



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE-PB  
CENTRO DE EDUCAÇÃO – CEDUC  
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA – DG  
CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM GEOGRAFIA**

**JOSÉ SALES DA COSTA**

**O CONCEITO DE TERRITÓRIO E A ATUAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE DO  
BAIRRO SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE/PB  
2021**

JOSÉ SALES DA COSTA

**O CONCEITO DE TERRITÓRIO E A ATUAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE DO  
BAIRRO SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso em forma de Monografia apresentado ao Curso de Geografia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito à obtenção do título de Licenciado em Geografia.

**Área de concentração:** Geografia Humana

**Orientador:** Prof. Dr. Arthur Tavares Valverde.

**CAMPINA GRANDE/PB  
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C837c Costa, Jose Sales da.  
O conceito de território e a atuação dos agentes de saúde do bairro Santa Rosa, Campina Grande/PB [manuscrito] / Jose Sales da Costa. - 2021.  
39 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Geografia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Educação, 2021.

"Orientação : Prof. Dr. Arthur Tavares Valverde ,  
Coordenação do Curso de Geografia - CEDUC."

1. Geografia. 2. Território. 3. Agente Comunitário de Saúde. 4. Geografia da saúde. I. Título

21. ed. CDD 910.021

JOSÉ SALES DA COSTA

O CONCEITO DE TERRITÓRIO E A ATUAÇÃO DOS AGENTES DE  
SAÚDE DO BAIRRO SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB

Trabalho de Conclusão de Curso  
(Monografia) apresentado à Coordenação do  
Curso Geografia da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito final à obtenção do  
título licenciado em Geografia.

Aprovada em: 23/08/2021.

**BANCA EXAMINADORA**



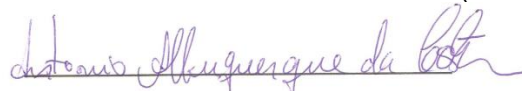
---

Prof. Dr. Arthur Tavares Valverde  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profa. Ms. Maria Marta dos Santos Buriti  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Prof. Dr. Antonio Albuquerque da Costa  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço intensamente à Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades, pela oportunidade de ter permitido que eu tivesse saúde, energia, força, disposição, e determinação para não desanimar durante a realização deste trabalho, sem ele nada disso seria possível. Pelo dom da vida, e por me acompanhar meus passos, e ajudar a ultrapassar e superar todas as dificuldades e obstáculos encontrados ao longo do curso.

À minha família que sempre esteve torcendo pela minha vitória, e em especial a minha esposa: Natalice de Salles Bezerra e meus filhos: Erlandson de Sales Bezerra e Teles de Sales Bezerra, por sempre acreditarem que a formação é o alicerce em tudo na vida do ser humano, e nos momentos de dificuldades sempre estiveram ao meu lado, realizando todo esforço em oferecer o melhor, contribuindo e acreditando em meu sucesso.

À Universidade Estadual da Paraíba e ao Departamento de Geografia, pela luta e esforço que fizeram ao nosso Curso de Licenciatura, principalmente aos professores em especial ao professor Faustino Moura Neto que esteve sempre à frente da Coordenação, e que mesmo sabendo das dificuldades, deram o seu sim, na luta por essa graduação.

Ao meu orientador Professor Dr. Arthur Tavares Valverde, pela contribuição, compreensão, paciência e responsabilidade, durante esse percurso, por meio das disciplinas que lecionou e pelo acompanhamento de todo o desenvolvimento da pesquisa.

E por fim, aos meus colegas de turma, que convivi durante os últimos anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências e que permitiram crescer, e por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado. São eles: Adriano, Andreza, Anna, Carlos, Claudiane, Clara, Danilo, Edvanio, Esdras, Ingrid, Janiery, Jadiel, Luendrio, Luan, Marcelo, Ronaldo, Rodrigo, Raone, Ricardo, Rogério (*in memoriam*), Taís, Vanessa Santos, Vanessa Barbosa, Wagner, Kaio e Valdir.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Figura 1 – | Mapa de Localização do bairro Santa Rosa em Campina ..... | 21 |
| Figura 2 – | Gráfico sobre a visita domiciliar .....                   | 27 |
| Figura 3 – | Gráfico Cobranças e Influência no Trabalho .....          | 28 |
| Quadro 1 – | Entraves e Dificuldades na atuação dos ACS .....          | 28 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PNACS – Programa de Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
- SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
- APS – Atenção Primária a Saúde
- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- ESF – Equipes de Saúde da Família
- PSF – Programa de Saúde da Família
- SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

## RESUMO

Territorializar é um termo que abrange diversas ciências e gira em torno do delimitar fisicamente um espaço de ação e para a Geografia da Saúde não seria diferente. Para tanto, essa pesquisa se insere no campo da Geografia da Saúde, subcampo da Geografia, que utiliza, entre os seus caminhos analíticos, a categoria território para caracterizar os espaços de atuação dos agentes sociais e políticos. Desse modo, buscou-se compreender a atuação dos agentes comunitários de saúde do bairro Santa Rosa, em Campina Grande/PB, relacionados a categoria de território, em sua definição para a Geografia e também a saúde. Por meio de pesquisa teórico – documental, da aplicação de questionários aos ACS, parte da abordagem qualitativa dos dados obtidos (obedecendo normas de segurança o Ministério de Saúde devido a pandemia do COVID-19), pode-se atender os objetivos da pesquisa. Com relação aos resultados alcançados, pode-se dizer que o espaço geográfico pode favorecer ou dificultar a atuação do ACS no bairro Santa Rosa, contudo, o maior agravante é a aplicação das políticas públicas de forma eficaz e formação continuada do profissional que utiliza da categoria geográfica território para o seu trabalho cotidiano.

**Palavras-Chave:** Geografia; Território; Agente Comunitário de Saúde;



## **ABSTRACT**

Territorialize is a term that encompasses several sciences and revolves around physically delimiting a space for action, and for the Geography of Health it would be no different. Therefore, this research is inserted in the field of Health Geography, a subfield of Geography, which uses, among its analytical paths, the category territory to characterize the spaces of action of social and political agents. Thus, we sought to understand the role of community health agents in the Santa Rosa neighborhood, in Campina Grande/PB, related to the territory category, in its definition for Geography and also for health. Through theoretical - documentary research, the application of questionnaires to the ACS, part of the qualitative approach of the data obtained (following the Ministry of Health's safety standards due to the COVID-19 pandemic), the research objectives can be met. Regarding the results achieved, it can be said that the geographic space can favor or hinder the performance of the ACS in the Santa Rosa neighborhood, however, the biggest aggravating factor is the effective application of public policies and the continuing education of the professional who uses the category geographical territory for your daily work.

**Keywords:** Geography; Territory; Community Health Agent;

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....  | 10 |
| 2 O CONCEITO DE TERRITÓRIO PARA A GEOGRAFIA E PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ..... | 12 |
| 3 METODOLOGIA .....   | 19 |
| 3.1 Procedimentos metodológicos .....   | 19 |
| 3.2 Caracterização da Área de Estudo .....  | 20 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....  | 22 |
| 4.1 O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) .....                            | 22 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 33 |
| REFERÊNCIAS .....   | 37 |
| APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO .....   | 39 |

## 1 INTRODUÇÃO

A Geografia por meio das categorias geográficas (espaço, paisagem, lugar, território e região) alcança sua objetividade de forma a relacionar o meio e a sociedade. Dessa forma, mesmo que empiricamente, o ser humano percebe as categorias de forma abstrata, mas indissociável à vida deste. O conhecimento das categorias geográficas facilita a delimitação do objeto de estudo das pesquisas.

Quando se fala do conceito de território em qualquer entendimento, tem a ver com o conceito de poder, tanto ao poder no sentido de dominação, quanto ao poder no sentido mais subjetivo ou simbólico, de apropriação (HAESBAERT, 2010). Ou seja, território na Geografia, de forma geral, é uma delimitação de área a partir da concepção do poder, mas não só isso.

A Geografia da Saúde surge da perspectiva das ciências naturais e sociais, em princípios amadurecidos que modificam o espaço de ações e objetos, sugerindo uma releitura construtiva do espaço de ordens naturais, humanas e territoriais (GONÇALO, 2016). A Geografia da Saúde, como um subcampo da Geografia, surge no século XX, sendo uma nova perspectiva da Geografia Médica.

Neste momento, o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é colocado em evidência, pois atua junto às equipes de saúde e da comunidade na elaboração, programação, avaliação e reprogramação do plano de ação de saúde local, tornando-se assim fator importante no processo de promoção e manutenção da saúde local. Tendo em vista isso, neste trabalho objetiva-se compreender a atuação do ACS na comunidade e como os aspectos físicos, econômicos e sociais interferem no cotidiano laboral.

