

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Priscilla Pedrette de Mello Alves

GEOGRAFIA NA SAÚDE: análise da territorialização em saúde como estratégia
pedagógica

Rio de Janeiro

2020

Priscilla Pedrette de Mello Alves

GEOGRAFIA NA SAÚDE: análise da territorialização em saúde como estratégia
pedagógica

Dissertação apresentada a Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para obtenção do
Título de Mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Orientador: Maurício Monken

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

A474g Alves, Priscilla Pedrette de Mello
 Geografia na saúde: análise da
 territorialização em saúde como estratégia
 pedagógica / Priscilla Pedrette de Mello Alves. -
 Rio de Janeiro, 2020.
 137 f.

Orientador: Maurício Monken

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2020.

1. Geografia Médica. 2. Vigilância em Saúde
Pública. 3. Processo Saúde-doença. 4. Ensino.
I. Monken, Maurício. II. Título.

CDD 614.42

Priscilla Pedrette de Mello Alves

GEOGRAFIA NA SAÚDE: análise da territorialização em saúde como estratégia
pedagógica

Dissertação apresentada a Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para obtenção do
Título de Mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Aprovada em: 30/06/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mauricio Monken – (FIOCRUZ/EPSJV) (Orientador)

Profa. Dr.^a Marcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini – (FIOCRUZ/EPSJV)

Dr.^a Grácia Maria de Miranda Gondim – (FIOCRUZ/EPSJV)

Prof. Dr. Anselmo Cesar Vasconcelos Bezerra – (Instituto Federal de Pernambuco)

*Dedico este trabalho a minha saudosa mãe (in memoriam), a razão da minha vida,
Meu pai (in memoriam) pela torcida.
A minha companheira de vida, meu amor, Amanda.
E a todos os trabalhadores e estudantes que lutam diariamente pela saúde pública e
pela pesquisa no Brasil.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas e todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para esse trabalho. Uma jornada como essa é impossível de ser realizada sozinha. São muitas as pessoas que contribuíram, torceram e vibraram com esse sonho. Obrigada a Deus e Meishu Sama por terem me amparado durante todo o tempo.

Gostaria de agradecer ao meu pai que bem recentemente nos deixou de forma tão repentina. Gostaria muito de compartilhar com você essa conquista. Já tenho muitas saudades.

A minha companheira de vida, Amanda, por toda força, incentivo, apoio e amor. Também pela paciência nos momentos tensos. Você é minha grande inspiração, de mulher, de profissional, de ser. Obrigada por tudo! Obrigada por sempre ficar ao meu lado! Amo você!

Ao Maurício Monken, orientador e grande professor. Obrigada pela chance de trabalhar e aprender muito com você, pela experiência, paciência, apoio e generosidade. A Edilene, Edi, também pela experiência, as orientações em campo e pelo profissionalismo. Aprendi muito com vocês, muito obrigada!

A turma 2018: Dani, Eliane, Estevão, Felipe, Henrique, Mari, Patrícia, Sábata, Suelen e Tainá. Uma turma ímpar, aprendi e aprendo muito com vocês. Obrigada pela união, pela força, pela troca, pelo incentivo. Com vocês a luta fica muito melhor!

Aos professores da EPSJV, por esses dois anos de aprendizado, pela dedicação de vocês por uma educação transformadora e por um SUS universal. Em especial aos professores: Adelyne Mendes, Carla Macedo, Catia Guimarães, Marcela Pronko e Marco Antonio. Também a Michelle e a Leila, obrigada pela dedicação, respeito e carinho que vocês têm com os alunos.

Ao grupo PECS da Fiocruz de Brasília: Regina, Ana Júlia, Douglas, Fernando e Maria Laura. Também a professora Mariana (CEF 34), pela oportunidade de trabalhar com vocês, obrigada pelo incentivo, pela força e torcida.

Aos cursistas pela experiência de troca tão rica. Pela força de vocês e dedicação, minha gratidão pelo aprendizado. As professoras Grácia Gondim e Luciana köptcke, pelas importantes contribuições na banca de qualificação.

Aos meus amigos que foram a torcida durante todo esse tempo, obrigada por vibrarem comigo e desculpa pela ausência, Rodrigo, Mari, Ana!

“A mensagem mais importante que gostaria de passar é que a busca da utopia é algo ancestral e companheiro do homem. O que distingue o ser humano dos outros animais não é o dedão, é exatamente o fato de que ele é portador de utopia. Eu sei que hoje se costuma ridicularizar quem fala em utopia, mas não me preocupo em insistir que sem ela não vale a pena viver, e sem ela também é impossível pensar, porque o pensamento não é produzido a partir do que houve, nem do que há. O pensamento portador de frutos é produzido a partir do que pode ser. É isso que nos reúne aqui, nesta sala, e é isso que reúne os homens de boa vontade em toda a parte”.

(Milton Santos. I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento. 2000)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo principal analisar o processo da Territorialização em Saúde como estratégia pedagógica no Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o Enfrentamento das Arboviroses, realizado na Região Administrativa de Ceilândia, no Distrito Federal. Como sujeitos da pesquisas tiveram profissionais da saúde com atuação em campo, como: o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o Agente de Vigilância Ambiental em Saúde (AVAS); profissionais de outros setores do governo e moradores do território. Neste estudo identificamos o papel de destaque do campo científico da Geografia da Saúde na sua contribuição para o entendimento do processo de saúde-doença, tendo como referência teórica e metodológica a categoria Território, e a Territorialização como uma metodologia de análise das condições de vida e saúde. Em um segundo momento, examinamos as definições de saúde, a contribuição da Educação em Saúde, da Promoção da Saúde e as atribuições dos ACS e ACE. Adotamos a metodologia de pesquisa qualitativa, por meio da Observação Participante com o uso do roteiro e diário de campo, a aplicação de questionário e de entrevistas estruturadas. Os dados obtidos foram transcritos e analisados de acordo com o método de análise de conteúdo de Bardin. O principal resultado desse trabalho se refere a um novo olhar sobre a produção da saúde e da doença no território, principalmente dos profissionais de saúde, após a aplicação da metodologia da territorialização em saúde. Assim como, para uma interpretação de saúde positiva, que se relacione com os determinantes sociais de saúde. O presente trabalho leva para a expansão da reflexão da articulação da Ciência Geográfica com a Saúde e com Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Geografia da Saúde. Territorialização em Saúde. Observação Participante.

