

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES COMO ESTRATÉGIA PARA DESTACAR O CONHECIMENTO GEOGRÁFICO DOS AGENTES DA ESF E PSA NA CIDADE DO RECIFE*

Martha Priscila Bezerra PEREIRA**

RESUMO: Os conceitos de competência e habilidade podem ter significados e usos diferenciados a depender do campo disciplinar. Este trabalho apresenta uma metodologia que possibilita identificar o conhecimento geográfico desenvolvido por agentes de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Saúde Ambiental (PSA) na cidade do Recife – PE a partir da identificação de competências e habilidades desenvolvidas pelos mesmos. Para atingir a esse objetivo foram realizados os seguintes procedimentos: a) Identificação dos agentes de saúde que se destacam por fazer mais do que a obrigação e a especificação do destaque; b) Agrupamento das características ou comportamentos a partir de competências gerais do sujeito; c) Elaboração de uma matriz de competência e habilidades dos agentes de saúde a partir dos destaques e; d) Comparação das competências com conceitos da geografia. Pode-se enfatizar que os principais resultados foram: a) Identificação das características mais proeminentes por competência e por programa para a cidade; b) Identificação dos agentes que se inserem nessas principais características, por distrito sanitário mais representativo dessa competência e; c) As competências mais relacionadas com o conhecimento geográfico são a autonomia e o domínio conceitual, sendo o domínio da linguagem cartográfica uma espécie de síntese desse conhecimento geográfico. Tais resultados tanto podem apontar para novos caminhos conceituais e metodológicos quanto ser útil no planejamento de ações.

Palavras-chave: Metodologia; Pesquisa qualitativa; Planejamento; Geografia das competências do agente de saúde; Recife.

COMPETENCIAS Y HABILIDADES COMO ESTRATEGIA PARA DESTACAR EL CONOCIMIENTO GEOGRÁFICO DE LOS AGENTES DE LA ESF Y PSA EN LA CIUDAD DE RECIFE

RESUMEN: Los conceptos de competencia y habilidad pueden tener significados y usos diferenciados dependiendo del campo disciplinario. Este trabajo presenta una metodología que posibilita la identificación del conocimiento geográfico desarrollado por agentes de salud de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y del Programa de Salud Ambiental (PSA) en la ciudad de Recife-PE, a partir de la identificación de competencias y habilidades desarrolladas por los mismos. Para alcanzar ese objetivo fueron realizados los siguientes procedimientos: a) Identificación de los agentes de salud que se destacan por hacer más de lo que respecta a las obligaciones y especificaciones que los enmarcan; b) Agrupamiento de las características o comportamientos a partir de las competencias generales del sujeto; c) Elaboración de una matriz de competencias y habilidades de los agentes de salud a partir de los aspectos subrayados; d) Comparación de las competencias con conceptos de la geografía. Se puede enfatizar que los principales resultados fueron: a) Identificación de las características preeminentes por competencia y por programa para la ciudad; b) Identificación de los agentes que se encuadran dentro de esas características principales, por distrito sanitario más representativo de esa competencia y; c) Las competencias más relacionadas con el conocimiento geográfico son la autonomía y el dominio conceptual, siendo el dominio del lenguaje cartográfico una especie de síntesis de ese conocimiento geográfico. Tales resultados pueden tanto apuntar hacia nuevos caminos conceptuales y metodológicos, como ser útiles en la planeación de acciones.

Palabras clave: Metodología, Investigación cualitativa, Planeación, Geografía de las competencias del agente de salud, Recife.

* Este artigo corresponde aos resultados obtidos no trabalho de campo exploratório desenvolvido na pesquisa de doutorado realizada junto ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da FCT/UNESP intitulada: “Conhecimento geográfico do agente de saúde: competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife – PE” e orientada pelo prof. Dr. Raul Borges Guimarães (FCT/UNESP).

** mpcila@yahoo.com.br - Doutoranda em Geografia pela FCT/UNESP e bolsista CAPES

COMPETENCES AND ABILITIES AS STRATEGY TO REVEAL THE ESF AND PSA AGENTS' GEOGRAPHICAL KNOWLEDGE IN RECIFE CITY

ABSTRACT: The concepts of competence and ability can have different means and uses depending on the disciplinary field. This article shows a methodology that permits to identify the geographical knowledge developed by the health agents of the Family Health Strategy (ESF) and the Environmental Health Programme (PSA) in Recife city (PE) from the identification of the competences and abilities developed by those agents. To reach that objective, these procedures have been followed: a) identification of the health agents who stand out for doing more than the obligation and the specification of the prominence; b) grouping of the characteristics or behaviours from subject's general competences; c) elaboration of a competence and abilities matrix of the health agents from the specified prominences and; d) comparison of the competences with the concepts of geography. It can be emphasized as the main results: a) identification of the most prominent characteristics by competence and programme for the city; b) identification of the agents how have these main characteristics by the most representative sanitarian district of this competence and; c) The competences recognised as the most related to geographical knowledge are autonomy and the conceptual domain, and the domain of cartographic language is a sort of synthesis of that geographical knowledge. Therefore, such results could both assign new conceptual and methodological ways and be useful in planning actions.

Key words: Methodology; Qualitative research; Planning; Geography of health agent's competences; Recife.

1. Introdução

Este trabalho busca apresentar uma metodologia que possibilite identificar o conhecimento geográfico desenvolvido por agentes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Saúde Ambiental (PSA) em Recife – PE, a partir da identificação de competências e habilidades desenvolvidas pelos mesmos.

Nos programas supracitados há um conteúdo geográfico a ser observado na capacitação e no processo de trabalho, tanto no que diz respeito à observação de elementos relacionados ao ambiente e que podem influenciar no processo saúde-doença da população, quanto à apropriação do território de trabalho, de modo a conseguir atuar de forma mais comprometida com transformações positivas para a realidade local.