A partir de pesquisa teórico – documental, e de campo com aplicação de entrevistas aos ACS do Bairro Santa Rosa em Campina Grande/PB com abordagem qualitativa dos dados obtidos (obedecendo normas de segurança o Ministério de Saúde devido a pandemia do COVID-19), pôde-se atender aos objetivos da pesquisa. Desta forma, tivemos a oportunidade de refletir acerca das dificuldades encontradas no dia-a-dia dos Agentes Comunitários de Saúde, com base em indicadores das atividades realizadas nas áreas atendidas, e sua relação com a população e os demais profissionais de saúde, além de observar como esse ACS age como territorializador e modificador dos espaços geográficos, e identificar

alternativas que esses ACS's encontram para melhor atuar, utilizando-se do conceito de território na prática cotidiana.

O trabalho divide-se em quatro partes, a primeira irá abordar o conceito chave para o desenvolvimento da pesquisa como o território para a Geografia e para o Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda parte consiste na metodologia que aborda os métodos e procedimentos realizados para atender os objetivos e também a localização geográfica da área estudada. A terceira parte aborda os resultados e discussões obtidos através da pesquisa *in loco* e aplicações de questionários e, por fim, foi apresentada as considerações finais da pesquisa.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visto que este só foi criado em Campina Grande em 1995; e, além disso, a maioria dos profissionais selecionados para atuar no programa não apresentava perfil para trabalhar na estratégia (Guimarães, 2006).

Os agentes comunitários de saúde (ACS's) foram incorporados no ano de 1995, no PSF sendo em número de cinco a seis por equipe, vindo a beneficiar e contribuir com o trabalho realizado pelas equipes do PSF.

No período inicial de implantação, o Programa contava com cinco equipes, sendo três delas localizadas no Bairro do Pedregal e duas no Bairro do Mutirão. Salientamos, no entanto, que uma dessas últimas equipes posteriormente foi deslocada para o Bairro do Tambor. Os critérios utilizados na seleção dos bairros onde seria implantado o Programa tiveram por base dados epidemiológicos, tais como: altos índices de desnutrição e mortalidade, carência de acesso aos serviços de saúde, entre outros (Campina Grande, 1994).

A seleção dos profissionais que trabalhariam no Programa se deu através de um processo seletivo simplificado, constando de uma prova escrita, uma dissertação sobre um tema pertinente ao Programa, além de uma entrevista e prova de títulos. A contratação dos profissionais se realizou pelo regime celetista. Os agentes comunitários de saúde, no entanto, foram bolsistas durante quase nove anos, sem nenhum direito trabalhista.

Em julho de 2004, foram contratados pela prefeitura por um período de dois anos. Atualmente, esses trabalhadores pertencem ao quadro de funcionários do município, e conta com mais de seiscentos profissionais divididos em cento e seis equipes de Saúde no município de Campina Grande.

## **2 O CONCEITO DE TERRITÓRIO PARA A GEOGRAFIA E PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Sabe-se que o conceito de território e os estudos relacionados vem se constituindo em uma tradição do pensamento geográfico nos últimos 100 anos (VALVERDE, 2004). Território, assim, remete à ideia de lugar, espaço de residência ou local onde se desenrolarão as múltiplas relações entre os agentes, sejam sociais ou econômicas atrelado comumente a relação de poder inserido nesse espaço de análise convívio (MARIANI; ARRUDA, 2010, p.04).

Um dos fatores importantes relacionados ao conceito de território é que na conjuntura histórica do pós-guerra e Guerra Fria (século XX) estava ligado fortemente ao conceito de Estado-Nação. Limitados assim por aspectos físicos dos países, sob gestão dos líderes políticos estatais que deveria proporcionar bem-estar e segurança nacional, garantindo legitimidade ao território sob seu domínio (MARIANI; ARRUDA, 2010, p.04).

A atual fase do capitalismo denominada globalização, fez emergir empresas e relações transnacionais e a crescente aliança dos múltiplos territórios em rede, desfavorecendo o poder político dos Estados-Nação (MARIANI; ARRUDA, 2010, p.05). Nesse período, o conceito de território adquire um sentido mais amplo e complexo, ligada a ideia de relações de poder entre agentes e o espaço de influência.

Desse modo, o território, uma vez expressando o local da manifestação de poder, apresenta três perspectivas distintas: jurídico-política, cultural e econômica (HAESBAERT, 2001). Como jurídico-política, tem-se – território como espaço delimitado e passível de controle, de caráter estatal; como perspectiva cultural refere-se a dimensões simbólicas e subjetivas, em que o território é visto como produto da apropriação feita através do imaginário e/ou identidade social sobre o espaço; e, é econômica, quando o território se configura como produto espacial do embate entre classes sociais e da relação capital-trabalho (MARIANI; ARRUDA, 2010, p.05).

O que irá diferenciar o processo de concepção do conceito de território são as relações de poder e elementos culturais das sociedades, diferindo do conceito de espaço – objeto de estudo da Geografia que analisa as relações e ações indissociáveis num espaço propriamente dito. O território se forma a partir do

espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um agente modificador em qualquer nível, que ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente, o ator “territorializa” o espaço (RAFFESTIN, 1993). Mariani e Arruda (2010, p. 05) afirmam que:

Desta feita, o território é uma categoria de análise produzida por ações políticas e socioeconômicas. Emerge como um produto da construção de uma sociedade, num processo de apropriação de uma porção do espaço por uma coletividade. Observa-se que os múltiplos agentes, como os governos, as empresas e os próprios indivíduos podem criar e/ou destruir territórios a partir do momento em que habitam e começam a estabelecer relações nos espaços, com os poderes de dominação e apropriação que lhe são peculiares.

Exemplo desse processo, tem-se a análise dos espaços públicos das metrópoles como um importante instrumento de compreensão da realidade urbana e social, pois a partir dela concebe-se a prática de conceitos geográficos que delimitam e caracterizam as ações e processos do espaço e diferencia-os. Gomes afirma que “um olhar geográfico sobre o espaço público deve considerar, por um lado, sua configuração física e, por outro, o tipo de práticas e dinâmicas sociais que aí se desenvolvem” (GOMES, 2006, p. 172).

O conceito de território possibilita direcionar muitas reflexões sobre os contextos reais, configurando-se como uma das chaves de acesso à interpretação de práticas sociais circunscrita a uma dada porção do espaço (GOMES, 2006). Desde os primórdios, o território era delimitado pelas suas feições físicas e usado para determinados fins, dentre eles proteção e manutenção da raça, e à medida que o homem foi modificando o espaço e com a evolução das técnicas, o território começou a constituir novos valores de interesses no espaço geográfico (SANTOS, 2006). Raffestin (1993) fala sobre o território, o domínio e substrato do social:

De acordo com a nossa perspectiva, a territorialidade-adquire um valor bem particular, pois reflete a multidimensionalidade do "vivido" territorial pelos membros de uma coletividade, pelas sociedades em geral. [...]. Os atores, sem se darem conta disso, se auto modificam também. O poder é inevitável e, de modo algum, inocente. Enfim, é impossível manter uma relação que não seja marcada por ele. (RAFFESTIN, 1993, p.158-9).

Nesse sentido, o conceito de território é uma extensão do espaço que é apropriada e utilizada, ultrapassa a raça humana e prescinde da existência de Estado (SANTOS, 2006, p. 19). Territorialidade é, dessa forma, algo que “se estende

aos próprios animais, como sinônimo de área de vivência e de reprodução; e a territorialidade humana pressupõe também a preocupação com o destino, a construção do futuro, o que, entre os seres vivos, é privilégio do homem (SANTOS, 2006, p. 19).

O território é um referencial de interações múltiplas que (re)criam delimitações devido às ações de forças que constroem seu substrato, mas que essas referências ou aspectos sejam de identidade, economia, política, meio natural, social e passível de descontinuidade (GONÇALO, 2016).

O conceito de território como área delimitada por poder e/ou influência, torna-se imprescindível para ordenação do espaço, o uso desta categoria na análise da situação em saúde e na análise de risco não se limita exclusivamente à localização de eventos de saúde. Diante disso, as ocorrências de fenômenos, potencialidades e limitações dependerão da diversidade de seus próprios conceitos e conteúdo, onde o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais (BARCELLOS *et al.*, 2002).

Sabe-se que o território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS *et al.*, 2002). Assim, é necessário mais que apenas delimitar territórios para os serviços, deve-se levar em consideração a relação entre o vínculo e o pertencimento entre a população e os serviços – denominando-se de territorialização (FARIA, 2019, p.4522).

