Parte 4 - Pesquisa qualitativa: aplicações em outros estudos geográficos

Abordagem qualitativa na identificação das competências e habilidades sociais dos agentes de saúde no município de Campina Grande/PB

Antônio Pereira Cardoso da Silva Filho
Martha Priscila Bezerra Pereira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA FILHO, A.P.C., and PEREIRA, M.P.B. Abordagem qualitativa na identificação das competências e habilidades sociais dos agentes de saúde no município de Campina Grande/PB. 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. 486-511. ISBN 978-85-7511-443-8. <https://doi.org/10.7476/9788575114438.0028>.

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/).

Abordagem qualitativa na identificação das competências e habilidades sociais dos agentes de saúde no município de Campina Grande/PB

Antônio Pereira Cardoso da Silva Filho
Martha Priscila Bezerra Pereira

As políticas públicas de saúde são desenvolvidas como formas de enfrentamento de problemas relacionados à saúde coletiva ou individual. São evidenciadas a partir de modelos assistenciais que, segundo Paim, estruturam-se por “combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre ambiente, grupos populacionais, equipamentos e usuários de serviços de saúde” (1999, p. 476).

A Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) caracteriza-se como um conjunto de ações que, entre outras práticas, detecta qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes ambientais, buscando viabilizar medidas de prevenção e controle dos fatores do ambiente que interferem na saúde humana (Brasil, 2002). Essas colaborações para a promoção da saúde se configuram no âmbito da VAS por meio de ações diretas e imediatistas como o trabalho dos agentes de combate às endemias (ACEs), que, segundo Bezerra (2008), consiste no diagnóstico de problemas, na notificação de agravos e na minimização e eliminação de riscos ambientais biológicos e não biológicos. Outra forma de contribuição dessas políticas para a melhoria das condições ambientais ocorre a partir de trabalhos de educação em saúde e planejamento de ações intersetoriais.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua a partir de ações de promoção da saúde e de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e na manutenção da saúde da comunidade na qual está territorializada (Lobato, 2009). Baseia-se no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), formadas por médico, enfermeiro, dentista e auxiliares, além dos agentes comunitários de saúde (ACSs) (Pereira e Barcellos, 2006). Assim, concorda-se com Lobato (2009), quando esta afirma que, em síntese, a ESF, por ter um território definido e uma população delimitada, é um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, que, além de ampliar o acesso da população a tratamentos de saúde, organiza racional e hierarquicamente os diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, para a divisão territorial desse serviço de saúde, não há um estudo dirigido das condições sociais, econômicas, culturais etc. da localidade na qual ele se instala, o que acarreta um sério problema na distribuição dos recursos sociais.

Tanto a VAS quanto a ESF se configuram no âmbito da comunidade como recurso mobilizador de táticas que visam à melhoria das condições sociais e de saúde da população. A estruturação dessas políticas públicas de saúde estende-se aos aspectos relacionados a prevenção, tratamento e educação em saúde, e elas também podem servir de indicadores sociais voltados à comunidade em que se programam por meio de ações em conjunto entre esta e as equipes. Os ACSs e os ACEs, profissionais responsáveis pela viabilização do elo entre a comunidade e essas políticas, desenvolvem práticas que, além de interferirem diretamente na modificação da realidade local, podem auxiliar em estratégias de combate a problemas de cunho social em escala mais abrangente.

Dessa forma, busca-se identificar e analisar as competências sociais desenvolvidas pelos agentes de saúde inseridos na ESF e na VAS no município de Campina Grande/PB.

As competências e práticas sociais dos agentes de saúde

Os ACSs estão distribuídos nos municípios brasileiros com o objetivo de combater e prevenir diversos problemas inerentes à saúde, estando envolvidos diretamente com a prevenção, o tratamento e a educação em saúde (Pereira, 2011). Distribuem-se em UBSFs e possuem número de famílias e territorialidade definidos em planejamentos realizados no município pelos superiores hierárquicos. Já os ACEs têm como principal preocupação o ambiente e objetivam combater vetores que possam interferir nas condições de saúde da comunidade. Organizam-se por uma territorialidade determinada e possuem um Ponto de Apoio (PA) na área de trabalho, a qual, geralmente, não dispõe de uma estrutura capacitada (Pereira, 2011).

Assim, esses profissionais atuam em atividades relacionadas com: a) o mapeamento de áreas de risco; b) o cadastro de microáreas; c) a confecção de relatórios; d)

a participação no processo de programação e planejamento local; e) o acompanhamento das famílias; f) o desenvolvimento de ações básicas de saúde; g) a orientação à comunidade na utilização de serviços de saúde; e h) a alimentação do banco de dados nacional sobre ações relacionadas ao combate à dengue e sobre atividades relacionadas à observação da presença de vetores e riscos ambientais (Pereira, 2011; Costa Neto apud Saupe et al., 2005).

Nessa perspectiva, as competências são capacidades mais gerais de desenvolver os conhecimentos, e estes são analisados pelo pesquisador por meio de habilidades específicas (Alles, 2006). Desse modo, as competências se ratificam nos agentes por meio de características que se difundem com práticas sociais no sentido de facilitar, promover e idealizar ações para e com a comunidade. Nesse viés, pode-se destacar que as principais competências consideradas neste estudo foram: motivação, domínio conceitual, domínio da linguagem cartográfica, características pessoais e autonomia.

Com relação ao conceito de motivação, observou-se que, antes de ser executada determinada ação, existe um motivo que orienta a pessoa a certos objetivos, e estes se revelam em graus diferenciados (Angelini, 1973). Essa concepção correspondeu efetivamente ao que se observou em campo e, por isso, passou a ser utilizada como conceito-base na pesquisa.

Relacionou-se o domínio conceitual ao conhecimento, que, para Morin (1999), possui algumas características: a) bases flexíveis (estão em permanente construção, em movimento); b) não pode ser completamente conhecido; c) estabelece diálogo entre a reflexão subjetiva e o conhecimento objetivo; d) para se estudar o conhecimento (objeto), é necessário conhecer um pouco a pessoa possuidora desse conhecimento (sujeito); e e) o conhecimento se expressa por meio da linguagem.

