aquele fedor de merda acompanhando ele até Boa Viagem...quando chegava lá a mulher fazia: "-Cagou?" e ele fala "-Por que?" "-Cagou de novo!"... desculpe a brincadeira aí..*" (Severino Silva – Agente de Saúde Ambiental do PSA, posicionamento enquanto profissional – Problemas no saneamento)

Neste caso Recife é vista como uma cidade que abandonou seus pobres durante vários governos municipais, tendo em decorrência muitas pessoas com fome, falta de leitos nos hospitais, falta de saneamento, falta de infra-estrutura, uma urbanização desenfreada e ainda uma cidade que sofre com a violência. Percebe-se que, enquanto profissionais, pelo menos dois problemas são reforçados: os problemas na área da saúde e o problema com o saneamento.

Com relação à fome, este tema foi amplamente divulgado pelo recifense Josué de Castro principalmente durante o período compreendido entre a década 1930 e o final da década de 1960, seja através de romances ou de pesquisas, dentre eles, um dos mais famosos é o livro **Geografia da Fome**, publicado em 1946 (CASTRO, 1992a).

Quando Josué de Castro falou sobre a fome no Recife, uma das imagens que mais o instigou foi o saciamento desta a partir da relação do homem com o caranguejo, que vem descrita no romance **Homens e Caranguejos**, publicado em 1967: *Seres anfíbios – habitantes da terra e da água, meio homens e meio bichos. Alimentados na infância com caldo de caranguejo: este leite de lama. Seres humanos que se faziam assim irmãos de leite dos caranguejos*. (CASTRO, 2007, p. 10) (foto 12)

No cotidiano mais atual, esta fome continua sendo vivenciada nas comunidades em que os considerados mais pobres precisam de ajuda comunitária para ter o que comer. Para exemplificar, em trabalho de campo realizado no ano de 2000, na ocasião do período do mestrado, enquanto conhecia a comunidade de Jardim Uchôa no bairro Areias (distante dos caranguejos descritos por Josué de Castro), foi relatado pelo ACS que em algumas das casas visitadas havia pessoas que tinham problemas de saúde devido passar situações de fome, sendo comum, enquanto conseqüência, a evidência de casos de subnutrição.

Os problemas na área da saúde foram apresentados através da situação geral nos hospitais, sendo destacadas a falta de leitos hospitalares e dificuldades nas unidades.

No que diz respeito aos leitos hospitalares, cotidianamente há problemas relatados sobre a falta de leitos, como é o caso, por exemplo, da situação de assistência aos pacientes na emergência do Hospital Getúlio Vargas, na cidade do Recife (Jornal do Comércio, 2008) (foto 13).

Com relação às unidades, considerando o que os agentes de saúde falaram ao longo dessa pesquisa, os problemas estariam relacionados principalmente à falta de especialistas, dificuldade para marcar consulta com especialistas de fora da unidade e dificuldade para levar pacientes que precisam de serviços hospitalares, voltando ao problema dos leitos.

A urbanização desenfreada descrita está intimamente relacionada à ocupação ocorrida de forma mais intensa desde o fim do século XIX, principalmente por pessoas que vinham do interior de Pernambuco buscando melhores condições de vida (GOMINHO, 1998). O fato dessa ocupação ter ocorrido por uma população menos favorecida, em lugares impróprios à habitação (inicialmente próximo aos mangues e depois também nos morros), não houve o devido planejamento da ocupação, muito menos no que se refere à dotação de uma infra-estrutura adequada, incluindo o saneamento (foto 14-15). Entretanto, a urbanização desenfreada também ocorreu com as classes sociais mais abastadas, como, por exemplo, na área do bairro Boa Viagem (foto 10).

Outra grande preocupação ou constatação é a questão da violência. Esta também está presente nos noticiários diariamente fazendo com que o recifense não se esqueça desta problemática. Um dos exemplos foi o assassinato de um advogado quando dirigia pela Av. Agamenon Magalhães, um dos principais eixos viários de Recife (foto 16).

O terceiro aspecto apontado foi com relação aos problemas na área da educação sanitária e para a saúde, os quais foram destacados apenas pelos agentes de saúde ambiental quando se vêem enquanto profissionais.

> *Enquanto ASA estou um pouco decepcionado porque vejo esse negócio e o processo é muito lento. Como todo processo, requer muito desgaste, muito debate e muito aperfeiçoamento. A gente tem que resolver essa problemática e eu acho que é possível. Agora cada um tem que procurar dar um exemplozinho dentro de casa e fora no trabalho pois não é tudo culpa do governo nem tudo é culpa da população. Tem que ter esse congrassamento pra que as coisas realmente funcionem.* (Lampião e Sarah – Agentes de Saúde Ambiental do PSA)

Os agentes de saúde ambiental demonstraram querer que o processo da educação ambiental e sanitária dê realmente certo. Embora afirmem que este processo seja lento e que demanda desgaste através de debates e aperfeiçoamentos, os agentes reconhecem-no como urgente. Dessa forma, os próprios agentes propõem, como solução, que cada um faça sua parte, seja o morador, o agente de saúde, o governo etc.

Esse é um tema em que ainda está em discussão até mesmo nos distritos sanitários, cujas educadoras de saúde estão muito voltadas para projetos relacionados à ESF, dentre os quais destacam-se o “Adolescentes Educadores em Saúde” (AESA) e o “Idosos Educadores em Saúde” (IESA). Entretanto também cobram ações dos agentes do PSA, em geral, fornecendo pouco apoio. Talvez, por essa razão este tema tenha sido expressado apenas pelos agentes do PSA.

As ações de educação em saúde mais comuns pelo PSA são aquelas que seguem a um calendário específico, como, por exemplo, o “Dia Mundial da Água”, em eu há

uma mobilização no sentido de chamar atenção sobre o tema (foto 17). Porém, de acordo com depoimentos de agentes de saúde durante o trabalho de campo, essas ações têm se configurado como ineficazes, uma vez que a participação e sensibilização da população não estão sendo alcançadas na proporção do dinheiro investido. Ações mais localizadas e constantes em escolas, associação de moradores, USF, terminais de ônibus ou outros, nas quais o agente pudesse ter apoio financeiro e na atividade como um todo, seriam mais eficazes e gastar-se-ia menos dinheiro.

A partir dessas reclamações surge no agente, seja enquanto morador ou enquanto profissional, um sentimento de que algo deve ser feito pela cidade. Nesse contexto, os agentes se expressam da seguinte maneira:

> *Esta cidade não precisa ser um pouquinho mais olhada, ela precisa ter um olho de boi olhando Recife, porque eu creio que tem muito a fazer. E a nós, multiplicadores de informações, podemos ensinar isso na comunidade, defender os seus direitos, pressionar para melhorar a qualidade de saúde da população. Só que isso é um trabalho lento de cidadania. Quantas vezes a gente pega um saco de papel e coloca na sala de aula? Quando passa no ônibus, em vez de colocar no bolso, sacode na rua? Isso é falta de educação da gente, aí depois fica culpando: '-Ah! A culpa é do governo!' O governo tem sua parcela de culpa, mas cabe a nós pressionar e fiscalizar*. (Pedro, Sarah e Josué de Castro – Agentes de Saúde Ambiental do PSA, posicionamento enquanto moradores – Sentimento de que é preciso fazer algo)

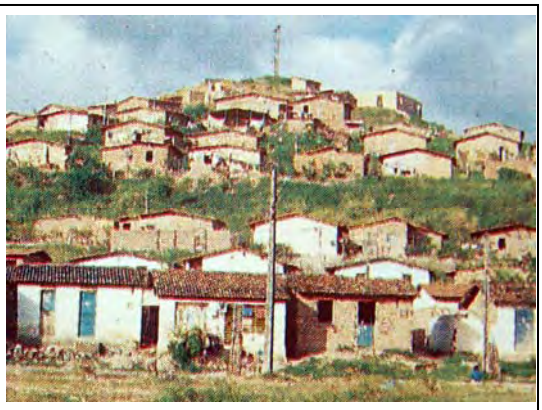
> *Como ACS eu acho que fica um pouco a desejar. E eu quero que se cumpra o slogan: 'A grande obra é cuidar das pessoas.'* (Regina e ACS em ação – Agentes Comunitárias de Saúde da ESF, posicionamento enquanto profisionais – Sentimento de que é preciso fazer alguma coisa)

> *Como ASA eu acho que Recife está precisando ser olhada mais um pouquinho*. (Pedro – Agente de Saúde Ambiental do PSA, visão enquanto profissional – Sentimento de que é preciso fazer alguma coisa)

12. Catadores de caranguejo.
Data: 2004.
Foto: CALDAS, Léo; BELÉM, Alexandre.
Fonte: CALDAS & BELÉM, 2004, p. 31.

13. Precárias condições de assistência aos pacientes.
Data/Local: 18/06/2008/ Hospital Getúlio Vargas
Foto: SPENCER, Renato (JC Imagem).
Fonte: http://jc.uol.com.br. Acesso em 27/06/2008

14. Construção em área de maré.
Data/ Local: 2003/ Comunidade de Caranguejo.
Foto: Cedida pelo ASA Severino Silva.
Fonte: pesquisa realizada no local em 2003 por estudantes do mestrado na UFPE.



15. Construção em área de morro.
Data/ Local: 199-/ Buriti - Macaxeira.
Foto: Autor desconhecido.
Fonte: RECIFE. Unidades Ambientais do Recife. Recife: PCR, 199-. (folder sobre a política de Meio Ambiente da PCR)

16. Assassinato enquanto homem dirigia.
Data/Local: 01/09/2007/ Av. Agamenon Magalhães.
Foto: RABONI, André (Folha de PE)
Fonte: acertodecontas.blog.br/. Acesso em 27/06/2008.

17. Mobilização da PCR sobre o "Dia Mundial da Água"
Data/ Local: 22/03/2007/ Pátio do Carmo
Foto: SOUZA JÚNIOR, Xisto S.S.

Enquanto moradores houve apenas o pronunciamento dos ASAs que sugeriram a defesa dos direitos, luta por uma melhora da qualidade da saúde, mas também a responsabilidade de um cidadão que faça a sua parte nesse contexto.

Enquanto profissionais, a necessidade de fazer algo é requerida apenas do lado do governo municipal, tanto pelos ACS quanto pelos ASAs, no qual deve-se cumprir o slogan da prefeitura: “A grande obra é cuidar das pessoas” fazendo com que a cidade seja melhor ‘olhada’.

Dessa forma, percebe-se que os agentes de saúde da ESF e PSA têm uma visão multifacetada da cidade. Se, por um lado, reconhecem sua beleza e encantos, por outro não conseguem negar que há muito a ser realizado, quanto à melhoria do acesso da população à melhores condições de vida, com comida de boa qualidade, bom acesso ao serviço de saúde, boas condições de infra-estrutura e uma sociedade mais pacífica. Para que esses desejos se tornem realidade, apontam tanto ações a serem executadas pelo governo, inclusive através deles mesmos, quanto pelos moradores da cidade.

4.2.2 RECIFE: MULTITERRITORIALIDADES NUM AMBIENTE CONTRASTANTE E CULTURALMENTE VARIADO:

Neste momento, a visão da cidade é explorada a partir da localidade onde os agentes de saúde trabalham. Foram realizados dois tipos de contatos com os agentes de saúde na área de trabalho. O primeiro foi na ocasião do acompanhamento no campo, no qual foi possível conhecer um pouco do trabalho de Larissa, Nâna, Germano e Severino Silva. Já o segundo contato foi realizado com os agentes Poeta e Estrelas, a partir da busca por relatos de experiências que deram certo nas atividades desempenhadas pelos mesmos.

Neste item suas localidades serão apresentadas através das informações apontadas pelos próprios agentes, a partir de sua vivência no desenvolvimento de suas atividades. Esses agentes trabalham nos seguintes bairros: Campina do Barreto (DS II), Poço e Monteiro (DS III), Ilha do Retiro e Várzea (DS IV) (mapa 11). Para exposição, foi evidenciado o que o agente de saúde falou sobre sua área de trabalho em

seus depoimentos, no qual foi feita uma adaptação, sendo a ordem de exposição por área e por distrito sanitário.

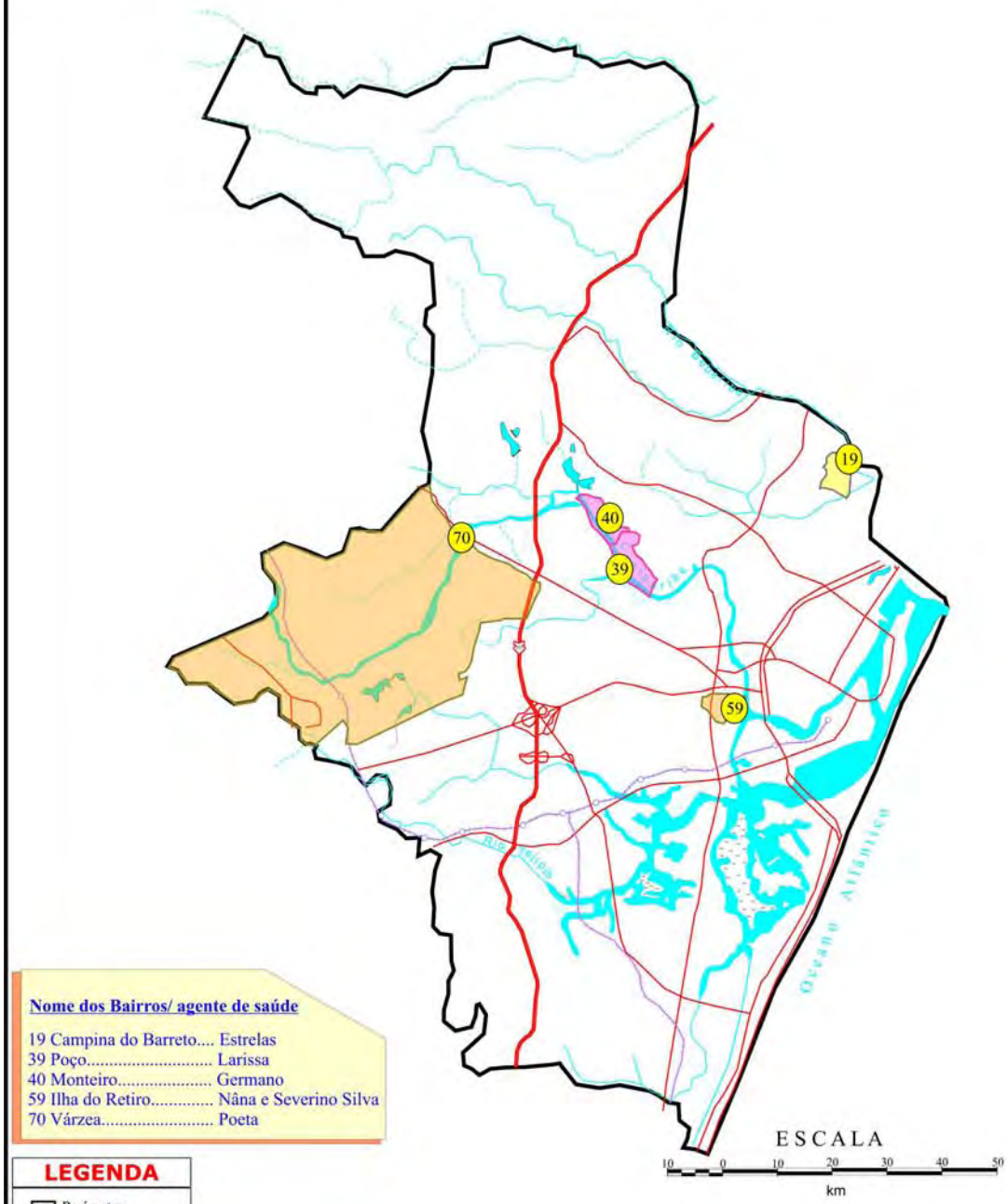
No distrito sanitário II, onde está localizado o bairro Campina do Barreto e a localidade Chão de Estrelas, está trabalhando a agente de saúde **Estrelas**. Ela foi morar na localidade em 1982. Na época o governo estava construindo as casas e entregando paulatinamente aos moradores. Quando foi terminada a construção e todos os novos moradores já estavam em suas casas, perceberam que a falta de infra-estrutura não permitia a permanência no local, além da falta de equipamentos urbanos como escola, posto de saúde e uma área apropriada ao comércio. Diante dessa realidade uma das primeiras iniciativas de sobrevivência foi aproveitar a própria residência como local de comércio. Esta localidade era composta por quatro comunidades que se uniram na luta por melhorias nas condições de habitabilidade.

O grupo de moradores que assumiu a liderança era formado, principalmente, por mulheres, tendo um homem no grupo. Como não havia um local para reunir-se, foram realizadas várias reuniões, rua por rua, para explicar o objetivo do grupo, o que se pretendia fazer para melhorar as condições de moradia e as dificuldades existentes. Logo de início não havia um planejamento definido, mas começaram a procurar espaços onde pudessem ter informações de como atuar na comunidade a partir dos problemas existentes.

Nesse ínterim, foi construído um prédio que serviria de posto de saúde. Tal ação deu a entender, para os moradores, que as coisas tendiam a melhorar, mas a prefeitura terminou a construção, fechou as portas e o espaço ficou inutilizado.

Por não terem emprego, os moradores não tinham condições de se utilizar de um transporte público para se locomover e buscar soluções. Foi então tomada a decisão de sair de madrugada e ir andando até chegar nos lugares que poderiam resolver seus problemas. Procuraram várias secretarias da prefeitura, órgãos do governo do Estado, assim como buscaram ajuda de ONGs e Instituições de Ensino Superior (IES).

MAPA 11 Localização dos agentes de saúde cujas áreas foram visitadas



Nome dos Bairros/ agente de saúde

19 Campina do Barreto.... Estrelas
39 Poço..... Larissa
40 Monteiro..... Germano
59 Ilha do Retiro..... Nâna e Severino Silva
70 Várzea..... Poeta

LEGENDA

- Perímetro
- Divisão dos bairros
- Rios Permanentes
- Rios Temporários
- Represas
- Áreas Alagáveis
- Manguezais
- Rodovia Federal
- Rodovia Estadual
- Ferrovias

Características Geolocacionais: Recife-PE

Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)

CIDADE DO RECIFE

Localização dos agentes de saúde cujas áreas foram visitadas

Fonte:
FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Trabalho de Campo entre março e novembro de 2007

Organizado por: PEREIRA, Martha. Julho de 2008.

As ONGs e IES auxiliaram através de subsídios na elaboração de projetos, organização de informações sobre a área e, assim, ter uma proposta para mostrar aos órgãos competentes o que era necessário e urgente a ser feito. Infelizmente isso não deu resultado.

Nesse período, cada membro do grupo começou a se destacar em alguma área, e assim se dividiam para buscar soluções. Enquanto não tinham respostas do governo, criaram, por conta própria, os Grupos da Escolinha, Padaria e Sopa Comunitária, e dentre outras ações foi criado o grupo da saúde. Porém sem grande expressão por não haver um local apropriado para esses grupos.

Um primeiro avanço nessa luta teve como base um evento muito triste para a comunidade. A área onde havia sido construído o posto de saúde, o qual foi imediatamente fechado pela prefeitura, foi saqueada e o local passou a ter novos usos, servindo como banheiro, motel improvisado e outras coisas. Entretanto, a ocorrência de uma violência sexual no local estimulou a mobilização popular, que levou a ocorrência e à divulgação pela televisão. Foi então feita uma reportagem que teve como resultado a entrega, por parte do Secretário de Educação, das chaves do prédio para a comunidade.

Apesar da tristeza com o ocorrido, a comunidade se empolgou com a realidade de ter um prédio próprio. Através de mutirão, limparam, pintaram e fizeram pequenas reformas para deixar o local apropriado ao uso. Com relação a isso, um fato curioso foi a devolução da porta da frente do posto que havia sido levada por um morador. Com o prédio em condições de uso, buscaram atender as prioridades não apenas da saúde, mas de várias necessidades. Foi reservada uma sala para a escolinha, outra para fazer a sopa que era distribuída àa comunidade e uma outra para aulas de artesanato para os meninos, que faziam quadros para vender em outros locais, tendo como lucro a metade do preço da venda.

Estrelas fazia parte desse grupo da liderança e se destacou na área da saúde. Dessa forma, organizou um grupo com pessoas que sabiam fazer xarope, lambedor, pomadas, tinturas, elixir sanativo, vicky, entre outros produtos. Além disso, também

contaram com a ajuda das benzedeiras que, através das rezas, atuavam na cura de mal olhado, dor de espinhela, olho caído e outras coisas do estilo.

Este grupo surgiu devido aos problemas de saúde existentes na comunidade, os quais não eram solucionados devido a dificuldade em conseguir uma consulta em unidades tradicionais e estarem esses locais muito distantes da localidade. Outra forma de ação foi a criação da sopa comunitária, que tinha dois objetivos: saciar a fome da comunidade e impedir a venda indiscriminada das casas devido a falta de emprego e conseqüente fome. Ainda no intuito de melhorar a alimentação foi criado o bônus "**A fome mata sem sangrar**", que serviria para conseguir alimento através de doações para suprir os moradores mais necessitados.

Para aprimorar esses conhecimentos, os líderes da comunidade uniram-se ao Movimento Popular de Saúde (MOPS), além de se articularem para participar de qualquer tipo de treinamento que utilizasse remédios naturais e melhorasse o conhecimento na área da saúde. Aproveitaram-se também do solo local que era de terra preta e fértil, favorável ao cultivo de plantas medicinais, pois anteriormente era de área de mangue e tinha muitas áreas de charco.

Para melhorar o grupo, uma médica recém-formada e que morava em Campina do Barreto se ofereceu por um tempo para ajudá-lo e, ao mesmo tempo, colocar em prática sua profissão. Essa parceria trouxe benefícios bilaterais: por um lado, a médica conseguiu exercer a prática médica e aprendeu a utilizar ervas medicinais, e por outro lado, o grupo de saúde conseguiu traçar o perfil epidemiológico a partir dos problemas mais comuns da comunidade, assim como saber o tratamento natural.

Antes de ter o PACS, a partir de 1993, Estrelas já contava com 12 agentes de saúde que atuavam na área utilizando ervas medicinais para a cura de várias enfermidades. O PSF (atual ESF) só foi implantado em 2002.

A implantação deste programa foi muito boa, porém a adaptação foi difícil tanto para os outros componentes da equipe quanto para as ACS. Os recém-concursados foram avisados que trabalhariam em uma localidade em que havia ACS antes mesmo do PACS, e que estas já possuíam um conhecimento próprio na área de saúde. No início, as ACS tiveram dificuldade em se adaptar às exigências burocráticas e

hierárquicas, problemas superados com uma boa comunicação e respeito entre as partes.

Não apenas o grupo de saúde avançou, os outros grupos também trabalharam, e apesar de Estrelas liderar o grupo da saúde, também participou dos outros. Algumas dessas ações estiveram relacionadas à escolha do nome da localidade, para a qual foi realizado um plebiscito com todos os moradores, que passou a ser denominada “Chão de Estrelas” – o “chão” simbolizando a conquista da terra, e “Estrelas” uma homenagem aos antigos moradores, através da história segundo a qual “em noite de lua cheia, o reflexo da luz da lua nos coqueiros formava sombras que pareciam estrelas no chão”.

Hoje, Chão de Estrelas é, no âmbito fisionômico, uma pequena cidade, porque dispõe de tudo de que os moradores precisam, até mesmo outras comunidades se beneficiam de suas conquistas que incluem as principais ruas calçadas, uma linha de ônibus própria com o nome da comunidade e ter conseguido fazer parceria com uma ONG internacional (Visão Mundial) que foi a grande impulsionadora do Centro de Organização Comunitária de Chão de Estrelas. Ainda na década de 1980 construiu uma área própria para o Centro de Organização, deixando o prédio do posto apenas para as ações de saúde, além de pagar profissionais especializados para atuar na melhoria das condições de vida da comunidade como um todo.

No DS III, onde estão localizados os bairros Poço e Monteiro, trabalham Larissa e Germano, respectivamente

Larissa foi morar no Poço, ou melhor, na comunidade de Poço da Panela, em 1971, com 13 anos de idade. Desde cedo se interessou pela história da localidade, o que permitiu observar que sua comunidade estava inserida em uma área que possuía construções antigas, mas apenas a partir da década de 1990 é que foi realmente procurar saber mais da história de Poço da Panela. Gostou tanto que, à noite, Larissa junta as crianças da localidade e se torna uma contadora de histórias (mapa 12).

O nome da localidade tem sua origem em meados do século XVIII. Antes mesmo de ter uma denominação, este local era muito visitado porque continha o trecho do rio

mais raso das redondezas, sua utilidade era para banhos medicinais e para o lazer. Os freqüentadores eram os senhores de engenho de Dois Irmãos, Apipucos e arredores que vinham com os escravos carregando a água de beber. Como o lugar era muito bom para passar o dia, eles começaram a cavar poços, até que encontraram um em que a água era tão gostosa que um dos senhores mandou um de seus escravos fazer uma panela sem fundo e colocar nesse poço para segurar as paredes do poço, desde então a localidade passou a chamar-se Poço da Panela.

Ainda no século XVIII foi construída a capela de Nossa Senhora da Saúde (1770). De acordo com a agente de saúde Larissa isso ocorreu porque a esposa de um dos senhores de engenho estava muito doente, e após pedir uma graça à Nossa Senhora da Saúde (santa de origem portuguesa), tomou banho nesse trecho do rio Capibaribe e ficou curada. Como forma de agradecimento à graça alcançada, ele edificou a capela e trouxe uma imagem dessa santa. Foi através desta igreja que Larissa se inseriu no trabalho comunitário, na liderança comunitária e na ESF.

A história do casal José Mariano e D. Olegarinha também é importante para a localidade, pois no século XIX eles, juntamente com outros abolicionistas, conseguiram facilitar a fuga e libertar muitos escravos. Também se destaca na história da localidade as tendas em que as escravas amamentavam os filhos dos senhores de engenho (casa de Catanda), hoje em ruínas. Foi um local onde as escravas tinham que dar o primeiro leite de peito aos bebês dos senhores de engenho para só depois poder amamentar os seus filhos, pois acreditava-se que assim seus filhos iriam engordar, entretanto, como os bebês dos senhores de engenho não engordavam tanto quanto os filhos das escravas, elas apanhavam muito

Outra história é sobre a epidemia de febre amarela que matou várias pessoas, dentre elas escravas que foram enterradas ao lado da igreja Nossa Senhora da Saúde ainda vivas, para não contaminar outras pessoas.

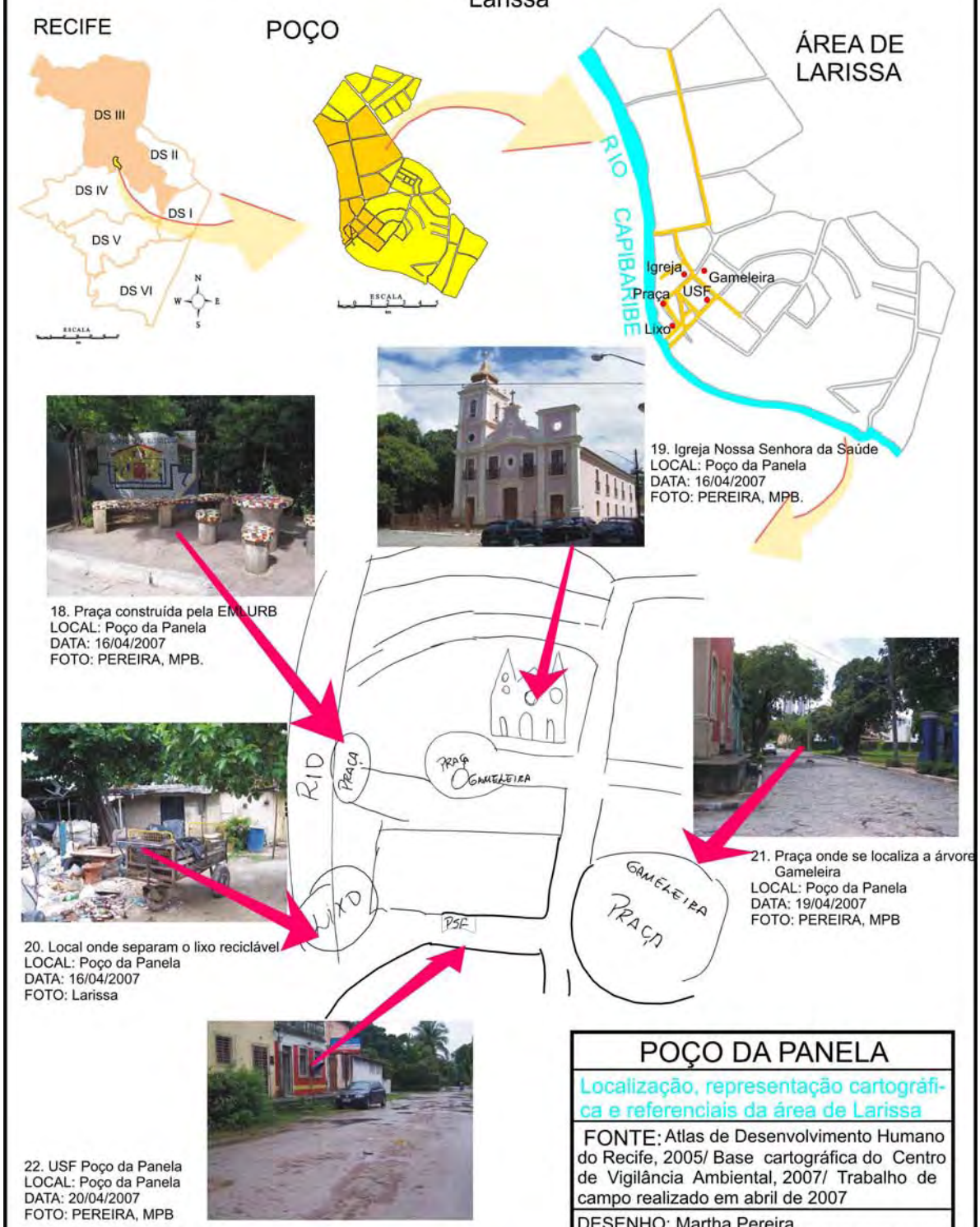
Ainda com relação à localidade, atualmente é motivo de orgulho para a comunidade estar morando próxima a referenciais importantes historicamente e a pessoas tidas como ilustres, dentre elas Ariano Suassuna, advogados e artistas plásticos famosos na cidade e donos de usinas.

Tão importante quanto a história, são as lendas do lugar, tidas como verdadeiras pela maioria dos moradores. Uma das histórias é sobre o lobisomem. De acordo com os moradores, à noite ele ataca as moças sozinhas e com isso as pessoas do local buscam estar em casa mais cedo. Há também uma outra versão, mas pouca gente acredita, a de que este lobisomem seria um homem que viveu no início do século XX, estava com tuberculose e devido à doença, sua aparência não agradava às mulheres, então ele as atacava durante a noite.

Outra lenda importante surgiu na época da escravidão: a lenda da Gameleira, proveniente da África. Contam que uma escrava negra queria muito ter um filho, mas não conseguia. Então, ela pediu à Gameleira e prometeu que, se engravidasse, lhe daria o filho. A criança nasceu, mas como a escrava demorava a cumprir com sua parte no acordo, a Gameleira reclamou. A mulher doou o filho para a árvore, mas logo se arrependeu. Depois disso, pediu ajuda aos orixás que vivem embaixo das árvores, que lhe instruíram a fazer um neném de madeira e colocá-lo no lugar do filho para enganar a grande árvore. O plano deu certo, de modo que até hoje toda Gameleira tem um dos galhos que parece um braço e outro que parece uma cabeça de nenê.

Mas nem só de histórias antigas e lendas vive o Poço da Panela. A localidade é fruto de uma ocupação que ocorreu de forma espontânea e lenta. Por não ter uma boa infra-estrutura, como ocorre com os arredores desta localidade, a população mobilizou-se através da forte atuação da Associação Comunitária. Dentre as conquistas realizadas está a implantação do esgoto condominial, o qual, através do orçamento participativo, passou por reparos, e o pessoal da prefeitura também fez uma praça para a comunidade; a USF, cujo trabalho tem sido bem aceito pela comunidade, sobretudo porque as pessoas têm muita intimidade com a agente de saúde e; o calçamento de ruas de acesso à comunidade, como é o caso da rua que dá acesso ao bairro de Santana.

MAPA 12 Localização, representação cartográfica e referenciais da área de Larissa



18. Praça construída pela EMLURB
LOCAL: Poço da Panela
DATA: 16/04/2007
FOTO: PEREIRA, MPB.

19. Igreja Nossa Senhora da Saúde
LOCAL: Poço da Panela
DATA: 16/04/2007
FOTO: PEREIRA, MPB.

20. Local onde separam o lixo reciclável
LOCAL: Poço da Panela
DATA: 16/04/2007
FOTO: Larissa

21. Praça onde se localiza a árvore Gameleira
LOCAL: Poço da Panela
DATA: 19/04/2007
FOTO: PEREIRA, MPB

22. USF Poço da Panela
LOCAL: Poço da Panela
DATA: 20/04/2007
FOTO: PEREIRA, MPB

POÇO DA PANELA

Localização, representação cartográfica e referenciais da área de Larissa

FONTE: Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Base cartográfica do Centro de Vigilância Ambiental, 2007/ Trabalho de campo realizado em abril de 2007

DESENHO: Martha Pereira.
ORGANIZAÇÃO: Martha Pereira e Paula Lindo.
DATA: Junho de 2008.

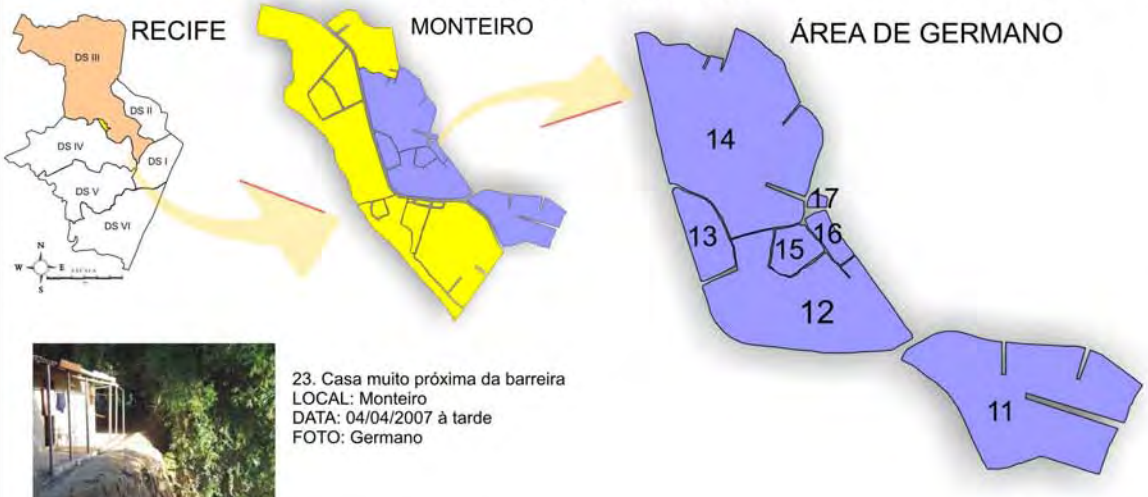
Existem pelo menos dois problemas que chamam a atenção na área. Um deles é o lixão, local destinado a colocar lixo reciclável, que tem trazido problemas de saúde, e o outro é a situação de famílias que têm um ou mais membros com transtornos mentais. Há inclusive um caso em que uma senhora que, além de cardíaca, tem problemas locomotores, tem um filho que ficou internado por onze anos devido ter problemas mentais. Com a implantação do CAPS este rapaz voltou para casa. Contudo, ela não tem condições de cuidar, tanto pelo fato dos remédios não serem fornecidos regularmente, estando ele com crises contínuas, quanto pelo fato de não tem condições físicas e emocionais para isso.

O ASA Germano nunca morou no local onde trabalha atualmente, o conhece desde meados de 2002. Contudo, viveu a maior parte de sua vida num bairro próximo, dessa forma conhece as redondezas (mapa 13).

Essa área de trabalho é parecida com outras no sentido de possuir tanto residências cujos habitantes são mais abastados do ponto de vista econômico e registra-se uma maior resistência dos moradores em receber visita dos agentes; como residências em que os moradores têm um poder aquisitivo mais baixo, não oferecendo dificuldades quanto às visitas dos agentes de saúde, o que facilita a interação e a realização do trabalho desses profissionais. Com relação ao relevo, Monteiro apresenta áreas planas e de barreiras.

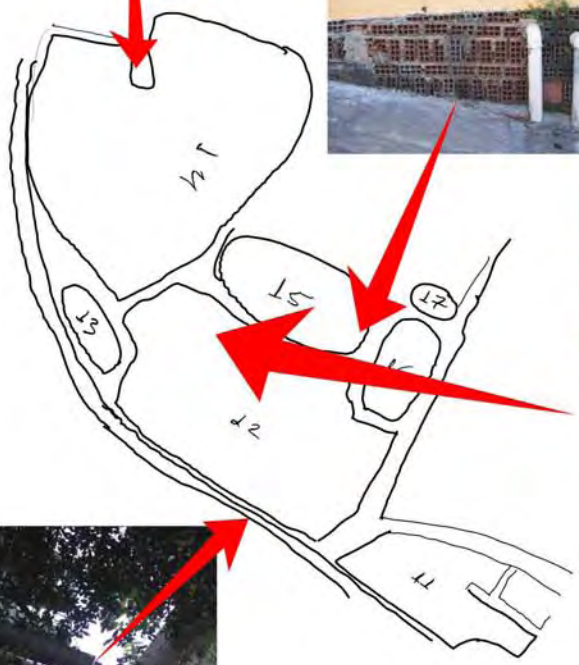
Um dos problemas que tem trazido conseqüências para a saúde da população é o despejo de lixo e esgoto nas áreas inclinadas não ocupadas, as “terras de ninguém”. Os moradores aproveitam que sua ação não será vista facilmente e se livram daquilo que lhes importuna de imediato. Outro fato que incomoda é o descaso da maioria dos donos de estabelecimentos com as recomendações dos ASAs. A única coisa que estas pessoas deveriam fazer seria dar ordens aos seus empregados para fazer o recomendado (virar as garrafas para não acumular água, deixar os espaços limpos etc.), no entanto, ouvem e não agem.

MAPA 13 Localização, representação cartográfica e elementos da área de Germano



23. Casa muito próxima da barreira
LOCAL: Monteiro
DATA: 04/04/2007 à tarde
FOTO: Germano

24. Local propício à proliferação de escorpião
LOCAL: Monteiro
DATA: 04/04/2007 à tarde
FOTO: Germano



25. Muro de arrimo em área inclinada.
LOCAL: Monteiro
DATA: 04/04/2007 à tarde
FOTO: PEREIRA, MPB

26. Muro de arrimo em área inclinada
LOCAL: Monteiro
DATA: 12/04/2007 à tarde
FOTO: Germano

MONTEIRO
Localização, representação cartográfica e elementos da área de Germano.
FONTE: Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Base cartográfica do Centro de Vigilância Ambiental, 2007/ Trabalho de campo realizado em abril de 2007
DESENHO: Martha Pereira. ORGANIZAÇÃO: Martha Pereira e Paula Lindo DATA: Junho de 2008.

Entretanto, não são apenas os donos de estabelecimentos que não agem, há também moradores que, independente da classe social, não atendem às recomendações, sendo fácil de perceber uma piscina sem manutenção, uma fossa no lugar errado, um tonel aberto, uma caixa d'água sem a devida vedação ou comida no quintal para servir de alimento à animais.

Apesar da resistência de alguns, há os que simplesmente não se opõem, como é o caso da liderança local, e os que apóiam, como ocorreu com uma ACS que, em associação com Germano, planejaram arrecadar brinquedos e outros utensílios para as crianças.