Entretanto há diferenças nesses programas (ESF e PSA). No caso da ESF a saúde do indivíduo e sua família são centralizadas em cuidados individuais, e para garantir a mesma o agente também assume responsabilidades de observar o ambiente. Com relação ao PSA, a saúde da população é centrada em cuidados com o ambiente, sendo a saúde do indivíduo e sua família analisada como mais um indicador.

Para atender ao objetivo, este trabalho está dividido em três partes. Na primeira busca-se situar o leitor quanto ao conceito de competência escolhido, mostrar a estratégia de investigação seguida para identificar os tipos de competências sociais e da elaboração da matriz de competências e habilidades desses agentes da ESF e PSA.

No item seguinte houve a preocupação em fazer uma breve comparação entre essas competências com dois conceitos da geografia, apropriação do território e percepção da paisagem. O produto desta comparação resultou em um modelo explicativo que busca mostrar o caminho com o qual se chegou a esse entendimento.

Para finalizar, buscou-se fazer uma análise desses resultados no qual foram elaboradas matrizes, quadros e mapas, na tentativa de explicar a expressão geográfica desses agentes de saúde.

Vale salientar que a partir dos resultados deste estudo foi possível a escolha de quatro agentes de saúde (dois de cada programa) para realizar um acompanhamento em campo; a realização de entrevista com doze agentes de saúde, sendo dois de cada distrito e no distrito, um de cada programa; assim como a coleta de informações sobre algumas experiências de trabalho que se destacam das demais dentro da cidade do Recife.

2. Discussão sobre o conceito e definição do objeto de estudo

Neste item será realizada uma contextualização do conceito de competência a partir de alguns tipos de abordagem para situar o leitor na concepção que será adotada, para depois definir o objeto de estudo, ou seja, as competências e habilidades dos agentes de saúde da ESF e PSA.

2.1. Diferentes acepções sobre o conceito de competência

De acordo com Fleury & Fleury (2001) o tema competência tem sido discutido a partir da associação aos seguintes níveis de compreensão: da pessoa (competência do indivíduo), das organizações (as *core competences*) e dos países (sistemas educacionais e formação de competências). Quando se trata da pessoa, o conceito de competência é associado a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes do ser humano que são demonstrativos de um determinado desempenho, que depende da inteligência e da personalidade das pessoas.

No que diz respeito às organizações a competência está associada ao modelo de produção atual em que a flexibilização da economia, segundo Zarifian (apud FLEURY & FLEURY, 2001) exige um trabalhador que esteja pronto a lidar com o imprevisto, entenda as necessidades da empresa e preste um bom serviço ao cliente. De acordo com Fleury e Fleury (2001) a competência passa a ser entendida como uma série de ações que visa agregar valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.

Já com relação aos países, o sistema de competências tem sido implantado principalmente através de reformas no sistema educativo, auxiliando no crescimento e diversificação da oferta em educação profissional, e, em alguns casos da reorganização da gestão do trabalho (RAMOS, 2006). Estes níveis de compreensão apresentados por Fleury e Fleury (2001) possibilitam organizar o entendimento das competências de acordo com a escala geográfica de estudo, já com relação aos marcos conceituais, o entendimento das competências segue um rumo um pouco diferenciado. Segundo Hernandez (2000, apud RAMOS, 2006), os marcos conceituais que tem ordenado a implantação de sistemas de competência profissional podem ser divididos em duas acepções: a) conceito performativo; e b) conceito disposicional e reflexivo de competência.

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

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

Para descobrir esses saberes e características adotam-se procedimentos exploratórios no qual buscam-se interlocutores diversos. O marco inicial é a institucionalidade existente no qual se exploram formas de aproximação com o mundo do trabalho incorporando novos âmbitos de aprendizagem e novas tecnologias que possam atualizar e flexibilizar a oferta de formação educacional neste setor de trabalho. (RAMOS, 2006).

Hernandez (apud RAMOS, 2006) apresenta inicialmente uma abordagem sistemática e mais próxima ao cotidiano, enquanto que a segunda busca apresentar uma abordagem mais exploratória e mais próxima ao contexto em que esse trabalhador está inserido, a organização em si.

Devido à necessidade de trabalhar diretamente com o agente de saúde, neste estudo se tratará do nível de compreensão da pessoa, sendo representativos desta abordagem autores do continente americano como: David McClelland, Lyle Spencer, Martha Alles e Richard Boyatzis (ALLES, 2006 a e b; FLEURY & FLEURY, 2001). Com relação ao marco conceitual, a concepção performativa atende mais à necessidade de chegar ao cotidiano do trabalhador, no caso o agente de saúde.

2.2 Definição do objeto de estudo

Compreendendo que a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Saúde Ambiental (PSA) implicam em práticas sociais, as quais, por consequência, produzem e resultam em espaços educativos, pode-se afirmar que estão em desenvolvimento competências e habilidades.

Com base nisso, tanto a qualificação quanto o processo de trabalho aparecem como impulsionadoras de aprendizados, sendo o processo de trabalho a síntese do encadeamento de aprendizados.

De acordo com Alles (2006a) a competência refere-se a características que são demonstradas através de comportamentos, que podem gerar um bom desempenho em um posto de trabalho. Já as habilidades são os dados que de fato são visíveis ao pesquisador (ALLES, 2006a) e aplicados à realidade de trabalho dos agentes de saúde desses programas, torna-se possível comparar e distinguir diferentes competências.

A partir destas concepções foi necessário estabelecer uma estratégia de investigação para poder descrever os desempenhos esperados para o agente de saúde e por consequência definir quais as competências sociais inerentes aos agentes de saúde da ESF e PSA.

