

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**  
**CAMPUS ERECHIM**  
**CURSO DE GEOGRAFIA LICENCIATURA**

**NAYARA ALMEIDA LIMA**

**GEOGRAFIA, SAÚDE E TERRITÓRIO: PRÁTICA COTIDIANA DE TRABALHO DE  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS), VINCULADOS À ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), NO FORTALECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO SUS**

**ERECHIM**

**2024**

**NAYARA ALMEIDA LIMA**

**GEOGRAFIA, SAÚDE E TERRITÓRIO: PRÁTICA COTIDIANA DE TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS), VINCULADOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), NO FORTALECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Geografia – Licenciatura da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Licenciatura em Geografia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Vanessa de Faria Lindo

**ERECHIM**

**2024**

**Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Lima, Nayara Almeida

Geografia, saúde e território: prática cotidiana de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), no fortalecimento do direito à saúde no SUS / Nayara Almeida Lima. -- 2024.

131 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Vanessa de Faria Lindo

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Licenciatura em Geografia, Erechim,RS, 2024.

I. Lindo, Paula Vanessa de Faria, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**NAYARA ALMEIDA LIMA**

**GEOGRAFIA, SAÚDE E TERRITÓRIO: PRÁTICA COTIDIANA DE TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS), VINCULADOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), NO FORTALECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Geografia – Licenciatura da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Licenciatura em Geografia.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 03 de julho de 2024

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Vanessa de Faria Lindo – UFFS  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Martha Priscila Bezerra Pereira – UFCG  
Avaliadora

---

Prof. Dr. Everton de Moraes Kozenieski – UFFS  
Avaliador



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA - ERECHIM

FOLHA DE APROVAÇÃO Nº 2/2024 - CCLG - ER (10.44.05.18)

Nº do Protocolo: 23205.015838/2024-82

Erechim-RS, 03 de julho de 2024.

NAYARA LIMA

GEOGRAFIA, SAÚDE E TERRITÓRIO: PRÁTICA COTIDIANA DE TRABALHO DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS), VINCULADOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF),  
NO FORTALECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO SUS

Trabalho de conclusão  
de curso de  
graduação  
apresentado como  
requisito para  
obtenção de grau de  
Licenciada em  
Geografia da  
Universidade Federal  
da Fronteira Sul  
(UFFS).

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca no dia 03/07/2024.

BANCA EXAMINADORA:

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Paula Vanessa de Faria Lindo (UFFS/Erechim) - Orientadora e Presidente da Banca Avaliadora

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Martha Priscila Bezerra Pereira (UFCG) - Avaliadora Externa

Prof. Dr. Everton de Moraes Kozeniesk (UFFS/Erechim) - Avaliador Interno

*(Assinado digitalmente em 10/07/2024 06:59)*

**EVERTON DE MORAES KOZENIESKI**

PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR

ACAD - ER (10.44.05)

Matricula: ###355#4

*(Assinado digitalmente em 11/07/2024 13:38)*

**PAULA VANESSA DE FARIA LINDO**

PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR

ACAD - ER (10.44.05)

Matricula: ###802#3

*(Assinado digitalmente em 03/07/2024 16:55)*

**MARTHA PRISCILA BEZERRA PEREIRA**

ASSINANTE EXTERNO

CPF: ###.###.224-##

Dedico este trabalho a todos os profissionais dedicados à saúde pública e coletiva no Brasil, em defesa do SUS e em prol de uma Geografia da Vida!

## RESUMO

No Brasil, a saúde é um direito previsto pela Constituição Federal de 1988. Para tornar o direito à saúde uma realidade da população, foi implementado no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que visa garantir o acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços de saúde, tendo como uma de suas políticas públicas prioritárias a Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse contexto, este trabalho lança luz sobre a prática cotidiana de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à ESF, considerados atores-chave na territorialização da saúde em escala local, pois são o elo de comunicação entre a comunidade, que apresenta problemas e necessidades de saúde, e o Estado, responsável pela organização das ações e serviços de saúde. O objetivo é compreender como o reconhecimento e a apropriação do território no trabalho cotidiano de ACS contribui no fortalecimento do direito à saúde no SUS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, caracterizada como Estudo de Campo, na qual os procedimentos metodológicos adotados seguiram o percurso investigativo de levantamento teórico-metodológico, consulta documental, construção dos instrumentos de pesquisa, trabalho de campo, descrição, análise e interpretação dos dados coletados. Está fundamentado em autoras e autores da Geografia da Saúde, dentre os principais, Rojas (1998 e 2003), Mendonça, Araújo e Fogaça (2014), Monken e Barcellos (2007), Monken *et al.* (2008), Gondim *et al.* (2008), Gondim e Monken (2009, 2016 e 2017), Faria (2012 e 2013), Pereira (2006, 2008 e 2009). Foram consultados mapas da UBS de interesse investigativo, o manual O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2009) e a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017). Em trabalho de campo realizado em uma UBS no município de Erechim/RS, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco ACS e com a Enfermeira Coordenadora da equipe de Saúde da Família (eSF) ao qual fazem parte, além de a observação participante de um dia de trabalho de cada uma das cinco ACS. Como resultados obtidos, foi constatado que as ACS reconhecem e se apropriam do território, contribuindo no fortalecimento do direito à saúde, sobretudo pela concretização do princípio de equidade do SUS, ao levar em consideração as diferenças nas condições de vida e necessidades de saúde da população, direcionando suas ações no território de acordo com os contextos de desigualdades e iniquidades detectados *in loco*, nos lugares onde a vida acontece.

Palavras-chave: saúde da família; agentes comunitários de saúde; reconhecimento e apropriação do território.

## RESUMEN

En Brasil, la salud es un derecho previsto por la Constitución Federal de 1988. Para hacer realidad este derecho para la población, se implementó el Sistema Único de Salud (SUS), que tiene como objetivo garantizar el acceso universal, integral y equitativo a las acciones y servicios de salud. Una de sus políticas públicas prioritarias es la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). En este contexto, este trabajo arroja luz sobre la práctica diaria de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), vinculados a la ESF, considerados actores clave en la territorialización de la salud a nivel local, ya que son el vínculo de comunicación entre la comunidad, que presenta problemas y necesidades de salud, y el Estado, responsable de la organización de las acciones y servicios de salud. El objetivo es comprender cómo el reconocimiento y la apropiación del territorio en el trabajo diario de los ACS contribuyen al fortalecimiento del derecho a la salud en el SUS. Se trata de una investigación cualitativa, caracterizada como un Estudio de Campo, en la cual los procedimientos metodológicos adoptados siguieron el camino investigativo de levantamiento teórico-metodológico, consulta documental, construcción de instrumentos de investigación, trabajo de campo, descripción, análisis e interpretación de los datos recolectados. Está fundamentado en autoras y autores de Geografía de la Salud, entre los principales Rojas (1998 y 2003), Mendonça, Araújo y Fogaça (2014), Monken y Barcellos (2007), Monken et al. (2008), Gondim et al. (2008), Gondim y Monken (2009, 2016 y 2017), Faria (2012 y 2013), Pereira (2006, 2008 y 2009). Se consultaron mapas de la UBS de interés investigativo, el manual "El trabajo del Agente Comunitario de Salud" (Brasil, 2009) y la Política Nacional de Atención Básica (Brasil, 2017). En el trabajo de campo realizado en una UBS en el municipio de Erechim/RS, se realizaron entrevistas semiestructuradas con cinco ACS y con la Enfermera Coordinadora del equipo de Salud de la Familia (eSF) al cual pertenecen, además de la observación participante de un día de trabajo de cada uno de los cinco ACS. Como resultados obtenidos, se constató que los ACS reconocen y se apropian del territorio, contribuyendo al fortalecimiento del derecho a la salud, especialmente mediante la concreción del principio de equidad del SUS, al tener en cuenta las diferencias en las condiciones de vida y necesidades de salud de la población, dirigiendo sus acciones en el territorio de acuerdo con los contextos de desigualdades e inequidades detectados in situ, en los lugares donde la vida sucede.

Palabras clave: salud familiar; agentes comunitarios de salud; reconocimiento y apropiación del territorio.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Delineamento da pesquisa.....	18
Figura 02 – Mapa de Distribuição Estadual dos Grupos de Pesquisa em Geografia da Saúde.....	36
Figura 03 – Nuvem de palavras: principais temas ligados a território e políticas públicas no GeoSaúde (2003-2021).....	41
Figura 04 – Mapa conceitual: temáticas ligadas a território e políticas públicas no GeoSaúde (2003-2021).....	41
Figura 05 – Modelo cartográfico da cidade de Erechim: organização da Atenção Básica e os Territórios da Saúde em 2024.....	73
Figura 06 – Casas de alto padrão.....	76
Figura 07 – Moradias precárias.....	76
Figura 08 – Casas de interesse social.....	77
Figura 09 – Logradouros estreitos, becos e vielas para acessar as moradias.....	77
Figura 10 – Lavoura de soja justaposta a área residencial.....	77
Figura 11 – Ruas sem infraestrutura urbana.....	77
Figura 12 – Território da saúde da “UBS de interesse investigativo”.....	78
Figura 13 – Território de atuação da ACS Maria Odília 14 t.t.....	83
Figura 14 – Estrutura precária de moradia à beira trilhos.....	85
Figura 15 – Entorno da moradia à beira trilhos.....	85
Figura 16 – Território de atuação da ACS Maria Rita 19 t.t.....	89
Figura 17 – Ocupação de casas à beira da rodovia.....	91
Figura 18 – Estrutura precária das casas na ocupação à beira da rodovia.....	91
Figura 19 – Entorno das moradias precárias em ocupação à beira da rodovia.....	91
Figura 20 – Acúmulo de lixo e materiais reciclados como situação-problema no território...94	
Figura 21 – Território de atuação da ACS Maria Ermelinda 16 t.t.....	95
Figura 22 – Território de atuação da ACS Maria Nise 27 t.t.....	98
Figura 23 – Território de atuação da ACS Maria Zilda 08 t.t.....	102

## LISTA DE MAPAS

Mapa 01 – Erechim: Situação Geográfica.....	65
Mapa 02 – Mapa da Região de Saúde Alto Uruguai Gaúcho.....	66

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Simpósio Nacional de Geografia da Saúde (2003-2021).....	33
Quadro 02 – Grupos Brasileiros de Pesquisas em Geografia e Saúde.....	36
Quadro 03 – Competência e habilidades sociais na apropriação do território pelo(a) ACS....	63
Quadro 04 – Serviços de saúde prestados em âmbito do SUS no município de Erechim/RS..	67
Quadro 05 – Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Erechim/RS.....	71
Quadro 06 – Perfil das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) entrevistadas e acompanhadas em trabalho de campo.....	81
Quadro 07 – Síntese: reconhecimento e apropriação do território pelas ACS da “UBS de interesse investigativo”, 2023.....	108

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate à Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVS	Acidente Vascular Cerebral (AVC)
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
eAB	equipe de Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
eSB	equipe de Saúde Bucal
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHST	Fundação Hospitalar Santa Terezinha
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LAGAS	Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisas Nacionais de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
REGIC	Regiões de Influência das Cidades
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1	PERCURSO METODOLÓGICO.....	17
<b>2</b>	<b>GEOGRAFIA E SAÚDE NO BRASIL: APROXIMAÇÕES HISTÓRICAS ENTRE OS DOIS CAMPOS DE ESTUDO.....</b>	<b>26</b>
2.1	GEOGRAFIA DA SAÚDE: PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL.....	32
2.1.1	Políticas públicas, território e saúde no Simpósio Nacional de Geografia da Saúde.....	39
<b>3</b>	<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: POLÍTICA PÚBLICA SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>43</b>
3.1	DOS MODELOS DE SAÚDE HEGEMÔNICOS À CONQUISTA DE UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	43
3.2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	47
3.2.1	Trajetória de implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no SUS.....	50
3.2.2	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): organização da Estratégia Saúde da Família (ESF).....	54
3.3	TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O TERRITÓRIO NA SAÚDE.....	58
<b>4</b>	<b>TERRITÓRIO E A PRÁTICA COTIDIANA DE TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>61</b>
4.1	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS): PRÁTICA COTIDIANA DE TRABALHO, RECONHECIMENTO E APROPRIAÇÃO DO TERRITÓRIO.....	61
4.2	UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO DO RECORTE ESPACIAL DE PESQUISA: ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE EM ESCALA LOCAL, DO MUNICÍPIO AOS TERRITÓRIOS DA SAÚDE.....	65
4.3	O RECONHECIMENTO E A APROPRIAÇÃO DO TERRITÓRIO NA PRÁTICA COTIDIANA DE TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES NO FORTALECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO SUS.....	75
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>110</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>113</b>
	<b>APÊNDICE A – Instrumentos de pesquisa.....</b>	<b>117</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>119</b>

<b>APÊNDICE C – Levantamento do Simpósio Nacional de Geografia da Saúde.....</b>	<b>123</b>
--------------------------------------------------------------------------------------	------------

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é um direito previsto pela Constituição Federal de 1988. Foi conquistado a partir de reivindicações advindas, sobretudo, do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RBS), após um período de intensa luta pela redemocratização, na contramão da ofensiva neoliberal e em defesa do papel do Estado na expansão dos direitos sociais no país, como fruto da manifestação coletiva pela melhoria das condições de vida da população (Heimann e Mendonça, 2005). Com isso, conforme disposto no artigo 196 do referido documento, o Estado passou a ter o dever de garantir o direito à saúde, por meio de políticas públicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como do acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços de saúde, prestados por/através de instituições públicas federais, estaduais e municipais em todo o território nacional (Brasil, 1988).

Para tornar o direito à saúde uma realidade da população, foi implementado no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que representou um significativo avanço no campo da saúde pública brasileira, marcando uma reorientação na forma de conceber e, conseqüentemente, organizar as ações e os serviços de saúde. Com efeito, a Estratégia Saúde da Família (ESF) – que historicamente incorporou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) – passou a ser uma política pública prioritária na expansão e na consolidação do modelo de atenção à saúde do SUS (Brasil, 2017). A ESF visa assegurar o que consta na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que leva em consideração a Atenção Básica (AB) – ligada à Atenção Primária à Saúde (APS), entre os três níveis de complexidade – como a principal porta de entrada do SUS e de acesso à sua Rede de Atenção à Saúde (RAS).

No procedimento de trabalho das equipes multiprofissionais de Saúde da Família (eSF) aparece como fundamental a definição de territórios e o processo de territorialização, para programação das ações e serviços de saúde de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade (Brasil, 2017). Nesse contexto, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que integram a Estratégia Saúde da Família (ESF), são considerados atores-chave na territorialização da saúde em nível local, pois são o elo de comunicação entre a comunidade, que apresenta problemas e necessidades de saúde, e o Estado, responsável pela organização das ações e serviços de saúde (Moraes *et al.*, 2021). Por residirem no território onde atuam, os(as) Agentes Comunitários de Saúde exercem dois tipos de territorialidades: uma na

condição de profissional e outra na condição de cidadão (Pereira, 2009), Consequentemente, detém um grande potencial de transformação social da realidade na qual vivenciam cotidianamente.

Em 2019, a Estratégia Saúde da Família (ESF) possuía uma cobertura populacional de 62,6%, equivalente a 131 milhões de brasileiros(as), sendo maior na área rural e nas regiões Nordeste e Sul, especialmente entre a população considerada mais vulnerável segundo escolaridade do responsável pelo domicílio ou renda familiar (Giovannella *et al.*, 2021). Mas na contramão dos avanços alcançados ao longo do tempo, mudanças na condução da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na última edição de 2017, levaram ao enfraquecimento do enfoque comunitário, através da flexibilização da organização da equipe de Saúde da Família (eSF), na medida que propôs uma redução de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma priorização da chamada Atenção Básica tradicional, em detrimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Melo *et al.*, 2018).

Mediante o exposto, por acreditar que é na territorialização das ações e dos serviços de saúde do SUS que a ciência geográfica pode se aproximar significativamente do campo da saúde, o presente trabalho apresenta uma proposta de investigação que lança luz sobre a prática cotidiana de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Evidentemente, em defesa da política pública Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica, logo, admitindo a importância da consolidação do modelo de atenção à saúde do SUS, visando responder a seguinte questão: de que forma o reconhecimento e a apropriação do território por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em suas práticas cotidianas de trabalho, contribuem no fortalecimento do direito à saúde no SUS?

No plano acadêmico, a investigação proposta se justifica à medida que representa uma tentativa de focar um objeto de conhecimento a respeito do qual não existem estudos orientados para o recorte espacial delimitado. Adicionalmente, espera-se uma contribuição no plano prático, tendo em vista as potencialidades de aproximação entre Geografia e o campo da saúde, particularmente entre a Geografia da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e a Unidade Básica de Saúde (UBS) de interesse investigativo. Já no plano pessoal, cabe mencionar sua relevância no percurso formativo, por se tratar de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e, portanto, uma iniciação à pesquisa em Geografia.

À vista disso, o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como objetivo compreender como o reconhecimento e a apropriação do território na prática cotidiana de

trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), contribui no fortalecimento do direito à saúde no SUS. Para respondê-lo foi necessário i) buscar na produção científica brasileira como a Geografia vem se aproximando do campo da saúde; ii) percorrer a trajetória das políticas públicas Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), incorporados à Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a implantação do SUS no Brasil e; iii) constatar como ocorre o reconhecimento e a apropriação do território por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), em seus respectivos territórios de atuação.

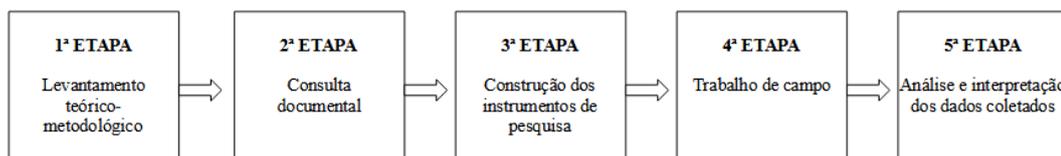
Estruturalmente, além deste primeiro capítulo e das considerações finais, o texto se divide em mais três capítulos. O primeiro capítulo discorre sobre as aproximações históricas entre os campos de estudo da Geografia e da Saúde, que deu alicerce ao surgimento da Geografia Médica/Geografia da Saúde, que mais tarde se consolidou na produção científica brasileira. O segundo capítulo versa sobre a política pública Saúde da Família, aborda desde os modelos de saúde no Brasil até a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), a trajetória de implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua organização atual dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Com base no primeiro e segundo capítulos, no terceiro capítulo são expressos os resultados obtidos na investigação sobre o território e a prática cotidiana de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família (ESF), com um entendimento sobre o que significa o reconhecimento e apropriação do território por ACS, uma breve caracterização do recorte espacial de pesquisa, com a organização da saúde em escala local, do município aos territórios da saúde e, por fim; o território na prática cotidiana das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e as contribuições no fortalecimento do direito à saúde no SUS.

## 1.1 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa com enfoque qualitativo que objetivou compreender como o reconhecimento e a apropriação do território na prática cotidiana de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), contribui no fortalecimento do direito à saúde, se aproxima daquilo que Gil (2002) caracteriza como Estudo de Campo. Dessa forma, os procedimentos metodológicos, envolvendo as técnicas e os instrumentos de pesquisa, podem ser visualizados a partir do seguinte delineamento de pesquisa: **1)** Levantamento teórico-metodológico, **2)** Consulta documental, **3)** Construção dos

instrumentos de pesquisa, 4) Trabalho de campo, 5) Descrição, análise e interpretação dos dados coletados.

Figura 01 – Delineamento da pesquisa



Fonte: Organizado pela autora (2023)

1) Como primeira etapa, foi realizada a coleta de dados por meio de referencial teórico-metodológico.

Para buscar na produção científica brasileira como a Geografia vem se aproximando do campo da saúde, inicialmente foi necessário contextualizar como o encadeamento histórico de concepções sobre saúde e doença ecoou na ciência geográfica e nas diferentes fases da evolução do pensamento geográfico, culminando na construção da Geografia Médica/Geografia da Saúde. Adicionalmente, verificou-se, nesse ínterim, de que forma os conceitos geográficos foram apropriados na articulação entre Geografia e Saúde no decorrer do tempo, até chegar ao conceito de território na saúde. Essa primeira parte foi fundamentada, principalmente, em Rojas (2003) e Mendonça, Araújo e Fogaça (2014), enquanto a perspectiva território na saúde e territorialização da saúde foi embasada, principalmente, em Monken e Barcellos (2007), Monken *et al.* (2008), Gondim *et al.* (2008), Gondim e Monken (2009, 2016 e 2017) e Faria (2012 e 2013).

Na sequência, com a intenção de compreender o desenvolvimento da Geografia da Saúde no Brasil ao longo dos anos, no estreitamento da relação entre Geografia e Saúde, receberam destaque dois grandes marcos históricos que contribuíram para a sua consolidação nacional, sendo que hoje representam os principais meios de difusão do conhecimento no supracitado campo de estudo no país: a criação do GeoSaúde - Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e a criação da Hygeia - Revista Nacional de Geografia Médica e da Saúde. Especialmente as dez edições do Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, ocorridas entre 2003 e 2021, foram exploradas a fim de entender onde, por quem e o quê vem sendo produzido cientificamente no atual século.

Nessa direção, um quadro foi organizado elencando a abrangência espacial das dez edições do GeoSaúde, os(as) pesquisadores(as) a frente da coordenação de cada evento e a diversidade de temas escolhidos para as discussões. Em complemento a isso, foram levados em consideração os dados sistematizados pelo Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde (LAGAS) da Universidade de Brasília (UnB), que representaram espacialmente os 32 grupos brasileiros de pesquisas em Geografia e Saúde distribuídos pelo país, evidenciando em qual cidade está localizado cada grupo de pesquisa, como se chama e quem o lidera, a qual instituição de ensino faz parte e o seu ano de criação. No mesmo ano tanto o LAGAS quanto o Pró-saúde Geo fizeram esse mesmo tipo de estudo<sup>1</sup>. Tem uma página no site que junta esses grupos até 2020 no site do pró-saúde geo<sup>2</sup>. Antes disso foi publicado um livro em 2017 sobre a história dos grupos de pesquisa<sup>3</sup>.

Tomando por referência a Geografia da Saúde no Brasil, expressa na produção científica socializada no Simpósio Nacional de Geografia da Saúde (2003-2021), dirigiu-se um olhar para aquilo que vem sendo produzido sobre território e saúde dentro do eixo temático das políticas públicas de saúde<sup>4</sup>. O critério de seleção utilizado foi a identificação das palavras-chave *território, territorialização e territorial* nos títulos dos trabalhos publicados nos *anais* das dez edições do referido evento. Em edições em que o eixo temático das políticas públicas não foi contemplado – na 2ª, 7ª e 9ª edição, respectivamente – foram levados em conta outros eixos temáticos julgados(s) como próximos em questão de discussão teórico-metodológica (apêndice C). Como produto, foram elaborados uma nuvem de palavras que facilita a visualização da frequência com que cada um dos termos aparecem nos títulos e um mapa conceitual, com uma categorização dos principais temas associadas às grandes temáticas.

O levantamento teórico-metodológico também foi utilizado para percorrer a trajetória das políticas públicas Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), incorporados à Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a implantação do SUS no Brasil. Para tanto, contou com o apoio do livro *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS de LIMA et al. (2005)*, com respaldo nos textos de Escorel, Nascimento

1 Disponível em:

[https://www.prosaudegeo.com.br/\\_files/ugd/e4bfdf\\_46b0f77a142841aaad9c18aee25ee428.pdf](https://www.prosaudegeo.com.br/_files/ugd/e4bfdf_46b0f77a142841aaad9c18aee25ee428.pdf). Acesso em: 05 jul. 2024.

2 Disponível em: <https://www.prosaudegeo.com.br/outros-grupos>. Acesso em: 05 jul. 2024.

3 MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Pesquisa e extensão em Geografia da Saúde: entre a teoria e a prática**. Montes Claros – MG: Editora UNIMONTES, 2017, 251p.

4 A organização do site com os eventos das 10 primeiras edições foi realizada pelo grupo do Pró-saúde Geo (alunos e professores) e com apoio do grupo de trabalho de Geografia da Saúde da AGB.

e Edler (2005), Heimann e Mendonça (2005) e Teixeira e Solla (2005). Além do mais, artigos científicos com dados atualizados a respeito da cobertura da ESF no Brasil, bem como sobre as mudanças ocorridas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pertinentes à ESF, foram exploradas.

2) Na segunda etapa, a coleta de dados foi realizada por meio da consulta a documentos que deram subsídio para caracterizar a organização da ESF e os territórios da saúde, tanto do município de Erechim-RS, como da “UBS de interesse investigativo”.

Desse modo, o mapa do território de abrangência da “UBS de interesse investigativo” e o mapa dos territórios de atuação dos(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) correspondentes, foram consultados em âmbito da unidade de saúde, para conhecimento dos limites político-administrativos do recorte espacial de pesquisa, que pautou a criação, *a posteriori*, de um o roteiro de exploração de campo.

Além desses dois mapas, documentos como a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) e o manual O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2009) também foram consultados. O primeiro, para entender como a Estratégia Saúde da Família (ESF) se insere no contexto da Atenção Básica do SUS e como conforma a organização das ações e dos serviços de saúde na UBS. Já o segundo, para ter uma dimensão do direcionamento que o Ministério da Saúde confere à prática cotidiana de trabalho de ACS dentro da equipe de ESF na Atenção Básica.

3) Feito o levantamento teórico-metodológico e a consulta documental, na terceira etapa foram elaborados os instrumentos de pesquisa, dos quais: dois roteiros de perguntas guias para a realização de entrevistas semiestruturadas para coleta de dados em Trabalho de Campo.

Um dos roteiros de perguntas guias foi produzido para entrevistar a Enfermeira Coordenadora de equipe de Saúde da Família (eSF) com o objetivo de compreender de que forma a prática cotidiana de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) contribuem na organização (planejamento, execução e avaliação) das ações e serviços de saúde voltada para a realidade local do território de atuação da equipe de Saúde da Família (eSF). Foram concebidas um total de 12 questões distribuídas entre perfil laboral da entrevistada, organização do trabalho e o território de atuação da equipe de Saúde da Família (eSF), trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família (ESF).

O outro roteiro de perguntas guias foi produzido para entrevistar as ACS integrantes da equipe de Saúde da Família (eSF) com o objetivo de entender como funciona a prática cotidiana de trabalho, quais os principais problemas e necessidades de saúde da população adscrita aos seus territórios de atuação e de que forma essas informações estão articuladas ao reconhecimento de aspectos históricos, sociais, econômicos, políticos, culturais e naturais do território, bem como de sua apropriação. Foram concebidas um total de dez questões distribuídas entre perfil laboral da entrevistada, cotidiano de trabalho como ACS e acesso, reconhecimento e apropriação do território de atuação.

4) Feito isso, a fim de constatar como ocorre o reconhecimento e a apropriação do território pelos(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), em seus respectivos territórios de atuação, foram realizados Trabalhos de Campo. A coleta de dados foi conduzida, substancialmente, pelas técnicas de observação e entrevistas, sendo que esta última, na visão de Quivy e Campenhoudt (2005), é a mais utilizada em paralelo com a primeira, pois “a sua complementaridade permite, com efeito, efetuar um trabalho de investigação aprofundado que [...] apresenta um grau de validade satisfatório.” (ibidem, p. 200). Nesse caminho, em um primeiro momento foi feito a exploração de campo. Já em um segundo momento foram feitas entrevistas e a observação participante.

- **Exploração de campo:** fundamentado em Minayo (2014), o trabalho de campo foi precedido de uma exploração de campo, que contemplou as seguintes atividades:

(a) *escolha do espaço da pesquisa:* para isso, foram percorridas – em 25/05/2023, na companhia da professora-orientadora desta pesquisa – as ruas mapeadas como área de abrangência da “UBS de interesse investigativo”, formada pelo território de atuação de duas equipes de Saúde da Família (eSF) e pelos territórios de atuação de dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS), seguindo uma proposta de familiarização com o recorte espacial da pesquisa e observação geográfica das diferenciações socioespaciais.

(b) *escolha do grupo de pesquisa:* o grupo de pesquisa escolhido contempla Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme o objetivo geral, assim como a Enfermeira Coordenadora da equipe de Saúde da Família (eSF) que planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas por ACS (Brasil, 2017).

(c) *o estabelecimento dos critérios de amostragem*: seguiram o que estabelece Minayo (2014), para quem “[...] uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo.” (*ibidem*, p. 197). Em adequação aos objetivos da pesquisa, foram selecionadas como uma amostra qualitativa ideal: uma equipe de Saúde da Família (eSF) entre as duas existentes na “UBS de interesse investigativo” e, portanto, a Enfermeira Coordenadora (para entrevista) e as cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) integrantes (para entrevista e observação participante).

(d) *o estabelecimento das estratégias de entrada em campo*: contou com o comparecimento formal à “UBS de interesse investigativo” para conversar com a Enfermeira Coordenadora da equipe de Saúde da Família (eSF) e, na sequência, à Secretaria Municipal de Saúde acompanhada de uma carta de intenções e uma cópia do projeto de pesquisa, para expor a pretensão de realizar a coleta de dados por meio da entrevista e da observação, como também buscar saber como proceder nos processos burocráticos para sua realização.

- **Entrevista**: através de entrevistas semiestruturadas, pautadas em roteiros de perguntas guias previamente elaboradas na etapa de construção dos instrumentos de pesquisa (apêndice A), foram conduzidos diálogos individuais junto à Enfermeira Coordenadora e as cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da respectiva equipe Saúde da Família (eSF) da “UBS de interesse investigativo”. O registro das respostas foi feito por gravação de áudio, mediante autorização das entrevistadas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B) e, subsequentemente, transcritas para o tratamento dos dados.
- **Observação participante**: conforme Pereira (2008), a necessidade da observação participante está no registro de fenômenos que não podem ser apreendidos na fala ou na escrita, sendo uma técnica que “[...] consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação.” (Queiroz *et al.*, 2007, p. 278). Adicionalmente, para Gonçalves (1994, *apud* Lima, Almeida e Lima, 1999), a observação do processo de trabalho em operação permite esclarecer sua lógica interna, pela captação dos movimentos, dos discursos e das ações dos trabalhadores em suas relações com o objeto de trabalho. Baseado nisso,

foi feita uma observação participante do cotidiano de trabalho de cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), criteriosamente selecionadas na exploração de campo e preliminarmente entrevistadas em Trabalho de Campo. Em consonância com Filho e Pereira (2013), entre as tipologias postuladas por Gold (1958) presentes em Minayo (2014) acerca das diferenças entre observador e participante no processo de coleta dos dados na observação participante, foi adotada a postura de Observador-como-Participante, que “[...] costuma ser utilizada, frequentemente, como estratégia complementar ao uso das entrevistas [...]. Trata-se de um modo de observação quase formal, em curto espaço de tempo [...]” (Minayo, 2014, p. 281). Quanto ao tempo investido na observação participante, Queiroz *et al.* (2007) indica que deve ser determinado pelo objetivo do estudo, estreitamente atrelado ao alcance dos significados de fatos e comportamentos previstos, porém, no geral, em estudos na área da saúde esse período pode variar de seis semanas a três anos. O tempo de convivência com cada uma das cinco ACS foi, no entanto, de um dia de trabalho – que soma, portanto, cinco dias experienciando a observação como participante, em trabalhos de campo que ocorreram sucessivamente em 10, 11, 12, 15 e 16/05/2023. Embora não seja o ideal, por se tratar de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e da iniciação à pesquisa em Geografia, diante das circunstâncias, foi optado por esse período de observação participante. Os trajetos foram guiados por um roteiro de observação construído com base no referencial teórico-metodológico e documental anteriormente realizados, que subsidiou a partir da Geografia da Saúde/campo da Geografia dos Serviços de Saúde, o olhar geográfico sobre a realidade concreta. Foi utilizado como forma de registro dos dados coletados, a fotografia e o diário de campo, este que na perspectiva de Borges (2009) é um instrumento valiosíssimo na técnica de observação participante dentro pesquisa qualitativa. Assim, as anotações foram efetuadas de duas maneiras, calcado no que propõe a autora supracitada: anotações objetivas (com a descrição de dados, lugares, pessoas, atividades, etc.) e anotações subjetivas (com as impressões, uma primeira interpretação de fatos, de falas, de lugares e de momentos observados).

