Parte 1 - Pesquisa qualitativa: conceitos básicos
**Teoria sobre o conhecimento geográfico dos agentes
comunitários de saúde e agentes de combate a endemias:
fundamentos a partir da abordagem qualitativa**

Martha Priscila Bezerra Pereira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PEREIRA, M.P.B. Teoria sobre o conhecimento geográfico dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias: fundamentos a partir da abordagem qualitativa. In: MARAFON, G.J., RAMIRES, J.C.L., RIBEIRO, M.A., and PESSÔA, V.L.S., comps. *Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas* [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2013, pp. 135-148. ISBN 978-85-7511-443-8. <https://doi.org/10.7476/9788575114438.0009>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Teoria sobre o conhecimento geográfico dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias: fundamentos a partir da abordagem qualitativa

Martha Priscila Bezerra Pereira

O conhecimento geográfico dos agentes comunitários de saúde (ACSs) e agentes de combate a endemias (ACEs) está presente de várias maneiras no cotidiano desses profissionais. Basta observar que eles lidam com uma base territorial e que enfrentam situações que permitem associar o morador ou trabalhador ao espaço geográfico em que vivem (espaço $\times$ indivíduo; indivíduo $\times$ indivíduo). Depois de analisar o trabalho desses agentes de saúde (ACSs e ACEs) em três municípios do Nordeste brasileiro, foi possível iniciar um debate no sentido de elaborar uma teoria.

Entre as acepções sobre teoria, há algumas importantes para o entendimento deste texto: 1) um conjunto de princípios que servem de instrumento científico na explicação dos fatos ou, em outras palavras, ordenação dos fatos para uma explicação empírica (Lakatos e Marconi, 1991); 2) possibilidade de abordar metodicamente o mundo sensível (Melo, 2003); 3) condição hipotética ideal, na qual se cumprem normas e regras que podem ser observadas parcialmente ou de forma imperfeita na realidade (Abbagnano, 2012); ou 4) inter-relação entre teoria e fato, consistindo em elementos que buscam a verdade (Lakatos e Marconi, 1991).

Para este artigo, compreendemos a teoria como ordenação dos fatos ou uma abordagem do mundo sensível que buscará entender as várias possibilidades do desenvol-

vimento ou não do conhecimento geográfico dos ACSs e ACEs a partir da observação do trabalho desses profissionais nas seguintes localidades: Santa Rita/PB, Recife/PE e Campina Grande/PB.

As pesquisas a partir das quais elaboramos a teoria foram realizadas nesta última década (2002-2012) e em todas foi utilizada a abordagem qualitativa. Tivemos como elemento distintivo o fato de os municípios serem de porte diferenciado e de as pesquisas terem sido realizadas em momentos diversos e situações distintas. Em Santa Rita, a análise foi feita com base em uma pesquisa independente (2002-2004) incluída no projeto *Gestão participativa na construção de um ambiente mais saudável: o caso do Riacho Tibiri – Santa Rita/PB*; em Recife, num projeto de doutorado (2004-2008), *Conhecimento geográfico do agente de saúde: competências e práticas sociais de vigilância à saúde na cidade do Recife/PE*; e, em Campina Grande, na coordenação de um projeto de iniciação científica/PIBIC/CNPq (2010-2012) – *Conhecimento geográfico do agente de saúde no município de Campina Grande/PB* (2010-2011) e *Competências e práticas sociais do agente de saúde no município de Campina Grande/PB* (2011-2012).

As diferenças pautam-se, igualmente, na própria complexidade urbana, sendo menor em Santa Rita, moderada ou intermediária em Campina Grande, e com elevado índice de complexidade no que se refere a Recife. Contudo, tais realidades se aproximam, visto que as práticas dos agentes são norteadas pela mesma base legal: a legislação federal.

Assim, o objetivo deste texto é iniciar um debate sobre a formação de uma teoria do desenvolvimento do conhecimento geográfico dos ACSs e ACEs a partir de pesquisas que utilizaram a abordagem qualitativa.