Falar em territorialização de uma coisa é uma tautologia, pois todas as coisas necessariamente estão “territorializadas”. Nada pode ser adjetivado com território. Ele é inerente a existência das coisas. É, portanto, errado falar em “territorialidade da saúde”, pois ela só pode significar um uso do território, este é inerente a ela. A discussão, portanto, é outra: aquela da distribuição sócio-espacial ou sócio-territorial dos serviços de interesse social, inclusive a saúde (SOUZA, 2004, p. 70).

Há alguns anos, a saúde pública utiliza dados e informações através do processo de territorialização. Vale-se dessa ferramenta de localização para delimitar eventos de saúde e doença, de unidades de saúde dispostas no espaço e a definição das áreas de atuação (GONDIM *et al.*, 2008). O território auxilia assim na análise de informações geradas pelo setor saúde e na espacialização e distribuição de doenças, doentes e serviços circunscritos à atuação do Estado (SOUZA, 2004).

No âmbito da saúde pública, o conceito de territorialização é encarado de forma ampla, como um processo de habitar e vivenciar um território, uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações ou mesmo um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.) (GONDIM *et al.*, 2008).

Souza (2004, p. 70) afirma que o “território é categoria de análise social”, ou seja, um procedimento metodológico que possibilita a aproximação e análise da realidade viabilizando a produção social da saúde (GONDIM *et al.*, 2008). A utilização do termo território no SUS é aplicado de acordo com as diretrizes e princípios que foram construídas baseada no movimento da Reforma Sanitarista, do processo de redemocratização do país e da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CARVALHO, 2013). O uso do conceito ganhou importância a partir da criação do PACS, em 1991, e da ESF (antes PSF), em 1994, objetivando de reorganizar o SUS sobre a ótica de regionalização para maior eficácia na prevenção e promoção da saúde (CARVALHO, 2013).

Sabe-se ainda que a territorialização no campo da saúde pública relaciona a organização e gestão do sistema de saúde, a destinação de recursos e a articulação do grupamento de oferta de serviços por meio de fluxos de referência entre municípios. Nesse processo percebe-se a interação de atores, organizações e recursos, que resulta num movimento que estabelece os vínculos de estruturação à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local, ou seja, as políticas públicas são descentralizadas para atingir as camadas mais necessitadas da sociedade (GONDIM *et al.*, 2008). Essa configuração do sistema de saúde pode originar diferentes padrões de interdependência entre lugares, atores, instituições, processos e fluxos, preconizados no Pacto de Gestão do SUS (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

Para Castro *et al.* (2010, p. 47), o conceito de território relacionado ao SUS “passa de quadro estático, em que a vida ocorre, para espaço em que um conjunto de saberes, poderes, necessidades, desejos, valores, interesses e discursos se organizam e se reorganizam de maneira específica”. Ou seja, “um território de processos e redes em que são exercidas as ações de poderes de territorialidade do SUS sobre a população do lugar, causando as redes de territórios dos já existentes” (GONDIM *et al.*, 2008, p.08).



Nesse sentido, o conceito de território no SUS é considerado um espaço delimitado político-administrativamente ou mesmo resultado de uma construção social que exerce um poder ou influência sobre determinada área. Pode-se identificar aspectos históricos, ambientais, políticos, culturais e etc, que possibilita a atuação do SUS. Daí fala-se do território - processo ou região de saúde, ou territorialização da saúde pública (territorializar continuamente, atuando no espaço).

É essencial para se sair desse impasse do fracionamento das ações e serviços de saúde, do isolamento, do centralismo federal programático e sem visão de planejamento regional. Será pela região que se promoverá a integração dos serviços ora fracionados, em rede, unindo os municípios de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde sem perder o princípio constitucional da descentralização (SANTOS; CAMPOS, 2015, p. 440).

Essa descentralização traz aos municípios maior poder de decisão de destinação de políticas públicas, e “[...] gerou a necessidade de se limitar cada sistema de saúde com base no território e na população” (BORGES; TAVEIRA, 2012, p. 242). O sistema de saúde pública no Brasil é entendido em quatro categorias de território, são elas "distrital, (dado pelo poder político administrativo); território-Área, (conjunto das microáreas determinadas pelos ACS e Secretária de Saúde); Micro área (homogeneidade socioeconômica e epidemiológica); e Moradia (lugar residencial para atendimento de uma família) (GONÇALO, 2016, p. 22).

A territorialização e territorialidade do SUS se faz relevante que hajam melhores condições de serviços e atendimentos à população, contudo, o território no qual o ACS atua está sujeito à múltiplas modificações num curto espaço de tempo, e influencia na realidade do quantitativo de indivíduos atendidos (BORGES; TAVEIRA, 2012). Mendes (1993), fala em sua obra que no processo de municipalização podem ser identificados os territórios-distritos (na delimitação político-administrativa); território área (na delimitação da área de abrangência de uma unidade ambulatorial); território-micro área (a lógica da homogeneidade socioeconômica sanitária); e território-moradia (lugar de residência da família).

Em meados da década de 1970, influenciados pela reforma sanitária italiana, que constituiu um grupo restrito de pensadores, começa-se a surgir a reflexão sobre o funcionamento dos serviços de saúde de forma igualitária e a fim de atender a todos que necessitassem, partiu-se da base territorial, levando a um maior interesse

sobre os critérios de delimitação de territórios para saúde (GONDIM *et al.*, 2008, p. 03). Assim, a Reforma Sanitária Brasileira tinha como metas:

[...] saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer. A saúde, nesse sentido, é definida como um 'direito do cidadão' e, conseqüentemente, um 'dever do estado' (SILVA, 2004, p. 55).

Mas foi em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, que houve a elaboração do projeto da Reforma Sanitária Brasileira que, de forma geral, empenhou-se em revisar as questões teórico-políticas e recuperar princípios e diretrizes do movimento pela democratização da saúde (GONÇALO, 2016, p. 20). Baseado na Constituição Federal de 1988 que garante a saúde como um direito de todos, o projeto de Reforma Sanitária Brasileira contou com a participação da sociedade, sendo um marco pós ditadura militar destacando-se por ser a primeira conferência a ter a participação da população (RODRIGUES, 2011).

Na Constituição Federal podem-se identificar essas diretrizes e princípios do SUS, na Seção II da Saúde nos artigos 196 e 198:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 2006, p.7).

Diante da elaboração dessas leis de garantia de serviços de saúde a toda população como direito fundamental, o conceito de território aparece como norteador na execução das leis e políticas públicas de promoção de saúde e prevenção de doenças – caracteriza-se o território de saúde. As regionalizações ou territorializações são organizadas pelo SUS sob os aspectos demográfico e epidemiológico, do espaço vivido, baseados na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90). Os aspectos demográficos é a intervenção sanitária eficiente e a atenção

aos problemas que possam afetar a população; já o aspecto epidemiológico, refere-se as doenças que afetam esta população (GONÇALO, 2016, p. 21).

Enfim, a partir do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) com a meta de reduzir a mortalidade dos indivíduos, promover ações de atenção à saúde nos territórios ou regiões de maior fragilidade, em 1991 é criado o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e traz a importância da atuação e ações no SUS sobre construção do território de saúde (GONÇALO, 2016, p. 22).

A importância dessas ações promovidas pelos ACS, outrora chamados de visitantes sanitários, veio representar, para Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde, uma nova tática territorial de promoção da saúde e de surgimento do elo entre as equipes de saúde e a comunidade adstrita, o que condicionou em experiências nas áreas de atuação do programa, dados estatísticos positivos nas condições de saúde da população (Fundo das Nações Unidas para a Infância e do Ministério) (GONÇALO, 2016, p. 21).

Com isso, o Brasil procura inserir seus níveis de atenção e promoção à saúde no espaço mundial, baseando-se em movimentações internacionais, identificava-se uma nova dinâmica de ação e extensão de promoção numa lógica territorial. Com isso, conclui-se que “[...] a base territorial é um dos princípios organizativo-assistenciais mais importantes do Sistema de saúde” (Barcellos, 2006 apud Gonçalo, 2016, p.26). Os ACS assumem seu papel de fato com a consolidação dos PSF, fazendo parte da equipe de profissionais de saúde em 1994, e o conceito de território torna-o um agente organizador do espaço e transformador do território-saúde.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Procedimentos metodológicos

Essa pesquisa é exploratória descritiva, quando objetiva o desenvolvimento de ideias. Parte do levantamento bibliográfico iniciado com pesquisa em periódicos e livros, objetivando construir base sólida para a discussão dos objetivos. Posteriormente, a elaboração de questionários que ratificam experiências práticas com o problema pesquisado e a análise de exemplos que estimulem a compreensão geral (GIL, 2010). Quando se fala que é uma pesquisa descritiva, refere-se ao “objetivo de estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, etc.” (GIL, 2010, p. 42).