**5)** Como última etapa da pesquisa, foi realizada uma tentativa de análise e interpretação dos dados coletados.

Sendo assim, somadas ao levantamento teórico-metodológico e a consulta documental, os dados coletados em Estudo de Campo, materializados na transcrição das respostas das entrevistas semiestruturadas e nas anotações em diário de campo da observação participante, foram sistematizados como resultados da pesquisa e socializados no terceiro capítulo do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Esse, por sua vez, foi estruturado dentro de três subtópicos. No primeiro, amparado na literatura científica, com ênfase em Pereira (2008 e 2009), explicitou-se o que significa a prática cotidiana de trabalho e como ocorre o reconhecimento e apropriação do território por ACS. Já no segundo, foi feita uma breve caracterização do recorte espacial de pesquisa, trazendo à tona a organização da saúde em escala local, do município aos territórios da saúde. Para essa finalidade, foram coletados dados do site oficial da Prefeitura Municipal de Erechim/RS e do Plano Municipal de Saúde (2022) para evidenciar os equipamentos, ações e serviços de saúde prestados no interior do SUS no município. Foi elaborado, em contrapartida, um modelo cartográfico da organização da Atenção Básica e dos Territórios da Saúde na cidade de Erechim em 2024, com uma simplificação espacial das formas e conteúdos presentes no espaço urbano que dão visibilidade a elementos julgados como pertinentes para compreensão dos territórios de atuação das ACS, logo, a precisão cartográfica do mapa convencional não foram preservadas.

E por último, e mais importante, a descrição, seguida por uma síntese analítica interpretativa, do percurso realizado a partir da observação participante nos territórios de atuação das cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), tanto sob a perspectiva de pesquisadora como, essencialmente, em diálogo com o que foi dito nas entrevistas semiestruturadas e demonstrado em campo pelas ACS, buscando tecer considerações que ajudem a responder de que forma o reconhecimento e apropriação do território na prática cotidiana de ACS contribuem no fortalecimento do direito à saúde do SUS. Para expressar a aproximação experienciada durante a observação participante, essa parte em especial foi escrita na primeira pessoa, ao contrário dos demais capítulos e respectivos subtópicos que foram escritos na terceira pessoa.

Para garantir a confidencialidade e a privacidade das informações por elas prestadas, o nome verdadeiro foi omitido e substituído por uma alcunha fictícia. E como o “onde”, a localização em si, não é o que interessa em uma primeira análise, mas sim “o quê”, isto é, toda uma caracterização socioespacial dos diferentes territórios dentro da escala local de um

município como Erechim, o nome da UBS, igualmente, não foi revelado. As ACS, todas mulheres, receberam por designação a seguinte fórmula denominativa: MARIA + um nome de uma mulher importante na história da saúde no Brasil<sup>5</sup> + o número representativo do tempo de trabalho como ACS + t.t. (tempo de trabalho). A UBS foi denominada por “UBS de interesse investigativo” e a equipe de Saúde da Família abordada como *eSF Plural*, em razão da sua pluralidade de territórios da saúde.

---

5 Rita Lobato Velho Lopes, a primeira mulher formada em medicina no Brasil; Maria Odília Teixeira, a primeira médica negra no Brasil; Ermelinda Lopes de Vasconcelos, a segunda mulher formada em medicina no Brasil, responsável por mais de 10 mil partos; Zilda Arns Neumann, criou um dos movimentos mais importantes da luta pela redução da desnutrição e mortalidade infantil no Brasil e; Nise da Silveira, médica psiquiatra que dedicou sua vida à humanização de pessoas com doenças mentais.

## 2 GEOGRAFIA E SAÚDE NO BRASIL: APROXIMAÇÕES HISTÓRICAS ENTRE OS DOIS CAMPOS DE ESTUDO

No início do século XXI, ao traçar um panorama da Geografia da Saúde na América Latina, a geógrafa Rojas (2003) questionava o *silêncio latinoamericano*, expresso pelo desinteresse de geógrafos(as) em abordar temas relacionados à saúde em suas investigações. Segundo a autora, uma das possíveis explicações estava em “la exagerada hegemonia médica y el desconocimiento de este profesional en sector salud” (*ibidem*, 2003, p. 11). Como expressão disso, com base no contexto latino-americano, ela chama a atenção para três processos de aproximação da Geografia às temáticas concernentes à relação saúde e doença, sendo eles: a) 1º processo de aproximação – ocorrido entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX, por médicos(as) interessados(as) pela distribuição das doenças, principalmente as infecciosas e transmissíveis; b) 2º processo de aproximação – desenvolvido preponderantemente no Brasil, a partir do final da década de 1970, com a rigorosa incorporação do conhecimento produzido pelas ciências geográficas nos fundamentos teóricos e metodológicos das investigações em saúde, particularmente enfocando a organização do espaço geográfico no fazer epidemiológico e sanitário; e c) 3º processo de aproximação – a que timidamente começou a abordar os(as) geógrafos(as):

En el último de los procesos, aparecen los geógrafos. No con pocos esfuerzos, algunos conseguían quebrar el silencio de la mayoría de sus colegas de profesión, y mantenían en estado de latencia, la exploración del potencial de la geografía en el campo de la salud. [...] este otro proceso, nace en la mitad del siglo pasado, aunque sin registro oficial, y es su fundador, uno de los grandes hombres brasileños, geógrafo y médico, Josué de Castro [...]. (Rojas, 2003, p. 15)

Os três processos de aproximação entre Geografia e Saúde assinalado por Rojas (2003), é claramente um reflexo daquilo que apontam Mendonça, Araújo e Fogaça (2014) no estudo sobre o estado da arte da Geografia da Saúde no Brasil. De acordo com os autores, historicamente o entendimento sobre saúde ou doença foi marcado por diferentes explicações no mundo todo, traduzindo o conjunto de crenças e valores hegemônicos nas sociedades vigentes de cada época. Assim, passou de uma concepção influenciada pelos determinismos religioso e natural, consecutivamente, até o século XIX; para uma concepção biomédica e unicausal na Modernidade, sendo que, a partir da década de 1980, sua abordagem passou a ser feita, sobretudo, por uma concepção multicausal; embora venha sendo contraposta por

concepções aliadas ao paradigma da determinação social da doença mais recentemente (Heimann e Mendonça, 2005).

Traçando um breve histórico, fundamentado nos autores mencionados acima, se verifica que até a Idade Média a manifestação de doenças em seres humanos estava associada ao plano mítico, dessa forma, era compreendida como um castigo divino/vontade de Deus(es) sobre a sociedade<sup>6</sup>. Já no período que tem por referência a Europa renascentista ou pré-moderna, o determinismo religioso deu lugar ao determinismo natural, com isso, a saúde passou a ser entendida pela Teoria Miasmática, a partir da qual se acreditava que a doença era causada por *miasmas*, gases oriundos da decomposição de cadáveres, que penetravam no corpo em função das condições do ambiente natural. Foi somente com o desenvolvimento da microbiologia, a partir da metade do século XVII, que a Teoria Miasmática foi superada pela Teoria Bacteriana e pelo paradigma da Unicausalidade, quer dizer, nessa perspectiva, a doença era causada exclusivamente por um agente biológico (vírus ou bactérias) que deveria ser combatido para que a saúde se reintegrasse. É possível notar que ocorreram avanços consideráveis, porém “[...] há que se observar que a gênese das doenças humanas continuaram concebidas como pertencentes à dimensão da natureza externa ao organismo humano” (Mendonça, Araújo e Fogaça, 2014, p. 44).

Dentro dessa ótica, até o final do século XIX os estudos que tinham por objetivo investigar a determinação do meio natural na saúde humana eram atribuídos ao campo da medicina ou da biologia, pois a Geografia ainda não tinha sido sistematizada como conhecimento científico (*ibidem*). Em função disso, as primeiras aproximações ocorridas entre Geografia e Saúde, em concordância com Rojas (2003) com base no recorte espacial da América Latina, foram feitas por médicos(as), sanitaristas e epidemiologistas, marcando, posteriormente, a Geografia Médica. Não obstante, os estudos iniciais, segundo Perekowski e Benaduce (2007), faziam parte ainda de uma Medicina Geográfica (*ibidem*) – Geografia das doenças ou Topografias médicas (Mendonça, Araújo e Fogaça, 2014) – e se preocupavam majoritariamente com a distribuição espacial de doenças, buscando associá-las aos seus respectivos locais de ocorrência mais comuns.

A Geografia Médica ganhou força somente em 1930 com a ascensão da Teoria da Tríade Ecológica (Mendonça, Araújo e Fogaça, 2014), a partir da qual a doença passou a ser

---

6 Com duas exceções frisadas pelos autores: as civilizações egípcias e do Oriente Médio, onde se tem registros da criação de uma instituição dedicada a tratar doenças/cuidar de pessoas doentes, gênese do que hoje se entende como hospital e; a Grécia Antiga, onde surgiu a medicina pré-científica, baseada na explicação racional de doenças.

entendida como causada por um desequilíbrio ocorrido entre hospedeiro, agente etiológico e meio ambiente. Nesse ponto, a concepção Unicausal até então predominante deu lugar a uma concepção Multicausal. Com isso, variáveis geográficas (físicas e humanas) passaram a ser enxergadas no favorecimento ou não de ambientes vulneráveis para o aparecimento de doenças (*ibidem*), o que deu margens para estudos do referido campo de estudo.

Mendonça, Araújo e Fogaça (2014) nomeiam, entretanto, Maximilian Sorre e sua teoria do Complexo Patogênico, dos anos de 1940, como a principal contribuição para uma abordagem geográfica das doenças. Haja vista, o autor evidenciado lançou luz sobre a noção de que a ocorrência de doenças se dava em função da interação entre meio natural, meio vivo e meio social. Perspectiva que foi responsável por um redirecionamento na maneira de entender a causalidade das doenças, não mais como determinada exclusivamente pela natureza e/ou biologicamente, mas também socialmente.

Tanto na Teoria da Tríade Ecológica como na Teoria do Complexo Patogênico, a concepção da multicausalidade significou um avanço nos determinantes e condicionantes de saúde e doença (*ibidem*). Apesar disso, com o enriquecimento dos estudos, o modelo adotado passou a sofrer fortes críticas em virtude da neutralidade empregada na análise das relações entre hospedeiro/ agente etiológico/ meio ambiente no caso da primeira teoria e entre meio natural/ meio vivo/ meio social no caso da segunda teoria, sob a justificativa de que todos os elementos eram tratados sistematicamente de forma igualitária e, por vezes, sem levar em consideração os aspectos sociais (Palmeira *et al.*, 2004 *apud* Mendonça, Araújo e Fogaça, 2014).

À vista disso, convergindo com o que foi dito por Rojas (2003) – a respeito do 3º processo de aproximação entre Geografia e Saúde – os autores salientam que foram os estudos construídos por Josué de Castro sobre a Geografia da Fome, no mesmo contexto da metade do século XX, os responsáveis por nortear a passagem de uma concepção hegemônica de Geografia Médica para a Geografia da Saúde. Com efeito, a articulação entre saúde e geografia foi estreitada, o processo saúde-doença foi desnaturalizado e pouco a pouco foi se delineando que “[...] la salud es el foco, y no su ausencia; y que el propósito final es estudiar como lograrla, aunque para ello debemos inicialmente desentrañar, como se pierde.” (Rojas, 2003, p. 22). Em outras palavras, a preocupação passou a incidir sobre a saúde e o bem-estar das pessoas e não mais sobre a doença; sobre o contexto socioespacial, econômico, político, cultural, ambiental de vida do(a) enfermo(a) e não mais exclusivamente sobre a enfermidade.

A Geografia da Saúde é, portanto, um amadurecimento da Geografia Médica (Perehouki e Benaduce, 2007), como fruto da evolução do pensamento geográfico que – alicerçada nas discussões principiadas pela Geografia Crítica a partir da década de 1970 – acompanhou a tendência que historicamente deslocou o conceito de doença para o de saúde (Mendonça, Araújo e Fogaça, 2014) e avançou ao ponderar não somente os determinantes, como também os condicionantes do processo saúde-doença. Assim, além de assumir um caráter mais cultural e social nas análises e interpretações acerca da saúde e doença, a ciência geográfica saiu da órbita médica (*ibidem*), no entanto, sem anulá-la.

Burocraticamente, tanto Rojas (1998) quanto Barrozo (2011)<sup>7</sup> afirmam que a Criação da Comissão de Geografia Médica ocorreu no ano de 1949, em Lisboa. Já a Geografia da Saúde enquanto nomenclatura surge em 1976, quando se modificou o nome de Comissão de Geografia Médica para Geografia da Saúde (Ferreira, Castillo-Salgado, Ribeiro, 2017). Essa mudança ocorreu porque havia temas que precisavam ser incluídos, como é o caso dos Serviços de Saúde. Atualmente, a Geografia da Saúde se divide em dois grandes campos de interesse/linhas de pesquisa, a Nosogeografia e a Geografia dos Serviços de Saúde:

A Nosogeografia é considerada a abordagem mais tradicional, a que se propõe à identificação e análise de padrões de distribuição espacial das questões de saúde e doença como um todo nas relações tempo-espaciais, tratando diretamente dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença de populações. Já a Geografia dos Serviços de Saúde [...] considerada mais recente, é dedicada à distribuição e planejamento dos componentes infraestruturais e dos recursos humanos do Sistema de Atenção à Saúde, vem ganhando espaço nas pesquisas e de certa forma complementando a Nosogeografia (Mendonça, Araújo e Fogaça, 2014, p. 46).

Como desdobramento, o encadeamento histórico de concepções sobre saúde e doença, que ecoou na ciência geográfica e nas diferentes fases da evolução do pensamento geográfico, repercutiu também na ciência geográfica brasileira que “registrou um longo período de produções acerca de doenças (Topografias Médicas ou Geografia Médica), tendo se direcionado mais recentemente ao tratamento da atenção à saúde (Nosogeografia e a Geografia dos Serviços de Saúde), donde denomina-se Geografia da Saúde” (*ibidem*, p. 41).

Independentemente da clássica distinção entre Geografia Médica e Geografia da Saúde – ressignificada na perspectiva de Rojas (2003) ao olhar para a América Latina – é fato que desde as primeiras aproximações entre o campo da Saúde e da Geografia até os dias atuais, do mesmo modo que o contrário é verdadeiro, a Geografia tem oferecido um amplo aporte

---

7

teórico-metodológico ao campo da saúde, especialmente por dispor de categorias de análise que auxiliam na compreensão da dimensão espacial do processo saúde-doença.

Para dar conta da complexidade que envolve a referida questão, a categoria geográfica *espaço* assumiu diferentes sentidos na articulação entre Saúde e Geografia ao longo do tempo (Gondim, 2011; Guimarães 2015; Gondim e Monken, 2017). Em resumo, segundo Monken *et al.* (2008), inicialmente o conceito de espaço foi apropriado pela clássica epidemiologia dos fatores de risco<sup>8</sup> e por médicos(as) interessados(as) na distribuição espacial de doenças. Primeiro como um mero espaço, reduzido à localidade do fenômeno focado. Depois, com a abordagem ecológica das doenças<sup>9</sup> e a ascensão da Teoria da Tríade Ecológica, em meados do século XX, a relação ser humano/natureza passou a ser incluída nos estudos, no passo que o conceito de *ambiente* ganhou maior evidência nas investigações sobre espaço e saúde.

Algumas décadas mais tarde, em 1970, o movimento que ficou conhecido como *Epidemiologia Social* ou *Epidemiologia Crítica* ganhou repercussão na América Latina, recebendo muitos adeptos, sobretudo, na saúde pública brasileira (Monken *et al.*, 2008). Além de ter direcionado uma crítica à Epidemiologia Clássica – em razão de sua centralidade nos fatores de risco – e à abordagem ecológica das doenças, os estudiosos engajados nessa corrente de pensamento foram responsáveis por difundir o conceito de *espaço geográfico*, em substituição ao *espaço geométrico*, tradicionalmente utilizado na epidemiologia (*ibidem*), incorporando o debate produzido na Geografia Crítica que tomava grandes dimensões no mesmo período.

No Brasil, o geógrafo Milton Santos foi um dos responsáveis por contribuir significativamente para esta reorientação da concepção sobre espaço e saúde (Monken *et al.*, 2008; Faria e Bortolozzi, 2009), por possibilitar à Epidemiologia pensar a categoria de análise *espaço* enquanto relação social e, por conseguinte, a “superar uma visão não histórica do processo biológico e ao mesmo tempo entender os fatores econômicos, sociais, políticos e culturais responsáveis pela produção das doenças endêmicas e epidêmicas.” (Silva, 1985 *apud* Faria e Bortolozzi, 2009, p. 33). Com isso:

a adoção do espaço geográfico (e não do espaço simplesmente) na saúde pública vem ao encontro de um desejo de transformação social e de demonstração dos efeitos deletérios das desigualdades sociais na saúde das populações, numa espécie de reação às condições da epidemiologia clássica (ainda que não se possa desprezar o valor de seus métodos e rigor teórico) (Monken *et al.*, 2008, p. 37)

---

8 Uma Epidemiologia preocupada com os fatores de risco que aumentam a probabilidade da ocorrência de doenças e agravos à saúde de um indivíduo.

9 Explicação da ocorrência de doenças através da tríade ecológica agente-hospedeiro-ambiente.

Particularmente na Geografia da Saúde voltada para a chamada Geografia dos Serviços de Saúde, considerando que a saúde pública é uma das atribuições do Estado e sendo este uma instituição de base territorial (Castro, 2005; Mendonça, Araújo e Fogaça, 2014), conceitos como o de *território* e *territorialidade*, ganham destaque como chaves de leitura e interpretação da realidade. Distintamente do conceito de espaço geográfico, Monken *et al.* (2008) discorrem que o interesse pelo conceito de território na saúde é mais recente, sobretudo, por dois principais motivos correlatos, segundo os(as) autores(as): 1) pela Reforma Sanitária Brasileira e o projeto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que levou a uma reflexão sobre a operacionalização do mencionado conceito na delimitação político-administrativa de territórios para a saúde; 2) pela redefinição do próprio conceito de território nas políticas públicas de saúde, avançando para propostas muito mais amplas, com a pretensão de incorporar as múltiplas dimensões de território (política, econômica, social, cultural, sanitária) no SUS (Monken *et al.*, 2008; Gondim e Monken, 2017).

Na Geografia, o conceito de *território* assumiu historicamente pelo menos duas grandes concepções: a jurídico-política, construída a partir do clássico pensamento de Ratzel, que definia o território como sendo a área delimitada pelas fronteiras de um Estado-nação e; aquela difundida por Raffestin, que direcionou uma crítica à obra ratzeliana e, buscando ampliar o conceito, propôs que a chave para o estudo do território é o poder, não somente o estatal, mas também, e sobretudo, o exercido pelos demais grupos sociais (Monken *et al.*, 2008). No contexto brasileiro, Faria e Bortolozzi (2009) enfatizam a influência de três autores ou correntes de análise territorial – Milton Santos, Rogério Haesbaert e Marcos Saquet – que subsidiaram um entendimento do território enquanto apropriação social (política, econômica e cultural), e com isso: “[...] um salto qualitativo foi dado, tanto no que se refere às escalas quanto às funções que cada recorte territorial admite” (*ibidem*, 2009, p. 37).

Intrinsecamente relacionado ao conceito de *território* está o de *territorialidade*. Em concordância com o que afirma Monken *et al.* (2008), uma interessante tradução para este conceito é a de Robert Sack, o qual define que “a territorialidade em seres humanos é melhor compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área” (Sack, 1986 *apud* Monken *et al.*, 2008). Em outras palavras, conforme exprime Monken *et al.* (2008), a territorialidade nessa perspectiva está ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, se organizam no espaço e dão sentido ao

lugar, sendo que “[...] os diferentes territórios existentes seriam expressões de diferentes territorialidades, variáveis de acordo com contextos históricos e sociais” (*ibidem*).

Ao revisar as concepções sobre o *território* na Geografia da Saúde, Pehouskei e Benaduce (2007) verificam um vasto campo de discussão, fundamentados em uma ou outra corrente de análise territorial anteriormente citadas, que se distinguem por focar em uma ou outra dentre as múltiplas dimensões do território (natural, política, econômica, cultural). Com base nisso, os(as) autores(as) constataram que mais recentemente existe um esforço de geógrafos(as) em analisar o território de forma integrada, tendo em vista que: “[...] na atualidade, vivemos a atuação de múltiplos territórios, ora nos deparamos com determinada territorialidade, ora com outra, tendo as referências e controle espaciais, percorrido diversas escalas de poder e também de identidade.” (*ibidem*, p. 42).

Nessa direção, para compreender como a Geografia da Saúde foi se desenvolvendo ao longo dos anos no Brasil, estreitando a relação entre Geografia e Saúde, até chegar à abordagem do conceito de território, é válido remontar alguns dos marcos históricos que contribuíram para a sua consolidação, sendo que hoje representam os principais meios de difusão do conhecimento no supracitado campo de estudo no país: a criação do Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e a criação da Hygeia - Revista Nacional de Geografia Médica e da Saúde. Além disso, é importante saber onde/quem/o quê vem sendo produzido cientificamente, a partir dos grupos de pesquisa que foram surgindo no decorrer do tempo, até chegar especialmente no que é produzido sobre território e saúde dentro do eixo temático das políticas públicas.

## 2.1 GEOGRAFIA DA SAÚDE: PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL

Como já ressaltado, no início deste século a geógrafa cubana Luisa Rojas trouxe à luz dos debates acadêmico-científicos o *silêncio* resultante do desinteresse de outros(as) colegas de profissão em direcionar suas investigações às temáticas da saúde. Ela se referiu, mais precisamente, ao contexto latino-americano, no qual o Brasil está inserido e, de certa forma, seguiu as mesmas tendências. A geógrafa teve a oportunidade de falar abertamente a respeito do assunto, tanto oralmente como também pela escrita e publicação do texto intitulado *Geografía y salud: entre historias, realidades y utopias* em 2003, ano em que aconteceu a

primeira edição do evento que viria a se consolidar no campo da Geografia da Saúde no Brasil, com repercussões internacionais.

O I Simpósio Nacional de Geografia da Saúde - GeoSaúde ocorreu na UNESP de Presidente Prudente/SP em dezembro de 2003, correspondendo ao 3º processo de aproximação entre a Geografia e Saúde (Rojas, 2003). A criação do evento surgiu do movimento de geógrafos(as) que vinham pesquisando sobre saúde na Geografia, tal como do interesse de pesquisadores(as) e profissionais da saúde que vinham incorporando o conhecimento geográfico (especialmente o espaço geográfico como categoria de análise) em suas teorias e/ou práticas e se transformou em um importantíssimo marco histórico da Geografia da Saúde no Brasil. Não obstante, o primeiro encontro reuniu diversos especialistas a frente de pesquisas sobre Geografia e Saúde, vindos(as) de vários estados brasileiros, assim como de países como Argentina, Uruguai, Chile, Colômbia, México e Cuba.

Tamanha foi a proporção que tomou o I Simpósio Nacional de Geografia da Saúde que, desde então, os encontros vem acontecendo a cada dois anos. Sendo assim, de 2003 a 2021, foram realizados um total de dez eventos, a saber: em Presidente Prudente/SP (1ª edição), Rio de Janeiro/RJ (2ª edição), em Curitiba/PR (3ª edição), Uberlândia/MG (4ª edição), Recife/PE (5ª edição), São Luís/MA (6ª edição), Brasília/DF (7ª edição), Dourados/MS (8ª edição), Blumenau/SC (9ª edição) e Campina Grande/PB (10ª edição). Além da abrangência espacial, os(as) pesquisadores(as) a frente da coordenação de cada evento e a diversidade de temas escolhidos para as discussões, conforme elencados em quadro 01, contribuem para uma visão geral do Geosaúde ocorrido entre 2003 e 2021.

Quadro 01 – Simpósio Nacional de Geografia da Saúde (2003-2021)

<b>Simpósio Nacional de Geografia da Saúde (2003-2021)</b>				
<b>Edição</b>	<b>Ano</b>	<b>Local</b>	<b>Tema</b>	<b>Coordenação</b>
<b>1ª edição</b>	2003	Presidente Prudente/SP	Geografia da Saúde – tendências e perspectivas	Prof. Dr. Raul Borges Guimarães (UNESP) Profª. Dra. Luisa Iñiguez Rojas (Universidade de Habana)
<b>2ª edição</b>	2005	Rio de Janeiro/RJ	A geografia e o contexto dos problemas de saúde	Prof. Dr. Christovam Barcellos (Fiocruz - RJ)
<b>3ª edição</b>	2007	Curitiba/PR	Geografia, Medicina e Saúde: do diálogo de saberes aos desafios da espacialização do processo saúde-doença	Prof. Dr. Francisco de Assis Mendonça (UFPR)

<b>4ª edição</b>	2009	Uberlândia/MG	-	Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima (UFU)
<b>5ª edição</b>	2011	Recife/PE	Espaço, ambiente e território nas práticas de saúde	Prof. Dr. Jan Bitoun (UFPE)
<b>6ª edição</b>	2013	São Luís/MA	Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida	Profa. Dra. Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues (UFMA)
<b>7ª edição</b>	2015	Brasília/DF	Saúde e fronteiras: interações espaciais e de saberes	Profa. Dra. Helen Gurgel (UNB) Prof. Dr. Christovam Barcellos (Fiocruz – RJ) Profa. Dra. Anne Elizabeth Laques (IRD)
<b>8ª edição</b>	2017	Dourados/MS	Saúde na Fronteira e Fronteira(s) na Saúde	Prof. Dr. Adeir Archanjo da Mota (UFGD) Profa. Dra. Cláudia Marques Roma (UFGD) Prof. Dr. Raul Borges Guimarães (UNESP)
<b>9ª edição</b>	2019	Blumenau/SC	Em defesa do SUS... MAIS Geografia	Prof. Dr. Eduardo Augusto Werneck Ribeiro (IFC) Prof. Dr. Raul Borges Guimarães (UNESP)
<b>10ª edição</b>	2021	Campina Grande/PB	Dimensões geográficas dos impactos e desafios das pandemias	Profa. Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira (UFCG) Prof. Dr. Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior (UFCG) Prof. Dr. Raul Borges Guimarães (UNESP)

Fonte: PRO SAÚDE GEO (2023). Organizado pela autora.

Segundo informações disponibilizadas no *site* que arquivava digitalmente os *anais* de todas as edições do Geosaúde<sup>10</sup>, vale destacar grandes avanços no decorrer das edições: i – o II Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, em 2005, permitiu o estabelecimento de um diálogo entre pesquisadores(as) da Geografia da Saúde do Brasil e de Portugal, marcando o início de uma profícua aproximação científico-acadêmica para discutir as questões pertinentes à saúde-doença da população dos dois países; ii – a contar da 3ª edição, o evento passou a

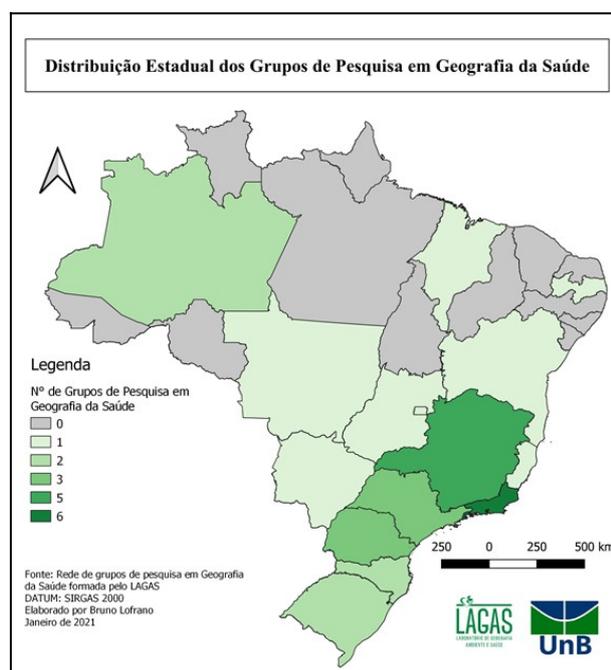
<sup>10</sup> <https://www.anaisgeosaude.com/>.

ocorrer junto com o Fórum Internacional de Geografia da Saúde, o que trouxe reconhecimento da comunidade científica nacional e internacional, bem como ampliou a participação de pesquisadores(as) de outros países e continentes, como da Argentina, Cuba, México, Portugal, França, Canadá, Austrália e de países da África.

Somando ao Simpósio Nacional de Geografia da Saúde – Geosaude, outro marco da difusão dos estudos na área, como um meio de divulgação da produção acadêmico-científica, foi a criação da Hygeia – Revista Nacional de Geografia Médica e da Saúde no ano de 2005, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). A Hygeia é hoje a principal revista científica em formato eletrônico que tem como foco divulgar o arcabouço teórico produzido por geógrafos(as) e também de pesquisadores(as) de outros campos do conhecimento ligados aos temas da Geografia Médica e da Saúde no país.

Os 20 anos do primeiro evento Geosaúde e quase 20 anos de circulação *online* da revista Hygeia – assim como de outros eventos e revistas que foram surgindo – corroboraram na consolidação do campo da Geografia da Saúde no Brasil. Atualmente, com base nos dados levantados pelo Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde (LAGAS) da Universidade de Brasília (UnB) (2021), já são 32 grupos brasileiros de pesquisas em Geografia e Saúde distribuídos pelo país, mas concentrados principalmente no Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Paraná, conforme representado na figura 02. Além da distribuição espacial nos estados do Brasil, o quadro 02 qualifica outras informações: em qual cidade está localizado o grupo de pesquisa, como ele se chama e quem o lidera, a qual instituição de ensino faz parte e quando foi criado. Isso dimensiona não somente a espacialização da produção nacional, como também o quanto as investigações no campo ganharam força nas instituições de ensino superior ao longo dos anos e quais alguns dos nomes de pesquisadores(as) que se destacam a frente desses grupos de pesquisa e, conseqüentemente, da Geografia da Saúde no país.