O capítulo está dividido em cinco partes. Na primeira, apresentamos sucintamente os municípios envolvidos na pesquisa. Na segunda, comparamos as atribuições práticas dos profissionais (agentes de saúde e geógrafos) a partir da legislação que os rege. Na terceira, expomos as escolhas metodológicas desses estudos (realizados em Santa Rita, Recife e Campina Grande). Na quarta, exibimos os principais autores e os fundamentos teórico-metodológicos que serviram de alicerce para as três pesquisas. Na quinta, formulamos a teoria sobre o desenvolvimento do conhecimento geográfico dos ACSs e ACEs.

Os municípios e suas características

Como dissemos, nosso estudo foi realizado em três municípios: Santa Rita, Campina Grande e Recife. Estes são apresentados com as características da época em que foram efetivadas as respectivas pesquisas, a partir da vivência e/ou das leituras

realizadas e também das contribuições para o desenvolvimento ou não do conhecimento geográfico.

A população que circulava pela prefeitura de Santa Rita (2002-2004) orgulhava-se das safras de abacaxi e da água mineral que produzia, além da tradicional produção de cana-de-açúcar. A diversão estava relacionada aos balneários de água mineral e às festas religiosas e políticas. Embora a população se caracterizasse pelas ligações com o espaço rural e com os grandes proprietários, demonstrava um interesse pelo debate político em torno de benefícios para a zona rural ou urbana, e seu vínculo estava atrelado à fidelidade a determinado político, o que parecia definir o emprego, as amizades e o prestígio que se obtinha enquanto seu “padrinho” estava no poder.

Essas particularidades não só interferiram na escolha da divisão do município em segmentos rural e urbano, como também influenciaram no próprio perfil dos ACSs e ACEs que participaram da pesquisa. Estes possuíam como características predominantes: subserviência quase total a seus superiores e, conseqüentemente, pouca autonomia; domínio conceitual muito limitado, na maioria dos casos investigados, sobre o que é o principal no cotidiano de trabalho; e grau de escolaridade mediano.

Em Recife (2005-2008), a população com a qual se teve contato demonstrava grande capacidade criativa, fosse voltada para a luta por novos espaços ou conquistas para a comunidade, fosse direcionada a explorar ou aprimorar conhecimentos. A cultura local era extremamente exaltada pela comunidade, pelos funcionários e pelos próprios agentes de saúde, o que demonstrava o orgulho de se pertencer a esse município. Com relação à administração municipal, havia muitos funcionários qualificados e com pós-graduação e isso se configurava em ações mais precisas, do ponto de vista científico, sobre o município (Pereira, 2011).

Como consequência, os agentes de saúde que foram objeto de estudo tinham como características marcantes fazer mais do que lhes era determinado e demonstrar grande disposição e dedicação ao trabalho, o que os tornava eficientes, disponíveis e atenciosos aos olhos dos outros. Tinham formação extra e se destacavam por trabalhar a educação ambiental, sanitária e para a saúde; interagiam bem com a comunidade; tinham iniciativa e liderança; conheciam bem sua área de atuação; e sabiam manusear os mapas com que lidavam. A administração municipal baseou-se em critérios científicos para realizar a divisão do município em seis distritos sanitários e organizar o poder hierarquicamente (Pereira, 2011).

Em Campina Grande (2010-2012), a população mostrava-se orgulhosa de ser campinense, esmerava-se por ter sempre um diferencial que chamasse a atenção de moradores de outras localidades e valorizava a cultura local, características semelhantes a algumas vistas em Recife. Mas também havia aspectos um pouco parecidos com a descrição de Santa Rita, como o fato de a população estar medianamente preocupada com

a fidelidade a determinado político, o que influenciava, em algumas esferas, a obtenção ou não de um emprego, as amizades e o prestígio em relação a certo grupo social.

Como resultado, houve a preocupação em realizar uma divisão regional em seis distritos sanitários e em ter representantes em cada um deles. Todavia, os agentes sentiam que existia descaso do poder público em geral no que dizia respeito a problemas organizacionais, de infraestrutura e até de falta de recursos humanos (Silva Filho e Pereira, 2012). Os agentes estudados possuíam como características mais fortes a motivação para o trabalho, demonstrada na dedicação à sua respectiva função, a autonomia para enfrentar os problemas inerentes às suas áreas de atuação e o envolvimento com a comunidade, além de outros distintivos capazes de interferir positivamente no trabalho cotidiano.