O questionário foi aplicado por meio da plataforma do Google (Google Formulários) e *WhatsApp* que possibilitou a obtenção de dados em período de pandemia do COVID-19, no qual medidas de isolamento social e distanciamento foram regulamentadas a fim de contenção de novos casos. Os questionários foram construídos em 3 perguntas de caracterização individual e 14 questionamentos sobre a temática de valorização profissional e o uso do conceito de território como alternativa de organização da rotina laboral.

No mês de março e abril de 2021 participaram da pesquisa 15 Agentes Comunitários de Saúde, classificando-os por gênero, idade e escolaridade a fim de caracterizar qual público exerce a profissão, o que representa 00 % do número total de profissionais. Todo o processo de obtenção de dados respeitou as normas sanitárias alusivas ao período de pandemia.

A abordagem utilizada é a qualitativa, quando analisa a vida profissional do Agente Comunitário de Saúde, que exerce papel fundamental na promoção e atenção à saúde em diversas escalas, além da compreensão da concepção do conceito de território e territorialização na espacialização do Bairro Santa Rosa em Campina Grande. Sobre a construção dos resultados da pesquisa foram utilizados gráficos dos Softwares Excel e Word.

Essa pesquisa compara as evidências geográficas e afim de elencar as dificuldades encontradas por esses profissionais, seja de aspectos físicos, de gestão entre outros; e o quanto esses profissionais contribuem para o planejamento e execução dos trabalhos nas comunidades.

A pesquisa foi realizada no Bairro Santa Rosa no município de Campina Grande/PB, visto a facilidade em obtenção de dados e acesso aos agentes comunitário de saúde e também a decorrência de entraves no aspecto físico do território que serviu de análise potencial para a pesquisa.

### **3.2 Caracterização da Área de Estudo**

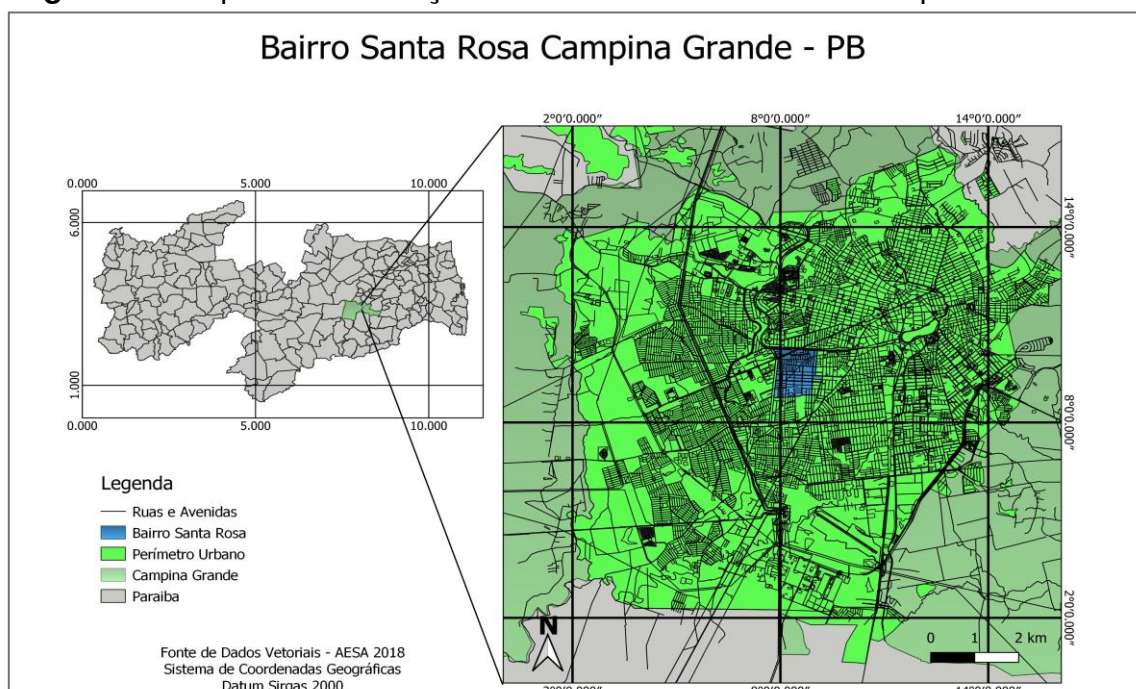
Campina Grande é um dos 223 municípios do estado da Paraíba, distante 120km da capital João Pessoa, e apresenta forte influência na região. Com população estimada de 411.807 habitantes e tem 648,31 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2020). A área geográfica do município é de 594,2 km<sup>2</sup>. Campina Grande é a segunda cidade mais importante da Paraíba, a mesma limita-se ao Norte com os municípios de Massaranduba, Lagoa Seca, Pocinhos e Puxinanã; ao Sul com Fagundes, Queimadas, Boqueirão e Caturité; ao Leste com Riachão do Bacamarte e Ingá; e ao Oeste com Boa Vista (IBGE, 2010).

Campina Grande é tida como média cidade de forte influência regional, inclusive formando uma região metropolitana, que se caracteriza centro de uma rede de dependência que municípios (num raio de mais de 100 km de distância de outras cidades) consomem diariamente na cidade – seja produtos, serviços etc. (GOMES, 2020). Um dos 49 bairros da cidade de Campina Grande/PB, o bairro Santa Rosa (FIGURA 01) fica na zona Oeste de Campina Grande, ao norte com o bairro Centenário, no Sul com Presidente Médici, ao leste com o Bairro Jardim Quarenta e Oeste localiza o bairro Dinamérica.

O bairro do Santo Rosa localiza-se na Zona Oeste da cidade de Campina Grande, fazendo limites com os bairros ao norte Centenário, ao sul Santa Cruz e Cruzeiro, ao leste Quarenta e ao Oeste Dinamérica. Ocupa uma área de 133,55 hectares e apresenta uma população de 11.478 habitantes, sendo 5.421 homens e 6.057 mulheres; 83,5% dos moradores são alfabetizados e a renda média familiar é de dois salários mínimos nacionais (BRASIL,2010 *apud* MAIA et al, 2013).

O bairro do Santa Rosa é tradicional e faz parte da conjuntura física e histórica do município de Campina Grande. Este se consolida como uma média cidade de forte influência regional, sede de uma região metropolitana que apresenta uma rede de influência em outros diversos municípios que consomem diariamente na cidade – seja produtos, serviços etc. (GOMES, 2020).

**Figura 01:** Mapa de Localização do bairro Santa Rosa em Campina Grande/PB



**Fonte:** SALES, 2021.

Sua história teve início em 1940 quando o bairro Santa Rosa era conhecido pelo nome de “Moita” em homenagem ao Sr. Sargento Joaquim Lourenço de Santana, primeiro habitante do bairro e dono de maior parte das terras. Nesta época era um sítio dividido em duas partes: uma alta e outra baixa, ou seja, Moita de Cima e Moita de Baixo. E que contava com apenas três residências.

Proveniente do bairro de José Pinheiro desta cidade, nesta mesma época a família do Sr. Antônio Evaristo comprou da mão da Senhora Francisca Lourenço, duas quadras e cinquenta braça de terra (equivalente a 56 lotes), por 400 mil réis, incluindo as despesas referentes à escritura, perfazendo assim a importância de 480 mil réis.

Segundo pesquisa, com o crescimento do bairro vieram as famílias dos Senhores Bernardo Nogueira, José Martins, Adeldo Porto, José Maciel, e João Cobó, que também possuíam partes do terreno na referida área. Dessas famílias apenas a família do Sr. João Cobó ainda reside no referido bairro, como também alguns dos filhos do Senhor José Martins isto no ano de 1984. (DEPARTAMENTO CULTURAL SAB SANTA ROSA, 1984).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

Por volta da década de 1980, no Brasil, foi pensado, através do Ministério da Saúde, um modelo de assistência à saúde, focando em uma assistência mais abrangente que contemplasse não apenas parte da população, mas todos sem discriminação ou distinção. Foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios de diretrizes que determinasse integrar equiparar e universalizar as diversas regiões do país.

Com o passar do tempo, várias alternativas foram apresentadas para complementar este serviço prestado de maneira a atender os anseios da comunidade, especialmente no âmbito da atenção primária. Em 1991, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em seguida em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), inserindo o ACS nesta estratégia de atendimento voltado para atuar nas políticas de atenção básica nas comunidades, em parte dos municípios brasileiros. Conforme Silva (2015),

O Agente Comunitário de Saúde é o profissional responsável por atuar nas atividades de promoção e de prevenção em saúde/doença, mapeando e encaminhando pessoas da comunidade adscrita aos serviços de saúde oferecidos a essa população pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) (SILVA, 2015, p. 25).

O PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) surge em 1991, sendo regulamentado em 1997, e trouxe excelentes melhoras ao contexto social de saúde, expressou a minimização das situações de doenças nas áreas de maior vulnerabilidade no Brasil. Portanto, deve-se às ações em territórios delimitados, atividades realizadas diariamente pelos ACS, que se tornam primordiais para as estratégias de promoção à saúde no espaço geográfico e coloca em prática todas as diretrizes e utiliza-se da territorialização para cumprir seu papel.

A atividade do ACS efetua a territorialização do SUS, e a lei que o legitima garante a “[...] ordenação da formação dos trabalhadores do setor, com base em metodologias mais reflexivas, voltadas ao aprendizado no próprio exercício profissional” (BARROS *et al.*, 2010, p. 79) e, ademais, garantiu legitimidade da função dos ACS, isto em 1992. Alguns anos após a homologação da Lei 10.507 de

10 de julho de 2002 e, a Lei 11.350, de 05 de outubro de 2006, a função do ACS como profissional de saúde foi ampliada para todo país. A adoção dessas propostas uma tentativa por parte do governo federal que viabilize a reestruturação da atenção à saúde no Brasil, garantido pelo direito institucionalizado da Constituição Federal de 1988 (SOUZA, 2009).

Diante disso, a ampliação da cobertura das áreas de saúde, depende da ação de políticas que possibilitem continuidade em diversas iniciativas de âmbito regional ou local, que se traduziram em programas, utilizando a mesma estratégia de recrutamento de trabalhadores residentes no próprio grupo social (MOROSINI, 2007, p. 157). A condição de ser um ACS que resida no local de atuação possibilita a atuação mais precisa e gera na sociedade maior confiança no profissional, os resultados positivos motivaram o Ministério e secretárias da saúde expandirem o PACS pelo Brasil. Isso evidenciou e provocou uma nova realidade de ações políticas do SUS, no qual encaixou-se nos propósitos da APS levando conseqüentemente na modificação do nome de PNACS, em 1992, para PACS (MOROSINI, 2007). Os agentes comunitários de saúde (ACS's) foram incorporados no ano de 1995, no PSF sendo em número de cinco a seis por equipe, vindo a beneficiar e contribuir com o trabalho realizado pelas equipes do PSF.

Em Campina Grande no período inicial de implantação (1995), o Programa contava com cinco equipes, sendo três delas localizadas no Bairro do Pedregal e duas no Bairro do Mutirão. Salientamos, no entanto, que uma dessas últimas equipes posteriormente foi deslocada para o Bairro do Tambor. Os critérios utilizados na seleção dos bairros onde seria implantado o Programa tiveram por base dados epidemiológicos, tais como: altos índices de desnutrição e mortalidade, carência de acesso aos serviços de saúde, entre outros (Campina Grande, 1994).

A seleção dos profissionais que trabalhariam no Programa se deu através de um processo seletivo simplificado, constando de uma prova escrita, uma dissertação sobre um tema pertinente ao Programa, além de uma entrevista e prova de títulos. A contratação dos profissionais se realizou pelo regime celetista (Consolidação das Leis do Trabalho - CLT), mediante convênio com a Associação de Moradores da área onde trabalhavam. Os agentes comunitários de saúde, no entanto, foram bolsistas durante quase nove anos, sem nenhum direito trabalhista.



Em julho de 2004, foram contratados pela prefeitura por um período de dois anos, com a promessa de que passariam a ter garantidos os direitos previstos na CLT. Atualmente, esses trabalhadores pertencem ao quadro de funcionários do município, e conta com mais de seiscentos profissionais divididos em cento e seis equipes de Saúde no município de Campina Grande.

Com base nos dados tratados a partir das entrevistas realizadas com 12 ACS (100% do total) do bairro Santa Rosa em Campina Grande, identificou-se que a maioria dos profissionais que exercem essa função são do gênero feminino ((68%, 8 pessoas), sendo 32% masculino (4 pessoas), com idades que variam de 38 a 58 anos. Os ACS são experientes no cargo visto que trabalham há mais de oito anos cumprindo a função. Mais precisamente 16% (2 pessoas) trabalha de oito a onze anos, 68% (8 pessoas) trabalha a 12 anos e 16% (2 pessoas) trabalham a 23 anos na modalidade de servidor público estatutário.

A experiência e o reconhecimento dos aspectos físicos e sociais da área requerem a esse cargo exigências para que sejam aptos ao serviço, desse modo, 9 entrevistados possuem ensino médio e os outros 3 possuem ensino superior. O conhecimento auxilia na realização mais dinâmica e precisa da atuação dos ACS. Os entrevistados foram indagados sobre o(s) fator(es) de atração pela escolha dessa função e obteve-se as seguintes respostas:

Entrevistado 01: *“Pelo motivo de que a ascensão no serviço público traz uma segurança estável na profissão, colocando você em uma condição de segurança.”*

Entrevistado 02: *“Estabilidade em primeiro lugar e segundo já tinha interesse em trabalhar com pessoas, direto na comunidade”.*

Entrevistado 03: *“Eu já trabalhava na área de saúde (receptionista) e ser ACS é um aprendizado diário”.*

Entrevistado 04: *“Já trabalhava com visitas domiciliares, o concurso foi o atrativo a mais”.*

Entrevistado 06: *“Foi a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho”.*

Entrevistado 07: *“Oportunidade de contribuir com a saúde da população”*

Entrevistado 09: *“Trabalhar no serviço público na área da saúde”.*

Entrevistado 10: *“Oportunidade de trabalho e estabilidade”.*

Entrevistado 11: *“Ingressar no cargo público”.*

Dentre os fatores mais identificados, destacam-se: a estabilidade financeira que o cargo público efetivo proporciona, experiência e identificação com o cargo e

contribuição na saúde da população. Esses profissionais são delimitados de acordo com a localidade atendida em equipes, são elas: Equipe I (3 agentes) Equipe II (4 agentes) e Equipe III (5 agentes). A localidade e número de indivíduos atendidos são levados em consideração na realocação dos profissionais por área, ou seja, as áreas que mais detém ACS referem-se a demanda de visitas domiciliares.

Os ACS fazem uso dos conhecimentos prévios sobre a localidade de atuação e sabe-se que o PACS foi muito importante nessa atividade, visto que teve como missão básica a definição de área geográfica para que o programa fosse de fato implementado, com atenção às famílias vulneráveis a riscos de adoecer e a mortalidade, decorrente de baixos níveis de bem-estar social, vulnerabilidades sociais e econômicas, condições de saúde precárias e decadentes etc.

Desse modo, o Agente Comunitário, faz a utilização de instrumentos de coleta de informações que passam a integrar o banco de dados do Ministério da Saúde (MS). Diante do aumento da demanda, o MS ao longo dos anos estudou formas de melhorar a atuação dos profissionais e investiu na abordagem de trabalho destes implantando sistemas de coleta de dados com os quais trabalharam, posteriormente modernizando esse mesmo sistema de coleta de dados. Questionados acerca das atribuições do cargo e atividades laborais cotidianas destacaram-se:

Entrevistado 01: *“Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente daquelas em situação de risco”.*

Entrevistado 02: *“Diariamente é feito toda uma comunicação, mapeamento, colegas de dados sociodemográficos e condições de vida de todos os elementos envolvidos naquele local. Um elo entre a sociedade e a equipe para os devidos atendimentos no caso unidades de saúde no seu bairro”.*

Entrevistado 04: *“Realiza visitas domiciliares para dar suporte a população que necessita de acesso aos serviços de Saúde. Desta forma podemos cadastrar a população em solicitações de exames e consultas”.*

Entrevistado 10: *“Visitas domiciliares, recadastramento de famílias, acompanhamentos as crianças, gestantes e idosos e orientando nas devidas necessidades de saúde”.*

Nota-se que as atribuições desses profissionais são diversas e o contato com o público deve ser o serviço melhor realizado, contudo as atividades burocráticas demandam tempo e dedicação destes. Dessa forma, em 2013 é formalizado o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), que consiste os instrumentos de trabalho desses labutadores em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo sistema auxilia o trabalho dos ACS em suas unidades e permite a maior dedicação às visitas domiciliares.