ABSTRACT

The main objective of this study is to analyze the process of Territorialization in Health as a pedagogical strategy in the Professional Development Course in Health Surveillance for Confronting with Arboviruses, held in the Administrative Region of Ceilândia, in the Federal District. The research subjects were health professionals working in the field, such as the Community Health Agent (CHA), the Environmental Health Surveillance Agent (EHSA), professionals from other government sectors, and residents of the territory. In this study, we identified the prominent role of the scientific field of Health Geography in its contribution to the understanding of the health-disease process. In this sense, it has the category Territory as a theoretical and methodological reference and the Territorialization as a methodology for analyzing the living and health conditions. In a second step, we examine the definitions of health, the contribution of the Education in Health, Health Promotion, and the attributions of the CHA and EHSA. We adopted the qualitative research methodology by the Participant Observation, using the script and field diary, the application of a questionnaire, and structured interviews. The data obtained were transcribed and analyzed according to Bardin's content analysis method. The main result of this study refers to a new look at the health and disease production in the territory, mainly by the health professionals, after the application of the territorialization methodology in health as well as for a positive interpretation of health, which relates to the social determinants of health. The present study leads to the reflection expansion of the Geographic Science articulation with Health and the Unified Health System.

Keywords: Health Geography. Territorialization in Health. Participant Observation

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACE	Agente de Combate as Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVAS	Agente de Vigilância Ambiental em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CATS	Caderno de Atividades de Territorialização em Saúde
CEF	Centro de Ensino Fundamental
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CDPVSEA	Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o Enfrentamento das Arboviroses
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância nacional
ESF	Estratégica da Saúde da Família
EPSJV	Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio
FCS	Fórum Ciência e Sociedade
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
DCVSS	Diagnóstico das Condições de Vida e Situação de Saúde
DF	Distrito Federal
DG	Dengue grave
DAS	Dengue com sinal de alarme
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
GDF	Governo do Distrito Federal
LTCDC	Laboratório de Tecnologias Comunicativas para Divulgação Científica
NAD	Núcleos de Apoio à Docência
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PDOT	Plano Diretor de Organização Territorial do Distrito Federal
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	planejamento estratégico situacional
POSG	profissional de outros setores do governo
PROFORMAR	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
RAS	Regiões Administrativas
RJ	Rio de Janeiro
RET	Redes de Escolas Técnicas
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RUAS	Rede Urbana de Ações Socioculturais
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SGB	Síndrome de Guillain-Barre
SAL	Sistematização e Apresentação das Unidades
SEEDF	Secretaria de Educação do Distrito Federal
SESDF	Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SLU	Serviço de Limpeza Urbana
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Trabalho de Campo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidades da Federação
UPT	Unidades de Planejamento Territorial
VISAU	Curso Técnico em Vigilância em Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Taxa de urbanização no mundo no período de 1950 a 2010.	27
Gráfico 2	Percentual da população urbana no Brasil no período de 1970 a 2010	27
Gráfico 3	Número de casos prováveis de Dengue, Chikungunya e Zika no período de 2009 a 2019	33
Gráfico 4	Resultado da questão sobre fonte de informações sobre dengue, Zika e Chikungunya	94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo Unicausal	39
Figura 2	Modelo multicausal	39
Figura 3	Tendências das causas de morte no Brasil de 1930-2007	43
Figura 4	Modelo de Dahlgren e Whitehead	46
Figura 5	Relação do número de óbitos por cólera e poços de água contaminado	57
Figura 6	Complexo patogênico de Max Sorre	58
Figura 7	Território: principais dimensões, conceitos, territorialização, perspectiva geográfica e conceitos associados	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação dos elementos através de critérios	88
Quadro 2	Caracterização dos sujeitos da pesquisa	93
Quadro 3	Esquema ilustrativo da sistematização dos dados	96
Quadro 4	Estrutura do CDPVSEA	133

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características do Espaço Geográfico	62
Tabela 2	Instrumentos e técnicas da territorialização em saúde	72
Tabela 3	Perfil profissional dos alunos que participaram da pesquisa	82

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
INTRODUÇÃO	18
1 O PROCESSO DE GLOBALIZAÇÃO PERVERSA E SUAS REPERCUSSÕES NOS PROBLEMAS DE SAÚDE	24
1.1 O FENÔMENO DA GLOBALIZAÇÃO E DA URBANIZAÇÃO.....	24
1.2 A QUESTÃO DAS ARBOVIROSES.....	29
2 SAÚDE, EDUCAÇÃO E TRABALHADORES DO TERRITÓRIO	34
2.1 OS DIFERENTES CONCEITOS SOBRE SAÚDE.....	34
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE A TRANSFORMAÇÃO DA IDEIA.....	42
2.3 EDUCAÇÃO SANITÁRIA À EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	48
2.4 TRABALHADORES DO TERRITÓRIO: ACS E ACE.....	50
3 TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE	57
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA GEOGRAFIA DA SAÚDE.....	57
3.2 CATEGORIAS: ESPAÇO E TERRITÓRIO NA RELAÇÃO COM A SAÚDE.....	61
3.3 A TERRITORIALIZAÇÃO	69
3.3.1 Como metodologia de pesquisa de campo.....	73
3.3.2 <i>Instrumentos e técnicas</i>	74
3.3.3 <i>Enquanto organizadora do processo de trabalho em saúde</i>	76
3.3.4 <i>Experienciais positivas: PROFORMAR Nacional e o curso Técnico em Vigilância em Saúde</i>	77
4 A METODOLOGIA: CAMINHOS DO ESTUDO	81
4.1 O MÉTODO DE PESQUISA QUALITATIVA E A TÉCNICA DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	81
4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	82
4.2.1 <i>Sujeitos do estudo e critérios de inclusão</i>	83
4.2.2 <i>Instrumentos de pesquisa</i>	84
4.2.3 <i>O cenário: Distrito Federal e a Ceilândia</i>	85
4.2.4 <i>Coleta dos dados</i>	87
4.2.5 <i>Processo de análise dos dados</i>	87

4.3	DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE CAMPO.....	91
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	93
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA - ALUNOS DO CURSO.....	93
5.2	PRECEPTORES DO CURSO.....	96
5.3	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	96
	CONSIDERAÇÕES FINAIS (Para não concluir).....	110
	REFERÊNCIA.....	114
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA OS ALUNOS).....	128
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA OS PRECEPTORES)	130
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO.....	132
	APÊNDICE D – ENTREVISTA COM OS ALUNOS.....	133
	APÊNDICE E – ENTREVISTA COM OS PRECEPTORES.....	134
	APENDICE F - O CURSO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DAS ARBOVIROSES.....	135

APRESENTAÇÃO

A vontade em trabalhar na área da saúde é anterior a de ser geógrafa. Na infância, convivendo com os problemas de saúde da minha família e percebendo a atuação de uma tia muito querida, a enfermagem despertou como uma possibilidade de trabalho e carreira.