Os agentes de saúde (ACSs e ACEs) e seu conhecimento geográfico

Para fazer a conexão entre o trabalho dos agentes de saúde e o conhecimento geográfico, optamos, inicialmente, por comparar as atribuições práticas desses profissionais (Brasil, 2006) e o geógrafo (Brasil, 1979).

Um dos primeiros pontos em comum seria a coleta de informações para diagnóstico. O ACS elabora diagnóstico demográfico e sociocultural, contabiliza nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, atividades que o geógrafo pode executar de forma semelhante por meio da caracterização de regiões e sub-regiões geográficas ou mesmo quando realiza um zoneamento geo-humano.

Outro ponto em comum seria a destinação da ação. Enquanto o geógrafo realiza as tarefas tendo como uma das finalidades o planejamento e a implantação de políticas sociais, tanto o ACS quanto o ACE, como executores das políticas de saúde, que podem ser entendidas como parte das políticas sociais (Fleury e Ouverney, s. d.), também contribuem para o planejamento e a implantação de política social.

Como terceiro ponto em comum, os ACSs devem participar de ações que fortaleçam os elos entre o setor de saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida. Nesse sentido, os ACEs também devem realizar atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde. Já o geógrafo põe em prática ações que podem ser consideradas similares quando faz levantamento e mapeamento destinados à solução de problemas regionais.

Apesar de terem motivações e finalidades práticas diferenciadas, tais atividades são passíveis de comparação porque esses profissionais visam ao entendimento de determinado território ou região, ao seu desenvolvimento, e buscam planejar algo para essa localidade ou implantar algo nela. Assim, há um conteúdo geográfico sendo evidenciado no trabalho cotidiano dos ACSs e ACEs, na medida em que procuram maneiras de efetivar mudanças na realidade local.

As escolhas metodológicas e sua importância para a formulação da teoria

Desde o momento em que definimos os objetivos das pesquisas e observamos que a abordagem mais adequada seria a qualitativa, percebemos a necessidade de trabalhar com mais de uma técnica. Essa escolha justifica-se, segundo Tobar e Yalour (2001) e Iriart (2005), porque pesquisar com a abordagem qualitativa envolve a utilização frequente de múltiplas fontes de informação, que, por consequência, utilizam a interação de estratégias e técnicas diferenciadas.

Então, utilizamos como técnicas principais de pesquisa o levantamento bibliográfico e documental, a entrevista, a representação espacial livre e direcionada, o registro fotográfico, a observação participante e a anotação de campo; como metodologia para realizar a bricolagem, a triangulação de métodos (Castellanos, 1991; Minayo, Assis e Souza, 2005). O detalhamento da metodologia empregada e das técnicas utilizadas pode ser observado, na íntegra, em Pereira (2011) e, parcialmente, em Pereira e Guimarães (2006, 2007) e em Silva Filho e Pereira (2011, 2012).

O levantamento bibliográfico e documental foi necessário para fundamentar a pesquisa como um todo e auxiliá-la.

A entrevista teve a função especial de entender o que esses agentes gostariam que fosse evidenciado em suas histórias de vida e permitiu inferir possíveis competências e habilidades desenvolvidas ao longo de suas experiências pessoais.

A representação espacial direcionada nos ajudou a entender melhor o domínio da linguagem cartográfica, principalmente na dimensão técnica.

As representações espaciais, livre e direcionada, juntamente com a entrevista, o registro fotográfico, a observação participante e a anotação de campo, elencam vários elementos percebidos pelos agentes de saúde como de risco, de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Entre as técnicas utilizadas, a observação participante e a anotação de campo foram as que mais nos auxiliaram na composição teórica, pois forneceram elementos para a descrição das ações cotidianas com mais naturalidade, expondo as dificuldades e potencialidades enfrentadas.

Fundamentos teóricos

Escolhidas a abordagem qualitativa e as técnicas correlacionadas, entendemos que um dos primeiros conceitos a aprofundar seria o de sujeito. Consultamos autores como Touraine (1994), Larossa (1995), Morin (2002), Hall (2003), Lefèvre e Lefèvre (2003) e Abbagnano (2012) e buscamos os conceitos que melhor explicariam o sujeito agente de saúde, fosse ACS ou ACE.