O conceito de autonomia mais adequado ao que se observou em campo relacionou-se à concepção de Morin (2005), que entende a autonomia diretamente relacionada a imposições verticais e poderes horizontais. Essas imposições verticais seriam superiores às suas relações cotidianas, enquanto os poderes horizontais fazem parte do cotidiano, sendo mais fácil a decisão por determinada ação relacionada a esse tipo de poder.

Entendeu-se o domínio da linguagem cartográfica a partir de Santos (2002), que concebe que a cognição sobre determinado espaço e sua representação geográfica expressam uma visão e um raciocínio sobre ele. Quanto à aplicação, concordou-se com Pereira (2011), ao considerar duas dimensões dessa competência: a subjetiva e a técnica. A subjetiva estaria relacionada aos elementos representados, e a técnica, à forma de representação destes.

As características pessoais, de acordo com Spencer e Spencer (apud Alles, 2006), influenciam diretamente o desempenho de competências e habilidades e têm relação

com situações vivenciadas pelo indivíduo. Essas características podem interferir positiva ou negativamente na ação do agente de saúde.

Nessa concepção, observam-se nas duas políticas – ESF e VAS – ações que vão além do contexto de saúde, uma vez que os profissionais estudados – ACS e ACE – desenvolvem conhecimentos que são fruto tanto de seu aprendizado na formação profissional quanto de experiências na vida urbana/rural e no cotidiano de trabalho. É a partir daí que passa a ser importante considerar os fatores inerentes ao próprio município, o que instiga ainda mais a investigação. Afinal, a organização e os aspectos paisagísticos característicos de Campina Grande, assim como seu processo de produção espacial, são marcados por avanços e retrocessos socioeconômicos, que resultaram na estruturação do espaço geográfico no qual esses agentes intervêm por meio de práticas sociais.

Metodologia

A viabilização do estudo ocorreu a partir dos seguintes procedimentos: a) levantamento bibliográfico; b) trabalho de campo exploratório; c) treinamento nas técnicas de coleta e análise de informações; e d) trabalho de campo nas áreas de atuação dos agentes de saúde. Tentou-se aproximar esses procedimentos qualitativos das intersubjetividades analisadas e vivenciadas empiricamente.

Levantamento bibliográfico

A partir dos levantamentos realizados, identificou-se o perfil que o agente deve possuir no exercício de sua função. Silva e Dalmaso (2002) apresentam o agente de saúde como o elo entre a comunidade e os serviços públicos de saúde. Chiaravalloti Neto (2006) acrescenta que os ACSs são envolvidos diretamente com a comunidade e bem mais aceitos em relação aos ACEs por desempenharem uma função de prevenção e tratamento.

Considerando-se a modificação da paisagem e a territorialização que os agentes de saúde desenvolvem em suas áreas de atuação, percebe-se que o domínio conceitual estaria relacionado ao conceito de paisagem, e a autonomia, ao território, conceitos-chave da geografia.

Segundo González (apud Boullón, 2002), existem duas grandes concepções de paisagem. A primeira valoriza o enfoque estético e cultural, observando-a como uma imagem percebida. A outra estaria relacionada ao enfoque geossistêmico.

Sobre o conceito de território, analisa-se uma relação complexa entre os processos sociais e o espaço material, o que é evidenciado a partir de tipos de relação de poder do homem sobre a natureza e do homem sobre o homem (Haesbaert, 2004). Pode-se

aproveitar esse conceito para esta pesquisa a partir de uma perspectiva de relações com a saúde coletiva, mais especificamente o território, com base nas variadas escalas estabelecidas por meio da divisão entre distritos, áreas e microáreas sob a responsabilidade dos profissionais de VAS e ESF e, em especial, dos agentes de saúde. De acordo com Pereira e Barcellos (2006), a divisão do território na prática de trabalho dessas políticas considera principalmente a área delimitada e deixa de lado outros aspectos existentes dentro do território, como as questões econômicas, políticas etc.

No que se refere aos procedimentos metodológicos, esses autores tiveram embasamento teórico a partir de trabalhos de: Minayo, Assis e Souza (2005); Gaskell (2002), sobre entrevista; Minayo (1998) e Vítora, Knauth e Hassen (2000), acerca da observação participante; Penn (2002) e Dubois (1999), no que diz respeito ao levantamento fotográfico e suas características; e Santos (2002), sobre a elaboração do mapa mental. Quanto à análise das informações, serviram de base Lefèvre e Lefèvre (2003), com relação à análise do discurso; Penn (2002), análise semiótica de imagens paradas; Almeida (2001) e Martinelli (2006), análise da representação espacial; e Franco (2005), análise de conteúdo.

Trabalho de campo nas áreas de atuação dos agentes de saúde

A fase exploratória do estudo consistiu na aplicação de inquéritos aos superiores hierárquicos das duas políticas (enfermeiros e supervisores), com o objetivo de identificar as características dos melhores agentes de saúde do município a partir de suas percepções. Realizou-se essa etapa nas UBSFs e nos PAs de Campina Grande (mapa 1).

Mapa 1 – Município de Campina Grande: locais de aplicação dos inquéritos (UBSFs e PAs)

Agruparam-se as características relacionadas aos agentes de saúde por competência social (quadro 1). Desse modo, considerou-se, por meio da observação participante, a maneira como foram relatadas, identificando-se o sentido em que eram ditas algumas das características que teriam mais de uma interpretação. Assim, estruturou-se uma matriz de características agrupadas por competência social.