Desta forma buscou-se a indicação, por parte dos enfermeiros da ESF e supervisores do PSA, de agentes de saúde que se destacam por fazer mais do que sua obrigação e a especificação do destaque. Aproveitou-se a oportunidade também para pedir a esses enfermeiros e supervisores que: a) indicasse o destaque da área de trabalho (doenças, problemas sócio-econômicos, características ambientais, etc.); b) localizasse as Unidades de Saúde da Família (USF)/ Pontos de apoio; e c) identificasse os agentes mais antigos, e destes, quais os que estão trabalhando em uma área que possui também um agente do outro programa.

No caso da ESF os resultados desta sondagem foram: a) todos os agentes comunitários de saúde (ACS) antigos (615), com exceção das áreas em que há conflito de território (como a divisa entre Recife e Jaboatão), trabalham em áreas que também há um ASA trabalhando; b) foi realizada uma caracterização geral de cada distrito e de cada área da ESF; c) foi realizada a localização pelo endereço da USF e; d) foram apontados 199 agentes da ESF, sendo contabilizadas 53 características.

No PSA os resultados foram: a) há 336 agentes de saúde ambiental (ASA) que estão trabalhando desde o início do programa; b) destes apenas 59 estão trabalhando em área que também se localiza um ACS contratado pelo menos desde 2001; c) obteve-se uma caracterização geral de cada distrito e área do PSA; d) foram localizados os pontos de apoio por endereço e; e) Foram realizados 146 destaques de agentes do PSA, sendo contabilizadas 54 características.

Essas características destacadas, que se referem a comportamentos ou atitudes que foram agrupadas a partir de associação à determinadas competências a partir da classificação de Spencer & Spencer (1993, apud ALLES, 2006b) no qual classifica os principais tipos de competências sociais em: motivação, conceito próprio ou conceito uno, conhecimento, habilidades e características pessoais.

Logo após foi realizado o detalhamento destas competências gerais e proposta uma classificação para este trabalho da seguinte maneira: motivação, autonomia (conceito próprio ou conceito uno), domínio conceitual (conhecimento), domínio da linguagem cartográfica (habilidade) e características pessoais, competências que serão descritas a seguir.

De acordo com Birch e Veroff (1970) estudar a motivação é buscar explicações sobre as razões de se realizar determinada ação. Angelini (1973) Tem como pressuposto que sempre

existe um motivo que orienta a pessoa para certos objetivos, e eles têm graus de intensidades diferenciados a partir de cada indivíduo. Este autor também lembra que a motivação é influenciada: a) pela personalidade de cada indivíduo; b) pelas experiências passadas de cada um e; c) pelos fatores ambientais (ANGELINI, 1973).

A autonomia está diretamente relacionada à consciência de que existem imposições de atitudes provenientes de algumas regras impostas de poderes verticais (superiores às suas relações cotidianas) e de poderes horizontais, que fazem parte da escala geográfica do cotidiano desse indivíduo, cabendo a esse sujeito escolher, dentre as idéias existentes, como pretende agir (MORIN, 2005). Desta forma, no contexto da ESF e do PSA, a autonomia do agente depende de como ele age, a partir da combinação das influências impostas ao cargo que exerce profissionalmente (agente de saúde), de sua relação com a comunidade e de seus próprios valores. Estes, por sua vez, podem resultar ou não, a partir de um conhecimento mais efetivo da área e da busca pela transformação da realidade local, em habilidades adquiridas. De acordo com Morin (2005), a noção de autonomia humana depende de condições culturais e sociais.

O domínio conceitual está intrinsecamente relacionado ao conhecimento. Dessa forma o conhecimento para Morin (1999) é ao mesmo tempo cultural, espiritual, cerebral e computante. Além disso, o autor acrescenta que o conhecimento agrega algumas características: a) possui 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 através da linguagem. Assim sendo, a capacidade de aglutinar conceitos decorrentes de processos educativos junto à família, sociedade, escola formal e capacitação profissional, assim como de poder utilizá-los na relação entre o mundo concreto e abstrato, pode fazer com que o agente de saúde seja um dominador de conceitos.

O domínio da linguagem cartográfica está vinculado à relação do homem com o espaço geográfico. Sua representação, conforme mencionado por Santos (2002), através de um desenho, expressa uma visão e um raciocínio sobre o mesmo, assim como tem relações com o meio cultural. Além disso, esses desenhos sobre a natureza do pensamento humano e a sua capacidade de resolver problemas, sendo expressão de uma experiência vivida (SANTOS, 2002). Dessa forma, percebe-se que está inclusa nessa informação a necessidade de se considerar duas dimensões nessa competência: a subjetiva e a técnica.

Na dimensão subjetiva, a representação espacial reflete a autonomia do indivíduo em meio ao seu contexto de vida e/ou trabalho, assim como o seu grau de domínio conceitual. Quando expressa a autonomia, o agente desenha elementos que são considerados como locais que aglutinam características passíveis de mudar a realidade local. Quando expressa o grau de domínio conceitual, o agente desenha elementos que podem influenciar no processo saúde-doença da população, e que ele só pode observar pela sua capacidade de aglutinar conceitos. Dessa forma, a união da possibilidade de mudança (competência autonomia), aliada à consciência do agente de saúde sobre os riscos no ambiente (domínio conceitual), pode ser observada quando se analisa o domínio da linguagem cartográfica. Ou seja, o domínio da linguagem cartográfica pode conter uma espécie de síntese da demonstração das competências autonomia e domínio conceitual.