Fiz o curso médio técnico, junto com o curso de técnico em enfermagem. O desejo era de trabalhar na área da geriatria, era o que mais gostava de fazer no estágio, lidar com as pessoas mais velhas, conversar com eles, assim como os cuidados da enfermagem diário era o que me motivava. Porém, não dei continuidade, a precarização do sistema de saúde, as condições de trabalho nos hospitais em que fiz os estágios jogaram todo um sonho pelo ralo. O descaso com a saúde foi muito forte, não conseguir continuar.

Um tempo depois comecei a trabalhar na Fundação Oswaldo Cruz, no campus Fiocruz Mata Atlântica. Um campus que não tinha laboratório do tipo hospitalar, nem nada parecido. Tinha uma natureza natural, já modificada, o Parque Estadual da Pedra Branca era nosso campo. Foi quando comecei a trabalhar com Divulgação Científica, Educação Não formal, com biólogos, veterinários, pedagogos, arquitetos, economistas e geógrafos. Fiquei encantada pela possibilidade de voltar a sonhar em trabalhar com saúde, mas não dentro de um hospital. Na Mata Atlântica descobri que poderia falar de saúde sem falar da doença primeiro.

Decidi fazer faculdade, primeiro para museologia, para trabalhar com educação não formal. No primeiro ano tentei, mas não passei. Mas depois, uma colega de trabalho pediu a gravação de um documentário chamado “Encontro com Milton Santos ou o mundo global visto do lado de cá” do cineasta Silvio Tendler. Foi um caminho sem volta, consegui a gravação, vi o filme e pensei, “é isso, vou fazer geografia!”.

Tentei mais um ano de vestibular sem cursinho, sem êxito. Mudei de estratégia, para pagar um cursinho pré-vestibular e ter tempo do deslocamento e de estudar. Saí da Fiocruz e procurei um emprego de telemarketing perto do cursinho para ter tempo e dinheiro. Tentei mais uma vez e consegui ser classificada para Geografia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Faculdade de Formação de Professores UERJ/FFP.

No decorrer do curso de graduação, fui chamada para voltar a trabalhar na Mata Atlântica, agora como estagiária de geografia. Fiquei por dois anos e em seguida fui

contratada como bolsista. Durante esses cinco anos trabalhei como educadora socioambiental onde realizei diversas ações educativas, todas voltadas para a promoção da saúde no território.

Durante a graduação tive muitas inquietações: “como sendo geógrafa posso contribuir para a saúde de uma determinada população? Qual a contribuição da geografia para a saúde? Como sendo geógrafa posso pensar em saúde/trabalhar com saúde? Existe espaço para o pensamento geográfico na saúde? Como o território produz a saúde e a doença? A educação geográfica pode contribuir na saúde? Mas não consegui relacionar isso com a saúde, não conseguia perceber a relação da geografia com a saúde.

Escolhi o processo seletivo da EPSJV porque sabia que a escola tinha uma visão muito forte no campo da educação. A escolha do objeto desse trabalho, a pedagogia de uma metodologia muito geográfica corresponde a duas paixões: a geografia e a educação. A ciência geográfica tem um campo muito rico para a saúde e foi isso que quis buscar na dissertação.

Isto posto, o interesse pelo objeto desta dissertação, decorreu dessa experiência e das interrogações e reflexões acarretadas ao longo de uma vida, e principalmente na busca de novos saberes. Essa dissertação é fruto de uma geógrafa que sempre desejou trabalhar com saúde, mas antes não sabia como poderia ser dentro das ciências humanas. Que acredita que o único caminho para uma sociedade mais junta, é a educação. Uma educação libertadora, pública, com condições físicas e mentais, de qualidade. Concluir esse mestrado é realizar um sonho de infância que perdura por uma vida inteira e de família: ter uma formação na área da saúde.

INTRODUÇÃO

“Vivemos num mundo confuso e confusamente percebido. Haveria nisto um paradoxo pedindo uma explicação? De um lado, é abusivamente mencionado o extraordinário progresso das ciências e das técnicas, das quais um dos frutos são os novos materiais artificiais que autorizam a precisão e a intencionalidade. De outro lado, há, também, referência obrigatória à aceleração contemporânea e todas as vertigens que cria, a começar pela própria velocidade. Todos esses, porém, são dados de um mundo físico fabricado pelo homem, cuja utilização, aliás, permite que o mundo se torne esse mundo confuso e confusamente percebido. Explicações mecanicistas são, todavia, insuficientes. É a maneira como, sobre essa base material, se produz a história humana que é a verdadeira responsável pela criação da torre de babel em que vive a nossa era globalizada.” (SANTOS, p. 17, 2008).

Apesar de todo “avanço” que a sociedade contemporânea usufrui, ainda falhamos muito como humanidade. Segundo Porto-Gonçalves (2012), em 1950 o cosmonauta russo Yuri Gagarin, observou a Terra do espaço e disse, “A terra é azul”, a partir desse imaginário surgiram as ideias que a Terra é redonda, finita e não tem fronteiras. Globalização, mundialização, planetarização foram palavras que passaram cada vez mais serem ditas e construir o ideário de que o mundo é uma única comunidade, integrado.

Segundo o professor Milton Santos (2008), há três possibilidades de compreender o mundo: o mundo que nos fazem acreditar, a globalização como fábula; o mundo como é, a globalização como perversidade; e, o mundo como pode ser, uma outra globalização. A fábula que nos forjam a admitir consiste na construção de uma ideia de aldeia global, é a utopia de um mundo para todos com o desenvolvimento, e do mito da contração das distancias. No entanto, o que vemos e sentimos é a perversidade do processo da globalização, a abstração romântica é desmascarada quando percebemos o desemprego crônico, o aumento da pobreza, a perda da qualidade de vida, a fome, o desamparo, as novas enfermidades, a persistência da mortalidade infantil, todas esses males estão relacionados direto ou indiretamente com o processo de globalização.