Quadro 1 – Competências sociais dos agentes de saúde em Campina Grande

Autonomia	1. Iniciativa/antecipação; 2. Concretiza o elo entre a comunidade e a política; 3. Bom colega de trabalho; 4. Boa relação com a comunidade; 5. Engajado/atual; 6. Firmeza nas atitudes; 7. Conhece toda a comunidade e as famílias; 8. Acessibilidade na comunidade; 9. Liderança/é um referencial para a comunidade; 10. Dinâmico; 11. Envolve-se com os problemas para ajudar a comunidade/facilidade na resolução dos problemas; 12. Credibilidade com a comunidade; 13. Estabelece relações de amizade com a população; 14. Divulga as informações; 15. Possui grande chance de promoção; 16. Auxilia psicologicamente; 17. Espírito de equipe; 18. Flexível; 19. Persuasão;
Características pessoais	20. Simpático/alegre; 21. Responsável; 22. Assíduo; 23. Comprometido; 24. Competente; 25. Pontual; 26. Cumpre as obrigações em dia; 27. Produtivo; 28. Compreensivo; 29. Prestativo; 30. Carismático; 31. Disposto; 32. Organizado; 33. Atencioso; 34. Criativo; 35. Paciente; 36. Exemplar; 37. Exerce funções diferenciadas (pula muros, trabalha em áreas de risco); 38. Informa tudo o que faz; 39. Perfeccionista; 40. Dedicado; 41. Sincero; 42. Não é malfalado; 43. Atual; 44. Espontâneo; 45. Respeitado; 46. Inovador;
Domínio da linguagem cartográfica	47. Tem conhecimento da área;
Domínio conceitual	48. Experiente; 49. Comunicativo; 50. Tecnicamente preparado; 51. Raciocínio rápido; 52. É bom na prática do trabalho; 53. Formação; 54. Orienta bem a comunidade; 55. Conhece o trabalho; 56. Facilidade de identificar o risco; 57. Bom educador;
Motivação	58. Profissionalismo; 59. Faz tudo o que é pedido; 60. Faz mais do que a obrigação; 61. Integrado; 62. Preocupado com a comunidade e o andamento das atividades; 63. Preocupado em realizar o trabalho; 64. Esforçado; 65. Dedicado/perseverante; 66. Participativo; 67. Usa equipamento de proteção individual; 68. Cooperativo; 69. Apoiador da comunidade; 70. Ético.

Fonte: Inquérito aplicado a 86 equipes da ESF (94,51%) e 23 PAs da VAS (100%) entre dezembro de 2010 e fevereiro de 2011. Agruparam-se as características para as duas políticas.

Organização: Silva Filho (2013).

Em seguida, construíram-se outras matrizes, relacionando-se as competências sociais aos agentes destacados que possuem tais características. Realizou-se esse procedimento por distrito, evidenciando-se a distribuição das habilidades relacionadas a todas as competências sociais.

A partir daí, foi possível responder aos seguintes questionamentos: que características relacionadas a cada competência foram mais destacadas? Em que distritos sani-

tários (DS) essas características estão mais presentes? Logo, identificaram-se, a partir da construção de outra matriz, quais agentes de saúde possuíam mais de uma das características elencadas, sendo eles os mais indicados para o acompanhamento em campo. Finalizando-se os critérios para a escolha dos agentes, analisaram-se, entre os selecionados, quais trabalhavam desde, pelo menos, o ano de 2008 e não obtiveram a segurança destacada negativamente em sua área de trabalho. Desse modo, chegou-se ao quadro 2.

Quadro 2 – Agentes que se destacaram por mais de uma competência e não têm a segurança destacada negativamente

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

Fonte: Trabalho de campo exploratório.

Organização: Silva Filho (2013).

Puderam-se escolher agentes da ESF e da VAS. Com relação à ESF, depois de uma análise criteriosa de destaques e das condições socioambientais da área relatadas pelos enfermeiros, as melhores possibilidades de escolha foram: o agente 4, do DS V; o agente 12, do DS II; e o agente 31, do DS III. Na VAS, encontraram-se, em ordem de prioridade, os agentes 6 e 5, do DS IV, e o agente 6, do DS III.

Treinamento nas técnicas de coleta e análise de informações

Neste item, apresentar-se-ão as técnicas de pesquisa utilizadas no trabalho de campo. Para conhecer as falas, ações, percepções, preocupações, modos de proceder, etc. dos agentes de saúde, trabalharam-se as seguintes técnicas de coleta de campo: entrevista individual, observação participante, relato de campo, levantamento fotográfico e elaboração de mapa mental.

Entrevista individual

Segundo Minayo (2005), pode-se definir a entrevista como uma interação direta entre o pesquisador e o interlocutor; por meio dela, é possível descobrir novas perspec-

tivas e pontos de vista. Boni e Quaresma (2005) assinalam que a entrevista utilizada em pesquisas qualitativas se configura como um processo de interação social entre o pesquisador, que tem por objetivo a coleta de informações (objetivas e subjetivas), e o pesquisado. Já Gaskell (2002) ressalta o fornecimento de dados básicos a respeito da compreensão das relações entre os atores sociais e suas situações e, também, a captação detalhada de crenças, atitudes, valores e motivações das pessoas em seus contextos sociais específicos.

Nessa perspectiva, aplicou-se o modelo de entrevista semiestruturada, que combina perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema sem grandes interferências do entrevistador, embora este possa sentir-se livre para direcionar a discussão ou fazer questionamentos adicionais quando necessário (Boni e Quaresma, 2005).

Para minimizar a possibilidade de interpretações errôneas ou de constrangimentos por parte dos entrevistados, após a transcrição realizada pelo pesquisador, como recomenda Gaskell (2002), entregou-se o material transcrito aos próprios agentes de saúde, a fim de que pudessem conferir ou modificar alguma fala indesejada. Para a realização das entrevistas no trabalho de campo, adaptou-se o roteiro-base adotado por Pereira (2011), por se considerar a semelhança dos objetivos e procedimentos metodológicos utilizados.

Observação participante

Essa técnica está atrelada ao conjunto de regras formuladas ou implícitas nas atividades dos componentes de determinado grupo social. A partir dela, é possível analisar aspectos que não poderiam ser registrados por meio de questionamentos, mas, sim, da observação da própria realidade do indivíduo ou grupo (Minayo, 1998).

Becker e Geer (apud Gaskell, 2002) afirmam que a observação participante é “a forma mais completa de informação sociológica” e que, nessa técnica, o pesquisador está aberto a maior amplitude e profundidade de informações, sendo capaz de triangular diferentes impressões e observações.