Na dimensão técnica há outros fatores que podem influenciar, dentre eles pode-se destacar: redução proporcional, projeção, simbologia (ALMEIDA, 2001); relações de diversidade, ordem, proporcionalidade (MARTINELLI, 2006) e; entendimento a partir dos níveis lexical, funcional e cognitivo (MACEACHRER, 1995). Dentre essas variáveis, foram utilizadas para este estudo a perspectiva, a localização/ proporção e a diversidade de elementos. Além disso, o domínio da linguagem cartográfica requerida do agente de saúde refere-se tanto à experiência com a leitura e elaboração de mapas quanto à familiaridade com a problemática local.

A competência domínio da linguagem cartográfica estaria relacionada à representação gráfica de como o agente de saúde age ou sente-se à vontade para agir num espaço em que ele sabe o que encontra de influências positivas e negativas para a saúde do morador. Dessa maneira, temos

fatores subjetivos (autonomia, domínio conceitual), e mais específicos da técnica (perspectiva, proporcionalidade/ localização e diversidade de elementos) que contribuem para o domínio da linguagem cartográfica.

As características pessoais são características que influenciam no desempenho das competências e habilidades. De acordo com Spencer e Spencer (1993, apud ALLES, 2006b) estas podem ser características físicas ou de comportamento, ou seja, que tem a ver com respostas à determinadas situações do ambiente no qual a pessoa convive.

A elaboração dessas informações resultou em uma matriz de competências e habilidades na qual cada competência possui habilidades específicas e níveis diferenciados (elementar, de relações e sínteses e de interações complexas) (quadro 1).

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

COMPETÊNCIA	HABILIDADES		
	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL DE RELAÇÕES E SÍNTESES	NÍVEL DE INTERAÇÕES COMPLEXAS
MOTIVAÇÃO (É o que impulsiona o sujeito a fazer algo)	PODER		
	Busca se articular com outras organizações, além de seu vínculo como agente de saúde para melhorar as condições de vida da população.	Busca se articular com outras organizações para obter apoio político na comunidade e/ou melhorar as condições de vida da população.	Se articula com outras organizações para obter apoio político e quando consegue algum benefício para a comunidade faz grande propaganda
	PERTENCIMENTO		
	Convive bem com a comunidade e com a equipe de trabalho	Busca articular a comunidade e a equipe, pensando formas de interagir a comunidade com o setor saúde.	Consegue promover eventos no qual a comunidade e o setor saúde passam a ser apenas parte de um todo para melhorar as condições de vida de todos.
COMPETÊNCIA	HABILIDADES		
	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL DE RELAÇÕES E SÍNTESES	NÍVEL DE INTERAÇÕES COMPLEXAS
MOTIVAÇÃO (É o que impulsiona o sujeito a fazer algo)	TRABALHO		
	Faz o que é solicitado.	Faz o trabalho e percebe a relação entre seu trabalho e a importância para a melhoria das condições de saúde da comunidade	Percebe situações em que possa relacionar o trabalho e a melhoria das condições de saúde da comunidade.
	ÉTICA		
	Busca cumprir horários e fazer o que mandam com cuidado. Quer ser um bom funcionário da prefeitura.	Busca cumprir as atividades enquanto funcionário da prefeitura e enquanto pessoa quer uma melhoria das condições de saúde e ambientais dentro de sua área de trabalho.	Busca cumprir as atividades enquanto funcionário da prefeitura e enquanto pessoa que quer uma melhoria das condições de saúde e ambientais em sua cidade
AUTONOMIA (Depende de sua iniciativa e do envolvimento do agente com questões da comunidade que trabalha)	INICIATIVA		
	Procura sempre seu superior e procura saber o que deve ser feito e como deve ser feito a cada dia.	Sabe o que deve ser feito, faz seu planejamento e busca resolver o que for possível. O que não for possível tenta esquecer.	Tem consciência do que deve estar pronto no final de cada período de trabalho, faz seu planejamento, busca resolver o que for possível e encaminha os problemas que não podem ser resolvidos de imediato para os devidos setores responsáveis.
	ACESSO À ÁREA		
	Realiza visitas domiciliares e atividades programáticas na área	Realiza visitas domiciliares, atividades programáticas na área e busca ter boa relação e interlocução entre o morador e o serviço de saúde	Realiza visitas domiciliares e atividades programáticas na área. Faz interlocução entre o morador e o serviço de saúde, contribuindo para maior integração da experiência individual com a experiência da localidade ou de outras áreas.
TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE LOCAL			
	Reproduz o discurso dos programas sem a tentativa de desenvolver o local	Reconhece que existem problemas além do discurso do programa e influencia quem convive no seu cotidiano	Reconhece os problemas da comunidade, contribui para a formulação de um plano de ação e mobiliza a sociedade para proceder a mudanças na área.