Uma característica forte dos moradores é a resistência a idéias novas ou em aceitar a idéia do outro. Por exemplo, pode-se citar a enorme quantidade de pessoas que ainda espera veneno para ratos, como ocorria anos atrás em que o governo distribuía, quando simplesmente poderiam retirar a comida do quintal. Outro exemplo é o caso de uma moradora que joga o lixo na barreira porque acredita que esta atitude é que tem contido a barreira durante anos.

Com relação ao veneno para o rato, há também o costume de errar na maneira de falar, surgem então várias expressões como "-Tem remédio pra rato?", "-Não trouxe comida pra rato?" Se for interpretar corretamente, remédio é pra ficar bem de saúde, comida é para alimentar, isso a dona de casa já faz quando deixa restos de comida no quintal.

No DS IV, estão localizados os bairros Ilha do Retiro, onde trabalham Nâna e Germano; e Várzea, onde trabalha Poeta.

Nâna viveu a maior parte do tempo de sua vida na Ilha do Retiro, mais especificamente na comunidade de Caranguejo e Tabaiares. Apesar de ter morado um tempo em São Paulo, tem larga experiência de vida com a localidade (mapa 14).

Mesmo essa comunidade tendo sido sempre muito pobre, continuamente ela tem apoio das igrejas tanto evangélicas quanto a católicas. No caso específico da Igreja Católica, Nâna faz um trabalho através da pastoral da saúde, o qual tem surtido efeito na melhoria das condições de saúde da comunidade. Este trabalho continua, ainda que

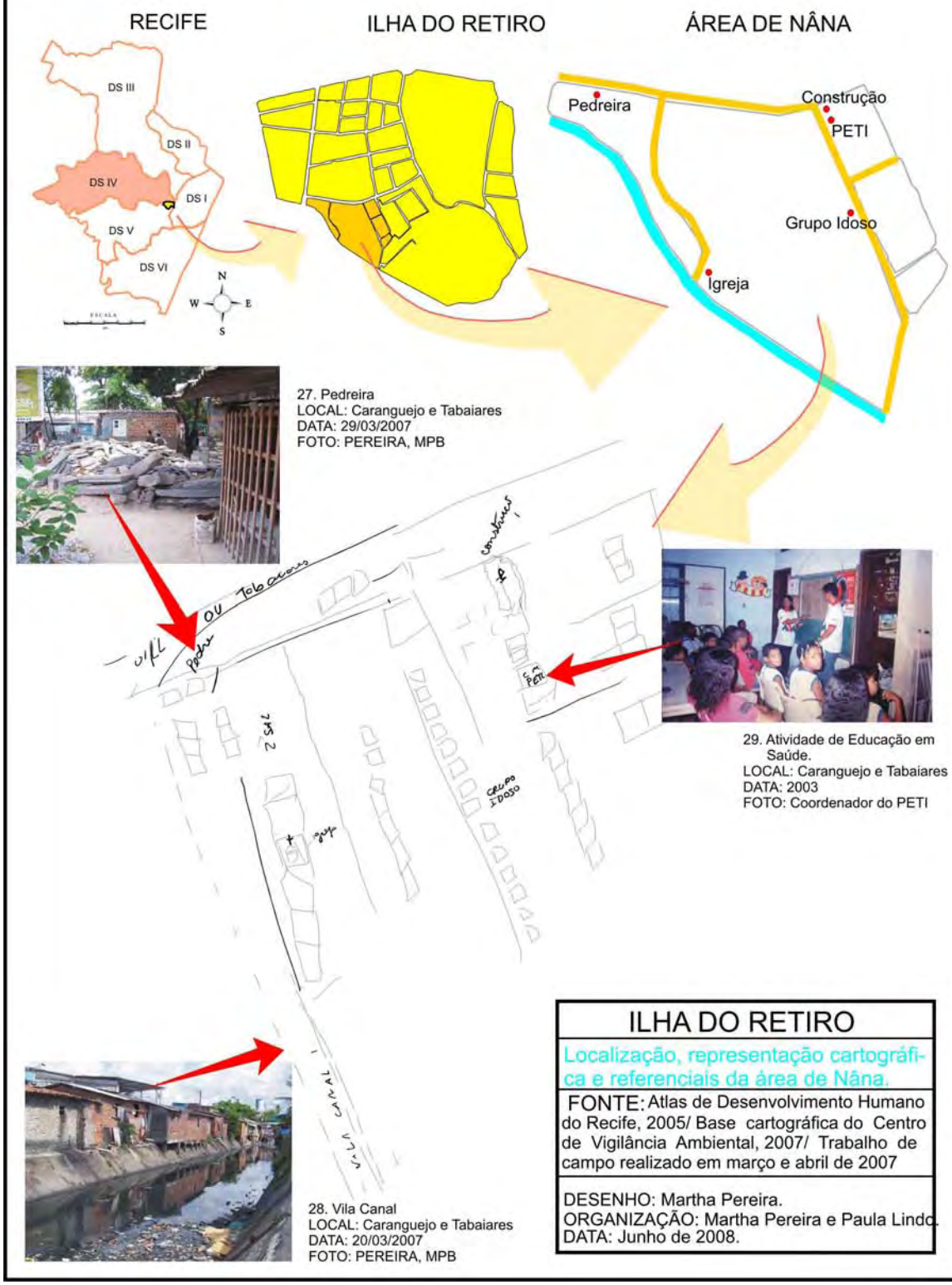
esteja funcionando no local o Clube de Mães da Madalena, atendendo crianças de 3 a 6 anos e o PETI, para crianças de 7 a 15 anos.

Foi através do trabalho na pastoral da saúde que Nâna se inseriu no PACS e depois na ESF. Com a implantação do PACS, um fato positivo a ser destacado diz respeito à presença constante de uma enfermeira. No que confere à instalação da ESF houve, inicialmente, certa resistência por parte dos ACS devido a parte burocrática que envolve esse serviço de saúde, em detrimento do trabalho mais diretamente ligado ao morador. No entanto, após um período de adaptação, os agentes aprenderam a conciliar todas as tarefas exigidas pela ESF. Apesar dos avanços, há uma coisa que ainda incomoda, quando está na época de alguma campanha, o material educativo sempre chega muito próximo à campanha, não ajudando o planejamento por parte da equipe dentro da comunidade, isso tem atrapalhado.

Um dos fatos que chama atenção na comunidade é a quantidade de pessoas que demonstram passar muita necessidade. Sob a liderança de Nâna, os ACS realizaram uma campanha no intuito de minimizar algumas situações mais críticas. O tempo fez com que Nâna e os outros ACS percebessem que parte desse grupo de moradores se mostra mais carente do que realmente é para conseguir benefícios sem esforço.

Também há um grupo de moradores que estão ali apenas para se aproveitar do morador realmente necessitado. Um desses exemplos foi a ocupação da área das palafitas, em que a maioria das pessoas a ocupou para depois vendê-la ou ocupá-la. Alguns desses ocupantes nem moram em Caranguejo/Tabaiares.

MAPA 14 Localização, representação cartográfica e referenciais da área de Nâna



Da mesma forma que há moradores que buscam ter uma aparência de muito necessitado para conseguir benefícios, há outros que realmente precisam, utilizam, mas não querem ou não se sentem moradores de uma comunidade pobre. É o exemplo de mães que conseguem inserir seus filhos no PETI por terem renda compatível para fazer parte do programa, porém proíbem seus filhos de compartilhar da comida ou da amizade do colega que também mora na comunidade.

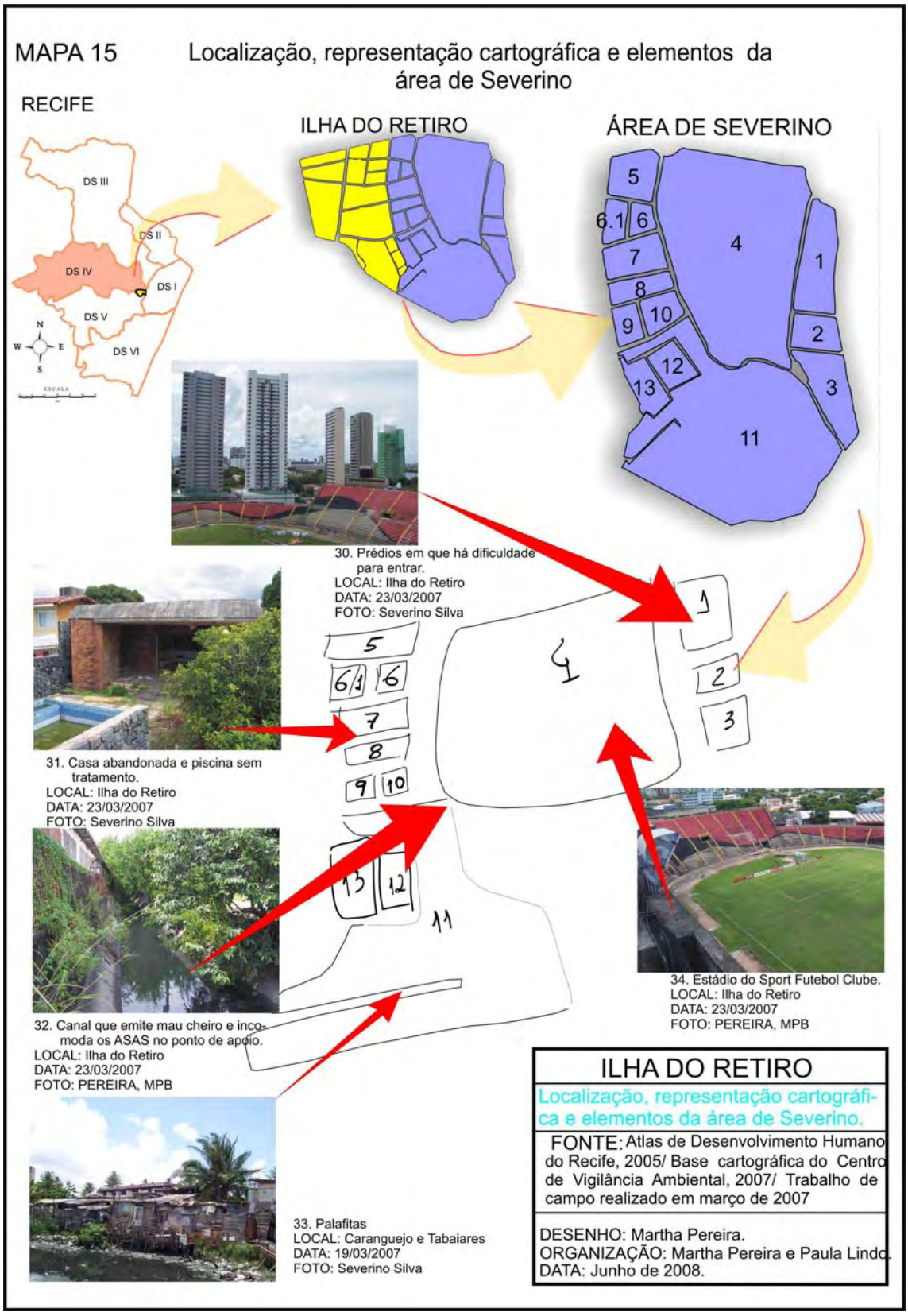
Outro grupo de famílias busca se camuflar dentro da comunidade ao se denominar, juntamente com toda a família, por apelidos. Não se sabe, assim, o nome verdadeiro, não sendo possível encontrar essa pessoa pelo nome de registro.

Dentro desses grupos há aqueles que simplesmente não atendem às recomendações dos ACS por estarem relacionados a costumes diferentes dos costumes dos mais antigos. Um exemplo disso é o aleitamento materno. As mães ainda hoje têm resistência porque, apesar da mídia e da Unidade de Saúde da Família estar sempre falando da importância, vem a mãe e diz que sempre deu farinha à filha e ela sobreviveu, associado à isso vem a resistência em fazer o pré-natal, vacinar o filho, dentre outras coisas. Enfim, é uma comunidade que ainda tem muito o que melhorar.

Severino Silva nos apresenta também a Ilha do Retiro, porém inclui tanto a parte do bairro quanto da comunidade. Ele conhece a área desde dezembro de 2001, quando começou a trabalhar na localidade (mapa 15).

A Ilha do Retiro é um bairro muito heterogêneo. Devido a isso a forma de lidar com a população é diferenciada e os problemas encontrados também são diferenciados.

No caso da população mais abastada, não é possível fazer alguma ação de educação em saúde de forma coletiva, sendo possível, na maioria das vezes, apenas falar com a empregada da casa, o jardineiro ou, em alguns casos, com o segurança. Os problemas relacionados a essas áreas são piscinas abandonadas ou mal cuidadas, recipientes ou plantas que acumulam água por serem parte de uma decoração que o morador não quer deixar de lado, dentre outros.


MAPA 15
Localização, representação cartográfica e elementos da área de Severino
RECIFE
DS III
DS II
DS IV
DS I
DS V
DS VI
ILHA DO RETIRO
ÁREA DE SEVERINO
5
6.1
6
7
8
9
10
12
13
4
1
2
3
11
30. Prédios em que há dificuldade para entrar.
LOCAL: Ilha do Retiro
DATA: 23/03/2007
FOTO: Severino Silva
31. Casa abandonada e piscina sem tratamento.
LOCAL: Ilha do Retiro
DATA: 23/03/2007
FOTO: Severino Silva
32. Canal que emite mau cheiro e incomoda os ASAS no ponto de apoio.
LOCAL: Ilha do Retiro
DATA: 23/03/2007
FOTO: PEREIRA, MPB
33. Palafitas
LOCAL: Caranguejo e Tabaiares
DATA: 19/03/2007
FOTO: Severino Silva
34. Estádio do Sport Futebol Clube.
LOCAL: Ilha do Retiro
DATA: 23/03/2007
FOTO: PEREIRA, MPB
ILHA DO RETIRO
Localização, representação cartográfica e elementos da área de Severino.
FONTE: Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Base cartográfica do Centro de Vigilância Ambiental, 2007/ Trabalho de campo realizado em março de 2007
DESENHO: Martha Pereira.
ORGANIZAÇÃO: Martha Pereira e Paula Lindo.
DATA: Junho de 2008.

Já na área mais pobre é possível realizar ações coletivas de educação em saúde, como a que ocorre no prédio onde funciona, ao mesmo tempo, o PETI e o Clube de Mães da Madalena. É mais fácil trabalhar com crianças porque aprendem mais rápido, de modo que o trabalho é mais direcionado a essa faixa etária. Mas a educação dos adultos também ocorre e tem dado resultado, este é o caso, por exemplo, de catadores de lixo que passaram a acondicionar o lixo de forma a não acumular água.

Na área mais pobre, há casas que são muito limpas e que, por isso, a família está mais saudável; e outras que são sujas, onde se deve ter mais cuidado, pois fragiliza a saúde. Outro perigo é com relação à forma como foi construída a residência, como exemplo o caso de um prédio em que muitos moradores afirmam que tem risco de desabamento porque ninguém sabe se foram usados ferro e vigas.

Mais uma das características da comunidade, compartilhada por outras, é a dificuldade em mapear porque tudo muda muito rápido. No caso da localidade, tudo é Campo Tabaiares; às vezes é Travessa, outras é rua, mas é tudo quase igual, o diferencial são os becos que de um dia para o outro são fechados e viram um “correr de quarto”, isto é, se transforma em uma espécie de cortiço.

Infelizmente a característica mais forte da comunidade Caranguejo e Tabaiares é a falta de uma articulação entre as lideranças, as quais além de serem muitas, são sempre umas contra as outras. Os políticos não investem porque cada um tem pouquíssimos votos dentro da comunidade, as ONGs não conseguem trabalhar porque sempre há o representante da outra que busca atrapalhar a atividade, e assim a comunidade fica na mesma situação.

Poeta apresenta sua área no bairro Várzea, na qual trabalha na área desde 2002. Essa é uma área bonita de se trabalhar porque tem várias construções antigas. Há casas que, há séculos pertence à mesma família, porém também reclama de costumes, que podem estar durando há muito tempo e que hoje é difícil modificar.

Um dos casos que muito incomoda é o de uma moradora que deposita seu lixo no rio. Em vários momentos, foi chamada sua atenção quanto a esse procedimento, mas a senhora não mudou de atitude. Pelo que se observa, esse não é um caso isolado, e que

continuará a acontecer. Outro problema preocupante é que 90% do bairro estão inseridos na área de influência do rio, em cujas águas os moradores, ao mesmo tempo que lançam seus dejetos, exercem atividades de lazer e de pesca.

Em geral o morador não se sente co-responsável pela situação em que se encontra o bairro, compreendendo, assim, que a prefeitura é a grande responsável pelos problemas.

A reação a essas práticas tem sido o planejamento de ações de educação em saúde de forma contínua, que procuram congregar os moradores em um local e outras em que os agentes vão até os moradores em suas residências. Dentre as atividades há aquelas em que se pega uma música já existente e coloca-se uma letra relacionada ao meio ambiente, entre outras, contanto que chamem a atenção do morador do bairro da Várzea. Essas ações, no entanto, enfrentam problemas com a falta de apoio financeiro e a falta de tempo dos agentes envolvidos, ainda que haja apoio verbal no sentido de realizá-las.

A descrição da área, a partir da informação dos próprios agentes, variou tanto na temporalidade quanto nos assuntos tratados. Além disso, o vínculo que o trabalhador tem com sua área também influenciou com relação ao detalhamento sobre suas características.

Estrelas e Larissa, por exemplo, destacaram-se com relação ao detalhamento descritivo sobre a área, mencionando detalhes históricos e da problemática atual, assim como dos benefícios conseguidos pela comunidade. Isto está relacionado ao tempo de vivência contínua no local e ao engajamento político na localidade para conseguir melhorias.

O assunto mais mencionado pelos agentes de saúde foi a infra-estrutura deficiente como um todo e em especial as condições de saneamento. É uma observação pertinente uma vez que todas essas áreas apresentam problemas relacionados à infra-estrutura.

Também foram apontados assuntos como, a capacidade de articulação dos moradores, a descrição das características geográficas da área, as condições sócio-econômicas e os entraves culturais da localidade.

Com relação à capacidade de articulação dos moradores, foi destacada como forte as áreas de Estrelas (Chão de Estrelas) e Larissa (Poço da Panela). Já nas áreas de Germano (Monteiro), Nâna e Severino (Ilha do Retiro) essas ações ocorrem de maneira fraca, e não foram mencionadas por Poeta, em relação a Várzea.

No que diz respeito às características geográficas da área, pouco foi dito, enfatizou-se a presença do mangue, do rio e as barreiras. Porém, de forma geral, essa referência não teve muitos detalhamentos da relação desses elementos paisagísticos com o risco à saúde da população.

Sobre as condições sócio-econômicas foram mencionados os contrastes existentes quanto à condição financeira, em que se apontam a presença de catadores de lixo, habitação precária e falta de dinheiro para comprar remédio e/ou usar o transporte público.

Com relação aos entraves culturais da comunidade, estes estiveram relacionados ao não atendimento das recomendações dos agentes de saúde devido a alguma tradição familiar, como, por exemplo, jogar lixo na barreira para conter o lixo; ou hábito adquirido, como jogar lixo no rio.

4.3 OS COMPONENTES DA ESF E PSA E OS SEUS RECIFES:

Pelo que foi contextualizado ao longo deste capítulo, os sujeitos estudados (direção dos distritos sanitários, dirigentes das equipes na área, agente de saúde na entrevista com grupo focal e agentes de saúde no local de trabalho) descrevem a cidade em perspectivas diferenciadas quanto à observação dos aspectos bons e ruins de seu contexto sócio-espacial. Há, de fato, alguns posicionamentos que são mais homogêneos e outros que refletem vários Recifes convivendo juntos. Assim, essas visões da cidade podem ser ao mesmo tempo homogêneas e heterogêneas, refletindo uma cidade de contrastes, pelo menos na perspectiva dos profissionais mencionados.

Recife é observada, assim, pela superposição de escalas através das quais, dependendo da função social (agente de saúde, responsável pela área ou pelo distrito), se observa, ao mesmo tempo, uma cidade fragmentada (pobres x ricos; rios x morros; incluídos x excluídos) e uma cidade homogênea que de acordo com a qual todos são, diretamente ou indiretamente, afetados pelos aspectos bons e ruins que caracterizam a configuração territorial da cidade, socializada, por exemplo, através do problema de saneamento e da violência.

Uma das formas de entender o Recife homogêneo foi refletida a partir de posicionamentos gerais sobre a cidade, em que foram destacados temas que são visualizados por toda população, seja por conhecê-los ou vivenciá-los. Entretanto, este mesmo Recife homogêneo pode se mostrar heterogêneo, na medida em que apresenta características diferentes e até mesmo opostas.

Essa constatação foi possibilitada através da entrevista realizada com grupo focal (agentes de saúde da ESF e do PSA), que apontou para o entendimento de Recife como: cidade linda, maravilhosa, desenvolvida e patriota, mas que sofreu com a urbanização desenfreada, prejudicando a implementação de uma boa infra-estrutura, principalmente, no que diz respeito às redes de coleta de esgoto, situações factíveis de se observar ou vivenciar no conjunto da cidade. Além desses problemas, há o sofrimento da população na dificuldade para conseguir o que comer, e o sofrimento nas unidades de saúde, na busca por um leito hospitalar.

Ao mesmo tempo, essa homogeneidade pode ser entendida como heterogeneidade, uma vez que a cidade se mostra multifacetada, devido esses posicionamentos serem contraditórios em determinados temas, ou seja, é concebida como uma cidade desenvolvida, mas ao mesmo tempo é considerada uma cidade que não tem infra-estrutura compatível, principalmente no que diz respeito ao esgotamento sanitário.

Outra maneira de entender o Recife homogêneo é a partir das temáticas que perpassaram todas as escalas geográficas de atuação desses profissionais, são elas: **serviço de saúde, condições sócio-econômicas** e **ações no ambiente e condições de saneamento**. Porém, na medida em que essas temáticas foram mencionadas nas

diferentes escalas, esta heterogeneidade se reflete na forma de observar o problema, o que passa a ser cada vez mais particular, de acordo com a diminuição da extensão de domínio territorial do ponto de vista jurídico, isto é, a partir da ação exercida enquanto trabalhador. É importante salientar que essas visões mais particulares ajudam a entender o problema geral mencionado quando se observa a cidade como um todo.

Tomando como exemplo o **serviço de saúde**, quando o mesmo foi mencionado no momento em que se pensava a imagem da cidade, Recife foi visualizada pela falta de leitos hospitalares, tanto por parte dos ACS como pelos ASAS, e por problemas nas unidades, mencionados apenas pelos ACS. Neste nível, os problemas ou êxitos não foram mencionados em relação ao PSA. Eles foram mencionados nos outros níveis, porém não serão apresentados para se focar no exemplo citado.

Por Distrito Sanitário, os dirigentes do distrito também mencionaram a falta de leitos hospitalares, mas apenas na situação em que essa cobertura funciona, a exemplo do que foi afirmado sobre o DS V. Já com relação às unidades da ESF foram destacados, como problemas, a falta de recursos humanos e o modelo de visita mensal, os quais não está atendendo as reais necessidades da população na atualidade. Porém, também houve elogios à atuação dos agentes de saúde. Percebe-se um detalhamento do problema mencionado na escala anterior, no qual os leitos hospitalares parecem estar disponibilizando um bom apoio apenas em um distrito. Já com relação às unidades, é percebido neste nível que há problemas devido às equipes estarem incompletas.

Com relação ao depoimento dos dirigentes das equipes na área sobre leitos hospitalares e as unidades, estes se refletem na dificuldade da unidade em conseguir vagas para hospitais especializados e, nas unidades, pela falta de profissionais, dificuldade de marcar consultas e falta de material básico.

Ainda com relação a este assunto o ACS, quando está no seu local de trabalho, fala de coisas semelhantes ao enfermeiro, sobre os leitos hospitalares. Já no que diz respeito aos problemas nas unidades, o ACS acrescenta a insuficiência na quantidade de medicamentos a serem distribuídos, além do atraso na chegada do material para

realizar ações programáticas, como as campanhas, o que dificulta um planejamento específico na unidade.

Além das visões homogêneas e heterogêneas, a partir de uma mesma base de informação, há também resultados contrastantes com relação às categorias observadas, colocadas como um destaque bom e ruim a partir do depoimento dos dirigentes das equipes.

Ao falar sobre suas áreas de atuação, ficaram evidenciadas as **ações no ambiente e condições de saneamento**, respectivamente como um bom destaque e como um mau destaque.

Dos 94 (noventa e quatro) bairros do Recife, apenas em 6 (seis), para os enfermeiros da ESF, e em 12 (doze), de acordo com os supervisores do PSA, houve coincidência a ressaltar, ao mesmo tempo, aspectos bons e ruins sobre as ações no ambiente e condições de saneamento. Entretanto, apenas no bairro Areias, onde trabalha o agente Tinhão, é que os dirigentes das áreas (enfermeiros e supervisores) apontaram destaques bons e ruins ao mesmo tempo com relação às temáticas que ora são apresentadas.

Quando os enfermeiros e supervisores descrevem o bairro Areias a partir de uma boa perspectiva, eles ressaltam que houve grande avanço no saneamento e pavimentação, faltando apenas uma área que ainda precisa de saneamento. Também foi evidenciado que o carro de coleta de lixo passa diariamente. Entretanto, quando esses mesmos profissionais falam sobre os aspectos ruins do saneamento ressaltam sua precariedade: é afirmado que não há bom saneamento nas ruas, que falta água para o consumo, que algumas áreas alagam e que há muitos roedores e escorpiões. Fica o questionamento: esses aspectos ruins não estariam exatamente nessa área mencionada anteriormente, que era a única parte do bairro que não havia sido saneada, e que por isso talvez a drenagem não estivesse tão boa na rua e por conseqüência, sofresse com o alagamento e a presença constante dos vetores mencionados.

Assim, a cidade é observada por suas características boas e ruins segundo a função (cargo) que o profissional desempenha, e o território onde atua. As conseqüências desses condicionantes são o nível de apreensão (escala) na qual o

profissional realiza suas atividades e a possibilidade, ou não, diante do contexto em que trabalha, de desenvolver e ter condições de agir de acordo com suas competências e habilidades sociais.

Essa ação induzida por um contexto diferenciado influencia no desenvolvimento das competências e habilidades sociais desses profissionais, uma vez que um ambiente hostil ao trabalho deste profissional inibe a criatividade para elaborar formas de enfrentamento dos problemas encontrados a partir do conhecimento adquirido ou a adquirir durante este processo ou ainda a ser obtido ao longo das atividades. Por outro lado, um ambiente receptivo estimula a criatividade e facilita um trabalho em equipe, na medida em que se expressa a intenção de se obter um bem comum. Neste caso, um grupo buscará enfrentar problemas a partir da aplicação deste conhecimento, incluindo neste grupo o próprio morador.

No próximo capítulo busca-se verificar quais as possíveis origens e as nuanças do conhecimento geográfico que está sendo desenvolvido pelos agentes de saúde nessa realidade multifacetada.

Capítulo 5...

Competências e habilidades dos agentes de saúde da ESF e PSA na cidade do Recife: enfoque no sujeito

Aprendemos a cada dia... principalmente porque lidamos com o povo... e eu acho que o trabalho mais rico é você lidar com os outros Severino Silva (ASA)

5. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF E PSA NA CIDADE DO RECIFE: ENFOQUE NO SUJEITO

Ao pensar no agente de saúde enquanto sujeito capaz de desenvolver competências e habilidades sociais, e consequentemente, desenvolver um conhecimento geográfico, é factível aceitar a idéia de que esse sujeito é também capaz de modificar o espaço geográfico em que trabalha.

Neste capítulo há uma necessidade de buscar as competências do sujeito agente de saúde. Desta forma, inicialmente foram analisadas as competências **motivação** e **características pessoais**. A primeira devido ser considerada por David McClelland como sendo a competência na qual se desenvolve a gestão por competências (ALLES, 2006a). Já as características pessoais fizeram parte da análise da motivação como um dos influenciadores da motivação. Posteriormente, examinaram-se as competências mais relacionadas com o conhecimento geográfico: domínio conceitual, autonomia e domínio da linguagem cartográfica.

5.1. MOTIVAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NAS OUTRAS COMPETÊNCIAS

Para analisar a motivação dos agentes de saúde da ESF e PSA teve-se como diretriz os fatores que influenciam a motivação segundo Angelini (1973), que seria a personalidade do indivíduo, as experiências passadas de cada um e os fatores ambientais.

5.1.1 PERSONALIDADE COMO INFLUENCIADORA DA MOTIVAÇÃO

O primeiro item colocado por Angelini (1973), quanto ao que influencia a motivação do agente de saúde, é a sua personalidade. De fato não foi possível fazer um estudo de personalidade dos agentes estudados uma vez que não se constitui o objetivo deste trabalho e que ele seria melhor viabilizado num estudo na área da psicologia. Contudo, um indício da personalidade dos agentes foi buscado a partir de suas

características pessoais e da classificação realizada pelos próprios agentes do seu perfil enquanto trabalhador.

a) Características pessoais:

Com relação às características pessoais, foram observadas aquelas que mais se destacam nos agentes de saúde com quem se teve contato mais próximo. Dessa forma, serão descritas sucintamente duas ACS: Larissa e Nâna; e dois ASAs: Germano e Severino Silva.

Larissa é vista como uma pessoa prestativa, habilidosa para trabalhar com o público, dinâmica e que tem amor por seu local de trabalho e moradia, assim como pelas pessoas e pelo serviço que exerce. Por sua vasta articulação com segmentos dentro e fora da comunidade, demonstra ter muita facilidade em fazer rede de amizades.

Nâna pareceu ter compromisso, ser confiável, organizada, competente, gostar do que faz, ser boa ouvinte, se preocupar com o bem-estar das crianças e ter paixão pelo trabalho com as crianças na comunidade.

Germano é observador, está sempre questionando o óbvio, é criativo. Uma pessoa humana e que gosta do que faz, tem uma boa interação com as pessoas (habilidade para trabalhar com o público), tem iniciativa, é extrovertido, faz um bom trabalho de campo e preocupa-se com a população em vários sentidos, dentre eles a vontade de que haja uma mudança de consciência ambiental.

Severino Silva tem como características fortes ser detalhista, paciente, curioso, respeitar ao próximo, ter auto-controle e frieza em situações difíceis, ter auto-confiança com o trabalho que realiza, tranqüilidade com o tempo para fazer as atividades e a indignação com o errado.

Ao observar essas características, em que elas contribuem para a motivação por determinadas tarefas? E quais dessas tarefas estariam relacionadas com outras competências?

Em uma leitura inicial, percebe-se que as agentes da ESF estão muito voltadas aos interesses da comunidade e de segmentos da mesma. Por conseqüência disso,

teriam muito mais facilidade de acesso à área de trabalho e às pessoas em si. O amor ao que fazem auxiliaria na motivação por atividades educativas junto à comunidade.

Já os agentes do PSA parecem estar mais envolvidos com a problemática da saúde coletiva, e essa preocupação com o coletivo talvez seja o propulsor de várias ações educativas que são desenvolvidas pelos mesmos, além do que pode ser a explicação de estarem persistindo com os moradores dos bairros de classes mais abastadas para que aceitem as recomendações do programa, ainda que as recusas sejam rotineiramente grosseiras e/ou defensivas.

Assim, se por um lado a vivência do cotidiano na comunidade através do acesso às suas singularidades pode levar as ACS a uma prática maior em termos de autonomia na formação de territórios ao se deslocarem; por outro lado, o fato dos agentes do PSA demonstrarem uma maior preocupação com a saúde coletiva evidencia uma tendência a um melhor domínio conceitual. Essas afirmações constituem uma primeira leitura que poderão ser confirmadas ou não no decorrer da análise. Por ora, voltemos às características.

O fato é que, para os agentes dos dois programas, as características podem ser observadas como marcantes e significativas quando são analisadas as ilustrações da vivência dessas características pelos agentes em situações no local de trabalho, conforme pode ser observado no quadro a seguir (quadro 18).

A partir do quadro 19 pode-se observar que os agentes da ESF parecem estar realizados com os problemas resolvidos no âmbito da comunidade, já os agentes do PSA parecem se realizar com as vitórias pessoais, com exceção do item A. Uma possível explicação para isso seria que o agente da ESF já possui intimidade com o morador enquanto o agente do PSA ainda não obteve um bom grau de intimidade, estando ainda em processo de conquista.

Observando-se a relação “característica – vivência”, percebe-se, por exemplo, que o dinamismo impulsionou os ACSs a formarem um grupo de discussão sobre drogas e seringas compartilhadas; já a persistência/ perseverança, no caso dos ASAs, fez com que os mesmos não desistissem de realizar uma palestra educativa, ainda que não tivesse sido disponibilizado material educativo e tivesse tido dificuldade de conseguir um horário compatível com facilidade. Nesses exemplos específicos as

características são diferenciadas, realizaram ações semelhantes e suas motivações foram também diferenciadas.

QUADRO 18
EXPERIÊNCIAS EM QUE AS CARACTERÍSTICAS PESSOAIS AJUDARAM NO DESEMPENHO DE ALGUMA ATIVIDADE NO TRABALHO

CARACTERÍSTICA/ RESULTADO	IDÉIAS CENTRAIS – AGENTES DA ESF
A. Luta contra as adversidades - mudança de comportamento dentro da família.	Um pai colocou o filho para fora de casa, por ele ser homossexual. Eu consegui fazer com que ele olhasse o filho como ele era: bom filho, cuidadoso com a família. Hoje ele está em casa, trabalhando e feliz com a família. Outro caso foi com o idoso que sofria maus tratos da família e que não tinha bom acesso à casa. Com o passar dos dias, vi que só visita não resolveria, pedi ajuda à equipe do PSF e DS até que fosse resolvido o caso. Hoje tenho acesso a essa família e bom relacionamento com a comunidade.
B. Sensível aos agravos da comunidade – condução do paciente a tratamento.	A paciente Maria não queria ir para o hospital, ela tem problemas mentais. Eu tive que ficar com ela até ela sair, disse que ela iria voltar logo. Ajudei no que pude e hoje ela está tomando os remédios.
C. Habilidade para trabalhar com o público, dinamismo e sensibilidade aos agravos da comunidade – Mudança de comportamento a partir de grupos específicos.	Existia um grande grupo de usuários de droga na comunidade, todos eram muito jovens e ninguém queria trabalhar com eles. Certo dia fui procurado por um membro deles, pedindo orientação de uso de camisinhas e seringas. Tentei ver com a equipe e elaboramos uma cartilha, foram xerocadas só para eles, mas infelizmente não gostaram e voltaram a me procurar. Tive a idéia de reuni-los na ONG e promover uma pipocada com filme, antes do filme tentei conversar um pouco sobre drogas e seringas compartilhadas, nesta tarde não houve filme, nem pipoca. Conversamos a tarde toda sobre doenças e relação familiar. Até hoje o grupo existe, não com os mesmos membros, mas com uma composição nova, sem usuários de droga.
D. Sensível aos agravos da comunidade, boa ouvinte – mudança de comportamento de um membro da família.	Certa manhã na visita domiciliar, deparei-me com D. Lurdes chorando desgostosa e aperreada. Ao entrar, percebi que ela não estava bem. Sentei e me dispus; passei duas horas ouvindo as queixas e lamentações. Havia perdido o marido há meses e os filhos e os netos agora dependiam dela. Endividada e quase sem saída ouvi muito mais do que falei, mas ao cabo da visita já estávamos sorrindo e tomando um cafezinho, isso marcou.
CARACTERÍSTICA/ RESULTADO	**IDÉIAS CENTRAIS – AGENTES DO PSA**
A. Facilidade de interação, criatividade e dedicação - Conseguiu ter mais intimidade com o morador.	Tenho facilidade de interação com os usuários (moradores), o que sempre facilita a minha entrada na casa. Além disso, formei grupos de idosos e adolescentes para realizar oficinas de reciclagem.
B. Paciência, respeito, gentileza e cordialidade - Conseguiu ter acesso ao domicílio.	A apresentação pessoal é a maneira adequada de tratar os diversos tipos de comunidade. O respeito, a gentileza e a cordialidade fazem com que, num segundo instante de visita aos imóveis a receptividade seja sempre melhor ao agente profissional no desempenho da função. Assim, fui conquistando a confiança, e hoje sou recebido.
C. Perseverança, criatividade, dedicação, responsabilidade - Conseguiu passar o conhecimento proposto pelo programa.	Após me dispor a dar uma palestra, eu me deparei com dificuldades em adquirir os materiais (folhetos, etc) e de fechar o horário com o responsável pelo local da palestra. Porém, não desanimei até cumprir com o que me dispus a fazer, mesmo mudando o local e elaborando cartazes à mão.

Fonte: Trabalho de campo realizado agosto de 2007. (Entrevista com grupo focal – resposta de 5 ACS e 5 ASAS)/ Organizado por PEREIRA, MPB (2007).

b) Perfil profissional na visão do próprio agente:

Com relação ao perfil do profissional agente de saúde, os próprios agentes categorizaram quais características interferem positivamente e negativamente no desenvolvimento de atividades. Vale salientar que a lista de características a que eles tiveram acesso foi elaborada pelos enfermeiros da ESF, supervisores do PSA, agentes entrevistados quando falaram de si mesmos e pela pesquisadora na observação participante. As características recorrentes serão apresentadas no quadro a seguir, de acordo com a ordem como foi disposto no painel elaborado por eles, o que pode demonstrar uma ordem de importância para os agentes de saúde (quadro 19).

Dentre as características consideradas como sendo positivas quinze foram apontadas tanto pelos agentes da ESF quanto do PSA, são elas: a) habilidoso para trabalhar com o público; b) respeita as pessoas; c) bem articulado; d) organização; e) auto-controle; f) responsabilidade; g) observador; h) coragem; i) criativo; j) iniciativa; k) meticulosidade/ cuidado/ zelo; l) interesse/ disposição/ dedicação e empenho; m) preocupação com a população e/ou área; n) faz um bom trabalho de campo e; o) paciência (quadro 20).

Já com relação às características tidas como negativas ou, pelo menos, questionáveis, apenas três foram concordantes entre os agentes dos dois programas: a) desestímulo/ revolta com as dificuldades; b) sensível aos agravos da comunidade/ se envolve emocionalmente/ e; c) indignação com o errado (quadro 20). Dentre essas características a letra ‘b’, “ser sensível aos agravos da comunidade/ Se envolve emocionalmente”, foi alvo de discussão devido os agentes da ESF considerarem que, apesar de ser uma característica negativa, é impossível não ocorrer. Já os agentes do PSA consideram essa característica como questionável e possível de ser evitada.