Nessa abordagem, o pesquisador deixa de ser um observador externo dos acontecimentos e passa a fazer parte ativa deles (Boni e Quaresma, 2005), podendo, assim, identificar elementos como “o ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, a sequência e a temporalidade em que ocorrem os eventos” (Víctora, Knauth e Hassen, 2000, p. 64).

Dentre as abordagens da observação, desenvolveu-se para a pesquisa a concepção de pesquisador como participante, que, segundo Minayo, “é empregada frequentemente como estratégia complementar ao uso das entrevistas [...] trata-se de uma observação

quase formal, em um curto espaço de tempo” (1998, p. 142). Minayo (1998) defende que, para o pesquisador conseguir avançar por meio desse tipo de observação, precisa estabelecer claramente o que busca conhecer (observar) no trabalho de campo.

Além disso, adotou-se o modelo-base de observação participante desenvolvido por Pereira (2011).

Relato de campo

A partir das indicações de Minayo (1998), utilizou-se o relato diário de campo, importante principalmente para registros completos e minuciosos dos mais variados aspectos (objetivos e subjetivos) observados. Pereira (2011) induz à utilização de tal recurso porque este evita a perda de informação que depois poderia ser considerada importante para o trabalho.

Durante o período de acompanhamento (cinco turnos), desenvolveram-se tanto os relatos que possibilitaram respostas mais precisas do roteiro da observação participante quanto os que podem auxiliar em diversos outros propósitos acadêmicos relacionados à área de estudo.

Levantamento fotográfico

Consideram-se as imagens fotográficas com base na perspectiva de Penn (2002), Loizos (2002) e Rodrigues (2007), sobretudo no que se refere aos fatores interpretativos que resultam em diversas percepções de uma mesma imagem ou fotografia, dependendo dos níveis culturais, sociais etc. de cada receptor. Como explica Loizos, “a informação pode estar na fotografia, mas nem todos estão preparados para percebê-la em sua plenitude” (2002, p. 41).

Segundo Dubois, a fotografia é “como uma fatia única e singular do espaço-tempo, literalmente cortada ao vivo” (1999, p. 161). Porém, está associada a um significante (própria imagem) e a um significado (ideia ou conceito), que, analisados em conjunto, contribuem para a efetivação do sentido completo da imagem, uma vez que o autor do texto é capaz de ausentar a ambiguidade da fotografia analisada (Penn, 2002).

A imagem estrutura-se como polissêmica e se dirige a dois significados: o denotativo e o conotativo. O denotativo se configura a partir do sentido real da imagem; o conotativo expõe aquilo que a imagem pode representar em determinado contexto. A análise e a tematização (criação de discursos referentes à imagem) são as tarefas mais importantes para sua interpretação e é possível garantir o acesso às informações necessárias e a recuperação destas para viabilizar determinada análise (Rodrigues, 2007).

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

Elaboração do mapa mental

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

Os mapas mentais evidenciam situações de pensamento e capacidade do indivíduo, representam o aspecto visível do pensamento e da memória, envolvendo a percepção e a representação gráfica (Santos, 2002). Essa técnica de pesquisa é também visualizada como metodologia de investigação nos debates sobre percepção da paisagem (Santos, 2002).

Nesse contexto, pode-se aproveitar tal recurso para analisar o domínio conceitual, as experiências, as preferências, as preocupações etc. do pesquisado, visto que “os mapas mentais trazem consigo representados muito mais do que pontos de referência para facilitar a localização e a orientação espacial [...]” (Nogueira, 2002, p. 130). Ou seja, podemos perceber, por meio das representações, os fatores relacionados ao indivíduo autor do desenho a partir de suas percepções.

Atendendo-se aos critérios da pesquisa e considerando-se que, segundo Santos (2002), a percepção da paisagem por meio do desenho demonstra a complexidade da atividade perceptiva, analisaram-se oito mapas mentais (livres e direcionados) produzidos pelos agentes de saúde acompanhados no trabalho de campo. Os mapas livres corresponderam à representação de sua área conforme o agente lembrasse; os direcionados destacaram aspectos gerais, como o número de famílias, estabelecimentos públicos etc. Complementou-se a análise dos mapas mentais com as informações da entrevista individual, principalmente no que se refere ao grau de escolaridade, interesses, preocupações etc. dos sujeitos pesquisados. Por fim, evidenciou-se o que os agentes de saúde representaram em seus desenhos.

Trabalho de campo

A escolha dos bairros para a realização do trabalho de campo (Bodocongó, Catolé e Três Irmãs) (mapa 2) foi resultado da aplicação dos inquéritos aos superiores

hierárquicos das duas políticas trabalhadas (ESF e VAS) e dos critérios estabelecidos, que consideraram, sobretudo, as competências e habilidades desenvolvidas pelos agentes de saúde.

Mapa 2 – Município de Campina Grande: bairros em que se realizou o trabalho de campo

Quanto à descrição do trabalho de campo específico, fez-se inicialmente o contato com os supervisores (VAS) e enfermeiros (ESF) para a realização de um encontro com os agentes indicados. No primeiro contato, após a apresentação do projeto de pesquisa, realizou-se uma entrevista semiestruturada, seguida pela elaboração de dois tipos de mapa mental, livre e direcionado.

Do segundo contato em diante (quatro encontros), realizou-se o acompanhamento do trabalho de campo do agente. Fizeram-se anotações, a partir de um roteiro de observação participante desenvolvido por Pereira (2011), e pediu-se que o agente se responsabilizasse pelo registro fotográfico, com explicação do que houvesse fotografado, sendo possível observar e entender as paisagens percebidas por esse profissional.

Resultados

No que diz respeito aos resultados obtidos, estes estão ligados às análises das informações relacionadas às técnicas de pesquisa utilizadas. Desse modo, foram escolhidos os seguintes procedimentos de análise para cada técnica: a) análise do discurso (entrevistas); b) análise de conteúdo (observação participante); c) análise semiótica de imagens paradas (registro fotográfico); e d) análise da representação espacial livre (mapa mental).