COMPETÊNCIA	HABILIDADES		
	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL DE RELAÇÕES E SÍNTESES	NÍVEL DE INTERAÇÕES COMPLEXAS
DOMÍNIO CONCEITUAL (É fruto de um processo educativo junto à família, sociedade, escola formal e capacitação profissional)	VOCABULÁRIO		
	Descreve a área de trabalho utilizando apenas o vocabulário usado na capacitação profissional	Relaciona o vocabulário da capacitação com outros apreendidos na família, escola formal e sociedade quando descreve sua área.	Relaciona os vocabulários apreendidos durante a vida para uma descrição crítica da situação encontrada na área de trabalho, tendo foco nos mais importantes problemas da comunidade.
	ASSOCIAÇÃO DO CONCEITO COM O AMBIENTE DE TRABALHO		
	Observa o ambiente de trabalho a partir dos conceitos apreendidos na capacitação. Observa os elementos que o programa direciona.	Analisa o ambiente de trabalho a partir dos conceitos apreendidos tanto na capacitação como outros provenientes de suas relações sócio-espaciais.	Promove um diagnóstico crítico das relações do ambiente com o processo saúde-doença, aplicando aos conceitos apreendidos ao longo da vida.
COMUNICAÇÃO			
Sabe utilizar os conhecimentos apreendidos na capacitação e os repassa à população	Sabe repassar os conhecimentos apreendidos de acordo com a situação encontrada à população.	Sabe repassar os conhecimentos apreendidos de acordo com a situação no nível de entendimento da pessoa que está recebendo a orientação (idade, grau de instrução, cultura, etc.)	
COMPETÊNCIA	HABILIDADES		
	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL DE RELAÇÕES E SÍNTESES	NÍVEL DE INTERAÇÕES COMPLEXAS
DOMÍNIO DA LINGUAGEM CARTOGRÁFICA (Está relacionada à experiência com leitura de mapas e à representação cartográfica da realidade local)	MANUSEIO DO MAPA		
	O mapa serve apenas para identificar a trajetória de trabalho	Serve também para identificar elementos relevantes ao processo saúde-doença dos moradores.	Além da localização de elementos, observa também a relação entre eles e formula hipóteses.
	ELABORAÇÃO DO MAPA (DESENHO LIVRE)		
Desenha apenas algumas figuras da paisagem que lhe chama mais atenção	Desenha um mapa com elementos-chave e acrescenta alguns problemas que lhe chame atenção	Elabora um mapa com os elementos-chave e outros que estão diretamente relacionados ao processo saúde-doença da população local.	
COMPETÊNCIA	HABILIDADES		
	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL DE RELAÇÕES E SÍNTESES	NÍVEL DE INTERAÇÕES COMPLEXAS
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS (São características que influenciam no desempenho das competências e habilidades)	QUE INTERFEREM POSITIVAMENTE		
	Características que não interferem no desempenho das habilidades.	Características complementares que ajudam no desempenho das habilidades.	Características que, associadas a determinadas habilidades fazem surgir novas competências.
	QUE INTERFEREM NEGATIVAMENTE		
Características que podem interferir potencialmente no bom desempenho de alguma habilidade.	Características que interferem negativamente no desempenho de alguma habilidade.	Características que interferem de tal forma alguma habilidade social que pode fazer com que o indivíduo não desenvolva determinada competência.	

Fonte: trabalho de campo nos distritos sanitários, pontos de apoio e unidades de saúde da família. Janeiro e Fevereiro de 2006 e 2007.

Encontradas as principais competências sociais dos agentes surge um novo desafio: encontrar laços entre as concepções de competências e habilidades dos agentes de saúde numa perspectiva geográfica e que ao mesmo tempo, sejam desenvolvidas na prática de trabalho.

3. Competências e habilidades sociais e o conhecimento geográfico

Depois de comparar as competências sociais com os conceitos da geografia os que mais se adequaram para o estudo nesta escala geográfica foram os conceitos de apropriação do território e percepção da paisagem.

3.1. Apropriação do território e o agente de saúde

Através da ação do agente de saúde no seu cotidiano de trabalho há possibilidade de ação a partir de pelo menos duas formas. Na primeira é através de uma ação que confronta ou entra em acordo com a ação de outras organizações pertencentes ou não à escala geográfica da comunidade e que, de acordo com Lefebvre (2001), faz existir a necessidade da convivência de várias territorialidades.

Considerando o conceito de multiterritorialidade de Haesbaert (2004), que, em linhas gerais, afirma que é um processo de reterritorialização constante, seja de uma área (território-zona) ou de uma série de áreas (território-rede) que o ser humano e as sociedades vivenciam continuamente e simultaneamente, pode-se entender que quando ocorrem ações dessas pessoas de acordo com o interesse de cada organização há uma multiterritorialidade desarticulada, porém, quando essas organizações resolvem agir em conjunto há uma multiterritorialidade articulada, com a perspectiva de uma transformação da realidade local e conseqüentemente do espaço geográfico.

Através dessa ação intersetorial, há possibilidade de um conhecimento da área mais apurado, fato que influencia em uma maior acessibilidade, representando, portanto, uma apropriação do espaço.

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

3.2 Percepção da paisagem e o agente de saúde

Com relação à percepção da paisagem, uma das condições de perceber elementos que possam interferir no processo saúde-doença é propiciada pela consciência do mesmo. Quanto maior a consciência do risco da presença de determinado elemento, maior a capacidade de percebê-lo (OPAS, 2005). A partir dessa premissa pode-se observar a possibilidade de aglutinação de conceitos e relacionamento entre o mundo concreto e abstrato para que se perceba na paisagem algo que possa interferir no processo saúde-doença.

Nestes termos, entendemos uma paisagem que possui vários elementos a serem analisados na sua dimensão visual. De acordo com González (apud BOULLÓN, 2002), existem duas grandes concepções de paisagem. A primeira valoriza o enfoque estético e cultural, sendo compreendida como a imagem de um território percebida pela subjetividade do observador. A segunda estaria relacionada ao enfoque geossistêmico, uma vez que é observada como produto de relações de interdependência.