A visita domiciliar destaca-se por ser desenvolvida no território de atuação, mais especificamente no domicílio do usuário, caracteriza-se como um instrumento utilizado pelas equipes para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, assim como estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários (KEBIAN; ACIOLI, 2014, p. 162). Os ACS na realização das visitas ainda se atêm às diferentes necessidades de saúde, preocupando-se com a infraestrutura (habitação, higiene, saneamento entre outros) existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias. Os profissionais pesquisados por essa pesquisa definiram de forma particular, mas dotada de conhecimento prático que é visita domiciliar, segue as afirmativas:

Entrevistado 02: *“Visita domiciliar: cadastramento e atualização do cidadão, promoção e educação em saúde”.*

Entrevistado 05: *“Visita domiciliar é todo contato que temos ao ir nas residências da nossa área de atuação, isto em qualquer necessidade e diariamente para saber o que os membros das famílias necessitam”.*

Entrevistado 06: *“A visita domiciliar vai além de adentrar o domicílio, ali conhecemos a realidade não apenas do usuário mais de toda sua família”.*

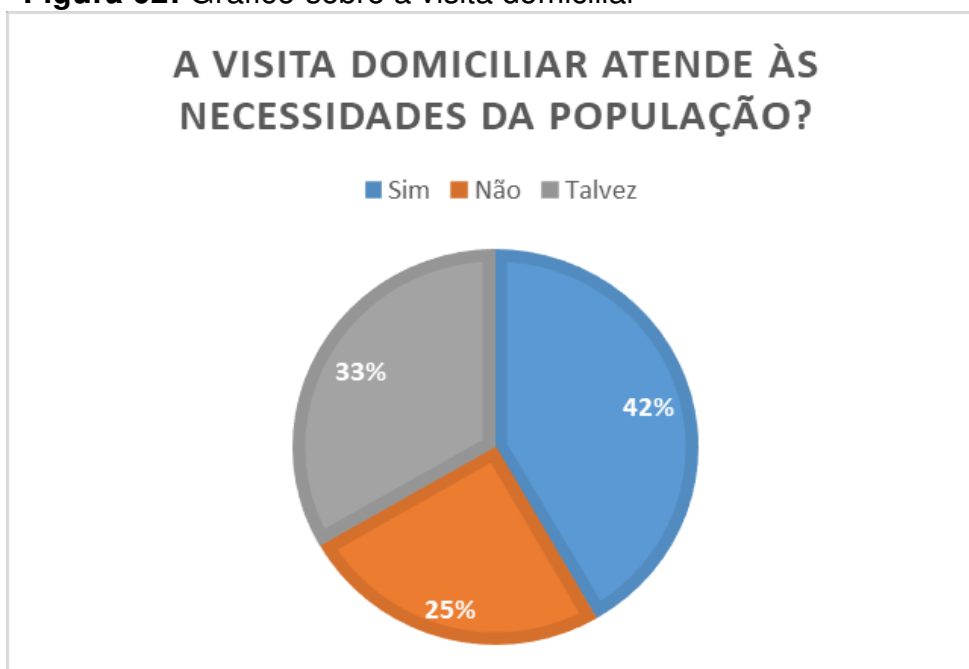
Entrevistado 08: *“É uma forma de atenção em saúde coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo e a família”.*

Em complemento a essa indagação, foi-se definido o papel do ACS nas visitas domiciliares e, com êxito e de forma objetiva, o entrevistado 09 afirmou que o ACS “tem o papel de ser o elo entre a comunidade e a equipe de saúde”, desse modo o ACS é parte integrante e indispensável na atenção, promoção e prevenção à saúde da comunidade junto a Estratégia de Saúde da Família (ESF). “A abordagem feita pelo ACS é bem importante levando em consideração todo contexto

*de cada família, em relação ao nível de conhecimento e condição de vida daquela família, isto é muito importante porque cada pessoa tem condições culturais diferentes” (Entrevistado 01) e “depende de cada caso. Isso, visto que o ACS encontra várias situações a abordagem nem sempre é programada mais geralmente é tranquila. Acho importante saber o que dizer e ter informações que sejam de interesse da comunidade” (Entrevistado 02).*

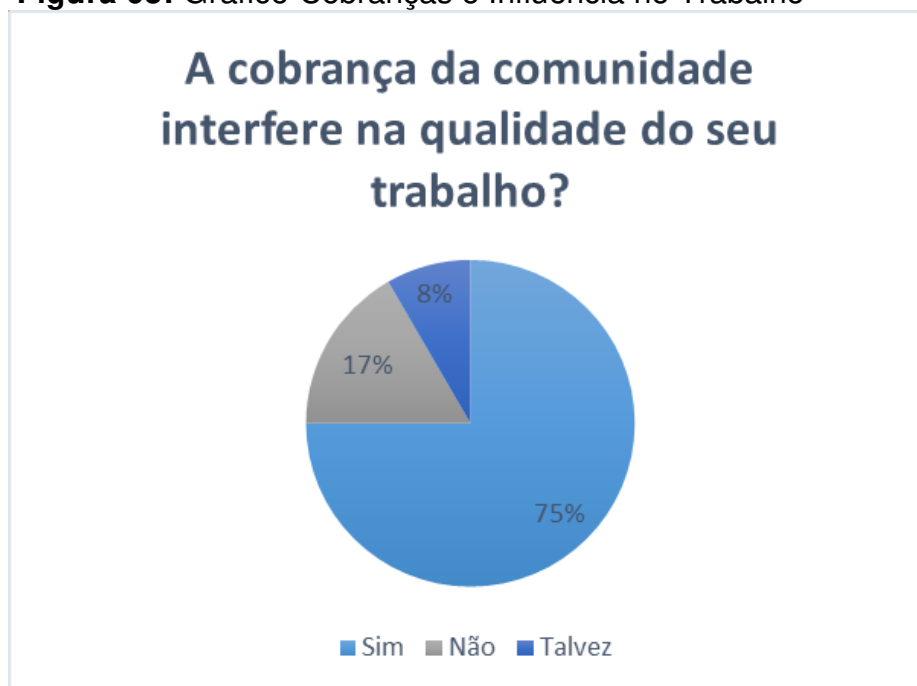
Quanto à prerrogativa que a visita atenda ou não a necessidade da população obteve-se os dados a seguir (Figura 02):

**Figura 02:** Gráfico sobre a visita domiciliar



**Fonte:** Pesquisa direta, 2021.

Nota-se que os resultados positivos da visita domiciliar no ponto de vista dos ACS entrevistados são maioria 75%, contudo, parte da concepção desses profissionais acerca da atuação destes. Quando indagados sobre as cobranças da comunidade e a influência no trabalho (Figura 03) logrou-se os seguintes resultados:

**Figura 03:** Gráfico Cobranças e Influência no Trabalho

**Fonte:** Pesquisa direta, 2021.

As cobranças são realizadas pela comunidade de forma esporádica, e a avaliação que os entrevistados fazem do trabalho em equipe é de 75% (9 pessoas) favorável e 25% (3 pessoas) regular ou insuficiente. Isso pois se trata de um trabalho em equipe e que exige investimento de pessoal e material de trabalho destinado pela gestão pública, e isso vêm como entrave a realização da função. Partindo dessa perspectiva, o ACS tem a função de cadastrar os indivíduos que correspondem ao seu território de saúde ou “base geográfica”, e com o levar do processo notam-se entraves e dificuldades à sua função, no quadro abaixo são caracterizadas em categorias:

**Quadro 01:** Entraves e Dificuldades na atuação dos ACS

| <b>Categoria I</b>        | <b>Subcategorias</b>   |
|---------------------------|--|
| Sobrecarga                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descaracterização do serviço</li> <li>- Excesso de formulários</li> <li>- Número insuficiente de agentes</li> </ul> |
| <b>Categoria II</b>       | <b>Subcategorias</b>   |
| Desmotivação profissional | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descontinuidade do serviço</li> </ul>   |

| <b>Categoria III</b> | <b>Subcategorias</b>                               |
|----------------------|--|
| Interação da equipe  | - Comunicação entre a equipe<br>- Educação popular |
| <b>Categoria IV</b>  |  |
| Capacitação          |  |

**Fonte:** Adaptado de ALMEIDA *et al.*, 2016.

Os entrevistados afirmam ainda os seguintes entraves à atuação positiva deles:

*Entrevistado 01: A dificuldade são a demora no diagnóstico de exames das pessoas para cura mais rápida das enfermidades. Mesmo assim as equipes com todos os trabalhadores fazem o que é possível para resolver o mais rápido as dificuldades que encontramos na área de trabalho.*

*Entrevistado 03: As dificuldades vivenciadas pelos ACS estão relacionadas ao próprio processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família com a falta de resolutividade dos casos, falta de recursos materiais, dificuldade para encontrar as Famílias na visita domiciliar.*

*Entrevistado 07: É corrente as dificuldades diárias, a falta de materiais de trabalho, falta de insumos nas unidades como: medicamentos, vacinas que não tem um constante abastecimento prejudicando todo contato nosso perante a população que necessita.*

*Entrevistado 08: Principalmente as condições climáticas, enfrentamento de chuva, sol, variações de temperatura, irregularidade dos solos, muitos aclives e declives.*

*Entrevistado 10: A falta constante de medicações, principalmente os psicotrópicos e a demora em marcar os exames complementares ao diagnóstico do paciente.*

*Entrevistado 11: Falta de investimento por parte dos gestores em ações e serviços de qualificação.*

*Entrevistado 12: Principalmente percorrer longas distâncias.*

Então, a falta de investimento na saúde pública acarreta o mau uso do sistema e a impossibilidade da conclusão da promoção à saúde, colocando a população em situações complicadas frente à atenção à saúde coletiva. Outro fator citado importante, e que muitas vezes não é dada a devida atenção são os fatores climáticos, de relevo e territorialidade complexa. Dias chuvosos ou intensamente ensolarados, declives de terreno, áreas de risco ambiental e social (ausência de saneamento, drenagem e coleta de lixo) entre outros fatores, pode dificultar o dia a dia dos profissionais da saúde, além de interferir na saúde física e psicológica dos

próprios profissionais. Ou seja, o ACS como agente de territorialização do espaço geográfico, promove a saúde de acordo com a delimitação espacial.