Figura 02 – Mapa de Distribuição Estadual dos Grupos de Pesquisa em Geografia da Saúde



Fonte: LAGAS (2021)

Quadro 02 – Grupos Brasileiros de Pesquisas em Geografia e Saúde

Grupos Brasileiros de Pesquisas em Geografia e Saúde						
	Estado	Cidade	Nome do Grupo	Instituição	Liderança	Ano criação
1	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Núcleo de Geoprocessamento	Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz	Christovam Barcellos	1994
2	Rio de Janeiro	Niterói	LEMTO - Laboratório de Estudos de Movimentos Sociais e Territorialidades	UFF - Universidade Federal Fluminense	Carlos Walter Porto-Goçalves	2001
3	São Paulo	Presidente Prudente	BIOGEOS - Laboratório de Biogeografia e Geografia da Saúde	UNESP - Universidade Estadual Paulista	Raul Borges Guimarães	2004
4	São Paulo	São José dos Campos	LiSS - Laboratório de investigação em sistemas socioambientais	INPE - Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais	Antonio Miguel Vieira Monteiro	2010
5	Amazonas	Manaus	GeoSaúde Manaus	UEA - Universidade do Estado do Amazonas	Antonio Estanislau Sanches	2010
6	Paraíba	Campina Grande	Pró-Saúde Geo - Grupo de Pesquisa em Geografia para	UFCG - Universidade Federal de Campina Grande	Martha Priscila Bezerra	2010

			Promoção da Saúde		Pereira	
7	Mato Grosso	Cuiabá	SIGSaúde - Geografia e Análise Espacial em Saúde	UFMT - Universidade Federal do Mato Grosso	Emerson Soares dos Santos	2012
8	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	NEFRONS - Núcleo de Estudos sobre Fronteiras e Saúde	Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz	Paulo Peiter	2012
9	Minas Gerais	Uberlândia	Vigilância em Saúde Ambiental - UFU	UFU - Universidade Federal de Uberlândia	Boscoli Barbosa Pereira	2013
10	Rio Grande do Sul	Rio Grande	Geotecnologias na Gestão Municipal	IFRS - Instituto Federal do Rio Grande do Sul	Carolina Larrosa De Oliveira Claro	2013
11	Distrito Federal	Brasília	LAGAS - Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde	UnB - Universidade de Brasília	Helen Gurgel	2014
12	Paraná	Curitiba	LABOCLIMA - Laboratório de Climatologia	UFPR - Universidade do Paraná	Francisco de Assis Mendonça	2014
13	Santa Catarina	São Francisco do Sul	Grupo de Pesquisa Multidisciplinar em Ciências e Geotecnologias	IFC - Instituto Federal Catarinense	Eduardo Augusto Werneck Ribeiro	2014
14	Amazonas	Manaus	Geografia da Saúde e Vigilância Socioambiental	UFAM - Universidade Federal do Amazonas	Nelcionezy José de Souza Araújo	2015
15	Maranhão	São Luís	Grupo de Pesquisa Saúde e Ambiente	UFMA - Universidade Federal do Maranhão	Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues	2015
16	Mato Grosso do Sul	Dourados	Grupo de Pesquisa GESF - Saúde, Espaço e Fronteira(s)	UFGD - Universidade Federal de Grande Dourados	Adeir Archanjo da Mota	2015
17	Paraná	Curitiba	Saúde Coletiva e Geografia da Saúde	Uniandrade - Centro Universitário Campos de Andrade	Denecir de Almeida Dutra	2015
18	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	LASA - Laboratório de Aplicações de Satélites Ambientais	UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro	Renata Libonati dos Santos	2015
19	São Paulo	São Paulo	EU&S - Espaço Urbano e Saúde	USP - Universidade de São Paulo	Lígia Vizeu Barrozo	2016
20	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	LMI- Sentinela   Laboratório Misto Internacional	IRD - Institut de recherche pour le développement	Emmanuel Roux	2017
21	Rio Grande do Sul	Santa Maria	Núcleo de Pesquisa em Geografia da Saúde	UFSM - Universidade Federal de Santa Maria	Rivaldo Faria	2017

22	Goiás	Goiânia	Climatologia Geográfica e interfaces com a saúde	UFG - Universidade Federal de Goiás	Juliana Ramalho Barros	2018
23	Minas Gerais	Belo Horizonte	PUC MINAS - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais	da Tratamento Informação Espacial	Paulo Fernando Braga Carvalho	2018
24	Minas Gerais	Uberlândia	Labvirus.UFU.MG	UFU - Universidade Federal de Uberlândia	Jonny Yokosawa	2018
25	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	RedesFito	Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz - Farmanguinhos	Jefferson P C dos Santos	2018
26	Santa Catarina	Chapecó	Grupo de Pesquisa Geografia e Saúde	UFFS - Universidade Federal da Fronteira Sul	Jane Kelly Oliveira Friestino	2018
27	Minas Gerais	Uberlândia	DemSA: Democracia, Saúde e Ambiente	UFU - Universidade Federal de Uberlândia	Juliana Pereira da Silva Faquim	2019
28	Paraná	Maringá	GREGS_UEM	UEM - Universidade Estadual de Maringá	Maria Eugênia Moreira Costa Ferreira	2019
29	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	LISA-UERJ - Laboratório de Estudos da Interação Sociedade-Atmosfera	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Antonio Carlos da Silva Oscar Junior	2019
30	Bahia	Salvador	GeoCombate COVID-19 BA	UFBA - Universidade Federal da Bahia	Patricia Lustosa Brito	2020
31	Espírito Santo	Vitória	Laboratório de Geografia da Saúde Ufes	UFES - Universidade Federal do Espírito Santo	Rafael de Castro Catão	2020
32	Minas Gerais	Uberlândia	Laboratório de Geografia Médica e Vigilância em Saúde	UFU - Universidade Federal de Uberlândia	Samuel do Carmo Lima	-

Fonte: LAGAS (2021). Organizado pela autora.

Os(as) pesquisadores(as) evidenciados no quadro 02, assim como muitos(as) outros(as) associados aos grupos de pesquisa, em nome das instituições às quais fazem parte, vem contribuindo para o debate de diferentes temas na Geografia da Saúde no Brasil. Em razão da vastidão que permeia o universo da produção científica dentro do destacado campo de estudo, socializadas no Simpósio Nacional de Geografia da Saúde (2003-2021), foi

realizada uma tentativa de sobrevoo – ainda que em altas altitudes, nos limites que cabem à proposta da presente monografia – especificamente no que vem sendo produzido sobre território e saúde dentro do eixo temático das políticas públicas de saúde.

### **2.1.1 Políticas públicas, território e saúde no Simpósio Nacional de Geografia da Saúde**

De aproximadamente 96 publicações, dentro do levantamento dos *anais* da 1ª a 10ª edição do Simpósio Nacional de Geografia da Saúde - GeoSaúde (2003-2021), 36 foi o número de trabalhos publicados com palavras-chave *território*, *territorialização* ou *territorial* no título dentro do eixo temático Políticas Públicas de Saúde – ou de outro(s) julgado(s) como similar(es), no evento em que esse tema não foi inserido (vide metodologia). Um pouco mais de 1/3 da relação total de publicações, que demonstram a relevância da temática no contexto da produção em Geografia da Saúde no Brasil, expresso no evento GeoSaúde.

A autoria dos trabalhos selecionados varia entre geógrafos(as) e diversos(as) pesquisadores(as) da área da saúde, demonstrando o caráter interdisciplinar do evento e, portanto, um espaço de encontros e de trocas entre os diferentes saberes. Os 36 trabalhos reúnem um total de 102 autorias. Com efeito, 8 trabalhos foram escritos individualmente e os outros 28 trabalhos foram escritos por duas ou mais pessoas. Dos(as) 102 autores(as), o nome de oito aparecem com uma frequência de duas ou mais vezes dentro das dez edições do evento, indicando possível continuidade em uma linha de pesquisa que versa direta ou indiretamente sobre território e saúde, seja como pesquisador(a) ou como orientador(a) de pesquisa.

Com destaque, os geógrafos Anselmo Cesar Vasconcelos Bezerra, Christovam Barcellos, Maurício Monken e Raul Borges Guimarães. As discussões propiciadas por estes autores – ou em conjunto com outros(as) autores(as) – se concentraram, respectivamente, acerca de: i) território, ambiente e saúde; ii) informação e comunicação em saúde na escala local, território e participação popular e; a dimensão territorial do esgotamento sanitário; iii) territorialização em vigilância da saúde e; território, formação pedagógica e organização das práticas dos agentes locais e técnicos de vigilância em saúde; iv) apropriação do território e percepção da paisagem na representação cartográfica da área de trabalho de agentes de saúde do PSF e PSA e; proposta metodológica de vigilância em saúde participativa de base

territorial envolvendo escolas em assentamentos rurais sobre impacto da contaminação agroquímica.

No geral, 21 dos 36 trabalhos enfatizaram o recorte espacial no título. Destes, os estudos se voltam para escalas espaciais que variam de uma região metropolitana a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em um bairro. Seguindo a tendência apontada pela localização de grupos de pesquisas, logo, de pesquisadores(as), Minas Gerais e Rio de Janeiro sobressaem entre os demais estados brasileiros focos de investigação. Em Minas Gerais são citados bairros e/ou UBS dos municípios de Uberlândia, Montes Claros e Alfenas, enquanto no Rio de Janeiro foram estudados bairros da capital. Por outro lado, apesar de Pernambuco não figurar dentre as unidades federativas do país que possuem grupos de pesquisas sobre Geografia e Saúde (ver em quadro 2), na relação de trabalhos selecionados cinco deles mencionaram: região metropolitana de Recife/PE, Recife/PE, Olinda/PE e bairro de Recife/PE. Outras localidades exploradas nas investigações foram: no Rio Grande do Sul, os municípios de Caxias do Sul, Santa Rosa, Sobral e São Sepé; Pontal do Paranapanema/SP, Maringá/PR, Natal/RN e um bairro de Floriano/PI; além desses, Montevidéu, no Uruguai.

No tocante aos principais temas abordados sobre território e políticas públicas de saúde, a partir da nuvem de palavras (ver em figura 03) é possível visualizar os termos mais frequentes dentro do conjunto dos 36 títulos selecionados. Na tentativa de interligar essa trama de palavras, a fim de agrupar os principais temas, os trabalhos foram categorizados da seguinte forma: Território e organização da Atenção Básica do SUS; Território, ambiente e saúde; Território, SIG e/ou uso de tecnologias informacionais na saúde; Territorialização em saúde; Território, saúde e participação social; Uso do território, políticas públicas e promoção à saúde; Território e territorialidades; Território e saúde mental; Outros.



Chama a atenção o volume de trabalhos publicados dentro das categorias que foram denominadas como Território e organização da Atenção Básica/SUS; Uso do território, políticas públicas e promoção à saúde, e; Territorialização em saúde, ambos conectados; em comparação às demais. A escala local, desde um território atendido por uma UBS até o município, dentro de um jogo de escalas que se inter-relacionam, é privilegiada em sua maioria. Políticas e programas de saúde tais como o Programa de Saúde Ambiental, VIGIAGUA, Saúde da Família e Política Nacional de Saúde Integral LGBT foram objeto de pesquisa. Alguns títulos enfocam a saúde de grupos sociais específicos como a população rural, a população LGBT, usuários de crack em situação de rua e os catadores de materiais recicláveis. No mais, a atuação da própria população local, dos(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos(as) técnicos(as) de Vigilância em Saúde foram mencionados nos títulos de alguns trabalhos.

Como já esboçado no início do presente capítulo 1, baseado em Monken *et al.* (2008), o conceito de território é um objeto de interesse mais recente na pesquisa acadêmico-científica que envolve Geografia e Saúde, haja vista outros conceitos geográficos de leitura e interpretação do mundo. Olhando para os 36 trabalhos selecionados é possível perceber que os(as) autores(as) caminham não somente para a reflexão sobre a operacionalização do referido conceito na delimitação político-administrativa de territórios para a saúde, como era no princípio de implantação do SUS. Os trabalhos direcionam para o quê, na visão de Monken *et al.* (2008), significa a redefinição do território nas políticas públicas de saúde, avançando na incorporação de suas múltiplas dimensões (política, econômica, social, cultural, sanitária) no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Como o objetivo geral desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é compreender como o reconhecimento e a apropriação do território no trabalho cotidiano de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), contribui no fortalecimento do direito à saúde, cabe nesse momento percorrer a trajetória das políticas públicas Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), incorporados à estratégia Saúde da Família (ESF), desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

### **3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: POLÍTICA PÚBLICA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Quando se menciona o SUS – o nosso grandioso Sistema Único de Saúde (SUS) – no senso comum, o que se verifica é um grande desconhecimento de toda a sua Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo que não raro são vistas pessoas o reduzindo às suas experiências negativas junto a Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que são procuradas emergencialmente quando o estado de saúde já está comprometido por alguma doença. Por outro lado, há pessoas que pouco experienciam o SUS e, guiadas pelo sentimento do medo de depender da saúde pública, não enxergam uma alternativa se não a procura por empresas da iniciativa privada que ofertam serviços de planos de saúde, como se fosse uma mercadoria vendida em pacote.

Entretanto, o SUS representa uma significativa conquista coletiva pelo acesso da população brasileira ao direito à saúde. Atualmente, integra ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade e está territorializada em todos os estados do país, de pequenos municípios a grandes cidades. Tem na política pública Saúde da Família, idealizada inicialmente como um programa, até ser priorizada como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde do SUS (com ênfase na promoção e na proteção da saúde, e não somente no tratamento da doença), a principal responsável pela expansão, consolidação e fortalecimento da Atenção Básica – porta de entrada do SUS – no país.

Diante disso, surge como pertinente averiguar os modelos de atenção à saúde que vigoraram no Brasil até a conquista de um Sistema Único de Saúde (SUS); o Sistema Único de Saúde (SUS), a trajetória de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua organização dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e, por fim e não menos importante, o território na/da/para a saúde e o processo de territorialização em saúde na prática de trabalho dos(as) profissionais que integram as equipes de Saúde da Família.

#### **3.1 DOS MODELOS DE SAÚDE HEGEMÔNICOS À CONQUISTA DE UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL**

Como já verificado, o entendimento sobre o processo saúde-doença se alterou ao longo do tempo e do espaço. Isso implicou variadas formas de organização das sociedades

vigentes de cada época para atender às questões envolvendo saúde e doença, dando origem a distintos modelos de atenção à saúde.

O paradigma da Unicausalidade<sup>11</sup> e o paradigma da Multicausalidade<sup>12</sup> sustentaram dois modelos de atenção à saúde hegemônicos na organização da saúde em países ocidentais, a saber: o modelo biomédico e o modelo preventivista, que assim se distinguem:

O modelo biomédico, estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente. Por outro lado, desde o final do século XIX, o modelo preventivista expandiu o paradigma microbiológico da doença para as populações, constituindo-se como um saber epidemiológico e sanitário, visando à organização e à higienização dos espaços humanos (Matta e Morosini, n.p)

Os modelos de atenção à saúde no Brasil seguiram um curso similar ao ocorrido em muitos países, salvo algumas peculiaridades locais (Faria *et al.*, 2010). Conforme declaram Matta e Morosini (2009), os modelos de atenção à saúde que vigoraram aqui podem ser compreendidos em relação aos diferentes períodos de organização da sociedade brasileira e identificados historicamente pela clássica dicotomia entre as iniciativas de caráter coletivo e massivo de prevenção (saúde pública) e as iniciativas de caráter individual e curativo (assistência médica). Essas duas formas de conceber e organizar as ações e os serviços representam, dessarte, os dois principais modelos de atenção à saúde que marcaram por muito tempo o cenário das políticas de saúde no país, sendo eles o modelo preventivista e o modelo biomédico (*ibidem*).

Até meados do século XX predominou no Brasil o modelo preventivista, em um período conhecido por historiadores(as) brasileiros(as) da saúde pública como o período do sanitarismo campanhista (Faria *et al.*, 2010). Iniciadas ainda no Império, ações de cunho higienista foram fortemente ampliadas pelo Estado Brasileiro por influência de interesses agroexportadores, através de campanhas sanitárias para o combate das principais epidemias e endemias que assolavam o país à época (febre amarela, peste bubônica e varíola), assim como pela implementação da vacinação obrigatória e da desinfecção dos espaços públicos e privados (Matta e Morosini, 2009; Faria *et al.*, 2010). Por se ocupar prioritariamente de

---

11 Quando houve a superação da Teoria Miasmática pela Teoria Bacteriana, a partir da metade do século XVII, e a sociedade moderna passou a ter uma concepção de que a doença era causada exclusivamente por um agente biológico (vírus ou bactérias) que deveria ser combatido para que a saúde se reintegrasse.

12 Quando a Teoria Bacteriana foi superada por teorias como da Tríade Ecológica do Complexo Patogênico. Nas quais, respectivamente, a doença passou a ser entendida como causada por um desequilíbrio ocorrido entre hospedeiro-agente etiológico-meio ambiente e pela interação entre meio natural-meio vivo-meio social.

medidas sanitárias, o aparato estatal pouco direcionou esforços para a construção de hospitais, estes que até então ficavam majoritariamente a cargo da filantropia, à frente das Santas Casas de Misericórdia (Faria, *et al.*, 2010).

Ainda com base nos(as) autores(as) supracitados, o modelo preventivista prevaleceu no cenário das políticas de saúde no Brasil até o início de 1960, quando começou a perder força para o chamado modelo assistencial previdenciário-privatista – expressão do modelo biomédico. Com a implantação do Sistema Nacional de Saúde no regime militar, uma das reformas institucionais que afetou profundamente a saúde pública, adotada pelo Governo regente, foi a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Dentro desse contexto, o poder público passou a financiar assistência médico-hospitalar prestada por empresas privadas aos trabalhadores urbanos e industriais, bem como outros trabalhadores formalmente inseridos na economia – excluindo, portanto, trabalhadores rurais, trabalhadores urbanos informais e o restante da população que não se enquadrava como População Economicamente Ativa (PEA) do acesso à saúde (Escorel, Nascimento e Edler, 2005; Matta e Morosini, 2009).

Diferentemente de como ocorria no modelo de atenção à saúde citado anteriormente, nos moldes do modelo assistencial previdenciário-privatista, a rede hospitalar foi expandida e passou a receber o maior volume de investimentos públicos através, sobretudo, da compra de serviços de saúde do setor privado (Matta e Morosini, 2009, Faria, *et al.*, 2010). Para tanto, toda a infraestrutura, como a construção ou reforma de clínicas e hospitais privados, era feita a partir dos recursos financeiros da Previdência Social, o que repercutiu também no rápido crescimento de faculdades privadas em todo o Brasil (Escorel, Nascimento e Edler, 2005). Mas em contrapartida, “os cursos de medicina desconheciam, de um modo geral, a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares” (*ibidem*, p. 62).

A passagem para o modelo assistencial previdenciário-privatista significou uma mudança na noção de atenção, que alterou o foco da prevenção de doenças (com iniciativas de caráter coletivo e massivo) para a assistência hospitalar (com iniciativas de caráter individual e curativa):

Esse modelo é conhecido também por seu aspecto hospitalocêntrico, uma vez que, a partir da década de 1940, a rede hospitalar passou a receber um volume crescente de investimentos, e a ‘atenção à saúde’ foi-se tornando sinônimo de assistência hospitalar. Trata-se da maior expressão na história do setor saúde brasileiro da

concepção médico-curativa, fundada no paradigma flexneriano, caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e pelo foco da atenção sobre a doença e o indivíduo (Matta e Morosini, 2009, n.p.)

Como resultado, a saúde pública ficou relegada a segundo plano (Escorel, Nascimento e Edler, 2005). Diante não somente de uma crescente mercantilização da saúde, mas da piora das condições de vida da população brasileira como um todo – atrelada ao contexto político, econômico e social vivenciado no país à época da ditadura militar – com o passar dos anos a insatisfação popular tomou conta, levando à gradativa rearticulação dos movimentos sociais. Foi então que, segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005), denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica vieram à tona. Não demorou muito para se aprofundar ainda mais o que ficou conhecido por crise da previdência brasileira, dado o enorme dispêndio público em função de uma medicina hospitalar cada vez mais especializada e equipamento-dependente, que não se fez acompanhar da melhoria dos indicadores de saúde, apesar do aumento da clientela e da ampliação do acesso aos serviços de saúde (Faria *et al.*, 2010).

Em meio a efervescência popular e a intensos debates em seminários e congressos acadêmicos sobre o sistema de saúde no país, emergiu o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, integrado por militantes, acadêmicos e profissionais da saúde, que tinha como principal bandeira política a democratização do acesso à saúde. No Brasil, de acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005), os adeptos ao movimento reformista recebeu como grande influência acadêmico-científica as ideias de Juan César García, um dos teóricos do campo da medicina social na América Latina, lançando duras críticas ao que ele entendia por *medicalização da sociedade*. Em outras palavras, à centralidade de um sistema de saúde na associação entre profissionais médicos, hospitais e na medicina convencional (Faria *et al.*, 2010).

O movimento pela Reforma Sanitária consistiu, portanto, em parte de um processo de transformação social que vinha sendo reivindicado em nível global. Fato que motivou a Conferência Internacional de Alma-Ata (Cazaquistão) em 1978, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o seu programa Saúde para todos no ano 2000, importante para a organização dos sistemas nacionais de saúde, particularmente na América Latina (Heimann e Mendonça, 2005):

Essa proposta implicava uma outra filosofia e toda uma reorientação da organização dos serviços de saúde e procurava dar ênfase à prevenção das doenças e à promoção

da saúde, pressupondo, também, a participação comunitária, a intersetorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças, a atuação em equipes multidisciplinares e incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação de serviços de saúde que revaloriza o conjunto de profissionais que trabalham na atenção primária (Faria *et al.*, 2010).

Em suma, assim como em muitos países do Ocidente, no Brasil os modelos de atenção à saúde até então hegemônicos (seja o modelo preventivista ou o modelo biomédico) passaram a ser questionados e reformulados à luz do materialismo histórico, que fundamentou a construção da abordagem médico-social (Escorel, Nascimento e Edler, 2005). Dessa forma, o objeto saúde foi renovado, com a proposta de substituição do paradigma da multicausalidade pelo paradigma da determinação social da doença, demandado no interior do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Além do mais, houve a delimitação teórica do campo da saúde coletiva, na qual o estudo do processo saúde-doença passou a ter como foco “não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença” (*ibidem*, p. 64).

Com isso, os chamados modelos de atenção à saúde alternativos entraram no radar das políticas públicas em saúde no Brasil, como é o caso das práticas em saúde propostas em âmbito do SUS, que pode ser entendido como um modelo de atenção à saúde que surgiu desse período de questionamentos e estímulos à mudança para o paradigma da determinação social da doença.

### 3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Durante séculos a saúde foi reduzida à ausência de doença. Somente em 1948, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), sua definição foi aprimorada, passando a ser caracterizada como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1948). Entretanto, atualmente esse entendimento foi ainda mais ampliado, tendo em vista que a saúde não se trata de um estado permanente – e sim dinâmico, pois ao longo da vida o ser humano está sujeito a experienciar a relação saúde e doença como sendo um processo determinado e/ou condicionado por fatores históricos, sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais.

No Brasil, a saúde é um direito previsto pela Constituição Federal de 1988. Foi conquistado a partir de reivindicações advindas, sobretudo, do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), após um período de intensa luta pela redemocratização, na

contramão da ofensiva neoliberal e em defesa do papel do Estado na expansão dos direitos sociais no país, como fruto da manifestação coletiva pela melhoria das condições de vida da população (Heimann e Mendonça, 2005). Com isso, conforme disposto no artigo 196 do referido documento, o Estado passou a ter o dever de garantir o direito à saúde, por meio de políticas públicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como do acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços de saúde, prestados por/através de instituições públicas federais, estaduais e municipais em todo o território nacional (Brasil, 1988).

Para tornar o direito à saúde uma realidade da população, foi implementado no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que representou um significativo avanço no campo da saúde pública brasileira, marcando uma reorientação na forma de conceber e, conseqüentemente, organizar as ações e os serviços de saúde. Em linhas gerais, pela proposta de mudança para um modelo de atenção à saúde com ênfase na promoção e na proteção da saúde, e não somente no tratamento da doença, de grupos, famílias e indivíduos levando em conta suas respectivas inserções históricas, sociais, políticas, econômicas, culturais e ambientais, dentro de uma concepção mais abrangente do processo saúde-doença.

Estruturalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelos três entes da Federação (Ministério da Saúde, Estados e Municípios), representados nos Conselhos de Saúde (nacionais, estaduais e municipais) que são direcionados para a formulação de estratégias, controle e avaliação da execução da política de saúde na instância correspondente (Brasil, 2020). Os principais ideais do SUS, imbricado em seus três princípios doutrinários, são: a *Universalização* – o direito à saúde e a garantia do acesso às ações e aos serviços de saúde a todos(as) os(as) cidadãos(ãs); a *Equidade* – igualdade nas condições de acesso às ações e aos serviços de saúde, considerando as necessidades específicas dos(as) diferentes cidadãos(ãs); a *Integralidade*, prestação de atenção integral aos(às) cidadãos(ãs), envolvendo a promoção e a reabilitação da saúde, bem como a prevenção e o tratamento de doenças.

Este último princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas a fim de assegurar a atuação intersetorial que beneficie a saúde e a qualidade de vida da população (Brasil, 2020). Nesse sentido, como expressão de alguns determinantes e condicionantes que influenciam o estado de saúde – conseqüentemente, na promoção e

reabilitação da saúde, prevenção e tratamento da doença – em consonância com o que dispõe a legislação brasileira, a Lei Orgânica de Saúde<sup>13</sup> (Brasil, 1990) reconhece que:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990)

Os três princípios doutrinários do SUS são viabilizados pela mobilização dos princípios organizativos de *Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único, Participação Popular*. Grosso modo, as ações e os serviços de saúde devem ser organizados em três níveis de atenção (Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária), hierarquizados conforme sua complexidade e circunscritos a uma determinada área geográfica criteriosamente mapeada. Além disso, conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2020), a responsabilidade da saúde deve ser descentralizada até o município, de modo que o poder municipal receba condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para a gestão em saúde. E por último, mas não menos importante, a participação popular no processo de planejamento, execução e avaliação das ações e dos serviços de saúde é crucial para fazer acontecer o SUS (Brasil, 2020).

De acordo com Heimann e Mendonça (2005), a despeito da histórica dicotomia entre assistência médica (individual-curativo) e ações de controle de riscos e agravos (coletivo-preventivo), traduzido nos dois modelos hegemônicos que vigoraram no Brasil durante décadas, após um período de grande tensão e da proposta de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como projeto reformista, o Ministério da Saúde teve como desafio a possibilidade de expandir a Atenção Básica (AB) segundo o paradigma da determinação social da doença<sup>14</sup>, “o que implica organizar os serviços e o sistema em função das necessidades da população, onde a AB se coloca como o primeiro nível de atenção” (*Ibidem*, p. 482).

Diante disso, houve o fortalecimento da Atenção Básica (AB) – com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), dentre os três níveis de complexidade – como a principal

---

13 Lei Orgânica de Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990, formulada no intuito de regular, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, estabelecendo os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) criado na Constituição Federal de 1988.

14 No paradigma da determinação social da doença, o processo saúde-doença é marcado pelos fatores que condicionam ou determinam a vida, o adoecimento ou a morte de pessoas na sociedade, seja de ordem histórica, social, política, econômica, cultural, ambiental.

porta de entrada do SUS e de acesso à sua Rede de Atenção à Saúde (RAS), significando a AB:

um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica e se estruturam a partir do reconhecimento das necessidades da população, apreendidas após o estabelecimento de um vínculo entre população e profissionais da saúde, em contato permanente com o ambiente de um dado território. É intrínseca a esse modelo a integração entre a unidade de serviço e a comunidade e entre usuário e profissionais da saúde, sendo este o princípio estruturante da organização dos serviços que se propõe (Heimann e Mendonça, 2005, p. 484).

Com efeito, a Estratégia Saúde da Família (ESF) – que historicamente incorporou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) – passou a ser uma política pública prioritária na expansão e na consolidação do modelo de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2017):

A estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2021, n. p.).

A ESF possui toda uma trajetória como política pública de saúde no Brasil, desde a sua idealização, passando pela implantação, consolidação e expansão, até chegar aos dias de hoje, repleta de possibilidades e desafios, e marcada pelo que alguns(as) pesquisadores(as) classificam como desmonte e retrocesso. A fundamentação teórico-prática da ESF está disposta na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que igualmente será explorada, com o intuito de entender como a ESF se insere no contexto da AB do SUS e como conforma a organização das ações e dos serviços de saúde na Unidade Básica de Serviços (UBS).

### **3.2.1 Trajetória de implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no SUS**

Inicialmente pensada como Programa Saúde da Família (PSF), que evoluiu do sucesso de experiências locais com o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) se transformou em um verdadeiro instrumento de reforma na política de saúde brasileira.

A adoção do PSF como política nacional ocorreu a partir de 1994, “em resposta à necessidade de transformação do modelo de atenção hegemônico no sistema de saúde brasileiro centrado na doença e na assistência médica individual e à fragmentação da

assistência quanto à prevenção e cura” (Heimann e Mendonça, 2005, p. 488). A sua concepção ampliada do processo saúde-doença e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania se alinha ao que foi proposto em âmbito do movimento pela Reforma Sanitária, mas com um elemento central: a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde (*ibidem*).

Ao se debruçar sobre a trajetória da Saúde da Família no SUS, Heimann e Mendonça (2005) a temporalizaram em quatro fases de desenvolvimento considerando variáveis como cobertura populacional, região onde se implementou, porte dos municípios, regras de transferência de recursos e vinculação administrativa da coordenação do programa, sendo elas: 1) emergência (1994-1995); 2) fusão entre Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF (1995-1997); 3) expansão (1997-2002) e; 4) consolidação e expansão planejada (2003-2010).

Na fase de emergência (1994-1995), o PSF foi formulado levando em conta a medicina comunitária<sup>15</sup> (Teixeira e Solla, 2005) e implantado com base no êxito de experiências municipais com o PACS que vinham acontecendo desde 1991 no país (Heimann e Mendonça, 2005). Em um primeiro momento, pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste, onde urgia medidas para conter a epidemia de cólera (Teixeira e Solla, 2005) e, também, onde as redes públicas de AB ou a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) do PACS<sup>16</sup> eram inexistentes, receberam o PSF. Segundo dados concretos apontados por Heimann e Mendonça (2005), em 1994 foram introduzidas cerca de 328 equipes de saúde da família espalhadas por 55 municípios, saltando para aproximadamente 724 equipes de saúde da família em 150 municípios no ano de 1995. Além disso, o município se tornou o gestor único do sistema no âmbito do seu território (*ibidem*):

A NOB 93, que regia a implementação do SUS, neste período teve como principal diretriz a descentralização com mudanças importantes na gestão do sistema. Seu grande desafio foi estruturar os sistemas municipais de saúde com os requisitos de criar os fundos municipais, os conselhos municipais de saúde e a rede básica municipalizada – onde não houvesse – ou municipalizar onde existissem serviços sob a gestão de outras esferas de governo (Heimann e Mendonça, 2005, p. 490)

---

15 Os programas de medicina comunitária, fundamentados na medicina social de Juan César García, propõem a *desmedicalização da sociedade*, com propostas de medicinas alternativas de autocuidado da saúde, atenção primária realizada por pessoal não-profissional e valorização da medicina tradicional (não convencional). No Brasil, os programas de medicina comunitária tiveram como objetivo proporcionar ao estudante da área da saúde uma visão extramuros/extra-hospitalar, considerando a participação popular ativa (Escorel, Nascimento e Edler, 2005).

16 Segundo Heimann e Mendonça (2005), o PACS já estava implantado em 13 estados das regiões Norte e Nordeste, em 897 municípios, com 29 mil agentes comunitários de saúde (ACS). E em 1995 atingia 1088 municípios, com expansão para a região Centro-Oeste com 34500 profissionais.

Na segunda fase assinalada por Heimann e Mendonça (2005), entre 1995 e 1997, ocorreu uma fusão entre o PACS e o PSF. Enquanto a criação do PACS em 1991 representou uma transição do modelo de atenção à saúde proposto com o SUS, o PSF o incorporou e, com a formulação do Plano de Ações e Metas Prioritárias pelo Ministério da Saúde, foi oficialmente atribuído como prioridade dentro da AB. Com isso, a saúde da família passou a ser incentivada financeiramente pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), por meio da abertura dos fundos municipais de saúde dentro do Piso da Atenção Básica (PAB), se desvinculando das verbas públicas que eram direcionadas para a assistência médica. Como desdobramento, a cobertura populacional do programa evoluiu de 4.000.000 de pessoas em 1996 para 5.500.000 de pessoas em 1997. E se expandiu também para a região Centro-Oeste e para municípios de pequeno e médio porte, sendo 847 equipes de saúde da família atuando em 228 municípios em 1996, que cresceu para 1.623 equipes de saúde da família em 228 municípios no ano de 1997.

O seu repasse regular e automático do Fundo Nacional para os Fundos Municipais permitiu maior autonomia de gastos aos municípios, representando uma decisiva medida de descentralização financeira do setor e forte incentivo para que estas instâncias subnacionais assumissem progressivamente a gestão da rede básica de serviços de saúde (Costa, 2001 *apud* Heimann e Mendonça, 2005, p. 493).

A fase entendida como de expansão do PSF durou de 1998 a 2002<sup>17</sup>, quando “o PSF deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da Atenção Básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde do SUS” (Teixeira e Solla, 2005) e se estendeu para as regiões Sul e Sudeste, bem como para cidades de grande porte. Em 1998 o PSF estava implantado em 1.134 municípios com 3.083 equipes de saúde da família no total, número que subiu em 2002 para 3.864 municípios com 13.168 equipes de saúde da família, cobrindo um total de 69 milhões de pessoas.

Durante a expansão do PSF, a indução financeira e gerencial estabeleceu que os municípios implementassem a estratégia de diferentes formas, podendo-se pensar alguma tipologia. Destacam-se o tipo ‘substitutivo’, com a adoção de ESF onde a rede básica era inexistente e a substituição da AB na rede de serviços de primeiro nível já existente pela implementação de ESF. O ‘tipo misto ou paralelo’ manteve as unidades de AB existentes funcionando segundo modelo definido no plano municipal e implementou ESF e Unidades de Saúde da Família (USF) onde havia carência de serviços na rede anterior (Heimann e Mendonça, 2005, p. 498).

---

17 Dentre os principais avanços pontuados por Heimann e Mendonça (2005) na fase de expansão, vale citar: a publicação do Manual para Organização da Atenção Básica e a criação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), que buscou promover a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, assim como a articulação dos serviços básicos à rede de serviços de maior complexidade..

Por fim, no recorte temporal abarcado por Heimann e Mendonça (2005), a quarta fase de consolidação e expansão planejada (2003-2010) se apoia no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) que teve uma vigência de sete anos a contar de 2003 – até 2010. Esse projeto, segundo os autores, tinha ao menos três focos: conversão do modelo de AB à saúde nos municípios com mais de cem mil habitantes – tendo em vista a baixa cobertura do PSF nesses municípios, a grande concentração da população brasileira em grandes municípios, as desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde no interior de grandes centros urbanos e o papel do PSF na mudança do modelo de atenção que justifica a sua implantação até mesmo em áreas que já tenham oferta de serviços de saúde de outros tipos; adoção de metodologias de acompanhamento e avaliação da AB e da estratégia de PSF e; o desenvolvimento dos recursos humanos com a capacitação dos profissionais envolvidos.