A globalização atinge a saúde de muitas formas, contribuindo para mudanças significativas na propagação de doenças e patógenos (FERNANDES et al, 2018). Segundo Buss (2007), o processo da globalização trouxe impactos sociais, ambientais e sanitários graves, são alguns deles: a dilatação da pobreza e as iniquidades econômicas e sociais de alguns países; a possibilidade da transnacionalização das doenças transmissíveis novas e velhas doenças; o comércio sexual de pessoas provenientes de países subdesenvolvidos, implicando na disseminação de doenças sexualmente transmissíveis e danos mentais; o padrão insustentável da industrialização e de geração

de resíduos dos países desenvolvidos implicando no clima e no aquecimento global, com consequências na produção de alimentos, perda da biodiversidade e a poluição das águas, do solo e do ar; as migrações forçadas, aumento da violência, do tráfico de drogas e armas, e outros.

Como se vê, muitos dos problemas de saúde são resultados de diferentes fatores que colidem para cenários complexos. De acordo com Monken (2008), as mudanças econômicas, políticas e culturais pressionam na busca de novas ferramentas teóricas para a compreensão do mundo contemporâneo e respostas das novas necessidades interdisciplinares.

O exercício do conhecimento geográfico no campo da saúde é recente, no entanto é antigo na saúde pública (GONDIM, MONKEN, 2018). Na Idade Antiga o pensamento Hipocrático (“pai” da Medicina) admitia a saúde como resultado da relação das pessoas com o local que viviam (GUIMARÃES, PICKENHANYN, LIMA, 2014). Há ainda trabalhos marcantes como o do médico inglês John Snow sobre epidemia de cólera em Londres em 1848-1849, utilizando recursos cartográficos conseguiu demonstrar a relação dos poços de água com a transmissão da doença (VIEITES, FREITAS, 2007; GUIMARÃES, 2015;). Assim como o geógrafo francês Maximilian Sorre (1880-1962), desenvolveu seu trabalho aproximando os estudos da Geografia Física com os da Geografia Humana, com a preocupação de relacionar as pesquisas da geografia médica com a medicina e a epidemiologia (GUIMARÃES, 2015; VIEITES, FREITAS, 2007). No Brasil uma obra de enorme relevância refere-se a Geografia da Fome do médico e geógrafo Josué de Castro, com uma análise crítica, aborda também a questão da reforma agrária e o imperialismo econômico (MAZETTO, 2008).

Segundo Rojas (1998),

A interpretação da espacialidade do processo saúde-doença requer a integração do conhecimento geográfico e é nutrida por sua fragmentação; é também uma tarefa transdisciplinar obrigatória. A proximidade e a complementaridade dos marcos conceituais entre geografia e saúde são evidentes, muito mais evidentes para os profissionais de saúde do que para aqueles em geografia, sendo identificada a possibilidade de articular fundamentos metodológicos e técnicas de pesquisa, embora não suficientemente explorada (ROJAS, p. 709, 1998).

Segundo Guimarães (2015) é possível relacionar o conceito de saúde na óptica geográfica através das categorias espaciais. Partindo de um determinado problema de saúde como objetivo, as categorias têm a função de abstrações, proporcionando a mediação com os objetos reais.

Este trabalho irá se debruçar na categoria território. Para Santos e Silveira (2012) a categoria correta é território utilizado, sendo assim, para definir um território é necessário considerar a materialidade, tendo em vista a natureza e seu uso, conseqüentemente a ação humana, ou seja, trabalho e a política.

Segundo Monken et al. (2008) o uso do conceito território na saúde pública permite o desenvolvimento de uma saúde democrática, visando a transformação social. Os autores consideram:

“Portanto, os territórios da saúde coletiva, onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, com base em diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, eles pressupõem limites, organização e participação, para constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar [...]” (MONKEN et al, p.38, 2008).

Nessa perspectiva, o uso do conceito território na saúde corresponde ao contexto da vida das pessoas no espaço geográfico. Sua utilização na saúde pública permite confirmar os efeitos prejudiciais das desigualdades sociais na saúde das populações. De acordo com Gondim e Monken (2018) o território é a essência da existência e produção humana, a sociedade transforma os territórios de acordo com seu uso e necessidade. O uso dessa categoria geográfica permite conceber a determinação social dos casos de saúde na análise do processo saúde-doença-cuidado, em decorrência das condições de existência humana (GUIMARÃES, PICKENHAYN, LIMA, 2014; MONKEN et al. 2008).

A territorialização em saúde consiste em uma metodologia que dá suporte ao processo de trabalho, é “uma proposta transformadora de saberes e práticas locais” (GONDIM, MONKEN, 2008). Para os autores Guimarães, Pickenhayn e Lima (2014) a territorialização é um modo que percebe a saúde como uma produção social que se manifesta no território. Estabelece estratégias de investigação e coletas de dados para a elaboração de diagnóstico, planejamento e intervenções sanitárias (GONDIM, MONKEN, 2017). É necessário apontar que nesse processo o conhecimento popular e a participação social são fundamentais para a formulação de ações de promoção da saúde (MONKEN, BARCELLOS, 2005)

De acordo com Monken (2008) o processo de territorialização em saúde permite ir além da análise das informações em saúde, possibilita o diagnóstico da realidade social, assim como o entendimento da produção social da saúde. Essa metodologia de

territorialização de informações proporciona a formação de conhecimento a partir da realidade vivenciada no campo, dialogando com os saberes da população do território e o seu conhecimento acumulado.

Para falar sobre saúde, esse trabalho tem como referencial teórico o “conceito ampliado” de saúde, formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) no ano de 1986, que relaciona as dimensões social, política e econômica na produção da saúde, onde saúde é resultado das formas de organização social (BATISTELLA, 2007).

A Promoção da Saúde faz parte dessa concepção de saúde ampliada, é uma “estratégia de produção da Saúde” composta no sistema de saúde do Brasil e atua nas “necessidades sociais em saúde” e como uma alternativa de evidenciar as condições que propicia o processo de saúde-doença no Brasil. (Brasil, 2010). Tem sua origem na Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que define promoção da saúde como, “ processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002).

A Educação em Saúde também concebe o conceito ampliado de saúde, dessa forma relacionar a educação em saúde é pensar “formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando a alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais” (MOROSINI, FONSECA, PEREIRA, p.158 2009). Ações educativas são estratégias, consiste na possibilidade para a atuação em diferentes áreas, “ação-público-alvo-objetivo-metodologia-recursos’ e com base nas culturas do território, contribuem para o estabelecimento de parcerias do serviço de saúde com indivíduos, com grupos sociais e com instituições” (RIBEIRO, FARIA, DIAS, p.235 2017).