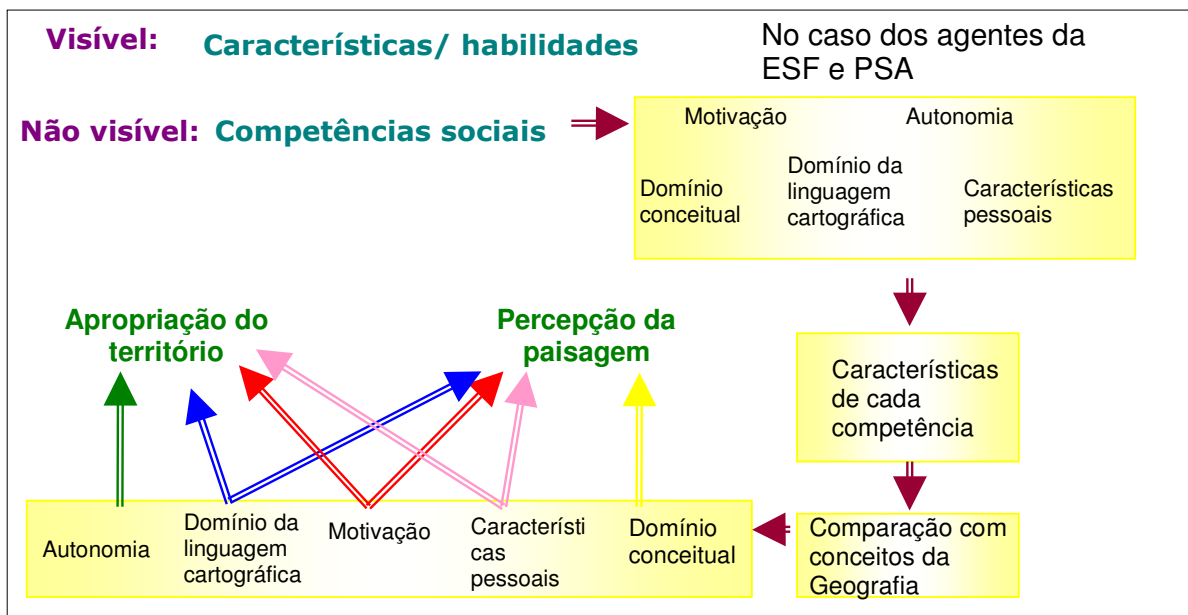
De acordo com a OPAS (2005), a percepção de riscos ambientais é importante quando se considera a comunicação representada pelo uso da linguagem como veículo para a prevenção. Adaptando a problemática abordada por Ianni e Quitério (2005) quanto aos problemas relatados pelos agentes de saúde do PSF e trabalho de campo realizado, propõe-se para esse estudo investigar a percepção da paisagem a partir de quatro níveis escalares: a) regional (abrange problemas relacionados ao município ou ao bairro); b) área de trabalho (são questões relacionadas à microárea no caso do ACS e à área no caso do ASA); c) peridomicílio (relacionado ao quintal, aos arredores da casa); e d) domicílio (tem a ver com o que ocorre dentro da casa).

Dessa forma a percepção da paisagem estaria relacionada à essa imagem percebida pela subjetividade do observador, e os elementos a serem identificados tem a ver com a influência que exercem na saúde da população atendida por esses agentes de saúde.

3.3 Relação das competências com a apropriação do território e a percepção da paisagem

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

MODELO EXPLICATIVO 1: relação entre competências sociais e conceitos da geografia através de suas características



Organizado por Martha Priscila Bezerra Pereira (2007).

4. Conhecimento geográfico do agente de saúde na cidade do Recife

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

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

Fonte: Relato de técnicos, cargos comissionados e supervisores.

No caso da ESF, para a competência social autonomia, apenas a característica 18 (Dinamismo/ Iniciativa...) está presente na maioria dos distritos sanitários. Já no PSA, também para a competência social autonomia, são proeminentes as características 8 (Boa interação com a comunidade/ facilidade de acesso), 11 (envolvimento com organização de eventos), 13 (envolvimento com o bem estar do morador), 14 (liderança), 16 (cobra atitudes do serviço público) e 17 (iniciativa, dinâmica).

QUADRO 4: representatividade da competência social autonomia em Recife: características e por distrito sanitário – psa

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

Fonte: Relato de técnicos, cargos comissionados e supervisores.

Em seguida, foi procedido o segundo questionamento: “Quais os distritos sanitários possuem mais de 50% das características com relação à essa competência?” Neste caso, que foram apresentadas 4 características para a ESF, considerou-se os distritos que possuem a partir de 3 características, no apenas os distritos II e V foram contemplados. Com relação ao PSA, foram 12 características, os distritos contemplados foram os seguintes: II, III, IV e VI. Essa pergunta foi elaborada com o objetivo de saber quais os distritos estavam melhores representados pelas características dessas competências (quadros 3 e 4).

O terceiro questionamento (Nos distritos que concentram mais características em número, quais os agentes possuem as características que estão presentes na maioria dos distritos?) teve como objetivo unir as informações das questões 1 e 2 (características e distritos apontados) para saber quais os agentes poderiam ser escolhidos num primeiro momento. Foram encontrados 153 agentes, considerando os destaques para os agentes da ESF e PSA, entretanto, serão mostrados nos quadros apenas os agentes resultantes na competência autonomia (quadros 5 e 6).

QUADRO 5: Agentes de saúde da esf que possuem as características e os distritos mais representativos com relação à competência autonomia em Recife

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

Fonte: relato de técnicos, cargos comissionados e supervisores.

QUADRO 6: Agentes de saúde do psa que possuem as características e os distritos mais representativos com relação à competência autonomia em Recife

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

17	1, 25	4, 7, 12, 15, 16	3, 4, 8	23, 24
----	-------	------------------	---------	--------

Fonte: relato de técnicos, cargos comissionados e supervisores.

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

QUADRO 7: características predominantes dos agentes da esf e psa por competência social, em Recife – pe.