Análise do discurso

Utilizou-se esse procedimento de análise na elaboração do discurso do sujeito coletivo (agentes de saúde) a partir do material resultante da entrevista semiestruturada que se realizou no trabalho de campo. Observaram-se aspectos como interesses, características, informações sobre a forma de trabalho, dificuldades, cotidiano, formação etc., buscando-se ampliar as análises da percepção desses agentes sobre seu cotidiano de trabalho.

Estruturaram-se as perguntas para a análise do discurso após a realização da entrevista, a partir de questões relacionadas ao cotidiano de trabalho dos agentes. Desse modo, desenvolveram-se três questionamentos como base para a efetivação do discurso do sujeito coletivo: a) como você descreve sua atividade cotidiana na área de trabalho?; b) em sua percepção, quais as maiores dificuldades para a realização de suas atividades?; e c) qual a real importância de seu trabalho cotidiano para a comunidade?

Tomando-se por base os procedimentos para a visualização desse discurso segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), estruturaram-se os itens no discurso relacionando-os às perguntas estabelecidas, sendo elas analisadas isoladamente por agente e por política.

Após a elaboração de uma matriz referente a essas informações, buscou-se analisar e agrupar as ideias centrais e as ancoragens a partir de uma possível aproximação de sentidos existentes entre elas. Logo, desenvolveu-se uma ideia central ou ancoragem síntese com todos os discursos de mesmo sentido. Em outras palavras, poder-se-ia afirmar que esse procedimento reuniria sob uma só denominação todas as ideias centrais e ancoragens que apresentam o mesmo sentido. Em sequência, elaboraram-se matrizes com as expressões-chave dos três questionamentos resultantes dessa análise, relacionadas tanto aos ACSs quanto aos ACEs.

Considerando-se o objetivo desse procedimento, iniciou-se a estruturação do discurso de sujeito coletivo (DSC), segundo Lefèvre e Lefèvre, “obedecendo a uma esquematização clássica do tipo: começo, meio e fim ou do mais geral para o menos geral e mais particular” (2003, p. 55). Desenvolver-se-ia o discurso a partir da introdução de

conectivos que não alterassem o sentido do que foi falado, mas, sim, proporcionassem coesão e sentido quando se reunissem os discursos e as ideias centrais e ancoragens analisadas para sua formação. Optou-se também pela eliminação tanto de particularismos quanto de repetições de ideias nas entrevistas. Assim, a partir dos três questionamentos, obteve-se o discurso dos agentes de saúde (quadro 3).

Quadro 3 – Elaboração do DSC

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

Em sua percepção, quais as maiores dificuldades para a realização de suas atividades?	
<i>O descaso com a política pública</i> “Somos muito discriminados por parte da gestão, temos baixa remuneração e falta de instrumentos de trabalho. De modo que não existe um reconhecimento da categoria e passamos por riscos constantes.”	<i>A convivência com a comunidade</i> “É muito difícil lidar com as pessoas.”
	<i>Tem relação com a territorialização</i> “Temos bastantes dificuldades em ter acesso aos imóveis.”
	<i>Dificuldade no uso de mapas</i> “As relacionadas ao manuseio de mapas, principalmente quando não é da minha área.”
Qual a real importância do seu trabalho cotidiano para a comunidade?	
<i>Auxiliar a comunidade</i> “Os usuários nos veem como alguém que os ajuda, sendo que são muito carentes. Desenvolvemos um trabalho facilitador voltado diretamente à comunidade.”	<i>Auxiliar a comunidade</i> “Buscamos estabelecer uma convivência íntima com a comunidade. Tentando desenvolver vínculos para ajudar a população, estabelecendo um diálogo.”
	<i>Informar a comunidade</i> “Temos que realizar as divulgações necessárias para a comunidade.”

Organização: Silva Filho (2013).

Quanto aos discursos dos ACSs

No primeiro questionamento, geraram-se cinco discursos distintos, relacionados a: coleta de informações, interação com a comunidade, convivência mútua, problemas sobre o reconhecimento de suas atividades e risco no trabalho. No segundo, percebe-se como único discurso o descaso do poder público para com a política, interferindo diretamente nas atividades cotidianas dos profissionais em estudo. No terceiro, analisa-se que os ACSs, a partir de um mesmo discurso, reconhecem a importância que assumem para a comunidade, por estarem inseridos em locais carentes de recursos e servirem como profissionais que contribuíram para a efetivação de alguma melhoria prática das condições de vida da população.

Quanto aos discursos dos ACEs

Com relação à primeira pergunta, observaram-se quatro discursos por parte dos ACEs. Estes ressaltaram a dependência de seu trabalho, a boa relação com a comunidade, a atitude individual ou coletiva dos moradores para conseguir efetivar suas funções, além do aprendizado que se constitui continuamente. No segundo questionamento, surgiram três discursos. Destacaram-se a relação com a comunidade no que diz respeito à dificuldade de acesso às residências e a dificuldade com manuseio de mapas.

Já a terceira pergunta gerou dois discursos: enfatizou-se tanto a convivência que eles (ACEs) estabelecem com a população quanto os serviços de divulgação que, sobretudo, refletem na melhoria da qualidade de vida dos usuários das políticas públicas das quais esses agentes fazem parte.

Análise de conteúdo

Para a análise da observação participante, utilizou-se a análise de conteúdo, no intuito de avaliar qualitativa e quantitativamente aspectos objetivos e subjetivos destacados no trabalho dos agentes de saúde. Dessa forma, observaram-se as temáticas presentes ou ausentes nos documentos avaliados, buscando-se, principalmente, viabilizar a interpretação de mensagens (implícitas ou explícitas) a partir da descrição dos contextos encontrados no campo de trabalho.

A análise de conteúdo considera o significado e o sentido contido nas mensagens (oral, escrita, gestual, documental etc.). Essas expressões, segundo Franco (2005), estão carregadas de componentes cognitivos, afetivos, valorativos e historicamente mutáveis, além de caráter ideológico e conhecimentos gerais.

Para organizar o conteúdo analisado, fizeram-se necessários um julgamento comparativo dos enunciados a serem classificados posteriormente e a observação de elementos que extrapolam o conteúdo manifesto das mensagens, propiciando a estruturação da inferência, que, por sua vez, permite uma interpretação ou a possibilidade de correlacionar diferentes dados coletados na pesquisa (Franco, 2005, p. 26).