Segundo Touraine (1994), o sujeito surge quando o indivíduo se insere nas relações sociais e consegue transformá-las. Larossa (1995) defende que, à medida que o sujeito passa a ter consciência de si e busca gerir suas próprias atitudes, está amadurecido para realizar práticas educativas. Morin (2002) apresenta um sujeito com dimensão lógica, ontológica, ética e etológica. Hall (2003), por sua vez, mostra um sujeito que age consciente ou inconscientemente de acordo com regras superiores a ele, sejam condições históricas (Marx), inconscientes (Freud), a partir da linguagem corrente como sistema social (Saussure), um poder disciplinar agindo em várias escalas da vida (Foucault) ou o envolvimento em grupos de movimentos sociais. Lefèvre e Lefèvre (2003) afirmam que o sujeito é alguém que faz a coletividade falar diretamente. Finalmente, Abbagnano (2012) identifica o sujeito autônomo, consciente, capaz de ter uma autoconsciência que determina e condiciona toda a atividade cognitiva.

Com base nessas afirmações, podemos iniciar um entendimento sobre o que seria esse sujeito da pesquisa. Inicialmente, ele tem várias dimensões; porém, é fortemente influenciado por regras superiores, fato que é refletido no momento de sua 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, pode contribuir para transformar algumas relações sociais em que vive, uma vez que estas condicionam toda a atividade cognitiva.

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

Com relação ao conhecimento geográfico dos agentes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Vigilância Ambiental em Saúde (VAS), 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 desse conhecimento corresponde ao desenvolvimento de competências e habilidades sociais.

Entendemos por competências sociais as capacidades mais gerais de operar com os conhecimentos, demonstradas por meio de habilidades e comportamentos. Já as habilidades e comportamentos são os dados, de fato, visíveis ao pesquisador (Alles, 2006a). No âmbito do sujeito, a competência social é visível por meio das habilidades dos indivíduos. Nesse caso, observa-se seu desempenho de várias maneiras para se chegar a alguma conclusão sobre competências desenvolvidas (Fleury e Fleury, 2001; Hernandez, 2000; Ramos, 2006).

Apesar do enfoque dessas competências no indivíduo, Alles (2006b) afirma que elas surgem sempre dentro de um contexto, depois da comunicação do sujeito com outros

personagens. Essa afirmação fornece o fundamento para considerarmos as competências individuais competências do sujeito agente de saúde.

Spencer e Spencer (apud Alles, 2006b) classificaram os principais tipos de competência em: motivação, características pessoais, conceito próprio ou conceito uno, conhecimentos e habilidades. A partir do entendimento do significado de cada uma dessas competências, propomos a seguinte classificação: motivação, características pessoais, autonomia (conceito próprio/conceito uno), domínio conceitual (conhecimento) e domínio da linguagem cartográfica (habilidade) (Pereira, 2011).

A motivação estaria relacionada aos motivos que orientam a pessoa a determinadas ações, revelando-se em graus diferenciados (Angellini, 1973). As características pessoais têm relação com sua personalidade e com situações vivenciadas pelo indivíduo e podem interferir positiva ou negativamente na ação do agente de saúde (Pereira, 2011). Essas duas competências influenciam diretamente o desempenho das outras competências e habilidades.

O domínio conceitual estaria relacionado ao conhecimento, que está em permanente construção, é adquirido a partir das características da pessoa e expresso por meio da linguagem (Morin, 1999). Com base no domínio conceitual, é possível desenvolver uma boa percepção da paisagem.

De acordo com Pereira (2010), essa paisagem pode ser observada como de risco, de prevenção de doenças e de promoção da saúde. A de risco estaria representada pela percepção de elementos que podem causar algum tipo de perigo à saúde e à qualidade de vida de um indivíduo ou do grupo. A de prevenção de doenças indicaria elementos resultantes de ações efetivadas para prevenir doenças. E a de promoção da saúde seria a percepção de elementos que são resultado de uma racionalização no sentido de um bem-estar geral.

Pereira (2010) ainda afirma que é a partir do conhecimento que se tem a possibilidade de desenvolver a consciência de que os elementos da paisagem podem interferir no processo saúde-doença da população e, por consequência, caracterizar uma condição prévia para a ação nesse ambiente.