Em uma pesquisa mais recente, na qual foi analisada a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil a partir de resultados dos inquéritos populacionais das Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) de 2013 e 2019<sup>18</sup>, Giovanella *et al.* (2021) reuniram dados que indicam que no ano de 2019 60% dos domicílios brasileiros estavam cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF). Com uma cobertura populacional de 62,6% (equivalente a 131 milhões de brasileiros(as)), a atuação da referida política pública é maior na área rural e nas regiões Nordeste e Sul, especialmente entre a população considerada mais vulnerável segundo escolaridade do responsável pelo domicílio ou renda familiar (*ibidem*).

Giovanella *et al.* (2021) concluiu, com base na pesquisa realizada, que a ESF permaneceu como política equitativa e o principal modelo de APS no SUS, mas que houve mudanças na condução da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – levando ao enfraquecimento no enfoque comunitário e na prioridade da ESF – que podem ameaçar os avanços alcançados ao longo do tempo. Nesse sentido, no próximo subtópico, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) será explorada, com o intuito de entender como a Estratégia Saúde da Família (ESF) se insere no contexto da Atenção Básica do SUS e como conforma a organização das ações e dos serviços de saúde na Unidade Básica de Serviços (UBS).

---

18 Os(as) autores(as) calcularam indicadores de cobertura de moradores e domicílios por Unidade de Saúde da Família (USF), frequência da visita de Agente Comunitário de Saúde (ACS), serviço de procura regular tipo de serviço buscado; estratificados por área rural e urbana, grandes regiões, unidades da federação, escolaridade do responsável pelo domicílio e quintis de renda (Giovanella *et al.*, 2021).

### **3.2.2 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): organização da Estratégia Saúde da Família (ESF)**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi criada no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde para nortear a organização e o funcionamento da Atenção Básica (AB) em todo o país. Desde então, passou por duas edições, no ano de 2011 e 2017, respectivamente. A edição de 2017 foi tomada como referência para esta pesquisa, o referido texto está presente na íntegra em Brasil (2017).

Essa importante política pública de saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), está materializada em um documento que é “resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]” (Brasil, 2017). Nele, a Atenção Básica é destacada como porta de entrada do SUS em sua Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Saúde da Família é reafirmada como estratégia prioritária para o seu fortalecimento. Em complemento a isso, é visível o esforço presente no conteúdo do documento para que o entendimento de saúde – seguindo os ideais da Atenção Primária à Saúde – seja mobilizada dentro do paradigma da determinação social da doença.

Para que os princípios e diretrizes do SUS sejam colocados em prática, é necessário toda uma estrutura física. Para começar, a PNAB (Brasil, 2017) caracteriza os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de AB no âmbito do SUS como Unidade Básica de Saúde (UBS)<sup>19</sup>, que devem ter por garantia infraestrutura e ambiência apropriadas, conforme detalhadas no documento. Sendo assim, na UBS são recomendados os seguintes ambientes e equipamentos a eles associados:

consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo; área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade (Brasil, 2017, n.p.)

---

<sup>19</sup> Unidade Básica de Saúde Fluvial e Unidade Odontológica Móvel são outras duas unidades possíveis (Brasil, 2017).

Cada UBS possui uma população adscrita, isto é, a população que reside dentro dos limites do seu território, delimitado junto à Secretaria de Saúde do município. A adscrição é uma diretriz da PNAB (Brasil, 2017) que visa “estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado [...]” (*ibidem*, n.p). Para atender à população adscrita, conforme o que mostra a PNAB (Brasil, 2017), a UBS pode contar com até quatro equipes de Atenção Básica (eAB) – que corresponde à organização da AB nos moldes tradicionais de atendimento à demanda espontânea – ou de Saúde da Família (eSF), sendo que cada equipe deve atender entre 2.000 e 3.500 pessoas.

A equipe de Saúde da Família (eSF), tal como assinalado na PNAB (Brasil, 2017), é composta por no mínimo um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar e/ou técnico(a) de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo ser integrada também por agente de combate às endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal (cirurgião(ã)-dentista e auxiliar ou técnico(a) em saúde bucal); desde que, preferencialmente, tanto os profissionais da medicina, como da enfermagem e da odontologia tenham alguma especialidade ligada à Saúde da Família.

Já foi mais do que enfatizado o quanto a Saúde da Família é valorizada como estratégia prioritária dentro da AB, não diferente, a PNAB (Brasil, 2017) reitera extensivamente ao longo do texto que a expressa. Apesar disso, as equipes de Saúde da Família (eSF) convivem com outras equipes de atenção à saúde. No documento são citadas quatro modalidades de equipes, para além da eSF. Duas delas, a equipe de Atenção Básica (eAB) e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), são apontadas como uma possibilidade para reorganização inicial da AB, até que gradualmente a Estratégia Saúde da Família (ESF) seja implantada. Já a equipe de Saúde Bucal (eSB) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) convivem com as equipes de Saúde da Família (eSF), oferecendo suporte dentro e fora da UBS.

Entretanto, Melo *et al.* (2018) ao discutirem a revisão da PNAB ocorrida na edição de 2017 em comparação com a versão anterior de 2011, concluem que explicitamente, no texto, houve a preservação da base conceitual da Atenção Básica (AB), mas implicitamente, na realidade, houve mudanças que indicam a flexibilização na organização da Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma priorização da chamada AB tradicional. A pesquisa realizada por Giovanella *et al.* (2021) corrobora com essa visão, ao alertar sobre os efeitos negativos das

alterações realizadas na edição da PNAB 2017, sobretudo em conjunto com a Portaria 2979 de 2019. Enquanto a primeira permitiu a eSF com apenas um ACS e equipes de AB sem ACS, a segunda equiparou o financiamento de ambas as equipes, abolindo a prioridade para a ESF, o que levou ao desequilíbrio entre o cuidado individual e o coletivo, com ênfase no pronto atendimento:

Embora a UBS permaneça como principal serviço de busca regular, para 69 milhões de moradores (cadastrados e não cadastrados), percebe-se aumento da população que busca serviços de pronto-atendimento público, o que pode indicar competição pela porta de entrada entre o modelo assistencial da atenção básica e as unidades de pronto atendimento (UPA) (Giovanella *et al.*, 2021, p. 2553).

Assim, no que diz respeito ao número de ACS por eSF, o documento flexibiliza a sua definição a ser feita localmente com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, contanto que em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, a cobertura seja de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (*ibidem*). Diferente da edição de 2011 da PNAB – que instituiu o mínimo de quatro ACS e o máximo de 12 ACS por eSF – na edição de 2017 é previsto que no mínimo um ACS faça parte da equipe, como já descrito anteriormente, de modo que esse número será variável para mais somente em função das especificidades do território.

Já quanto à prática de trabalho das equipes de ESF, para concretizar o que consta na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ao encontro das atribuições comuns e também das atribuições específicas de cada profissional integrante, aparece como fundamental o processo de territorialização (Brasil, 2017). Por conseguinte, o conceito de território aparece no documento, como sendo:

[...] a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas. (Brasil, 2017: 1.2)

No próximo capítulo, o território será abordado a partir da prática de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da enfermeira coordenadora de uma equipe de Saúde da Família (eSF), mas vale adiantar que os termos território área e território microárea foram muito proferidos. A rigor, eles não aparecem na edição da PNAB de 2017, o que sugere que apareciam em edições anteriores – as quais não foram foco de análise nessa pesquisa –

sofrendo uma reformulação. Porém, em trabalhos produzidos por autores(as) como Bissacotti, Gules e Blumke (2019), fica esclarecido o fato de que essas denominações foram criadas para fins de organização do planejamento em saúde, conseqüentemente, o município é dividido em áreas político-administrativas, como é o caso do território área (recorte espacial de abrangência da UBS) e do território microárea (recorte espacial de atuação dos ACS).

Na pretensão de que o território seja apropriado para além de um recorte político-administrativo do sistema de saúde, a territorialização da saúde vem sendo preconizada como uma diretriz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), visando adequar as ações e os serviços de saúde de acordo com a realidade local, buscando com isso o impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades adscritas a ele (Faria, 2013; Brasil, 2017). Concretamente, a territorialização em saúde consiste na coleta e análise sistemática de dados e produção de informações (social, econômica, política, cultural, epidemiológica, sanitária e do sistema de saúde), assim como a localização e distribuição de riscos, vulnerabilidades e potencialidades de territórios (Gondim e Monken, 2009).

Com efeito, Bissacotti, Gules e Blumke (2019) sistematizaram, adaptando de outros(a) autores(a), dez etapas da territorialização da saúde que facilitam o acesso das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) às especificidades das populações e dos territórios, sendo elas: 1) Levantamento de informações já disponíveis sobre o território; 2) Reconhecimento do território; 3) Levantamento de informações com informantes-chave por meio de entrevistas; 4) Reconhecimento dos estabelecimentos de interesse para a saúde; 5) Reconhecimento da unidade básica de saúde; 6) Organização e análise dos dados obtidos; 7) Espacialização dos dados; 8) Planejamento de ações; 9) Execução das ações em saúde; 10) Verificação da eficiência das ações em saúde.

A territorialização em saúde, entendida como técnica, ferramenta ou instrumento de planejamento em saúde, na visão do geógrafo Faria (2012) ultrapassa essa dimensão e se trata de um processo político e social substancial na realização dos princípios do SUS no Brasil. A territorialização em saúde corresponde, senão, à concepção de territórios da saúde, em que o reconhecimento e a apropriação desses territórios por atores sociais envolvidos na idealização/na prática de políticas públicas de saúde, é fundamental para potencializar a efetividade das ações e serviços de saúde do SUS dentro das necessidades locais considerando o paradigma da determinação social da doença.

### 3.3 TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O TERRITÓRIO NA SAÚDE

Na organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), o recorte espacial de atuação das equipes de Saúde da Família (eSF) se distingue da tradicional divisão por bairros, como comumente ocorre com o território político-administrativo de um município. Quer dizer, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) não atende à população agrupada necessariamente por bairros, mas sim, por territórios – minimamente homogêneos – que são delimitados consoante às suas características demográficas, históricas, políticas, sociais, culturais, ambientais, epidemiológicas e sanitárias; os territórios da saúde.

Gondim *et al.* (2008) definem que esse território não pode ser visualizado apenas como um recorte político-administrativo do sistema de saúde, pois é o *locus* onde se verifica a relação serviço-território-população em nível local, caracterizado por uma população (indivíduos e/ou coletividades) vivendo em um tempo e espaço, com problemas e necessidades de saúde. Reforçando, Monken e Gondim (2016) argumentam a importância de ir além de uma divisão territorial voltada para a definição de áreas político-administrativas, para uma compreensão do território como o lugar onde a vida acontece, pela análise da dimensão espacial do cotidiano ou do conteúdo geográfico do cotidiano (Santos, 1996 *apud* Monken *et al.*, 2008).

Essa perspectiva, conforme discute Monken *et al.* (2008), encaminha para uma operacionalização do conceito de *território usado* de Santos e Silveira (2006) na escala social do cotidiano, na identificação dos diferentes usos do território, que revelam como, onde, por quem, por que e para que o território é usado (Santos e Silveira, 2006). Dessarte, partindo do fato de que o território é dinâmico – e não estático – conhecê-lo no interior de suas relações sociais, culturais, econômicas, políticas e ambientais, no compasso do dia a dia, ajuda a entender o contexto de vida das pessoas e como estas percebem, experimentam e vivenciam o processo saúde-doença (Gondim *et al.* 2008; Monken e Gondim, 2016), sendo assim:

Conhecer o território vivo (o território concreto no qual a vida transcorre) contribui para entender como as pessoas adoecem e como podem ter saúde (processo saúde-doença) e para identificar formas de organizar ações e serviços no enfrentamento aos problemas e às necessidades de saúde da população (Monken e Gondim, 2016, p. 109)

Com base em Monken e Gondim (2016), o território expressa a materialização da produção/reprodução social das condições de existência humana. Populações, grupos e instituições possuem interesses distintos no território, ao mesmo tempo em que possuem

poder de ação, conformando uma multiplicidade de usos do território que configura como uma multiterritorialidade no dizer de Haesbaert (2004), que pode ser articulada (concorre para um mesmo objetivo) ou desarticulada (cada um age de acordo com um interesse diferente). Logo, uma série de disputas em jogo, que geram conflitos que tendem a influenciar direta e indiretamente no bem-estar e saúde das pessoas, constituindo uma diferenciação espacial do processo saúde-doença. Amiúde, como fruto do processo intenso de precarização das condições de vida, são produzidos territórios de exclusão e exceção (*ibidem*), nos quais:

[...] a oferta de esgotamento sanitário, abastecimento de água, coleta de lixo e demais serviços essenciais são deficientes. Há ainda problemas de mobilidade e deslocamento, e faltam condições dignas de alimentação [...]. Nas cidades, por exemplo, esses territórios possuem alta densidade demográfica (muita população em um mesmo espaço), com fortes impactos de vizinhança (violência, tráfico, poluição, entre outros) e geografia peculiar em função da proximidade/aglomeração das moradias e estabelecimentos produtivos (pequenas indústrias e comércios), em associação com a precariedade de acessos para as pessoas e mercadorias, por meio de estreitos logradouros, becos e vielas com fluxos e contatos intensos entre as pessoas e a inter-relação com o entorno (Monken e Gondim, 2016, p. 111)

Rojas (1998) defende que os passos essenciais para abordagens geográficas da diferenciação espacial do processo saúde-doença das populações é conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para agir. Sob esse ponto de vista, o reconhecimento do território é significativo nas práticas de atenção à saúde, primordialmente por aqueles(as) que o processo de trabalho se dá em campo pela intervenção na vida cotidiana das comunidades (Monken e Barcellos, 2007). Isso porque proporciona uma aproximação com os problemas e necessidades de saúde (individual e coletiva) nos diversos lugares onde a vida acontece, a partir da apreensão da situação de saúde e das condições de vida da população de um dado recorte territorial, no qual diferentes pessoas, grupos e instituições interagem entre si e com o entorno, bem como se apropriam do espaço em função de múltiplos usos (Monken e Barcellos, 2007, Gondim *et al.*, 2008; Monken e Gondim, 2016).

Gondim e Monken (2009) acreditam que uma concepção ampliada de territorialização em saúde orienta para um processo de habitar e vivenciar o território, que auxilia a:

[...] compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios e; as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (*ibidem*, n.p).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que integram a Estratégia Saúde da Família (ESF), são considerados atores-chave na territorialização da saúde em nível local,

pois são o elo de comunicação entre a comunidade, que apresenta problemas e necessidades de saúde, e o Estado, responsável pela organização das ações e serviços de saúde (Moraes *et al.*, 2021). Por residirem no território onde atuam, os(as) Agentes Comunitários de Saúde exercem dois tipos de territorialidades: uma na condição de profissional e outra na condição de cidadão (Pereira, 2009). Por conseguinte, Pereira (2008) demonstra que eles(as) desenvolvem conhecimentos geográficos capazes de promover a materialização da política pública Saúde da Família, na medida em que percebem elementos da paisagem e se apropriam do território em suas práticas cotidianas de trabalho:

[...] 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 (*ibidem*, p. 65).

Alicerçado na fundamentação teórico-metodológica apresentada e por acreditar na capacidade de transformação social visualizada na prática de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que integram equipes de Saúde da Família (eSF), foi realizado um trabalho de pesquisa que teve como recorte espacial uma UBS localizada no município de Erechim/RS, envolvendo a enfermeira coordenadora e cinco ACS de uma de suas duas eSF. A investigação teve como objetivo geral compreender como o reconhecimento e a apropriação do território no trabalho cotidiano de ACS contribui no fortalecimento do direito à saúde no SUS, através da observação participante da territorialização da saúde na realidade local.

## **4 TERRITÓRIO E A PRÁTICA COTIDIANA DE TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Para a compreensão da prática cotidiana de trabalho, do reconhecimento e da apropriação do território por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é importante primeiramente entender, na teoria, qual o papel do(a) ACS e o que significa esse reconhecimento e apropriação do território. Incluído a isso, foi feita uma breve caracterização do recorte espacial de pesquisa, destacando a organização da saúde em escala local, do município aos territórios da saúde, até a descrição, análise e interpretação do que foi apreendido em trabalho de campo percorrendo cada um deles junto a ACS.

### **4.1 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS): PRÁTICA COTIDIANA DE TRABALHO, RECONHECIMENTO E APROPRIAÇÃO DO TERRITÓRIO**

A figura do(a) Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Brasil, como já discutido, surgiu em 1991 a partir da criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários (PACS). Como visto, a introdução do PACS na realidade brasileira representou uma transição dos modelos de atenção à saúde hegemônicos na época (modelo preventivista e modelo assistencial previdenciário-privatista) para o modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS. Após alguns anos com experiências locais de sucesso, o PACS foi incorporado ao Programa de Saúde da Família (PSF) e essa fusão evoluiu para um verdadeiro instrumento de reforma na política de saúde brasileira, a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Atualmente o trabalho do(a) Agente Comunitário de Saúde (ACS) – profissional integrante das equipes de Saúde da Família (eSF) – se configura como uma extensão das ações e serviços de saúde dentro das comunidades. Um dos pré-requisitos para o exercício do cargo como agente público nessas circunstâncias é que o endereço de residência esteja situado em seu respectivo território de atuação, procurando, com isso, uma maior aproximação das situações-problema que afetam a qualidade de vida da população. Conseqüentemente, o(a) ACS detém um grande potencial de transformação da realidade a qual vivencia cotidianamente (Brasil, 2009). Uma lista de atribuições a esses(as) profissionais estão elencadas na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), mas no geral o(a) ACS tem nas visitas domiciliares o principal meio de acompanhamento dos problemas e da situação de

saúde das famílias, porém sua atuação não se restringe ao espaço das residências, sendo efetuada também nos diversos espaços comunitários (Brasil, 2009).

Dessa forma, o reconhecimento da dinâmica do seu território de atuação é substancial para, em conjunto com os demais membros da equipe multidisciplinar ou ainda da mobilização intersetorial, organizar ações com base na identificação de áreas e situações de risco individual e coletivo, nas quais uma pessoa ou um grupo de pessoas tem maior possibilidade de adoecer e/ou morrer (Brasil, 2009). O que acarreta em um olhar para os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, associados ao aumento da vulnerabilidade da saúde, como citados em Brasil (2009) alguns exemplos: a baixa renda, o desemprego, o acesso precário a bens e serviços como água, luz elétrica, transporte etc., falta de água tratada, lixo armazenado em locais inadequados, uso incorreto de venenos na lavoura, poluição do ar ou da água, esgoto a céu aberto, falta de alimentação ou alimentação inadequada, uso inadequado de medicamentos prescritos, automedicação, descontinuidade de tratamento, etc. Que, adicionalmente, podem ser agravados por obstáculos ou fatores que dificultam ou impeçam o acesso das pessoas às ações e serviços de saúde, como:

Localização do serviço com barreiras geográficas ou distante da comunidade; Ausência de condições para acesso das pessoas com deficiência física: falta de espaço para cadeira de rodas, banheiros não adequados; Serviços de transporte urbano insuficientes; Horários e dias de atendimento restritos ou em desacordo com a disponibilidade da população; Capacidade de atendimento insuficiente; Burocratização no atendimento; Preconceitos raciais, religiosos, culturais, sociais, entre outros (Brasil, 2009, p. 28).

Transcendendo o reconhecimento do território, a geógrafa Pereira (2008) demonstra que os(as) ACS desenvolvem conhecimentos geográficos capazes de promover a materialização da política pública Saúde da Família, na medida em que se apropriam do território em sua prática cotidiana de trabalho e, deste modo, transformam o espaço geográfico. Nesse sentido, a autora traçou uma matriz de competências e habilidades sociais adquiridas pelos(as) ACS no processo de trabalho<sup>20</sup>, dado que a ESF é interpretada por ela enquanto uma prática social. Dentre elas, a competência de autonomia e suas habilidades correlatas de iniciativa, acesso à área e transformação da realidade social (quadro 3), são

---

20 Competências: Motivação (habilidades de poder, pertencimento, trabalho e ética); Características pessoais (habilidades que interferem positivamente e que interferem negativamente); Domínio conceitual (habilidades de vocabulário, associação do conceito com o ambiente de trabalho e de comunicação); Autonomia (habilidades de iniciativa, acesso à área e transformação da realidade local) e; Domínio da Linguagem Cartográfica (habilidades de manuseio do mapa e elaboração do mapa) (Pereira, 2008).

atribuídas como uma expressão da apropriação do território pelos(as) ACS, em nível elementar, de relações e sínteses e de interações complexas.

Quadro 03 – Competência e habilidades sociais na apropriação do território pelo(a) ACS

COMPETÊNCIA	HABILIDADES		
	NÍVEL ELEMENTAR	NÍVEL DE RELAÇÕES E SÍNTESES	NÍVEL DE INTERAÇÕES COMPLEXAS
AUTONOMIA (Depende de sua iniciativa e do envolvimento do agente com questões da comunidade onde trabalha)	<b>INICIATIVA</b>		
	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.
	<b>ACESSO À ÁREA</b>		
	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.
<b>TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE LOCAL</b>			
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.	

Fonte: Pereira (2008)

Em sua prática cotidiana de trabalho, os(as) ACS exercem dois tipos de territorialidades: uma na condição de profissional, segundo as normas do poder público municipal e; outra na condição de cidadão, quando utiliza de uma posição de liderança para agir em prol de melhorias no local onde residem/trabalham (Pereira, 2009). Com efeito, a autonomia – na resolução de situações-problemas – e a territorialização dos(as) ACS, na visão da autora, será maior quanto mais eles(as) tenham iniciativa, acesso à área e transformem a realidade local visando melhoria das condições de vida e/ou de saúde da população, por meio do reconhecimento dos problemas da comunidade, formulação de estratégias de ação e mobilização da sociedade para promover mudanças no território em questão. Nessa perspectiva, os(as) ACS não se apropriam do território somente quando o conhece, o percorre e tem acesso aos lugares e pessoas, mas também quando se envolvem com questões da comunidade e realizam parcerias intersetoriais, exercendo uma multiterritorialidade articulada (Pereira, 2009).

Se por um lado se constata a relevância dos(as) ACS na territorialização da saúde em nível local, promovida através de suas respectivas práticas cotidianas de trabalho, por outro

lado, a existência desse ator-chave no elo de comunicação entre a comunidade, que apresenta problemas e necessidades de saúde, e o Estado, responsável pela organização das ações e serviços de saúde (Moraes *et al.*, 2021) segundo os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS que garantem o direito à saúde, fica comprometida diante das alterações que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sofreu na última edição do ano de 2017 em conjunto com o que significou, depois, a Portaria 2979 de 2019, que enfraquecem o enfoque comunitário e a prioridade da ESF (Melo *et al.*, 2008; Giovanella *et al.*, 2021).

Com isso, a possibilidade de redução do número de ACS por ESF – e a vinculação desse quantitativo somente aos territórios ditos de maior risco e vulnerabilidade e não à população como um todo – ao mesmo tempo em que ocorre um aumento das suas atribuições específicas, acrescentando como facultativo tarefas atualmente desempenhadas pelos técnicos de enfermagem como aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos (Melo *et al.*, 2018). Morosini e Fonseca (2018 *apud* Giovanella *et al.*, 2021) alertam, ainda, para uma gradual alteração de sentido do trabalho do(a) ACS que deixam de atuar no território, para realizar tarefas operacionais como cadastrar e manter os cadastros atualizados, haja vista as:

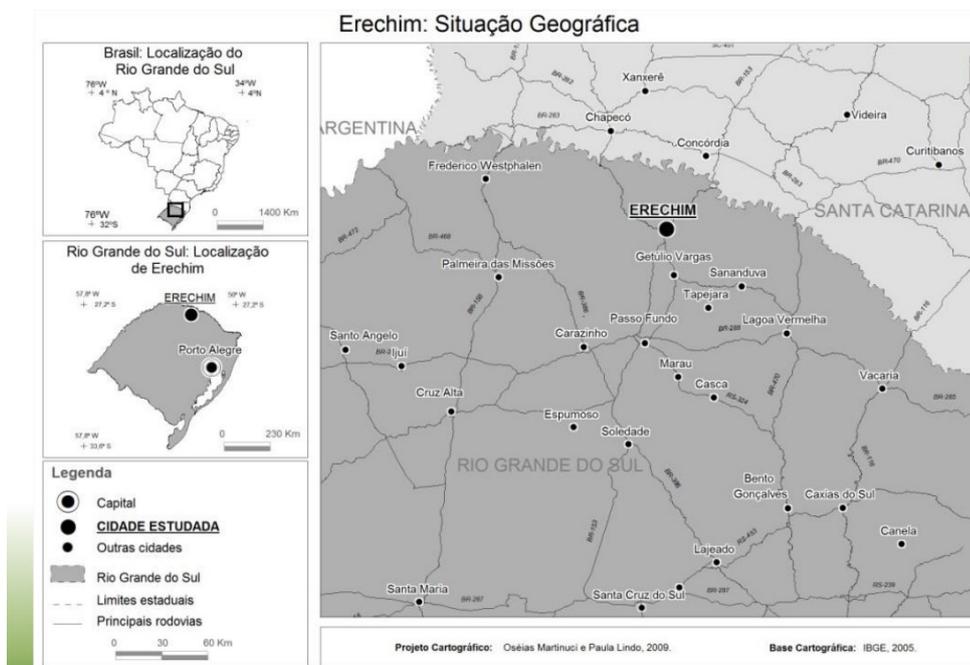
[...] mudanças observadas nas responsabilidades dos ACS com intensificação de atividades dentro das UBS, no acolhimento, no preenchimento de formulários do Bolsa Família e dos sistemas de informação, ou mesmo fora da UBS como a entrega de referências de exames e consultas especializadas agendadas. Estas atividades refletem um escopo de práticas com maior dedicação a atividades administrativas, de apoio, burocratizadas, em detrimento do tempo para visitas domiciliares e atuação no território (Giovanella *et al.*, 2021)

Diante do exposto, foi realizado um Estudo de Campo junto a cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) integrantes de uma equipe de Saúde da Família (eSF) vinculada a uma UBS localizada na cidade de Erechim/RS, para constatar como ocorre o reconhecimento e a apropriação dos seus respectivos territórios de atuação. Em outro nível, compreender como a territorialização da política pública Saúde da Família que ocorre a partir da prática cotidiana de trabalho de quem vivencia a realidade local do território, contribui no fortalecimento do direito à saúde do SUS. Tendo em vista, os avanços conquistados historicamente com a proposta do modelo de atenção à saúde, baseado no paradigma da determinação social da doença, que entende a relação saúde e doença como sendo um processo determinado e/ou condicionado por fatores históricos, sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais.

## 4.2 UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO DO RECORTE ESPACIAL DE PESQUISA: ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE EM ESCALA LOCAL, DO MUNICÍPIO AOS TERRITÓRIOS DA SAÚDE

A Unidade Básica de Saúde (UBS) definida como recorte espacial de pesquisa (que será aqui nomeada por “UBS de interesse investigativo”) fica circunscrita ao município de Erechim, que está localizado a noroeste do estado do Rio Grande do Sul, na Região Sul do Brasil (ver em mapa 01). Erechim é considerada uma cidade polo com relação à região imediata – a microrregião de Erechim no noroeste Rio-Grandense, além de ser a segunda cidade mais populosa do norte do estado, com 105.705 habitantes (IBGE, 2022).

Mapa 01 – Erechim: Situação Geográfica



Fonte: Martinuci e Lindo (2009)

No estudo das Regiões de Influência das Cidades - REGIC (2018), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – que leva em consideração as funções de gestão e atratividade no suprimento de bens e serviços que as cidades exercem sobre outras, manifestada pelo deslocamento da população no território (IBGE, 2020) – Erechim/RS é classificada como um centro sub-regional no país. Com efeito, o supracitado município possui uma microrregião de influência correspondente também ao setor da saúde,

pois concentra equipamentos e serviços de saúde públicos e privados que o tornam uma referência na escala sub-regional.

Com base em dados levantados por Psidonik (2015), na maior parte dos municípios que formam a microrregião de Erechim – relacionados à Região de Saúde designada como do Alto Uruguai Gaúcho, coordenada pela 11ª Coordenadoria Regional de Saúde (mapa 02) –, a saúde pública e coletiva se restringe à Atenção Básica ou Atenção Básica ampliada prestada por Unidades Básicas de Saúde (UBS). Quer dizer, a população desses municípios não contam com atendimento de média ou alta complexidade, condizente à Atenção Secundária e/ou Terciária do SUS. Isso resulta, portanto, no deslocamento de pacientes de acordo com a gravidade do estado de saúde para as cidades que detêm os equipamentos e serviços de saúde necessários, sendo que a primeira opção é Erechim (porque é o município de referência da 11ª CRS), seguida por Passo Fundo e, em último caso, a capital Porto Alegre (*Ibidem*).

Mapa 02 – Mapa da Região de Saúde Alto Uruguai Gaúcho

## 11ª CRS (Erechim)

### 11ª Coordenadoria Regional de Saúde



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (2024)<sup>21</sup>

No geral, com relação aos equipamentos públicos de saúde, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Erechim conta com 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 01

21 Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/11-crs-erechim>. Acesso em: 25 maio 2024.

hospital, Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim. O quadro 04 evidencia os serviços de saúde prestados no interior do SUS, que compreende desde a Atenção Básica, passando por serviços caracterizados como de Média Complexidade (Centro de Referência em Especialidades, Saúde do Trabalhador, Especialidades Odontológicas, Saúde da Mulher, Feridas Crônicas e Materno Infantil) Vigilância em Saúde (Epidemiologia e Imunizações, Assistência Especializada DST/AIDS, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, CAPS), Serviços de Urgência/Emergência (Ambulância Cidadã e SAMU) e Serviços de Apoio à Saúde (Transportes, Tratamento Fora de Domicílio, Serviços Terceirizados, Assistência Farmacêutica e Casa de Apoio em Porto Alegre).

Quadro 04 – Serviços de saúde prestados no interior do SUS no município de Erechim/RS

<b>Serviços de Saúde prestados no interior do SUS no município de Erechim/RS</b>		
	<b>Distinção</b>	<b>Serviços prestados</b>
<b>Atenção Básica</b>	13 Unidades Básicas de Saúde/UBS (Com 18 Equipes de Saúde da Família - ESF)	Consultas Médicas em Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, atendimentos odontológicos e de Enfermagem. Realização de procedimentos como curativos, vacinas, aplicação de injeções, coleta de exames de laboratório e citopatológico de Câncer/Preventivo, cadastro de gestantes, realização de testes rápidos (HIV/Hepatite / Sífilis e gravidez), solicitação de mamografias, entrega de medicamentos.
	07 Unidades Odontológicas Escolares	Atendimentos odontológicos preventivos / curativos (aplicação tópica de flúor, profilaxia, restaurações e exodontias dentes de leite quando necessário).
<b>Média complexidade</b>	Centro de Referência em Especialidades	Consultas em Traumatologia / Ortopedia, Pneumologia, Fonoaudiologia, Nutrição e atendimentos em Serviço Social.