Seguindo-se as recomendações de Franco, após a organização, a leitura e a observação geral dos documentos, realizou-se a categorização, ou seja, o agrupamento por tema de determinados elementos contidos nos textos. A categorização se enquadra como ponto crucial na análise de conteúdo e é constituída por um processo longo e difícil.

No caso da pesquisa em questão, utilizou-se o próprio roteiro da observação participante como categoria de análise criada *a priori*, já que se agruparam apenas os elementos pertinentes aos questionamentos relacionados às políticas analisadas, o que também permitiu a viabilização de inferências entre essas informações. As categorias, em conjunto, devem conter aspectos como a pertinência e a objetividade (Franco, 2005).

Evidenciaram-se as categorias de análise, os temas presentes e o quantitativo dos assuntos presentes e ausentes a serem observados dentro e fora da área de trabalho dos agentes de saúde (quadro 4).

Considerem-se presença forte os itens em que os dois agentes de saúde apresentaram determinada característica: presença média, quando apenas um deles houver respondido positivamente; e ausência, quando não houver resposta relacionada.

Quadro 4 – Análise da observação participante

Legenda		Presença forte	
		Presença média	
		Ausência	
Informações a serem observadas na área de trabalho			
Itens	Descrição	Quantidade	
		ACS	ACE
Fatores que impulsionam o agente a trabalhar	Preocupação com a comunidade	2	2
	Bom relacionamento com os usuários	2	2
	Reside na própria área	1	-
	Conhece bem a população	1	-
	Bom relacionamento com a equipe	2	1
	Preocupação ambiental	1	2
	Valores pessoais	2	2
	Cobrança do superior hierárquico	-	1
Relacionamento com a comunidade e parcerias	Liderança comunitária	2	-
	Possui credibilidade	1	1
	Respeitada	1	2
	Poder de persuasão	-	2
	Faz parte de organizações que ajudam a comunidade	1	-
Vocabulário utilizado	Coloquial	2	2

Destaque do agente com relação às fotografias	Problemas sociais	2	1
	Soluções efetivadas	1	-
	Problemas de saneamento	1	2
	Difícil acesso	1	-
	Riscos ambientais	1	2
	Terrenos baldios	-	2
Como utiliza o mapa	Não trabalha com o mapa	2	2

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

Fatores que impulsionam o agente a trabalhar	Preocupação com a comunidade	2	2
	Valores pessoais	2	2
	Bom relacionamento com os usuários	2	2
	O fato de residir na própria área	1	1
	Conhecimento da população	1	1
	Bom relacionamento com a equipe	2	2
Relacionamento com a comunidade	Participa de associação de moradores	2	-
	Trabalhos voluntários	2	-
	Trabalhos com a igreja	1	-
	Procura realizar um trabalho de conscientização	2	2
Vocabulário utilizado com as pessoas no ambiente de trabalho	Formal	2	2
O que destaca como problema na área	Lixo	1	
	Falta de calçamento	2	2
	Falta de consciência por parte da população	2	2
	Tráfego de drogas	1	-
	Pobreza	2	1
	Violência	2	2
	Violência contra mulher	1	-
Principais problemas enfrentados	Difícil acesso à unidade	1	-
	Falta de saneamento	2	2
	Imóveis fechados	-	2
	Falta de apoio da gestão à área	1	2
	Terrenos baldios	-	2
Como utiliza o mapa	Não trabalha com o mapa	2	2
Habilidades de destaque	Iniciativa	2	1
	Autonomia	2	1
	Confiança por parte da equipe	2	2
	Confiança por parte dos usuários	2	-
	Pontual	2	2
	Disposição	-	2
	Atencioso	2	2
	Conhecimento de medicamentos	2	2
	Atitude	2	2
	Faz mais do que é delimitado	2	-
	Poder de persuasão	2	2
	Preocupação com a comunidade	2	2
	Educação	2	2
	Organização	2	2
	Paciente	1	1
	Informado	1	-

Organização: Silva Filho (2013).

Percebe-se que os quatro agentes de saúde acompanhados durante o trabalho de campo apresentam características semelhantes entre si dentro e fora de sua área de trabalho. Entretanto, alguns temas tiveram maior ou menor representatividade entre algumas políticas analisadas. Esse fato é resultante das diferenciações de algumas funções e da percepção ambiental desses profissionais. Porém, observou-se a maioria dos temas estabelecidos tanto nos agentes da ESF quanto nos da VAS.

Análise semiótica de imagens paradas

Propôs-se o registro de imagens fotográficas pelos agentes de saúde a partir das indicações de Penn (2002). Esses profissionais fotografaram o que, segundo suas percepções, estava interferindo no processo saúde-doença em suas áreas de atuação e descreveram o que representava cada imagem. Ao final do trabalho de campo, escolheram duas imagens que melhor representariam os problemas vivenciados e identificados por eles em seus locais de trabalho.

Trabalharam-se essas imagens no intuito de analisar os aspectos conotativos (textos) e denotativos (referentes à interpretação) presentes em cada fotografia. Quanto aos procedimentos de análise desse material, atentou-se para as recomendações de Penn (2002), considerando-se a relação estabelecida pela autora entre significante (imagem acústica) e significado (conceito ou descrição) e a elaboração e a exposição dos resultados.

Nessa perspectiva, o signo seria como uma conjunção arbitrária entre significante e significado (imagem e descrição). Porém, essas duas expressões são analisadas como se fossem entidades separadas, mesmo existindo como componentes de um mesmo signo. O significado é o indicador do que de fato se quis evidenciar em determinado significante, sendo que, nesse viés, o sentido de uma imagem visual é ancorado pelo texto que a acompanha (Penn, 2002). Segundo a pragmática, não se trata de negar a significação de uma imagem, mas, sim, de refutar que ela é compreendida e esclarecida pelo meio linguístico. Então, o sentido completo de uma imagem é viabilizado por meio do texto que a acompanha, como se pode analisar na figura 1.

Figura 1 – Mapa conceitual do sistema de signos

Fonte: Penn (2002) e Rodrigues (2007).