A autonomia estaria relacionada às imposições verticais e aos poderes horizontais. As primeiras são superiores às relações cotidianas, já os outros surgem no cotidiano (Morin, 2005). A partir da autonomia, observam-se vários tipos de territorialidade. Esse território pode ser concebido pela existência de uma apropriação do território e de uma multiterritorialidade articulada ou desarticulada (Pereira, 2010).

A apropriação do território é consequência das práticas cotidianas do sujeito em seu processo de trabalho, nas quais há possibilidade de agir de forma intersetorial e, assim, desenvolver uma multiterritorialidade articulada ou desarticulada.

As multiterritorialidades articuladas ocorrem quando se percebe que as ações no território, a partir de vários níveis escalares e da própria escala geográfica de observação, convergem para um objetivo único ou similar.

Já as multiterritorialidades desarticuladas são observadas quando se verifica que ações no território, a partir de vários níveis escalares ou da própria escala de observação, divergem de um objetivo único ou similar.

É no espaço geográfico que estão sendo realizadas ações territoriais, que estão sendo estabelecidas as apropriações do território, multiterritorialidades articuladas e desarticuladas capazes de promover ou não a saúde e, conseqüentemente, um meio ambiente doentio ou saudável. Logo, é importante observar também a representação espacial desses sujeitos que podem promover a saúde a partir de um conhecimento geográfico.

O domínio da linguagem cartográfica estaria relacionado à cognição do agente de saúde sobre determinado espaço, sendo este, tanto subjetivo quanto técnico (Santos, 2002), produto da visão e do raciocínio desse agente.

No raciocínio subjetivo, é possível verificar também a representação do domínio conceitual e da autonomia; em outras palavras, podem-se demonstrar elementos da paisagem de risco, de prevenção e de promoção, assim como as áreas acessíveis, conhecidas e já apropriadas pelo sujeito.

Na visão técnica, observam-se elementos mais objetivos de domínio da linguagem cartográfica; entre eles, a projeção, a localização/proporção e a diversidade de elementos.

A projeção está relacionada às diversas formas como são vistos os objetos, que aparecem rebatidos, desdobrados e vistos a 90° ou a 45° (Almeida, 2001). A redução proporcional busca situar os objetos uns em relação aos outros, os quais são reduzidos por comparação (Almeida, 2001). As relações de diversidade referem-se aos diferentes elementos no mapa, como casa, igreja e escola (Martinelli, 2006).

Após entender as principais competências do sujeito e algumas de suas especificidades, consideramos importante adentrar a discussão sobre *escala*. A partir da afirmação de que, no âmbito do sujeito, a competência social é visível por meio das habilidades dos indivíduos, e de que elas surgem dentro de determinado contexto (Alles, 2006b), além de que o sujeito sofre influência de regras superiores (Hall, 2003), percebemos que o sujeito atua em uma escala geográfica definida, capaz de resolver os problemas inerentes à sua escala geográfica.

Conceitualmente, a escala geográfica pode ser entendida como a medida que confere visibilidade ao que está ocorrendo no espaço geográfico (Castro, 1995). Retomando a discussão apresentada em Pereira (2010), afirmamos que ela pode servir também como uma metodologia para entender as várias faces da promoção da saúde, uma vez que as ações dos ACSs e ACEs têm essa promoção como finalidade.

Dessa forma, concordamos com Smith (1992), quando afirma que as regras de uma escala distante (não exatamente de uma escala concreta, por fazer parte de um circuito de discussão num local) podem ter poder de difusão continental e mundial. Ade-

mais, dependendo da força do emissor dessas regras na escala de origem, determinado evento pode ter consequências locais ou em áreas de maior abrangência (Santos, 1997).

Em cada escala geográfica, o conhecimento voltado para a promoção da saúde possui características diferenciadas para sua difusão no espaço geográfico e a sensibilização da população. Nessa escala, está inserido o conhecimento geográfico, por meio da concepção de paisagem (de risco, de prevenção de doenças e de promoção da saúde), de território (apropriação do território, multiterritorialidade desarticulada e articulada) e do domínio da linguagem cartográfica.