	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	Acompanhamento em serviços relacionados a Saúde do trabalhador a nível regional/11ª CRS (Médico, Fonoaudiológico, Enfermagem e Engenharia de Segurança do Trabalho, Fisioterapia).
	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Atendimentos Especializados em Odontologia.
	Centro de Referência da Mulher	Atendimentos Especializados em Saúde da Mulher (Pré Natal de Alto Risco, Alterações de Mama e Colo Uterino, Cirurgias Uroginecológicas, Laqueaduras e Vasectomias).
	Ambulatório de Feridas Crônicas	Atendimentos Especializados em Feridas Crônicas.
	Setor Materno Infantil	Acompanhamento e Monitoramento em Saúde da Mulher, Saúde Reprodutiva e da Criança (demandas especiais), Campanhas de prevenção direcionadas à área.
<b>Vigilância em Saúde</b>	Núcleo de Epidemiologia e Imunizações	Atendimentos especializados relacionados às Doenças de Notificação Compulsória (DNC - Botulismo, Antraz, Cólera, Febre Amarela, Hantavirose, Influenza humana, Peste, Poliomielite, Raiva Humana, Sarampo entre outras) e aos serviços de imunização.
	Serviço de Assistência Especializada DST/AIDS (SAE)	Atendimento especializado em HIV/AIDS e IST.
	Vigilância Sanitária	Emissão de Alvará Sanitário, Atendimento a denúncias e atendimento ao Público (entrega de alvarás, solicitação de pré vistorias e informações relacionadas a

		estabelecimentos licenciados pela Vigilância Sanitária).
	Vigilância Ambiental	Atendimento a denúncias relacionadas à Criação de animais em área urbana, Maus tratos aos animais, Presença de água acumulada, Presença de objetos acumulados com ou sem acúmulo de água. Controle de Pragas Urbanas, através de desinsetização e/ou desratização em vias públicas e prédios públicos e Castração de cães e gatos.
	Ambulatório de Saúde Mental	Atendimentos Especializados em Saúde Mental.
	Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II / Centro de Atenção Psicossocial AD – CAPS AD	Atendimentos Especializados em Saúde Mental para Transtornos Mentais Graves (II) e dependência química (AD).
<b>Serviços de Urgência/Emergência</b>	Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (Ambulância Cidadã e SAMU)	Com a ambulância Cidadã são feitas as transferências inter hospitalares (no município e fora dele), transporte de pacientes internados para exames de alta complexidade e de pacientes acamados para os diversos serviços (hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, etc), altas hospitalares e eventos onde necessário a presença de equipe de apoio técnico.
<b>Serviços de Apoio</b>	Setor de Transportes	Transportes de pacientes do município de Erechim que necessitam de atendimentos especiais (Fisioterapias graves, quimioterapia, radioterapia, APAE, Hemodiálise, ortopédicos graves, etc..), transporte da Equipe de Saúde da Família (ESF), coletas de exames,

		entregas de materiais as UBS, todas as demandas dos serviços da secretaria de Saúde.
	Setor de Tratamento Fora de Domicílio	Transportes de pacientes para fora do domicílio de Erechim para serviços não ofertados pelo SUS em Erechim, e que podem ser referenciados à outros municípios segundo critérios da 11ª CRS/SES, agendadas na Central de Regulação de Porto Alegre – SISTEMA AGHOS (Regulação de Consultas ambulatoriais especializadas) – GERCON.
	Setor de Serviços Terceirizados	Consultas Especializadas nas mais diversas especialidades médicas.
	Setor de Assistência Farmacêutica	Dispensação e orientação de Medicamentos: Controlados (Portaria 344/98); dispensação de medicamentos do Componente Especial os quais a responsabilidade pelo repasse é do Estado do Rio Grande dos Sul e Ministério da Saúde ; demandas judiciais e processos administrativos, dispensação de insumos para diabéticos e fórmulas nutricionais.
	Casa de Apoio – Porto Alegre	Acolhimento/albergagem e hospedagem de pacientes oriundos do município de Erechim, que necessitam de tratamentos médicos em Porto Alegre.

Fonte: Prefeitura Municipal de Erechim (2024)<sup>22</sup>. Organizado pela autora.

22 Informações reunidas no site oficial da Prefeitura Municipal de Erechim. Disponível em: <https://www.pmerechim.rs.gov.br/pagina/1086/servicos-de-saude>. Acesso em 25 maio 2024.

Segundo o que determina o Plano Municipal de Saúde (2022), Erechim se organiza a partir do modelo de atenção à saúde vigente, isto é, prioriza a Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica como porta de entrada do SUS à sua RAS. O território municipal sob a territorialização da saúde, é subdividido de acordo com o número de equipes por unidade/ACS por equipe, que varia conforme o número populacional e complexidades do território. Contando com a atuação de 19 equipes de Saúde da Família (eSF), ainda com base no documento, até dezembro do ano de 2020 a ESF abrangia 58,66% de cobertura populacional, atendida pelas 13 UBS, que possuem cada uma delas a seguinte quantidade de eSF:

Quadro 05 – Estratégia Saúde da Família no município de Erechim/RS

<b>Estratégia Saúde da Família no município de Erechim</b>	
<b>Unidade Básica de Saúde (UBS)</b>	<b>Quantidade de equipes de Saúde da Família (eSF)</b>
UBS Aldo Arioli	2 eSF
UBS Atlântico	2 eSF
UBS Bela Vista	1 eSF
UBS Capo Erê	1 eSF Rural
UBS Estevam Carraro	1 eSF
UBS Jaguarê	1 eSF Rural
UBS Paiol Grande	2 eSF
UBS Presidente Vargas	2 eSF
UBS Progresso	3 eSF
UBS Saúde São Cristóvão	2 eSF
UBS São Vicente de Paulo	2 eSF
UBS Centro	(1 eSF em projeto de implantação)
UBS Prisional	-

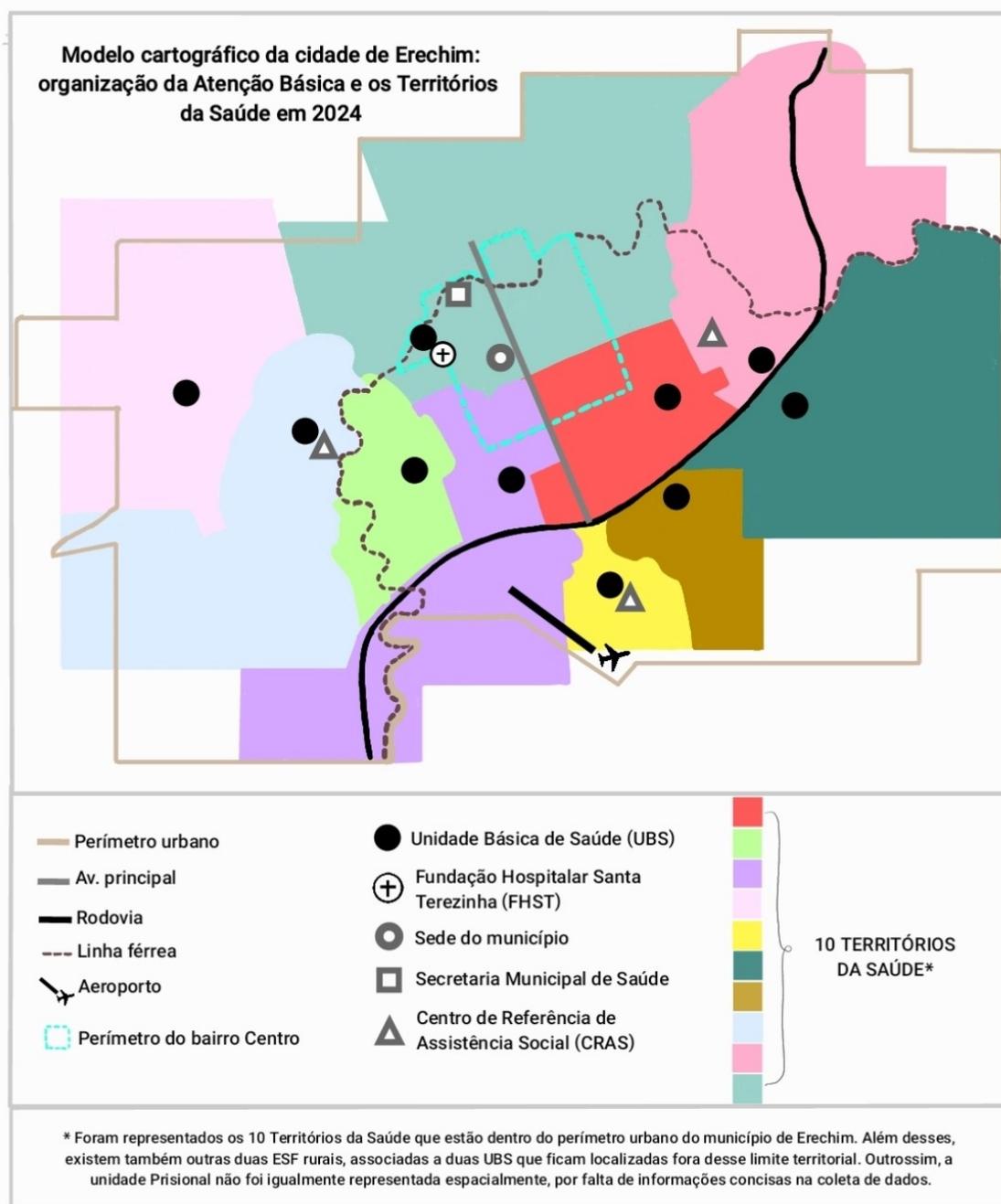
Fonte: Prefeitura Municipal de Erechim (2024)<sup>23</sup>. Organizado pela autora.

23 Informações reunidas no site oficial da Prefeitura Municipal de Erechim. Disponível em: <https://www.pmerechim.rs.gov.br/pagina/1086/servicos-de-saude>. Acesso em 25 maio 2024.

O número de equipes de Saúde da Família (eSF) por UBS, não corresponde à extensão territorial em km<sup>2</sup>. Quer dizer, não é porque o território da saúde é o maior em termos de área, que ele vai possuir o maior número de eSF. O principal critério levado em consideração para o número de equipes no território de abrangência da unidade de saúde, segundo a PNAB (Brasil, 2017) é o número populacional – máximo de população adscrita entre 2.000 a 3.500 pessoas cadastradas por eSF e 750 pessoas cadastradas por ACS – em combinação com fatores de dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social. No caso da delimitação territorial da Atenção Básica no município de Erechim, o território da saúde em amarelo (ver em figura 05) é o menor, no entanto, é o que mais possui eSF, totalizando 03 equipes. Isso se justifica porque esse território engloba um bairro que possui uma alta densidade demográfica, assim como áreas de risco e de extrema vulnerabilidade social (vide atuação de um Centro de Referência de Assistência Social).

A área correspondente ao perímetro urbano do município de Erechim é subdividida em um total de 10 territórios da saúde. Em um modelo cartográfico que ajuda a visualizar sua organização espacial (ver em figura 05), é possível observar como estão distribuídos/o tamanho relativo dos territórios da saúde em relação a sede do município, bem como as principais vias de acesso como avenida principal, rodovia e linha férrea. Também são representadas espacialmente a distribuição e localização aproximada das UBSs, Hospital e Secretaria Municipal de Saúde. Já os CRAS foram inseridos, pois oferecem pistas relacionadas aos bairros que concentram uma população em maior vulnerabilidade social.

Figura 05 – Modelo cartográfico da cidade de Erechim: organização da Atenção Básica e os Territórios da Saúde em 2024



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

A Fundação Hospitalar Santa Terezinha (FHST) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ficam localizados próximo a uma UBS central, ambos dentro dos limites do bairro Centro. A distribuição espacial das UBS são mais centralizadas, influenciando na experiência

de acesso às ações e serviços de saúde da Atenção Básica, de modo que a população residente em bairros mais afastados precisam se deslocar por longas distâncias para chegar às unidades de saúde. Somado a isso, a linha férrea, a rodovia e o aeroporto, podem significar barreiras de acesso, dependendo da infraestrutura local e/ou do acesso das pessoas a outros bens e serviços de locomoção no território. Além do mais, três são os territórios da saúde que possuem um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), indicando pontos de vulnerabilidade social, como já mencionado.

A “UBS de interesse investigativo” deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) possui um território de abrangência que conta com duas equipes multiprofissionais de Estratégia Saúde da Família (ESF), integradas por um médico(a) clínico(a), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) cada uma delas. Em entrevista, a enfermeira coordenadora da equipe de Saúde da Família (que será aqui tratada por *eSF Plural*) alega que houve a necessidade de criar mais de uma equipe para atender ao número populacional, seguindo o que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), que limita a 2.000 a 3.500 pessoas cadastradas por eSF e 750 pessoas cadastradas por ACS – em outras palavras, a subdivisão em duas equipes foi feita para dar conta da complexidade que existe no território.

Até a data de coleta de dados em trabalho de campo – maio/2023 – a UBS possuía um total de 10.880 pessoas cadastradas, o que extrapola o limite de 750 pessoas cadastradas por ACS, considerando que são 05 ACS integrantes em cada eSF. Em decorrência disso, na “UBS de interesse investigativo” há também uma equipe de Atenção Básica (eAB), nos moldes da AB tradicional, para atender a população não coberta pela eSF. Com base do que foi extraído também da fala da enfermeira coordenadora da *eSF Plural*, essa medida foi tomada para não deixar a população excedente desassistida, em vez da ampliação da eSF. Isso corrobora com o que foi dito por Melo *et al.* (2018) e Giovanella *et al.* (2021), em que a ESF deixou de ser prioridade na AB após as últimas reformulações na política nacional de saúde, o que reflete na política municipal de saúde.

De maneira geral, a UBS em questão possui em seu quadro de profissionais da saúde três médicos(as) clínicos(as) gerais, uma médica ginecologista/obstetrícia, uma pediatra, uma nutricionista, uma psicóloga, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e quatro dentistas – embora profissionais de saúde bucal não façam parte diretamente das equipes multiprofissionais de Saúde da Família. As consultas com qualquer especialidade médica

ocorre mediante agendamento. Portanto, para acessar as ações e os serviços de saúde, o(a) cidadão precisa se dirigir até a UBS e apresentar o cartão que identifica qual eSF é responsável pelo território onde reside (no caso, por serem duas eSF, cada uma delas é simbolizada por uma cor a fim de diferenciá-las). Distintamente da UBS Central – que é a única que divide o espaço com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – a “UBS de interesse investigativo” não atende a emergências, exceto problemas de saúde que esteja ao alcance da estrutura física e pessoal da unidade. Nesse caso sim, são resguardadas fichas para encaixe direcionadas a atender emergências simples, para, com isso, evitar o encaminhamento do(a) paciente para o Hospital.

As cinco ACS integrantes da *eSF Plural* – em conjunto com as cinco ACS que fazem parte da segunda eSF – possuem o papel de vincular as pessoas, famílias e grupos do território às ações e serviços de saúde da UBS. Mas, na prática, que territórios são esses? O que os diferencia? Como é organizado o processo de trabalho da equipe para dar conta da complexidade existente entre eles? E como é organizado o processo de trabalho das ACS? Como cada ACS se relaciona com o seu território de atuação?

#### 4.3 O RECONHECIMENTO E A APROPRIAÇÃO DO TERRITÓRIO NA PRÁTICA COTIDIANA DE TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES NO FORTALECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO SUS

##### *Os territórios da saúde da eSF Plural: o primeiro contato em exploração de campo*

A exploração de campo proporcionou percorrer os territórios onde se concretizam as ações e serviços de saúde planejadas pela *eSF Plural* na “UBS de interesse investigativo”. Acompanhada de um diário de campo em mãos e um olhar geográfico atento, foi possível ter um primeiro contato com o recorte espacial de estudo. Chama a atenção, em um primeiro esforço de reflexão, o quanto uma cidade interiorana como Erechim, que pouco ultrapassa os 100.000 habitantes, possui realidades socioespaciais tão distintas convivendo a poucos quilômetros, ou até mesmo, metros de distância. Percorrendo os territórios das cinco ACS, foi captado a heterogeneidade que cada um deles representa em si e em relação ao todo. O que tende a se tornar ainda mais complexo se for comparado, em uma escala geográfica mais ampla, com os territórios da saúde que abrangem as demais UBS do município. Afinal,

quantas “cidades” a diferenciação socioespacial podem revelar? Quantas “cidades” existem dentro de Erechim?!

Considerando que o território expressa a materialização da (re)produção social das condições de existência humana e conforma uma multiplicidade de usos (Monken e Gondim, 2016), ao percorrer o território da *eSF Plural*, algumas características saltaram aos olhos: casas de alto e baixo padrão, com boa estrutura e construídas em grandes terrenos, outras em um conjunto de moradias extremamente precárias que são acessadas por logradouros estreitos, becos e vielas, sugerindo perfis de população com maior e menor renda socioeconômica respectivamente (figuras 6, 7, 8 e 9); bairros com planejamento urbano, em contraste com ocupações ilegais de pessoas que (sobre)vivem em luta constante pelo direito à moradia/ao território urbano/à cidade, privadas do acesso a bens e serviços essenciais como a oferta de esgotamento sanitário, abastecimento de água, energia elétrica e coleta de lixo; áreas urbanizadas dentro dos limites do bairro central, com proximidade a comércios e indústrias, já outras, por mais que estejam inseridas nos confins do perímetro urbano, detém características rurais, com proximidade a atividades econômicas primárias como agricultura e pecuária (ver em figura 10).

Figura 06 – Casas de alto padrão



Fotografia feita em exploração de campo (25/03/2023). Representa uma das ruas em que as casas possuem alto padrão. Os muros altos e as cercas elétricas revelam um abismo social gigante. A segurança foi reforçada, como reflexo do medo dos(as) moradores(as), após a construção de casas de interesse social para a população em vulnerabilidade social no entorno dessas casas de alto padrão.

Figura 07 – Moradias precárias



Fotografia feita em trabalho de campo (11/05/2023). No território de atuação de uma das 05 ACS possui uma ocupação de pessoas em luta por moradia, territorializadas à beira da rodovia. O acesso até as casas é dificultado pela presença de vegetação alta e por um terreno íngreme sem asfalto, que quando chove fica praticamente impossível transitar devido a presença de barro e poças d'água.

Figura 08 – Casas de interesse social



Fotografia feita em exploração de campo (25/03/2023). Após intensa luta pela moradia no espaço urbano do município, foram construídas casas de interesse social em uma área distante do centro, mas que tem se expandido cada vez mais. Esse aglomerado de casas populares é abrangido pelo território da UBS de interesse investigativo. Na imagem, as placas solares padrão instalados no telhado foram distribuídas pelo poder municipal para proporcionar aquecimento no chuveiro elétrico do banheiro a partir de uma fonte térmica.

Figura 10 – Lavoura de soja justaposta a área residencial



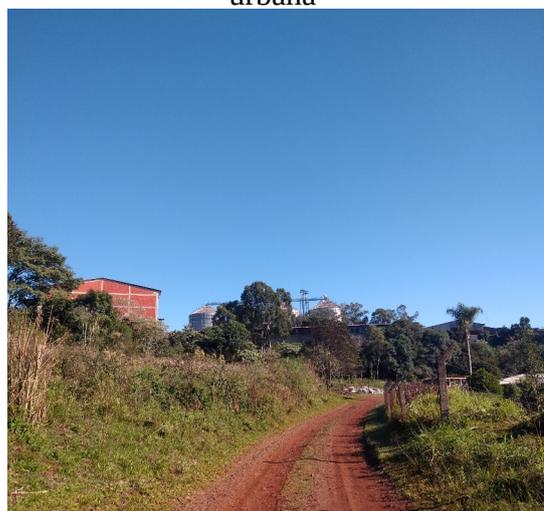
Fotografia feita em exploração de campo (25/03/2023). Nessa área, o que chamou a atenção, em especial, foi um extenso terreno usado para o plantio de soja, sendo que em uma parte dele, possui residências logo a frente. O que ficou como questionamento é de que forma a população que reside no entorno está segura dos malefícios que o uso de venenos tão próximo pode causar à saúde.

Figura 09 – Logradouros estreitos, becos e vielas para acessar as moradias



Fotografia feita em exploração de campo (25/03/2023). Especialmente no território de atuação de umas das 05 ACS, foi perceptível a presença de muitos logradouros estreitos, becos e vielas, com infraestrutura urbana deficiente e residências de difícil acesso.

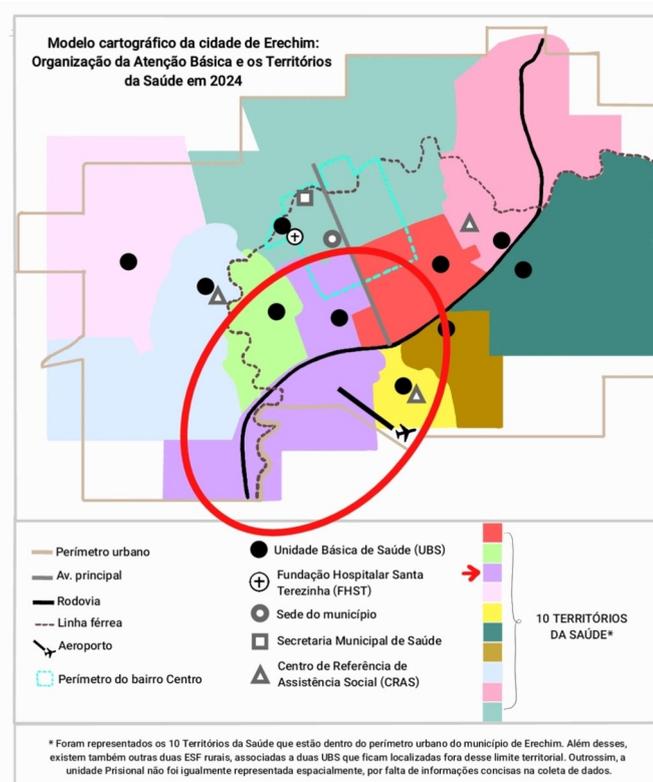
Figura 11 – Ruas sem infraestrutura urbana



Fotografia feita em trabalho de campo (10/05/2023). Alguns trechos do território que são mais afastados da localização da UBS e, igualmente, do centro da cidade, não possuem ruas asfaltadas, apesar do aglomerado de residências.

Houve também a intencionalidade de olhar para esses territórios no sentido de observar o que pode se enquadrar como obstáculos ou fatores que dificultam ou impeçam o acesso das pessoas às ações e serviços de saúde, para posteriormente verificar como a equipe se organiza em função disso para garantir aos grupos, famílias e indivíduos a atenção à saúde. Vale ressaltar que a localização da UBS fica a noroeste dos territórios da saúde da *eSF Plural*, mais próxima do bairro central (ver em figura 12). Assim, no deslocamento entre a referida unidade e as comunidades mais afastadas, que ficam no extremo sul e sudoeste em referência à UBS, são identificadas barreiras de acesso em menor ou maior medida, pois é preciso passar pela linha férrea, pelo aeroporto e, sobretudo, atravessar a rodovia – esta que, por sua vez, não dispõe de uma infraestrutura adequada para travessia de pedestres, gerando riscos à vida de quem faz o trajeto caminhando. Já para quem depende dos serviços de transporte urbano para a locomoção, os pontos de ônibus são escassos e localizados nas vias principais, não sendo acessível no interior dos bairros mais marginais em relação ao centro. Outro ponto é a deficiente infraestrutura urbana que sequer existe em alguns locais.

Figura 12 – Território da saúde da “UBS de interesse investigativo”



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Ter percorrido as ruas que fazem parte do território de atuação da eSF Plural em exploração de campo significou um avanço, à medida que o mapa – com os limites territoriais de abrangência da “UBS de interesse investigativo” – ganhou forma, em contato com a realidade, provocando uma série de questionamentos que dão à pesquisa a sua razão de ser. Percorrer esse mesmo território, *a posteriori*, junto com quem o habita e o vivencia na prática cotidiana de trabalho – exercendo suas duas territorialidades como cidadã e profissional – trouxe à luz outras lentes de leitura e interpretação de mundo, que contribuem na compreensão da dinamicidade do território, efetivamente, como o lugar onde a vida acontece.

### *O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família (eSF) Plural*

A enfermeira coordenadora da *eSF Plural*, é especialista em Saúde da Família e trabalha na UBS há aproximadamente dois anos, apesar de vir de uma trajetória de 15 anos na Atenção Básica. Em entrevista, realizada em maio de 2023, ela manifesta que em comparação aos municípios vizinhos mais interioranos, onde atuou por muito tempo, a saúde no município de Erechim é mais organizada.

Em sua visão, o tempo de trabalho é importante na identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, que é feita a partir das ACS que residem em seus respectivos territórios de atuação, do conhecimento das técnicas de enfermagem que integram a *eSF* há anos, do atendimento realizado à população pelos(as) demais profissionais da equipe que igualmente captam os problemas e necessidades de saúde do sujeito (individual ou coletivo) atendido. Assim, em reuniões semanais são compartilhados os diferentes pontos de vista das situações-problemas entre a equipe multiprofissional e, havendo a necessidade, são acionados outros setores como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Delegacia da Mulher, Boletim de Ocorrência, Escolas, Psicóloga, Vigilância em Saúde e etc. A Enfermeira Coordenadora da equipe frisa a importância de trabalhar em rede e acrescenta que muitos dos casos, inclusive, são repassados pelo CRAS, em um encaminhamento que acontece em mão dupla.

Já o que compete as ações e serviços em promoção à saúde, ela fala do esforço em promover a prevenção e a educação em saúde, o famigerado “prevenir para não remediar”. Nesse ponto, ela destaca o Projeto Vida e Saúde que ocorre na Academia de Saúde nas dependências da UBS e no centro comunitário dos dois territórios da saúde mais afastados da

unidade de saúde. Especificamente a Academia de Saúde funciona às segundas e quartas, conta com Fisioterapeuta e uma professora de Educação Física, além da intervenção de outras especialidades e setores, sendo acessível a toda a população adscrita à UBS, enquanto nos centros comunitários o projeto funciona segundo a dinâmica local. Atualmente, o Vida e Saúde abrange também o grupo de gestantes, o grupo de diabéticos e hipertensos e um grupo de *yoga*.

Dentre as atribuições específicas da Enfermeira Coordenadora, estão o planejamento, o gerenciamento e a avaliação das ações desenvolvidas por ACS, assim como previsto em Brasil (2017). Ao ser perguntada sobre os principais desafios e potencialidades em contar com ACS integrando a equipe multiprofissional de Saúde da Família, ela disserta que é um grande desafio lidar com os diferentes perfis de ACS, de uma forma a interferir o menos possível na prática cotidiana de cada uma e proporcionar um espaço de autonomia. Por outro lado, segundo destaca, o trabalho das ACS representa uma ponte para acessar a população e as suas realidades de vida no território, como uma porta de entrada para a comunidade.

#### *O processo de trabalho como Agente Comunitária de Saúde (ACS)*

Nos editais realizados para contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) até o ano de 2016, ano que antecede as alterações previstas na edição de 2017 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constava como pré-requisito que os(as) ACS residissem no chamado território de atuação. Após 2017, esse critério de contratação foi flexibilizado e passou a vigorar nos editais posteriores que os(as) ACS apenas precisam residir no território de responsabilidade da UBS, relacionado ao seu local de moradia ou não. Na “UBS de interesse investigativo”, as cinco ACS que integram a *eSF Plural* residem em seus respectivos territórios de atuação. Ter conhecimento dessa informação, como também do tempo de trabalho de cada uma delas, dimensiona o vínculo entre a ACS e as famílias/a comunidade.

Quadro 06 - Perfil das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) entrevistadas e acompanhadas em trabalho de campo

Perfil das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)			
ACS	Escolaridade	Tempo de trabalho	Reside no território de atuação?
Maria Odília 14 t.t.	Curso Superior Incompleto	14 anos	Sim
Maria Rita 19 t.t.	Ensino Médio Completo	19 anos	Sim
Maria Ermelinda 16 t.t.	Ensino Médio Completo	16 anos	Sim
Maria Nise 27 t.t.	Ensino Médio Completo	27 anos	Sim
Maria Zilda 08 t.t.	Ensino Médio Completo	08 anos	Sim

Observação: Para garantir a confidencialidade e a privacidade das informações por elas prestadas, o nome verdadeiro foi omitido e substituído por uma alcunha fictícia. As ACS, todas mulheres, receberam por designação a seguinte fórmula denominativa: MARIA + um nome de uma mulher importante na história da saúde no Brasil + o número representativo do tempo de trabalho como ACS + t.t. (tempo de trabalho).

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

O processo de trabalho como ACS, considerando o que faz parte das tarefas do dia a dia, é composto pela execução de atividades administrativas em âmbito da UBS e pelas visitas domiciliares no território. Como evidenciado na fala de todas as ACS, o processo de trabalho é organizado da seguinte forma: todos os dias elas ficam das 07h30 às 8h30 na sala designada aos(as) ACS, onde trocam informações entre colegas de trabalho, preenchem e/ou atualizam cadastros das famílias adscritas aos seus respectivos territórios, aproveitam a disponibilidade de um computador para lançar os dados coletados no sistema digital e ficam à disposição da equipe para eventuais afazeres internos – como o atendimento ao telefone e ao público presencial, bem como a decoração da unidade no lançamento de campanhas de conscientização à comunidade. Ademais, elas participam semanalmente de duas reuniões: uma que ocorre entre as duas eSF, para informes gerais da UBS e; outra somente com os(as) integrantes da eSF que fazem parte, para compartilhamento e discussão dos problemas e necessidades de saúde da comunidade.

Todavia, é na rua que ocorre significativa parte do trabalho das ACS. É nas visitas domiciliares, no espaço comunitário, o principal meio de acompanhamento da saúde de

grupos, famílias e indivíduos adscritos ao seu território de atuação. As ACS possuem total autonomia para planejar como vai percorrer o território e quantas/quais residências serão visitadas em cada dia de trabalho. Há quem organiza as visitas domiciliares de rua em rua para não deixar de passar em nenhuma casa durante o período de um mês, outras que preferem seguir sem destino e acessar as moradia conforme visualizar que os(as) moradores(as) estão presentes para atender ou, ainda, quem se pauta pelos grupos prioritários (gestantes, crianças e idosos) e direciona as visitas sobretudo a partir disso.

Quando perguntadas sobre os maiores desafios enfrentados no cotidiano de trabalho, sete diferentes pontos de vistas são destacados: i) quando as situações-problemas não estão ao alcance das ACS para serem solucionadas e mesmo que os casos sejam encaminhados para profissionais e/ou setores pertinentes, a população espera uma ação imediata delas; ii) o desafio em criar vínculo e de manter a confiança conquistada, para que as pessoas se sintam confortáveis em comunicar sobre os mais diversos aspectos que envolvem suas condições de vida; iii) as mudanças climáticas foram mencionadas diante da percepção do aumento da temperatura na estação de verão, observado em mais de uma década de trabalho nas ruas, sendo que as altas temperaturas interferem negativamente no ato de percorrer o território na prática cotidiana de trabalho; iv) o ponto negativo em morar no território de atuação e passar pelo desrespeito à jornada de trabalho, pois geralmente as ACS são acionadas para resolver questões fora do horário de trabalho; v) a descontinuidade das ações de saúde e da longitudinalidade do cuidado, em função da alta rotatividade de pessoas em um curto espaço de tempo em domicílios alugados; vi) uma menor valorização do trabalho de ACS se comparado ao trabalho dos demais profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF); vii) o vínculo afetivo estabelecido na vida e na saúde, mas também no adoecimento e na morte, de tal modo que a perda das pessoas nesse processo afeta psicologicamente as ACS.

O território de abrangência da “UBS de interesse investigativo” é subdividido em 05 territórios da saúde designados à atuação de cada umas das cinco ACS que integram a equipe. Esses territórios foram decifrados a partir do olhar das ACS (entrevistas) e de um dia vivenciando suas práticas de trabalho (observação participante<sup>24</sup>). Foram explorados o percurso realizado até/na comunidade, a caracterização do território pela própria ACS, o perfil das famílias cadastradas, o acesso aos locais ou residências, a relação usuário(a) do SUS-trabalhadoras da saúde, a identificação de situações-problemas que afetam a qualidade de vida

---

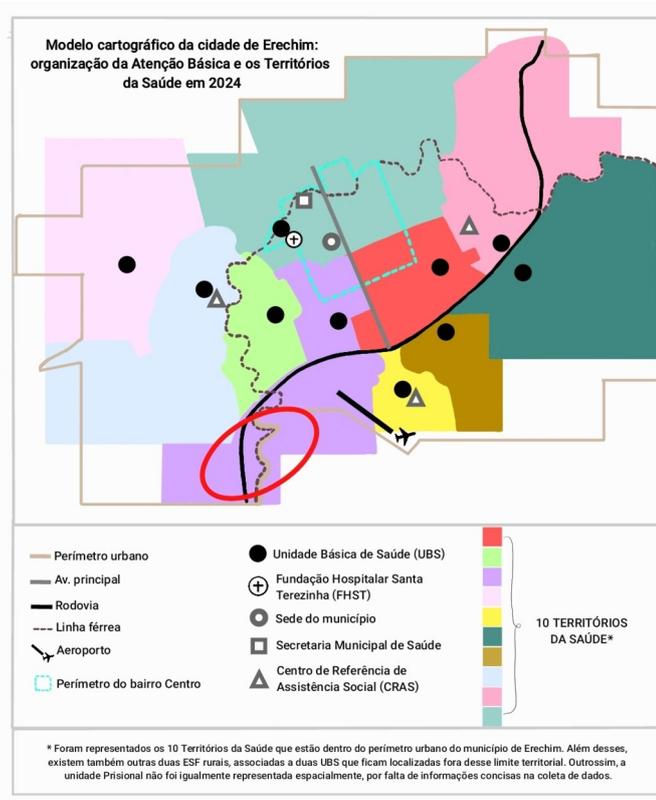
24 Para mais detalhes ver item 1.1 Percurso metodológico (página 17).

local (individual e coletiva) e a atitude das ACS diante disso, os principais problemas e necessidades de saúde da população e as ações de promoção à saúde que são demandadas e; por fim, a percepção de cada uma das ACS sobre os impactos da sua atuação – e da figura de ACS no geral – na melhoria das condições de vida da população.