QUADRO 19

CARACTERÍSTICAS QUE INTERFEREM POSITIVAMENTE E NEGATIVAMENTE/ QUESTIONÁVEIS NO TRABALHO DOS AGENTES DA ESF E PSA, SEGUNDO OS PRÓPRIOS AGENTES DE SAÚDE

CARACTERÍSTICAS QUE INTERFEREM POSITIVAMENTE			CARACTERÍSTICAS QUESTIONÁVEIS	
ORDEM	**PSF**	**PSA**	**PSF**	**PSA**
1	***Habilidoso para trabalhar com o público***	***Faz um bom trabalho de campo***	***Desestímulo/ revolta com as dificuldades***	***Sensível ao agravo da comunidade/ se envolve emocionalmente***
2	Trabalha com amor/ gosta do que faz	***Iniciativa***	***Sensível ao agravo da comunidade/ se envolve emocionalmente***	Acolhedor/ receptivo/ é como uma mãe
3	Pessoa humana	***Respeita as pessoas***	***Indignação com o errado***	***Indignação com o errado***
4	***Respeita as pessoas***	***Habilidoso para trabalhar com o público***	Medo de acessar à área	Frieza em situações difíceis
5	***Bem articulado***	***Bem articulado***	Questiona o óbvio	***Desestímulo/ revolta com as dificuldades***
6	Participação	***Preocupação com a população e/ou área***	Perfeccionista	
7	pontualidade	***Organização***	Medo	
8	Assiduidade	***Interesse/ dedicação/ disposição/ empenho/ esforço***		
9	Inteligente	***Meticulosidade/ cuidado/ zelo***		
10	***Organização***	***Coragem***		
11	Tem disciplina	***Paciência***		
12	***Auto-controle***	***Observador***		
13	***Responsabilidade***	***Responsabilidade***		
14	Compromisso	***Criativo***		
15	***Observador***	***Auto-controle***		
16	Detalhista/ preocupado/ atento			
17	Luta contra as adversidades			
18	Frieza em situações difíceis			
19	***Coragem***			
20	***Criativo***			
21	***Iniciativa***			
22	***Meticulosidade/ cuidado/ zelo***			
23	***Interesse/ dedicação/ disposição/ empenho/ esforço***			
24	Desenvolvido			
25	Eficiente/ competente/ desempenha bem a função/ faz bem sua parte/ o trabalho é elogiado			
26	Cumpre bem a jornada de trabalho			
27	***Preocupação com a população e/ou área***			
28	***Faz um bom trabalho de campo***			
29	Eficiente como técnico			
30	Confiável			
31	Boa ouvinte			
32	***Paciência***			
33	Gentil			
34	Cordial			
35	Carinhoso/ afetivo			
36	Simpático/ bacana			
37	Compaixão/ misericórdia			
38	Acolhedor/ receptivo/ é como uma mãe			
39	Delicado			
40	Amigo			
41	Disponível/ prestativo/ atencioso			

Fonte: Trabalho de campo realizado em agosto de 2007 (Entrevista com grupo focal)/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

QUADRO 20
CARACTERÍSTICAS QUE INTERFEREM POSITIVAMENTE E NEGATIVAMENTE E SÃO COMUNS AOS DOIS PROGRAMAS POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA

CARACTERÍSTICAS QUE INTERFEREM POSITIVAMENTE			CARACTERÍSTICAS QUESTIONÁVEIS		
DESCRIÇÃO	POSIÇÃO		DESCRIÇÃO	POSIÇÃO	
	ESF	PSA		ESF	PSA
Habilidoso para trabalhar com o público	1	4	*Desestímulo/ revolta com as dificuldades*	1	5
Respeita as pessoas	4	3	*Sensível ao agravo da comunidade/ se envolve emocionalmente*	2	1
Bem articulado	5	5	*Indignação com o errado*	3	3
Organização	10	7			
Auto-controle	12	15			
Responsabilidade	13	13			
Observador	15	12			
Coragem	19	10			
Criativo	20	14			
Iniciativa	21	2			
Meticulosidade/ cuidado/ zelo	22	9			
Interesse/ dedicação/ disposição/ empenho/ esforço	23	8			
Preocupação com a população e/ou área	27	6			
Faz um bom trabalho de campo	28	1			
Paciência	32	11			
TOTAL DE CARACTERÍSTICAS APONTADAS	41	15	TOTAL DE CARACTERÍSTICAS APONTADAS	7	5

Fonte: Trabalho de campo realizado em agosto de 2007 (Entrevista com grupo focal)/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

Observando por esse prisma, percebe-se que todos os agentes de saúde estudados com maior profundidade se encaixam em, pelo menos, uma dessas características apontadas, estando, portanto, incluídos no parâmetro de qualidade dos próprios agentes de saúde. Também se observou que as características inerentes a esses agentes têm papel importante na realização de várias atividades relacionadas ao trabalho dos mesmos.

5.1.2 EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS COMO INFLUENCIADORAS DA MOTIVAÇÃO

Retornando aos fatores que influenciam na motivação, o segundo item apresentado por Angelini (1973) foi que as experiências passadas de cada um também devem ser consideradas. Dessa forma, foram trazidas as experiências obtidas pelos agentes de saúde antes de exercer a atividade atual, e porque resolveram fazer concurso para agente de saúde.

Quanto às experiências obtidas antes de exercer a função de agente de saúde, tanto os agentes da ESF quanto os agentes do PSA estavam exercendo cargos que em geral a remuneração era baixa, sendo o emprego formal ou informal. Contudo,

algumas dessas ocupações guardavam semelhanças com o trabalho de agente de saúde em algum aspecto.

No caso dos agentes da ESF, por exemplo, dentre os cargos exercidos foram evidentes ocupações como o trabalho com crianças na catequese, na pastoral da criança, como auxiliar de pesquisa de campo e como professora comunitária. Já com os agentes do PSA, destacaram-se ocupações como trabalhos educativos em comunidades pobres através de uma ONG, serviços como auxiliar de pesquisa de campo, estagiário enquanto técnico de saneamento e na área da biologia.

Foi possível observar que as experiências de trabalhos anteriores resguardaram semelhanças com o trabalho atual no sentido de terem um conteúdo próximo ao proposto pelo programa ao qual está vinculado, assim como a prática de contato com público com o qual se está trabalhando e com o manuseio de mapas.

Com relação à razão para querer prestar concurso para agente de saúde, as respostas dos agentes da ESF giraram em torno de: a) desemprego; b) experiência com trabalho semelhante e; c) afinidade com o trabalho como ACS. Já os agentes do PSA apresentaram as seguintes respostas: a) desemprego; b) necessidade de estabilidade e; c) afinidade com o trabalho como ASA (quadro 21).

5.1.3 FATORES AMBIENTAIS COMO INFLUENCIADORES DA MOTIVAÇÃO

O terceiro aspecto que influencia a motivação, de acordo com Angelini (1973), são os fatores ambientais. Assim sendo, foi realizada uma série de questionamentos aos agentes sobre o interesse deles fora do âmbito do trabalho (meios de comunicação e temas de importância), no ambiente de trabalho (o que impulsiona ao trabalho, assuntos comentados, temas fotografados e desenhados) e em uma situação dirigida (prioridade de resolução de problemas, temas que estiveram presentes nas estórias a partir das figuras mostradas).

QUADRO 21
RAZÃO APARENTE PARA PRESTAR CONCURSO

<table>
<tr><th>DESEMPREGO</th><th>EXPERIÊNCIA COM TRABALHO SEMELHANTE</th><th>AFINIDADE COM O TRABALHO COMO AGENTE</th><th>NECESSIDADE DE ESTABILIDADE</th></tr>
<tr><td>Na época que eu vim de São Paulo prá cá, eu não tinha emprego, o que tinha era esse (Nâna)</td><td>Quando fazia o trabalho na igreja, trabalho com criança de catequese, surgiu a oportunidade de ser agente de saúde (Larissa)</td><td rowspan="2">Acho que foi uma questão de oportunidade mesmo. Tinha o gosto de lidar com as pessoas, contornar arestas, é a parte que eu adoro, é a parte que eu tenho facilidade, mas não foi uma influência preponderante, pois se fosse uma coisa que eu tivesse aversão, talvez me impedisse, eu dissesse não, ainda que lidasse com o público. E no caso eu não tinha esse bloqueio, mas poderia ser outra área que lidasse também com o público (Germano)</td><td rowspan="2">A princípio, a facilidade que o emprego público dá, a questão da estabilidade, ainda que na época o concurso era temporário. Eu também estava um pouco cansado de trabalhar no comércio, estava entrando na faculdade e o horário que largava do comércio pra chegar na Faculdade era difícil. Pensei que o caminho era esse e pelo currículo que estava sendo exigido eu acreditava que tinha como fazer a prova, o tempo de estudar era pouco, mas eu consegui ingressar, graças à Deus (Lampião)</td></tr>
<tr><td>Na verdade, aqui no Recife a gente tá numa situação de desemprego muito grande. Abriu essa vaga pra concurso de agente de saúde ambiental, eu estava na EMLURB, mas era estágio, estava fazendo saneamento, tem a ver com a área, pelo menos motivou um pouco a voltar a estudar, aí eu fiz (Severino Silva)</td><td>Quando eu trabalhava como professora, quase que voluntária, eu fazia também em relação à saúde, com orientações, com visitas. Essa parte, dessa ligação e desse contato direto com o pessoal eu já tinha envolvimento na comunidade. Então eu me dispus a participar dessa seleção e graças à Deus consegui (ACS em ação)</td></tr>
<tr><td>Por condições financeiras, já tentei outra áreas, no entanto ainda estou como ACS (grupo de ACS da entrevista com grupo focal)</td><td>Já tinha contato com a comunidade, com o público (grupo de ACS da entrevista com grupo focal)</td><td>Sempre quis trabalhar com a comunidade para poder atuar de forma mais direta, além de gostar de crianças e de ajudar as pessoas (grupo de ACS da entrevista com grupo focal)</td><td rowspan="2">Era a primeira oportunidade como concursado, queria estabilidade (grupo de ASA da entrevista com grupo focal)</td></tr>
<tr><td>Estava desempregado (grupo de ASA da entrevista com grupo focal)</td><td>-</td><td>Por opção, gosto de trabalhar com o público, de servir ao público, de atuar junto à comunidade e desejava atuar na área (grupo de ASA da entrevista com grupo focal)</td></tr>
</table>

Fonte: Trabalho de campo realizado entre março e agosto de 2007 (Entrevista individual e com grupo focal)/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

a) Interesses dos agentes fora do âmbito do trabalho:

Com relação aos interesses fora do âmbito do trabalho o desafio proposto foi saber o que interessa ao agente a partir do acesso a alguns meios de comunicação como jornal, revista, livro, televisão, internet e rádio[17].

Considerando os meios de comunicação mais acessados, tanto os agentes da ESF quanto do PSA utilizam todos os meios de comunicação mencionados de maneira equilibrada, com exceção da TV e da internet. A TV, porque todos os agentes utilizam-na com uma freqüência mais alta do que os outros meios de comunicação, e com relação à internet porque a utilizam com uma freqüência bem inferior aos outros meios. O que motiva esses agentes a buscar informações, principalmente na televisão,

[17] O rádio foi incluído apenas na parte da entrevista com grupo focal, realizada com 11 dos 16 agentes de saúde estudados.

seria a facilidade de acesso? Seria o tipo de informação? Diante dessa situação, que tipo de informação eles passam a ter a partir da utilização da TV como fonte de informações?

Uma das razões que explica a motivação da utilização da televisão é que o acesso a outros meios, como jornal, livro, revista e internet ainda se apresenta com um custo elevado para a realidade financeira desses agentes ou, como é o caso específico da internet, o fato da necessidade de aprender e a utilizá-lo (quadro 22).

QUADRO 22
RAZÕES DO NÃO ACESSO OU DO ACESSO LIMITADO À JORNAL, REVISTA, LIVRO E INTERNET

ACESSO À JORNAL E REVISTAS EM GERAL	ACESSO À LIVROS	INTERNET
Não compro, o dinheiro não dá nem pra comprar, nem jornal, nem revista, fica difícil (ACS em ação).	Às vezes eu pego alguns livros emprestados (ACS em ação).	Tenho muito pouco acesso, mas na medida do possível eu tenho consultado. O tempo é muito pouco, eu não tenho acesso à internet em casa, então só quando eu estou aqui no trabalho com os meninos é que consigo. Não dá muito tempo (Lampião).
	Livros, eu não leio muito, até porque não se compra livros (Germano).	Eu tenho, mas não manipulo. Quem mexe são meus filhos (Germano).

Fonte: Trabalho de campo realizado entre março e agosto de 2007 (Entrevista individual)/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

Devido à predominante utilização da TV, observou-se o tipo de informação acessada por este meio de comunicação. As respostas dos ACS giraram em torno de: política, telejornais, filmes e telenovelas. Já os ASAs interessam-se por programas relacionados à qualidade de vida, história geral, documentários, telejornais, telenovelas, musicais, filmes e desenho animado.

Quando se confronta essas programações, no caso dos ACS, percebe-se que nenhum dos temas mais citados faz parte do que mais interessa aos agentes, os temas mais freqüentes entre os ACS foram: temas gerais e atualidades (presente em quatro dos seis meios de comunicação) e religião (presente em três dos seis meios de comunicação). Contudo, pode-se ponderar que esses temas estão inclusos também na TV de alguma maneira, pois, por exemplo, quando se assiste ao telejornal também se entra em contato com os temas gerais e atualidades.

No que diz respeito aos ASAs, pelo menos o tema qualidade de vida está entre os temas mais freqüentemente procurados pelos agentes. No caso, os temas mais

recorrentes foram: qualidade de vida (presente em 6 dos 6 meios de comunicação apresentados), saúde (presente em 5 dos 6 meios de comunicação) e educação (presente em 4 dos 6 meios de comunicação).

Deduz-se que os agentes da ESF utilizam a televisão, principalmente, para entretenimento. Entretanto, os agentes do PSA demonstram querer utilizá-la tanto para entretenimento quanto para estar melhor informado sobre as questões atuais.

Outra observação é com relação a que a maioria das informações procuradas não é proveniente da televisão, apesar de ser a mais utilizada, dessa forma o acesso à informação parece estar deficiente fora do âmbito do trabalho.

Outro ponto importante a ser observado diz respeito à qualidade da informação a que se está tendo acesso via televisão. Uma informação que, geralmente, está fora de sua área de atuação no trabalho, na maioria das vezes em escalas geográficas muito distantes da escala da comunidade ou do bairro e aí vem mais um questionamento: essas informações estão, pelo menos, sendo úteis no âmbito da vida, enquanto pessoa? E em que essas informações estão servindo de fato para que ele, o sujeito agente de saúde, pense sua realidade de trabalho e possa promover atitudes que melhorem a qualidade do trabalho e das condições do ambiente e da saúde da população atendida?

b) Interesses dos agentes no âmbito do trabalho:

Ainda relacionado aos fatores ambientais também foi considerado importante saber quais os temas recorrentes no âmbito do trabalho (quadro 23). Inicialmente foi observado por questão e por agente as semelhanças, e depois a observação foi realizada entre as questões.

Um dos primeiros questionamentos foi a respeito do que impulsiona o agente ao trabalho. Percebeu-se que a necessidade de emprego e a preocupação em melhorar a qualidade de vida da comunidade são temas impulsionadores dos agentes das duas políticas.

QUADRO 23
TEMAS RECORRENTES NO ÂMBITO DO TRABALHO

ITEM	AGENTES DA ESF	AGENTES DO PSA
FATORES QUE IMPULSIONAM AO TRABALHO	a) ter controle do território; b) melhorar a qualidade de vida da comunidade; c) compaixão com os mais frágeis; d) necessidade de emprego.	a) necessidade de emprego; b) melhorar a qualidade de vida da comunidade; c) aprofundar conhecimento; d) preocupação com a saúde coletiva; e) afinidade com o trabalho.
ASSUNTOS FALADOS	a) ações para beneficiar a estrutura física da unidade; b) a comunidade; c) sobre a autonomia do agente de saúde; d) dificuldade de aceitar o novo; e) situações de risco; f) situação que interfere positivamente na saúde; g) críticas às regras impostas, a comportamentos inadequados e às ações políticas; h) ações cotidianas do agente de saúde; i) opinião sobre a capacitação.	a) opiniões e experiências pessoais; b) a comunidade; c) sobre a autonomia do agente de saúde; d) críticas na relação ESF/ PSA, às regras impostas e às ações dos moradores; e) opinião sobre a capacitação; f) situações de risco; g) situações que interferem positivamente na saúde; h) ações cotidianas do agente de saúde.
TEMAS FOTOGRAFADOS	a) lixo; b) local com possibilidade de contato com vetores; c) transtorno mental e risco à saúde da família.	a) infra-estrutura; b) lixo; c) esgoto; d) fauna e flora em situação de risco; e) relevo e risco; f) ação educativa que surtiu efeito; g) paisagem – vista aérea; h) qualidade da água
TEMAS PRESENTES NO MAPA MENTAL	a) saneamento ambiental; b) delimitação territorial; c) elementos da natureza e ações nesse ambiente; d) uso do solo.	a) saneamento ambiental; b) infra-estrutura; c) elementos da natureza; d) uso do solo.

Fonte: Trabalho de campo realizado entre março e abril de 2007 (Observação participante, registro fotográfico e elaboração de mapas mentais)/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

O segundo questionamento foi com relação aos assuntos mais discutidos durante o trabalho de campo com os agentes. Neste caso os temas abordados foram muito próximos. Com relação à comunidade, evidenciou-se sua própria dinâmica, situações de risco, assim como situações que interferem positivamente na saúde. Já com relação ao trabalho, mencionaram sobre o grau de autonomia que o agente de saúde possui, críticas às regras impostas, a comportamentos inadequados, às ações políticas e na relação ESF/PSA, ações cotidianas do agente de saúde e a opinião sobre capacitação.

Com relação às temáticas registradas em foto, apenas o tema lixo emergiu nas fotos dos agentes dos dois programas. Já com relação ao mapa mental percebe-se que tanto os agentes da ESF quanto do PSA desenharam todos os temas observados no conjunto dos mapas, ou seja, elementos relacionados ao saneamento ambiental, à delimitação territorial, aos elementos da natureza e ações nesse ambiente, assim como ao uso do solo. Contudo, quando se trata dos agentes do PSA, apenas um agente

desenhou um mapa livremente utilizando elementos que se enquadram em todos os temas.

Com relação aos temas que emergem quando se trata do conjunto das atividades propostas aos agentes tem-se: a) graus de autonomia (controle sobre o território, discussão sobre a autonomia do agente de saúde, críticas em geral, infra-estrutura, uso do solo, localização dos elementos da natureza, busca pela melhoria da qualidade de vida da comunidade, discussão sobre a problemática da comunidade); b) opiniões ou temas pessoais (necessidade de emprego, necessidade de aprofundar conhecimento, afinidade com o trabalho, opiniões e experiências da vida pessoal, dificuldade de aceitar o novo, contemplação da paisagem, compaixão com os mais frágeis, ações para beneficiar a estrutura física da unidade); c) questões disciplinares (preocupação com a saúde coletiva; ações cotidianas dos agentes); d) situações que interferem na saúde (situações de risco, local com possibilidade de contato com vetores, transtorno mental e risco à saúde da família, saneamento ambiental, lixo, esgoto, qualidade da água, fauna e flora em situação de risco, relevo e risco, situação que interfere positivamente na saúde); e) relação ensino-aprendizagem (opinião sobre a capacitação e ação educativa que surtiu efeito).

c) Interesses dos agentes em uma situação dirigida:

Voltando à questão dos fatores ambientais como terceiro influenciador da motivação humana, considerou-se também o interesse dos agentes em uma situação dirigida de trabalho no âmbito das atividades da entrevista com grupo focal. As atividades consideradas objetivavam observar a prioridade na resolução de problemas, quais as razões na ordem de resolução dos problemas e quais os temas presentes nas estórias criadas a partir de figuras.

Com relação à prioridade na resolução de problemas foi entregue ao grupo de ACS e ASA uma lista de situações a serem resolvidas em ordem de prioridade (quadro 24) e depois foi pedido aos grupos que explicassem as razões para terem escolhido determinada ordem.

Os agentes da ESF responderam que as razões para a resolução dos problemas nessa ordem estiveram relacionadas a reconhecer o problema, logo após, obedecendo a

hierarquia, passar o problema para o gerente de território, e só depois dessa ação entrar em contato com os outros segmentos.

Já os agentes do PSA explicaram que inicialmente buscam reconhecer o problema, em seguida organizam as prioridades para poder realizar uma reunião com a liderança e a comunidade e consolidar propostas, e depois desta ação conjunta apresentar um projeto de ação consolidado junto ao gerente de território e ONGs.

Uma possível explicação para estas ordens de prioridade é a atenção que a Gerência de Território[18] fornece à ESF e a desconsideração dada ao PSA, que, por conseqüência, age sem priorizar essa hierarquia dentro do serviço público municipal. Outra razão seria o fato de o ASA se sentir mais autônomo para decidir junto à comunidade o que fazer, e buscar apenas apoio nos órgãos competentes.

QUADRO 24
SITUAÇÕES A SEREM RESOLVIDAS POR ORDEM DE PRIORIDADE

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	PRIORIDADE	
	ESF	PSA
1. Na comunidade em que trabalho há muitos problemas a resolver, desta forma tenho que estar sempre atento à possibilidade de conseguir algum benefício para o coletivo. Fiquei sabendo que ontem veio uma ONG famosa aqui na comunidade, vou entrar em contato com o pessoal da ONG hoje para ver se conseguimos formar uma boa parceria e conseguir benefícios para esse local.	**6**	**6**
2. Enquanto representante do serviço de saúde na comunidade, sinto que minha responsabilidade é grande, por isso hoje vou reorganizar as prioridades para atender ainda melhor a comunidade. Sei que faço tudo muito bem, mas quero fazer ainda melhor.	**5**	**2**
3. Hoje precisamos nos reunir para elaborar uma programação que possa juntar as pessoas que estão sendo atendidas pelo programa para mostrar o nosso trabalho e buscar sensibilizar a população de que essas ações são importantes para a saúde de cada um.	**3**	**4**
4. Percebo que há muitos moradores que não querem receber nem as visitas e muito menos as orientações dos agentes de saúde. Fico muito preocupado com isso porque quero que as pessoas tenham acesso a essa informação que é importante para a vida deles. Hoje mesmo vou começar a elaborar uma estratégia de aproximar essas pessoas das idéias que nós do serviço do saúde estamos tentando passar para eles.	**1**	**1**
5. Amanhã o gerente de território da minha área vem aqui para nos escutar. Hoje tenho que me articular com o pessoal da associação, da igreja e do outro programa de saúde que também atua na comunidade para ver se conseguimos fazer uma lista de coisas que precisamos para melhorar as condições de saúde da comunidade, quem sabe se, juntando todo mundo, as coisas ficam mais fáceis de serem resolvidas.	**2**	**5**
6. Hoje pretendo me reunir com a liderança local para buscar mostrar para eles a importância da divulgação do nosso trabalho para a melhoria das condições de saúde de todos.	**4**	**3**

Fonte: Trabalho de campo realizado em Agosto de 2007 (Entrevista com grupo focal)/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008)

Com relação aos temas presentes nas estórias criadas a partir de figuras, é importante salientar que as figuras ficaram expostas pelo período de um minuto para

[18] Gerência de território: segundo informações de funcionários dos distritos, desde 2007 é que foi implantado de fato no organograma do Distrito Sanitário o cargo de gerente de território. O Distrito Sanitário é dividido em três mesoregiões e estas ficam a cargo de três gerentes de territórios. Eles são responsáveis pela intersetorialidade entre os programas, instituições e devem estar prontos a resolver os problemas mais urgentes de seu território de ação. Juntos, eles ocupam o segundo cargo de maior importância dentro do Distrito.

cada agente, e foi pedido que os mesmos elaborassem uma composição, com o que lhes viesse à mente (figuras A - D).

A figura A representava uma ACS fazendo uma visita domiciliar, no qual enquanto estava sentada, preencheu o cartão da criança. A figura B era de um ASA quando estava verificando indício de larva do mosquito *Aedes Aegipty* em um tonel que estava com resto de tinta. A tinta estava no fundo e a água na superfície, na qual percebeu que de fato havia larvas do mosquito Aedes Aegypti. A figura C foi de um outro ASA que estava visitando um lote no qual estava sendo construído um prédio e o mesmo estava passando para os vários funcionários algumas maneiras de evitar que tanto o mosquito Aedes Aegipty como outros possam encontrar situação ideal para procriar. A figura D é referente a uma passeata em comemoração ao "Dia da água", realizada no dia 22 de março de 2007 no centro da cidade do Recife da qual participaram agentes da saúde da ESF e do PSA. Com relação à interpretação dessas figuras, os agentes pensaram em temas variados, como se pode ver no quadro 25.

Percebe-se que além de situações de trabalho do agente de saúde (visita domiciliar, situações vivenciadas no trabalho, trabalho do ASA, trabalho em equipe e educação em saúde), essas figuras também remetem a sentimentos (estado de espírito, dificuldades na vida, desejos), condições de vida (trabalho do catador, miserabilidade, situação de risco à saúde), situação que interfere positivamente na saúde (descanso após dia de trabalho) e à reivindicação de direitos (para o trabalhador e para o ser humano em geral).

Essas duas situações dirigidas (estórias e figuras) refletem um pouco a realidade de trabalho dos agentes no sentido em que buscaram situações o mais próximas da realidade possível.

E por ora, como resultados tem-se que a falta da presença mais constante da gerência de território no cotidiano de trabalho do ASA tem refletido em uma não consideração de seu poder de coordenação. Já as composições feitas a partir da figura mostraram, além do trabalho, situações que permeiam sua realidade de trabalho, as condições de vida ruins e os sentimentos de esperança a ela inerentes, assim como as condições de trabalho que remetem à luta por melhorias.

A. Agente de saúde no ambiente de trabalho.
Data: Março de 2007.
Foto: PEREIRA, MPB.

B. Agente de saúde no ambiente de trabalho.
Data: Abril de 2007.
Foto: PEREIRA, MPB.

C. Agente de saúde no ambiente de trabalho.
Data: Abril de 2007.
Foto: PEREIRA, MPB.

D. Agente de saúde em atividade externa.
Data: Março de 2007.
Foto: PEREIRA, MPB.

QUADRO 25

FIGURAS DA TAREFA INDIVIDUAL SOBRE A MOTIVAÇÃO

FIGURA A			
COMPOSIÇÃO DOS AGENTES DA ESF		**COMPOSIÇÃO DOS AGENTES DO PSA**	
A. Visita domiciliar	Sentada no chão durante uma visita domiciliar, é uma ACS escrevendo, mapeando uma área ou vendo o cartão de vacina da criança, enfim, trabalhando.	*A. Situações vivenciadas no trabalho*	"Uma mulher que lê não é apenas uma mulher que lê: é uma mulher que pensa". Vejo uma ACS no trabalho preenchendo fichas. Porém, esta imagem me fez relembrar um fato quando já muito cansado e meio febril e com bastante chuva sentei-me embaixo de uma árvore e tentei me proteger da chuva e aproveitei para preencher o boletim.
B. Estado de espírito	A pessoa está num momento de solidão, esforço e vontade de viver, independente das condições.	*B. Dificuldades na vida*	"Por trás de cada criança abandonada há vários adultos", como exemplo podemos citar a criança estudando numa cadeira nada confortável.
-	-	*C. Desejos*	Observando e anotando em uma prancheta tudo de bom que gostaria que fosse realidade.
FIGURA B			
COMPOSIÇÃO DOS AGENTES DA ESF		**COMPOSIÇÃO DOS AGENTES DO PSA**	
A. Trabalho do ASA	Vigilância: é um ASA olhando um tonel com larvas do mosquito da dengue, fazendo busca ativa, está com o olhar voltado para identificar focos da dengue. Ele está fazendo inspeção no domicílio, dando todas as orientações ao morador no combate a dengue.	*A. Trabalho*	"O amor ao trabalho é o que dignifica o homem." Examinar com cuidado é necessário para o agente de saúde, procurando larva em tonel abandonado, pois lá poderia ser um criadouro e o mesmo tenta sanar o que poderia ser um mal maior. Mas isso também lembra um colega AOA (já meio cansado de guerra) com bastante idade, deveria estar em casa ou em atividades de recreação. Caiu dentro de um tanque no momento que foi verificar as larvas e tratar o ambiente com larvicida biológico. Nada muito grave. Voltou pra casa todo molhado e ganhou o dia.
B. Trabalho do catador	Catadores que sobrevivem catando lixo para reciclagem, deveria estar devidamente equipado, luvas, máscaras, etc....	*B. Miserabilidade*	Ver alguém fuçando o lixo como um cão sem dono é perceber que a pessoa chegou ao fundo do poço, é como se ela tivesse chegado a óbito.
FIGURA C			
COMPOSIÇÃO DOS AGENTES DA ESF		**COMPOSIÇÃO DOS AGENTES DO PSA**	
A. Trabalho do ASA	É um ASA visitando uma obra de construção.	*A. Descanso*	Final de operação. Nós, ASAS, nos reunimos no terreno de D. Rosinha e chupamos bastante mangas oferecida pela mesma.
B. Trabalho em equipe	Fez-me lembrar dos mutirões realizados contra dengue, tuberculose, filariose quando nos reunimos para combater as epidemias. Porém poderia ser um grupo de trabalhadores em saúde se reunindo, tentando resolver vários problemas da comunidade, promovendo saúde ou, para mobilizar a todos da comunidade, poderia ser uma reunião entre ACS e ASA na busca de soluções para a nossa comunidade, que está com casos de dengue.	*B. Educação em saúde*	Com diálogo se consegue milagres. Na figura tem-se ASA instruindo os funcionários de uma obra, um agente orientando pessoas sobre o mosquito transmissor da dengue e como combatê-lo.
-	-	*C. Trabalho em equipe*	Ver o homem trabalhando é vê-lo com vida novamente. O trabalho de equipe incorpora valores.

QUADRO 25 (CONT.)
FIGURAS DA TAREFA INDIVIDUAL SOBRE A MOTIVAÇÃO

FIGURA D			
COMPOSIÇÃO DOS AGENTES DA ESF		**COMPOSIÇÃO DOS AGENTES DO PSA**	
A. Reivindicação de direitos	ACSs e ASAs lutando por seus direitos seja através de uma passeata de agentes em greve ou num momento onde todos se unem em prol da efetivação e reivindicação pelos direitos garantidos, fazendo valer e garantir a continuidade de um trabalho sério voltado para a população	*A. Reivindicação de direitos*	Pessoas em passeata para reivindicar seus direitos em alguma coisa ou causa, talvez a respeito da efetivação como a passeata pela Conde da Boa Vista. Com mobilização podemos alterar uma realidade cruel. A união faz a força!
B. Educação em saúde	Este é o melhor local para divulgar e panfletar sobre várias informações promovendo saúde para população.	*B. Educação em saúde*	Dia da água. As pessoas carecem de mais informações.
C. Situação de risco à saúde	É um local onde pode haver uma contaminação de várias doenças contagiosas.	*C. Reivindicação de direitos para o ser humano*	As pessoas carecem de mais verdade por parte dos órgãos públicos, muito mais que isso, o homem encontra-se perdendo a crença e a fé no ser humano. Tomara que ao menos o planeta resista.

Fonte: Trabalho de campo realizado em agosto de 2007 (Entrevista com grupo focal)/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

5.2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS ENQUANTO AGENTE DE SAÚDE

O agente de saúde em seu trabalho diário (seja na ESF ou no PSA) passa por situações que os fazem aprender continuamente. Daí esses espaços serem ditos educativos e, por conseqüência, estarem desenvolvendo-se competências e habilidades.

Dentre as competências e habilidades desenvolvidas pelos agentes de saúde, que foram observadas, algumas têm relação mais próxima com o conhecimento geográfico, são elas: **domínio conceitual**, **autonomia** e **domínio da linguagem cartográfica**.

Para viabilizar a sistematização dos resultados, organizou-se esse item a partir das competências desenvolvidas no ambiente de trabalho e das competências demonstradas a partir de uma situação dirigida.

5.2.1 COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE DE TRABALHO

Para demonstrar como o agente de saúde expressa suas competências e habilidades sociais, optou-se por apresentar uma síntese de suas atividades no campo. Com relação ao domínio conceitual, foram analisados os elementos visualizados na paisagem pelo agente de saúde no campo a partir de várias escalas geográficas. No que diz respeito à autonomia foram trabalhados os temas em que houve, por parte do agente de saúde, alguma atitude para melhorar as condições de vida ou de saúde dos

moradores. Já com relação ao domínio da linguagem cartográfica, esta foi observada a partir do discurso sobre a elaboração, manuseio e a representação, neste caso específico para o grau de conhecimento técnico sobre a elaboração de mapas, pois a parte subjetiva do domínio da linguagem cartográfica foi incluída na análise das outras competências.

a) Desenvolvimento do conhecimento no ambiente de trabalho:

Como já apresentado no capítulo dois, a percepção de elementos que possam interferir no processo saúde-doença é propiciada pela consciência do agente de saúde e quanto maior essa consciência, maior a capacidade de perceber elementos que possam trazer benefícios ou malefícios aos moradores. Dessa forma, o domínio conceitual está estreitamente relacionado à percepção da paisagem.

O domínio conceitual do agente de saúde foi investigado através de sua expressão sobre a área de trabalho (entrevistas, registro fotográfico e mapa mental) e da observação de suas atitudes (seja com a equipe, com o morador ou com o próprio ambiente). O resultado dessas informações foi expresso em uma paisagem construída por esse agente de saúde.

Diante disso, foi necessário estabelecer os parâmetros de análise desta paisagem. Assim sendo, inicialmente foram realizadas algumas leituras sobre autores que analisaram pelo menos três tipos de paisagens na prática.

O primeiro enfoque está relacionado à paisagem que evidencia a relação homem natureza. Este têm como pontos comuns a inclusão da paisagem natural e antrópica e a busca por uma geografia aplicada, sendo a primeira (BOULLÓN, 2002) dirigida ao planejamento da implantação de uma atividade turística e a segunda (PLA Y VILAS, 1992) voltada para corrigir impactos antrópicos sobre a natureza.

O primeiro analisou uma paisagem no qual a estética parece ser o mais importante, o segundo texto (PLA Y VILAS, 1992) propôs demonstrar os dados e possibilidades de amenizar danos ambientais. Os dois autores elegeram problemáticas, elementos a serem analisados e escolheram os métodos de análise. No caso de Boullón (2002) seria através de critérios, já Pla y Vilas (1992) utilizaram uma metodologia que inclui etapas de observação e coleta de material para ser analisada em laboratório.

O segundo enfoque está relacionado à paisagem estabelecida como fruto da ação humana. Foram resgatados quatro trabalhos que buscaram mostrar a paisagem modificada pelo homem a partir de sua funcionalidade urbana e/ou rural. Para este tipo de paisagem, foram lidos Monbeig (2005), Landim (2004), Bittencourt (2004) e Niemeyer (2004). Estes textos buscaram observar elementos na paisagem que tivessem referência aos seguintes temas: mudanças agrárias como resultado do trabalho, processo de trabalho e vida, resultados da inserção do trabalhador na produção geral da cidade através do tipo de moradia e conseqüências do planejamento urbano municipal e/ou de investidores. São temas que relacionam diretamente o indivíduo ao trabalho e as conseqüências dessa inserção para a qualidade de vida do trabalhador, demonstrada a partir da forma de moradia e da acessibilidade a locais ou serviços do município.

A forma como esses autores analisaram a paisagem foi diferenciada. Enquanto Monbeig (2005) e Niemeyer (2004) analisaram a paisagem a partir de temas, Bitencourt (2004) e Landim (2004), apesar de também tratarem de temas, preferiram apresentar seus trabalhos a partir de uma série de procedimentos.

O terceiro enfoque diz respeito à paisagem de risco, isto é, uma paisagem decorrente do medo da doença, da conseqüência da ação humana e do que é percebido no dia-a-dia. Foram observados três trabalhos: o de Tuan (2005), de Pavlovsky (196-) e da OPAS (2005).

Percebeu-se que em Pavlovsky (196-) há uma maior preocupação com o ambiente natural que foi modificado pelo homem e sua relação direta com o aparecimento de vetores. Os outros (TUAN, 2005 e OPAS, 2005), mais recentes, não se preocuparam com a paisagem natural modificada, pois isso parece ser algo superado, entretanto preocuparam-se com eventos naturais ou da conseqüência da ação humana que possam interferir no cotidiano.

Com relação aos mecanismos de análise, Pavlovsky (196-) trabalhou com coleta de amostras na paisagem, Tuan (2005) aborda uma série de etapas que tem por meta aprofundar o máximo possível as características da paisagem do medo da doença; e quanto a OPAS (2005), este também lida com etapas, porém, tem por objetivo encontrar uma solução do problema de determinada paisagem.

A partir dessas leituras ficou esclarecido que o entendimento da paisagem, independente do enfoque observado, é fruto de uma série de procedimentos que, para esta análise, resume-se: na observação de uma problemática, na determinação do que vai ser analisado, na identificação dos elementos necessários a serem analisados para atender ao objetivo do que é necessário ser observado, na escolha dos métodos de análise desta paisagem, na análise da paisagem e, por fim, na apresentação dos resultados. Diante deste contexto, foi possível estabelecer os parâmetros para se analisar a paisagem a partir do domínio conceitual dos agentes demonstrados no momento do trabalho em campo.

Percebe-se de imediato que teríamos dois tipos de paisagem a serem analisadas, a paisagem da promoção à saúde e a paisagem do risco. Para iniciar esse raciocínio faz-se necessário explicar como estão sendo entendidos os conceitos de promoção da saúde e risco.

Tendo por base a discussão de Buss (2003), nesta pesquisa a promoção da saúde é entendida como uma racionalização de possibilidades ou atitudes concretas que visam tanto a possibilidade de mudança de comportamentos individuais, quanto do ambiente em que o indivíduo vivencia, tendo como foco a melhoria das condições de saúde dos mesmos.

Já o risco será entendido como sendo uma construção social em que uma pessoa ou grupo percebe um perigo possível, que pode ser previsível a depender de ocorrências anteriores ou de um conjunto de fatores que indiquem uma possibilidade de ocorrência de um perigo (VEYRET & RICHEMONT, 2007).

Nesta pesquisa, a pessoa que percebeu os elementos na paisagem foi o agente de saúde dos programas ESF e PSA. Logo após, definiu-se que a paisagem deveria considerar a relação homem-natureza, a ação humana e o do processo saúde-doença.

No que diz respeito à relação homem-natureza, o ser humano pode interagir com o ambiente natural sem degradá-lo ou ocupar de forma desordenada espaços que eram de domínio de determinadas espécies animais, e aquelas que se adaptaram passaram a ser um risco à saúde humana, como a barata, o escorpião e o rato.

A ação humana é entendida como ações no ambiente que podem culminar no surgimento de fatores e elementos capazes de trazer benefícios ou malefícios à saúde humana.

Já o processo saúde-doença seria o resultado da relação homem-natureza e ação humana no ambiente atual, que pode gerar uma paisagem da promoção da saúde ou uma paisagem do risco.

Dessa forma, os elementos a serem buscados são quaisquer um que possa interferir no processo saúde-doença do morador da localidade em que o agente de saúde trabalha, seja ele um elemento vivo (presença de vetores), inanimado (objetos que possam se configurar como elementos que interferem na qualidade da saúde do ser humano) ou fruto das relações humanas (decorrente das ações que podem interferir na saúde do morador).

A identificação dos elementos necessários para análise foi obtida através de um conjunto de procedimentos que incluíram entrevista, registro fotográfico, elaboração de mapa mental, observação participante e acompanhamento do percurso do agente de saúde em seu ambiente de trabalho.

Os mecanismos de análise desta paisagem estiveram relacionados ao esforço de determinar que tipos de elementos são mais visualizados, em que nível escalar eles são mais observados e que tipo de domínio conceitual está sendo demonstrado por esses agentes de saúde. Os resultados foram organizados em forma de mapas, fotos e quadros, conforme a necessidade de expressar melhor determinada idéia.

Inicialmente buscou-se a paisagem da promoção da saúde. Os elementos identificados pelos agentes de saúde como relacionados à possibilidade ou já como resultado de uma mudança de comportamentos individuais ou relacionados ao ambiente estiveram evidenciados no uso do solo, saneamento e nas ações articuladas entre a equipe e a localidade (quadro 26).

QUADRO 26

NÍVEIS ESCALARES DE PERCEPÇÃO DA PAISAGEM DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS ÁREAS ATENDIDAS POR PARTE DOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF E PSA NA CIDADE DO RECIFE - PE

NÍVEL REGIONAL			
TEMA	**N**	**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE BENEFÍCIO**
Uso do solo	1	Terreno baldio sem lixo com árvore que faz sombra. Várias pessoas reunidas conversando e cantando.	Ambiente propício à reunião de pessoas, ambiente tranqüilo para permanecer.
NÍVEL DA ÁREA DE TRABALHO			
TEMA	**N**	**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE BENEFÍCIO**
Saneamento	2	Ruas limpas	Não obstrui a boca de lobo, nem o esgotamento pluvial.
	3	Ausência de garrafas pet perto das palafitas	Diminuição da possibilidade de criadouro de animais peçonhentos. Não acumula água que seria potencial criadouro de mosquitos.
Uso do solo	4	Praça construída pela EMLURB às margens do rio Capibaribe;	Ambiente propício à reunião de pessoas, ambiente tranqüilo para permanecer.
	5	Utilização de um espaço para treinamento de um time de futebol na comunidade	Ação para afastar as crianças das drogas e aproximar de um esporte, e talvez, profissão.
	6	Espaços religiosos	Tendo por base a propiciação da esperança e da ação comunitária que se inicia muitas vezes através desses espaços.