Portanto, há um jogo escalar das ações para a promoção da saúde que ocorre em quatro sentidos: 1) normatização do território da promoção da saúde (a escala superior determina o que a inferior deve fazer a partir da difusão de princípios); 2) experiências locais exitosas (práticas locais que influenciam a decisão de novas diretrizes em conferências internacionais); 3) apropriação de ideias existentes (a partir de condições políticas e históricas favoráveis, as ideias e ações são implantadas com naturalidade); e 4) formação de territórios-rede (aglomeração de mesmo nível hierárquico e problemáticas semelhantes juntam-se para implementar ações nos setores de interesse comum) (modelo explicativo).

Modelo explicativo – Síntese das ações relacionadas à promoção da saúde segundo a influência de várias escalas geográficas

Síntese das ações relacionadas à promoção da saúde segundo a influência de outras escalas geográficas

Elaborado por PEREIRA, MPB (2009).

Teoria sobre o desenvolvimento do conhecimento geográfico dos ACSs e ACEs

Quando se trata do conhecimento geográfico dos agentes de saúde, a abordagem qualitativa, a definição dos critérios para a escolha dos agentes a serem pesquisados e as técnicas de coleta e análise de informações mostram-se satisfatórias, uma vez que possibilitam a compreensão das relações desses agentes no espaço.

O agente de saúde pode ser considerado um sujeito por agir no sentido de fazer a coletividade falar, apresentar-se inicialmente como sujeito aprendiz em suas práticas cotidianas e, a partir delas, desenvolver suas competências e habilidades sociais.

As competências sociais desenvolvidas pelo agente de saúde mais relacionadas ao conhecimento geográfico são o domínio conceitual, a autonomia e 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 a diferentes grupos sociais. Já a autonomia é a capacidade de conhecer o território e de planejar e agir sobre ele de maneira a influenciar a ação das pessoas adscritas, no sentido de melhorar suas condições de saúde e do ambiente circundante.

O domínio da linguagem cartográfica seria a capacidade que o agente tem, por um lado, de unir seu domínio conceitual e sua autonomia para entender as relações espaciais que se estabelecem no mapa representado e, por outro, de utilizar essas competências já citadas para representar espacialmente toda essa problemática, tendo por base pontos de referência (localização relativa), uma projeção sem rebatimento e uma redução proporcional próxima à realidade.

Esses conceitos, expressos em seu nível de interações complexas, estão presentes na ação dos agentes de saúde em variados níveis, de acordo com a potencialidade, a necessidade e as condições propícias. Nessa perspectiva, a geografia da atenção à saúde é dependente da ação dos sujeitos envolvidos com os programas ESF e VAS.

Dessa forma, essas competências e habilidades podem ser desenvolvidas e expressas na paisagem; podem ser desenvolvidas e não necessariamente estar presentes na prática dos moradores; e, ainda, podem ser inibidas de se desenvolver.

Na primeira situação – desenvolvimento das competências e expressão na paisagem –, o agente de saúde utiliza sua autonomia quando se expressa pela fala, tem acesso ao usuário e à sua moradia e contribui para formular alguma ação para mudar a área, modificando o território com apoio de seus superiores. E, já que essas ações são convergentes, podemos dizer que ocorre uma multiterritorialidade articulada.

A segunda situação – desenvolvimento de competências sem expressão na paisagem – se deve, em parte, às multiterritorialidades existentes no local ou em outras

escalas geográficas. Localmente, estas podem ser conflituosas, em virtude dos costumes arraigados, que não estão de acordo com as orientações do conhecimento científico sobre a saúde e a legislação local, ou até dos interesses pessoais ou de grupos hegemônicos na localidade. Considerando a contribuição de outras escalas geográficas, há o caso em que as condições infraestruturais e socioeconômicas não facilitam a ação da população, e a situação em que a influência de regras superiores aos agentes de saúde não favorece a ação desses profissionais. Nesses casos, como o exercício das territorialidades não tem um objetivo comum, ocorre uma multiterritorialidade desarticulada.

A terceira situação – inibição ou não desenvolvimento das competências – se deve a ocorrências apresentadas na segunda situação, as quais desmotivam o agente de saúde localmente ou a partir de seus superiores, quando estes não o apoiam financeira ou tecnicamente ou impõem uma carga de trabalho excessiva, que não lhe propicia tempo nem condições físicas de desenvolver suas competências e habilidades. Essa situação remete a um sujeito que está submetendo a uma estrutura superior sua capacidade de autonomia de trabalho.