### *O território e a prática cotidiana de trabalho de Maria Odília 14 t.t.*

Para chegar da UBS até o território de atuação da Maria Odília 14 t.t., é necessário utilizar algum meio de transporte, dada a distância entre o ponto de partida e o ponto de chegada. Maria Odília 14 t.t. faz esse trajeto de motocicleta. Eu notei, ao realizar o mesmo trajeto e também, posteriormente, na fala da agente, que a travessia da rodovia, a passagem pelo aeroporto e pela linha férrea, configuram barreiras de acesso aos serviços de saúde oferecidos na unidade. Maria Odília 14 t.t. caracteriza o seu território de atuação como o mais vulnerável da UBS, em razão da existência de muitas famílias sobrevivendo em condições de vida precárias.

Figura 13 – Território de atuação da ACS Maria Odília 14 t.t.



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Entre passos e diálogos – e, depois em comparação com as demais experiências em campo – constatei que Maria Odília 14 t.t. possui um território consideravelmente grande, mas com casas dispersas entre uma e outra, sendo o mais vulnerável socialmente. Para além de cumprir as visitas domiciliares, Maria Odília t.t. me guiou pelo território, me coloquei na posição de escuta, ela tinha muito a falar sobre a dinamicidade do que se apresentava ao nosso campo de visão. Em um dos pequenos trechos que passamos, especificamente uma área é considerada a mais crítica pela avaliação da equipe de saúde, ao encontro disso, as ruas não são asfaltadas, o acesso a bens e serviços essenciais como a oferta de esgotamento sanitário, abastecimento de água, energia elétrica e coleta de lixo é deficiente ou inexistente. Alguns casos relatados pela agente de saúde, como sendo consideradas de risco e vulnerabilidade em saúde, chamaram a atenção.

O território de atuação de Maria Odília 14 t.t. é o que possui o maior número de gestantes (grupo prioritário em saúde) se comparado aos demais. Por isso, eu observei que a entrega de convite para participar do encontro de gestantes que ocorre periodicamente na UBS é uma preocupação de Maria Odília 14 t.t. ao realizar as visitas domiciliares. E isso leva ao caso da gestante, mãe solo, que mora somente com uma criança de três anos, sem rede de apoio familiar. Ela está desempregada, pois não encontra um emprego que ofereça a flexibilidade de horário necessária para que consiga cuidar da filha. Ela não tinha onde morar, até que recebeu o pedaço de um terreno dos atuais vizinhos para construir uma casinha de madeira, assim como o fornecimento de energia e água. Consequentemente, sua saúde mental está comprometida por uma depressão, então além da sua situação ter sido repassada para a assistência social, a equipe de saúde encaminhou um laudo para que ela possa se aposentar pelo INSS.

Por outro lado, a solidariedade presente no cotidiano de pessoas que vivem a intensidade de suas inter-relações no território foi ressaltado por Maria Odília 14 t.t. como de muita relevância para pessoas que estão experienciando alguma dificuldade de vida. Para a gestante, além do terreno, água e luz cedidos pelo vizinho, a comunidade se juntou e fez uma vaquinha para arrecadação de dinheiro. Outro caso que contou com a mobilização social em diferentes escalas de atuação no território, foi a de um morador em extrema vulnerabilidade social, que também não tinha onde morar. Frente a situação, foi feito um mutirão por iniciativa dos moradores (que disponibilizaram sua mão de obra) e da ACS de confiança da comunidade. Juntos, ainda, se articularam para pressionar a Secretaria de Cidadania da

Prefeitura a providenciar os materiais para a construção de uma moradia minimamente digna para ele.

O ponto considerado mais crítico pela avaliação da equipe de saúde, fica localizado à beira trilhos de uma ferrovia que foi desativada há muitos anos. Uma área que já tinha sido desapropriada pelo poder municipal, que direcionou as pessoas que viviam ali para as casas de interesse social, construídas não muito distantes do local. Seguindo mais adiante, após passar em frente à moradia da gestante, Maria Odília 14 t.t, me levou até a última residência da rua abrangida por ela e contou um pouco sobre a história de vida de um senhor de terceira idade que sobrevive do que ganha a partir da coleta de materiais recicláveis. Ele foi um dos beneficiados socialmente com uma casa popular, mas devido a sua afetividade com o lugar que viveu durante décadas, resistiu em deixá-la – e tem a sua decisão respeitada. Todavia, a sua situação de saúde é um alerta para a ACS e toda a equipe, porque se trata de uma moradia extremamente precária (ver em figura 14), um pouco mais isolada em relação às outras da rua, ele mora sozinho, sem acesso à energia e água tratada, com o lixo depositado no entorno (ver em figura 15), entre outros aspectos observados, que tendem a comprometer a sua qualidade de vida e influenciar sobremaneira no processo saúde-doença que o morador percebe, experimenta e vivencia.

Figura 14 – Estrutura precária de moradia à beira trilhos



Fotografia feita em trabalho de campo (10/05/2023). Pequena moradia construída com fragmentos de madeira. Relativamente isolada, à beira trilhos, sem ventilação e iluminação, sem acesso à energia, água tratada e esgotamento sanitário.

Figura 15 – Entorno da moradia à beira trilhos



Fotografia feita em trabalho de campo (10/05/2023). Acúmulo do lixo produzido no entorno da moradia, oferecendo riscos à saúde do morador. Ao fundo, na imagem, é possível visualizar os trilhos da ferrovia desativada.

Existem cenários em que as condições de vida de uma pessoa – condicionada pelo contexto social, cultural, econômico, político e ambiental – implica negativamente em como ela percebe, experimenta e vivencia o processo saúde-doença (Gondim *et al.* 2008; Monken e Gondim, 2016). Mas existem casos em que os hábitos e comportamentos do indivíduo/família extrapola os limites da sua residência e, além de promover riscos à própria saúde, coloca toda a comunidade em alerta. Um dos locais evidenciados por Maria Odília 14 t.t. foi a casa de um senhor que acumula lixo e materiais para reciclagem sem efetuar, contudo, a sua venda<sup>25</sup>. Em face do exposto, a população que reside nos arredores se juntou para denunciar a situação-problema e reivindicar uma solução. Até o momento da observação participante, em maio de 2023, a ACS já tinha se articulado para convocar as autoridades competentes e aguardava por um retorno.

Ademais, não tem como deixar de expressar o que foi averiguado na prática sobre o quanto grandes empresas alicerçadas no sistema capitalista, visando lucro acima de tudo – inclusive acima da vida de pessoas – podem representar, potencialmente, um grande fator de risco à saúde coletiva de uma população já tão injustiçada socialmente. Do outro lado dos trilhos, Maria Odília 14 t.t. expôs o fato de que uma indústria do ramo de laticínios disponibiliza para a população mercadorias próximas à data de vencimento que retornaram das gôndolas das grandes redes de supermercados. Evidentemente, o desperdício de comida é diminuído quando, em vez de serem destinadas ao lixo, são repassadas para as pessoas adquirirem por um preço menor, acessível ao orçamento de quem possui baixa renda. Mas até que ponto essa conduta de venda direta pela “porta dos fundos”, com a distribuição de produtos industrializados que foram rejeitados dentro da logística de controle de qualidade, não provoca malefícios de curto a longo prazo à saúde de quem já sobrevive em um contexto de insegurança alimentar?! Quais serão, de fato, as intencionalidades que conformam essa ação?! Bondade ou perversidade?! Ficam essas questões.

Enquanto percorríamos o território e a ACS revelava a sua dinamicidade, foi perceptível a sua boa relação com todos(as) por quem passávamos. Ela era constantemente abordada na rua, dialogava com os(as) moradores e diante das queixas superficialmente compartilhadas, ela orientava o que fazer e a quem procurar. Muitas vezes era um vizinho ou

---

25 É importante evidenciar que casos semelhantes ao desse senhor condiz com um transtorno mental definido pela acumulação compulsiva, que se caracteriza pela aquisição e pelo acúmulo de objetos, mesmo sem utilidade dentro ou nos arredores da casa, acompanhada de uma dificuldade extrema de desapego dos mesmos. Portanto, cabe um olhar com atenção para a saúde mental de quem sofre com esse problema que afeta sobremaneira a qualidade de vida.

uma vizinha que vinha até ela para relatar o estado de saúde de um(a) outro(a) morador(a) e fazia a solicitação de uma visita médica por parte da equipe de saúde. Em sua trajetória inicial de 14 anos como ACS, Maria Odília 14 t.t. conta que como antes não existia a figura da agente de saúde em seu território de atuação, as pessoas estranhavam a sua presença por não entenderem o seu papel. Hoje, após uma construção longínqua de vínculo com os diferentes grupos, famílias e indivíduos, ela não passa por dificuldades em acessar residências ou locais.

A principal situação-problema que Maria Odília 14 t.t. considera que afeta a qualidade de vida das famílias e que exigiu uma atitude para sua resolução é com relação ao acesso precário da comunidade à UBS. Ela menciona que não é uma atribuição de ACS agendar consultas e levar medicamentos até as residências, mas ela identificou essa necessidade, pois o território fica distante da unidade de saúde. Não tem ônibus que passa no interior dos bairros, somente na BR e em horários que não coincidem com a disponibilidade da população ou da oferta dos serviços de saúde. Portanto, ela realiza essa função no caso de pessoas que trabalham e não conseguem agendar consultas médicas/pegar medicamentos, para os que estão com a saúde comprometida para se deslocarem até lá ou para quem não tem sequer o dinheiro da passagem para fazer essa viagem.

Os principais problemas de saúde da população atendida por Maria Odília 14 t.t. em seu território de atuação são a hipertensão e a diabetes, além de pessoas acamadas que exigem um maior cuidado. O Projeto Vida e Saúde foi pensado para a realidade da “UBS de interesse investigativo” como um todo. No contexto da *eSF Plural*, existem três pontos de atenção à saúde que recebem as ações de saúde do referido projeto: a academia de saúde construída ao lado da UBS, o território de uma outra agente de saúde considerado como de vulnerabilidade social e o território de Maria Odília 14 t.t, onde são realizados encontros no centro comunitário uma vez a cada três meses. As ações de saúde planejadas no Projeto Vida e Saúde são pensadas no sentido de atender os problemas e necessidades de saúde da população, reunindo diversos profissionais voltados para diferentes perspectivas de educação em saúde. Uma das iniciativas é o grupo de diabéticos e hipertensos, que procura acompanhar e promover a saúde das pessoas que vivem com essas comorbidades.

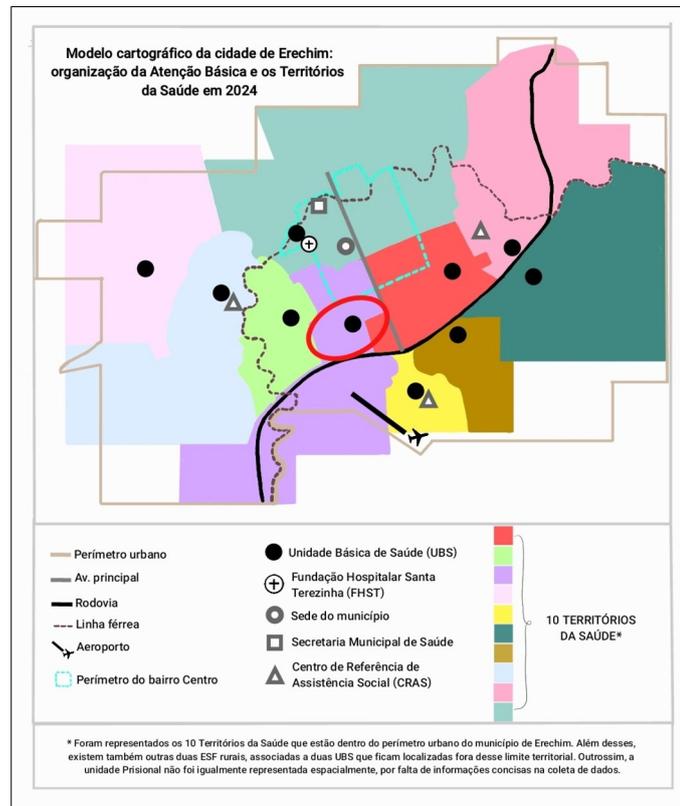
Maria Odília 14 t.t. percebe os impactos da sua atuação como ACS na melhoria na qualidade de vida da população. Para ela, o pouco que é feito, já causa uma diferença enorme na vida das pessoas, que muitas vezes só precisam da presença da agente de saúde para se sentirem cuidadas e acolhidas em sua realidade de vida. Na visão de Maria Odília 14 t.t., a

existência dos(as) ACS é fundamental na comunidade para mobilizar profissionais e setores na resolução dos problemas.

*O território e a prática cotidiana de trabalho de Maria Rita 19 t.t.*

Para chegar da UBS até o território de atuação da Maria Rita 19 t.t., não andamos muito. As ruas ficam imediatamente próximas ao perímetro da unidade de saúde, de modo que não ultrapassa a BR (ver em figura 16). Ela caracteriza o seu território de atuação como “tranquilo”, se comparado com o das ACS colegas de equipe. Nesse sentido, ela esclarece que o território é preponderantemente mais residencial (possui como comércio somente um ferro velho, um banho e tosa, um bar e um salão de beleza), onde vive uma maioria de famílias de classe média, bem estruturadas e apenas um pequeno grupo em vulnerabilidade social. Ela assim classifica, não só pela baixa renda dessas pessoas, mas pela estrutura precária das moradias, localizadas em um barranco, sem asfalto, sem acesso à energia elétrica, água tratada e esgotamento sanitário, à beira da rodovia.

Figura 16 – Território de atuação da ACS Maria Rita 19 t.t.



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Primeiramente Maria Rita 19 t.t. me levou para percorrer todo o território, enquanto caminhávamos, ela se preocupava em apontar o nome das ruas e mostrar os limites territoriais. Foi nítido o contraste apreendido na organização socioespacial entre o território de atuação de Maria Rita 19 t.t. e o território de atuação de Maria Odília 14 t.t., relatado anteriormente. Na sequência, realizamos as visitas domiciliares programadas para o dia e, por último, adentramos a ocupação à beira da rodovia, área mais precária atendida, para realizar visitas domiciliares no local.

O primeiro ponto visitado foi um ferro velho administrado por um casal de moradores que residem ao lado, mas como sempre estão no ambiente de trabalho, é lá que a agente de saúde consegue acesso a eles. Ambos fazem parte do grupo prioritário de visitas da ACS, pois eram obesos e realizaram o procedimento de cirurgia bariátrica recentemente. Segundo relata Maria Rita 19 t.t., ela acompanha a situação de saúde dos dois, mas no geral, eles pouco ocupam o SUS, por possuírem plano de saúde particular, o que também se aplica a uma pequena parcela da população atendida. A segunda visita domiciliar ocorreu na casa de uma

senhora de 84 anos que nos recebeu em sua sala de estar. A ACS iniciou um diálogo com ela, perguntando sobre o seu estado de saúde. Ela faz uso de medicação de uso contínuo – que não consegue pelo SUS – e informou que também recorre ao chá de cidreira para baixar a pressão. Diante do relato da paciente sobre a dificuldade em acessar os serviços de saúde em âmbito da UBS por falta de acompanhante (haja vista seus familiares próximos trabalham), a ACS explicou que ela pode solicitar a visita domiciliar do médico da família.

A terceira visita domiciliar, ainda nas famílias de classe média, foi realizada ao filho dessa senhora de 84 anos, que mora no porão da casa. Ao relatar sobre a sua situação de saúde, ele explana que sofreu um AVC recentemente e ficou com graves sequelas na coluna e no nervo ciático, assim como uma imobilidade na mão esquerda, que o impede de trabalhar. Além disso, ele é fumante e ex alcoólatra: conseguiu parar de beber sozinho, mas não consegue parar de fumar. Diz não ter dinheiro para comprar os remédios que o SUS não fornece e que se mantém com o apoio familiar, na espera de conseguir se aposentar pelo INSS. Ele recebeu orientações da ACS sobre o que fazer e a quem procurar. No geral, ele se sentiu à vontade para contar sobre as suas condições de vida e saúde. Nesse momento, visualizei a importância do espaço de escuta proporcionado pelo vínculo construído entre usuário do SUS e a agente de saúde.

Finalmente chegamos na ocupação à beira da rodovia. Local onde um pequeno lote é subdividido em terrenos menores para um pouco mais de 10 moradias extremamente precárias. As duas primeiras visitas domiciliares chamaram a atenção na medida que escancararam algumas questões de cunho social. Na primeira delas, chamamos pela moradora e só depois de muito insistir, fomos recebidas por uma jovem adulta. Ela claramente estava sob efeito de drogas. Se sentiu constrangida e não permitiu a nossa entrada – indiretamente, ficou na porta – mesmo assim, respondeu as perguntas feitas pela ACS sobre seus filhos que, naquele momento, estavam na casa da avó. O interior da moradia gritava um vazio, um silêncio e uma escuridão. Sem acesso a bens e serviços essenciais como energia elétrica, água tratada, esgotamento sanitário ou qualquer qualidade de vida, é assim que ela e suas crianças sobrevivem. Desse modo, as condições de vida dessa família – e de tantas outras em contextos similares – são sinalizadas como prioridade de acompanhamento pela equipe de saúde, em articulação com uma rede intersetorial de cuidado.

Figura 17 – Ocupação de casas à beira da rodovia



Fotografia feita em trabalho de campo (11/05/2023). O lote no qual foram construídas moradias precárias fica à beira da BR. Na imagem, ao fundo, é possível visualizá-la. Se trata de um terreno que não cumpria sua função social, foi ocupado há anos e mesmo assim ainda não foi regularizado pela lei. Portanto, não possui o mínimo de infraestrutura que proporcione dignidade aos/às moradores(as) que vivem em luta por esse território.

Figura 18 – Estrutura precária das casas na ocupação à beira da rodovia



Fotografia feita em trabalho de campo (11/05/2023). Pequena moradia construída com fragmentos de madeira. Estrutura precária, sem ventilação e iluminação, sem acesso à energia, água tratada e esgotamento sanitário.

Figura 19 – Entorno das moradias precárias em ocupação à beira da rodovia



Fotografia feita em trabalho de campo (11/05/2023). Se locomover, sobretudo para acessar as moradias mais ao fundo do lote, é perigoso. Quando chove, vira tudo lama, o chão fica escorregadio. São tantos obstáculos como degraus, subidas e descidas, desvio da vegetação que ocupa o seu espaço natural, que é praticamente inconcebível que uma gestante, crianças ou idosos (grupos de risco) morem ali. E moram!

Já na segunda visita, batemos à porta de um homem adulto que mora sozinho. Eu notei que, dessa vez, não foi o morador que manteve distância de Maria Rita 19 t.t., evitando que ela acessasse o interior de sua moradia, mas sim o contrário. Desde que nos aproximamos da casa, Maria Rita 19 t.t. ficou recuada, com atenção presa em seu instrumento de registro dos dados coletados, o *tablet*. Instantes depois eu entendi o porquê, após perceber que ele me fitou e perguntou para a agente de saúde, com segundas intenções, se eu era uma estagiária que posteriormente a substituiria. Objetivamente, ela o orientou a agendar novos exames de rotina, pois fazia tempo que ele não realizava, bem como perguntou sobre o remédio de uso contínuo que ele toma para hipertensão. E saímos, aliviadas! Na volta para a UBS, ela me contou que muitas mulheres da comunidade reclamam de assédio sexual por parte dele e que ela sente muito receio de ir até lá sozinha. Sendo assim, as ACS, enquanto mulheres que trabalham nas ruas, estão sujeitas a passar por isso, como um reflexo da cultura do machismo na sociedade brasileira, o que acaba se tornando um grande limitante no ato de percorrer o território e acessar as residências para propiciar a prevenção e promoção da saúde.

A terceira visita domiciliar doeu. Batemos à porta de uma mulher adulta que, naquele dia não havia recebido a notícia que tanto esperava da empresa responsável pelo serviço de distribuição de energia elétrica no município. Ela abriu a porta aos prantos, chorando e desabafando que desde o ano de 2016 ela luta para ter acesso à energia elétrica em seu cantinho, chamado com afetividade de “barraco”, para ter acesso ao mínimo de dignidade humana, como expunha. Nos informou que levou quatro anos para construir a sua moradia naquele terreno que não possui escritura, mas que foi comprado via recibo/contrato autenticado em cartório. Gastou com fiação e poste, conseguiu autorização da juíza em processo judicial. Mesmo assim, foram seguidas tentativas de ligamento da luz com uma resposta negativa. Isso porque o vizinho proprietário inicial de uma casa de madeira nesse lote onde foram construídas as demais moradias, é o único que possui acesso à energia elétrica, mas não autorizou a empresa a instalar o poste na calçada em frente à sua residência, impossibilitando o acesso à luz aos demais moradores(as), por não concordar com a ocupação territorial do lote. Trata-se de conflitos internos com motivações que não puderam ser captadas na fala da moradora.

Assim, foi constatado que se de um lado possa existir laços de solidariedade entre os entes comunitários no enfrentamento dos problemas cotidianos, de outro, existe a concomitância de diferentes interesses pelo uso do território, que geram conflitos que tendem

a influenciar direta e indiretamente no bem-estar e saúde das pessoas, constituindo uma diferenciação espacial do processo saúde-doença (Monken e Gondim, 2016). O esgoto doméstico produzido pelo dito vizinho que não autoriza a ligação de luz é lançado em uma fossa séptica que fica praticamente em frente à moradia da mulher que visitamos, expondo sua família à transmissão de doenças. Ela tem gastos com velas e uma baixa visão consequente da falta de luz. Precisa esquentar água no fogo para tomar banhos durante o frio/inverno, não bastasse o desconforto térmico que já sente pela falta de estrutura na casa. Os conflitos vivenciados no local – e por todo o contexto de vida – geram uma carga de estresse em seu organismo. Entre outros aspectos captados na fala da moradora visitada, que interfere na saúde dela e do seu filho. Nessas circunstâncias, a atitude de Maria Rita 19 t.t., foi de oferecer um espaço de escuta, cuidado e acolhimento. E quando a mulher se acalmou, Maria Rita 19 t.t. orientou que ela procurasse o poder público municipal para entrar com advogado do Estado e procurar uma solução legal para o caso.

Entre passos e diálogos, Maria Rita 19 t.t. informou que foi feito um remapeamento dos territórios de atuação pela Secretaria de Saúde (SMS) durante a pandemia e ela ficou somente com 30% do território de atuação anterior. Com isso, relata uma dificuldade de construir novos vínculos, sendo que alguns(as) moradores(as) só a recebem na porta. O difícil acesso ocorre também em relação às famílias que trabalham e muito raramente estão em casa para receber visitas domiciliares. Há também pessoas que não enxergam valor no trabalho de ACS, não fazem questão de atender as visitas, ou, quando o fazem, resistem em criar um vínculo. O difícil acesso aos locais ocorrem nas casinhas mais precárias, porque não tem infraestrutura. Igualmente, em casas sem campainha ou que possuem cachorros bravos.

Quando perguntada sobre situações-problemas que considera que afetam a qualidade de vida das famílias e que exigiu uma atitude para sua resolução, Maria Rita 19 t.t. reforça que majoritariamente os bairros que ela percorre para acompanhar a saúde das famílias são estruturados – com exceção da pequena área de vulnerabilidade social. Dessa forma, ela entende que são mais os casos pontuais, como do acumulador de lixo e materiais recicláveis que foi repassado para a vigilância ambiental, por ser um potencial criadouro do mosquito transmissor da dengue, para serem tomadas as providências cabíveis. Logo, ela se articula intersetorialmente para resolver as situações-problemas, quando a solução não está ao seu alcance.

Figura 20 – Acúmulo de lixo e materiais reciclados como situação-problema no território



Fotografia feita em trabalho de campo. Na imagem, o acúmulo de lixo e materiais reciclados por um morador, que foi apontado pela ACS como situação-problema no território. No dia que fizemos a visita, uma parte do lixo havia sido queimada, mas Maria 19 t.t. não tem certeza se foi pela população local indignada ou por ele próprio.

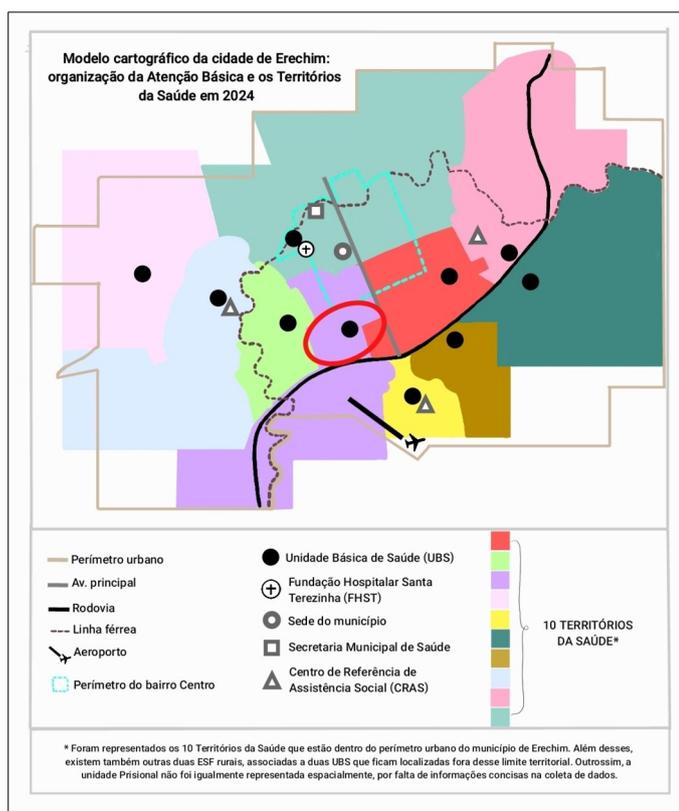
Os principais problemas de saúde da população atendida por Maria Rita 19 t.t. em seu território de atuação são doenças crônicas como hipertensão, diabetes, problemas no coração e tireoide. Ela relata a queixa da população sobre a demora no agendamento de consulta aos especialistas. A maioria das famílias cadastradas utilizam o SUS e não possui plano particular. As ações de promoção à saúde por Maria Rita 19 t.t. vão no sentido de direcionar um cuidado para os grupos prioritários, acompanhar se as vacinas estão em dia e se estão tomando a medicação de uso contínuo corretamente. Assim, ela percebe o impacto da sua atuação como ACS na melhoria na qualidade de vida da população, pois sente que está fazendo parte da saúde da pessoa, promovendo a prevenção com a educação em saúde.

#### *O território e a prática cotidiana de trabalho de Maria Ermelinda 16 t.t.*

Para chegar da UBS até o território de atuação da Maria Ermelinda 16 t.t., também não andamos muito (ver em figura 20). É um dos mais próximos ao bairro central. Ela caracteriza o território pelo perfil socioeconômico das famílias, sendo uma maioria de classe média e poucas famílias que vivem em condições de vida precárias. Salienta a importância em ter

domínio do território e saber onde cada pessoa mora para acompanhar a sua situação de saúde. Ao contrário da ACS Maria Rita 19 t.t. que teve a prática cotidiana de trabalho relatada anteriormente e que realiza as visitas domiciliares de rua em rua, Maria Ermelinda 16 t.t. faz uma programação de visitas domiciliares seguindo as demandas dos grupos prioritários (gestantes, crianças e idosos).

Figura 21 – Território de atuação da ACS Maria Ermelinda 16 t.t.



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Maria Ermelinda 16 t.t. foi mostrando o seu território de atuação conforme cumpria o planejamento diário. As visitas domiciliares foram todas objetivas e realizadas na residência de uma mulher adulta, para entrega do cartão da família e do protocolo de agendamento de exame de mamografia; um casal de jovens, para coleta de dados para cadastramento familiar; um casal de idosos, para atualizar o número de telefone de contato no sistema; uma república de estudantes, para coleta de dados para cadastramento familiar das novas moradoras e; uma jovem recém-parida, para a entrega do cartão da família. Em todas elas, a ACS perguntou sobre a situação de saúde familiar, se já conheciam a UBS e, havendo necessidade, orientava

sobre como acessar as ações e os serviços de saúde, como e quando agendar consulta clínica e aos especialistas. Além disso, Maria Ermelinda 16 t.t., percorria as ruas e passava deixando o convite para participação nas atividades da UBS voltadas à saúde e bem-estar, como o grupo de yoga (semanal) e o grupo de diabéticos e hipertensos (mensal), conforme encontrava os respectivos públicos-alvo.

A entrega do cartão da família – documento preenchido pós cadastramento familiar – é feito após os(as) usuários(as) do SUS procurarem as ações e serviços da UBS, já que para acessá-los, é preciso estar adscrito ao território de abrangência da unidade. Maria Ermelinda 16 t.t. fala que sempre precisa estar em função de cadastramento de novas famílias e/ou atualização residencial no sistema, devido ao número de casas alugadas que atraem um alto fluxo de pessoas que passam por elas em um curto espaço de tempo. Ela enxerga como uma problemática e argumenta que essa dinâmica gera uma falha na continuidade da atenção à saúde e a longitudinalidade do cuidado. Como estratégia para contornar esse impasse, foi criado um grupo no *whatsapp* que integra ACS de todo o município em uma rede de comunicação que facilita o acesso à informação de pessoas, famílias e grupos que chegam de outros bairros/território de saúde.

Ao andar pelas ruas do território, tive a percepção de uma predominância de população idosa, pelas características das casas, o cuidado com o jardim, senhores e senhoras lavando seus respectivos pátios, conversando na varanda. Maria Ermelinda 16 t.t. confirmou que sim, ali moram muitas pessoas da terceira idade, sendo que é preciso ter um olhar de cuidado para esse perfil de população que é considerado grupo prioritário na atenção à saúde. Na visita domiciliar realizada na residência do casal de idosos, por exemplo, Maria Ermelinda 16 t.t. passou para atualizar o contato de telefone, porque a equipe havia tentado telefonar e não foi atendida. Os dois senhores moram sozinhos, possuem entre 70 e 80 anos e não fazem uso de aparelho celular, mas a ACS os orientou a informar o telefone de algum familiar próximo e conseguiu atualizar o sistema para não ficar sem comunicação com a família. Adicionalmente, estendeu o convite para o grupo de diabéticos e hipertensos, ao ser informada das condições de saúde de ambos.

Com relação ao acesso às famílias no seu território de atuação, Maria Ermelinda 16 t.t. alega que atualmente há uma média de 04 famílias que rejeitam a visita domiciliar e assinaram um termo expressando essa decisão. Quando perguntada sobre situações-problemas que considera que afetam a qualidade de vida no território e que exigiu uma atitude para sua

resolução, ela cita alguns casos de vulnerabilidade social, que foram encaminhados para o CRAS em busca de um trabalho conjunto no acolhimento da família, que passa a ser incluída socialmente com o apoio intersetorial, seja no direcionando para o mercado de trabalho, conseguindo vaga nas escolas para as crianças, o que for preciso para melhorar as condições de vida da família em todos os âmbitos e promover a saúde. Maria Ermelinda 16 t.t. menciona também o período de surto de dengue em 2020, quando o município ficou em alerta de endemia, o território dela e o de outra ACS foram afetados, diante disso ela procurou atuar na conscientização da comunidade local, ao mesmo tempo em que acionou a vigilância ambiental para monitorar a área e tomar medidas para diminuição dos focos do mosquito transmissor da doença.

No geral, Maria Ermelinda 16 t.t. direciona as ações de promoção à saúde a partir das campanhas de conscientização, orientação de acesso aos serviços de saúde, busca ativa de vacina e preventivo, convite para participação do grupo de gestantes, grupo de diabéticos e hipertensos e grupo de yoga (depois que passou a ser reconhecida como prática de saúde, com potencial de evitar problemas de saúde futuros). Em suma, ela busca envolver a comunidade visando proporcionar às pessoas, famílias e grupos uma qualidade de vida melhor, tanto na parte de promoção como de prevenção à saúde, pela realização de consultas clínicas e a especialidades, exames e afins.