O objeto desse trabalho consiste em compreender a pedagogia de uma metodologia que possui características das Ciência Geográfica utilizada na saúde, a Territorialização em Saúde. Em um curso com profissionais da ponta do serviço de saúde, para compreender os diferentes fatores que podem interferir no processo saúde-doença de um determinado território.

Este trabalho tem como objetivo geral analisar as possibilidades pedagógicas do processo de Territorialização em Saúde no Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o Enfrentamento das Arboviroses como instrumental teórico e metodológico para a educação em saúde. Como objetivo específico identificar o papel

da Geografia para a Saúde Coletiva e Saúde Pública na literatura científica brasileira; analisar a categoria território para a análise em saúde, considerando o entendimento da produção social da saúde, por meio de uma revisão bibliográfica; e, descrever o processo da territorialização em saúde identificando os pressupostos pedagógicos e as percepções dos trabalhadores da saúde e da comunidade.

Com a finalidade de analisar a territorialização como um método pedagógico de aprendizagem para ser usado no setor saúde, buscou-se na prática do ensino formal de Geografia as reflexões para a análise desse processo. O curso foi realizado no Distrito Federal, na Região administrativa de Ceilândia, no período de outubro a dezembro de 2019. A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: a primeira corresponde a construção teórica, a relação da Geografia com a Saúde, a fundamentação dos conceitos: território, territorialização em saúde, saúde e promoção da saúde; posteriormente o desenvolvimento da atividade de campo: aplicação do questionário para os alunos do curso no primeiro dia de aula, o desenvolvimento do curso com a observação participante e a realização das entrevistas no último dia de aula com os alunos e preceptores; por último, a análise dos dados mediante o referencial da análise de conteúdo de Bardin.

O trabalho está organizado em cinco partes. O primeiro capítulo intitulado “o processo de globalização perversa e suas repercussões nos problemas de saúde”, buscou discutir a questão do processo de globalização com a produção das doenças, destacando as doenças infecciosas, especificamente as arboviroses dengue, Zika e chikungunya.

O segundo capítulo, “saúde, educação e trabalhadores do território” faz um breve histórico do conceito de saúde, a construção do conceito de promoção da saúde, assim como os modelos dos Determinantes Sociais de Saúde, aborda as contribuições da educação em saúde e as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate as Endemias (ACE).

No terceiro capítulo “territorialização em saúde”, apresenta a contextualização da Geografia com a Saúde, destacando o uso da categoria espaço e território para as ações na saúde, a territorialização em saúde e seus instrumentos e sua utilização no processo de organização do trabalho em saúde, posteriormente será explanado a experiência do curso PROFORMAR Nacional e o curso Técnico em Vigilância em Saúde.

O quarto capítulo será detalhado o desenvolvimento da metodologia da pesquisa, abordando os instrumentos de pesquisa e o método. Por fim, os achados do

questionário, da observação de campo e da entrevista e as discussões dos resultados encontrados na pesquisa.

Assim, a necessidade de compreender os problemas de saúde pública no mundo contemporâneo exige ferramentas teóricas para além do campo da saúde. Esperamos com este trabalho contribuir com a reflexão da Ciência Geográfica e do uso da metodologia da Territorialização em Saúde como um importante passo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS e, principalmente os trabalhadores da ponta do serviço de saúde: ACS e ACE, compreendendo os processos de determinação social da saúde, por meio de ações que envolvam a saúde e equidade.

1- O PROCESSO DE GLOBALIZAÇÃO PERVERSA E SUAS REPERCURSÕES NOS PROBLEMAS DE SAÚDE.

1.1 O FENÔMENO DA GLOBALIZAÇÃO E DA URBANIZAÇÃO

Para Porto-Gonçalves (2012) existem divergências entre alguns autores na compreensão sobre a origem do fenômeno da globalização, mas há uma consonância que a partir de 1970 começou um novo período histórico em que o professor Milton Santos chama de “técnico-científico-informacional”, o qual muitos associam o conceito de globalização.

No entanto, este trabalho considera a gênese desse fenômeno conforme o autor Aníbal Quijano (2005), a globalização é a culminância do capitalismo colonial/moderno eurocentrado como uma nova forma de poder mundial, com dois fatores fundamentais: os conquistadores e conquistados sustentados na concepção de raça, de estrutura biológica, onde seria natural um ser inferior em relação ao outro, a ideia de dominação; e, a questão do controle do trabalho e dos recursos naturais.

Para Santos (2006) o período iniciado após a Segunda Guerra Mundial, sobretudo a partir de 1970 denominado por “técnico-científico-informacional” é a expressão geográfica da globalização. Consiste no o meio geográfico atual, ultrapassando o “meio natural”: quando o homem utilizava a natureza sem grandes transformações, as técnicas e o trabalho conjugavam em harmonia com a natureza; e o “meio técnico” onde o espaço passa a ser mecanizado, artificial, os lugares, regiões, áreas, começam a se distinguir e a se mover em função da extensão e dos objetos naturais e culturais, aumentando e diversificando os artefatos, assim como aumenta o componente internacional da divisão do trabalho.

No período denominado por Santos (2006) de “técnico-científico-informacional” a ciência, a tecnologia e a informação transformam a produção do espaço, assim remodelados passam a atender as vontades dos atores hegemônicos da economia, da política e da cultura. O meio geográfico dirige-se para ser universal, incorporando a lógica global, propiciando o processo da globalização (SANTOS, 2006).

O fenômeno da globalização é a fase do ápice da internacionalização do mundo capitalista, é a unificação do planeta, é a expansão do “sistema-mundo” de quase todos os lugares e indivíduos. Para compreender esse processo é preciso levar em conta três elementos fundamentais: a unicidade técnica, a convergência dos momentos e a

unicidade do motor – a mais valia universal (o lucro) como motor único da história (SANTOS, 1994, 2008).

Antes de falar sobre a unicidade técnica, é preciso abordar o conceito de técnica, para Milton Santos (1994; 2014) cada pedaço do espaço apresenta uma técnica ou um conjunto de técnicas particulares. É possível compreender esse conceito através do olhar sobre a história do desenvolvimento das sociedades que relata da mesma forma a história dos instrumentos e dos meios de trabalho, assim como a circulação, a distribuição e o consumo dos objetos. A técnica constitui-se como um elemento fundamental de interpretação da sociedade e dos lugares geográficos. Por isso, é imperativo correlacionar as relações sociais com as técnicas, pois dessa forma, é possível compreender a produção de diferentes espaços, dado que o espaço é o produto da ação do homem atuando no espaço através de objetos naturais, compreendido como aqueles que não foram modificados pelo homem, e os artificiais, os objetos modificados ou elaborados pelo homem. Para cada momento histórico há um conjunto de técnicas e objetos equivalente, esses períodos históricos vão se somando e criando novos, modificando o espaço.