COMPETÊNCIA	CARACTERÍSTICA	
	ESF	PSA
Motivação	Política	Consciente do trabalho
	<i>Trabalha mais que o normal</i>	<i>Faz mais do que é pedido</i>
	Bem entrosada	
Autonomia	<i>Boa interação com a comunidade/ facilidade de acesso</i>	<i>Boa interação com a comunidade/ facilidade de acesso</i>
	Trabalho com educação em geral	Envolvimento com organização de eventos
	Envolvimento com ONG/ Organizações comunitárias	Envolvimento com o bem estar do morador
	<i>Liderança</i>	<i>Liderança</i>
	<i>Tem iniciativa/ dinamismo</i>	<i>Tem iniciativa/ dinamismo</i>
	Cobra atitudes do serviço público	
Domínio conceitual	<i>Formação</i>	<i>Formação</i>
	Fala bem, explica bem, é expressiva	Faz diagnóstico e resolve/ encaminha o problema
	Atividades da IESA, AESA, etc...	Linguagem acessível/ didática
	<i>Trabalho com educação ambiental, sanitária e para a saúde.</i>	<i>Trabalho com educação sanitária, ambiental e para a saúde</i>
		Trabalho de orientação domiciliar
		Trabalhos manuais para educação ambiental
	Boa comunicação	
Domínio da linguagem cartográfica	<i>Conhece bem a área/ tem domínio da área</i>	<i>Conhece bem a área</i>
		Tem boa visão social/ visão crítica da área/ Tem uma visão do todo
Características pessoais	<i>Interesse/ Dedicção/ Disposição/ Empenho/ Esforço</i>	<i>Interessado/ Dedicado/ Disposto</i>
	<i>Eficiente/ Competente</i>	<i>Eficiente</i>
	<i>Disponível/ Prestativa/ Atenciosa</i>	<i>Disponível/ Prestativa</i>
		Pontualidade
		Detalhista
		Responsável
		Desestimulado/ Revoltado com as dificuldades
		Tem compaixão/ misericórdia
	Se preocupa com a população/ com a área	

Fonte: Trabalho de campo nos Distritos Sanitários, Pontos de Apoio e Unidades de Saúde da Família

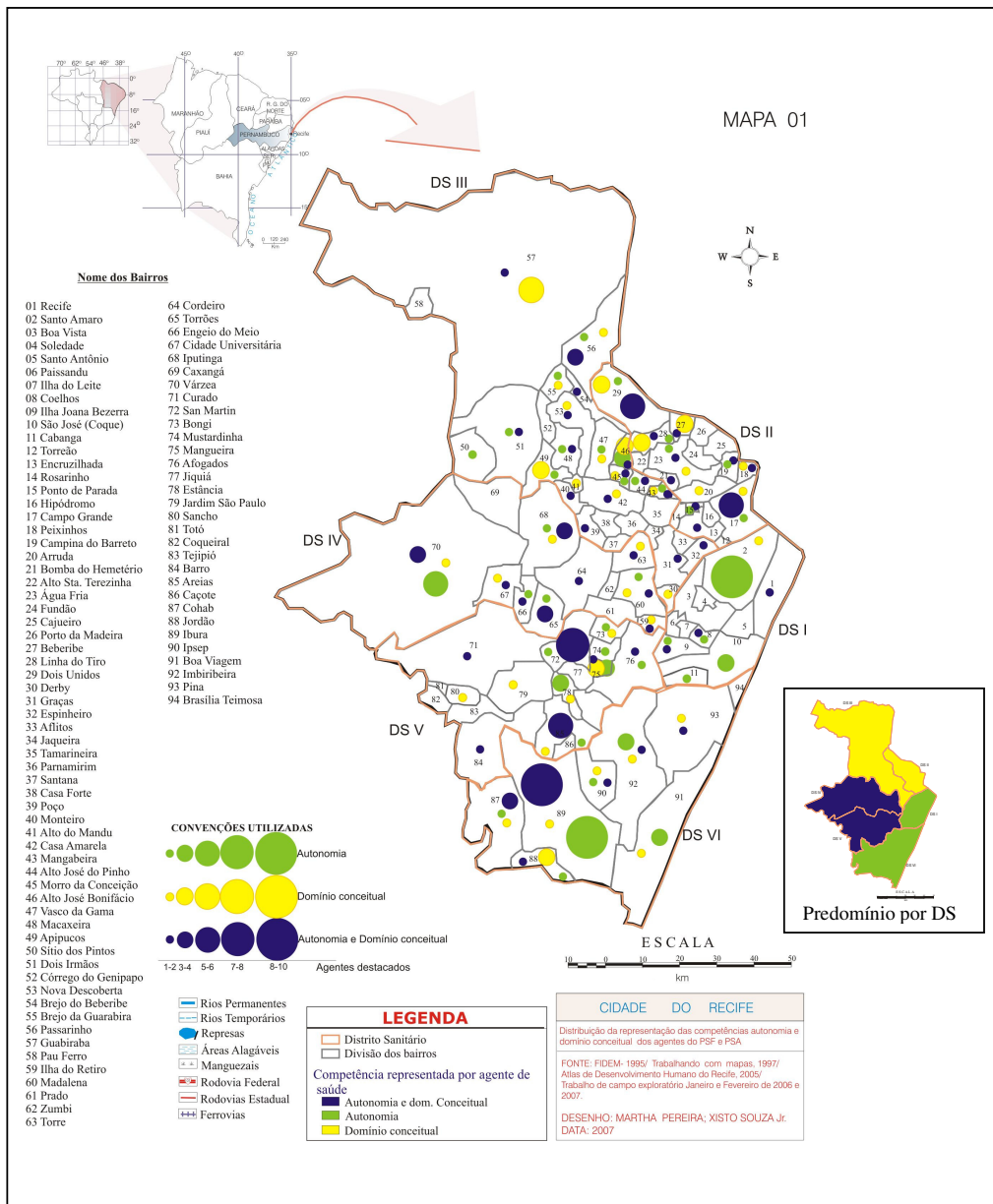
A partir desses procedimentos, estabeleceu-se critérios diferenciados para continuar essa seleção, uns para a escolha das áreas de visita a campo e outros para a escolha dos agentes que integraram a entrevista com grupo focal.