NÍVEL PERIDOMICILIAR			
TEMA	**N**	**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE BENEFÍCIO**
Saneamento	7	Piscina com uso do cloro periodicamente; Casa da bomba da piscina sempre limpa (sem acúmulo de água)	Não há proliferação de mosquitos
	8	Sacos com garrafas pet em local coberto	Diminuição da possibilidade de criadouro de animais peçonhentos. Não acumula água que seria potencial criadouro de mosquitos.
	9	Muro de arrimo na área inclinada entre as moradias (em cima da barreira) e o prédio (em baixo).	Diminuição da preocupação com queda de barreira, menos possibilidade de jogar lixo ou de despejar esgoto nessa área.
	10	Pneus cobertos; retirada das tampas de garrafas pet e corte do fundo da garrafa	Menos possibilidade de acúmulo de água e servir de criadouro de mosquito.
	11	Quintal limpo e garrafas com a abertura para baixo.	Não acumula água nem se torna criadouro de mosquito.

NÍVEL DOMICILIAR/ ESTABELECIMENTO (COMERCIAL OU INDUSTRIAL)			
TEMA	**N**	**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE BENEFÍCIO**
Saneamento	12	Reservatórios de água que são limpos periodicamente; caixa d'água que está sendo limpa periodicamente e de acordo com o recomendado; caixa d'água que mesmo sem uso está sendo colocado cloro periodicamente; tonéis limpos, reservatórios de água limpos	Água com menos risco de contaminação.
	13	Utilização do filtro d'água	Ter água potável e tratada para beber.
	14	Elevação do piso.	Diminui a possibilidade de entrar água na residência.
Ações articuladas entre a equipe e a localidade	15	Reunião com grupo de mulheres na USF.	Possibilidade de discutir problemas inerentes a cada grupo
	16	Criação de uma biblioteca para os usuários da USF, na própria unidade.	Difusão do conhecimento
Uso do solo	17	Local em que se reúnem crianças de 3 à 12 anos e adultos inseridos no Clube de Mães da Madalena, PETI e alfabetização de adultos	Reforço no aprendizado, na alimentação, possibilidade de inclusão social.

QUADRO 26 (CONT)
NÍVEIS ESCALARES DE PERCEPÇÃO DA PAISAGEM DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS ÁREAS ATENDIDAS POR PARTE DOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF E PSA NA CIDADE DO RECIFE - PE

NÍVEL DO CORPO			
TEMA	**N**	**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE BENEFÍCIO**
Relação dentro da equipe e entre a equipe e o usuário.	18	Reunião com grupo de idosos/ hiperdia;	Possibilidade de discutir problemas inerentes à faixa etária, principalmente doenças.

Fonte: Trabalho de campo realizado entre março e agosto de 2007. Organizado por PEREIRA, MPB. (2008)

Ao observar os elementos apontados pelos agentes como relacionados à promoção da saúde, observa-se que algumas ações têm como motivação a prevenção de doenças e outras visam o bem-estar geral. De acordo com Czeresnia (2003), a prevenção está vinculada a ações capazes de evitar doenças, enquanto a promoção faz referência a ações que também evitam doenças, mas tem um objetivo mais amplo, de bem estar geral.

Como exemplo da paisagem da prevenção está a reunião com grupo de idosos no qual a agente de saúde disse funcionar o hiperdia, isto é, um grupo que discute sobre formas de evitar e melhorar as condições de saúde de quem já está com hipertensão e diabetes. Está centrado na doença. Outra paisagem da prevenção seria o atendimento à recomendação do agente de saúde no que diz respeito a colocar garrafas com a abertura para baixo.

Com relação à paisagem da promoção pode-se citar a praça construída pela EMLURB, a qual, além de servir como espaço de descanso, reunião de pessoas e até pequenas festas, foi construída com material e técnica da EMLURB, mas a mão-de-obra foram os próprios moradores, que afirmam ter orgulho desta modificação na comunidade. Outro exemplo é a criação da biblioteca dentro da própria unidade, a qual se caracteriza por um espaço no qual se tem a possibilidade de melhorar o conhecimento, mas também o vínculo entre o usuário e a equipe.

35. Quintal limpo e garrafas com abertura para baixo
Data/ local: 20/03/2007 – Caranguejo e Tabaiares.
Foto: Severino Silva

36. Biblioteca que funciona na USF
Data/ local: 17/04/2007 – Poço da Panela.
Foto: PEREIRA, MPB.

A foto 35 é da parte de trás do quintal de uma senhora aposentada que tem dois filhos, passa o dia todo em casa e está sempre preocupada com a limpeza. Pelo comportamento da moradora, a limpeza parece que já fazia parte de sua vida, mas com a orientação do agente de saúde seu comportamento passou a estar direcionado à prevenção de doenças. O fato da moradora atender a recomendação de colocar as garrafas de vidro com a abertura para baixo, não significa exatamente que ela estaria modificando ações para atingir um bem estar geral, mas ainda voltada para não acumular água e ter um criadouro do mosquito *aedes* em sua residência. E isso se refletiu na fala da moradora quando ressaltou as ações que havia realizado de acordo com a recomendação do agente, uma delas foi elevar o piso da casa para que, quando chover, não entre água misturada com esgoto dentro da casa dela. Outra atitude foi a colocação de um filtro para tratar a água, além disso, também passou a lavar periodicamente os recipientes de água, dentre outras atitudes.

A foto 36 corresponde à área de trás da USF Poço da Panela. Nesta área, a equipe se reúne uma vez por semana e nos outros dias o local pode ser utilizado pelos

estudantes ou qualquer pessoa que queira utilizar o espaço para leitura. De acordo com a agente de saúde, está servindo para fazer trabalhos e também para que a equipe interaja melhor com o usuário, tornando o vínculo entre a equipe e a comunidade ainda mais forte. Esta seria uma atitude mais relacionada à promoção da saúde no sentido de promover um bem estar geral.

Ao contrário da paisagem apresentada pelo agente como sendo da promoção da saúde, também foi apresentada a paisagem do risco. Os elementos visualizados nesta estiveram relacionados aos temas "ações desarticuladas entre a equipe e a localidade" (seriam conflitos em graus variados que atrapalham o bom desenvolvimento do trabalho); "localização/situação" (situações de perigo em determinado território); "saneamento" (higiene corporal e ambiental, serviços de saneamento, etc); "doenças referidas"; "elementos da natureza e ações no ambiente"; "fauna destacada" (vetores que podem prejudicar de alguma forma a saúde, como barata, escorpião, rato, etc); "ocupação recente" (que pode interferir na saúde da população) e; "habitação" (condições de habitabilidade) (quadro 27).

QUADRO 27
NÍVEIS ESCALARES DE PERCEPÇÃO DA PAISAGEM DE RISCO PARA A POPULAÇÃO ATENDIDA POR PARTE DOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF E PSA NA CIDADE DO RECIFE - PE

NÍVEL REGIONAL				
LETRA	**TEMA**	**N**	**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE RISCO**
C	Saneamento	1	Esgotamento: presença de esgoto no rio, nos canais de água pluvial, água do canal com tonalidade muito escura. (PSA)	Contaminação do rio/ canal, doenças relacionadas ao contato com esgoto (doenças de veiculação hídrica).
		2	Lixo: bueiro (impedindo a passagem de água), canal (restos de comida, sacos de lixo, objetos grandes de uso domiciliar, objetos descartáveis, etc), no rio (PSA)	Doenças relacionadas à presença de lixo.
B	Localização/ situação	3	Rua que ultrapassa os limites da área da agente, extremamente silenciosa, que não passa quase ninguém e só tem casas de um lado da rua, sendo o outro ocupado por mata e após o rio Capibaribe; há expressão de medo das pessoas. (ESF)	Estupro, assalto.
		4	Falta de ação intersetorial: boca de lobo sem tampa há mais de um ano, canal sem manutenção.	Descrédito da ação do Estado

QUADRO 27 (CONT.)
NÍVEIS ESCALARES DE PERCEPÇÃO DA PAISAGEM DE RISCO PARA A POPULAÇÃO ATENDIDA POR PARTE DOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF E PSA NA CIDADE DO RECIFE - PE

NÍVEL DA ÁREA DE TRABALHO				
LETRA	**TEMA**	**N**	**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE RISCO**
C	Saneamento	5	Área que acumula lixo: plásticos, garrafas, bacia sanitária, garrafas pet, garrafas de vidro, mesa, cadeira de plástico, carroça de mão, pneus, cheiro de lixo orgânico.	Doenças decorrentes do contato com o lixo, presença de vetores.
		6	Lajes do Estádio do Sport: acúmulo de água	Proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*
		7	Esgoto a céu aberto, encharcamento da rua com esgoto impedindo a passagem na rua	Doenças relacionadas ao contato com o esgoto.
		8	Fossa aberta; Fossa próxima do muro cheio de frestas.	Atrai baratas e escorpiões.
A	Ações desarticuladas entre a equipe e a localidade	9	Rostos de agentes de saúde temerosos e revoltados quando estão com a equipe de trabalho.	Prejuízo no bom atendimento dos moradores
G	Ocupação recente	10	Ocupação da margem do Capibaribe: delimitação das áreas de cada família com pedaços de madeira, papelão, plástico, lona, lama, muitas crianças, muita tensão no rosto das pessoas, martelos, pregos, barulho devido à agitação das pessoas.	Doenças contagiosas de variados tipos; possíveis situações de violência.
F	Fauna destacada pelos agentes	11	Caramujo africano: visto num poste	Se estiver infectado, pode transmitir doenças.
B	Localização/ situação	12	Rua em que há pessoas que vivem do assalto – há expressão de tensão ao falar com os moradores, muitas pessoas desocupadas, área de tráfico de drogas, tensão, olhares desconfiados	Assalto, violência.
		13	Escadaria de barro escorregadia; buracos na calçada	Caminho inseguro

NÍVEL PERIDOMICILIAR				
LET	**TEMA**	**N**	**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE RISCO**
E	Elementos na natureza e ações nesse ambiente	14	Presença de pedreira, além do barulho que é intenso.	Poluição sonora, doenças respiratórias, stress.
C	Saneamento	15	Lixo: Quintais (restos de comida, entulhos), terrenos baldios (entulhos, objetos de variados tamanhos), sucata (mal acondicionamento do material recebido), entorno da palafita (lixo no rio)	Criadouro de ratos, baratas e dependendo do tipo de lixo, escorpião, dentre outras pragas urbanas.
		16	Acúmulo de água em Quintal de casas ocupadas ou abandonadas, terrenos baldios: acúmulo de água em objetos de variadas formas e tamanhos (tonéis, caixas d'água, estantes velhas, pote de margarina, objetos grandes de sucata, etc), quintal sujeito a inundação, piscina sem uso, água em subsolo.	Proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*
		17	Mau acondicionamento d'água (tonéis, caixa d'água).	Proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*, contaminação da água, doenças de veiculação hídrica por ingestão.
		18	Poço de água potável com infiltração de esgoto; tubulação de água sujeita à infiltração.	Contaminação da água; Doenças de veiculação hídrica (por ingestão).
		19	Fossa obstruída, solo encharcado com esgoto, esgoto que obstrui a passagem do morador, esgoto à céu aberto em terreno baldio.	Doenças relacionadas ao contato com o esgoto; Contaminação do solo.
		20	Distância entre o limite da casa com o muro do vizinho pequeno demais para limpar. Distância entre o limite do banheiro e duas casas que está pequeno demais para limpar/ Tanque com frestas mal acabado.	Possível criadouro de escorpião e outras pragas urbanas.

QUADRO 27 (CONT.)

NÍVEIS ESCALARES DE PERCEPÇÃO DA PAISAGEM DE RISCO PARA A POPULAÇÃO ATENDIDA POR PARTE DOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF E PSA NA CIDADE DO RECIFE – PE

NÍVEL PERIDOMICILIAR (FIM)				
LET	**TEMA**	**N**	**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE RISCO**
C	Saneamento	21	Banheiro para 5 casas/ lavatório comum para um prédio.	Doenças de pele contagiosas etc.
		22	Construção com material aproveitado (construção do muro)	Proliferação de pragas urbanas
F	Fauna destacada na área pelos agentes	23	Caramujo africano: visto na calçada da frente de uma casa, na árvore e em frestas de muros	Se estiver infectado, pode transmitir doenças
		24	Criação de animais (peru, galinha) associado a restos de comida no quintal.	Doenças transmitidas por esses animais/ atração de ratos
		25	Presença do *Aedes Aegypti*	Dengue
		26	Fezes de animal	Verminoses
B	Localização/ situação	27	Movimentos de massa (quedas de barreiras)	Diminuição do terreno. Pessoas feridas, morte.
		28	Roubo (grupo roubando oficina abandonada)	Sensação de que o ambiente está inseguro.

NÍVEL DOMICILIAR/ ESTABELECIMENTO (COMERCIAL OU INDUSTRIAL)				
LET	**TEMA**	**N**	**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE RISCO**
C	Saneamento	29	Entulho, restos de alimentos, poeira em excesso	Presença de vetores dentro do domicílio, doenças respiratórias
		30	Casa sem porta (a entrada está fechada por uma grade e um lençol)	Presença de vetores dentro do domicílio.
		31	Esgoto: palafitas que jogam seu esgoto diretamente no rio	Mal cheiro dentro da residência
		32	Base da casa com tijolos sem reboco e repleto de pequenos orifícios	Criadouro de escorpião e outras pragas urbanas
		33	Laje descoberta	Proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*
A	Ações desarticuladas entre a equipe e a localidade	34	Pessoas desmaiando, passando mal, incomodadas devido à troca de receita pela nova médica, discordância de procedimentos entre a médica e a agente de saúde	Surgimento de outras doenças; no extremo, casos de mortes.
		35	Visita extra no domicílio para cobrar que a mãe pese e meça a altura do filho	Perda de benefício se a informação não for dada em tempo (Bolsa família, bolsa escola, etc.)
		36	Desentendimento entre o agente de saúde e o morador/ comerciante	Não atendimento às orientações
F	Fauna destacada na área pelos agentes	37	Presença de vetores: fezes de rato num balde	Leptospirose
		38	Gato: estava próximo aos pães a serem vendidos na padaria local	Doenças das quais o gato pode ser transmissor; contaminação de alimentos
H	Habitação	39	Moradia em condições sub-humanas (em baixo da ponte entre DS III e IV, nas palafitas)	Excesso de umidade, mais perto de pragas urbanas como ratos, baratas etc.

NÍVEL DO CORPO				
LET	**TEMA**		**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE RISCO**
C	Saneamento	40	Doenças diarréicas devido parasitas (verminose): crianças abatidas, fracas e com baixa de peso	Indicativo de saneamento ou alimentação inadequados
		41	Escabiose: afecções na pele	Indicativo da falta de higiene com o corpo ou um abastecimento d'água deficiente
		42	Feridas nas pernas nas pessoas que moram próximas à área de acúmulo de lixo e lidam com o lixo.	Doenças decorrentes do contato direto com o lixo.

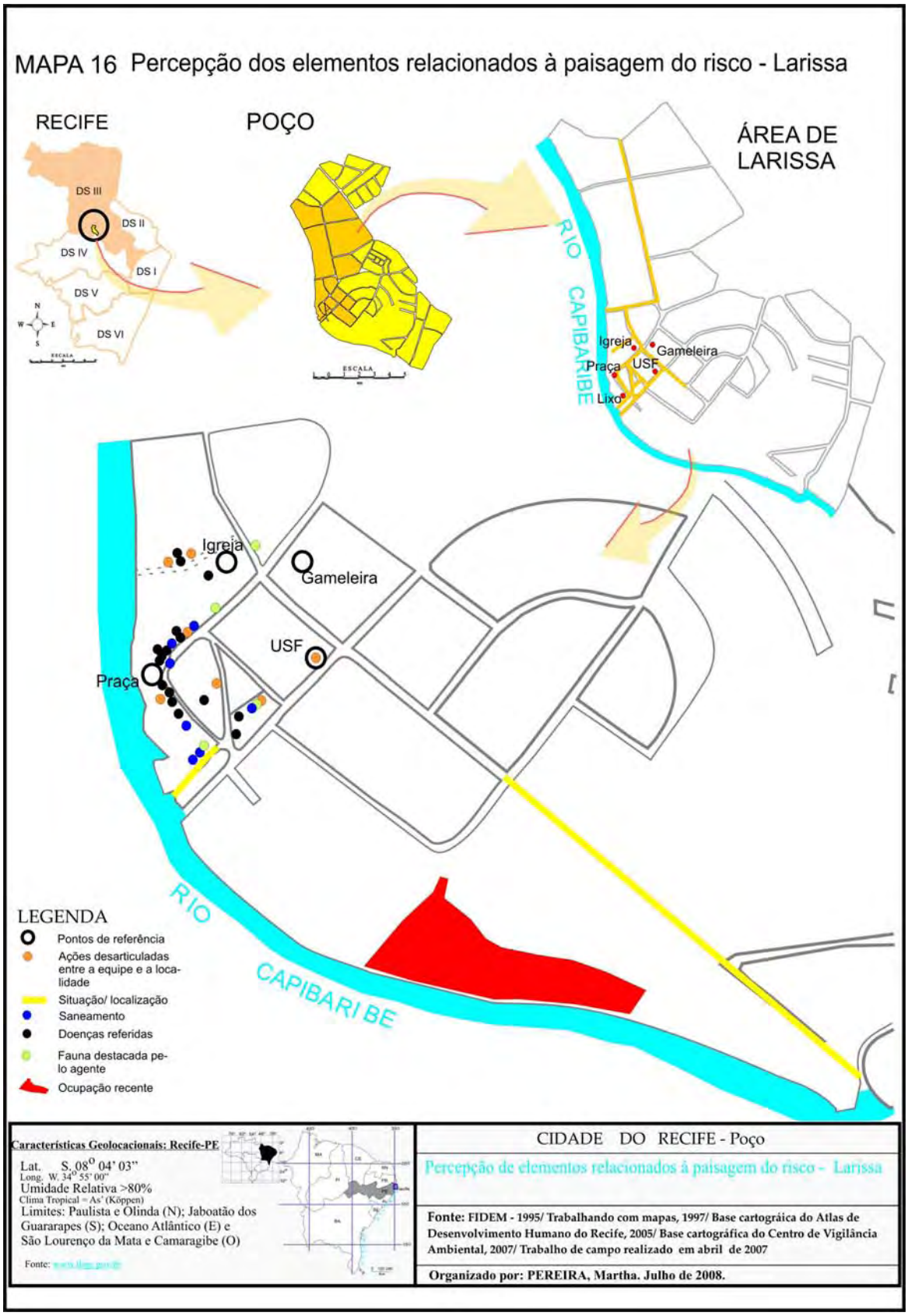
QUADRO 1 (CONT.)
NÍVEIS ESCALARES DE PERCEPÇÃO DA PAISAGEM DE RISCO PARA A POPULAÇÃO ATENDIDA POR PARTE DOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF E PSA NA CIDADE DO RECIFE - PE

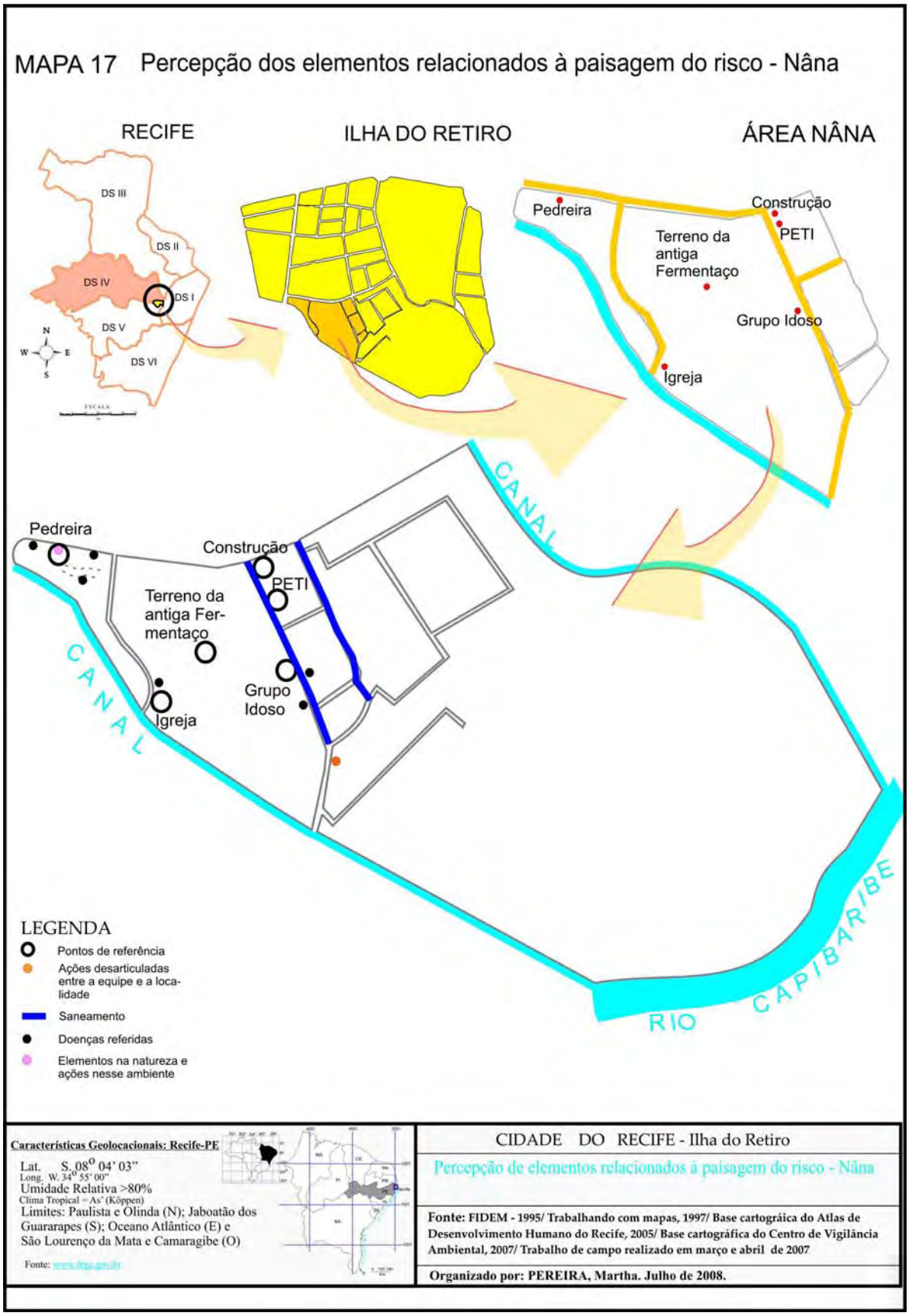
NÍVEL DO CORPO (FIM)				
LET	**TEMA**		**ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS**	**TIPO DE RISCO**
A	Ações desarticuladas entre a equipe e a localidade	43	O paciente não tem a posse dos exames que foram realizados	Não saber o que ocorre no seu corpo
		44	Recomendações médicas não atendidas (postura, quantidade de remédios que restam)	Piora do agravo, risco de morte.
D	Doenças referidas	45	Transtorno mentais e comportamentais: a) rosto que expressa sentimentos desconexos com a realidade; b) objetos desconexos com a realidade	Possíveis situações de violência dentro da família, insegurança
		46	Transtorno mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	Possíveis situações de violência dentro da família, possibilidade de desaparecimento de objetos dentro de casa, insegurança.
		47	Esquizofrenia: a) rosto que expressa sentimentos desconexos com a realidade; b) objetos desconexos com a realidade; c) alucinação; d) mania de perseguição; e) apatia	Possíveis situações de violência dentro da família, insegurança familiar, discussões.
		48	Doenças do aparelho circulatório (cansaço, dificuldade para falar, hipertensão)	Derrame, trombose, etc.
		49	IRA: tosse, anorexia, coriza nasal e cianose	Crise alérgica e outros problemas decorrentes de doenças respiratórias.
		50	Alcoolismo: vômitos pela manhã; dores abdominais; diarréias.	Gastrites; aumento do tamanho do fígado; pequenos acidentes que provocam contusões; esquecimentos mais intensos.
		51	Diabetes: a) bebe água excessivamente; b) vai ao banheiro várias vezes; c) levanta várias vezes à noite para fazer xixi; d) fadiga; e) feridas e machucados que não curam, ocorrem principalmente nos pés e nas mãos.	Perda de membros, cegueira, morte.
		52	Gravidez de risco	Morte do bebê e/ou da mãe
		53	Dengue: a) febre; b) manchas vermelhas na pele; c) expressão de dor.	Fácil proliferação para a população; Morte.
		54	Encefalopatia neonatal (febre, convulsão, hipertonia de membros superiores e inferiores, alteração de reflexos, etc.)	Dependência total da família.

Fonte: trabalho de campo realizado entre março e agosto de 2007. Organizado por PEREIRA, MPB. (2008)

Com relação aos agentes da ESF, estes praticamente não saíram de suas áreas de trabalho durante o percurso, porém observaram uma variedade maior de temas, são mais atentos aos pontos de referência e contemplam principalmente o tema doenças referidas (mapas 16 e 17)[19].

[19] Os mapas 16 a 19 são resultado do acompanhamento do trabalho do agente de saúde em sua área de trabalho (acompanhamento das visitas domiciliares), do que foi apontado no mapa mental, na entrevista individual e no registro fotográfico.


MAPA 16 Percepção dos elementos relacionados à paisagem do risco - Larissa
RECIFE
POÇO
ÁREA DE LARISSA
DS III
DS II
DS IV
DS I
DS V
DS VI
RIO CAPIBARIBE
Igreja
Gameleira
Praça
USF
Lixo
LEGENDA
Pontos de referência
Ações desarticuladas entre a equipe e a localidade
Situação/ localização
Saneamento
Doenças referidas
Fauna destacada pelo agente
Ocupação recente
Características Geolocacionais: Recife-PE
Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)
CIDADE DO RECIFE - Poço
Percepção de elementos relacionados à paisagem do risco - Larissa
Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Base cartográica do Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Base cartográfica do Centro de Vigilância Ambiental, 2007/ Trabalho de campo realizado em abril de 2007
Organizado por: PEREIRA, Martha. Julho de 2008.


MAPA 17 Percepção dos elementos relacionados à paisagem do risco - Nâna
RECIFE
ILHA DO RETIRO
ÁREA NÂNA
DS III
DS II
DS IV
DS I
DS V
DS VI
N
W
E
S
Pedreira
Construção
PETI
Terreno da antiga Fermentaço
Grupo Idoso
Igreja
CANAL
CANAL
RIO CAPIBARIBE
LEGENDA
Pontos de referência
Ações desarticuladas entre a equipe e a localidade
Saneamento
Doenças referidas
Elementos na natureza e ações nesse ambiente
Características Geolocacionais: Recife-PE
Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)
Fonte:
CIDADE DO RECIFE - Ilha do Retiro
Percepção de elementos relacionados à paisagem do risco - Nâna
Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Base cartográica do Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Base cartográfica do Centro de Vigilância Ambiental, 2007/ Trabalho de campo realizado em março e abril de 2007
Organizado por: PEREIRA, Martha. Julho de 2008.

Os agentes do PSA percorreram tanto sua área de trabalho como a de outros colegas para tentar observar os problemas mais importantes para o programa. Estão mais atenciosos com as quadras do que com os pontos de referência, e o tema mais observado foi saneamento na escala do peridomicílio (mapas 18 e 19).

Percebe-se que alguns fatores influenciaram mais nesse resultado. O primeiro deles está relacionado à formação, que fornece um perfil profissional característico do profissional de cada programa. O segundo está interligado ao ambiente em que o agente de saúde trabalha, fazendo-o observar elementos diferentes, ainda que relacionados a um mesmo tema. O terceiro faz referência à convivência com outras territorialidades trazendo para o agente de saúde experiências diferenciadas.

No que diz respeito à formação, percebe-se que esta tem uma influência muito grande na elaboração do perfil profissional. Um indício forte é a influência do tema e da escala em que os agentes observam os problemas de forma mais intensa (quadros 28 e 29).

QUADRO 28

ELEMENTOS OBSERVADOS PELOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF POR TEMAS E POR NÍVEIS

TEMA	NÍVEL				
	REGIONAL	ÁREA DE TRABALHO	PERIDOMICÍLIO	DOMICÍLIO	CORPO
A. AÇÕES DESARTICULADAS ENTRE A EQUIPE E A LOCALIDADE	0	1	0	5	2
B. LOCALIZAÇÃO/SITUAÇÃO	1	1	0	0	0
C. SANEAMENTO	0	4	0	2	3
D. DOENÇAS REFERIDAS	0	0	0	0	**22**
E. ELEMENTOS NA NATUREZA E AÇÕES NO AMBIENTE	0	0	1	0	0
F. FAUNA DESTACADA PELO AGENTE	0	1	1	2	0
G. OCUPAÇÃO RECENTE	0	1	0	0	0
H. HABITAÇÃO	0	0	0	0	0
TOTAL	1	8	2	9	**27**

Fonte: Trabalho de campo realizado entre março e abril de 2007 nas localidades Caranguejo/Tabairares e Poço da Panela/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

QUADRO 29
ELEMENTOS OBSERVADOS PELOS AGENTES DE SAÚDE DO PSA POR TEMAS E POR NÍVEIS

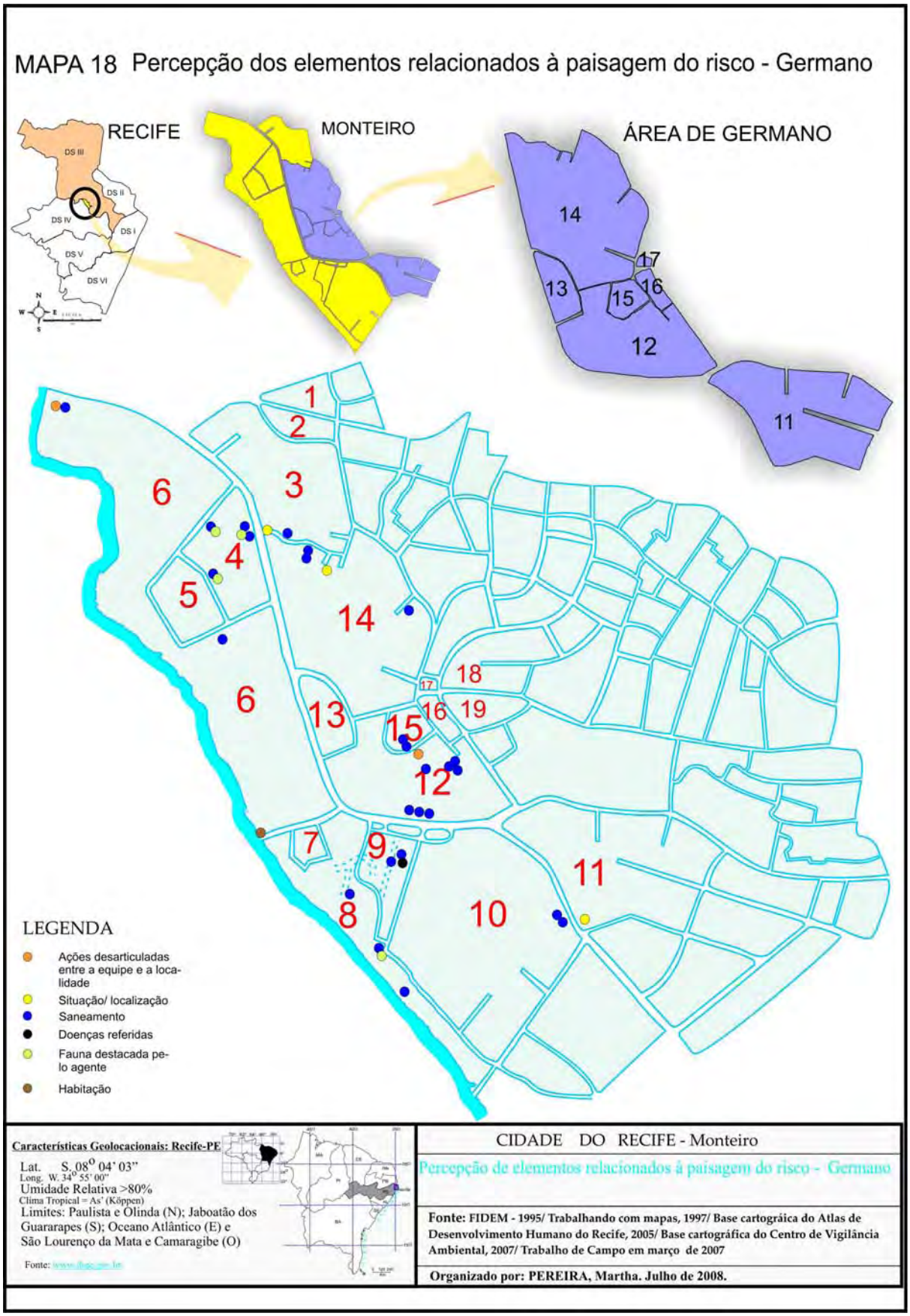
TEMA	NÍVEL				
	REGIONAL	ÁREA DE TRABALHO	PERIDOMICÍLIO	DOMICÍLIO	CORPO
A. AÇÕES DESARTICULADAS ENTRE A EQUIPE E A LOCALIDADE	0	0	0	2	0
B. LOCALIZAÇÃO/SITUAÇÃO	1	2	2	0	0
C. SANEAMENTO	5	7	**40**	2	0
D. DOENÇAS REFERIDAS	0	0	0	0	1
E. ELEMENTOS NA NATUREZA E AÇÕES NO AMBIENTE	0	0	0	0	0
F. FAUNA DESTACADA PELO AGENTE	0	0	6	0	0
G. OCUPAÇÃO RECENTE	0	0	0	0	0
H. HABITAÇÃO	0	0	0	2	0
TOTAL	6	9	**48**	6	1

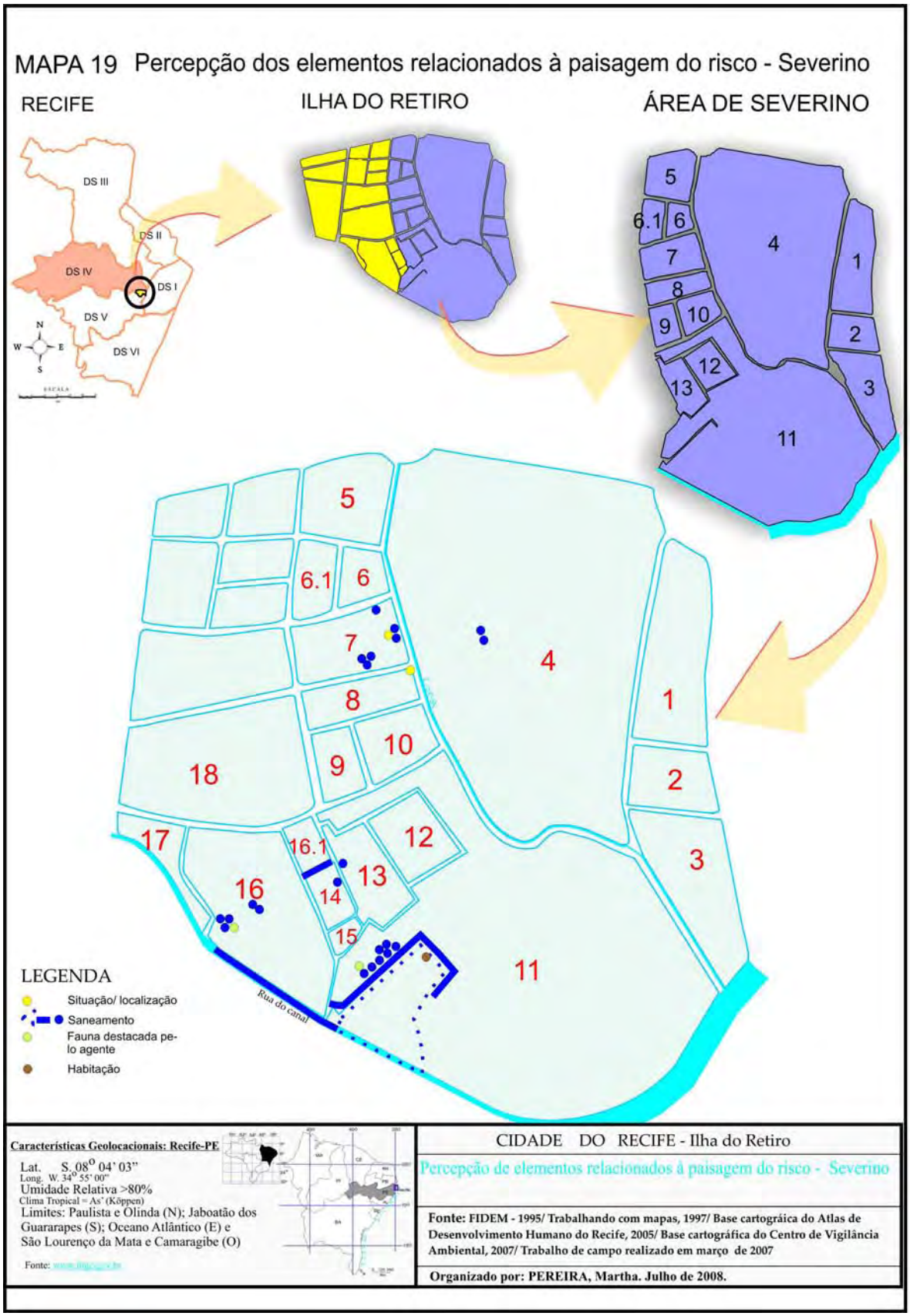
Fonte: Trabalho de campo realizado entre março e abril de 2007, nos bairros de Ilha do Retiro e Monteiro/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

Dentre esses temas, destacaram-se para a ESF a “relação dentro da equipe e entre a equipe e o usuário” (no nível domiciliar) e as “doenças referidas” (no nível do corpo). Já para o PSA, os temas mais mencionados foram “saneamento” e “fauna destacada” (ambos no nível do peridomicílio). Temas e níveis intrinsecamente relacionados ao que está sendo cobrado na prática de trabalho. Os outros assuntos e em outros níveis escalares foram pouco mencionados, e quando enfatizados foi geralmente através de um comentário informal.

Contudo, estes agentes observam também elementos fora dessa escala com menor freqüência, a exemplo de Larissa que, ao observar determinado tipo de doença, associou-o ao ambiente em que essa pessoa morava: próximo a um ponto crítico de acumulação de lixo.

Outro grande influenciador da percepção desta paisagem está relacionado ao ambiente em que o agente de saúde trabalha. Por exemplo, Nâna e Severino, ao observarem elementos relacionados ao tema saneamento; destacaram o elemento “esgoto sanitário” em várias escalas de observação. Germano, devido trabalhar numa área em que há muitos problemas com relação às edificações e fossas (construções que atraem e propiciam a proliferação de vetores), assim como às áreas inclinadas (acúmulo de lixo e despejo de esgoto a céu aberto nesse trecho do terreno), observou elementos mais relacionados a esses temas. Enquanto Larissa, devido sua área ter esgoto condominial, o item saneamento é visualizado com relação ao lixo, sujeira no peridomicílio, domicílio ou falta de asseamento do corpo.


MAPA 18 Percepção dos elementos relacionados à paisagem do risco - Germano
RECIFE
MONTEIRO
ÁREA DE GERMANO
DS III
DS II
DS IV
DS I
DS V
DS VI
LEGENDA
Ações desarticuladas entre a equipe e a localidade
Situação/ localização
Saneamento
Doenças referidas
Fauna destacada pelo agente
Habitação
Características Geolocacionais: Recife-PE
Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)
CIDADE DO RECIFE - Monteiro
Percepção de elementos relacionados à paisagem do risco - Germano
Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Base cartográica do Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Base cartográfica do Centro de Vigilância Ambiental, 2007/ Trabalho de Campo em março de 2007
Organizado por: PEREIRA, Martha. Julho de 2008.