Os elementos observados nas fotografias escolhidas pelos agentes de saúde ressaltam dois tipos de paisagem: a da promoção da saúde e a do risco, que se relacionam com aspectos referentes a saneamento, condições socioeconômicas e ações articuladas entre as equipes e a população, que podem interferir positiva e/ou negativamente nas condições de saúde da comunidade (quadro 5).

Quadro 5 – Análise das paisagens percebidas (fotografadas) pelos agentes de saúde

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

Organização: Silva Filho (2013).

Em virtude de os próprios agentes de saúde terem escolhido as imagens da análise e realizado o inventário denotativo (descrição), fez-se necessário analisar os níveis de significação mais altos, ou seja, aqueles que se relacionam à conotação e precisam de outros conhecimentos para ser identificados.

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

Figura 2 – Município de Campina Grande/PB

A foto 1 mostra um terreno localizado próximo à UBSF do bairro Três Irmãs, no qual se realizou um trabalho em conjunto, entre a equipe da ESF e a comunidade, para a retirada do acúmulo de lixo e a conscientização da população quanto à necessidade de se manter aquele lugar limpo. A partir de trabalhos voluntários, viabilizaram-se a limpeza e o plantio de mudas de árvore na localidade. Assim, esse trabalho, segundo o agente e os moradores, modificou consideravelmente a paisagem da área e as condições de higiene e saúde da população. Essa modificação evidenciada pelo ACS por meio da fotografia estaria relacionada à promoção da saúde, no sentido de proporcionar o bem-estar geral por meio de ações intersetoriais.

A foto 2 refere-se a um terreno localizado na área do agente no bairro de Bodocongó, que, segundo ele, potencializa inúmeros riscos à saúde e ao meio ambiente. Essa situação é tratada pelo agente como um problema que atinge a população de várias maneiras, pois trata-se de um local que, entre outros aspectos: a) serve como criadouro de diversos vetores de risco; b) inunda-se com facilidade; e c) é usado para consumo de drogas. Dessa forma, a referida imagem apresenta um ambiente de maior propensão a doenças, o qual é tratado em sua materialidade, na pesquisa, como paisagem de risco.

Análise da representação espacial livre

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

Na dimensão subjetiva, consideraram-se aspectos referentes a representações que poderiam aludir ao risco ou à promoção da saúde nos dois tipos de mapa solicitado (livre e direcionado). Na dimensão técnica, verificaram-se aspectos como a proporcionalidade e a diversidade de elementos representados, como recomendam Almeida (2001) e Martinelli (2006). Fez-se mister, também, na análise das duas dimensões, relacionar os aspectos representados nos mapas mentais aos tipos de competência social identificados nos agentes de saúde.

No que se refere à análise relacionada aos mapas livres, desenhados do jeito que o agente recorda, houve pouca representação tanto dos elementos da paisagem que interferem no processo saúde-doença quanto dos aspectos relacionados à dimensão técnica. Identificaram-se expressões mais subjetivas nos dois tipos de representação. No caso do agente da VAS, houve maior representatividade dos fatores da localidade que interferem nas condições de saúde da população (figura 3). Já os agentes da ESF tiveram mais facilidade em representar sua área de abrangência (territorialidade) (figura 4).

Figuras 3 e 4 – Representações cartográficas (livres) dos agentes de saúde

Figura 3

Representação Cartográfica da área da ACS.

□ □ Elementos referentes à apropriação do território representado no desenho.

Figura 4

Representação Cartográfica da área da ACS.

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

Na figura 3, observa-se que o agente representou um elemento que remete à paisagem da promoção da saúde, o posto de saúde (“P. Saúde”), que viabiliza atendimento médico de baixa complexidade, distribuição de medicamentos etc. Destacou-se também a paisagem do risco, a partir da representação de um terreno baldio (“TB”), que propicia maior vulnerabilidade a vetores de risco biológico e não biológico. Assim, partindo dessas representações, o agente demonstra a competência do domínio conceitual, por ter a consciência de que os aspectos que representou interferem nas condições de saúde da localidade. Morin (1999) relaciona o domínio conceitual ao conhecimento e estabelece um diálogo entre a reflexão subjetiva e o conhecimento (representação) objetivo.

Na figura 4, não se representou nenhum dos elementos anteriores, mas a questão da territorialidade está muito presente por meio da descrição de todas as ruas da área do agente e de seus respectivos nomes. Assim, pode-se apontar a autonomia como a competência presente nessa representação, pois o agente apresenta apropriação e controle espacial do território.

As dimensões técnica e subjetiva estiveram mais bem representadas nos mapas direcionados (desenhados pelo agente destacando todos os aspectos dos quais se recorda)

porque houve maior preocupação com a diversidade de representação, a proporcionalidade e os aspectos qualitativos (figuras 5 e 6).

Figura 5 e 6 – Representações cartográficas (direcionadas) dos agentes de saúde

Figura 5

Representação Cartográfica da área da ACS.

- ☒ **Proporcionalidade e diversidade de elementos representados.**
- ☒ **Elementos qualitativos (subjetivos) representados no desenho.**

Figura 6

Representação Cartográfica da área da ACE

- ☒ **Proporcionalidade e diversidade de elementos representados.**
- ☒ **Elementos qualitativos (subjetivos) representados no desenho.**

Nesses mapas, os agentes representaram sua área a partir de diversos elementos existentes na localidade. No que se refere à dimensão técnica, observa-se, quanto à proporcionalidade, que o ACS (figura 5) representou os elementos com maior precisão e melhor localização relativa, destacando as quadras, a avenida e o terreno baldio em sua extensão relativamente proporcional. No que tange à diversidade de elementos, representaram-se em ambos os desenhos ruas, terrenos, quadras, canal, linha de trem etc., mas no mapa do ACS (figura 5) houve maior representatividade desses aspectos. O agente considerou informações qualitativas, como a presença de catadores de lixo, e as evidenciou por uma legenda localizada no mapa. Por fim, no que diz respeito especificamente aos aspectos qualitativos, o desenho do ACS também foi mais representativo do que o do ACE, tendo evidenciado elementos da paisagem do risco, como terreno baldio e catadores de lixo.