Tal submissão ocorre nas relações intraurbanas, em que estão inseridos os chefes diretos, e em outras escalas, seja a unidade da federação, o país ou até escalas mais distantes. Isso pode ser representado pela recente discussão sobre a promoção da saúde, que, por meio de conferências internacionais, tem tido consequências locais e em outras escalas de maior abrangência.

Quando essas ideias são apropriadas pelo país e concretizadas nele por meio de leis, como ocorreu com a promoção da saúde na Constituição de 1988, observamos a normatização do território.

Em função da maneira como o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido implantado (de forma gradativa) e de práticas de modelos anteriores que não foram abandonadas, esse 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 aos modelos assistencial sanitarista, médico assistencial privatista e da vigilância em saúde.

Na escala da área de trabalho, de fato, o ACS, por causa do vínculo que tem com a localidade e da vontade de melhorar a comunidade em que atua, passa a ter maior domínio conceitual e a se apropriar melhor do território. Nesse contexto, segue todas as atividades programáticas, modificando costumes individuais e coletivos relativos ao conhecimento ligado ao seu cargo.

Porém, quando se considera a situação-problema e se pensa na possibilidade de resolvê-la, a experiência do ACE em atividades e conhecimentos anteriores que complementam esse “novo” conhecimento o faz ser capaz de elaborar projetos independentes do programático, no sentido de realmente solucionar o problema. O domí-

nio conceitual adquirido por esse agente, em combinação com outros conhecimentos, possibilita sua autonomia no pensar e, muitas vezes, no agir para resolver o problema de determinada localidade.

Em suma, a escala em que se observam a competência e a habilidade social é que auxilia na percepção de como cada programa desenvolve melhor seu domínio conceitual e sua autonomia. Ou seja, é essa escala que propicia a melhor percepção da paisagem e o consequente 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, é possível estabelecer relações de poder de acordo com a necessidade da população e sua capacidade de resolução, adequando-se às mudanças nas demandas e firmando parcerias entre os grupos sociais envolvidos.

Considerações finais

Tendo em vista a já comprovada condição dos agentes de desenvolverem competências e práticas sociais, independentemente da complexidade urbana dos espaços de vivência, nossas pesquisas forneceram o amadurecimento necessário para lançar pressupostos que podem auxiliar o planejamento de capacitações para os agentes de saúde (ACs e ACEs) e a elaboração de metodologias relacionadas ao conhecimento geográfico desenvolvido pelos sujeitos.

Resta o desafio de aprofundar o debate, no sentido de utilizar esses fundamentos em outras bases territoriais, ou até de encontrar elementos que possam revalidar ou refutar algumas das afirmações postas neste artigo.

Referências

- ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de filosofia*. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012, 1210 p.
- ALLES, Martha Alicia. *Dirección estratégica de recursos humanos: gestión por competencias*. 2 ed. Buenos Aires: Granica, 2006a, 448 p.
- . *Gestión por competencia: el diccionario*. 2 ed. Buenos Aires: Granica, 2006b, 304 p.
- ALMEIDA, Rosângela Doin de. “A projeção no plano”. *Do desenho ao mapa: iniciação cartográfica na escola*. São Paulo: Contexto, 2001, pp. 75-9.
- ANGELINI, Arrigo Leonardo. *Motivação humana*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1973, 150 p.
- BRASIL. Lei 6.664/1979, de 26 de junho de 1979. Brasília: Presidência da República, 1979, 2 p.
- . Lei 11.350/2006, de 5 de outubro de 2006. Brasília: Casa Civil da Presidência da República. 2006, 6 p.
- CASTELLANOS, Pedro Luis. *Proyecto: sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. S. l.: OPS/OMS, 1991, 53 p.