Características Geolocacionais: Recife-PE

Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)

Fonte: www.ibge.gov.br

CIDADE DO RECIFE - Ilha do Retiro

Percepção de elementos relacionados à paisagem do risco - Severino

Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Base cartográica do Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Base cartográfica do Centro de Vigilância Ambiental, 2007/ Trabalho de campo realizado em março de 2007

Organizado por: PEREIRA, Martha. Julho de 2008.

O terceiro e último grande influenciador tem a ver com as ações implementadas na área por vários grupos de pessoas, seja morador, equipe de programa de saúde, ONG ou outro. Como exemplo, pode-se citar que na área de Larissa há uma multiterritorialidade articulada, na qual os agentes de saúde estão engajados com a associação de moradores, e que, por sua vez, está participando do orçamento participativo, política pública implementada na cidade, tornando esta comunidade mais bem dotada de infra-estrutura. Já nas áreas de Nâna e Severino, há um grande número de líderes, proveniente de ONGs, associação de moradores, outros grupos paralelos, equipes de programas relacionados à saúde, e estes dificilmente conseguem juntar forças para exercer uma territorialidade, configurando-se em uma multiterritorialidade desarticulada e uma comunidade frágil do ponto de vista da estrutura urbana.

Com relação às ações implementadas pelos agentes de saúde nas áreas e suas conseqüentes territorialidades, será colocada uma análise sobre o assunto a seguir.

b) Desenvolvimento da "autonomia" no ambiente de trabalho:

Resgatando os argumentos apresentados no segundo capítulo, a autonomia é melhor desenvolvida no ambiente de trabalho quando há um projeto coletivo por parte do agente de saúde, o qual, a partir deste projeto coletivo, tem condições de assumir um discurso próprio (auto-gestão) e utilizá-lo para favorecer a discussão e/ou a ação consciente sobre como aproveitar os vários tipos de normas para benefício coletivo, viabilizando a formação de uma sociedade mais autônoma.

Da mesma forma, quando se considera alguns autores que estudam a territorialidade humana, estes buscam demonstrá-la a partir de uma problemática segundo a qual é colocada em jogo as próprias ações humanas no espaço, seja a partir de exemplos práticos da vivência no urbano (LEFEBVRE, 2001), da consolidação das ações em vários momentos históricos (SACK, 1986) ou das várias possibilidades práticas de territorialidades na atualidade (HAESBAERT, 2004).

O ponto de convergência destes dois conceitos (autonomia e território) está no fato de que ambos são observados através das ações. Quando essas ações são capazes de transformar o espaço geográfico de alguma forma pode-se dizer que se estaria exercendo uma territorialidade.

Contudo, como neste caso se considera a territorialidade exercida por pessoas, essas modificações não são através do domínio (mudança completa de um determinado território), mas a partir da apropriação (LEFEBVRE, 1992), na qual as estratégias utilizadas “estabelecem diferentes graus de acesso a pessoas, coisas e relacionamentos” (SACK, 1986, p. 20).

Pode-se então inferir que o sujeito se apropria do território quando ele conhece, percorre, tem acesso às pessoas e aos objetos (locais específicos dentro da área de trabalho), mas também quando realiza parcerias exercendo uma multerritorialidade articulada. Essas parcerias podem ocorrer na própria escala onde ele exerce influência, ou se apropriar de idéias presentes em outras escalas geográficas. Essa apropriação é fraca ou inexistente quando o sujeito tem grandes limitações de acesso à área e às pessoas e as parcerias são dificultadas por multiterritorialidades desarticuladas.

A territorialização à qual se está fazendo referência é realizada a partir de dois vieses: o primeiro, pelo poder do Estado, a partir do cargo que o sujeito exerce (o agente de saúde); o segundo a partir da ação do sujeito, enquanto cidadão, que se utiliza da liderança exercida (seja através do cargo ou de outra função exercida na área) para influenciar na ação das pessoas. Assim sendo, a autonomia e, por conseqüência, a territorialização do agente de saúde são observadas a partir de algumas ações realizadas pelos mesmos em suas áreas de trabalho com o intuito de melhorar as condições de vida ou de saúde dos moradores.

Nesse contexto, consideram-se as influências do agente de saúde enquanto profissional, cujo exercício de sua territorialidade se efetiva com ou sem o apoio da prefeitura ou equipe de trabalho, porém segundo as normas do poder público municipal. Em seguida consideraram-se as ações exercidas pelo agente de saúde enquanto cidadão, o qual se utiliza de uma posição de liderança para agir em prol de melhorias no local onde trabalha. Tem-se assim a consideração de pelo menos dois tipos de territorialidades: uma exercida pelo agente de saúde enquanto profissional e outra exercida pelo agente de saúde enquanto cidadão.

O resgate e a observação dessas práticas sócio-espaciais originaram-se a partir de entrevistas individuais, elaboração de mapa mental registro fotográfico, observação

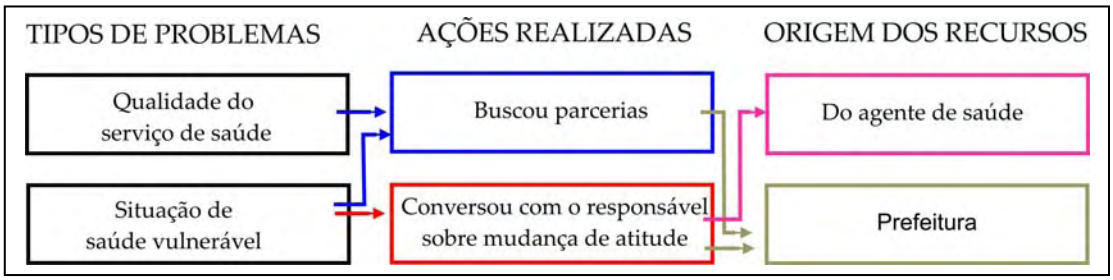
participante, entrevista com grupo focal e material entregue pelos agentes de saúde durante o trabalho de campo.

No que diz respeito à apropriação do território pelo profissional considerou-se as situações reais em que o agente de saúde teve de fato condições de exercer essa apropriação de alguma maneira.

Considerando os ACS, estes conseguiram resultados positivos diante das problemáticas relacionadas à qualidade do serviço de saúde, uma vez que influenciaram positivamente na resolução de problemas que beneficiaram o morador/ paciente e em momentos em que o morador apresentou uma situação de saúde vulnerável. Já com relação às ações realizadas, estas foram positivas quando o agente buscou parcerias com a prefeitura (serviços especializados, instituições que fazem parceria com as USF ou distrito sanitário), assim como a ação de conversar diretamente com o responsável (morador, médico, direção do distrito, etc) no sentido de mudar atitudes que possam beneficiar o morador, seu ambiente e, conseqüentemente, o espaço geográfico. Os únicos recursos disponíveis para o ACS enquanto profissional estão vinculados a qualquer setor da prefeitura e aos seus recursos pessoais (modelo explicativo 2).

Sendo os recursos disponíveis extremamente limitados para o ACS enquanto profissional suas ações são reduzidas à resolução de problemas pontuais dentro dessas temáticas que também são limitadas quando comparadas com os problemas que os ASAS lidam no dia-a-dia de trabalho, como se verá a seguir.

MODELO EXPLICATIVO 2
INFLUÊNCIA DA AÇÃO DO ACS ENQUANTO PROFISSIONAL NO ESPAÇO GEOGRÁFICO



Fonte: Trabalho de campo realizado entre março e novembro de 2007. Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

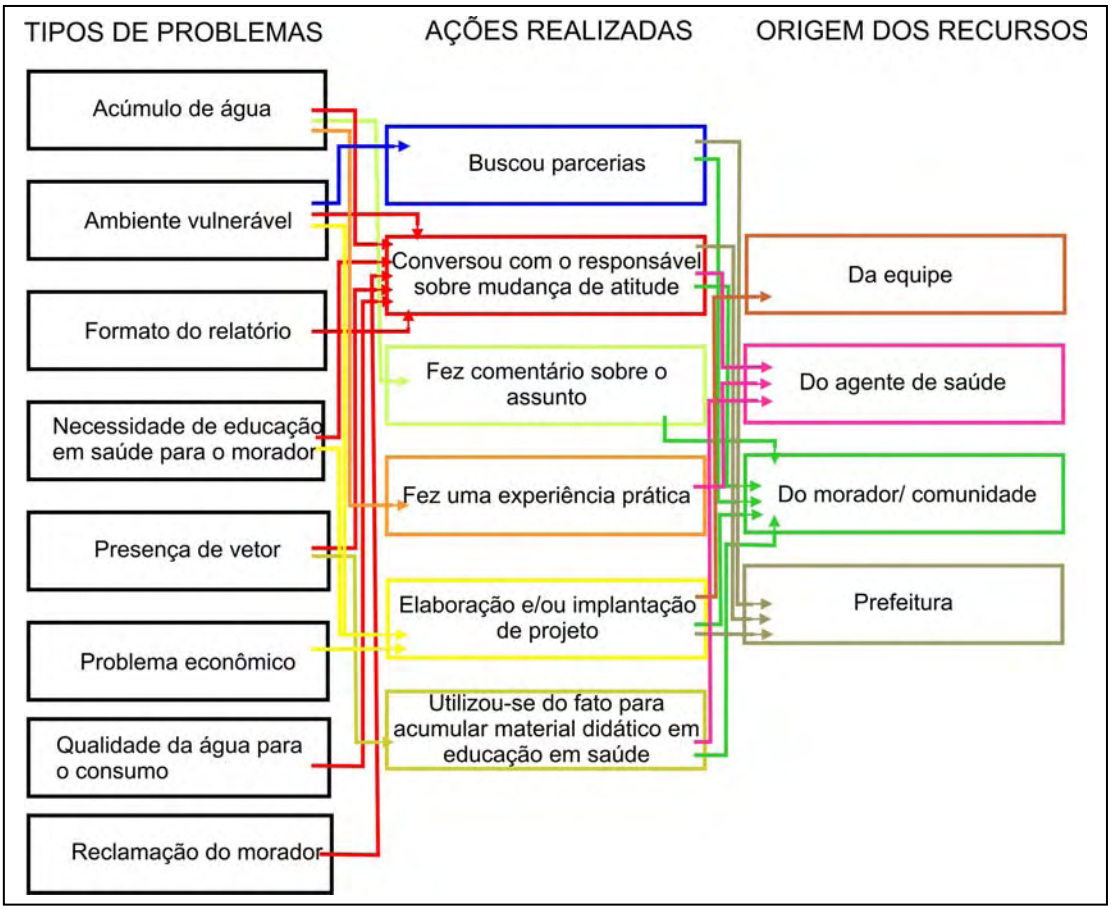
Considerando agora os ASAs enquanto profissionais, estes conseguiram resultados positivos quando observaram problemas relacionados ao ambiente saudável

(acúmulo de água, ambiente vulnerável, presença de vetor, qualidade da água para o consumo), no qual as questões da saúde ambiental e do conhecimento do território de trabalho passam a ser tema central; situação do morador e as relações entre este e o agente (educação em saúde, problema econômico do morador) tendo como foco as relações interpessoais no qual o poder de convencimento e as parcerias são instrumentos para se chegar ao ambiente saudável e; o método de trabalho (mudança do formato do relatório), atitude esta que demonstra uma auto-gestão por parte do agente de saúde que, para potencializar uma informação, é capaz de questionar e modificar a maneira de apresentar determinada informação, dentro de seu grau de autonomia no sistema de saúde municipal (modelo explicativo 3).

Neste caso, as limitações estão na falta de cooperação da população com relação à persistência em atitudes que podem causar algum problema à sua própria saúde; à falta de apoio do governo municipal no sentido de planejar e realizar ações mais próximas à realidade de cada distrito, bairro e rua atendida; à intersetorialidade falha, prejudicando projetos elaborados pelos agentes, projetos esses que precisam da ajuda de outros setores da prefeitura e a complexidade de problemas que envolvem uma comunidade.

Partindo agora da perspectiva da atuação do agente enquanto cidadão percebe-se que há o suprimento de muitas das limitações a eles impostas enquanto profissional. Quando se trata do ACS como cidadão, este tem possibilidade de recursos mais variados, dessa forma, suas ações também podem ser ampliadas e serem resolvidos problemas mais diversificados. Assim sendo, os tipos de problemas que foram passíveis de solução de acordo com relatos estão relacionados diretamente ao morador (situação de saúde vulnerável, problemas variados da comunidade, sócio-educacionais e econômicos), já que em geral é um dos temas que mais motiva o ACS a agir; situações mais específicas do agente de saúde enquanto uma liderança dentro da comunidade (necessidade de acúmulo de conhecimentos e de buscar parcerias), trazendo como trunfo o desenvolvimento de competências e habilidades e; situações relacionadas a um ambiente vulnerável, para as quais o ACS está sempre buscando solução para que a situação de saúde do morador seja melhorada (modelo explicativo 4).

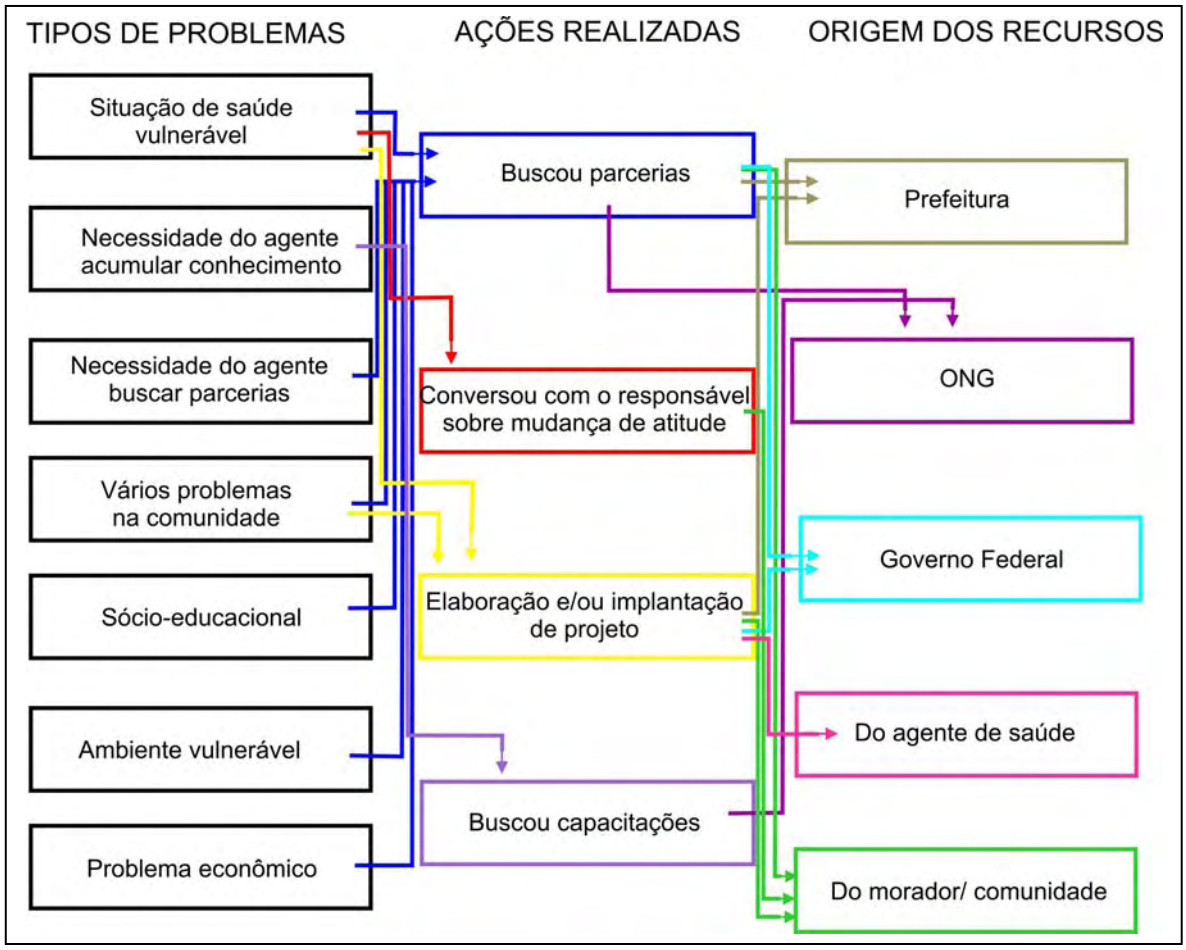
MODELO EXPLICATIVO 3
INFLUÊNCIA DA AÇÃO DO ASA ENQUANTO PROFISSIONAL NO ESPAÇO GEOGRÁFICO



Fonte: Trabalho de campo realizado entre março e novembro de 2007. Organizado por PEREIRA, MPB (2008)

De acordo com as informações do trabalho de campo, os impedimentos do ACS enquanto cidadão estão relacionados à falta de recursos da instituição solicitada (seja prefeitura, ONG, etc), inviabilizando projetos e reivindicações; desentendimentos entre lideranças, formando-se uma multiterritorialidade desarticulada e tendo por conseqüência a não efetivação de ações que poderiam ser desenvolvidas no local; improbidade por parte de alguns moradores que se mostram mais carentes do que são para conseguir benefícios dos agentes enquanto liderança comunitária; envolvimento excessivo com os problemas da comunidade, fazendo com que o ACS adoeça, impedindo a solução ou pelo menos a minoração de problemas.

MODELO EXPLICATIVO 4
INFLUÊNCIA DA AÇÃO DO ACS ENQUANTO CIDADÃO NO ESPAÇO GEOGRÁFICO



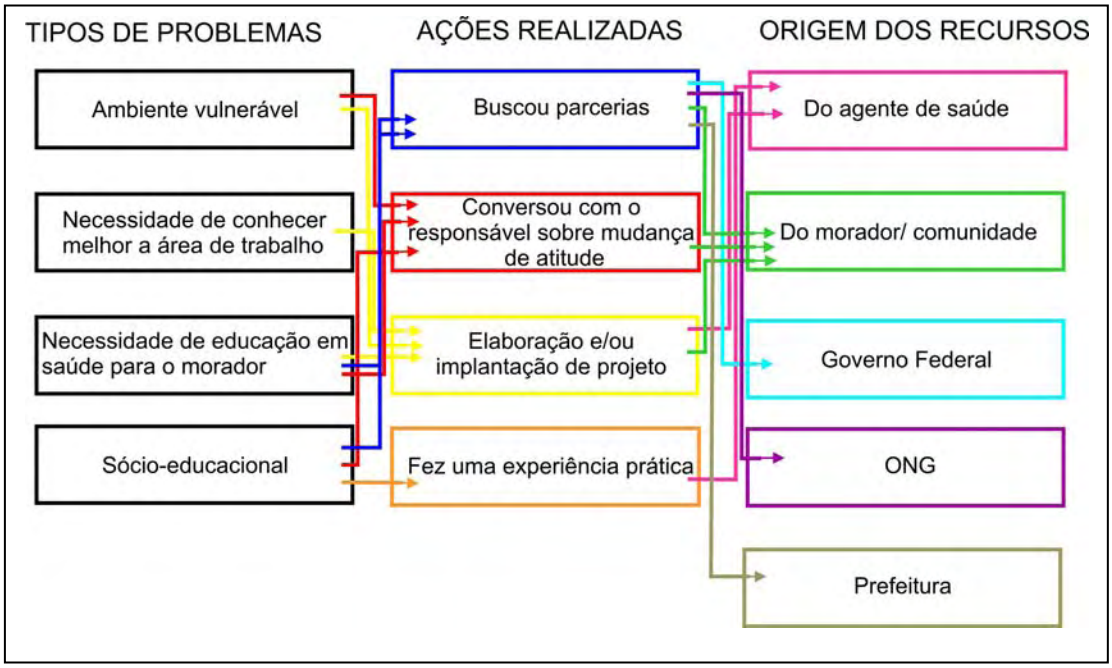
Fonte: Trabalho de campo realizado entre março e novembro de 2007. Organizado por PEREIRA, MPB (2008).

Quando se considera o ASA como cidadão este também consegue ampliar as possibilidades de resolução de problemas devido sua maior autonomia para agir. De acordo com o resultado do trabalho de campo, os tipos de problemas que tiveram maior grau de resolutividade correspondem a situações relacionadas a um ambiente vulnerável, uma vez que está diretamente relacionado à sua atividade profissional; necessidade do ASA conhecer melhor a área de trabalho, uma vez que este geralmente não reside no local onde trabalha, sendo mais demorado o acesso e controle do território através da criação de vínculos e do conhecimento dos problemas peculiares de cada domicílio e rua atendida; necessidade de educação em saúde para o morador, em que o ASA trabalha de forma criativa através de peças teatrais, músicas e animações diversas para sensibilizar os componentes dos domicílios quanto à

necessidade de um ambiente saudável e; problemas sócio-educacionais, os quais associados ao conhecimento obtido em curso de graduação, foram possíveis de serem trabalhados a partir da alfabetização de adultos e com isso ter ainda mais possibilidades de sensibilizar este grupo específico (modelo explicativo 5).

MODELO EXPLICATIVO 5

INFLUÊNCIA DA AÇÃO DO ASA ENQUANTO CIDADÃO NO ESPAÇO GEOGRÁFICO



Fonte: Trabalho de campo realizado entre março e novembro de 2007. Organizado por PEREIRA, MPB (2008)

As restrições relatadas pelos ASAs quanto à sua atuação como cidadão estão vinculadas à falta de recursos de órgãos indiretamente ligados à secretaria de saúde (EMLURB, COMPESA, por exemplo) dificultando ações relacionadas ao saneamento e manutenção da infra-estrutura em geral, o que resulta na manutenção de um ambiente vulnerável; à dificuldade de apoio na divulgação e criação de mecanismos que ao mesmo tempo sensibilize a população em relação à educação em saúde e gere renda, como é o caso de projetos de reutilização e reciclagem de materiais com vistas a retirar lixo do ambiente, mas que por falta de divulgação e de feiras itinerantes não tem uma propagação da idéia na íntegra; à falta de vínculo entre os ACS e ASAs, fazendo com que haja uma relação de desconfiança e estranhamentos, dificultando ações conjuntas e; falta de apoio por parte do próprio Distrito Sanitário em projetos de

educação em saúde que demandem verba ou tempo disponível para atividades educativas.

Assim sendo, observando os modelos explicativos relativos à influência da ação dos agentes de saúde enquanto profissional e cidadão no espaço geográfico, percebe-se que há diferenças tanto entre os programas quanto com relação à forma de inserção deste sujeito no espaço geográfico (trabalhador ou cidadão).

O ACS enquanto trabalhador possui pouca autonomia e maior limitação de recursos disponíveis, resultando em uma apropriação do território extremamente limitada. Já os ASAs, também exercendo o cargo de agente de saúde, possuem mais autonomia devido à diversidade de recursos e à maior variedade de problemas resolvidos.

Como cidadão ocorre o efeito contrário. Devido ao vínculo afetivo com a área de trabalho (pois o ACS mora onde trabalha) e ao maior engajamento político, os ACS têm mais autonomia tendo capacidade de resolver uma maior variedade de problemas, ainda que os recursos disponíveis tanto para o ACS quanto para o ASA sejam semelhantes.

c) Desenvolvimento da experiência com o espaço geográfico e representação do ambiente de trabalho:

Na análise do desenvolvimento da competência domínio da linguagem cartográfica no trabalho, a partir da experiência com o espaço geográfico e sua representação, considere-se como fator importante tanto o manuseio, devido a necessidade de se localizar e locar informações no mapa, como a própria elaboração do mapa, pois se considerando que há modificações no espaço geográfico, as atualizações são constantemente necessárias. Desta forma, considerou-se principalmente a dimensão objetiva ou técnica do domínio da linguagem cartográfica.

No que se refere ao manuseio, a análise permitiu observar a opinião do agente sobre a utilização dos mapas, estando a principal preocupação relacionada a identificar a maneira como ele utiliza e fala dos mapas.

Com relação à utilização dos mapas, durante a entrevista com grupo focal, os agentes da ESF afirmaram sua importância tanto para o controle do espaço quanto para localizar pontos de risco, enquanto os agentes do PSA afirmaram que utilizar os mapas se faz importante para o reconhecimento inicial da área, enfatizando a necessidade de atualização constante.

No que diz respeito à visita a campo com Larissa, Nâna, Germano e Severino Silva, foi possível observar que as idéias acima apresentadas estão presentes apenas parcialmente, pois o controle do território apontado pelos agentes da ESF não ocorre com o uso dos mapas, mas com a área que está em sua memória. Já com relação aos agentes do PSA, foi reforçada a idéia inicial de que eles utilizam o mapa para o reconhecimento inicial da área, no começo da atividade profissional, embora afirmem que não precisam de tal uso ao justificarem que “já têm o mapa na cabeça”, assim como os agentes da ESF.

Apesar de não estarem usando os mapas no seu dia-a-dia de trabalho, ao rever o mapa de suas áreas na ocasião desta pesquisa, os agentes Larissa, Germano e Severino Silva identificaram erros proporcionais de objetos no mapa. Este fato denota a capacidade dos mesmos de apropriação do território durante o exercício das atividades, em formar na mente um domínio ou controle espacial da área onde atuam.

Ainda sobre o desenvolvimento do domínio da linguagem cartográfica no ambiente de trabalho, os agentes foram questionados sobre a elaboração dos mapas. Inserido neste tema eles foram observados e inquiridos com relação à maneira como fala ou elabora o mapa; a classificação dos mapas quanto à projeção, assim como quanto à proporcionalidade, além da diversidade de elementos, que para o estudo foram agrupadas em categorias de elementos presentes. Os mapas considerados nesta etapa foram os desenhados livremente, uma vez que foi solicitado apenas que os agentes desenhassem sua área do jeito que se lembram.

Apesar de terem sido entrevistados seis agentes de saúde, quatro relacionados à visita na área e dois dos que participaram na entrevista com grupo focal (ACS em ação e Lampião) e a todos ter sido pedido o desenho do mapa, considerou-se para esta análise apenas os agentes com quem foi possível conviver na área de trabalho. Tal

escolha se justifica na medida em que a análise dos mapas mentais foi completada com outros tipos de informações, sendo possível uma análise mais condizente com a realidade. Para descrever o processo de elaboração dos mapas e seus comentários foi, portanto, analisado cada agente de saúde visitado em campo.

Larissa, para desenhar sua área de trabalho iniciou pela igreja, sendo este objeto uma das figuras mais destacadas no desenho. Logo em seguida afirmou que desenhou inicialmente a igreja porque a religião se constitui a coisa mais importante em sua vida, mas que não poderia esquecer do lixão, que é a parte mais problemática de sua micro-área. Também comentou que já havia elaborado um mapa mental da área no Curso de Técnico de Agentes Comunitários de Saúde. Esse fato contribuiu para que a elaboração do mapa neste momento fosse facilitada.

Nâna demonstrou uma enorme resistência para desenhar o mapa mental da sua área, afirmou inclusive que sempre que isso é necessário, se for possível, ela faz o trabalho em grupo para que um dos membros do grupo possa desenhar para ela. Durante a elaboração, Nâna reafirmou várias vezes que não sabia representar o que estava em sua mente.

Germano também demonstrou resistência para desenhar, ficou temeroso com o que ficaria representado, pois afirmou que não tinha essa habilidade. Disse que imagina a área, sabe chegar a qualquer lugar de olhos fechados, mas não sabe elaborar.

Por fim, Severino Silva, embora tivesse tido uma resistência inicial, pedindo, inclusive para fazer o mapa em casa, fez rapidamente o desenho do mesmo. Foi negada essa possibilidade ao agente devido a metodologia escolhida, segundo a qual todos os agentes deveriam elaborar no momento em que fosse pedido, sem auxílio do mapa técnico, e com um tempo médio semelhante para elaboração.

Quanto à projeção, como já mencionado no capítulo 2, foram observadas as várias perspectivas em que são vistos os objetos. Desta forma, ao observar as figuras, percebe-se que apenas as ACS desenharam objetos misturando pontos de vista (frontal e vertical) ao elaborarem seus mapas mentais, (figuras E e F). Já os ASAS desenharam seus mapas com ponto de vista vertical (figuras G e H) demonstrando maior familiaridade com o desenho técnico de mapas.

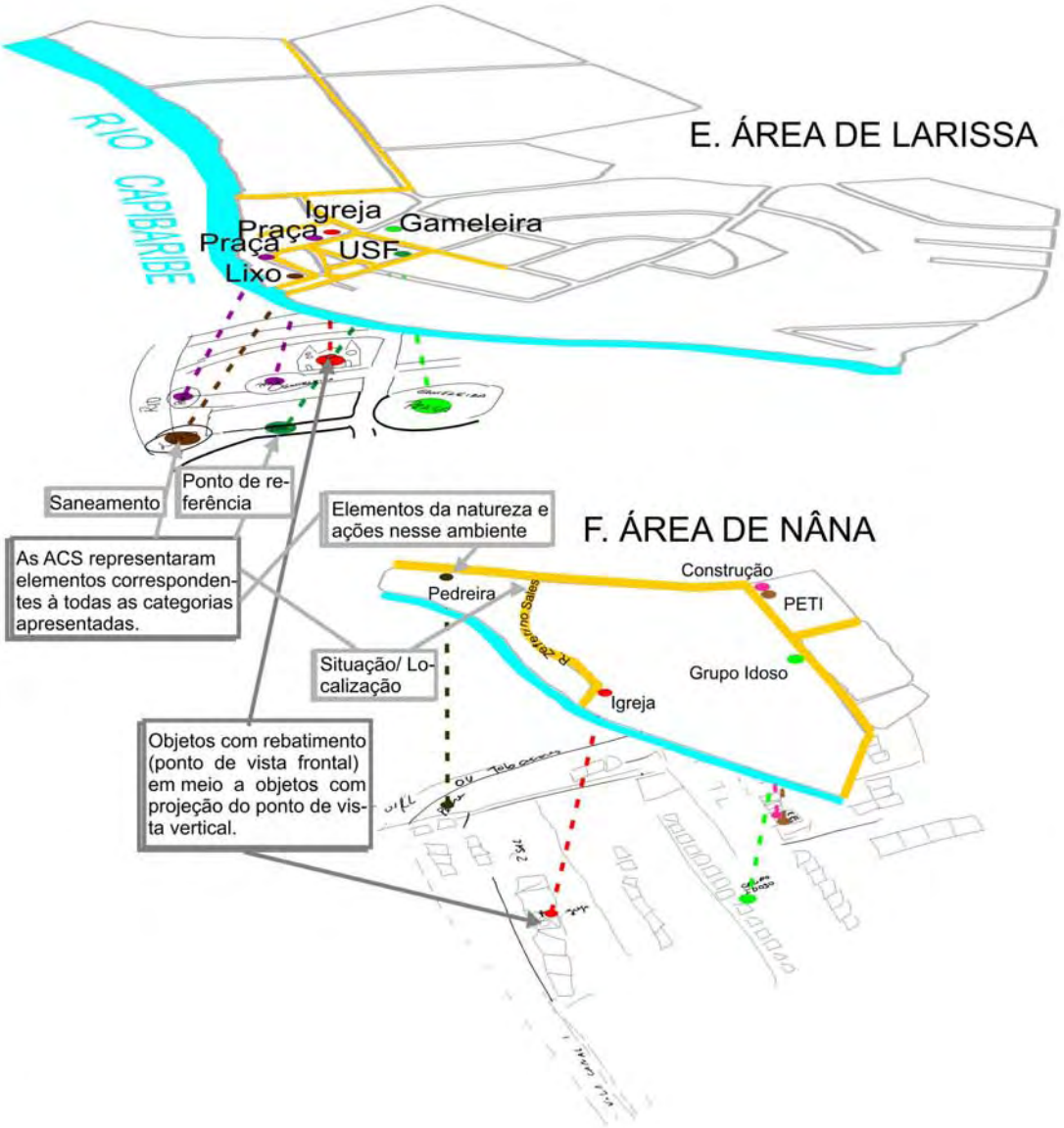
No que diz respeito à proporção, verifica-se a redução proporcional, quanto à situação dos objetos uns em relação aos outros, ou seja, é observada a localização relativa entre os elementos do mapa. Neste caso pode-se observar que, quanto mais perpendiculares forem as correspondências entre o mapa técnico e o mapa mental, mais proporcional será o desenho feito pelos agentes.

As ACS em geral atingiram certa proporcionalidade, tendo como base pontos de referência da vida cotidiana (figuras E e F). Os ASAs também atingiram a proporcionalidade, porém seus pontos de referência correspondem às quadras trabalhadas, e em alguns casos ocorreram distorções, como foi o caso de Germano quanto às quadras 16 e 17, e Severino na relação entre as quadras 4 e 11, que prejudicou a localização proporcional das quadras 1, 2 e 3 (figuras G e H). Pode-se inferir que a falta de pontos de referências da vida cotidiana, a menor familiaridade com a área de trabalho do que as ACS ou a extensão da área de trabalho tenham influenciado neste fator.

Com relação aos elementos presentes, os mapas foram classificados segundo os elementos neles predominantes, tais como saneamento, que agrega elementos como acúmulo de lixo; situação/ localização, que relaciona, por exemplo, a localização de quadras, ruas e números de quadras; elementos da natureza e ações no ambiente, em que se consideram a presença de árvores, rios, dentre outros e; pontos de referência, estando desta forma demonstrada através de elementos do uso do solo local.

As agentes da ESF elaboraram mapas que continham elementos que se enquadram em todas essas categorias (figuras E e F). Enquanto que os agentes do PSA preocuparam-se apenas com os elementos da situação/localização (figuras G e H).

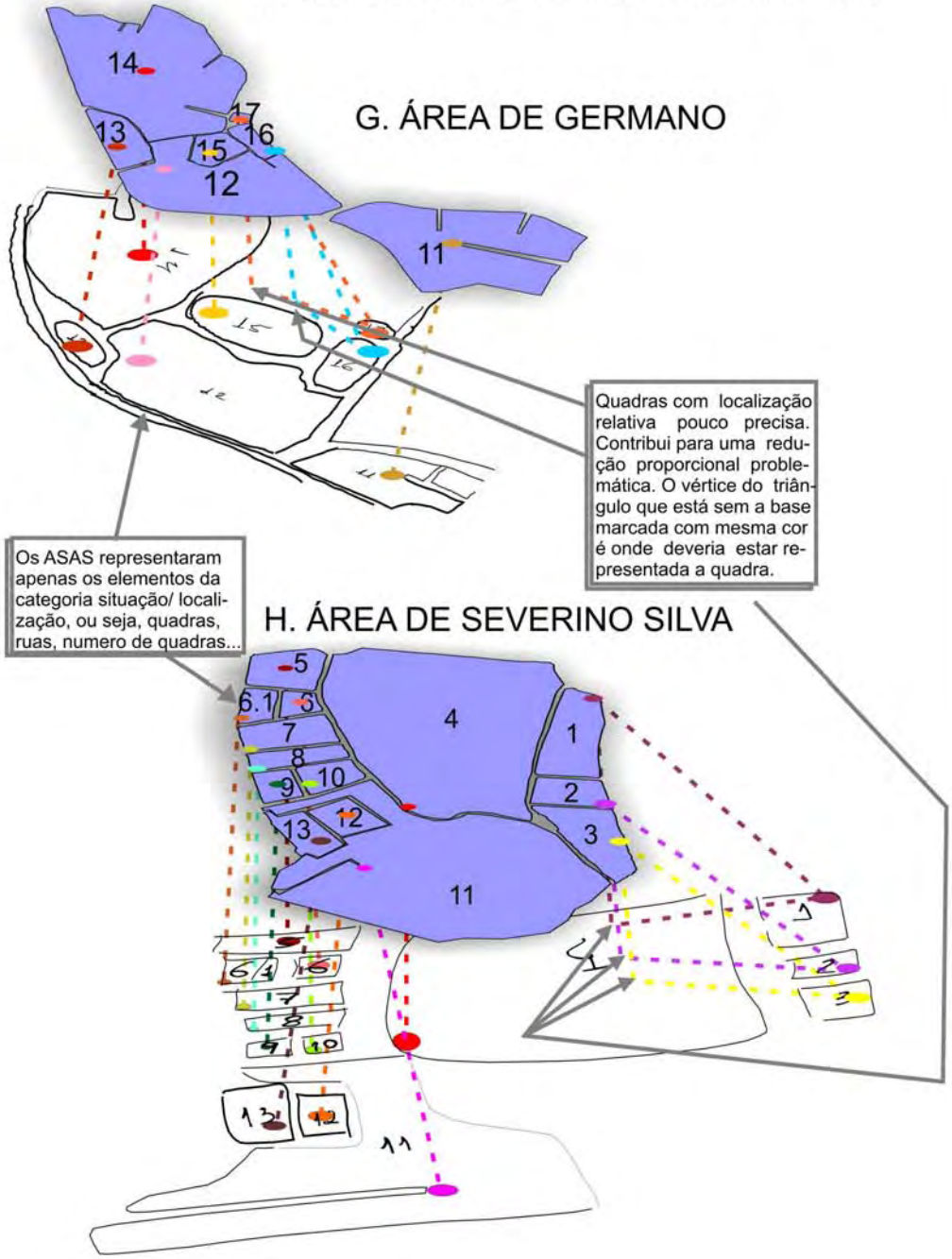
FIGURA E e F: Observações quanto ao domínio da linguagem cartográfica com relação à projeção, proporção e diversidade de elementos no mapa mental das áreas de Larissa e Nâna



FONTE: Base cartográfica do Centro de Vigilância Ambiental, 2007/ Trabalho de campo realizado em março e abril de 2007.

DESENHO E ORGANIZAÇÃO: PEREIRA, MPB/ DATA: Setembro de 2008.

FIGURA G e H: Observações quanto ao domínio da linguagem cartográfica com relação à projeção, proporção e diversidade de elementos no mapa mental das áreas de Germano e Severino Silva



FONTE: Base cartográfica do Centro de Vigilância Ambiental, 2007/ Trabalho de campo realizado em março e abril de 2007.

DESENHO E ORGANIZAÇÃO: PEREIRA, MPB/ DATA: Setembro de 2008.

Quanto à projeção, considerando que os desenhos das áreas de trabalho estariam mais adequados se representados do ponto de vista vertical, os agentes do PSA elaboraram melhor o mapa segundo a projeção, estando todas as perspectivas do ponto de vista vertical.

No que diz respeito à redução proporcional, tendo por base que os melhores mapas seriam os que conseguissem representar as áreas de trabalho com maior precisão quanto à localização relativa, os mapas elaborados pelas agentes da ESF estariam mais próximos da realidade.

E com relação à diversidade de elementos, as agentes da ESF obtiveram melhores resultados uma vez que esse item é o que mais se aproxima das questões subjetivas. Elas tiveram, assim, um melhor desempenho na representação por terem colocado elementos pertencentes a todas as categorias destacadas.

Percebe-se que o fato das ACS terem uma maior familiaridade com a área e sua área de trabalho abranger uma menor extensão que a área de trabalho do ASA traz como conseqüência a oportunidade de colocar um número maior de detalhes e seu interesse ser muito mais apurado quando se trata da comunidade em que trabalha. Sendo assim, a representação cartográfica dos ACS demonstra um maior domínio da linguagem cartográfica.

Contudo, quando se trata da projeção, o conhecimento adquirido em experiências anteriores com mapas, tanto no manuseio quanto na elaboração, permitiu ao ASA ter melhor desempenho quanto a esse item.

5.2.2 COMPETÊNCIAS DEMONSTRADAS EM UMA SITUAÇÃO DIRIGIDA

A experiência da situação dirigida através da entrevista com grupo focal fez emergir alguns aspectos importantes quanto às competências relacionadas ao conhecimento geográfico (domínio conceitual, autonomia e domínio da linguagem cartográfica).