E assim Maria Ermelinda 16 t.t. percebe os impactos da sua atuação como ACS na melhoria na qualidade de vida da população. Ela informa que além dos projeto de saúde supracitado (Projeto Vida e Saúde, que abrange o grupo de gestantes, grupo de diabéticos e hipertensos, grupo de yoga), foi enviado um projeto ao Ministério da Saúde que aprovou e direcionou verbas públicas para a construção de uma Academia de Saúde. Com essa conquista, a “UBS de interesse investigativo” é hoje uma UBS considerada modelo no município de Erechim, pelas práticas de promoção e prevenção da saúde implementadas. Além da contratação de fisioterapeuta e educadora física, periodicamente são convidados palestrantes de diversas especialidades. É um trabalho que, segundo Maria Ermelinda 16 t.t., ajuda a quebrar o tabu de procurar a UBS somente quando a saúde estiver comprometida por alguma doença.

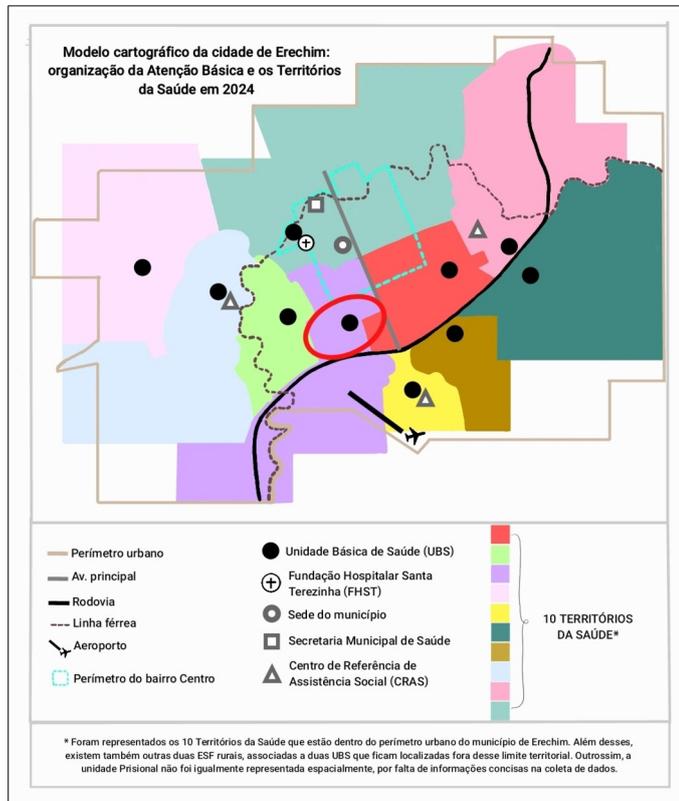
Como resultado, ela disserta que com o passar dos anos foram conquistados não só a relação de vínculo entre o(a) usuário(a) do SUS e os(as) trabalhadores(as) da saúde na prática cotidiana de trabalho em territórios da saúde, mas também o aumento de percentuais que

estavam baixos. Na visão de Maria Ermelinda 16 t.t., antes as pessoas não conheciam ou não davam importância ao SUS, mas isso mudou, pelas contribuições de um trabalho iniciado há décadas pela Estratégia Saúde da Família, ela conclui “as pessoas vão menos ao hospital, com o acompanhamento que a gente faz”.

### *O território e a prática cotidiana de trabalho de Maria Nise 27 t.t.*

Maria Nise 27 t.t. é a ACS mais antiga da UBS de interesse investigativo, são 27 anos de trajetória como uma agente de saúde, isso significa que ela fez parte da implantação inicial da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município. Para chegar da UBS até o seu território de atuação, não caminhamos muito, pois fica no entorno da unidade (ver em figura 22). Ela caracteriza o território como uma pequena área em km<sup>2</sup>, mas que possui uma grande aglomeração de pessoas, uma alta densidade demográfica. Ela acompanha cerca de 720 cadastrados, quase o teto estabelecido pela PNAB (Brasil, 2017).

Figura 22 – Território de atuação da ACS Maria Nise 27 t.t.



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

São muitas moradias localizadas em becos e vielas, cada casa contando com 03 ou 04 repartições de famílias. É um desce e sobe “morros” e escadarias, é um entra e sai de becos e vielas. O perfil das famílias é, em geral, baixa renda. Ela declarou que são muitas as famílias que sobrevivem em situação de risco e vulnerabilidade social, mas o principal grupo atualmente são de origens africanas e de origem venezuelana: “eles vem as vezes só com a roupa do corpo e precisa construir tudo de novo, as vezes não tem uma cama para dormir, não tem uma comida para comer, mas a gente explica onde tem que ir para procurar ajuda”, explica ela.

Com efeito, Maria Nise 27 t.t. afirma que esses grupos de pessoas moram comumente em casas onde os(as) antigos(as) proprietários(as) idosos(as) faleceram e seus(as) filhos(as) colocaram para locação. São pequenas moradias divididas em um sem número de repartições, com uma estrutura mediana e cujo acesso é pouco facilitado. Naquele dia, realizamos algumas visitas domiciliares à casa de alguns(as) venezuelanos(as) para coleta de dados para cadastramento familiar e para entrega do cartão da família. Maria Nise 27 t.t. diz que isso já se tornou rotineiro, tendo em vista que aquele território atrai um fluxo de pessoas vindas de outros países. A ACS também fala que diante da diferença entre os sistemas de saúde desses países e do Brasil, ela procura atuar, em um primeiro contato, com a orientação de como funciona o acesso às ações e serviços de saúde, onde se localiza a UBS, como e quando agendar consultas clínicas, aos especialistas e exames médicos.

Assim como Maria Rita 19 t.t., Maria Nise 27 t.t. percorre o território de rua em rua para realizar as visitas domiciliares, pois entende que dessa forma ela se localiza melhor. Entre os nossos diálogos, Maria Nise 27 t.t. compartilha que a diferença de temperatura de manhã ou a tarde influencia no fato de ela conseguir acessar o interior das moradias. No inverno, a ACS observa as chaminés das casas, para constatar se está saindo fumaça do fogo a lenha e, assim, reconhecer quem está ou não para receber visita domiciliar. Ao caminhar pelas ruas, ela passa por moradores(as) divulgando o convite para participação dos projetos de saúde da UBS e acolhendo suas respectivas demandas. Maria Nise 27 t.t. conhece a dinâmica do território como ninguém!

A convivência de diferentes grupos, famílias e indivíduos resulta em uma sobreposição ou junção de vários usos do território (Monken e Gondim, 2016). O tráfico de drogas movimentam um fluxo de mercadorias e pessoas no território de atuação de Maria 27 t.t.,

mesmo que ilegalmente. Ela verifica conflitualidades na coexistência de dois pontos de distribuição de drogas (as “bocas de fumo”) que possuem interesses em comum e, ao mesmo tempo, concorrentes no território. Apenas um deles está dentro dos limites do território da saúde onde Maria Nise 27 t.t. atua. A relação estabelecida entre ela e as pessoas que fazem parte desse arranjo socioespacial não poderia ser diferente de qualquer outra relação usuário(a) do SUS-trabalhador(a) da saúde. Ela conta que não se sente intimidada em percorrer o território e acessar as residências na localidade, pois eles reconhecem que ela está ali para cumprir o seu trabalho como agente de saúde. Quando o grupo no comando é trocado, ela logo é apresentada como alguém de confiança na comunidade.

Na última visita domiciliar que fizemos, adentramos o interior do pátio onde moram pessoas que vivem em condições de vida extremamente precárias, entre os escombros de casas que foram incendiadas e colocadas a baixo em uma ação policial. A área foi interditada, mesmo assim não foi deixada pelos(as) moradores(as). O motivo da visita domiciliar foi porque a neta de uma mulher que tinha conseguido liberdade do sistema penitenciário há alguns meses procurou a UBS para tomar injeção anticoncepcional. A jovem tem 17 anos e dois filhos, é acompanhada pela equipe de saúde para prevenir outras gravidezes precoces. Foi perceptível a relação de confiança, o vínculo estabelecido, entre a ACS e a família. A abordagem dela foi no sentido de conversar descontraidamente e, entre um diálogo e outro, extrair os problemas e necessidades de saúde das pessoas. Pelo jeito amigável e o foco na saúde, os três (a jovem, a avó e o tio) se sentiram muito confortáveis para conversar sobre tudo.

De maneira geral, com relação ao acesso às famílias no seu território de atuação – corroborando com a perspectivas de outras colegas de trabalho – ela diz que só era difícil quando as pessoas não entendiam o papel de ACS na comunidade, mas hoje isso mudou e ela possui um bom vínculo com os diferentes grupos, famílias e indivíduos do território. Já quando perguntada sobre situações-problemas que considera que afetam a qualidade de vida no território e que exigiu uma atitude para sua resolução, Maria Nise 27 t.t. aponta um ponto do bairro onde, há 2 meses antes da entrevista, estava servindo como acúmulo de lixo a céu aberto. Por se tratar de uma área residencial em meio a becos e vielas, o caminhão de lixo não tem acesso e, por isso, as pessoas precisam se dirigir até a via principal onde fica um espaço para que os resíduos domésticos sejam depositados. A atitude tomada pela ACS foi a de orientar a população sobre a importância de se atentar aos dias da coleta de lixo e, assim,

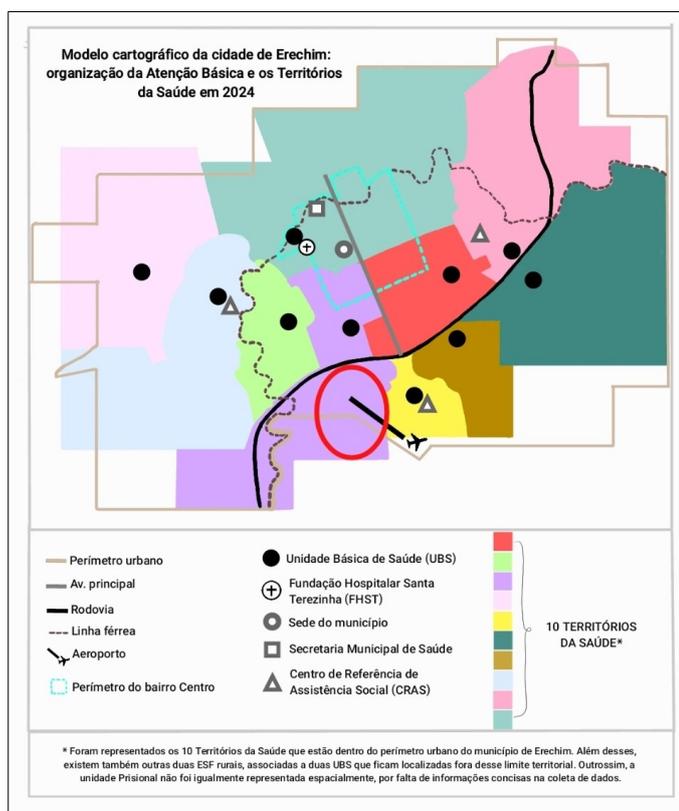
evitar a acumulação do lixo no local devido aos potenciais malefícios à saúde de toda a comunidade. Além disso, ela acionou outros setores, como a força voluntária, que dispôs de um caminhão para reduzir o lixo quando passou dos limites.

Os principais problemas de saúde no território de atuação de Maria Nise 27 t.t. são diabetes e hipertensão. Como ações de promoção à saúde, ela menciona que sempre incentiva as pessoas da comunidade a participarem ativamente do Projeto Vida e Saúde da UBS, do grupo de diabéticos e hipertensos, além das atividades desenvolvidas na academia de saúde a fim de promover uma vida mais saudável. Ela percebe os impactos da sua atuação como ACS na qualidade de vida da população, na medida que cria vínculo com as famílias, uma aproximação entre usuário(a) do SUS e trabalhador(a) da saúde que é enxergada como positiva: “As pessoas solicitam a visita. E isso é gratificante, é assim que a gente vê o quanto a gente é importante para eles também, no nosso papel de agente de saúde. Muitas vezes a gente atua como psicóloga para eles. [...] Assim que demonstram confiança”, conclui Maria 27 t.t.

#### *O território e a prática cotidiana de trabalho de Maria Zilda 8 t.t.*

Maria Zilda 08 t.t. é a ACS mais nova a integrar a *equipe de Saúde da Família Plural*, com 8 anos e meio de atuação como agente de saúde pela “UBS de interesse investigativo”. Para chegar da UBS até o seu território de atuação, é necessário utilizar algum meio de transporte, dada a distância entre o ponto de partida e o ponto de chegada. Por ser próximo do território de atuação de Maria Odília 14 t.t. – o primeiro relato – igualmente a travessia da rodovia e a passagem pelo aeroporto, configuram barreiras de acesso aos serviços de saúde oferecidos na unidade (ver em figura 22). Maria Zilda 08 t.t. caracteriza o território pelo perfil socioeconômico das famílias que é bem dividido: tem famílias de classe média para alta, com boa remuneração, casas estruturadas e pessoas instruídas, ao mesmo tempo que tem famílias de baixa renda que vivem em um loteamento de casas de interesse sociais, são menos instruídas e, segundo a ACS, utilizam mais a UBS.

Figura 23 – Território de atuação da ACS Maria Zilda 08 t.t.



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Primeiramente percorreremos as ruas onde ficam localizadas as casas de alto padrão, com muros altos e cercas elétricas que revelam um abismo social gigante. A segurança foi reforçada, como reflexo do medo dos(as) moradores(as), após a construção de casas de interesse social para a população em vulnerabilidade social no entorno. Não visitamos nenhuma das casinhas populares naquele dia, mas a ACS me levou até lá e foi nítido a diferença entre um território e outro. A construção das casas seguiram um padrão estrutural dentro de um terreno pré-estabelecido pela prefeitura, no entanto muitas casas foram reformadas, sugerindo uma reestruturação socioeconômica dessas famílias. Por se tratar de uma área residencial, porém distante do acesso a bens e serviços da cidade, os(as) moradores desse lote social viram como alternativa a criação de pequenos comércios para atender a comunidade local.

Maria Zilda 08 t.t. também me levou aos limites do seu território de atuação. Uma das ruas faz parte de um bairro do município que possui uma alta densidade demográfica, assim como áreas de risco e de extrema vulnerabilidade social (vide localização próxima de um

Centro de Referência de Assistência Social), como já retratado no texto. Lá, Maria Zilda 08 t.t. acompanha a saúde de um homem adulto que é dependente químico e vive em situação de rua. O seu caso já tinha sido repassado para a assistência social, porém até aquele momento, ele não havia sido localizado por estar sempre se deslocando no território. Apesar disso, ele possui uma parada fixa: o terreno familiar, que tinha duas casas razoavelmente grandes, mas para sustentar o vício ele vendeu até as paredes das moradias, afastando os seus familiares para longe, sendo que hoje sobrevive em meio aos escombros, em péssimas condições de vida.

Inicialmente, esse homem adulto que vive em situação de rua, até contava com a solidariedade da vizinhança, que se juntava como uma rede de apoio para ajudá-lo no que fosse necessário, desde a alimentação até a construção de um abrigo no terreno, para protegê-lo das condições do tempo. Entretanto, o seu caso começou a ficar insustentável a partir do momento que ele passou a roubar as casas da rua e atrair a presença de traficantes de drogas. Isso foi relatado – sem que fosse perguntado – pelo vizinho que nos avistou transitando pela rua. Um senhor de meia idade que nos chamou para solicitar o agendamento de uma consulta médica, devido a dores na coluna. Diante da figura da ACS, após comunicar o seu estado de saúde, ele passou a fazer um relato sobre o vizinho, inclusive dizendo que a última alternativa por parte da população local foi a de recorrer à sua internação, mas que foi uma tentativa fracassada, porque ele não aceita de forma alguma.

Outras duas visitas domiciliares foram realizadas não muito distantes do local. A primeira delas foi feita em um bar que fica na entrada da residência do proprietário, para entrega do cartão de saúde da família, pois ele perdeu a primeira via e sem o referido documento de identificação do território ao qual está adscrito, não é possível acessar as ações e serviços de saúde da UBS. Lá Maria Zilda 08 t.t. mostrou o cão comunitário que foi acolhido após sensibilização dos(as) moradores(as) da rua. A ACS conta sobre o trabalho que realiza frente a causa animal, sendo que indiretamente ela está contribuindo com a saúde coletiva da comunidade, por atuar visando evitar a reprodução descontrolada dos animais – pelo encaminhamento ao serviço de castração disponibilizado pela prefeitura – e de modo a inibir a presença de agentes patológicos nos animais que, por sua vez, podem ser transmitidos também aos seres humanos. No mais, no trajeto de retorno, Maria Zilda 08 t.t. relatou que aquele bar é conhecido na região pelo número de assassinatos que já ocorreram lá, identificado como um ponto de perigo.

A outra visita domiciliar ocorreu, na realidade, no portão. Era uma casa repartida para três famílias residentes. A ACS deu algumas orientações sobre os cuidados com os bebês, convocou para atualização das vacinas das crianças, explicou sobre métodos anticoncepcionais e, por fim, convidou as moradoras que nos atenderam para participarem do projeto Vida e Saúde que ocorre no centro comunitário, tendo em vista que o próximo encontro contaria com a presença de uma assistente social para falar sobre o acesso aos benefícios sociais. Maria Zilda 08 t.t. estendeu esse mesmo convite a outros(as) moradores(as) enquanto percorríamos o território. Em meio a isso ela evidenciava os locais que tinha um difícil acesso pela presença de cachorros bravos soltos à rua ou mesmo nos pátios das residências. Outro aspecto que ela fazia questão de apontar eram os terrenos vazios ou casas em construção, que significava futuros novos cadastrados. Por conseguinte, não havendo uma ampliação da eSF pela contratação de novos(as) agentes de saúde, ela ficaria sobrecarregada em número de pessoas.

Antes mesmo de encaminhar para o diálogo com a entrevista realizada com Maria Zilda 08 t.t., vale citar algo que me chamou muito a atenção desde a exploração de campo e, ao percorrer o território com a ACS, busquei esclarecer a dinâmica do que foi apreendido na paisagem. Por se tratar de uma área que fica nos limites do perímetro urbano, existem extensas áreas destinadas à agricultura, mais precisamente, ao plantio de soja e a alternância de culturas associadas, em concomitância com a área residencial. Questionei Zilda 08 t.t. sobre como funciona esses múltiplos usos do território e como repercute na saúde da população local. Ela explicou que frequentemente são aplicados agrotóxicos, afetando a curto prazo as condições respiratórias das pessoas que residem no entorno, isso sem falar nos problemas que podem ocorrer a longo prazo de exposição aos “defensivos fitossanitários”, termo rebuscado para veneno.

Com relação ao acesso às famílias no seu território de atuação, Maria Zilda 08 t.t. reitera que se dá bem com todos(as) os(as) moradores(as). Somente nas primeiras visitas foi mais difícil o acesso às famílias que vivem nas casas de alto padrão, no sentido de estabelecer um vínculo, já que não são usuários(as) diretos do SUS, possuem plano de saúde particular, e não entendiam o papel de ACS na comunidade. Diferente da população que reside nas casas de interesse social, que é mais receptiva e aberta a visitas domiciliares. Ela classifica como exceção de difícil acesso apenas um local onde atende a duas famílias e no qual mais casas estão sendo construídas. Ela concebe como um lugar que oferece perigo à sua vida, com isso,

só realiza visitas domiciliares nessa área quando está acompanhada de estudantes estagiários(as).

Quando perguntada sobre situações-problemas que considera que afetam a qualidade de vida das famílias e que exigiu uma atitude para sua resolução, ela conta sobre os altos registros de casos de dengue e que percorrendo o território, com um olhar atento, ela percebeu que em uma das residências tinha uma piscina lacrada com lona e acumulando água parada da chuva, se tratando de um potencial criadouro do mosquito transmissor da dengue. Nessa situação-problema identificada, ela fotografou, encaminhou para o “pessoal da dengue” (vigilância ambiental) e providenciou o contato da pessoa para que fosse aplicado veneno na área. Feito isso, foi comprovado que lá era um dos focos da dengue no bairro, afetando a saúde dos(as) moradores(as) e a questão foi amenizada.

Os principais problemas de saúde no território de atuação de Maria Zilda 08 t.t. são a diabetes e a hipertensão. Para promover a saúde dessas pessoas, ela passa em todas as famílias notificando a data e convidando para participarem do grupo de diabéticos e hipertensos, onde passam por um acompanhamento da nutricionista que pesa, mede e informa sobre uma rotina de alimentação saudável. Com isso, ela percebe os impactos da sua atuação como ACS na qualidade de vida da população, e assim como a ACS Maria Odília 14 t.t. que atua em uma comunidade distante da UBS, Maria Zilda 08 t.t. ajuda muitas pessoas que não conseguem ir até a unidade de saúde marcar consultas/retirar exames/buscar medicamentos, são pequenas gentilezas (fora do conjunto de atribuições de ACS), na visão dela, que é importante na promoção e prevenção da saúde local.

### *Síntese do território e da prática cotidiana de trabalho das ACS*

Em suma, as cinco ACS tem o endereço de residência situado em seus respectivos territórios de atuação, dessa forma, possuem uma maior aproximação das situações-problemas que afetam a qualidade de vida da população, ao mesmo tempo que detém um grande potencial de transformação social da realidade a qual vivenciam cotidianamente. O tempo de trabalho como ACS entre elas varia de 08 a 27 anos, isso significa que tem agente de saúde que integra a equipe de Saúde da Família (eSF) desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município, em meados da década de 90. Consequentemente, o reconhecimento do território – em seus aspectos históricos, sociais, políticos, econômicos,

culturais e ambientais – inevitavelmente remete a experiência de cada uma no processo de territorialização da supracitada política pública localmente ao longo dos anos, além de, obviamente, estar intrínseca à vivência que elas possuem enquanto moradoras do território.

Como visto, são cinco territórios com características socioespaciais distintas, que reflete, por sua vez, em uma diferenciação espacial do processo saúde-doença e leva as ACS a se relacionarem diferentemente com seus territórios de atuação. Maria Odília 14 t.t. e Maria Zilda 08 t.t. atuam nos territórios mais distantes da UBS, o trajeto é feito preferencialmente pela utilização de um meio de transporte. Elas evidenciam, para além da distância em km, obstáculos e fatores que dificultam ou impedem o acesso das pessoas às ações e serviços de saúde, entre os quais, a rodovia, a linha férrea, o aeroporto e a inexistência de pontos de ônibus no interior dos bairros em associação com horários inacessíveis para a realidade local. Enquanto Maria Rita 19 t.t., Maria Ermelinda 16 t.t. e Maria Nise 27 t.t., realizam o trajeto território-UBS/UBS-território caminhando, dado que a localização de seus respectivos territórios de atuação ficam antes da rodovia, sentido centro da cidade.

Em relação ao perfil socioeconômico, Maria Odília 14 t.t. e Maria Nise 27 t.t. possuem o território de atuação com predominância de famílias de baixa renda, muitas das quais sobrevivendo em condições de vida precárias e de extrema vulnerabilidade social – conforme relato dos casos. O território de atuação de Maria Odília 14 t.t. possui o maior número de gestantes (grupo prioritário), enquanto o de Maria Nise 27 t.t. é a menor área em km<sup>2</sup>, porém com alta densidade demográfica, muitas famílias por m<sup>2</sup>, no qual o principal grupo em vulnerabilidade social atualmente são de imigrantes de origens africanas e de origem venezuelana. O território de atuação de Maria Zilda 08 t.t. é o mais dividido, possui famílias de classe média para alta, com boa remuneração, casas estruturadas e pessoas instruídas, ao mesmo tempo que tem famílias de baixa renda que vivem em um loteamento de casas de interesse social e são menos instruídas. Já os territórios de atuação de Maria Rita 19 t.t. e Maria Ermelinda 16 t.t. possuem a maioria das famílias de classe média, com apenas um pequeno grupo vivendo em extrema vulnerabilidade social – no caso da ocupação à beira da rodovia no território de Maria Rita 19 t.t.; e o maior número de pessoas idosas (grupo prioritário) no território de Maria Ermelinda 16 t.t.

No tocante ao acesso das ACS às famílias e a relação entre elas e os(as) moradores(as) do território de atuação, tende a ser mais dificultoso segundo o desconhecimento da população a respeito do papel de ACS na comunidade. Maria Odília 14 t.t. e Maria Nise 27 t.t.

passou por dificuldades de acesso às famílias e locais do território somente no início de sua trajetória como ACS, mas após uma construção longínqua de vínculo com a população, atualmente possuem uma boa relação com os(as) moradores. Maria Zilda 08 t.t. também relata que nas primeiras visitas foi mais difícil o acesso às famílias que vivem nas casas de alto padrão, por não serem usuários(as) diretos(as) do SUS (possuem plano de saúde) e, por isso, desconheciam os propósitos da ESF e o papel de ACS. Por possuir um território com perfil socioeconômico dividido, Maria Zilda 08 t.t. afirma que, por outro lado, a população que reside nas casas de interesse social é mais receptiva e aberta às visitas domiciliares. Maria Rita 19 t.t. e Maria Ermelinda 16 t.t., que possuem um território de atuação com a maioria da população de classe média, apontam dificuldades de construção de vínculo usuário(a) do SUS-trabalhadora da saúde, sobretudo Maria Rita 19 t.t. que teve seu território de atuação remapeado durante a pandemia. Maria Ermelinda 16 t.t., por sua vez, especifica quatro casos de residências que rejeitam a sua visita domiciliar e assinaram um termo expressando essa decisão, algumas por motivos pessoais de conflitos familiares.

Ao longo do texto foram relatadas inúmeras situações-problemas que as ACS apontaram em seus territórios de atuação como responsáveis por afetar a qualidade de vida da população. Seja as moradias à beira trilhos no território de Maria Odília 14 t.t. ou mesmo a ocupação à beira da rodovia no território de Maria Rita 19 t.t., que revelam condições de vida precárias, sem acesso a bens e serviços essenciais como a oferta de esgotamento sanitário, abastecimento de água, energia elétrica e coleta de lixo; a baixa estrutura das moradias, o desemprego, a baixa renda, a insegurança alimentar e etc. Ou no território de Maria Nise 27 t.t., o alto número de famílias por m<sup>2</sup>, vivendo em moradias pouco estruturadas, localizadas em becos e vielas, com o mínimo de infraestrutura urbana adequada. Outras questões específicas mencionadas pelas ACS em entrevistas, que expressam uma grande preocupação com a relação ao ambiente e a saúde coletiva da comunidade. Independente da situação-problema, foi verificado uma articulação intersetorial, em que os problemas que não podem ser resolvidos de imediato são encaminhados para os devidos setores responsáveis e; os que estão ao alcance delas, é feita uma mobilização com a comunidade para realizar mudanças.

Destacam-se como principais problemas de saúde enfatizados em todos os cinco territórios, doenças crônicas como diabetes e hipertensão. No geral, as ACS atuam na promoção à saúde e prevenção de doenças em atividades ligadas a educação em saúde em âmbito das residências, mas também direcionam as pessoas a participarem dos encontros

propiciados pelo Projeto Vida e Saúde, seja na Academia de Saúde ao lado da UBS, ou mesmo nos centros comunitários dos dois territórios mais distantes. Como já informado, as ações de saúde planejadas no Projeto Vida e Saúde são pensadas no sentido de atender os problemas e necessidades de saúde da população local, assim, uma das iniciativas é o grupo de diabéticos e hipertensos, que procura acompanhar e promover a saúde das pessoas que vivem com essas comorbidades.

Quadro 07 – Síntese: reconhecimento e apropriação do território pelas ACS da “UBS de interesse investigativo”, 2023

<b>Síntese: reconhecimento e apropriação do território pelas ACS da “UBS de interesse investigativo”, 2023</b>						
<b>ACS</b>	<b>Tempo de trabalho</b>	<b>Barreiras de acesso às ações e serviços de saúde pela população</b>	<b>Perfil socioeconômico das famílias</b>	<b>Acesso das ACS às famílias, residências e locais do território</b>	<b>Atitudes tomadas diante de situações-problemas que afetam a qualidade de vida das famílias</b>	<b>Principais problemas de saúde da população</b>
<b>Maria Odília 14 t.t.</b>	14 anos	Rodovia, linha férrea e aeroporto	Baixa renda Famílias em Vulnerabilidade social (moradias à beira trilhos)	Dificuldades de acesso às famílias somente nos primeiros anos de trabalho como ACS.	Principal situação-problema citado: difícil acesso da população à UBS  Atitude tomada: iniciativa de agendamento de consultas médicas e entrega de medicamentos à domicílio (não faz parte das atribuições de ACS)	Diabetes e hipertensão
<b>Maria Rita 19 t.t.</b>	19 anos	Infraestrutura na ocupação à beira da rodovia que torna o acesso a bens e serviços urbanos no geral	Predominância de famílias de classe média Um pequeno grupo em extrema vulnerabilidade social (ocupação à beira da rodovia)	Diante do remapeamento dos territórios de atuação das ACS, relata uma dificuldade de construir novos vínculos.	Principal situação-problema citado: casos pontuais que interferem na saúde coletiva, como o do acumulador de lixo  Atitude tomada: articulação intersetorial, encaminhamento para a vigilância ambiental	Doenças crônicas como diabetes e hipertensão, problemas no coração e tireoide
<b>Maria Ermelinda 16 t.t.</b>	16 anos	Não citadas	Predominância de famílias de classe média	Atualmente há uma média de 04 famílias que	Principais situações-problemas citados: casos de	Diabetes e hipertensão

			Poucas famílias em vulnerabilidade e social	rejeitam a visita domiciliar e assinaram um termo expressando essa decisão.	vulnerabilidade social que identifica ou de saúde coletiva como os casos de dengue  Atitude tomada: articulação intersetorial, encaminhamento para o CRAS e vigilância ambiental, além de conscientização da população	
<b>Maria Nise</b> <b>27 t.t.</b>	27 anos	Baixa infraestrutura dos becos e vielas, ruas íngremes	Baixa renda Imigrantes de origens africanas e origem venezuelana como principais grupos em vulnerabilidade e social	Dificuldades de acesso às famílias somente nos primeiros anos de trabalho como ACS.	Principal situação-problema citado: acúmulo de lixo a céu aberto, por se tratar de becos e vielas e da falta de acesso do veículo para coleta de lixo nesses locais  Atitude tomada: articulação intersetorial, acionamento da Força Voluntária, além de conscientização da população	Diabetes e hipertensão
<b>Maria Zilda</b> <b>08 t.t.</b>	08 anos	Rodovia e aeroporto	Perfil socioeconômico das famílias dividido entre classe média para alta e baixa renda (residentes nas casinhas de interesse social)	Dificuldades de acesso às famílias somente nas primeiras visitas às famílias que vivem nas casas de alto padrão que não são usuários(as) diretos do SUS (possuem plano de saúde).  Já a população que reside nas casas de interesse social, que é mais receptiva e aberta às visitas domiciliares.	Principal situação-problema citado: altos registros de casos de dengue  Atitude tomada: percepção de onde poderia estar localizado o foco do mosquito transmissor da doença e articulação intersetorial, acionamento da vigilância ambiental	Diabetes de hipertensão

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi exposto ao longo dos três capítulos, na sequência serão compartilhados os resultados da pesquisa realizada em maio de 2023, com foco em uma equipe de Saúde da Família (eSF) de uma UBS localizada no município de Erechim/RS, com o objetivo de compreender como o reconhecimento e a apropriação do território na prática cotidiana de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), contribui no fortalecimento do direito à saúde no SUS.

No Brasil, seguindo uma tendência latino-americana, por muito tempo geógrafas e geógrafos pouco direcionaram suas investigações às temáticas da saúde. Mas esse quadro mudou oficialmente a partir da iniciativa de organização do I Simpósio Nacional de Geografia da Saúde – GeoSaúde, que ocorreu no ano de 2003 que reuniu os estudos vinham sendo realizados, porém estavam ainda dispersos. Com efeito, os dez eventos da GeoSaúde que ocorreram entre 2003 e 2021, foram organizados em Universidades localizadas em diferentes estados das regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, sendo que a última edição ocorreu em 2023, na cidade de Manaus/AM, na região Norte do país. A Hygeia – Revista Nacional de Geografia Médica e da Saúde, criada no ano de 2005, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) representa um outro marco da difusão dos estudos na área, como um meio de divulgação da produção acadêmico-científica. Os 20 anos do primeiro evento Geosaúde e quase 20 anos de circulação *online* da revista Hygeia – assim como de outros eventos e revistas que foram surgindo – corroboraram na consolidação do campo da Geografia da Saúde no Brasil. Atualmente, são 32 grupos brasileiros de pesquisas em Geografia e Saúde distribuídos pelo país, mas concentrados principalmente no Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Paraná.