Nesse sentido, foi perguntado sobre a concepção de território e os entrevistados responderam que:

“O território é a área de atuação e abrangência do serviço de saúde” (Entrevistado 12), “é de suma importância para que haja organização, na divisão das tarefas” (Entrevistado 6). “O território no SUS tem o significado de divisão, ou seja, delimitação de determinada área, onde cada ACS atua e desenvolve suas atividades, que seja na zona urbana e rural” (Entrevistado 10). Assim, territorializar no Sistema único de Saúde “significa organizar os serviços com o território, ou seja, conhecer o território que é onde a vida acontece, e a partir das suas necessidades organizar os serviços. Por isso é necessário conhecer o território” (Entrevistado 08). “Cada Território é dividido por equipe para que o trabalho se torne mais eficaz. As equipes com seus ACS se dividem em Áreas de trabalho para facilitar o conhecimento dos problemas de saúde daquelas áreas para melhor resolução” (Entrevistado 01).

Os ACS consideram importante a territorialização para o trabalho deles, contudo afirmam que “a divisão só considera bairros e ruas e não considera o número populacional” (Entrevistado 03) o que pode acarretar “áreas bem necessitadas enquanto outras bem menos, assim sobrecarrega muito um enquanto outro tem bem melhor condição de trabalho na outra área” (Entrevistado 01). A gestão eficiente do pessoal e dos serviços torna-se a alternativa para suprir as necessidades da população, não havendo a sobrecarga de responsabilidades aos ACS.

O conceito de território no SUS auxilia os ACS na tarefa de delimitar sua área e conduzir a promoção à saúde, pontos positivos como o cadastro das famílias, a atualização dos dados, conhecimento evolutivo sobre sua área adscrita (território), a Unidade Básica de Saúde próxima a micro áreas, a organização e a criação de vínculos com a população atendida trazem ao ACS maior segurança ao realizar suas atividades em seu território de atuação.

Diante dos resultados da pesquisa de Almeida et al (2016), fica evidente que a função do ACS na atualidade escapa do que a portaria de regulamentação da profissão delimita. As atribuições deste são: estar em contato permanente com as famílias para desenvolvimento de ações educativas, com vistas à promoção da

saúde, prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde. Contudo, a sobrecarga é o fator mais citado pelos profissionais quando questionados sobre as dificuldades que enfrentam diariamente no desempenho de sua função.

Sob escalas definidas em sua carga horária para cumprir tarefas na unidade e saúde, o estresse de bater metas de visitas domiciliares, cobranças de supervisão, dados para serem analisados e alimentados bancos de informação e etc., a função do agente comunitário de saúde altos índices de sobrecarga e fadiga laboral, o que compromete a qualidade dos resultados.

Assim, o trabalho do ACS sofre distorções por falta de delimitação clara das atribuições que deve executar, e isso tem sido considerado o motivo da carga excessiva de trabalho. Outro fator é que esse trabalho ultrapassa o âmbito da saúde básica, na qual são chamados pela comunidade a intervir em demandas como pessoas portadoras de deficiência ou transtorno mental, violência doméstica, drogas, fome, falta de vaga em creches, etc. (ALMEIDA *et al.*, 2016, p.08)

Desse modo, as dificuldades que os ACS percebem no processo de realização de suas atividades são visíveis e a sobrecarga é o principal atenuante do desgaste e insatisfação, junto a desmotivação profissional e falta de interação da equipe em sua principal atividade, que é a visita domiciliar. Ou seja, o ACS está sujeito a diversos obstáculos principalmente por conta do contato direto com os problemas sociais e de saúde da população sob sua responsabilidade (ALMEIDA *et al.* 2016, p.08).

Todas essas atividades demandam, do ACS, empenho, disponibilidade de tempo e conhecimento, uma vez que ele atua como educador e mediador entre a população e o sistema de saúde, ajudando as pessoas a resolverem problemas pessoais e conflitos familiares. Desta forma, ele tem, em seu trabalho, a causa mais constante de estresse devido às altas cargas físicas e emocionais a que é submetido.

Desenvolvendo um papel singular frente ao sistema de saúde e à comunidade, um verdadeiro elo criado entre o Estado e a população seja carente ou não. Pelos ACS o trabalho deles caracteriza-se como "prevenção e promoção à saúde", e as visitas domiciliares foram mencionadas como a atividade básica do cotidiano (GALAVOTE *et al.*, 2011, p.232). Atuando de acordo "com atitudes e



valores necessitadas pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação em saúde, visando, sobretudo, à promoção da qualidade de vida e bem-estar da população” (GALAVOTE *et al.*, 2011, p.232).

Outro fator de entrave é a capacitação, constatada também em municípios de médio porte como é o caso de Campina Grande, que se percebe a necessidade da abordagem dessa temática, pela importância frente às ações executadas diariamente, principalmente durante as visitas domiciliares. O ACS está representando o serviço de saúde e se encontra sozinho diante de inúmeras possibilidades de abordagem e que muitas vezes é limitado por estranheza a fatos que fogem a sua capacidade técnica e intelectual (ALMEIDA *et al.*, 2016, p.08).

Na perspectiva do reconhecimento do ACS como profissional importante ao cumprimento de aplicação de políticas públicas nos últimos anos, junto à avaliação no espaço de produção dos processos de trabalho, possibilita construir debates válidos a respeito da tomada de decisão no contexto da gestão do sistema de saúde. Através das ações de planejamento, gestão, avaliação contínua e atuação coletiva intensifica os conhecimentos e práticas na promoção e atenção à saúde.

O processo de atividades laborais do ACS constitui o lugar onde existe a permanente invasão de mundos, com produção de diversidades, podendo ocorrer falhas e ausências, num panorama sociocultural, com isso o papel desse profissional permeia a observação das trocas sociais e possibilita a identificação de um mundo de subjetividades e modos específicos de produzir os processos de trabalho na realidade apresentada nos serviços de saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa pesquisa procurou-se problematizar a forma como os ACS percebem a construção do território a partir da atuação em escala local, se existem condições de trabalho que possibilitem a melhor atuação desses agentes no território laboral e ainda, quais alternativas são encontradas pelos ACS para que as suas atividades tenham maior importância aos olhos da sociedade e dos agentes públicos.

Através do trabalho local, com base em coleta de dados e portando e preenchendo fichas sistematizadas, os dados são de grande relevância para o SUS visto que as informações coletadas subsidiam a avaliação do estado de saúde/morbidade das populações acompanhadas pelo serviço. Diante disso, pode-se destinar políticas e ações públicas que promovam a saúde a população atendida.

O agente comunitário de saúde (ACS) tem um papel de grande importância na Atenção Primária a Saúde (APS), porque em seu dia a dia de trabalho, tem como base fundamental de abordagem o de ser, em primeiro lugar, um educador em saúde, orientando dentro de suas competências e buscando possibilidades para melhor atender a comunidade dentro dos seus territórios de abrangência. Com a pandemia do COVID-19 se alastrando em todo o país, o município de Campina Grande não foi diferente sendo necessária a mudança do processo de trabalho.

As mudanças na atuação do ACS nos modos de atendimentos afetaram toda estratégia das equipes em relação à visita domiciliar a acompanhamento do indivíduo, com agravante que a população atendida é composta por pessoas que fazem parte de grupos de riscos (idosos e moradores com comorbidades).

Desse modo, todos os profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS), passaram por adequações no processo de atendimento nas unidades assim como os ACS para oferecer sem discriminação a atenção e promoção à saúde em tempo de pandemia da COVID-19. Novas estratégias em saúde preventiva para o futuro devem ser consolidadas para prevenção de todas as implicações que venham a acontecer com ênfase na assistência e acompanhamento necessários nos territórios existentes no município de Campina Grande.