Com relação ao “domínio conceitual” foi relevante a correlação feita pelos agentes de saúde sobre o ambiente e as condições de saúde. Tanto os agentes da ESF quanto do PSA associam o ambiente saudável à melhor qualidade de vida e da auto-estima, enquanto o ambiente insalubre está associado à piora da auto-estima, das

condições de saúde, à falta de saneamento e ao surgimento de atritos entre os moradores.

Contudo, diante da realidade de trabalho, esse ambiente saudável desaparece em meio a tantas evidências de um ambiente insalubre. Os agentes da ESF descreveram que visualizam no seu ambiente de trabalho problemas com o saneamento, situações que podem prejudicar o equilíbrio psicológico do morador, indícios de condições de vida precária e costumes que podem interferir no processo saúde-doença. A imagem visualizada pelos agentes do PSA não é tão diferente, eles detectam problemas com saneamento ambiental, uma paisagem natural sem conservação, indícios de condições de vida precária, costumes que podem interferir no processo saúde-doença e problemas que influenciam no equilíbrio psicológico do morador.

Com relação às imagens colocadas à disposição para eles (imagens pré-escolhidas pelos agentes na primeira etapa do trabalho de campo realizado com Larissa, Germano, Nâna e Severino Silva), os agentes de saúde já estavam direcionados a visualizar um ambiente insalubre, mas esta visão foi ainda mais reforçada com a descrição elaborada por eles, uma vez que, num primeiro momento, não foi apresentada a descrição das fotos feita pelos agentes de saúde na área de trabalho (fotos 37 e 38).

37. Esgoto no quintal.
Local: Caranguejo/Tabaiares
Data: 19/03/2007.
Foto: Severino Silva.

38. Lixo acumulado próximo ao teto.
Local: Caranguejo/Tabaiares
Data: 29/03/2007.
Foto: Nâna.

No que diz respeito à foto 37, segundo os próprios ACS, eles a escolheram devido estar associado a um meio ambiente de doenças. As pessoas nele inseridas não

respeitam o meio ambiente, não têm orientação, não têm perspectiva de mudanças, não têm consciência em relação à reciclagem e sofrem com a falta de auto-estima.

Já com relação à foto 38, os ASAs escolheram esta imagem porque ela quebra o ciclo de vida de um produto (uso – destinação – lixo), pois para eles o lixo passou a servir como sustentação de um telhado. Para os ASAs o tema que permeia a foto seria a "reciclagem", tendo como temas principais a sobrevivência e a miséria.

Algo que atrai a atenção dos agentes de saúde em geral é a questão do lixo reciclável, que nos dois casos não teve a destinação que os agentes entendem como a certa, sendo, portanto, alvo de crítica.

Depois de apresentadas as descrições de cada foto[20], que foram elaboradas pelos próprios agentes de saúde que registraram a imagem, as palavras associadas à foto 37 foram: miséria, doença, poluição, descaso, falta de saneamento, ceticismo, morte, auto-estima baixa, desumanização, analfabetismo e detritos. Já com relação à foto 38 foram: artístico, polêmica, debate, surreal, impactante, criativo e ilógica.

Percebe-se que em geral eles apresentam como alvo de crítica os próprios moradores, quando falam sobre a falta de consciência, e o governo, ao falarem sobre o analfabetismo, a falta de saneamento e a miséria.

Ainda no contexto da situação dirigida, porém agora em relação à competência autonomia, foi importante perceber que há consciência por parte dos agentes quanto ao que é possível resolver na condição de um agente de saúde. Desta forma, ao escolherem o tema e o problema a serem resolvidos, os ACS o fizeram devido ser um tema de possível resolução pelos agentes de saúde, ser o problema mais comum no dia-a-dia deles e estar relacionado a condições de vida precária. Os ASAs escolheram seu tema e problema porque queriam aproveitar uma situação real, pela importância para o meio ambiente e por estar de acordo com a necessidade do local (quadro 30).

---

[20] FOTO 37= Comentário de Severino Silva: "Esta água (esgoto) deveria escorrer para o rio, mas está obstruído devido este lixo".
FOTO 38= Comentário de Nâna: "O menino é deficiente mental, quando está sem remédio ou a medicação não está mais adequada ele pega coisas na rua e coloca tudo na parede, dentro de casa. Isso traz problema para família porque traz angústia, o lixo traz rato, barata e aí traz outras doenças".

QUADRO 30
TAREFA PARA O GRUPO SOBRE AUTONOMIA

TEMA DO PSF: 6. Doenças relacionadas às condições de vida	
PROBLEMA: Mais comuns são: verminose, micose, diarréia e IRA.	
O QUE FAZER?	Orientação nas visitas e palestra
COMO FAZER?	Com cartazes e folhetos, teatros
QUAIS OS LIMITES?	Poluição do ar, saneamento, etc.
QUAIS AS POTENCIALIDADES	Associações, ONG, clubes de mães, orçamento participativo e distrito sanitário.
QUEM FAZ? QUANDO?	ACS nas visitas, palestras e enfermeiras nas visitas e os médicos e outros órgãos públicos.
COM QUE RECURSOS	Verba pública e conscientização da comunidade.
TEMA DO PSA: 3. Meio Ambiente	
PROBLEMA: Contaminação do lençol freático por óleo comestível	
O QUE FAZER?	Conscientizar a população a coletar, armazenar o óleo residual
COMO FAZER?	Recolher junto à comunidade o óleo em questão
QUAIS OS LIMITES?	A consciência ambiental da população e o transporte
QUAIS AS POTENCIALIDADES	A oferta de matéria-prima.
QUEM FAZ? QUANDO?	A comunidade coleta e o agente orienta o fabrico uma vez por semana.
COM QUE RECURSOS	Recursos próprios, ou seja, autogerência.

Fonte: Trabalho de campo realizado em agosto de 2007. Atividades específicas sobre as competências do agente de saúde da ESF e do PSA, na cidade do Recife. Total de respondentes: 11./ Organizado por PEREIRA, MPB (2007)

Em termos de viabilidade do projeto, os agentes do PSA conseguiram dimensionar melhor todos os itens e neste caso teriam uma maior autonomia e estariam no nível de interação complexa. Além do mais, de acordo com relatos dos agentes do PSA, esse projeto já está sendo implantado, portanto há um dimensionamento real nessa construção teórica.

Individualmente, os agentes da ESF escolheram temas variados para buscar uma resolução (saneamento ambiental, infra-estrutura, doenças relacionadas aos costumes), já os agentes do PSA escolheram ‘doenças relacionadas ao meio ambiente’ e a temática ‘violência’.

Dentre os temas tratados, a relação entre escala e autonomia chamou a atenção devido o agente de saúde, tanto da ESF quanto do PSA, de fato ter demonstrado a consciência do que é possível realizar no espaço geográfico em que atuam (quadro 31).

QUADRO 31
RELAÇÃO ENTRE ESCALA E AUTONOMIA

GRUPO DE AGENTES DA ESF E PSA	GRUPO DE AGENTES DO PSA
Tem situação que tem como desenvolver um trabalho na comunidade, como é o caso da fabriqueta de sabão, os outros a gente fica só no debate porque fica mais difícil levar adiante. Então essa é a contribuição do agente de saúde para um mundo melhor	Enquanto agente de saúde, enquanto indivíduo eu posso trabalhar com o óleo comestível, mas outras coisas como o biodiesel, isso passa por uma escala maior, uma escala de uma empresa.
	Tudo o que você puder fazer pra eliminar o impacto no ambiente ta valendo. Não importa se o pessoal fica pensando que o planeta vai acabar ou sobre a camada de ozônio. Eu to com os pés no chão e estou aqui nesse pedacinho, vou trabalhar com o sabão que é melhor, que eu alcanço, é o que minha mão dá pra chegar, eu não posso dar um salto maior do que minha perna alcança.

Fonte: trabalho de campo realizado em agosto de 2007. Entrevista com grupo focal com agentes da ESF e PSA,. na cidade do Recife. Total de respondentes: 11/ Organizado por PEREIRA, MPB (2008)

Sobre o domínio da linguagem cartográfica foram apresentados aos agentes de saúde os mapas direcionados, ou seja, os mapas em que foi pedido que os agentes Larissa, Germano, Nâna e Severino Silva desenhassem todos os elementos da área que pudessem ser tido como risco, o nome das ruas, número de domicílios atendidos e informações sobre a área de trabalho. Os mapas escolhidos pelos agentes de saúde foram aqueles elaborados pelas ACS Nâna e Larissa.

Os ACS escolheram o mapa elaborado por Nâna devido a presença de códigos de doenças característicos de uma área pertencente a um ACS. Os elementos observados foram exatamente os nomes de doenças e dentre eles o grupo apontou que os elementos melhor representados foram a hipertensão, diabetes, alcoolismo e os usuários de drogas. Com relação aos elementos que faltaram, citaram as crianças menores de cinco anos, as gestantes, deficientes mentais, hanseníase, número de idosos e de tuberculosos. Os elementos que podem ser considerados como fatores que interferem na saúde seriam as condições sócio-econômicas, emocional e educacional.

Os ASAs escolheram o mapa elaborado por Larissa, a justificativa de escolha é que este mapa estava melhor elaborado. Os elementos visualizados foram as ruas, a igreja, a praça, a presença de lixo, a árvore, o bar e o rio. Este grupo não mencionou quais os elementos melhor representados. Como outros elementos que deveriam estar presentes no mapa mental, apontaram a referência geográfica, um museu e a escola. Com relação aos elementos que podem ser considerados fatores que interferem na

saúde da população eles apontaram o rio poluído pelo lixo, as doenças relacionadas ao lixo, no caso, as zoonoses e doenças de veiculação hídrica.

Pelo que se percebeu é importante para o ACS a localização, discriminação e quantificação das doenças em determinada área geográfica. Já os ASAs se preocupam mais com a organização dos elementos visualmente presentes no território, os pontos de referência, a orientação norte e sul e a proporção (ao discutirem sobre a importância ou não da escala e orientação geográfica).

5.3. ORIGENS E NUANÇAS DAS COMPETÊNCIAS SOCIAIS E SUAS INFLUÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO CONHECIMENTO GEOGRÁFICO

A elaboração deste capítulo fez emergir dois fatores importantes para entender um pouco da trajetória do desenvolvimento do conhecimento geográfico com base na observação das competências sociais. Inicialmente foi necessário entender os principais fatores que influenciaram no desenvolvimento dessas competências a partir do entendimento das motivações do agente de saúde para o trabalho. O segundo fator esteve relacionado às nuanças dessas competências com relação a temas específicos e formas de desenvolvimento de cada competência a partir de caminhos diversos.

5.3.1 DA FAMÍLIA AO TRABALHO: FATORES DE FORMAÇÃO DO SUJEITO AGENTE DE SAÚDE

Ao mencionar sobre os fatores de formação do sujeito agente de saúde, uma das primeiras preocupações diz respeito à sua motivação para o trabalho. Recorrendo à afirmação de Alles (2006a) quanto à motivação, diz-se que o sujeito está motivado por alguma coisa quando está sempre fazendo ou pensando sobre determinada atividade. Neste caso, as situações têm relação com os traços de personalidade, experiências vivenciadas e fatores ambientais.

De acordo com os sujeitos estudados, a origem inicial de características compatíveis com as situações de trabalho remete aos valores passados pela família, como o respeito, a paciência e a facilidade de se comunicar, ou, em outras palavras, a habilidade de lidar com o público. Estas são as qualidades que convergem para os agentes da ESF e PSA, formadoras das características pessoais dos agentes e

valorizadas pelos mesmos quanto ao perfil do bom profissional. Com relação a esses traços de personalidade, percebe-se que a existência destes auxilia no desenvolvimento da autonomia, pois facilita o acesso, a negociação de parcerias e a conseqüente transformação da realidade local.

Com relação às experiências anteriores vivenciadas, há dois pontos de convergência com a teoria de Birch & Veroff (1970) sobre a motivação. Quando estes autores fizeram seus estudos com humanos e animais através de pesquisa experimental colocaram a disponibilidade e o incentivo como determinantes da motivação.

A disponibilidade seria um indicador da possibilidade de uma determinada ação devido à adoção de um hábito ou a partir de uma situação-estímulo.

No que diz respeito ao incentivo, tem-se como pressuposto que, ao escolher determinada ação, o indivíduo pensa nas conseqüências desta ação. Desta forma, quando um indivíduo está livre para escolher, ele tanto busca determinadas conseqüências, configurando-se num incentivo positivo, quanto evita esta busca, o que representa um incentivo negativo.

Assim sendo, ao buscar experiências de trabalhos anteriores dos agentes de saúde, parte deles já havia feito algo semelhante, caracterizando a escolha de realizar a atividade por já ter atuado em alguma coisa parecida, seja quanto ao contato com conteúdos temáticos semelhantes ou ao contínuo desenvolvimento de uma mesma característica pessoal. Isso está relacionado ao hábito.

Quanto à situação-estímulo, ela caracterizou-se pela oportunidade da realização do concurso no qual o agente de saúde apresentou como razões para a escolha o fato de estar desempregado, já ter tido uma experiência de trabalho semelhante, ter afinidade com o trabalho como agente (características pessoais compatíveis) ou necessidade de estabilidade, intrinsecamente relacionada com a questão do desemprego.

No que diz respeito ao incentivo, observou-se pelo menos um exemplo de incentivo positivo, isso ocorreu quando o agente Germano afirmou que a possibilidade de lidar com o público influenciou na opção pelo concurso, apesar de não ter sido o fator principal para tal escolha.

A partir dos exemplos citados, as experiências anteriores vivenciadas, demonstradas através da disponibilidade (hábito e situação-estímulo) e do incentivo demonstram um claro desenvolvimento anterior de um domínio conceitual para realizar determinada ação. E esta ação desencadeará em novos ciclos de desenvolvimento do domínio conceitual, seja através da revisão de conteúdos para concurso, das capacitações ou das possibilidades de reviver situações práticas que acrescentem uma experiência ainda mais consistente.

Os fatores ambientais que influenciam na motivação estão relacionados ao que foi vivenciado pelo agente em um determinado momento, fato que se configura em um interesse recorrente resgatado por uma situação dirigida, ao que está sendo experimentado fora do ambiente de trabalho ou ainda vivenciado na prática deste ambiente.

No que diz respeito à situação dirigida, percebeu-se que as situações de trabalho, os sentimentos, as condições de vida, as circunstâncias que interferem positivamente na saúde e a reivindicação de direitos faz parte dos interesses recorrentes desses agentes de saúde.

Com relação aos interesses dos agentes fora do âmbito do trabalho, apesar de haver concordância com Jameson (2004) ao afirmar que se vive atualmente o momento da sociedade da imagem, estando a televisão incluída nessa conjuntura, foi inquietante a contradição entre o tipo de informação que os agentes mais procuram (temas gerais, atualidades, religião, qualidade de vida, saúde e educação) ser, em geral, diferente da informação que eles têm mais acesso e mais utilizam através da televisão (política, telejornal, filmes, telenovela, qualidade de vida, musicais, história, documentários e desenho animado).

No âmbito do trabalho, os assuntos recorrentes entre os agentes foram os graus de autonomia no trabalho, as opiniões ou temas pessoais, as questões disciplinares, as situações que interferem na saúde e a relação ensino-aprendizagem.

Desta forma, os fatores ambientais que influenciam na motivação têm relação com questões diretamente relacionadas ao trabalho (domínio conceitual e vivência prática) e sentimentos quanto a determinadas situações vivenciadas, os quais incluem a necessidade de mais conhecimento, autonomia, melhores condições de vida para a

população atendida, dentre outras coisas. Os fatores ambientais influenciam diretamente tanto na competência domínio conceitual quanto na autonomia, tendo por conseqüência a capacidade de melhorar o domínio da linguagem cartográfica, tanto subjetivamente quanto tecnicamente.

A partir desses resultados, percebeu-se que os agentes escolhidos para esta pesquisa, por se destacarem em pelo menos uma competência social, estão fortemente motivados, seja por questões pessoais ou de trabalho. Conforme já referido, os agentes da ESF estão mais motivados por questões pessoais, voltados aos interesses da comunidade e de segmentos da mesma. Já os agentes do PSA estão mais motivados em desvendar e contribuir para uma prática da saúde coletiva com melhor qualidade, ficando o desafio de saber como esta motivação tem sido utilizada quando se trata de observar diretamente as competências sociais desenvolvidas pelos agentes de saúde dos dois programas.

5.3.2 A DIVERSIDADE DE APRENDIZADOS A PARTIR DAS COMPETÊNCIAS SOCIAIS RELACIONADAS À GEOGRAFIA

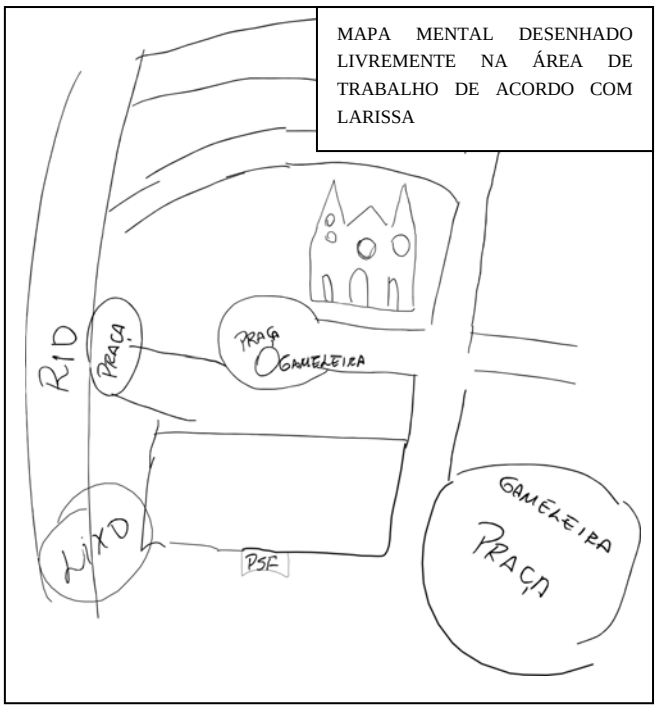
Ao aceitar a afirmação de que a motivação é impulsionadora das outras competências sociais e que estas dependem de traços de personalidade, experiências anteriores vivenciadas e de condicionantes ambientais, de acordo com o que já foi observado tanto neste como no segundo capítulo, as competências sociais se expressam a partir de nuanças diferenciadas e influenciadas por estes fatores.

Se for considerado o fator representação, percebe-se que estas se apresentam de forma diferenciada quando se consideram os agentes de saúde. Dentre os temas presentes, o tema lixo destacou-se por estar presente tanto no discurso dos agentes da ESF quanto do PSA. O discurso sobre esse tema sob o ponto de vista dos ACS e ASAs esteve relacionado tanto à algo que denota risco à saúde quanto à sua capacidade de reutilização, seja para gerar renda e/ou arte. Os ACS também associaram o lixo a uma política ausente quando se trata de uma ação efetiva com lixo reciclável, enquanto os ASAs apenas associaram a problemática do lixo aos hábitos dos moradores.

Entre esses agentes de saúde destacou-se a ACS Larissa, pois representou o tema em todas as formas de coleta de informações utilizadas com a mesma. Esta apresentou

seu posicionamento com relação ao lixo, especialmente sobre o lixo acumulado para reciclagem dentro de sua microárea (esquema 1).

ESQUEMA 1
REPRESENTAÇÃO SOBRE O LIXO RECICLÁVEL NA MICROÁREA DE LARISSA DO PONTO DE VISTA DA PRÓPRIA ACS, EM ABRIL DE 2007, NA LOCALIDADE POÇO DA PANELA, RECIFE – PE



MAPA MENTAL DESENHADO LIVREMENTE NA ÁREA DE TRABALHO DE ACORDO COM LARISSA

20. Acúmulo de lixo para reciclagem.
Local: Poço da Panela
Data: 16/04/2007.
Foto: Larissa.

MAPA MENTAL COM A LOCALIZAÇÃO DE PROBLEMAS NA ÁREA DE TRABALHO DE ACORDO COM LARISSA

DISCURSO SOBRE A PRESENÇA DE LIXO RECICLÁVEL DO PONTO DE VISTA DE LARISSA:

a) Algo que traz risco à saúde:
"*É uma área de risco porque tem muito lixo, e esse lixo invade as casas. No local tem fedentina, rato, escorpião, mosca à vontade, tudo. O catador ta lá catando lixo, pegando tudo com a mão, separando esse lixo com a mão, não tem luva, não tem bota, não tem nada. Trabalha com ferida nas pernas, tem cansaço, escabiose e estomatite. Dá muito problema. É um desafio pregar saúde ali, onde as pessoas juntam lixo pra fazer coleta seletiva, entendeu?*"

b) É um problema devido à ausência de uma política efetiva:
"*Eu estimulo a coleta seletiva apenas enquanto prefeitura porque eu acho que a coleta seletiva deixa muito a desejar. Apesar de a prefeitura fazer essa coleta, ela não faz uma coisa contínua. Os órgãos insistem muito na coleta seletiva, mas eles não dão condição ao catador. É meio complicado estimular e não apoiar.*"

Desde o primeiro encontro com Larissa, houve preocupação em falar sobre o tema lixo. Este é entendido como um problema devido tanto fornecer risco à saúde quanto por precisar de um apoio mais efetivo dos órgãos da prefeitura e este não estar sendo realizado. Desta forma, a agente toma um posicionamento contra a catação de lixo reciclável enquanto cidadã, em detrimento do que fala enquanto representante do poder público municipal. Este posicionamento se expressa na fala, no mapa e através da imagem fotográfica.

Quando elaborou os mapas, um dos seus comentários foi sobre o lixo. A foto 20 foi uma das escolhidas pela ACS como a que representa um dos maiores problemas do local de trabalho. Essa foi a primeira imagem fotográfica registrada pela agente de saúde, demonstrando um pouco da prioridade dada a esse tema. Além do lixo acumulado, havia no local uma criação de porcos, entulhos, e a rua não tinha calçamento, mas o tema lixo foi o foco principal da agente de saúde. A segunda preocupação da ACS foi com relação ao ambiente ser considerado por ela um local inseguro, tanto que ao perguntarem sobre a presença do estranho (o pesquisador), Larissa respondeu que se tratava de uma sobrinha que estava fazendo um trabalho para a escola. Outro indício de ser um ambiente inseguro é que antes de registrar a imagem fotográfica Larissa explicou sobre a necessidade, e de maneira sutil pediu permissão para fotografar.

Os outros agentes de saúde de fato não estavam preocupados com esse aspecto do lixo reciclável. E quando falaram sobre o mesmo, destacaram sua utilidade como fonte alternativa de renda (ACS Estrelas) e de possibilidade de utilização como matéria-prima para elaborar algo considerado por eles como artístico, seja uma escultura ou uma maquete (ASAs Pedro e Severino Silva).

Percebe-se que a capacidade e a maneira de observar o elemento lixo sofrem mudanças de acordo com a concepção pessoal do agente, das experiências vivenciadas em que o lixo esteve envolvido e com o ambiente em que o agente de saúde trabalha atualmente.

Outra maneira de perceber as nuanças dessas competências foi observada quando se fez a descrição sobre o desenvolvimento das competências relacionadas à Geografia no ambiente de trabalho e na situação dirigida.

Observou-se, em relação ao domínio conceitual, que os principais temas (doenças referidas e saneamento) e os níveis de observação (corpo e peridomicílio) estiveram sempre de acordo com o que está sendo cobrado a cada um diretamente, seja ACS ou ASA.

No que diz respeito à autonomia, percebeu-se que a autonomia intelectual depende do domínio conceitual no sentido do agente de saúde ter uma maior oportunidade de perceber um número maior de problemas, de entender como ocorre a melhor acessibilidade a pessoas, coisas e relacionamentos para o exercício de uma multiterritorialidade articulada. Essa autonomia intelectual também depende da iniciativa e capacidade de planejamento para traçar os caminhos a seguir. Contudo, na prática, a autonomia se revela muito dependente do acesso a recursos, seja através do poder público ou outras parcerias.

Com relação ao domínio da linguagem cartográfica, foi interessante a diferença entre os programas no sentido de que os ACS desenham um mapa mais detalhado no que diz respeito a ressaltar os pontos de referência e elementos da paisagem em geral, enquanto que os ASAs comumente limitam-se a desenhar as quadras e os números de quadras. Não obstante, ao participarem da entrevista com grupo focal, os ASAs presentes criticaram severamente os mapas elaborados por seus colegas de trabalho devido não haver informações referenciais que permitam ao observador ter uma localização relativa dos seus elementos.

A prática de trabalho faz emergir não apenas os fatores que auxiliam no desenvolvimento, mas apontam para algumas possibilidades de entraves, sejam eles na área do domínio conceitual, na hierarquia, na liberação de recursos e no próprio ambiente em que eles trabalham.

Uma terceira forma de observar essas nuanças seria através da comparação de cada agente de saúde pesquisado com a matriz de competências e habilidades sociais nos seus variados níveis (quadro 32).

No que diz respeito à motivação, a maioria dos agentes de saúde é motivada pelo trabalho num nível de interações complexas. Neste caso apenas Nâna não se apresenta como fortemente motivada pelo trabalho. Uma das possíveis razões foi apresentada na fala durante a entrevista e do comportamento desta ACS sobre a dificuldade em se inserir na concepção da ESF, desta forma, faz o que lhe é solicitado e até percebe algumas relações, mas esse processo não é natural para ela, requer muito esforço.

Com relação às características pessoais, é importante salientar a respeito das características que interferem negativamente, pois, ao estar em negro o nível (quadro 32), significa que não foi observada nenhuma característica ruim que pudesse comprometer no desenvolvimento de competências e habilidades, configurando-se como uma boa avaliação do agente de saúde.

Neste caso, apenas Severino Silva e Sarah apresentaram um nível intermediário (nível de relações e sínteses) com relação a essa competência, o que neste caso seria ruim. Esta situação é possível de ser explicada devido os agentes não serem moradores da área de trabalho e este ambiente ser considerado por muitos (funcionários do DS IV e pessoas com cargo de confiança) como um ambiente inseguro e difícil de trabalhar, fazendo emergir medos, inseguranças e outros sentimentos que não seriam aceitos para o perfil de um agente.

Com relação ao Domínio conceitual, apenas Pedro e Nâna apresentaram um nível de relações e sínteses (intermediário) quanto ao vocabulário e à associação do conceito com o ambiente de trabalho. Essa situação se explica em relação a Pedro devido suas atividades estarem muito mais voltadas para a arte, no qual inserido nesse contexto o ASA trabalha a questão ambiental. No que diz respeito a Nâna, a explicação está relacionada ao seu trabalho na pastoral da criança, no qual exerce uma atividade bem parecida, mas que lhe dá muito mais prazer do que o trabalho como ACS. Desta forma, observou-se que devido a um foco maior em outras atividades, essas habilidades não estariam desenvolvidas em sua plenitude. Ainda inserido no Domínio Conceitual, a habilidade comunicação se apresentou em um nível intermediário apenas para Josué de Castro devido sua dificuldade de falar em público e ao seu envolvimento muito forte com questões teóricas. A combinação destes fatores demonstrou comprometimento na forma de repassar esse conhecimento que por um lado demonstrou não se adequar a

todos os tipos de pessoas atendidas e por outro por não permitir que, apesar de estar tão envolvido com o conhecimento relacionado ao cargo que exerce, se envolva com atividades amplas no local de trabalho.

QUADRO 32
COMPARAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE CAMPO DE CADA AGENTE DE SAÚDE COM A MATRIZ

DS	AGENTE DE SAÚDE	COMPETÊNCIA SOCIAL													
		MOTIVAÇÃO				CARACTE-RÍSTICAS PESSOAIS		DOMÍNIO CONCEITUAL			AUTONOMIA			DOM. LING. CARTOGRÁ FICA	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
I	Regina														
I	Lampião														
II	Alecsandra														
II	Estrelas														
II	Josué de Castro														
III	Larissa														
III	Germano														
III	Pedro														
IV	Nâna														
IV	Vitória														
IV	Severino Silva														
IV	Sarah														
IV	Poeta														
V	Tinhão														
V	Max														
VI	ACS em ação														

OBS.: É necessário reler a matriz (quadro 1) que está apresentada no capítulo dois deste documento para proceder à comparação/ Elaborado por PEREIRA, MPB (2008).

Legenda:

HABILIDADES DE CADA COMPETÊNCIA SOCIAL					
01	Poder	**06**	Que interfere negativamente	**11**	Acesso à área
02	Pertencimento	**07**	Vocabulário	**12**	Transformação da realidade local
03	Trabalho	**08**	Associação do conceito com o ambiente de trabalho	**13**	Manuseio do mapa
04	Ética	**09**	Comunicação	**14**	Elaboração do mapa
05	Que interfere positivamente	**10**	Iniciativa	**-**	-

NÍVEIS OBSERVADOS DE CADA HABILIDADE INSERIDA NA COMPETÊNCIA SOCIAL	
	Não foi possível observar essa habilidade
	Nível elementar
	Nível de relações e síntese
	Nível de interações complexas

No que diz respeito à autonomia, é importante salientar que ela foi demonstrada tanto enquanto profissional como enquanto cidadão e neste momento considerou-se a autonomia enquanto profissional. Dessa maneira, quando se tratou da iniciativa, os profissionais Nâna e Severino Silva demonstraram respectivamente o nível elementar e de relações e síntese devido ter-se percebido durante o trabalho de campo uma

dependência muito forte das decisões dos seus superiores para agir. Nâna só podia sair da USF depois que a enfermeira traçava o roteiro de visita do dia, enquanto Severino, que demonstrou certa autonomia no sentido intelectual (ele pensou todo o roteiro de forma independente); na prática precisou da concordância total de seu supervisor para proceder à saída ao campo. Não se estaria esperando uma insubordinação profissional, mas que houvesse maior independência por parte desses profissionais no sentido de poderem se planejar e sair a campo para, posteriormente, relatarem, sem problemas aos superiores hierárquicos mais diretos (enfermeiro e supervisor), o ocorrido em campo, fato que se fez presente com os outros agentes de saúde.

Do que pode ser percebido na competência Domínio da Linguagem Cartográfica quanto ao manuseio, todos os agentes demonstraram saber manusear o mapa. Porém, quando se considerou a elaboração, devido ter-se três parâmetros definidos para a análise (projeção, redução proporcional e diversidade de elementos) e ser considerado como o melhor nível os agentes que atendessem esses três requisitos, nenhum conseguiu atingir o nível de interações complexas, e as ACS atingiram melhor nível devido conseguirem se sobressair melhor com relação à redução proporcional e à diversidade de elementos.

Percebe-se que as nuanças emergidas a partir da comparação do desempenho pessoal com a matriz estão muito relacionadas à motivação. Em geral, os agentes de saúde que demonstraram forte motivação em todas as suas habilidades (poder, pertencimento, trabalho e ética) e não tiveram observações com relação às características pessoais que interferem negativamente, foram os que demonstraram melhores desempenhos quanto às outras competências (domínio conceitual, autonomia e domínio da linguagem cartográfica).

Por fim, essas nuanças também podem ser observadas quando se analisa a representação da distribuição das competências dos agentes de saúde, do ponto de vista dos enfermeiros e supervisores, para a cidade do Recife por distritos sanitários.

Percebe-se que as várias facetas da cidade tanto no sentido dos objetos quanto das ações propiciam o desenvolvimento das competências sociais dos agentes de saúde de forma diferenciada. Considerando os agentes de saúde que se destacam nas

competências domínio conceitual e autonomia (competências diretamente relacionadas ao conhecimento geográfico), de acordo com a opinião de enfermeiros e supervisores, estes estão distribuídos em três grupos. O primeiro se destaca pela autonomia, nos distritos I e VI; o segundo grupo se sobressai pelo domínio conceitual, nos distritos II e III; já o terceiro grupo se evidencia tanto pelo domínio conceitual quanto pela autonomia, e, por conseqüência, teriam um melhor domínio da linguagem cartográfica (mapa 20).

A partir da organização dessas informações em dados numéricos por programa de saúde e por distrito percebe-se que no DS II há correspondência de predominância para os dois programas dos agentes que foram destacados simultaneamente nas duas competências sociais (18,52% e 25%). Já no DS III há correspondência de predominância para os dois programas dos agentes que foram destacados com relação ao domínio conceitual (41,46% e 27,58%). Em termos de porcentagem, o DS III é o que detém o maior número de agentes de saúde que desenvolveram o domínio conceitual (quadro 33).

QUADRO 33

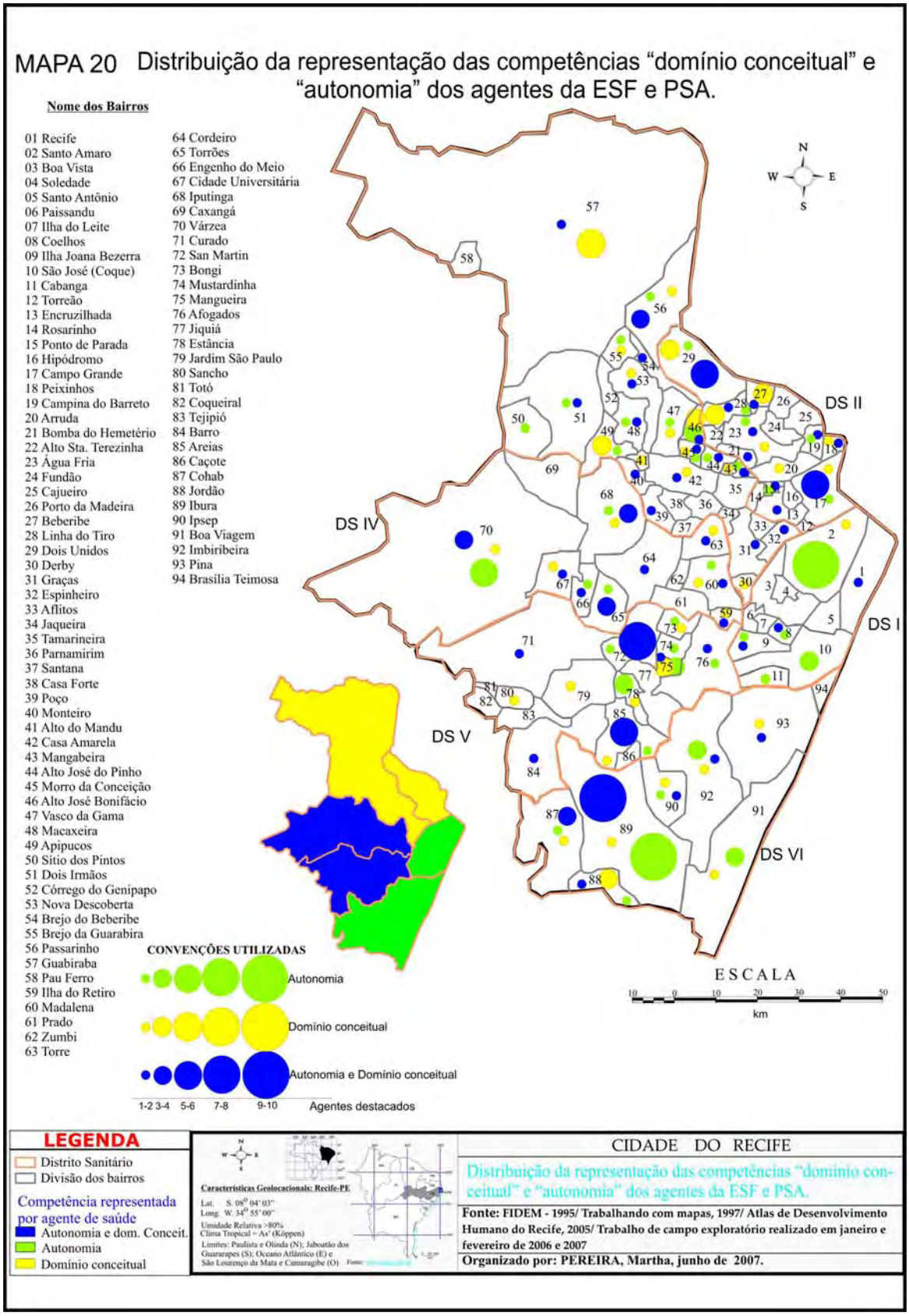
AGENTES DE SAÚDE DA ESF E PSA POR DISTRITO SANITÁRIO, POR PROGRAMA E POR COMPETÊNCIA SOCIAL[21]

COMPETÊNCIA	AUTONOMIA				DOMÍNIO CONCEITUAL				OS DOIS			
PROGRAMA	ESF		PSA		ESF		PSA		ESF		PSA	
DS	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%
I	18	24,65	1	4,35	1	2,44	0	0	1	1,85	3	5,77
II	9	12,33	1	4,35	2	4,88	4	13,79	10	18,52	13	25
III	12	16,43	5	21,74	17	**41,46**	8	27,58	10	18,52	11	21,15
IV	6	8,22	8	34,78	2	4,88	4	13,79	13	24,07	8	15,38
V	13	17,81	1	4,35	4	9,76	4	13,79	11	20,37	6	11,54
VI	15	20,55	7	30,43	5	12,19	9	31,03	9	16,66	11	21,15
TOTAL	73	100	23	100	41	100	29	100	54	100	52	100

Fonte: Trabalho de campo exploratório realizado entre Janeiro e Fevereiro dos anos de 2006 e 2007/ Elaborado por PEREIRA, MPB (2007).

Neste caso, as experiências vivenciadas em cada localidade e as características atuais do ambiente em que vivem e/ou trabalham os agentes de saúde são os fatores mais influentes para se inferir que tais competências sociais tenham se desenvolvido de forma predominante.

[21] No total foram 199 destaques para os ACS e 146 ASAS evidenciados. Porém, neste caso, foram considerados apenas os que se destacaram na autonomia, no domínio conceitual ou nessas duas competências simultaneamente, deixando de lado as competências características pessoais, motivação e domínio da linguagem cartográfica, ainda que estivessem presentes nas situações acatadas.


MAPA 20 Distribuição da representação das competências "domínio conceitual" e "autonomia" dos agentes da ESF e PSA.
Nome dos Bairros
01 Recife
02 Santo Amaro
03 Boa Vista
04 Soledade
05 Santo Antônio
06 Paissandu
07 Ilha do Leite
08 Coelhos
09 Ilha Joana Bezerra
10 São José (Coque)
11 Cabanga
12 Torreão
13 Encruzilhada
14 Rosarinho
15 Ponto de Parada
16 Hipódromo
17 Campo Grande
18 Peixinhos
19 Campina do Barreto
20 Arruda
21 Bomba do Hemetério
22 Alto Sta. Terezinha
23 Água Fria
24 Fundão
25 Cajueiro
26 Porto da Madeira
27 Beberibe
28 Linha do Tiro
29 Dois Unidos
30 Derby
31 Graças
32 Espinheiro
33 Aflitos
34 Jaqueira
35 Tamarineira
36 Parnamirim
37 Santana
38 Casa Forte
39 Poço
40 Monteiro
41 Alto do Mandu
42 Casa Amarela
43 Mangabeira
44 Alto José do Pinho
45 Morro da Conceição
46 Alto José Bonifácio
47 Vasco da Gama
48 Macaxeira
49 Apipucos
50 Sítio dos Pintos
51 Dois Irmãos
52 Córrego do Genipapo
53 Nova Descoberta
54 Brejo do Beberibe
55 Brejo da Guarabira
56 Passarinho
57 Guabiraba
58 Pau Ferro
59 Ilha do Retiro
60 Madalena
61 Prado
62 Zumbi
63 Torre
64 Cordeiro
65 Torrões
66 Engenho do Meio
67 Cidade Universitária
68 Iputinga
69 Caxangá
70 Várzea
71 Curado
72 San Martin
73 Bongi
74 Mustardinha
75 Mangueira
76 Afogados
77 Jiquiá
78 Estância
79 Jardim São Paulo
80 Sancho
81 Totó
82 Coqueiral
83 Tejipió
84 Barro
85 Areias
86 Caçote
87 Cohab
88 Jordão
89 Ibura
90 Ipsep
91 Boa Viagem
92 Imbiribeira
93 Pina
94 Brasília Teimosa
DS I
DS II
DS IV
DS V
DS VI
N
W
E
S
CONVENÇÕES UTILIZADAS
Autonomia
Domínio conceitual
Autonomia e Domínio conceitual
1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 Agentes destacados
ESCALA
10 0 10 20 30 40 50
km
LEGENDA
Distrito Sanitário
Divisão dos bairros
Competência representada por agente de saúde
Autonomia e dom. Conceit.
Autonomia
Domínio conceitual
Características Geolocacionais: Recife-PE
Lat. S. 08° 04' 03"
Long. W. 34° 55' 00"
Umidade Relativa >80%
Clima Tropical = As' (Köppen)
Limites: Paulista e Olinda (N); Jaboatão dos Guararapes (S); Oceano Atlântico (E) e São Lourenço da Mata e Camaragibe (O)
CIDADE DO RECIFE
Distribuição da representação das competências "domínio conceitual" e "autonomia" dos agentes da ESF e PSA.
Fonte: FIDEM - 1995/ Trabalhando com mapas, 1997/ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005/ Trabalho de campo exploratório realizado em janeiro e fevereiro de 2006 e 2007
Organizado por: PEREIRA, Martha, junho de 2007.