Percebe-se, então, que os ACSs conseguem representar em seus mapas mentais tanto maior quantidade de aspectos qualitativos quanto melhor dimensão técnica em relação aos ACEs. Pode-se relacionar esse fato ao domínio conceitual e ao domínio da linguagem cartográfica presentes no discurso e no trabalho dos ACSs.

Considerações finais

Tais análises têm contribuído para a abertura de novos caminhos teórico-metodológicos no que se refere ao estudo e ao planejamento das políticas públicas de saúde e das ações dos agentes de saúde.

Logo, percebe-se que esses profissionais desenvolvem diversas competências e habilidades, entre elas, conhecimentos geográficos (leitura e interpretação de mapas etc.), que contribuem para a realização de seu trabalho e a modificação da paisagem na qual estão inseridos. Eles são, além de fiscalizadores e profissionais da saúde, transformadores da paisagem e do território.

Entretanto, a partir dessa perspectiva, surgem novos questionamentos, tais como: quais são os maiores inibidores do desenvolvimento de competências no município? Como propor soluções práticas para o maior desenvolvimento das competências dos agentes de saúde a partir do viés geográfico? Esses questionamentos serão objeto da investigação em andamento, uma vez que os resultados aqui apresentados correspondem à primeira etapa das análises dos materiais coletados em campo.

Referências

- ALLES, Martha Alicia. *Gestión por competencia: el diccionario*. 2 ed. Buenos Aires: Granica, 2006, 304 p.
- ALMEIDA, Rosângela Doin de. “A projeção no plano”. *Do desenho ao mapa. Iniciação cartográfica na escola*. São Paulo: Contexto, 2001, pp. 75-89. (Caminhos da Geografia.)
- ANGELINI, Arrigo Leonardo. *Motivação humana*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1973, 150 p.
- BRASIL. *Vigilância ambiental em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional da Saúde, 2002, 42 p.
- BEZERRA, Anselmo César V. *Subsídios à gestão territorial do Programa de Saúde Ambiental: contribuição da geografia à construção de mapas operacionais para territorialização dos agentes de saúde ambiental em Recife/PE* (dissertação). UFEP, 2008.
- BONI, Valdete e QUARESMA, Sílvia Jurema. “Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais”. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, jan.-jul. 2005, v. 2, n. 1 (3), pp. 68-80. Disponível em <http://www.emtese.ufsc.br>. Acesso em 6 jan. 2012.
- BOULLÓN, Roberto C. *Planejamento do espaço turístico*. Tradução de Josely Viana Baptista. São Paulo: EDUSC, 2002, 278 p. (Coleção Turismo.)

- CHIARAVALLOTTI NETO, Francisco et al. "Controle da dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mai. 2006, v. 22, n. 5, pp. 587-997.
- DUBOIS, Philippe. *O ato fotográfico*. 3 ed. Campinas: Papirus, 1999, 356 p. (Série Ofício de Arte e Forma.)
- FRANCO, Maria Laura B. *Análise de conteúdo*. 2 ed. Brasília: Liber Livro, 2005, 79 p.
- GASKELL, George. "Entrevistas individuais e grupais". In BAUER, Martin W. e GASKELL, George (orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guarechi. Petrópolis: Vozes, 2002, pp. 64-89.
- HAESBAERT, Rogério. *O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004, 400 p.
- LEFÈVRE, Fernando e LEFÈVRE, Ana Maria C. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: EDUCS, 2003, 256 p.
- LOBATO, Geórgia R. *Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde da família diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Teresópolis, RJ* (dissertação). Universidade Estácio de Sá, 2009.
- LOIZOS, Peter. "Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa". In BAUER, Martin W. e GASKELL, George (orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guarechi. Petrópolis: Vozes, 2002, pp. 97-120.
- MARTINELLI, Marcelo. *Mapas da geografia e cartografia temática*. 3 ed. São Paulo: Contexto, 2006, 97 p.
- MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5 ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998, 254 p.
- ; ASSIS, Simone G. de; SOUZA, Edinilza R. 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.
- . *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2005, 120 p.
- NOGUEIRA, Amélia Regina B. "Mapa mental: recurso didático para o estudo do lugar". In PONTUSCHKA, Nídia Nacib e OLIVEIRA, Ariovaldo U. (orgs.). *Geografia em perspectiva*. São Paulo: Contexto, 2002.
- PAIM, Jairnilson S. "A reforma sanitária e os modelos assistenciais". In ROUQUAYROL, Maria Zélia e ALMEIDA FILHO, Naomar de (orgs.). *Epidemiologia & Saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, pp. 474-87.
- PENN, Gemma. "Análise semiótica de imagens paradas". In BAUER, Martin W. e GASKELL, George (orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guarechi. Petrópolis: Vozes, 2002, pp. 319-42.
- PEREIRA, Martha Priscila B. *Competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife: o agente de saúde em foco*. São Paulo: Scortecci, 2011, 351 p.
- e BARCELLOS, Christovam. "O território no Programa Saúde da Família". *Hygeia*, Uberlândia, jun. 2006, v. 2, n. 2, pp. 47-55.
- RODRIGUES, Ricardo C. "Análise e tematização da imagem fotográfica". *Ci. Inf*, Brasília, set.-dez. 2007, v. 36, n. 3, pp. 67-76.
- SANTOS, Clézio. "O uso dos desenhos no ensino fundamental: imagens e conceitos". In PONTUSCHKA, Nídia Nacib e OLIVEIRA, Ariovaldo U. de (orgs.). *Geografia em perspectiva*. São Paulo: Contexto, 2002, pp. 195-207.
- SAUPE, R. et al. "Competence of health professionals for interdisciplinary work". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, set.-dez. 2005, v. 9, n. 18, pp. 521-36.

- SILVA, Joana A. e DALMASO, Ana Silvia W. “O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos sem saúde”. *Interface*, Botucatu, 2002, v. 6, n. 10. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 13 ago. 2010.
- VÍCTORA, Ceres G.; KNAUTH, Daniela R.; HASSEN, Maria de Nazareth A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, 136 p.