A unicidade técnica vai possibilitar que diferentes técnicas passem a dialogar uma com as outras e serão passíveis em todos os lugares, a todas as civilizações, a todas as culturas e sistemas políticos. Será mediado pelo poder onipresente do sistema das políticas elaboradas pelos atores hegemônicos. Da mesma maneira, seu alcance será com desigual intensidade e efeito nos espaços. O sistema técnico irá atuar sobre o planeta propiciando ações globais e passa a ter uma nova função, a de invasor na produção do espaço, esse fato ilustra sua rapidez e generalidade da sua expansão (SANTOS, 2008; 2006).

A “convergência dos momentos” ou a “unicidade do tempo” é para Santos (2006; 2008) a possibilidade de ter informação instantânea de diferentes lugares do mundo ao mesmo tempo, é a oportunidade de conceber a sua simultaneidade dos momentos através das técnicas de comunicação. A informação passa a alcançar todos os lugares, possibilitando um sistema técnico integrado universal, produtivo e financeiro transnacional. À vista dessa nova possibilidade de se interagir mundialmente surge a concepção de aldeia global, de mundo interligado, conectado. É preciso destacar mais uma vez que os novos meios de circulação das informações são intermediados por atores hegemônicos, onde a informação possui uma interpretação específica dos fatos,

podendo ser modificada. Por isso também não atingem todos os lugares, não é a exclusão do espaço, mas uma nova maneira de controle da distância.

Sincrônico com os outros dois fatores mencionados, o motor único consiste na mais-valia universal, através das empresas globais a produção de bens materiais realiza-se à escala mundial. Essa nova fase permite a mundialização do produto, do dinheiro, do crédito, da dívida, do consumo e da cultura. No entanto, nenhum país conseguiu atingir de modo integral a internacionalização, tal qual as empresas que passam a ter uma competitividade feroz uma com as outras, inicia uma corrida na busca de mais ciência, mais tecnologia. É deste modo que é arquitetada as grandes organizações mundiais, são esses atores que dominam as técnicas da produção da informação e da finança, assim como o aspecto político de intervenção nos países (SANTOS, 2008; 2006).

Para Ribeiro (2016) o fenômeno da globalização alcança todos os espaços e indivíduos do planeta, no entanto não do mesmo modo. Essa é também a visão de mundo de Milton Santos (2008) quando fala da “globalização perversa”, imprimindo na produção do espaço urbano e rural desigualdades sociais, por meio de um sistema de perversidade para uma parcela da sociedade: a fome; serviços de saúde precários e a falta de acesso ao progresso da medicina e da informação, como as modernas técnicas de diagnósticos e exames; a falta de água potável; os sem-teto; desemprego crônico; educação pública; pobreza e miséria, desemprego; tudo isso é atribuído de forma direta ou indiretamente ao processo da globalização.

Segundo Ribeiro (2016) o processo da globalização trouxe importantes implicações para a saúde e aponta alguns fatores desse fenômeno: escoamento maior do capital econômico pelo mundo; um crescimento da velocidade e da intensidade dos deslocamentos de produtos e de pessoas, inserção de novas tecnologias digitais, mudanças climáticas e ambientais globais e o aumento das migrações por diferentes motivos. Esses novos fatores atingem a saúde de modo direto ou indiretamente, isto posto também é alterado a velocidade dos deslocamentos dos problemas de saúde no espaço e as possibilidades para o seu combate.

É fundamental também mencionar os efeitos do processo da industrialização no planeta que ocorreram nos últimos duzentos anos, produzindo bens materiais e consumo de maneira cada vez mais acelerada, violentando a dinâmica da natureza, acarretando uma considerável degradação do meio ambiente. Essas consequências implicam direta e indiretamente na saúde e na qualidade de vida das populações de diversas formas, sendo mais notório na qualidade da água e do ar, no desmatamento, nos desastres naturais de

classificação hidrológica (inundações, alagamentos e movimento de massa) e climatológicos (temperaturas extremas, secas, estiagens e incêndio florestal). Esses “acidentes” ocorrem principalmente nos centros urbanos, onde a geomorfologia urbana se agrega no espaço com a miséria (MENDONÇA, 2014; FREITAS et al 2014).

O processo da urbanização também vem se desenvolvendo cada vez mais. O Gráfico 1 mostra a taxa de crescimento urbano mundial, no ano de 2010 a maior parte da população mundial passa a viver nas cidades.

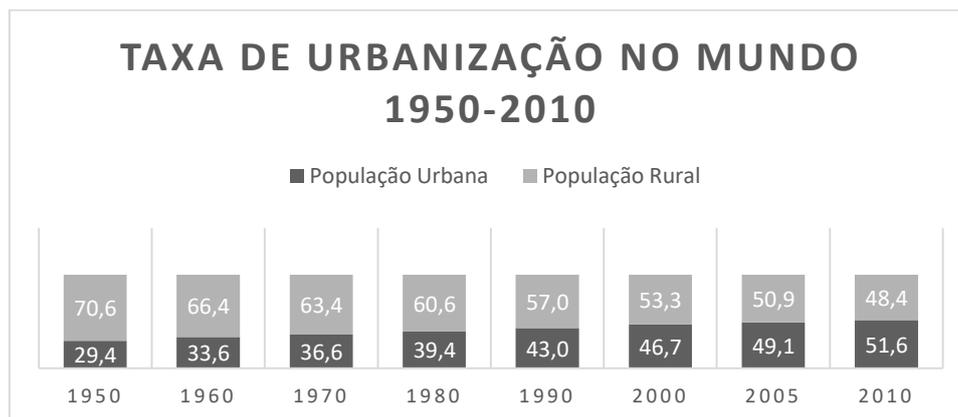


Gráfico 1 – Taxa de urbanização no mundo no período de 1950 a 2010.