Observa-se que nos DS I e VI a história de ocupação e de lutas vivenciadas historicamente contribuiu para um maior desenvolvimento da autonomia, e isso é visualizado quando se observa a história de vida de Regina, Lampião e ACS em ação, que desenvolveram plenamente essa competência em suas áreas de trabalho e/ou de moradia.

Os DS II e III se fortaleceram historicamente com os transportes, o encontro e o diálogo, favorecendo o amor pelo local a partir da valorização de marcos históricos e da discussão de soluções para os mesmos. A partir dessa característica pode estar uma explicação mais genérica para o maior desenvolvimento da competência domínio conceitual. E pelo que foi observado, pelo menos os agentes Larissa e Germano demonstraram de maneira muito forte essa competência.

Os DS IV e V possuem de forma mais equilibrada as lutas e a valorização da história e do diálogo, e talvez essa seja a explicação para que essas competências tenham sido demonstradas de maneira mais uniforme, e isso foi observado mais plenamente através da agente Vitória, Sarah e Poeta, estando Severino Silva também muito próximo desse equilíbrio entre essas competências.

Assim sendo, há muitas nuanças a serem observadas nas competências sociais desenvolvidas pelos agentes de saúde e isso favorece a visualização de uma espécie de caleidoscópio, no qual a mudança de ponto de vista pode facilitar o entendimento dessas competências a partir de uma perspectiva diferenciada.

Capítulo 6...

Em busca de uma Geografia da Promoção da Saúde

A 'vigilância da saúde' constitui-se em um 'modo tecnológico de intervenção em saúde' que tende a incorporar modelos assistenciais vigentes e articular-se com as propostas atuais de promoção da saúde (...) **(PAIM, 2003, p. 170)**

6. EM BUSCA DE UMA GEOGRAFIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Este capítulo busca algumas relações entendidas como importantes para analisar as competências sociais e o conhecimento geográfico. Inicialmente foi resgatada a Geografia da Atenção à Saúde como uma das duas principais divisões da Geografia da Saúde e, posteriormente buscou-se conceber dentro da Geografia da Atenção da Saúde como se pode entender o desenvolvimento das competências relacionadas à Geografia e como elas se mostram em diferentes escalas geográficas.

6.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA GEOGRAFIA DA SAÚDE PARA ESTUDAR A GEOGRAFIA DA ATENÇÃO À SAÚDE

As relações entre o conhecimento ligado à Geografia e à Saúde, embora remontem ao período pré-científico, foram estabelecidas de forma mais significativa com o desenvolvimento da ciência durante o século XIX. Foi, no entanto, no século XX, com trabalhos elaborados por alguns países da Europa e os Estados Unidos, que essas relações tornaram-se mais evidenciadas. Na América Latina, ainda que em menores proporções, essa relação entre a Geografia e a Saúde tem sido significativa (ROJAS, 1998; 2003).

No caso do Brasil, após a segunda metade do século XX, o pensamento geográfico tem passado por algumas mudanças teórico-metodológicas que, de acordo com Guimarães (2001), viabilizaram a discussão do tema. Como exemplo, pode-se citar a forma como a Geografia passou a conceber o meio ambiente e a saúde, trazendo possibilidades de trabalho em várias abordagens.

Inseridos no método hipotético-dedutivo, tem-se alguns destaques com relação à abordagem geossistêmica e o paradigma da análise espacial. A abordagem sistêmica, que posteriormente considerou a ação antrópica como mais um elemento de análise do ambiente, teve utilidade no sentido de buscar a gênese dos mecanismos que desencadeiam a difusão das doenças, contribuindo para ampliar o entendimento da problemática da saúde na Geografia (GUIMARÃES, 2001; MENDONÇA, 1998).

O paradigma da análise espacial através do estudo geométrico do território surgiu para melhor compreensão dos fenômenos localizáveis no tempo e no espaço que podem influir no meio ambiente e nas condições de saúde da população. Como instrumento metodológico, retomou força a partir da ampla difusão das técnicas de mapeamento digital e geoprocessamento, além do barateamento dos equipamentos e disponibilidade de dados de saúde que contribuíram para os estudos de análise de dados espaciais, desenvolvimento de técnicas para o trabalho de campo de saúde e aplicação de técnicas de estatística espacial (GUIMARÃES, 2001; ROJAS, BARCELLOS, 2002).

Na abordagem dialética marxista houve a preocupação com o ambiente como conseqüência da influência da inserção do homem no sistema de produção social. Já a análise do processo saúde-doença foi realizada principalmente pela Epidemiologia Social e não diretamente pelos geógrafos, considerando as diferenças de adoecer e morrer das classes sociais ou das pessoas nos diferentes contextos sócio-espaciais (GUIMARÃES, 2001; MENDONÇA, 1998).

Em uma aproximação com a fenomenologia, o ambiente passou a ser de interesse da Geografia da Percepção e do Comportamento, que entende o meio ambiente como um recurso a ser utilizado, analisado e protegido. A saúde passou a ser de interesse da Geografia nessa abordagem através de estudos que consideram os fatores culturais e sociais da doença (GUIMARÃES, 2001).

A ligação entre a Geografia, meio ambiente e saúde passou a ser tão forte que em 1992, através do Congresso da União Geográfica Internacional, em Washington, a Comissão de Geografia Médica passa a denominar-se “Ambiente, Saúde e Desenvolvimento” (ROJAS, 1998).

Focalizando a vinculação entre saúde e ambiente, alguns autores concordam que estudar essa relação implica mergulhar no campo da interdisciplinaridade. Desta forma, são considerados fatores como a grande quantidade de componentes a serem analisados, tanto em uma escala coordenada (horizontal) quanto hierarquizada (vertical), de acordo com as quais o movimento de constituição do objeto ocorre do nível inferior para o superior e sua regulação no sentido inverso. Também é

considerada a interação mútua entre os elementos a serem estudados, o dinamismo da realidade e dos conhecimentos que estão em constantes mudanças, assim como a abertura do diálogo entre os saberes científicos e entre estes e outras formas de conhecimento (ABREU JR, 1996; AUGUSTO, 2002; AUGUSTO ET AL, 2001; PORTO, 2002; SAMAJA, 1997; SILVA & CONVERSANI, 2002; STROH, 2004).

Essas maneiras de pensar a saúde e o ambiente fornecem possibilidades de trabalhar Geografia de Saúde de variadas formas e com vários temas, como as velhas e novas endemias, violência, mortalidade, os sistemas de saúde, dispersão e difusão epidêmica, mudanças climáticas e transição epidemiológica (CURTO & PICKENHAYN, 2005; ROJAS, 2003).

Apesar dessa variedade temática, Rojas (2003) afirma que as divisões mais reconhecidas da Geografia da Saúde são apenas duas: a Geografia Médica, ou tradicional, e a Geografia da Atenção à Saúde.

A Geografia Médica, também conhecida por Nosogeografia, Geografia das patologias ou Geografia médico-ecológica, tem como um dos objetivos principais estudar a distribuição espacial das doenças no contexto em que estão os enfermos. Esta é norteada por alguns princípios, como a multicausalidade e a diferença entre saúde individual e coletiva. A partir destas informações busca-se interpretar e planejar ações concretas (PEITER, 2008; ROJAS, 2003).

A Geografia da Atenção à Saúde busca entender a disponibilidade dos recursos materiais e humanos (onde está o serviço e em quais escalas), a qualidade dos serviços, como se está usando este serviço (acessibilidade), como a necessidade do serviço é determinada, como são decididos os recursos e se a provisão atual afeta no resultado do serviço (GATRELL, 2002; PEITER, 2008). Rojas (2003) acrescentou que esta Geografia tem sido construída por autores que buscam consolidar o Sistema Único de Saúde no Brasil, dentre eles citou Carmen Teixeira, Carmen Unglert e Jairnilson Paim.

Neste quadro de referência, os conceitos mais utilizados no âmbito desta Geografia da Atenção à Saúde são: o território, a acessibilidade e a escala geográfica (GATRELL, 2002; PEITER, 2008; ROJAS, 2003).

No âmbito da Geografia da Atenção à Saúde, a partir dos parâmetros apresentados por estes autores, esta pesquisa se aproxima um pouco da busca pelo entendimento sobre a provisão atual dos recursos humanos. Em outras palavras, há um esforço para entender o conhecimento geográfico do agente de saúde da ESF e do PSA, enquanto um aspecto dessa provisão. No próximo item serão apresentados os conceitos e resultados que surgiram ao longo desta pesquisa.

6.2. DA GEOGRAFIA DA ATENÇÃO À SAÚDE À GEOGRAFIA DAS COMPETÊNCIAS SOCIAIS DOS AGENTES DA ESF E DO PSA NA CIDADE DO RECIFE

De acordo com as análises observadas nos capítulos precedentes, a abordagem qualitativa apresenta-se como uma alternativa ao estudo do nível de conhecimento geográfico dos agentes de saúde da ESF e do PSA. As principais razões estão baseadas na necessidade de utilizar critérios qualitativos para definir os agentes de saúde a serem pesquisados, utilizar estratégias relacionadas à abordagem qualitativa para obter informações e analisá-las, assim como por se estar trabalhando diretamente com um sujeito: o agente de saúde.

Enquanto sujeito pesquisado, o agente de saúde age no sentido de fazer a coletividade falar, estratégia essa próxima à visão metodológica dos autores Lefèvre e Lefèvre (2003).

Com relação à sua expressão, este sujeito apresenta-se inicialmente enquanto sujeito aprendiz em suas práticas cotidianas, uma vez que é a partir delas que desenvolve suas competências e habilidades sociais, aproximando-se da concepção de Larossa (1995) sobre a tomada de consciência de si e a busca por gerir suas próprias atitudes. Assim, sendo capaz de tomar atitudes, é igualmente apto a transformar algo no seu território de atuação, aproximando-se do sujeito entendido por Touraine (1994).

As competências sociais desenvolvidas pelo agente de saúde que estão mais relacionadas ao conhecimento geográfico são: o domínio conceitual, a autonomia e, por conseqüência, o domínio da linguagem cartográfica.

Os agentes de saúde demonstram compreender o domínio conceitual como a capacidade de entendimento da problemática (saúde e ambiente) de forma a conseguir

estabelecer relações, fazer prognósticos e repassar esse conhecimento em uma linguagem acessível aos diferentes grupos sociais. Já a autonomia é a capacidade de conhecer, planejar e agir sobre o território de maneira a influenciar a ação das pessoas adscritas no sentido de melhorar suas condições de vida e do ambiente circundante.

O domínio da linguagem cartográfica, por um lado, seria a capacidade de unir seu domínio conceitual e sua autonomia no sentido de entender as relações espaciais que se estabelecem no mapa representado e, por outro, utilizar essas competências já citadas no sentido de representar espacialmente toda essa problemática, porém tendo por base pontos de referência (localização relativa), uma projeção sem rebatimentos e uma redução proporcional próxima à realidade.

Esses conceitos, expressos no seu nível de interações complexas, estão presentes na ação dos agentes de saúde em variados níveis de acordo com a potencialidade de cada um, a necessidade e as condições propícias para isso. Nesta perspectiva, a Geografia da Atenção à Saúde é dependente da ação dos sujeitos envolvidos com esses programas (ESF e PSA).

Dessa forma, essas competências e habilidades sociais podem ser desenvolvidas e expressas na paisagem, ser desenvolvidas e não necessariamente estar presente na prática dos moradores, assim como podem ser inibidas de se desenvolverem.

Considerando que elas tiveram condições de se desenvolver e estão presentes nas práticas cotidianas dos moradores, apreende-se que a partir do desenvolvimento do domínio conceitual, através das habilidades relacionadas ao domínio do vocabulário, associação do conceito com o ambiente de trabalho e a forma de comunicar esse conhecimento sensibiliza o morador de forma que este passa a ter consciência dos elementos que podem interferir no seu processo saúde-doença, sendo possível utilizar os que promovem a saúde e modificar (de acordo com as possibilidades reais) os elementos que representam algum risco. Dessa forma, há uma modificação gradativa de uma paisagem de risco à doença a uma paisagem da promoção à saúde.

Nesse contexto, se há mudança de algo, o agente de saúde também se utiliza de sua autonomia, pois tem a iniciativa de falar, tem acesso ao usuário do programa de saúde e seu território de moradia (área de trabalho e/ou peridomicílio e/ou domicílio) e

contribui para a formulação de alguma ação para modificar a área, modificando, dessa forma o território. E já que essas ações convergem, pode-se dizer que ocorre uma multiterritorialidade articulada.

Tendo por base que o agente desenvolveu competências e habilidades, mas estas não são visíveis nas práticas cotidianas, pode-se entender que, em parte, deve-se às multiterritorialidades existentes no local. Estas podem ser conflituosas devido aos costumes arraigados e que não estão de acordo com a legislação local, que não estão de acordo com as orientações do conhecimento científico sobre a saúde, ou mesmo devido aos interesses pessoais ou de grupos hegemônicos na localidade. Esta situação é explicada por Heller (1991) quando aborda sobre a disputa na vida cotidiana. E neste caso em que o exercício das territorialidades não tem um objetivo comum, estaria ocorrendo uma multiterritorialidade desarticulada.

Além das multiterritorialidades existentes no local, há também o caso em que há o desenvolvimento dessas competências e habilidades, mas as condições infra-estruturais e sócio-econômicas não facilitam a ação da população, como demonstrado em Pereira (2001), com relação ao esgoto a céu aberto no quintal, por falta de condições de construir uma fossa ou de haver um investimento do poder público em uma rede de esgotamento sanitário, por exemplo. Neste caso fica evidente a necessidade de uma intersetorialidade para que haja, de fato, uma promoção da saúde.

Com relação aos fatores que inibem o desenvolvimento das competências e habilidades, um deles está relacionado à própria resistência ou dificuldade do agente de saúde em desenvolvê-las, repercutindo na forma de agir dentro da localidade, fator que pode prejudicar na prática dos moradores.

Uma outra explicação para não serem visíveis na prática cotidiana atitudes relacionadas à promoção à saúde deve-se à influência de regras superiores aos agentes de saúde, às quais são relacionadas ao contexto de trabalho no qual está submetido e que não favorecem o desenvolvimento desse sujeito aprendiz. Os motivos são a falta de apoio (financeiro, técnico, etc) ou mesmo a inibição do desenvolvimento por uma carga de trabalho que não propicie tempo e nem condições físicas de desenvolver suas competências e habilidades. O que remete a um sujeito que está submetido a uma

estrutura superior à sua capacidade de autonomia de trabalho, como explicado por Hall (2003) quando evidencia as condições históricas determinadas como sendo uma das formas de concepção do sujeito. Obedecendo a regras, este agente de saúde trabalha em uma área delimitada denominada território.

Submetidos às ordens, os agentes da ESF exercem três tipos de relações de poder na microárea, que efetivam de três tipos de território de acordo com Bitoun (2000a): um território de escuta (na fase de coleta de informações para se atingir a eqüidade)[21], um território de administração (quando são definidas as articulações com outros territórios para garantir o acesso a equipamentos e instituições que permitem uma disponibilidade de recursos mais complexos ou complementares)[22], e um território de realizações (quando é materializada a prestação de serviços no espaço vivido)[23]. A ação é efetivada em torno do entendimento dos conceitos do processo de saúde-doença e da noção de risco. Contudo, há problemas nos territórios de administração e de realizações.

Neste programa (ESF) há problemas quanto ao território de administração devido a dificuldade em marcar consultas para as unidades de média e alta complexidade. Essa falha na rede do sistema tem refletido, por um lado, na insatisfação do agente de saúde e do morador, por outro, tem auxiliado na busca de outras parcerias para ter acesso a essa mesma rede. Essa intersetorialidade passa pelos laços de amizade e de capacidade de articulação com partidos políticos ou mesmo o próprio político, que intervém para que o paciente tenha acesso a essas unidades.

Com relação ao território de realizações, quando se considera apenas o agente comunitário de saúde, ele geralmente se utiliza de parcerias para realizar ações comunitárias, o que fortalece essa territorialidade. Contudo, quando se considera a equipe, as ações desses agentes são extremamente relacionadas às normas operacionais de outras escalas de comando.

---

[21] Levantamento de informações sobre as condições de vida e de saúde, bem como as características sócio-ambientais do território objeto de investigação

[22] É realizado um encaminhamento dos pacientes a unidades de saúde de média e alta complexidade para que os mesmos tenham acesso a equipamentos mais complexos de acordo com a necessidade individual do morador.

[23] São efetuadas ações de educação e promoção a saúde, de controle do meio ambiente e de prestação de assistência na Unidade e em visitas domiciliares. Nesse item está incluso o incentivo a uma luta por melhores condições de moradia e de infra-estrutura para elevar as condições de vida da população.

Os agentes do PSA também exercem relações de poder dando origem a territórios de escuta, de administração e de realizações, porém as ações são diferenciadas. O território de escuta serve para coletar informações, mas a maior parte delas é realizada a partir da observação. Há um cuidado mais minucioso com as informações relacionadas à dengue, pois essas irão compor o relatório que será enviado ao governo federal e que garante parte da verba do programa, e os agentes são muito cobrados quanto à precisão dessas informações.

Há também um território de administração, mas esta territorialidade é exercida de maneira frágil, pois muitas das informações do seu relatório denunciam problemas que não podem ser resolvidos exclusivamente pela secretaria de saúde, os agentes apresentam aos seus supervisores que passam aos outros órgãos, porém, a maioria dessas reclamações não tem resposta. E o resultado é uma cobrança do morador em saber pelo menos uma resposta sobre o andamento, mas o agente do PSA não tem como atender, frustrando morador e agente. Enfim, a intersetorialidade está frágil, fragilizando esse tipo de territorialidade.

O território de realizações é melhor exercido no que diz respeito à investigação da presença de criadouros do mosquito *Aedes Aegipty*, pois com relação às atividades de educação em saúde, ainda que sejam incentivadas pelo governo municipal, não há condições de serem exercidas em sua plenitude. O quantitativo cobrado (visitar entre 20 e 25 imóveis/dia), em muitos locais consome completamente o tempo deste agente. Em geral também não há financiamento (material para realizar a educação em saúde), fazendo com que essa territorialidade também seja frágil. Os que conseguem, realizam essas atividades na maioria das vezes com seus próprios recursos e fora do horário de trabalho. Há também os que estão em áreas onde não encontram grandes dificuldades durante a visita, sendo mais fácil reservar tempo para atividades educativas.

Quanto à cobrança de visitar 20 imóveis em áreas consideradas colinosas e 25 imóveis em áreas planas em toda a cidade, se mostra como uma falha do programa, uma vez que como demonstrado em capítulos anteriores e pode-se ver em Bezerra (2008), esta cidade, pelo seu histórico e sendo parte de uma metrópole, tem muitas outras diferenciações além do relevo. Dependendo da escala geográfica em que se observa, esses fragmentos da cidade vão surgindo de maneira diferenciada, o que

remete a algumas visões diferenciadas quando se considera a percepção das pessoas que trabalham na direção dos distritos, dos supervisores e dos agentes de saúde.

Essa configuração territorial é fragmentada em termos sócio-econômicos, em termos de uso do solo, pelo seu relevo e em termos de risco ambientais. Há diferenças entre os distritos, bairros e mesmo na própria área do agente de saúde, demandando um tempo maior em algumas localidades do que em outras. Isso reflete na forma como o agente de saúde consegue ou não desenvolver suas competências e habilidades.

As falhas na territorialidade da administração e de realizações ocorrem devido problemas nas outras instâncias dentro do próprio programa e da prefeitura como um todo, que em muitos casos dependem de outras escalas para que possam resolver os problemas que estão visíveis no trabalho dos agentes de saúde tanto da ESF quanto do PSA.

Com relação à ESF, a territorialidade administrativa é prejudicada devido à demanda por vagas em unidades de média e alta complexidade ser muito maior do que a oferta. Com relação ao território de realizações, com relação à ações comunitárias, a distância entre o agente de saúde (morador da comunidade, pobre e que geralmente possui conhecimentos básicos de saúde) e o enfermeiro ou médico (pessoas que têm curso superior, tem uma situação econômica bem diferenciada e são consideradas detentoras da razão) inibe uma ação comunitária no sentido pleno, sendo observada em geral uma submissão às ordens sem questionamentos.

Com relação ao PSA, um dos maiores problemas para exercer a territorialidade das realizações é a submissão em relação à verba. Parte da verba do programa é proveniente do governo federal, atrelado ao programa de combate à dengue. Devido a isso, o PSA tem dado prioridade a essa área de atuação, ainda que também exerça outras funções. Já a territorialidade administrativa está relacionada principalmente à falta de um instrumento legal que comprometa os outros órgãos ou secretarias da PCR.

Esta submissão a outras escalas ocorre nas relações de imediatice, ou seja, na cidade, de acordo com a expressão de Lefebvre (2001), onde estão inseridos os chefes diretos (enfermeiros e supervisores), a diretoria do distrito, o comando do programa e a própria Secretaria de Saúde da cidade, como também está submetido a normas de

outras escalas, seja a unidade da federação, o país, e mesmo de regras de escalas distantes.

Essas regras de escalas distantes não fazem parte exatamente de uma escala concreta, como diz Smith (1992), mas uma escala abstrata porque faz parte de um circuito de discussão num local e que tem poder de difusão continental e mundial. Dessa forma, também se pode aproveitar o entendimento de Santos (1997) ao dissertar sobre os eventos. O autor explica que dependendo da força do emissor na escala de origem, o evento pode repercutir em conseqüências tanto locais quanto em outras escalas geográficas de maior abrangência. Foi o que ocorreu com a discussão sobre a Promoção da Saúde.

Remetendo-se a uma história recente, a discussão sobre a Promoção da Saúde teve início com a publicação de **A new perspective on the Health of canadians: a working document** em abril de 1974 por Marc Lalonde, então Ministro da Saúde e Bem Estar do Canadá (LALONDE, 1974).

Conhecido como “Informe Lalonde” este relatório influenciou a organização de uma série de eventos em vários países e teve como marco em escala mundial a I Conferência Internacional sobre promoção da Saúde, ocorrida em Otawa, no Canadá, que deu origem à “Carta de Otawa”, em 1986 (BUSS, 2003). Este documento teve o significado de uma carta de esclarecimento conceitual, distribuição de responsabilidades e de intenções para se atingir “Saúde para Todos no Ano 2000”. Dentre os temas apresentados estava a necessidade da capacitação enquanto requisito para se alcançar a equidade (BRASIL, 1996).

Após este evento houve outras conferências internacionais sobre promoção da saúde, nas quais discutiram sobre: estratégias para implementar políticas públicas saudáveis (Declaração de Adelaide, Austrália, 1988); condições para se criar ambientes favoráveis à saúde (Declaração de Sundsvall, Suécia, 1991); possibilidades de ações para promover a saúde no século XXI (Declaração de Jacarta, Indonésia, 1997); avaliação do que foi feito no século XX e prioridades para o início do século XXI (Declaração Ministerial do México para a promoção da saúde, México, 2000) e; proposição de políticas e parcerias que tenham como objetivos empoderar

comunidades para aperfeiçoar a saúde de forma igualitária e complementar a construção de valores, princípios e ações estratégicas de promoção à saúde estabelecidas na Carta de Otawa (Carta de Bangkok para promoção da saúde no mundo globalizado, Tailândia, 2005) (BRASIL, 1996b; INDONÉSIA, 1997; MÉXICO, 2000; TAILÂNDIA, 2005).

As idéias dessas conferências influenciaram o Brasil na forma como se apropriaram da idéia da promoção da saúde, fazendo com que fossem inseridas na constituição de 1988, nos artigos de 196 a 200, as bases para a criação do SUS. Sendo a partir daí elaboradas uma série de leis e normas para que se efetivassem essas idéias, inclusive com a criação da Estratégia Saúde da Família e o desenvolvimento da Vigilância Ambiental durante as décadas de 1990 e 2000.

Observando por este ponto de vista, pode-se entender esses fatos como uma normatização do território (SANTOS, 1997), em que determinadas idéias norteiam as diretrizes dos países, impondo-lhes idéias, valores, e a tomada de atitudes, através de leis que viabilizem essas idéias, no caso, a efetivação da promoção da saúde. Outra maneira de ver este contexto, porém não excluindo a idéia anterior, seria a partir de Lefebvre (2001), em que se entende esse processo como uma apropriação de idéias existentes em outros níveis e trazendo para o contexto mais local, neste caso específico, a apropriação de idéias da OMS com relação à viabilização da Promoção da Saúde nas Políticas Públicas do Brasil.

Seguindo o raciocínio de Lefebvre (2001), só houve apropriação porque havia um contexto propício a isso. Enquanto ocorriam as Conferências Internacionais, e de forma intercalada em vários países, no Brasil havia o movimento da Reforma Sanitária, que, a partir da participação social ativa, conseguiu influenciar de tal forma que a constituição de 1988 passou a agregar os princípios da Reforma Sanitária com relação a um Sistema Único de Saúde (GERSCHMAN, 1996). De acordo com esta autora, a pressão foi tão forte que os defensores da Reforma Sanitária conseguiram superar o contexto adverso em que estava ocorrendo a elaboração desta constituição, no qual o governo estava se adequando a uma política econômica de restrição do gasto público, principalmente na área social, no qual está inclusa a área da saúde.

Devido à maneira como o SUS tem sido implantado desde a década de 1990 e de práticas que não foram abandonadas de modelos que surgiram em tempos anteriores, este processo tem feito emergir uma situação em que há um acúmulo desigual de tempos, sendo possível observar tanto na paisagem quanto nas ações, atividades relacionadas ao modelo assistencial sanitarista, médico assistencial privatista e da Vigilância em Saúde.

Utilizando esta mesma lógica da apropriação de Lefebvre (2001), a municipalização e a obediência a estas leis e normas federais só se adequam devidamente nas cidades em que há condições favoráveis, este é o caso de Recife no que diz respeito à Atenção Básica e à Vigilância Ambiental. Contudo, não apenas a estrutura municipal é favorável, mas também os próprios agentes de saúde.

No que diz respeito aos agentes comunitários de saúde, os mesmos já existiam antes mesmo da institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou da Estratégia de Saúde da Família (ESF), fazendo com que sua experiência de trabalho autônoma facilitasse na aquisição de novos conhecimentos. Já com relação aos agentes de saúde ambiental, aprovados no concurso em 2001, muitos deles já possuíam outros conhecimentos (de trabalhos semelhantes, conhecimento correlacionados) que, complementados ao de agente de saúde ambiental, foi propício ao maior desenvolvimento de competências e habilidades.

Na escala da área de trabalho, de fato, devido ao vínculo que o agente comunitário de saúde (ACS) tem com a localidade, este passa a ter um maior domínio conceitual e se apropria melhor do território devido a vontade em melhorar a comunidade onde mora. Neste contexto, segue todas as atividades programáticas, modificando costumes individuais e coletivos relativos ao conhecimento que tem a ver com o seu cargo.

Porém, quando se considera a situação-problema e se pensa na possibilidade de resolvê-la, a experiência do ASA em atividades e conhecimentos anteriores que complementam esse “novo” conhecimento, faz com que estes sejam capazes de elaborar projetos independentes do programático no sentido de realmente solucionar o problema. O domínio conceitual adquirido por esse agente, em combinação com

outros conhecimentos, possibilita a autonomia no pensar e muitas vezes no agir para resolver o problema de determinada localidade, ainda que não esteja diretamente relacionado às atribuições do seu cargo.

Em suma, a escala em que se observa a competência e habilidade social é que auxilia na percepção de como cada programa desenvolve melhor seu domínio conceitual e autonomia. Existe, portanto, uma melhor percepção da paisagem e um conseqüente estabelecimento de relações de poder que modifiquem o espaço geográfico dentro dos limites da realidade encontrada.

Observando do ponto de vista geográfico, a partir do que se percebe e como se percebe, podem-se estabelecer relações de poder de acordo com a necessidade da população e de sua capacidade de resolução, adequando-se às mudanças nas demandas e firmando parcerias entre os grupos sociais envolvidos.

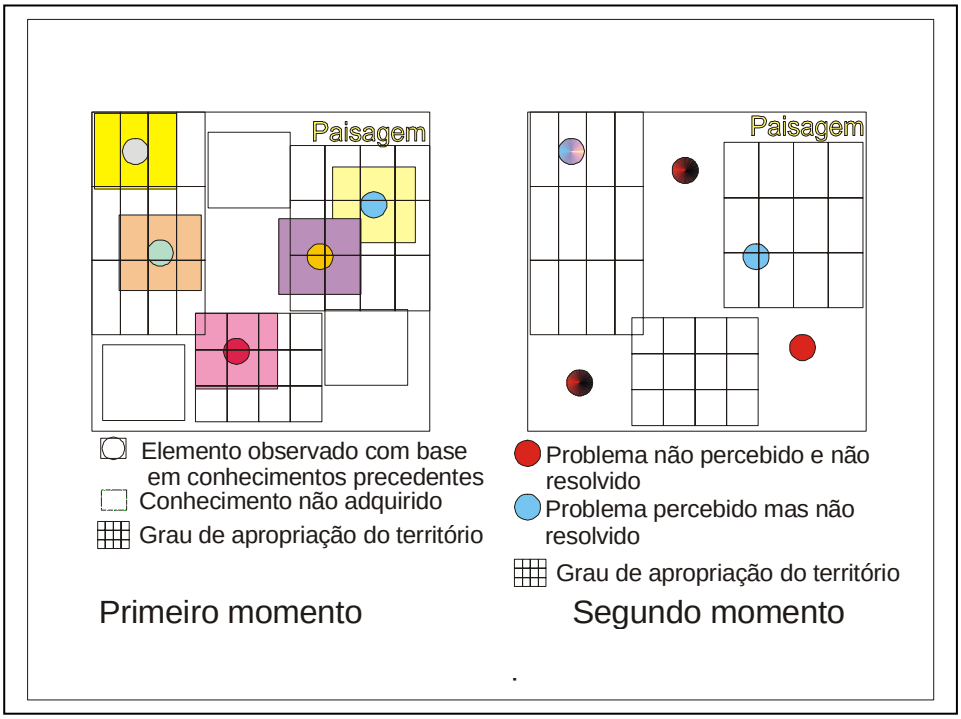
A partir da interação entre paisagem e território, pode-se mencionar um esquema explicativo a ser considerado em duas etapas. Num primeiro momento, o observador percebe a paisagem e esta pode variar dependendo do domínio conceitual deste agente de saúde. Por exemplo, esta pode ser uma percepção simples. Pode também ser analisada num nível intermediário, no qual há o relacionamento desta percepção com outros tipos de conhecimentos pré-concebidos em treinamentos profissionais, na prática cotidiana, ou no ensino formal. Em um nível mais avançado, inclui os itens anteriores e a elaboração de um parecer crítico de modo a viabilizar uma intervenção local.

Em um segundo momento o observador estabelece suas relações de poder com o objetivo de intervir na realidade local. Esta intervenção varia de acordo com o que foi observado na etapa anterior, mas também de outros fatores relacionados ao grau de autonomia desse observador. Desta forma, há elementos que o agente de saúde não percebeu, e, desta forma, não há como ser resolvido através dele. Há os elementos que ele vê, relata, mas não depende dele resolver. Uma terceira situação demonstra que o agente de saúde vê, relata e pode resolver os problemas a depender das relações que estabeleceu com a comunidade em geral. Por fim, há os elementos que ele vê e tem plenas condições de resolver (modelo explicativo 6).

É possível perceber que, no primeiro momento, são apontados alguns elementos, porém os três quadrados vazios apresentam elementos que podem causar problemas ou já causam, mas por falta de conhecimento sobre o assunto, o observador não teve condições de perceber, ou se percebeu, não entendeu como algo a ser resolvido.

Na segunda etapa, através do grau de apropriação do território, que no caso do esquema está representado pelo quadriculado, é possível ao observador resolver alguns problemas; outros vão depender ou do seu relacionamento com a população local ou com setores de outras escalas, sendo possível ao mais atento (ou interessado) alertar de alguma maneira, e ao menos atento apenas conviver com o problema como se ele não existisse.

MODELO EXPLICATIVO 6
PERCEPÇÃO DA PAISAGEM E APROPRIAÇÃO DO TERRITÓRIO DOS AGENTES DE SAÚDE DA ESF E PSA



Organizado por PEREIRA, MPB (2005).

Aqueles elementos que não foram observados (bolinhas avermelhadas) continuam fazendo parte da paisagem e a causar algum tipo de problema.

Em outras palavras, pode-se considerar que os elementos existentes são causadores de algum dano à saúde. Ao ser observado pelo agente de saúde, o problema

pode ser solucionado imediatamente, relatado à equipe de trabalho e ser resolvido ou relatado e passar para outros setores, seja na Secretaria de Saúde, em outras secretarias ou outras instituições, podendo o problema ser resolvido ou não. Já os elementos que não foram observados vão continuar existindo e podendo causar um dano ainda maior posteriormente.

Quanto a esses elementos que interferem negativamente no processo saúde-doença e que não foram observados e/ou não foram solucionados, podem causar danos tanto na escala em que estão inseridos quanto em outras escalas, neste caso pode-se, mais uma vez, aproveitar o entendimento de Santos (1997) sobre os eventos na sua escala de origem que podem ter impacto em outras escalas.

Desta forma, dependendo da força desse emissor (elemento que pode causar algum dano à saúde), este evento pode causar conseqüências tanto locais quanto em outras escalas geográficas de maior abrangência. Nesse jogo de escalas pode-se também entender que quando o evento ocorrido em uma escala (escala de origem) tem sua escala de impacto em várias escalas geográficas simultaneamente, está ocorrendo uma síntese de múltiplas escalas (GUIMARÃES, 2003b).

Do exposto, pode-se afirmar que os elementos capazes de interferir na saúde da população, considerados de maior importância para a saúde seriam os que possuem as maiores escalas de impacto, a exemplo dos criadouros de *Aedes Aegipty* e dos problemas relacionados ao alcoolismo.

Para finalizar, percebe-se que o potencial local no sentido de desenvolver competências e habilidades sociais para agir de maneira criativa no sentido de promover a saúde da população atendida tem sido influenciador na medida em que essas experiências são difundidas e chegam a atingir as escalas abstratas de discussão a nível mundial. Neste caso há um movimento de constituição do objeto do nível inferior para o superior. No caso do Recife esta difusão tem ocorrido através de premiações das políticas adotadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou analisar o conhecimento geográfico dos agentes envolvidos na ESF e PSA na cidade do Recife a partir das competências e habilidades desenvolvidas no processo de trabalho no âmbito da política de saúde local.

A escolha dos sujeitos privilegiou o horizonte máximo de desenvolvimento dessa prática social na cidade de Recife, pois a maioria dos agentes de saúde pesquisados encontrava-se em um nível de interações complexas. De acordo com os resultados obtidos, o estudo da prática desses sujeitos sociais na escala local é uma importante referência para a observação das ações dessas estratégias em âmbito nacional. Fica também demonstrado que o conhecimento geográfico pode realmente ser observado a partir de competências sociais (domínio conceitual, autonomia e domínio da linguagem cartográfica). A análise dessas competências relacionadas à Geografia possibilitou a identificação do nível de conhecimento geográfico do agente de saúde, observado pelo grau de percepção da paisagem, apropriação do território e da capacidade de representação dos elementos no espaço geográfico em que o agente de saúde trabalha.

Tendo como pressuposto que tais competências sociais são impulsionadas pela motivação e que esta depende da personalidade, das experiências vivenciadas e do ambiente em que se insere o sujeito, pode-se inferir que o desenvolvimento do conhecimento geográfico também depende desta motivação e dos fatores a elas relacionados. Também se observou que os agentes com melhores resultados no que se refere ao nível de competência social foram os que apresentaram um maior grau de complexidade relacionado ao conhecimento geográfico. Essa constatação comprova a tese defendida de que o desenvolvimento das competências sociais influencia no grau de conhecimento geográfico dos agentes de saúde na ESF e no PSA, assim como demonstra a possibilidade da elaboração de uma formação continuada a partir da matriz de competências e habilidades.

Diante dessa afirmação, buscou-se em cada capítulo os argumentos que possibilitassem a constatação da tese defendida, preocupação esta que serviu de alicerce para a redação de cada capítulo.

Os capítulos um e quatro tiveram por objetivo mostrar o ambiente em que os agentes de saúde trabalham no contexto dos modelos assistenciais de saúde, da história da cidade e do ponto de vista de uma parte dos trabalhadores da saúde vinculados de alguma forma a ESF e ao PSA. Esses contextos ao mesmo tempo em que se complementam, fazendo com que eles desenvolvam mais de uma competência, também influenciam na capacitação de profissionais com características singulares, as quais tornam os agentes diferentes entre si.

Os capítulos dois e três trouxeram com detalhes a escolha dos procedimentos teórico-metodológicos que encaminharam a pesquisa, possibilitando ao leitor o acompanhamento passo a passo de todos os desafios encontrados na aplicação da metodologia escolhida. Estes foram importantes para entender a relação direta e indireta entre os conceitos escolhidos, assim como para a escolha de cada procedimento de acordo com a escala geográfica no qual a informação foi gerada.

Já os capítulos cinco e seis possibilitaram uma aproximação entre os conceitos relacionados à competência social e à Geografia a partir da implementação simultânea da teoria e da sistematização de informações obtidas na atividade de campo.

O trabalho abre novas perspectivas de estudo, incorporando-se na análise das políticas públicas a dimensão escalar. Tal conclusão se baseia nos níveis de desenvolvimento da competência social dos diferentes agentes. Para os ACS, a área de trabalho é a melhor escala de observação de suas competências e habilidades sociais, pois eles têm uma maior preocupação com a comunidade onde moram, sendo sua fonte maior de motivação. Já para os ASAs a melhor escala seria a da cidade, uma vez que possibilita observar várias iniciativas que demonstram uma preocupação com uma melhor condição de saúde para o cidadão, independente da localidade onde esteja trabalhando.

Quando se consideram os modelos de assistência à saúde, percebe-se que o domínio conceitual e a autonomia estão relacionados com os antecedentes históricos de cada programa. A ESF sofreu a influência do Programa Médico da Família

implantado em Cuba, em que a base comunitária é a grande propulsora das ações, sendo também o que ocorre no Brasil com o ACS, no qual tanto o conhecimento quanto a ação estão fortemente relacionadas à comunidade, à localidade onde moram e trabalham. Já o PSA, subordinado à Vigilância Ambiental em Saúde, teve como maior influência as diretrizes da extinta Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Assim, a visão abrangente sobre a cidade e a maior autonomia no trabalho proporciona características ao atual ASA.

A história de cada localidade também possibilita impulsionadores e/ou inibidores do desenvolvimento de capacidades dos agentes de saúde, fazendo com que suas ações reproduzam ou modifiquem o processo de sua formação sócio-espacial. Como exemplo tem-se o Poço da Panela, um local em que os moradores se orgulham de seus antepassados por terem lutado contra o sistema colonial escravista, e na atualidade, seus moradores estarem permanentemente lutando por uma melhor condição de vida, apesar de todas as dificuldades por que passam os mais pobres.