No bairro Santa Rosa não está sendo diferente a atuação dos ACS neste momento de pandemia, tendo que enfrentar o perigo de contágio pelo vírus e, mesmo assim, atender a toda população que necessita deste acompanhamento, através das visitas domiciliares que, mesmo suspensas, não se pode abster do

contato com a comunidade e em especial aquelas mais necessidades de assistência nas orientações e encaminhamentos necessários as unidades de atendimentos. No âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS), reconhece-se que os ACS integram o conjunto dos agentes que atuam nas condições ou necessidades sócio-sanitárias em saúde dos indivíduos e famílias.

Em condições normais o trabalho do ACS já apresenta grandes limitações de acesso aos domicílios, e isto acontece por vários fatores: horários não compatíveis com rotinas das famílias; a falta de uma política de oferta dos serviços disponíveis nas unidades de saúde; as informações prestadas dentro das unidades por parte de alguns profissionais com pouca preparação para o exercício profissional; em alguns locais o acesso é facultado por motivo de violência urbana associado ao tráfico de entorpecentes, que tem o controle de alguns locais e é estes onde existe a maior quantidade de famílias que necessita de atendimento; e em determinados territórios ainda existe os acessos geográficos que dificultam o acesso, como: canais de esgotamento sanitários mal conservados, passagem com pontes que levam riscos aos ACS, são fatores que contribuem para que a realização do trabalho não obtenha a qualidade esperada.

Fatores que interferem muito como a falta de políticas de publicidade com mais clareza, mesmo porque temos uma população em que a grande massa populacional é composta por pessoas com baixo índice de esclarecimento ou que poucos tiveram acesso ao estudo, que dificulta muito o entendimento do que como realmente funcionam as políticas e estratégias de saúde pública. Procurou-se avaliar, através da ótica dos ACS, os processos de trabalho diário, como as dificuldades de percurso em relação a aspectos físicos (relevo com declive, esgotos a céu aberto, desgaste dos calçamentos, ruas estreitas e sem acessibilidade etc), aspectos naturais (mudanças climáticas, exposição a irradiação solar intensa etc), quanto aspectos sociais e de segurança em áreas de risco que cada um dos ACS enfrenta no Bairro Santa Rosa, no município de Campina Grande, buscando identificar a concepção dos ACS sobre o seu cotidiano de trabalho.

Diante dos relatos expostos, concluiu-se a importância do ESF e o papel dos ACS partindo da dinâmica do trabalho que é realizado no cotidiano das instituições de saúde, que favorece a inclusão de todas as classes sociais na assistência, promoção e cuidados com a saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Angélica Maria de; MACHADO, Bethania Rodrigues, SILVA, Fernanda Marcelino de Rezende e Silva; QUADROS, Karla Amaral Nogueira. Dificuldades dos agentes comunitários de saúde na prática diária. Minas Gerais: **Revista Médica**, 2016; 26:e-1800

BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. (2002) Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 11(3): 129-138

BARROS, D. F. et al. **O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, p. 78-84, Jan-Mar. 2010.

BORGES, C., TAVEIRA, V. R. **Territorialização**. In: Gusso, G., Lopes, J. M. C. Tratado de medicina de família e comunidade: Princípios, Formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRASIL. **Constituição Da República Federativa Do Brasil**, de 5 de outubro de 1988; 1.ed. atualizada até Emenda Constitucional nº 52/2006. São Paulo: RT, 2006.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CASTRO, A. M. et al.,. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde**. Brasília: CEAD/ FUB, 2010.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4521-4530, 2020.

FLEURY, S. M. & OOVERNEY, A. M. Gest

GALAVOTE, Heletícia Scabelo, et al. Desvendando os processos ão em redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, 204p. de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16: 231-240.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p. il. **(Livro disponível nas Bibliotecas do SIB)**

GOMES, Ingrid Henrique. **Dinâmica Imobiliária E Transformação Da Paisagem Na Área Central De Campina Grande – Pb**: o processo de verticalização em cidade média. Campina Grande: Monografia Apresentada ao Departamento de Geografia da Universidade Federal da Paraíba. 2020. 52p. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/22351>. Acesso em: março, 2021.

GOMES, P, C. **A condição urbana**: ensaios de geopolítica da cidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. **Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz**, p. 237-255, 2008.

GONÇALO, Tiago Ananias. **Território e processo de trabalho em saúde: representações sociais de agentes comunitários de saúde (Caicó/RN)**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

HAESBAERT, R. **Territórios alternativos**. Niterói-São Paulo: CONTEXTO, 2001.

HAESBAERT, Rogerio. **Território e multiterritorialidade: um debate**. 2010. Disponível em: [https://www.academia.edu/download/33633119/Multiterritorialidade\\_GEOgraphia\\_PDF.pdf](https://www.academia.edu/download/33633119/Multiterritorialidade_GEOgraphia_PDF.pdf) Acesso em: Janeiro, 2021.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo 2010. Disponível em: Acesso dia 20 de Abril de 2021.

LEITE, Rosana Farias Batista; VELOSO, Thelma Maria Grisi. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 50-62, 2009.

MAIA, HERIKA JULIANA LINHARES et al. Coleta seletiva: benefícios da sua implantação no bairro de Santa Rosa, Campina Grande-PB. **POLÊM! CA**, v. 12, n. 2, p. 352-368, 2013.

MARIANI, Milton Augusto Paquotto; ARRUDA, Dyego de Oliveira. Território, territorialidades e desenvolvimento local: um estudo de caso dos empreendimentos econômicos solidários de Corumbá/MS. In: **48º Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural-SOBER. Anais... Campo Grande, MS**. 2010.

MENDES E. V. 1993. *A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário*, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10, : 7-19, Brasília, OPS

MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 161-9, 2014.

RAFFESTIN, Claude. O que é território. **Por uma geografia do poder. São Paulo: Ática**, p. 143-158, 1993.

RODRIGUES, P. H. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, p. 259, 2006.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SILVIA, G. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

SILVA, Orsimar Rosendo da. O agente comunitário de saúde: um profissional da informação em saúde. 2015.

SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. 2ª ed. In: Castro, I. E., Gomes, P. P. C., Corrêa, R. L. (Orgs). **Geografia**: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2009.

SOUZA, M. A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: Ana Maria Girotti Sperandio. (Org.). O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. 1ª ed. Campinas: IPES Editorial, v. 2, p. 57-77, 2004.

VALVERDE, R.R.H.F. Transformação no conceito de território: competição e mobilidade na cidade. *GEOUSP - Espaço e Tempo*, São Paulo, n.15, p.119-126, 2004.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

### “O CONCEITO DE TERRITÓRIO E A ATUAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE DO BAIRRO SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB”

*Olá, esse questionário possibilitará essa pesquisa que objetiva analisar as dificuldades encontradas no dia-a-dia dos Agentes comunitários de Saúde, com base em indicadores das atividades realizadas nas áreas atendidas, e sua relação com a população e os demais profissionais de saúde, além de observar como esse ACS age como territorializador e modificador dos espaços geográficos, e identificar alternativas que esses ACS's encontram para melhor atuar, utilizando-se do conceito de território na prática cotidiana. José Sales.*

Nome Completo:

Idade:

Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Prefiro não dizer

Escolaridade: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) Pós Graduação

Tempo de Atuação:

Equipe: ( ) I ( ) II ( ) III

- 
1. Qual foi o fator de atração pelo cargo de ACS? (Porque decidiu trabalhar como ACS?)
  2. Quais atividades você realiza no dia a dia? (O que realmente o ACS faz?)
  3. Para você o que é VISITA DOMICILIAR?
  4. Para você, qual o papel do Agente Comunitário de Saúde em relação a visita domiciliar?
  5. Qual sua opinião sobre a abordagem utilizada pelos ACS nas visitas?
  6. Na sua opinião a Visita Domiciliar atende às necessidades dos usuários?
  7. A cobrança da comunidade é um desafio que interfere na qualidade do seu trabalho?
  8. Qual o papel do ACS na equipe de Saúde da Família?
  9. Agora vamos falar sobre Território (área). O que você entende sobre território no SUS?
  10. O que você acha da divisão do território da Unidade de Saúde onde você trabalha? Você acha essa divisão do território (área), necessária e adequada a realidade local? Por que?
  11. Quais os pontos fortes e as limitações de se trabalhar como ACS tendo como base a divisão em território?
  12. Como avalia a atuação da equipe de saúde no território, tanto dentro como fora da unidade?
  13. Quais maiores dificuldades que encontra em sua rotina de trabalho?