Fonte: IBGE, Atlas do Censo Demográfico 2010

O processo de urbanização do Brasil acompanha a mesma lógica dos outros países da América Latina, um modelo muito acelerado, e é também nesses países onde é possível encontrar a maior parte da população urbana mundial. Nesses países, a cada três habitantes da cidade um vive em favela, chegando no somatório de um bilhão de pessoas (RIBEIRO, 2016). A urbanização nos países subdesenvolvidos possui particularidades sociais danosas, como: serviços urbanos precários, desordenado crescimento demográfico, desequilíbrios regionais e a ausência da reforma agrária (SINGER, 2010). No Brasil o fenômeno da urbanização inicia-se a partir da década de 1970 e vem crescendo, até chegar com taxas de 84% de população urbana no ano de 2010 (ver gráfico 2).

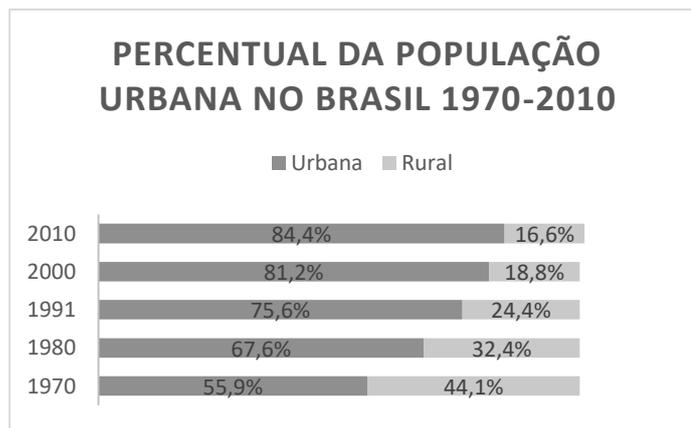


Gráfico 2 – Percentual da população urbana no Brasil no período de 1970 a 2010.

Fonte: IBGE, Atlas do Censo Demográfico 2010

O processo da urbanização não deve ser visto como algo negativo, as cidades não são culpadas pelos problemas que são gerados, o responsável é a economia política, a maneira com a qual organizamos a sociedade dividida em os que tem direito a cidade e os que não tem (SANTOS, 2003).

O aumento demográfico produz impactos nos ciclos biogeoquímicos - a reciclagem dos elementos químicos encontrados na natureza que interagem com os seres vivos no meio ambiente. Com a concentração da população nas áreas urbanas esse efeito é muito maior, não acompanha a renovação dos ciclos naturais. Isso ocorre porque a maior parte da população mundial que reside em áreas urbanas vive sem serviços básicos, como: saneamento, habitação (muitas em situação insalubre), educação e transporte. Moram em periferias, nas *aglomerações suburbanas*, expostas as vulnerabilidades de causas naturais como enchentes, e a um clima de insegurança pública, com altos índices de violência (PORTO-GONÇALVES, 2012).

O desenvolvimento de algumas cidades criou condições para o adoecimento de grupos populacionais em consequência da precariedade do saneamento básico, de moradia e do adensamento urbano, é o caso das doenças infecciosas. Como exemplo, a produção de resíduos sólidos propicia oportunidade para criadouro de insetos, tal como o *Aedes aegypti* e a contaminação da água possibilita o contágio de doenças de transmissão direta por via hídrica, como a cólera assim como as inundações e alagamentos favorecem o surgimento de outros agentes infecciosos causadores da leptospirose e da hepatite humana (SALDIVA, 2018).

O aumento no fluxo de pessoas e mercadorias é um fator substancial na disseminação das doenças infecciosas, a redução da distância e do tempo das viagens, assim como a espalhamento do vírus. São novas perspectivas espaciais e temporais que

alteram a velocidade do deslocamento dos problemas de saúde em escala mundial, tornando mais complexa as ações de vigilância (RIBEIRO,2016).

1.2 A QUESTÃO DAS ARBOVIROSES

As doenças infecciosas ocorrem há milhares de anos. A partir do surgimento das sociedades a humanidade altera a forma de interagir com a natureza, essa relação se transforma ao longo do tempo, mas é sempre intermediada pela cultura¹. A evolução da espécie humana e sua capacidade de desenvolver tecnologia ocasionou perturbações ecológicas, como a domesticação de algumas espécies de animais e até mesmo o desmatamento, fez com que as sociedades no decorrer de milhares de anos passassem a interagir cada vez mais com a natureza, de modo intenso e extenso, interferindo na ecologia de todos os biomas (SILVA, ANGERAMI, 2008; AVILA-PIRES, 2013).

As doenças infecciosas são manifestações dos danos provocados por agentes infecciosos no organismo humano e o aparecimento clínico de sintomas e sinais. Sua dinâmica depende do parasito ou do germe, do hospedeiro e os fatores do meio ambiente (COURA e BARCINSKI, 2013).

Arbovírus (Arthropod Borne VIRUS) corresponde a um conjunto de centenas de vírus que dividem a característica de serem transmitidos por artrópodes. O termo arboviroses foi utilizado pela primeira vez na década de 1930, na ocasião em que vários vírus foram isolados em artrópodes², em geral em mosquitos. Originalmente são zoonoses, mas que passam a afetar os humanos quando sofrem modificações no seu *habitat* natural, conseqüentemente no seu reservatório, vetores ou na sua virulência. Segundo Donalísio, Freitas e Zubem (2017) alguns vírus perderam a condição de amplificação enzoótica³ e com isso causam epidemias urbanas, como no caso dos vírus da Dengue (DENV), Chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV).

¹ Cultura é um conceito complexo de ser definido. É aplicado nesse trecho do texto no sentido de: “[...] cultura diz respeito a tudo aquilo que caracteriza a existência social de um povo ou nação, ou então de grupos no interior de uma sociedade [...] Nesses casos, cultura refere-se a realidades sociais bem distintas. No entanto, o sentido em que se fala de cultura é o mesmo: em cada caso dar conta das características dos agrupamentos a que se refere, preocupando-se com a totalidade dessas características, digam elas respeito às maneiras de conceber e organizar a vida social ou a seus aspectos materiais” (SANTOS, p.21.22, 1987).

² Artrópodes são insetos invertebrados que possuem patas articuladas a uma carapaça protetora externa. Fonte: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/artropodes.htm>

³ De acordo com o dicionário Aurélio online, enzoótica significa, “Diz-se da doença de animais peculiar a uma localidade ou constantemente presente nela”. 29 de fev. de 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/enzootica/>

Essas doenças infecciosas apresentam um enorme problema de saúde pública no mundo inteiro. As arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* se tornaram um dos principais problemas de saúde pública no mundo (BRASIL, 2019). Segundo Silva e Angerami (p. 37, 2008) “as arboviroses são viroses emergentes por natureza”. De acordo com esses mesmos autores, existem diferentes maneiras para conceituar uma doença como emergente, por isso deve-se levar em consideração este conceito com um caráter abrangente, compreendendo um conjunto amplo de doenças infecciosas que apresentam ao menos um dos comportamento: doenças que não existiam na espécie humana mas passaram a existir e a constituir como um problema de saúde pública; doenças em declínio, ou que foram controladas ou até mesmo erradicada mas que voltaram a ocorrer; doenças não conhecidas mas que provavelmente já existiam.