- CASTRO, Iná Elias de. “O problema da escala”. In —; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato. *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, pp. 117-40.
- FLEURY, Maria Tereza Leme e FLEURY, Afonso. *Construindo o conceito de competência*. RAC, 2001, pp. 183-96, edição especial. Disponível em <http://anpad.org.br>. Acesso em 12 set. 2011.
- FLEURY, Sônia e OUVERNEY, Assis Malfort. *Política de saúde: uma política social*, s. d. Disponível em [http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads. d. documentos-pessoais. d. documento pessoal 11957. pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/d. documentos-pessoais/d. documento pessoal 11957.pdf). Acesso em 15 mai. 2012.
- HALL, Stuart. “Nascimento e morte do sujeito moderno”. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 8 ed. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. Rio de Janeiro: DP&A, 2003, pp. 23-46.
- HERNANDEZ, Daniel. *Políticas de certificación de competencias en America Latina*. São Paulo: s. e., 2000.
- IRIART, Jorge Alberto Bernstein. “Introdução às metodologias qualitativas”. In —; LUZ, Madel Therezinha; SABINO, César. *Introdução às metodologias de pesquisas qualitativas em saúde coletiva*. III Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Florianópolis, 2005. (Minicurso ministrado, apresentação em Powerpoint e anotações de aula.)
- LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991, 253 p.
- LAROSSA, Jorge. “Tecnologias do eu e educação”. In SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). *O sujeito da educação: estudos foucaultianos*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995, pp. 35-86.
- LEFÈVRE, Fernando e LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: EDUCS, 2003, 256 p.
- MARTINELLI, Marcelo. *Mapas da geografia e cartografia temática*. 3 ed. São Paulo: Contexto, 2006, 97 p.
- MELO, Jayro Gonçalves. “Geografia, história e a teoria das escalas geográficas”. In — (org.). *Espiral do espaço*. Presidente Prudente: GASPERR, 2003, pp. 23-40.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, 244 p.
- MORIN, Edgar. *O método 3. O conhecimento do conhecimento*. 2 ed. Porto Alegre: Sulina, 1999, 288 p.
- . *O método 2. A vida da vida*. 2 ed. Porto Alegre: Sulina, 2002, 528 p.
- . *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2005, 120 p.
- PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. “Conhecimento geográfico para a promoção da saúde”. *Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, jun. 2010, v. 10, n. 6, pp. 7-88. Disponível em <http://www.hygeia.ig.ufu.br>. Acesso em 10 jan. 2012.
- . *Competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife: o agente de saúde em foco*. São Paulo: Scorttecci, 2011, 351 p.
- e GUIMARÃES, Raul Borges. “Avaliação do PSF e PEVA a partir das competências e habilidades sociais”. *Saúde coletiva em um mundo globalizado*. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. CD-ROM.
- . “Referência ao serviço do agente comunitário de saúde segundo a visão do enfermeiro do PSF – Santa Rita/PB”. *Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização*. X Congresso Latino-Americano de Medicina Social, IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde e XIV Congress of the International Association of Health Policy. Salvador: ABRASCO, 2007. CD-ROM.
- RAMOS, Marise Nogueira. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006, 304 p.
- SANTOS, Clézio. “O uso dos desenhos no ensino fundamental: imagens e conceitos”. In PONTUSCHKA, Nídia Nacib e OLIVEIRA, Ariosvaldo Umbelino de (orgs.). *Geografia em perspectiva*. São Paulo: Contexto, 2002, pp. 195-207.

- SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997, 273 p.
- SILVA FILHO, Antônio Pereira Cardoso da e PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. *Conhecimento geográfico do agente de saúde no município de Campina Grande/PB*. IV Congresso de Iniciação Científica da UFCG. Campina Grande: Pró-Reitoria de Pesquisa e extensão, 2011, 11 p. Relatório final de pesquisa publicado como trabalho completo.
- . *Competências e práticas do agente de saúde no município de Campina Grande/PB*. Campina Grande: 2012, 28 p. Relatório parcial PIBIC/UFCG/CNPq-2011-2012.
- SMITH, Neil. "Geography, difference and the politics of scale". In DOHERT J. e GRAHAM, E. (orgs.). *Postmodernism and the social scale*. Londres: Macmillan, 1992, pp. 57-9.
- TOBAR, Federico e YALOUR, Margot Romano. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001, 172 p.
- TOURAINE, Alain. "O sujeito". *Crítica da modernidade*. Tradução de Elia Ferreira Edel. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1994, pp. 213-45.