Ao se intercalar essas peculiaridades, pode-se dizer que se formou uma cidade de contrastes, caracterizada por possuir ao mesmo tempo características homogêneas e heterogêneas, especialmente pelo que foi demonstrado quanto à percepção da cidade a partir dos trabalhadores vinculados de alguma forma à ESF e ao PSA. Essas particularidades têm por conseqüência um desenvolvimento desigual das competências sociais e, havendo interesse em entender essa problemática em outra cidade, há a necessidade de se realizar um estudo semelhante para comparabilidade.

No que diz respeito aos procedimentos metodológicos, estes se apresentaram eficientes de forma diferenciada em cada programa. Para os ACS, os resultados são mais eficientes a partir da utilização do mapa mental, uma vez que conseguem condensar informações relacionadas ao domínio conceitual, autonomia e domínio da linguagem cartográfica. Os agentes de saúde ambiental, por sua vez, demonstram melhor suas competências e habilidades sociais através da imagem fotográfica e das experiências cotidianas, na medida em que externaram uma maior capacidade de registrar com mais detalhes a problemática e relatam melhor as ações realizadas por sua própria iniciativa.

Com relação às competências sociais gerais dos agentes de saúde da cidade do Recife – PE também foram obtidas algumas conclusões importantes. No que diz respeito à motivação, os traços de personalidade, ou seja, as características pessoais consideradas pelos agentes de saúde como sendo as mais importantes para exercer o cargo são: a paciência, o respeito ao próximo e a facilidade de se comunicar. Das experiências vivenciadas que mais influenciaram na escolha do cargo destacaram-se a prática anterior em atividades semelhantes à de agente de saúde e o fato de já terem percebido que possuem características pessoais que combinam com o perfil de trabalho. Os fatores ambientais que estão influenciando no grau de desenvolvimento atual do agente de saúde têm relação com o conhecimento adquirido e práticas relacionadas ao trabalho que despertam a necessidade de mais conhecimento, a autonomia e as melhores condições de vida para a população atendida.

O domínio conceitual foi demonstrado a partir da diversidade e dos tipos de elementos que foram observados na paisagem, permitindo a expressão de pelo menos dois tipos de paisagem (a da promoção à saúde e a do risco) dispostas em cinco níveis: regional, área de trabalho, peridomícilio, domicílio e na escala do corpo. De acordo com o nível de observação dos elementos nesta paisagem, foi observada uma melhor percepção por parte dos agentes de saúde a partir de temas diferentes. Por exemplo, no nível do corpo os ACSs observaram mais elementos, os quais estão relacionados principalmente com as doenças referidas; já no nível peridomiciliar, os ASAs perceberam mais elementos, sendo o saneamento o tema mais observado. Dessa forma a importância da escala de observação dos agentes deve ser considerada tanto no sentido de entender como se desenvolve melhor a competência social quanto para identificar o tema mais observado.

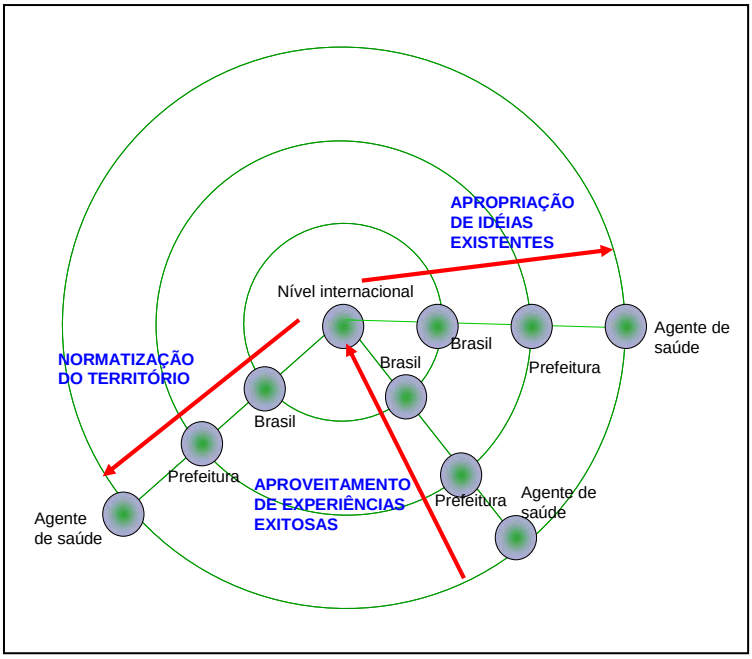
A autonomia foi demonstrada a partir da tentativa ou materialização da ação do agente de saúde no espaço geográfico. Foi observado que a autonomia é exercida intelectualmente e na prática, as quais se apresentaram diferenciadas quando se observou a ação do agente de saúde enquanto cidadão e enquanto profissional. Enquanto cidadão, o ACS tem mais autonomia, ou seja, tem uma maior capacidade de resolver problemas devido ao seu vínculo afetivo com a área de trabalho e ao maior engajamento político, ainda que os recursos disponíveis sejam semelhantes tanto para

o ACS quanto para o ASA. Enquanto profissional ocorre o efeito contrário, sendo o ASA mais autônomo devido à maior diversidade de recursos e, por conseqüência, capaz de resolver uma maior variedade de problemas.

O domínio da linguagem cartográfica foi observado tanto em sua dimensão subjetiva como em sua dimensão objetiva. Esta competência pôde demonstrar sinteticamente como estão se desenvolvendo todas as competências do sujeito agente de saúde uma vez que este trabalha em um território e localiza no mapa elementos subjetivos com algum tipo de critério técnico, o que torna, portanto, as duas dimensões importantes.

Quando se considera as várias escalas em que essas ações dos agentes de saúde estão envolvidas estão ocorrendo três tipos de direcionamentos simultâneos (modelo explicativo 7).

MODELO EXPLICATIVO 7
SÍNTESE DAS AÇÕES IMPLEMENTADAS PELO AGENTE DE SAÚDE SEGUNDO INFLUÊNCIA DE OUTRAS ESCALAS GEOGRÁFICAS



Elaborado por PEREIRA, MPB (2008).

Por um lado, há uma normatização do território, em que a partir de diretrizes gerais aprovadas em Conferências Internacionais são adotados modelos de políticas

públicas que repercutem em várias escalas. A escala superior determina o que a inferior deve fazer.

Uma segunda diretriz seria o aproveitamento de experiências exitosas. Os agentes de saúde agem de forma a chamar atenção do poder público e em ocasião pertinente divulgam novas práticas, recebendo reconhecimento. Essas práticas, em conjunto com outras que ocorrem em outros lugares, influenciam na decisão de novas diretrizes em Conferências Internacionais.

Além desses dois direcionamentos, também está ocorrendo a apropriação de idéias existentes. Uma idéia nova só é implantada em um local se houver condições políticas e históricas favoráveis.

Poder-se-ia ainda acrescentar que foram muitas as descobertas obtidas a partir desta pesquisa. Porém, ao longo do estudo outros caminhos também foram observados e não puderam ser seguidos, pois levariam ao risco de um desvio do principal objetivo da tese. Essas escolhas também acarretariam em uma grande quantidade de informação, as quais tiveram de ser deixadas de lado para serem analisadas em outro momento.

Entre os caminhos deixados para trás, alguns podem ser apontados como complemento ou mesmo como possibilidades de pesquisas posteriores, a exemplo da possibilidade de se explorar mais as representações sobre os vários temas tratados pelos agentes de saúde e como estes refletem ou não os valores familiares, o que remeteria à busca pelos fundamentos fornecidos pela teoria das representações sociais. Outra possibilidade seria analisar as capacitações realizadas e as idéias provenientes de escalas mais distantes desse sujeito. Pode-se ainda acrescentar a possibilidade de ser elaborado um estudo sobre os riscos que os agentes de saúde estão submetidos no dia-a-dia de trabalho, sendo o foco desviado da paisagem do risco à saúde da população para paisagem do risco à saúde do trabalhador; ou ainda o desenvolvimento de um estudo voltado diretamente para analisar as potencialidades e fragilidades da política pública de saúde e sua relação com as práticas administrativas das gestões públicas.

Além disso, a escolha da maneira de expor este trabalho se constituiu num aprendizado, a exemplo do estabelecimento de diversos planos de redação, dentre os

quais se espera que o escolhido tenha sido suficientemente esclarecedor para fundamentar à tese defendida.

Diante do exposto, percebe-se que apesar dos fatores limitantes, os agentes de saúde estão desenvolvendo competências e habilidades sociais, o que acarreta em ações capazes de modificar o espaço geográfico em que se localiza o morador e melhorar suas condições de saúde. Assim, caso continuem a desenvolver suas competências e habilidades ao ponto de superar os problemas existentes, estarão contribuindo para a concretização da concepção de uma nova cidade, sendo possível observar uma Geografia da Promoção da Saúde.

REFERÊNCIAS:

ABREU JÚNIOR, Laerthe. **Conhecimento transdisciplinar**: o cenário epistemológico da complexidade. Piracicaba: Editora Unimep, 1996, 203p.

ABREU, Maurício de Almeida. Pensando a cidade no Brasil do passado. In: SILVA, José Borzacchiello da; COSTA, Maria Clélia Lustosa; DANTAS, Eustógio Wanderley C (org). **A cidade e o urbano**: temas para debates. Fortaleza: Edições UFC, 1997, 318p, p. 27-52.

ALLES, Martha Alícia. **Dirección estratégica de recursos humanos**: gestión por competencias. 2. ed. Buenos Aires: Granica, 2006a, 448p.

ALLES, Martha Alícia. **Gestión por competencia**: el diccionario. 2. ed. Buenos Aires: Granica, 2006b, 304p.

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

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

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva; FLORÊNCIO, Lourdinha; CARNEIRO, Rosa Maria. **Pesquisa (ação) em saúde ambiental**. Contexto – complexidade – compromisso social. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2001. 149p. P. 19-27.

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. A construção de indicadores em Saúde Ambiental: desafios conceituais. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de (org). **Saúde e Ambiente Sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 343p. P. 291 – 312.

BARBOSA, Virgínia. Ilha Joana Bezerra. In: **FUNDAJ**. Recife: www.fundaj.gov.br. 2007. Acesso em 14 de junho de 2008.

BAUER, Martin W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. 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. 189 – 217.

BERNARDES, Denis. **Recife:** o caranguejo e o viaduto. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 1996. 161p.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos; BASTOS, Priscila Félix; BITOUN, Jan. Agentes de saúde ambiental (ASA) e agentes comunitários de saúde (ACS) na cidade do Recife: por que atores de uma política local agem tão distantes? In: **Geografia, medicina e saúde**: do diálogo de saberes aos desafios da espacialização do processo saúde-doença. Curitiba – PR: AGB. Publicação em CD-ROM, 2007, 10p (Anais do III Simpósio Nacional de Geografia da Saúde/ II Fórum Internacional de Geografia da Saúde).

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.

BIRCH, David; VEROFF, Joseph. **Motivação**. São Paulo: Editora Herder, 1970, 159p

BITOUN, Jan. A política de saúde e as inovações na gestão local. **Cidadania, cidade é notícia**. Recife: ETAPAS, 2000, n. 4. Abril/ Maio. 2000 (a).

BITOUN, Jan. Territórios do diálogo: palavras da cidade e desafios da gestão participativa no Recife (Brasil). **Revista de Geografia**. Recife: CFCH/DCG. v. 16, n. 2, jul/dez 2000 (b). p. 41-54.

BITTENCOURT, Luciana Aguiar. Algumas considerações sobre o uso da imagem fotográfica na pesquisa antropológica. In: FELDMAN-BIANCO, Bela; LEITE, Mirian L. Moreira. **Desafios da imagem**: fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais. 3.ed. Campinas – SP: Papirus, 2004, 309p, p. 197-212.

BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. 27. ed. Petrópolis – RJ, 1998, 179p.

BOULLÓN, Roberto C. **Planejamento do espaço turístico**. Tradução de Josely Viana Baptista. São Paulo: EDUSC, 2002. 278p.(coleção turismo)

BRAGA, João. **Trilhas do Recife**: guia turístico, histórico e cultural. 6. ed. Recife: Bagaço, 2007, 182p.

BRASIL. **100 anos de saúde pública**: a visão da FUNASA. Brasília. MS/ FUNASA. 2004. 232p.

BRASIL. **Norma Operacional Básica** – NOB/ 96. Brasília: Ministério da Saúde. 1996 (a)

BRASIL. **Promoção da saúde**: Carta de Otawa, declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall e Declaração de Bogotá. Brasília: FIOCRUZ/ MS, 1996, 47p (b).

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da Saúde** – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003. 176p, p.15-38.

BUSS, Sarah. Personal autonomy. In: **Stanford Encyclopedia of Philosophy**. Stanford, CA, USA: Metaphysics Research Lab, 2002. http://plato.stanford.edu/entries/personal-autonomy Acesso em 24 de março de 2008.

CALDAS, Léo; BELÉM, Alexandre. **Pernambuco**: cores e sentimentos. São Paulo: Escrituras Editora, 2004, 92p.

CASTELLANOS, Pedro Luis. **Proyeto:** Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud segun condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. (s/l): OPS/OMS, 1991, 53p.

CASTORIADIS, Cornelius. **El mundo fragmentado**. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad, 1990, 170p.

CASTORIADIS, Cornelius. **A instituição imaginária da sociedade**. 6. ed. Rio de Janeiro – RJ: Paz e Terra, 2007, 418p.

CASTRO, Josué de. **Geografia da Fome**. 11. ed. Rio de Janeiro: Gryphus, 1992. 360p. (a)

CASTRO, Josué de. **Homens e caranguejos**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2007.

CASTRO, Josué de. Visões do Recife. In: SOUTO MAIOR, Mário; SILVA, Leonardo Dantas (org.) **O Recife**: quatro séculos de sua paisagem. Recife: FUNDAJ; Editora Massangana; PCR, 1992, 300p. p. 253-261. (b)

CAVALCANTI, Carlos Bezerra. **O Recife e seus bairros**. Recife: Câmara Municipal do Recife, 1998, 166p.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2005, 420p.

CURTO, Susana; PICKENHAYN, Jorge. La Geografía de la Salud en la Argentina. **Revista Geográfica**. Argentina: Instituto Panamericano de Geografia, n. 138/ jul-dez 2005, 18p. Disponível em: www.ipgh.org/spanish/publicaciones/periodicas/inrge.htm

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da Saúde** – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003. 176p, p. 39-53

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

ETAPAS. **Caranguejo e Tabaiares**: História, lutas e conquistas. Recife: ETAPAS, 1998, 72p.

ETAPAS. **Caranguejo/ Tabaiares**: resistir, insistir e participar. Recife: ETAPAS, 2005, 12p.

FERRAZ, Sônia Terra. **Cidades saudáveis**: uma urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 15, 1999. 102p.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. A construção do modelo de competência no contexto brasileiro. In: ZARIFIAN, Philippe. **Objetivo Competência**. São Paulo: Atlas, 2001, 197p, p. 9-11. (a)

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. **RAC**, 2001: 183-196. (edição especial). Disponível em: <http://www.anpad.org.br> Acesso em: 17 mai. 2007. (b)

FUNDAJ. **Santo Amaro**. http://www.fundaj.gov.br/notitia/servlet/newstorm.ns.presentation.NavigationServlet?publicationCode=16&pageCode=317&textCode=6061&date=currentDate. 2006. Acesso em 14 de junho de 2008

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.

GATRELL, Anthony C. **Geographies of Health**: an introduction. Oxford - UK: Blackwell publishers, 2002, 262p.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005, 77p.

GERSCHMAN, Sílvia. Conferência Nacional de Saúde em tempos incertos. In: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (org) **Política de Saúde e Inovação Institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1996, 196p.

GILL, Rosalind. Análise de discurso. 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. 244 – 270.

GOMINHO, Zélia de Oliveira. **Veneza Americana x Mucambópolis**: o Estado Novo na cidade do Recife (décadas de 30 e 40). Recife: CEPE, 1998, 224p.

GUIMARÃES, Maria José Bezerra. **Mortalidade infantil**: uma análise das desigualdades intra-urbanas no Recife. Recife: (Doutorado em Saúde Pública – Fiocruz – Brasil). 2003 (a).

GUIMARÃES, Raul Borges. Atores políticos, representação social e produção da escala geográfica. In: MELO, Jayro Gonçalves (org). **Espiral do Espaço**. Presidente Prudente: Gráfica e Editora Impress. 2003(b). 162p.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde pública e política urbana**. São Paulo, 2000, 208f. Tese (Doutorado em Geografia Humana), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo: 2000.

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde Urbana: velho tema, novas questões. **Revista Terra Livre,** São Paulo, n. 17. p. 155-170, 2º semestre/ 2001

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2004, 400p.

HELLER, Ágnes. Las colisiones de la vida cotidiana. In: **Sociología de la vida cotidiana**. Barcelona: Ediciones península. 1991. 418p, p. 394 – 397.

HERNANDEZ, Daniel. **Políticas de Certificación de Competências en América Latina**. São Paulo, [s.n.]. 2000.

HALL, Stuart. Nascimento e morte do sujeito moderno. In: **A identidade cultural na pós-modernidade**. 8 ed. Rio de Janeiro – RJ: DP & A, 2003, 104p. p. 23-46.

IANNI, Áurea Maria Zöllner; QUITÉRIO, Luiz Antônio Dias. A questão ambiental urbana no PSF: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. In: **Avaliação e monitoramento de Programas de Atenção Básica no Brasil** – o PSF na Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo: Centro de Estudos de cultura contemporânea, 2005.

IBGE. **Série relatórios metodológicos**. Rio de Janeiro, 2000 (CD- ROM).

INDONÉSIA. **Declaración de Yakarta**: sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. Yakarta: OMS, 1997.

JAMESON, Fredric. Transformações da imagem na pós-modernidade. In: **Espaço e imagem**: teorias do pós-moderno e outros ensaios. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2004, 290p, p. 129-161.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, 420p.

JORNAL DO COMÉRCIO. Precárias condições de assistência aos pacientes. Recife, 18 de junho de 2008. In: **Blog de Jamilo**. http//jc.uol.com.br/blogs/blogdejamilo/busca.php?busca=ndico. Acesso em 28 de junho de 2008.

KATUTA, Ângela Massumi. A linguagem cartográfica no ensino superior e básico. In: PONTUSCHKA, Nídia Nacib; OLIVEIRA, Ariovaldo Umbelino (org). **Geografia em perspectiva**. São Paulo: Contexto. 2002. 380p. p.133-139.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Otawa: Minister of National Health and Welfare, 1974 (http://www.phac-aspc.gc.ca/publications-eng.php) Acesso em 27 de julho de 2008.

LANDIM, Paula da Cruz. **Desenho de paisagem urbana**: as cidades do interior paulista. São Paulo: Editora UNESP, 2004, 126p.

LAROSSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. **O sujeito da educação**: estudos foucatianos. 2. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 1995, 258p.

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

LEFEBVRE, Henri.**O direito à cidade**. Trad. Rubens Eduardo Farias. São Paulo: Centauro, 2001, 145p.

LEFEBVRE, Henri. **The production of space**. Oxford, UK: Blackwell. 1992, 454p.

MACEACHRER, Alan M. **How maps work**: representation, visualization and design. New York/ London: The Guilford Press, 1995, 461p.

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

MATURANA, Humberto. **Emociones y lenguaje en educación y política**. 7. ed. Santiago: [s.n.], [198-], 98p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distritos Sanitários**: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993, 310p, p. 19-91.

MENDONÇA, Francisco. **Geografia e Meio Ambiente**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 1998.

MÉXICO. **Declaración Ministerial de México para la Promoción de la salud**. Ciudad de México: OMS, 2000, 2p.

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. 254p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 1994. 79p.

MONBEIG, Pierre. A paisagem, espelho de uma civilização. In: DANTAS, Aldo. **Pierre Monbeig**: um marco da Geografia Brasileira. Porto Alegre: Sulina, 2005, 142p (texto originalmente publicado em 1940)

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

MORIN, Edgar. **O método 2**. A vida da vida. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2002, 528p.

MORIN, Edgar. **O método 3**. O conhecimento do conhecimento. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 1999, 288p.

NASCIMENTO JÚNIOR, João Alves do. **Entrevista concedida à Martha Priscila Bezerra Pereira**. Recife: 18/11/2004.

NIEMEYER, Ana Maria de. Um outro retrato: imagens de migrantes favelados. In: FELDMAN-BIANCO, Bela; LEITE, Mirian L. Moreira. **Desafios da imagem**: fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais. 3.ed. Campinas – SP: Papirus, 2004, 309p, p. 225-265.

OPAS. **Curso de Autoinstrucción em Comunicación de Riesgos**. 2005 www.opas.org.br/ambiente/risco/tutorial6/index.html. Acesso em 04 de outubro de 2005.

OPPPPSA (OBSERVATÓRIO PERNAMBUCANO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E PRÁTICAS SÓCIO-AMBIENTAIS). **Apoio técnico aos distritos sanitários de saúde para territorialização dos agentes de saúde ambiental**. Recife: 2003 (Consultoria).

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, 600p, p. 473-487.

PAIM, Jairnilson Silva. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da Saúde** – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 176p, p.161-174.

PARRA FILHO, Domingos; SANTOS, João Almeida. **Metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: Futura, 1998, 277p.

PAVLOVSKY, E.N. **Natural nidality of transmisible diseases**. Moscow: Academician Y. N. Pavlovsky, 196-. 229p.

PEITER, Paulo César. **Curso de Geografia da Saúde**. www.igeo.ufrj.br/gruporetis/cursos. 2008. Acesso em 25 de março de 2008.

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. **Comunidades pobres urbanas da cidade do Recife e Políticas Públicas**: como a interação das ações do governo e práticas cotidianas da comunidade está viabilizando uma melhoria das condições de saúde. Recife: 2001. 108p. Dissertação (Programa de Mestrado em Geografia) Centro de Filosofia e Ciências Humanas/ UFPE.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; GUIMARÃES, Raul Borges. Apropriação do território e percepção da paisagem a partir da representação cartográfica da área de trabalho dos agentes de saúde do PSF e PSA na cidade do Recife - PE. In: **Geografia, medicina e saúde:** do diálogo de saberes aos desafios da espacialização do processo saúde-doença. Curitiba – PR: AGB. Publicação em CD-ROM, 2007a. 10p (Anais do III Simpósio Nacional de Geografia da Saúde/ II Fórum Internacional de Geografia da Saúde).

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. GUIMARÃES, Raul Borges. Competências e habilidades sociais enquanto metodologia para analisar a apropriação do território e a percepção da paisagem dos agentes do PSF e do PEVA. **VII Semana de Geografia e II Encontro de Estudantes de Licenciatura em Geografia**. Presidente Prudente: AGB (seção Presidente Prudente - SP) – publicação em CD-ROM. 2006a, 15p.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; GUIMARÃES, Raul Borges. Condições de trabalho do agente de saúde do PSF e PSA a partir do discurso dos sujeitos. In: **Modernidade e os**

signos da civilização da barbárie para a classe trabalhadora. Presidente Prudente – SP: CEGET. Publicação em CD-ROM, 2007b. 19p (Anais da VII Jornada do Trabalho).

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; GUIMARÃES, Raul Borges. Observação participante como técnica para destacar as competências e habilidades sociais e conseqüente elaboração do conhecimento geográfico dos agentes de saúde do PSF e PSA na cidade do Recife. In: **Espacialidades contemporâneas:** o Brasil, a América Latina e o Mundo. Rio de Janeiro – RJ: AGB. Publicação em CD-ROM, 2007c. 2p. (Anais do VII Encontro Nacional da ANPEGE).

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; GUIMARÃES, Raul Borges. O método qualitativo na análise do processo de trabalho do agente de saúde ambiental: o caso de Recife – PE. In: **A dinâmica do emprego no Nordeste brasileiro**. João Pessoa – PB: ABET. Publicação em CD-ROM, 2007d. P. 493 - 510. (Anais do VI Encontro Regional da ABET)

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; GUIMARÃES, Raul Borges. Percepção da paisagem pelos agentes do PSF e PSA na cidade do Recife através da imagem fotográfica. In: **Geografia, medicina e saúde:** do diálogo de saberes aos desafios da espacialização do processo saúde-doença. Curitiba – PR: AGB. Publicação em CD-ROM, 2007e. 10p (Anais do III Simpósio Nacional de Geografia da Saúde/ II Fórum Internacional de Geografia da Saúde).

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; GUIMARÃES, Raul Borges. Representação cartográfica da área de trabalho e Políticas Públicas de Saúde – Santa Rita – PB. **I Colóquio Nacional do Núcleo de Estudos em Espaço e representações**. Curitiba: AGB (seção Curitiba – PR) – publicação em CD- ROM. 2006b, 12p.

PERNAMBUCO DE AZ. www.pe-az.com.br/bairros_areias.htm. 2---. Acesso em 14 de junho de 2008.

PLA, Maria del Tura Bovet; VILAS, Jordi Ribas. Metodología general de los estúdios de paisaje. In: BOLÓS Y CAPDEVILA, María de. **Manual de ciencia del paisaje**: teoría, métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson S.A. 1992, 273p. P. 122-134.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Entre a saúde e a vulnerabilidade: em busca de uma abordagem ecossocial em problemas de saúde e meio ambiente. In: PORTO, Marcelo Firpo de Souza; FREITAS, Carlos Machado de (org). **Problemas ambientais e vulnerabilidade:** abordagens integradoras para o campo da saúde pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 136p. P 125-135.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006, 304p.

RECIFE. Enquete sobre "Atrativo turístico imperdível". In: **Site da Prefeitura da Cidade do Recife**. Recife: PCR. www.recife.pe.gov.br Acesso em 27 de maio de 2008.

RECIFE. **Perfil municipal**: histórico e evolução urbana. Recife: DPU (Diretoria de Planejamento Urbano), 1989, 230p.

RECIFE. **Relação das Equipes de Saúde da Família**. Recife: Departamento das Equipes de Atenção Básica (DEAB)/ Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2004

RECIFE. **Relatório de Gestão 1997**. Recife: DPS (DIRETORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE)/ SMS. 1997. 83p.

RECIFE. **Resolução n. 1 de 11 de outubro de 2007**: Comissão Especial criada pela Lei 17.233/ 2006. Recife. 2007.

RECIFE. **Regiões político administrativas do Recife** – Região Noroeste – RPA 3 (versão preliminar). Recife: 2001a, 43p.

REZENDE, Antônio Paulo. As múltiplas cidades de Calvino e Freyre. In: FREYRE, Gilberto. **Guia prático, histórico e sentimental da cidade do Recife**. 5.ed. São Paulo: Global, 2007, 256p, p. 11-19.

ROCHA, Tadeu. Geografia poética do Recife. In: SOUTO MAIOR, Mário; SILVA, Leonardo Dantas (org.) **O Recife**: quatro séculos de sua paisagem. Recife: FUNDAJ, Editora Massangana, PCR, 1992, 300p. p. 289-298.

ROJAS, Luisa Iñiguez; BARCELLOS, Christovam. **Geografia y salud en America Latina:** tendencias y prioridades. México, 2002. IX Encontro dos Geógrafos na América Latina.

ROJAS, Luisa Iñiguez. Geografia y Salud: entre historias, realidades y utopias. **Caderno Prudentino de Geografia.** n.25. Presidente Prudente – SP: AGB. 2003. p. 9-28

ROJAS, Luisa Iñiguez. Geografia y salud: temas y perspectivas en América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 14, n. 4, Rio de Janeiro, Out/Dez, 1998.

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994, 356p.

SACK, Robert David. **Human territoriality**: its theory and history. London: Cambridge University Press, 1986, 219p.

SAMAJA, Juan. **Epistemología y Metodología**: elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: Ed. Eudeba, 1997

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, Erlene Roberta Ribeiro dos. **Ações de promoção à saúde**: caminho para a construção de uma cidade saudável? O caso do Recife. Recife – PE: 2004. 138f: (Dissertação). Fundação Oswaldo Cruz/ CPqAM/ Departamento de Saúde Coletiva/ Mestrado em Saúde Pública.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 1997, 273p.

SETTE, Mário. **Maxambombas e maracatus**. 4. ed. Recife: Fundação de cultura Cidade do Recife, 1981. (Coleção Recife, v. XIX).

SILVA, Luiz Jacintho da. Prefácio. In: BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luisa Iñiguez. **O território e a vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde/ FIOCRUZ; PROFORMAR, 2004, 80p, p. 5

SILVA, Ana Lúcia da; CONVERSANI, Danaé Teresinha N. Educação em Saúde na perspectiva da complexidade. In: VILLELA, Wilza; KALCKMANN, Suzana; PESSOTO, Umberto Catarino. **Investigar para o SUS**: construindo linhas de pesquisa.. São Paulo: Instituto de Saúde, 2002. 150p. P. 55-58 (Temas em Saúde Coletiva 2).

SMITH, Neil. Geography, difference and the Politcs of Scale. In: DOHERT J.; GRAHAM, E. (eds). **Postmodernism and the Social Science**. Londres: Macmillan, 1992. P. 57-79.

SOUZA, Marcelo Lopes de. **A prisão e a ágora**. Rio de Janeiro - RJ: Bertrand Brasil, 2006. 632p.

SOUZA, Marcelo Lopes de. **O desafio metropolitano**: um estudo sobre a problemática sócio-espacial nas metrópoles brasileiras. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2000. 368p.

STROH, Paula Yone. **Saúde, Ambiente e Desenvolvimento Humano:** a intercorrência de um debate. Recife: 2004 (texto para discussão na disciplina: "Interdisciplinaridade: Saúde, Ambiente e Desenvolvimento Humano").

TAILÂNDIA. **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**. Bangkok: OMS, 2005, 6p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002, 128p, p. 23-57.

TOURAINE, Alain. O sujeito. In: **Crítica da modernidade**. 7. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 1994, 394p, p. 213 – 245.

TUAN, Yi-fu. **Paisagens do medo**. São Paulo: Ed. UNESP, 2005, 345p (livro originalmente publicado em 1979).

VAINSENCHER, Semira. Encruzilhada. In: **FUNDAJ**. Recife: www.fundaj.gov.br. 2003. Acesso em 14 de junho de 2008.

VEYRET, Yvette; RICHEMOND, Nancy Meschinet de. Definições e vulnerabilidade do risco. In: VEYRET, Yvette (org). **Os riscos**: o homem como agressor e vítima do meio ambiente. São Paulo: Contexto, 2007, 316p.

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.

VILARINHO, Paulo Ferreira. **A formação do campo da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: 2003. 152f. Dissertação (Curso de Mestrado Executivo) Centro de Formação Acadêmica e pesquisa/ Escola Brasileira de Administração Pública/ Fundação Getúlio Vargas. http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17700.asp Acesso em 28 de novembro de 2007.

ZARIFIAN, Philippe. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001, 194p.

Apêndices...

A. Agrupamento das características apontadas por competência, pelos enfermeiros da ESF e pelos supervisores do PSA;

B. Termo de consentimento livre e esclarecido;

Apêndice A...

QUADRO 1
CARACTERÍSTICAS AGRUPADAS POR COMPETÊNCIA DOS ACS

	MOTIVAÇÃO
1	Consciente do trabalho/ Tem vínculo com o posto/ abraça a causa/ engajada/ Comprometimento com o sistema de saúde/ Comunicação sobre melhorias do posto/ Divulgação tudo o que ocorre de bom/ informa bem o que ocorre na área
2	Politizada
3	Consegue lidar com todos/ Entrosa-se bem/ Política/ Lida bem com as pessoas/ É bem entrosada, interage com a comunidade
4	Se envolve com o bem estar da equipe/ Se preocupa com o grupo/ Ajuda a todos da equipe/ dedicada ao grupo/ motiva o grupo/ mobiliza a equipe
5	Trabalha até fora do horário/ Trabalha demais/ Cobre áreas descobertas/ Faz mais do que o trabalho normal/ Faz de tudo
6	Envolvimento com organização de eventos/ Projetos para melhorar as condições de vida da comunidade/ Desenvolve trabalhos com a comunidade
7	Boa interação com a comunidade/ Facilidade de acesso/ Vínculo com a comunidade/ Entrosamento pessoal com a comunidade/ É uma das fundadoras/ Envolvido (a) na área/ Ajudou a formar a comunidade/ Dá satisfação do trabalho na comunidade/ Abre caminhos para a comunidade
8	Percebe pessoas em situação de risco ambiental e pessoal/ Sabe o paciente que tem que ter mais cuidado
9	Trabalho com educação em geral
10	Envolvimento com o bem estar do morador/ Traz coisas de fora para a comunidade
11	Envolvimento com ONG/ Organizações comunitárias/ Conf de mulheres/ Sindicato/ Conselho de saúde municipal
12	É líder/ poder de convencimento/ Mobiliza a comunidade/ motiva as pessoas
13	Envolvimento com atividades artísticas e culturais
14	É respeitado pela comunidade/ É procurado para esclarecer dúvidas/ É aceito/ Consegue adesão, é atendido e entendido
15	Disponibiliza a própria residência
16	Cobra atitudes do serviço público/ briguenta para conseguir melhorias/ luta por melhorias na comunidade/ luta pelo direito de todos

	AUTONOMIA
17	Antecipa o problema/ Se antecipa ao que você vai precisar
18	Atuante/ Tem iniciativa/ É dinâmica/ Ágil/ Ativa/ Disposta/ Jeito jovem
19	Resolve os problemas com facilidade/ Ajuda a resolver problemas mais rápido
20	Sabe tudo o que ocorre na área

QUADRO 1 (CONT)
CARACTERÍSTICAS AGRUPADAS POR COMPETÊNCIA DOS ACS

	DOMÍNIO CONCEITUAL
21	Formação
22	Linguagem acessível à população/ Didática/ Trabalha com a rádio comunitária
23	Boa comunicação/ Leva a informação de uma maneira dinâmica/ comunicativa
24	Tem conhecimentos/ Faz trabalho científico com a enfermeira
25	Experiência
26	Fala bem/ Explica bem/ É bem expressiva
27	Atividades da AESA, IESA e etc (festas para crianças, roupas, enxovais, atividades esportivas e visitas a escolas com adolescentes, caminhada com idosos, etc.)
28	Trabalho com educação ambiental/ sanitária/ saúde.

	DOMÍNIO DA LINGUAGEM CARTOGRÁFICA
29	Tem um olhar melhor para a comunidade/ Olhar clínico/ Tem boa visão social/ visão crítica da área
30	Conhece bem a área/ Tem domínio da área.

	CARACTERÍSTICAS PESSOAIS QUE INTERFEREM NA EFICIÊNCIA DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES
31	Perfeccionista
32	Responsável
33	Tem compromisso
34	Meticulosidade/ cuidado/ zelo
35	Interesse/ dedicação/ disposição/ empenho, esforço
36	Trabalha com amor/ Gosta do que faz
37	Eficiente/ competente/ Desempenha bem a função/ Faz bem a sua parte/ O trabalho é elogiado
38	Disponível/ Prestativa/ Atenciosa
39	Cumpre bem a jornada de trabalho
40	Desenvolvida
41	Acolhedora/ receptiva/ é como uma mãe
42	Delicada
43	Detalhista/ preocupada/ atenta
44	Criativa
45	Confiável
46	Carinhosa/ afetiva
47	Gentil
48	Habilidosa para trabalhar com o público
49	Inteligente
50	Luta contra as adversidades
51	Organização
52	Sensível aos agravos da comunidade/ se envolve emocionalmente
53	Simpática/ bacana.

Fonte: Trabalho de campo realizado em janeiro e fevereiro de 2007.

QUADRO 2
CARACTERÍSTICAS AGRUPADAS POR COMPETÊNCIA DOS ASAS

	MOTIVAÇÃO
1	Tem apoio político partidário
2	Consciente do trabalho
3	Integração com o PSF
4	Identificação com a área
5	Motivação
6	Faz mais do que é pedido/ trabalha até fora da área

	AUTONOMIA
7	Mora na área
8	Boa interação com a comunidade/ facilidade de acesso
9	Cobra atitudes da população
10	Religiosidade
11	Envolvimento com organização de eventos/ projetos para melhorar as condições de vida
12	Percebe pessoas em situação de risco ambiental e pessoal
13	Envolvimento com o bem estar do morador
14	Liderança/ poder de convencimento/ mobiliza a comunidade
15	Trabalho em grupo
16	Cobra atitudes do serviço público
17	Tem iniciativa/ dinâmica
18	Resolve os problemas com facilidade

	DOMÍNIO CONCEITUAL
19	Formação
20	Faz diagnóstico e resolve/ encaminha o problema
21	Linguagem acessível à população/ didática
22	Tem experiência
23	Trabalho de orientação domiciliar
24	Trabalho com educação ambiental/ sanitária/ saúde
25	Trabalhos manuais para educação ambiental
26	Boa comunicação

	DOMÍNIO DA LINGUAGEM CARTOGRÁFICA
27	Observa bem a área
28	Tem boa visão social/ Visão crítica da área/ Tem uma visão do todo
29	Conhece bem a área

	CARACTERÍSTICAS PESSOAIS
30	Trabalha com amor/ Gosta do que faz
31	Criatividade
32	Detalhista
33	Eficiente
34	Disciplinada
35	Disponível/ Prestativa
36	Meticulosidade/ cuidado
37	Pontualidade
38	Assiduidade

QUADRO 2 (CONT)
CARACTERÍSTICAS AGRUPADAS POR COMPETÊNCIA DOS ASAS

	CARACTERÍSTICAS PESSOAIS (CONT.)
39	Interesse/ dedicação/ disposição
40	Responsabilidade
41	Coragem
42	Participação
43	Compromisso
44	Desestímulo/ revolta com as dificuldades
45	Faz um bom trabalho de campo
46	Eficiente como técnico
47	Compaixão/ Misericórdia
48	Preocupação com a população e/ou com a área
49	Pessoa humana
50	Paciência
51	Organização
52	Confiabilidade
53	Simpatia
54	Amizade

Fonte: Trabalho de campo realizado em janeiro e fevereiro de 2006.

Apêndice B...

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
CURSO DE DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa fará parte da tese que está sendo realizada sob orientação do prof. Dr. Raul Borges Guimarães (UNESP/ FCT/ PPGG) intitulada: "Conhecimento Geográfico do agente de saúde da cidade do Recife: influências na saúde individual e ambiental". Trata-se de um estudo que tem por objetivo avaliar o conhecimento geográfico dos agentes envolvidos no Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Saúde Ambiental (PSA) na cidade do Recife. Para se ter as informações necessárias, serão realizados os seguintes procedimentos com os agentes desses programas: visita na área de trabalho de um grupo de agentes, momento em que será realizada uma entrevista visando saber algumas informações sobre interesses e as influências que ele teve na vida para desempenhar dessa maneira o trabalho como agente, desenho de mapa mental e se pedirá que o mesmo fotografe os elementos no local de trabalho que possam causar problemas à saúde; assim como será realizada uma entrevista com um outro grupo no qual inicialmente será aplicado um questionário com dados gerais como idade, grau de instrução, etc e serão realizadas algumas dinâmicas contemplando os seguintes temas: motivação, autonomia, domínio conceitual e domínio da linguagem cartográfica. Serão usados também documentos dos serviços de saúde, de outros setores da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), estaduais, nacionais e internacionais para uma análise dos mesmos.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre o estudo em qualquer fase do mesmo; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados. Os resultados do estudo serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Qualquer esclarecimento entrar em contato com Martha Priscila Bezerra Pereira, a qualquer momento pessoalmente no endereço da cidade de Paulista – PE, na R. Ouro Preto, 27. Conjunto Beira Mar – Janga. CEP: 53.435-640, no telefone 81. 3436 - 6426.

Eu,_____ declaro que aceito participar como sujeito da pesquisa acima referida. Data: __/__/__.

Assinatura: _____

Em cumprimento a resolução n° 196 do Conselho Nacional de Saúde.