Dentro do levantamento dos *anais* da 1ª a 10ª edição do Simpósio Nacional de Geografia da Saúde - GeoSaúde (2003-2021), conclui-se que um pouco mais de 1/3 da relação total dos trabalhos publicados abordam o território dentro de Políticas Públicas de Saúde, mostrando a relevância da temática no contexto da produção científica nacional. A autoria dos trabalhos selecionados varia entre geógrafos(as) e diversos(as) pesquisadores(as) da área da saúde, demonstrando o caráter interdisciplinar do evento e, portanto, um espaço de encontros e de trocas entre os diferentes saberes. Dos(as) 102 autores(as), o nome de oito aparecem com uma frequência de duas ou mais vezes dentro das dez edições do evento, indicando possível continuidade em uma linha de pesquisa que versa direta ou indiretamente sobre território e

saúde, seja como pesquisador(a) ou como orientador(a) de pesquisa, com destaque para os geógrafos Anselmo Cesar Vasconcelos Bezerra (IFPE), Christovam Barcellos (ICICT, Fundação Oswaldo Cruz), Maurício Monken (EPSJV - FioCruz) e Raul Borges Guimarães (UNESP - Presidente Prudente).

Este trabalho demonstra a relevância da atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na territorialização da saúde em escala local, para o fortalecimento do direito à saúde no SUS. Na observação participante da prática cotidiana de trabalho das ACS vinculadas à ESF na “UBS de interesse investigativo”, foi possível verificar que além de contribuírem garantindo o acesso universal e a integralidade do cuidado aos grupos, famílias e indivíduos em seus respectivos territórios de atuação, ao facilitarem o acesso da comunidade às ações e serviços de saúde da UBS, assegurando a promoção, a prevenção, a proteção e a recuperação da saúde. Concretizam, sobretudo, o princípio de equidade do SUS, ao levarem em consideração as diferenças nas condições de vida e necessidades de saúde da população, direcionando suas ações no território de acordo com os contextos de desigualdades e iniquidades detectados *in loco*, nos lugares onde a vida acontece.

Posto isso, é possível afirmar que as ACS reconhecem a dinâmica do seu território de atuação, na medida que identificam as situações-problemas que afetam a qualidade de vida das famílias, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença associados ao aumento da vulnerabilidade em saúde, os obstáculos ou fatores que dificultam ou impedem o acesso das pessoas às ações e serviços de saúde, os principais problemas e necessidades de saúde da população atendida e em conjunto com os demais membros da equipe de Saúde da Família (eSF) e da mobilização intersetorial, organizam ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população, com foco na saúde e no bem estar.

Baseado em Pereira (2008), foi possível concluir que as ACS se apropriam do território e possuem autonomia em nível de interações complexas de iniciativa, acesso à área e transformação da realidade social, pois cada uma das agentes:

- i) 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.
- ii) 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.

iii) Reconhece os problemas da comunidade; contribui para a formulação de um plano de ação e mobiliza a sociedade para proceder a mudanças na área.

Quadro 08 – Síntese: apropriação do território pelas ACS da “UBS de interesse investigativo”, 2023

Síntese: apropriação do território pelas ACS da “UBS de interesse investigativo”, 2023						
ACS	Tempo de trabalho	Reside no território de atuação?	Autonomia			
			Nível	Iniciativa	Acesso à área	Transformação da realidade local
Maria Odília 14 t.t.	14 anos	Sim	<b>Interações complexas</b>	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.	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.	Reconhece os problemas da comunidade; contribui para a formulação de um plano de ação e mobiliza a sociedade para proceder a mudanças na área.
Maria Rita 19 t.t.	19 anos	Sim				
Maria Ermelinda 16 t.t.	16 anos	Sim				
Maria Nise 27 t.t.	27 anos	Sim				
Maria Zilda 08 t.t.	08 anos	Sim				

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Para finalizar, este trabalho contribuiu no resgate de uma política pública de saúde que está presente no dia a dia, mas que é pouco conhecida pela população no geral, a Estratégia Saúde da Família. Além disso, ressaltou as condições de vida da população nos diferentes territórios, demonstrando uma diferenciação do processo saúde-doença. Os resultados obtidos, sobretudo a partir da observação participante em conjunto com as entrevistas, acerca dos territórios da saúde estudados no município de Erechim/RS, deixam uma abertura para outras investigações futuras, tais como: percorrer a trajetória da Estratégia Saúde da Família no município de Erechim/RS; compreender a dinâmica dos demais territórios da saúde do

município por meio da observação da prática cotidiana de agentes de saúde que neles atuam; investigar o processo de implantação da equipe de Saúde da Família no bairro central que foi iniciado há pouco menos de quatro anos e realizar um estudo comparativo com os demais territórios da saúde do município; entender as especificidades da UBS Prisional e das políticas públicas locais voltadas para a saúde das pessoas privadas de liberdade; investigar as diferenças na oferta e acesso às ações e serviços de saúde pela população dos territórios da saúde localizados no espaço urbano e rural do município; caracterizar as condições de vida e saúde de estrangeiros venezuelanos no município; pesquisar os potenciais impactos à saúde, decorrentes da ação de indústrias territorializadas próximas a bairros carentes que disponibilizam alimentos próximos à data de vencimento com preços atraentes para a população local; constatar de que forma os múltiplos usos do território da saúde que se divide entre área destinada para a agricultura (um arranjo espacial do agronegócio, com plantio de soja e uso de agrotóxicos) e área residencial, sem limites precisos entre um e outro, repercute na saúde da população local; demonstrar situações de risco enfrentadas no cotidiano de trabalho pelas mulheres que atuam como Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) ao percorrer o território/acessar as residências e quais medidas têm sido adotadas na administração do serviço de saúde público em relação a isso; entre outros.

## REFERÊNCIAS

- BISSACOTTI, A. P.; GULES, A. M.; BLUMKE, A. C. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 15 (32): 41 - 53, junho/2019.
- BARROZO, L. Técnicas de Geografia da Saúde. In: VENTURI, Luis Antônio Bittar (org.). **Geografia: práticas de campo, laboratório e sala de aula**. São Paulo: Ed. Sarandi, 2011, p. 287-308.
- BORGES, M. C. Da observação participante à participação observante: uma experiência de pesquisa qualitativa. In.: RAMIRES, J. C. de L.; PESSÔA, V. L. S. (Org.). **Geografia e pesquisa qualitativa: nas trilhas da investigação**. Uberlândia: Assis, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 25 fev. 2024.
- \_\_\_\_\_. **LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em 25 fev. 2024.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 25 fev. 2024.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em: 25 fev. 2024.
- CASTRO, I. E. de. **Geografia e política: território, escalas de ação e instituições**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- ERECHIM. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Erechim: Secretaria Municipal de Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.pmerechim.rs.gov.br/pagina/1573/plano-municipal-de-saude>. Acesso em 24 fev. 2024.
- SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária do SUS. In.: LIMA, N. T. et al. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- FARIA, R. M. de.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **R. RA'É GA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.
- FARIA, R. M. de. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectiva de adequação ao perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG**. 2012.

320 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências, Campinas, 2012.

FARIA, R. M. de. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 9 (16): 131 - 147, Jun/2013.

FARIA, H. P. de. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2010.

FERREIRA, T.; CASTILLO-SALGADO, C.; RIBEIRO, H. Geografia da saúde e utilização de tecnologias de geoprocessamento. *In.*: RIBEIRO, Helena (org.). **Geoprocessamento e saúde: muito além de mapas**. Barueri – SP: Manole, 2017, p. 1-29.

GIOVANELLA, *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26 (Supl. 1): 2543-2556, 2021.

GONDIM, G. M. de M. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In.*: MIRANDA, A. C. de. *et al.* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em 13 jan. 2023.

GONDIM, G. M. M. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?**. 2011. 256 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Território e territorialização. *In.*: GONDIM, G. M. de M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

GUIMARÃES, R. B. Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas. *In.*: \_\_\_\_\_. **Saúde: fundamentos de Geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP, 2015, p. 79-97

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro – RJ: Bertrand Brasil, 2004, 400p.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. *In.*: LIMA, N. T. *et al.* (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades: Erechim**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/erechim/panorama>. 2022. Acesso em: 24 fev. 2024.

LIMA, M. A. D. da S.; ALMEIDA, M. C. P. de; LIMA, C. C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa de enfermagem. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 130-142, 1999.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em 25 fev. 2024.

MENDONÇA, F.; ARAÚJO, W. M.; FOGAÇA, T. K. A geografia da saúde no Brasil: estado da arte e alguns desafios. **Investig. Geogr. Chile**, 48: 41-52, 2014.

MELO *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, 42 (spe1) Set., 2018.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. de C. O território na promoção e vigilância em saúde. *In.*: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 177-224

MONKEN, M. *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. *In.*: MIRANDA, A. C. de. *et al.* (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

MONKEN, M.; GONDIM, G. M. de M. Território: lugar onde a vida acontece. *In.*: BORNSTEIN, V. J. et al (Org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 109-112.

MORAES, I. C. *et al.* Mapeamento participativo aplicado à Estratégia de Saúde da Família: a experiência em Santo Amaro-BA. **Revista Brasileira de Cartografia**, vol. 73, n. 2, 2021.

PEREHOUSKEI, N. A.; BENADUCE, G. M. C. Geografia da saúde e as concepções sobre o território. **Gestão & Regionalidade**, vol. 23, n. 68, set-dez/2007.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa saúde da família. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 2(2): 47-55, jun. 2006.

PEREIRA, M. P. B. **Conhecimento geográfico do agente de saúde: competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife**. 2008. 255 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, 2008.

PEREIRA, M. P. B. A apropriação do território pelos agentes comunitários de saúde em Recife-PE. *In.*: RAMIRES, J. C. de L.; PESSÔA, V. L. S. (Org.). **Geografia e pesquisa qualitativa: nas trilhas da investigação**. Uberlândia: Assis, 2009.

PSIDONIK, L. D. de G. **O município de Erechim e sua dinâmica regional a partir dos aspectos da saúde e educação superior**. 2015. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Geografia, Erechim, 2015.

QUEIROZ, D. T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2): 276-83.

**REGIÕES de influência das cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 196 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101728>. Acesso em 24 fev. 2024.

ROJAS, L. I. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(4):701-711, out-dez, 1998.

ROJAS, L. I. Geografía y salud: entre historias, realidades y utopías. *In.*: ASSOCIAÇÃO Brasileira dos Geógrafos. **Caderno prudentino de geografia**, v. 25, 2003.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no século XXI**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SILVA FILHO, A. P. C. da; 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. *et al.* **Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2013, p. 486-511.

SPINELLI, J. (Org.). **Cadernos de mapas de Erechim**. Erechim: UFFS, 2011.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. *In.*: LIMA, N. T. *et al.* (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

## APÊNDICE A – Instrumentos de pesquisa

Quadro 01 – Entrevista com a Enfermeira Coordenadora da equipe de Saúde da Família (eSF)

<b>INSTRUMENTO DE PESQUISA – ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA COORDENADORA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)</b>
<b>Objetivo:</b> compreender de que forma a prática cotidiana de trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) contribuem na organização (planejamento, execução e avaliação) das ações e serviços de saúde voltada para a realidade local do território de atuação da equipe de Saúde da Família (eSF)
<b>Perfil laboral da entrevistada</b>
<b>Pergunta 01</b> – Qual a sua formação acadêmica? Há quanto tempo trabalha nessa UBS e está à frente da coordenação da eSF?
<b>Organização do trabalho e o território de atuação da equipe de Saúde da Família (eSF)</b>
<b>Pergunta 02</b> – Como funciona o atendimento à população na UBS?
<b>Pergunta 03</b> – Quantas são as equipes de ESF? Se mais de uma, por que houve a necessidade de organização da Atenção Básica na referida unidade em mais de uma equipe? O que diferencia uma equipe da outra?
<b>Pergunta 04</b> – Se tratando da equipe de ESF que você coordena, como é organizado o processo de trabalho? Quantos são e quais são os(as) profissionais integrantes? Quais atribuições fazem parte do dia a dia de cada um(a)?
<b>Pergunta 05</b> – Quais são os principais desafios encontrados no planejamento, no gerenciamento e na avaliação das ações e dos serviços de saúde na sua equipe?
<b>Pergunta 06</b> – Como é realizada a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades? É feito o mapeamento dessas informações pela equipe?
<b>Pergunta 07</b> – Dentro do território de atuação, existem casos em que a equipe passa (ou já passou) por dificuldades de criar vínculos com a população atendida? Se sim, por quais motivos?
<b>Pergunta 08</b> – Quais são os principais problemas de saúde que chegam até a equipe? (doenças e agravos mais prevalentes)
<b>Pergunta 09</b> – No último ano, a equipe foi demandada a direcionar o foco para quais ações de promoção à saúde da população? Voltadas a públicos-alvo/grupos específicos? Se sim, qual(is)?
<b>Trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família (ESF)</b>
<b>Pergunta 10</b> – Quais os principais desafios e potencialidades em contar com ACS integrando a equipe multiprofissional de Saúde da Família?
<b>Pergunta 11</b> – Considerando a experiência nessa UBS, de que forma a prática cotidiana de trabalho das ACS tem contribuído no planejamento das ações e dos serviços de saúde de acordo com a realidade local do território de atuação da eSF?
<b>Pergunta 12</b> – Como você enxerga, na prática, a importância da existência da política

pública Estratégia Saúde da Família (ESF)?

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Quadro 02 – Entrevista com Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)

<b>INSTRUMENTO DE PESQUISA – ENTREVISTA COM AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE (ACS)</b>
<b>Objetivo:</b> entender como funciona a prática cotidiana de trabalho das ACS, quais os principais problemas e necessidades de saúde da população adscrita aos seus territórios de atuação e de que forma essas informações estão articuladas ao reconhecimento de aspectos históricos, sociais, econômicos, políticos, culturais e naturais do território, bem como de sua apropriação.
<b>Perfil laboral da entrevistada</b>
<b>Pergunta 01</b> – Qual a sua escolaridade? Há quanto tempo trabalha como ACS nessa UBS? Você reside no território onde trabalha? Se não, você já conhecia esse território anteriormente?
<b>Cotidiano de trabalho como Agente Comunitária de Saúde (ACS)</b>
<b>Pergunta 02</b> – Qual carga horária você cumpre?
<b>Pergunta 03</b> – Como é a sua rotina como ACS? O que faz parte do processo de trabalho no seu dia a dia?
<b>Pergunta 04</b> – Quais são os maiores desafios enfrentados no cotidiano de trabalho como ACS?
<b>Acesso, reconhecimento e apropriação do território de atuação</b>
<b>Pergunta 05</b> – Como você caracteriza o seu território de atuação?
<b>Pergunta 06</b> – Qual o perfil das famílias? Há muitas famílias em situação de risco e vulnerabilidade? No geral, por quais fatores?
<b>Pergunta 07</b> – Com relação ao acesso às famílias no seu território de atuação, você tem (ou já teve) dificuldades de acessar algum local ou residência do bairro? Se sim, por que isso ocorre (ou ocorreu)? No geral, como é a relação entre você e os moradores do território?
<b>Pergunta 08</b> – Quando você percorre as ruas referentes ao seu território de atuação, o que você identifica como situações-problemas que afetam a qualidade de vida das famílias? Diante disso, quais atitudes são tomadas por você sendo uma ACS?
<b>Pergunta 09</b> – Quais os principais problemas e necessidades de saúde da população atendida? Quais ações de promoção à saúde são demandadas a partir das visitas domiciliares?
<b>Pergunta 10</b> – Como você percebe os impactos da sua atuação como ACS na qualidade de vida da população?

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

## APÊNDICE B – TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Enfermeira Coordenadora de eSF

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa *Geografia, território e saúde: prática cotidiana de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), no fortalecimento do direito à saúde no SUS*. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) desenvolvido por Nayara Almeida Lima, discente do curso de Geografia-Licenciatura da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* de Erechim sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Vanessa de Faria Lindo, Geógrafa (2005), mestra (2010) e doutora (2015) em Geografia pela UNESP de Presidente Prudente. Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Erechim e no Programa de Pós-Graduação em Geografia (PPGGeo).

O objetivo do estudo é compreender como o reconhecimento e a apropriação do território no trabalho cotidiano de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), contribui no fortalecimento do direito à saúde.

Em leituras exploratórias para a elaboração do Projeto de Pesquisa, foi verificado que uma parte expressiva dos estudos da Geografia a respeito do território e da territorialização em saúde, são orientados pela preocupação de a ciência ensinar metodologias e/ou ferramentas teóricas para melhorar as ações e os serviços de saúde, como solução para os problemas vivenciados na realidade prática. Muito embora sejam trabalhos de indiscutível relevância, o que está sendo proposto é um movimento contrário, quer dizer, o de valorizar os saberes práticos dos sujeitos envolvidos cotidianamente com as práticas de saúde. Mais precisamente, de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Convidamos você para colaborar com a pesquisa por ser Enfermeira Coordenadora da equipe de Saúde da Família (eSF). Sua colaboração consistirá em responder a perguntas de um roteiro de entrevista que contemple os seguintes pontos: organização da Estratégia Saúde da Família (eSF), Território da Saúde da Família e o Trabalho do(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos.

Para evitar riscos ou desconfortos (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item IV.3 b) prevemos como medida de minimizá-los, o cuidado para não identificar nenhuma pessoa ao utilizar diálogos provindos da entrevista, com a principal finalidade de evitar quaisquer tipos de constrangimentos para as pessoas envolvidas na pesquisa.

Os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra ficará com a pesquisadora. Desde já agradecemos a sua participação!

---

Assinatura da estudante/pesquisadora responsável

---

Assinatura da orientadora

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com a professora orientadora Paula Vanessa de Faria Lindo.

Tel.: (54) 981496622

*E-mail:* paula.lindo@uffs.edu.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(  ) ciente que esta atividade não ofertará nenhum tipo remuneração e recompensa.

(  ) manter nome confidencial. Neste caso, se desejar escolher nome alternativo: \_\_\_\_\_.

A entrevista será gravada somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.

Assinale a seguir conforme sua autorização:

[  ] Autorizo gravação [  ] Não autorizo gravação

Nome completo do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - ACS

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa *Geografia, território e saúde: prática cotidiana de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), no fortalecimento do direito à saúde no SUS*. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) desenvolvido por Nayara Almeida Lima, discente do curso de Geografia-Licenciatura da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* de Erechim sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Vanessa de Faria Lindo, Geógrafa (2005), mestra (2010) e doutora (2015) em Geografia pela UNESP de Presidente Prudente. Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Erechim e no Programa de Pós-Graduação em Geografia (PPGGeo).

O objetivo do estudo é compreender como o reconhecimento e a apropriação do território no trabalho cotidiano de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), contribui no fortalecimento do direito à saúde.

Em leituras exploratórias para a elaboração do Projeto de Pesquisa, foi verificado que uma parte expressiva dos estudos da Geografia a respeito do território e da territorialização em saúde, são orientados pela preocupação de a ciência ensinar metodologias e/ou ferramentas teóricas para melhorar as ações e os serviços de saúde, como solução para os problemas vivenciados na realidade prática. Muito embora sejam trabalhos de indiscutível relevância, o que está sendo proposto é um movimento contrário, quer dizer, o de valorizar os saberes práticos dos sujeitos envolvidos cotidianamente com as práticas de saúde. Mais precisamente, de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Convidamos você para discutir e contribuir com a pesquisa, por ser uma Agente Comunitária de Saúde (ACS). Sua colaboração consistirá em responder a perguntas de um roteiro de entrevista que, junto à observação, nos ajudará a compreender a sua prática cotidiana no território onde trabalha. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos.

Para evitar riscos ou desconfortos (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item IV.3 b) prevemos como medida de minimizá-los, o cuidado para não identificar nenhuma pessoa ao utilizar diálogos provindos da entrevista, com a principal finalidade de evitar quaisquer tipos de constrangimentos para as pessoas envolvidas na pesquisa.

Os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra ficará com a pesquisadora. Desde já agradecemos a sua participação!

---

Assinatura da estudante/pesquisadora responsável

---

Assinatura da orientadora

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com a professora orientadora Paula Vanessa de Faria Lindo.

Tel.: (54) 981496622

*E-mail:* paula.lindo@uffs.edu.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(  ) ciente que esta atividade não ofertará nenhum tipo remuneração e recompensa.

(  ) manter nome confidencial. Neste caso, se desejar escolher nome alternativo: \_\_\_\_\_.

A entrevista será gravada somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.

Assinale a seguir conforme sua autorização:

[  ] Autorizo gravação [  ] Não autorizo gravação

Nome completo do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – Levantamento do Simpósio Nacional de Geografia da Saúde

Quadro 01 – Simpósio Nacional de Geografia da Saúde: seleção dos trabalhos da 1ª a 10ª edição (2003-2021), pela identificação de palavras-chave no título

<b>Simpósio Nacional de Geografia da Saúde: seleção dos trabalhos da 1ª a 10ª edição (2003-2021), pela identificação de palavras-chave no título</b>			
<b>1ª edição (2003) – Geografia da Saúde - tendências e perspectivas</b>			
<b>Eixo(s) temático(s)</b>	<b>Palavra-chave</b>	<b>Título</b>	<b>Autoria</b>
<b>Eixo 2:</b> Organização dos Serviços e Políticas de Saúde	Territorialização	Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde	Maurício Monken
	Território	O uso do território pela saúde: o sistema hospitalar conveniado ao sus	Mariana Vercesi de Albuquerque
<b>2ª edição (2005) – A geografia e o contexto dos problemas de saúde</b>			
<b>Eixo(s) temático(s)</b>	<b>Palavra-chave</b>	<b>Título</b>	<b>Autoria</b>
<b>Eixo 3:</b> Território, promoção de saúde e cotidiano. 3.1. Percepção de saúde e espaço vivido 3.2. Promoção, vigilância em saúde e território  <b>Eixo 4:</b> Acesso aos serviços de saúde 4.2. Territorialização das políticas de saúde	Território	Agentes comunitárias de saúde e território vivido: novos olhares sobre o espaço de cuidado	Maria Amélia Medeiros Mano  Odalci José Pustai
	Território	(Re)conhecendo o território: estratégia para a promoção da Saúde	Lêda Maria Leal de oliveira  Maria Lúcia S. Miranda  Maria Regina F. Neto Maryland Friaça  Alessandra Azalim  Maria Altina Damasceno  Paula M. Sirelli  Renata P. Palmares

		Rosana Vasconcelos Sabrin
Território	A importância do software EPI Info na promoção e vigilância no Território	Flávio Pinto de Mello Jorge Luiz Lima da Silva
Território	O território como referência para a formação pedagógica e para a organização das práticas dos agentes locais e técnicos de vigilância em saúde	Mauro de Lima Gomes Maurício Monken José Luiz Telles de Almeida
Território	O espaço do território nas estratégias de organização da vigilância sanitária: uma proposta a partir da compreensão das relações entre poder público, organizações da sociedade e território	Maria Umbelina Dumont Edson Antonio Donagema Valéria Vasconcelos Padrão Ursula Gertrud Gottschald
Territorialização	Territorialização – viabilizando o acesso da comunidade rural aos serviços de saúde	Roberto Reis Ferreira Cortes Danielle Silva Coutinho Fernanda Barros do Nascimento Marisilda Brochado Ranzeiro Rosa Maria de Souza Travençolo
Território	Espaço, território e educação continuada no programa de saúde da família (PSF)	Waldir Emilio Henkes
Território	(re)avaliando territórios: a importância da geografia	Anselmo Cesar Vasconcelos Bezerra

		para uma melhor operacionalização do programa de saúde ambiental na cidade do Recife, PE.	Jan Bitoun
	Território	O conceito de território e os processos de organização da rede básica em Caxias do Sul, Santa Rosa e Sobral	Liane Beatriz Righi Elton Gosenheimer Valdir Roque Dallabrida
<b>3ª edição (2007) – Geografia, Medicina e Saúde: Do diálogo de saberes aos desafios da espacialização do processo saúde-doença</b>			
<b>Eixo(s) temático(s)</b>	<b>Palavra-chave</b>	<b>Título</b>	<b>Autoria</b>
<b>Eixo 3:</b> Políticas de saúde	Território	Apropriação do território e percepção da paisagem a partir da representação cartográfica da área de trabalho dos agentes de saúde do PSF e PSA na cidade do Recife– PE	Martha Priscila Bezerra Pereira Raul Borges Guimarães
<b>4ª edição (2009)</b>			
<b>Eixo(s) temático(s)</b>	<b>Palavra-chave</b>	<b>Título</b>	<b>Autoria</b>
<b>Eixo 3:</b> Políticas, sistema e Atenção à saúde	Território	Território usado e saúde refletindo sobre a atenção especializada em média complexidade no município do Natal/RN	Luciana da Costa Feitosa Pablo Ruyz Aranha
	Território	Reflexão sobre a política de descentralização da saúde e desdobramentos territoriais	Ana Rocha dos Santos
	Território	Salud mental y territorio: caracterización epidemiológica de la población masculina del centro hospitalario psiquiatrico vilardebó de Montevideo, Uruguay.	Carlos Gonzalo Giraldez
	Território	Vigilância, território e saúde ambiental, relato de uma experiência do PROFORMAR nos bairros Santa Luzia e Pampulha, no	Iram Martins Costa Adalberto Albuquerque Pajuaba

		município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil	Elisângela de Azevedo Silva Rodrigues
	Território	Abordagem espacial na Atenção Básica: utilização de técnica de Geoprocessamento na caracterização do Território	Thais Adriana do Carmo José Eduardo da Fonseca Rogério Dell' Antonio
	Território	A organização do território como possibilidades e limites na assistência em saúde	Vanda Aparecida Costa Sandra Célia Muniz Magalhães Geraldo Inácio Martins
	Territorialização	A territorialização da saúde no bairro Morrinhos na cidade de Montes Claros, Minas Gerais	Yara Maria Soares Costa da Silveira
	Territorialização	A territorialização dos casos notificados de hepatite b no município de Maringá - PR – 2006	Udelysyes Janete Veltrini Fonzar Alexandra Batista Sobrinho Danielle Franco da Silva Heloise de Paula Baraviera
<b>5ª edição (2011) – Espaço, ambiente e território nas práticas de saúde</b>			
<b>Eixo(s) temático(s)</b>	<b>Palavra-chave</b>	<b>Título</b>	<b>Autoria</b>
Seleção das modalidades Oral e Pôster	Território	Território plataforma da vida e do trabalho vivo em saúde: diagnóstico das condições de vida e saúde da área de cobertura do PSF de Jiquiá, Recife-PE	Mauricéa Maria de Santana Fabiana Damo Bernard Duarte Hildalina Maria Medeiros Vilela Janice Lemos de Araújo Silva

			Natália Pereira Monteiro
	Território	Território: uma investigação das demandas e práticas de cuidado em saúde mental na ESF no município do Rio de Janeiro	Nina Isabel Soalheiro Anna Carolina Corrêa de Medeiros
	Território	A categoria geográfica território no contexto da atividade de catação de materiais recicláveis: uma análise da percepção de risco à saúde e espaço vivido dos catadores	Suellen Silva Pereira
	Território	Informação e comunicação em saúde no nível local: uma reflexão sobre informação e comunicação em saúde, território e participação popular, no bairro Recreio dos Bandeirantes, Rio de Janeiro/RJ	Vanessa Laino Thiago Monteiro Mendes Christovam Barcellos
	Território	Atuação do Programa Vigilância da Qualidade da Água Para o Consumo Humano (VIGIAGUA) na Interface saúde- ambiente território: estudo de caso em Olinda- PE, Brasil.	Indianara Maria de Barros Edson Ferreira de Aquino Júnior Jéssica Rebeca Lourenço Martins Costa Anselmo César Vasconcelos Bezerra
	Territorial	Saneamento e saúde: a dimensão territorial do esgotamento sanitário no bairro do Recreio dos Bandeirantes, Rio de Janeiro/RJ.	Thiago Monteiro Mendes Vanessa Laino Christovam Barcellos
<b>6ª edição (2013) – Geografia da saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida</b>			
<b>Eixo(s) temático(s)</b>	<b>Palavra-chave</b>	<b>Título</b>	<b>Autoria</b>

<b>Eixo 3:</b> Políticas Públicas e Ações para Promoção da Qualidade de Vida	Território	Construção de territórios saudáveis a partir de observatórios de saúde em escolas de ensino fundamental, em Uberlândia - MG	Flávia de Oliveira Santos Samuel do Carmo Lima
	<b>Eixo 5:</b> Territórios, Desigualdades Sociais e Distribuição dos Serviços de Saúde	Territorialização	Territorialização – ferramenta indispensável à Saúde da Família Juliana Rodrigues de Souza Araújo George Roberto Lopes Araújo
<b>7ª edição (2015) – Saúde e fronteiras: interações espaciais e de saberes</b>			
<b>Eixo(s) temático(s)</b>	<b>Palavra-chave</b>	<b>Título</b>	<b>Autoria</b>
<b>Eixo 5:</b> Alternativas e alternativas em práticas de saúde coletiva	Território	A construção de territórios saudáveis: o indivíduo no contexto da vida	Larissa Isaura Gomes Samuel do Carmo Lima
	Território	Estratégias de promoção da saúde no território a partir da Escola Municipal Professor Eurico Silva, em Uberlândia (MG)	Flávia de Oliveira Santos Samuel do Carmo Lima
	Território e territorialidade	Territórios e territorialidades dos usuários de crack em situação de rua em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil	Paulo Peiter Mirna Teixeira Marcelly Freitas Gomes Pilar Belmonte Alda Lacerda
	Território	Mapeamento Participativo na Saúde Coletiva: Possibilidade de Gestão do Território	Aline Pires Reis Jocimara Souza Britto Lobão
<b>8ª edição (2017) – Saúde na fronteira e fronteira(s) na saúde</b>			
<b>Eixo(s) temático(s)</b>	<b>Palavra-chave</b>	<b>Título</b>	<b>Autoria</b>
<b>Eixo 13:</b> Políticas públicas de saúde	Não houve trabalhos com as palavras-chave dentro do eixo temático selecionado		
<b>9ª edição (2019) – Em defesa do SUS...MAIS Geografia</b>			

<b>Eixo(s) temático(s)</b>	<b>Palavra-chave</b>	<b>Título</b>	<b>Autoria</b>
<b>Eixo 3:</b> Abordagens geográficas da vigilância, prevenção e promoção  <b>Eixo 5:</b> Gestão/Regionalização dos serviços de Saúde	Território	A regionalização da saúde: o caminho para o sus em todos os territórios?	Michele Rocha de Araujo El Kadri
	Territorial	Os desafios do planejamento territorial dos serviços da atenção básica à saúde: o caso do município de São Sepé, Rio Grande do sul, Brasil	Douglas Bouvier Erthal Rivaldo Mauro de Faria Marcelo Zanatta
	Territorialização	Territorialização da atenção básica à saúde do sus no município de Alfenas (MG): estudo de caso sobre a UBS Jardim Nova América	Daniel Hideki Bando Denisia Gomes Moreira
	Território	Notas sobre território e técnica: os serviços de saúde no bairro Manguinha em Floriano – PI	Wanderson Benigno dos Santos Diego Salomão Candido de Oliveira Salvador
	Territorial	Proposta metodológica de vigilância em saúde participativa de base territorial envolvendo escolas em assentamentos rurais sobre impacto da contaminação agroquímica no Pontal do Paranapanema-SP	Matheus de Carvalho Moreno Raul Borges Guimarães
<b>10ª edição (2021) – Dimensões geográficas dos impactos e desafios das pandemias</b>			
<b>Eixo(s) temático(s)</b>	<b>Palavra-chave</b>	<b>Título</b>	<b>Autoria</b>
<b>Eixo 3:</b> Políticas Públicas voltadas à saúde	Territorialização	Entre o estigma e o reconhecimento: a territorialização da política nacional de saúde integral LGBT na região metropolitana do Recife	Gabriel Augusto Coêlho de Santana Rodrigo Dutra
	Território	Reflexões sobre a saúde pública no território maranhense frente ao avanço da crise sanitária	Raquel Pereira Santana Thiago Ronyerson

		causada pela covid-19	Silva Costa José Sampaio de Mattos Júnior
--	--	-----------------------	-------------------------------------------------

Fonte: *Anais do GeoSaúde* (2003-2021). Organizado pela autora