Como colocado anteriormente, as competências mais relacionadas aos conceitos da geografia, apropriação do território e percepção da paisagem, são, respectivamente, a autonomia e o domínio conceitual. A partir deste pressuposto foram escolhidos apenas os agentes que se destacassem pela autonomia e/ou domínio conceitual com vistas a perceber a expressão do conhecimento geográfico dos agentes de saúde do Recife.

Após a sistematização dos dados da sondagem e localização desses agentes apontados por competência nos bairros em que trabalham distribuídos nos seis distritos sanitários existentes, percebeu-se que nos distritos I e VI (leste e sudeste da cidade) há uma maior concentração de agentes que se destacam pela autonomia. Nos distritos II e III, há uma maior concentração de agentes que se destacam pelo domínio conceitual. Já os distritos IV e V destacam-se agentes que

foram apontados tanto por expressarem melhor a autonomia quanto o domínio conceitual. Porém nos distritos II e III essas características estão melhores distribuídas (mapa 1).

MAPA 1: distribuição da representação das competências autonomia e domínio conceitual dos agentes do psf e psa



A partir da organização dessas informações em dados numéricos por programa de saúde e por distrito percebe-se que no distrito sanitário II há correspondência de predominância para os dois programas dos agentes que foram destacados simultaneamente nas duas competências sociais (18,52% e 25%). Já no distrito sanitário III há correspondência de predominância para os dois programas dos agentes que foram destacados com relação ao domínio conceitual (41,46% e 27,58%) (quadro 8).

O percentual mais alto com relação à predominância de competência por programa foi registrado no distrito sanitário III, na ESF para a competência domínio conceitual. Isto é, 41,46%

dos agentes destacados pelo domínio conceitual estão no DS III e trabalham como agentes da ESF (quadro 8).

QUADRO 8: agentes de saúde do psf e psa por distrito sanitário, por programa e por competência social

COMPETÊNCIA	AUTONOMIA				DOMÍNIO CONCEITUAL				OS DOIS			
	ESF		PSA		ESF		PSA		ESF		PSA	
PROGRAMA	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%
I	18	24,65	1	4,35	1	2,44	0	0	1	1,85	3	5,77
II	9	12,33	1	4,35	2	4,88	4	13,79	10	18,52	13	25
III	12	16,43	5	21,74	17	41,46	8	27,58	10	18,52	11	21,15
IV	6	8,22	8	34,78	2	4,88	4	13,79	13	24,07	8	15,38
V	13	17,81	1	4,35	4	9,76	4	13,79	11	20,37	6	11,54
VI	15	20,55	7	30,43	5	12,19	9	31,03	9	16,66	11	21,15
TOTAL	73	100	23	100	41	100	29	100	54	100	52	100

Fonte: Trabalho de campo exploratório entre Janeiro e Fevereiro dos anos de 2006 e 2007.

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

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

5. Considerações Finais

Se por um lado esses resultados podem apontar para novos caminhos conceituais e metodológicos e ser útil no planejamento de ações desses programas, por outro, também implicam em novos questionamentos, como por exemplo: Esse conhecimento geográfico elaborado pelos agentes de saúde tem correspondência direta com a história local? Seria a localidade um inibidor ou um impulsionador do desenvolvimento de competências e habilidades e conseqüentemente da expressão do conhecimento geográfico? Essas e outras perguntas serão objeto de investigação em momentos posteriores, já que este trabalho constitui-se apenas nos resultados do trabalho de campo exploratório desta pesquisa. Entretanto percebe-se que a partir dessas informações abrem-se inúmeras possibilidades de trabalho.

Referências

ALLES, M. A. **Dirección estratégica de recursos humanos: gestión por competencias.** 2. ed. Buenos Aires: Granica, 2006a. 448p.

ALLES, M. A. **Gestión por competencia:** el diccionario. 2 ed. Buenos Aires: Granica, 2006b. 304p.

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

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

BIRCH, David; VEROFF, Joseph. **Motivação.** São Paulo: Editora Herder, 1970, 159p.

BOULLÓN, Roberto C. **Planejamento do espaço turístico.** Tradução de Josely Viana Baptista. São Paulo: EDUSC, 2002. 278p.(coleção turismo)

FLEURY M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **RAC**, 2001: 183-196. (edição especial). Disponível em: <<http://www.anpad.org.br>> Acesso em: 17 mai. 2007.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**. Do fim dos territórios à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 400p.

IANNI, A. M. Z.; QUITÉRIO, L. A. D. A questão ambiental urbana no PSF: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. In: **Avaliação e monitoramento de Programas de Atenção Básica no Brasil** – o PSF na Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo: 2005. 15p. (Centro de Estudos de cultura contemporânea).

LEFEBVRE, H. **O direito à cidade**. Trad. Rubens Eduardo Farias. São Paulo: Centauro, 2001. 145p.

LEFEBVRE, H. **The production of space**. Oxford, UK: Blacwell, 1992. 454p.

MACEACHRER, A. M. **How maps work**: representation, visualization and design. New York/ London: The Guilford Press, 1995. 461p.

MARTINELLI, M. **Mapas da Geografia e cartografia temática**. 3. ed, São Paulo: contexto, 2006. 97p.

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

MORIN, E. **O método 3**. O conhecimento do conhecimento. 2 ed. Porto Alegre: Sulina, 1999. 288p.

OPAS. **Curso de Autoinstrucción en comunicación de riesgos**. 2005. Disponível em: www.opas.org.br/ambiente/risco/tutorial6/index.html. Acesso em 04 out. 2005.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006. 304p

SANTOS, Clézio. O uso de desenhos no ensino fundamental: imagens e conceitos. In: PONTUSCHKA, N. N.; OLIVEIRA, A. U. de (org). **Geografia em perspectiva**. São Paulo: contexto, 2002. 380p. p. 195 – 207.