As arboviroses passaram a se constituir como um grande problema para a saúde pública no Brasil. Os vírus dengue (DENV), chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV) são arbovírus (Arthropod-borne virus), principalmente por via vetorial no ciclo humano–vetor–humano através da picada da fêmea do mosquito do gênero *Aedes*. A espécie *Aedes aegypti* é encontrada nas regiões tropicais e subtropicais, a qual as condições ambientais e climáticas cooperam para o desenvolvimento e a proliferação dos vetores. No Brasil o *Aedes aegypti* está presente em todas as Unidades Federativas, e pode ser responsável reurbanização da febre amarela (BRASIL, 2019). Os DENV conseguiram se adequar aos seres humanos e o ambiente doméstico, deixando de utilizar o ciclo da floresta para a sua manutenção (LOPES, NOZAWA, LINHARES, 2014).

A dengue pode ser definida como uma doença febril aguda que pode apresentar casos assintomáticos a graves, a maioria dos casos apresentam uma evolução clínica e conseguem se recuperar, mas é possível evoluir e chegar a óbitos. Causada por quatro sorotipos, onde são classificados de um a quatro: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 (SILVA, ANGERAMI, 2008). A partir do ano de 2014 o Ministério da Saúde passou a adotar a classificação dos casos de dengue conforme a Organização Mundial da Saúde: dengue com sinal de alarme (DSA) e dengue grave (DG) (BRASIL, 2019).

A dengue é uma das doenças epidêmicas mais importantes nos países em desenvolvimento, na região das Américas a partir da década de 1980 passou de baixa endemicidade para um cenário de hiperendêmico, esse fato é em decorrência por parte dos problemas relativos ao saneamento básico (CUNHA, NOGUEIRA, 2013). É uma doença de grande consequência econômica e social nas regiões endêmicas. É capaz de atingir todos os níveis sociais, mas os maiores impactos são percebidos nas populações

mais pobres residentes em regiões com infraestrutura precárias, onde o ambiente favorece a proliferação do seu vetor. Ocorre principalmente nos países tropicais e subtropicais onde seu vetor encontra condições climáticas e ambientais favoráveis para a sua multiplicação, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Quanto a sua origem há especulações, porém há alguns autores que sugerem que sua procedência tenha ocorrido no sudeste asiático, o vírus restringia-se aos macacos, após mutações começaram a circular entre os mosquitos e os primatas. Com o desmatamento para o uso da agricultura e o desenvolvimento das áreas urbanas, o homem passou a entrar no território dos primatas, conseqüentemente dos vírus. Dessa forma, os mosquitos deixaram de usar os macacos como fonte alimentar e passaram a utilizar a população humana.

A Segunda Guerra Mundial contribuiu para a propagação da doença, o exército japonês e o americano disputaram as ilhas do Pacífico, da Oceania e do sudeste asiático, o vírus se dispersou e caminhou entre os refugiados, militares e os migrantes, assim como nas embarcações que acidentalmente transportavam os mosquitos, alcançando outras regiões e continentes (OOI, GUBLER, 2009; UJVANI, 2019).

Para SILVA e ANGERAMI (2008) há evidências confiáveis da presença da dengue no Brasil no século XIX e de uma epidemia na cidade de Niterói no Rio de Janeiro no ano de 1923. No entanto é a partir da década de 1980 que o Brasil começa a sofrer com consecutivas epidemias de dengue. A primeira epidemia aconteceu na cidade de Boa Vista/Roraima, ocasionada pelos sorotipos 1 e 4. Em 1986 começa a ocorrer casos no Rio de Janeiro e outras capitais do Nordeste, porém até 1994 ocorreram surtos menores, com casos eventuais de óbitos. Desde esse tempo, a dengue decorre de modo endêmico e epidêmico, com alteração dos sorotipos ou ocorrendo em áreas anteriormente indenes. A partir de 2002 iniciou um aumento no número de casos e de óbitos, assim como um processo de interiorização da transmissão (BRASIL, 2019).

Nos últimos dez anos o Brasil já teve cinco anos epidêmicos de dengue: 2008, 2010, 2013, 2015, 2016 e 2019. No período de 2014 a 2019 foram confirmados pelo Ministério da Saúde 55.615 casos de dengue. Do ano de 2003 a 2019 o Brasil possui uma média coeficiente de mortalidade de 3.05/100 mil habitantes por dengue, totalizando 6.234 casos de óbitos confirmados por dengue no Brasil. Além da reintrodução de novos sorotipos (DENV1) em 2010 e 2013 e DENV4 em 2013 (BRASIL, 2019).

A Chikungunya é reconhecida por fortes dores nas articulações e por febre, possui três fases: febril ou aguda com duração de 5 a 14 dias, pós-aguda com um período que pode chegar até 3 meses e a fase crônica com mais de 3 meses de duração. A maior parte dos casos acometidos no Brasil tornam-se crônicos (BRASIL, 2019).

É causada pelo vírus CHIKV também transmitido pelo *Aedes aegypti*. Um surto em 2004 no Quênia, se alastrou em outras ilhas até chegar na Índia, em 2007 foi identificado em transmissão autóctone na Itália inserida por um viajante vindo da Índia. Em 2014, o vírus avança nas Américas e 35 países, sendo o Brasil um deles, foram confirmados casos no Amapá, Bahia, Roraima, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. No entanto, em 2019 o vírus já atingiu todas as Unidades da Federação, com uma concentração maior de casos confirmados e de óbitos na Região Nordeste e em 2018-2019 no estado do Rio de Janeiro. Durante o período do ano de 2014 a 2019 foram notificados 589.076 casos prováveis de Chikungunya, com 495 óbitos confirmados (BRASIL, 2014; BRASIL, 2019; BRASIL, 2019b).

Zika é uma arbovirose que pode ser transmitida por via vetorial, sexual, pós-transfusional e vertical (transplacentária). É uma infecção que pode ser assintomática ou sintomática com febre baixa, erupções cutâneas, vermelhidão pelo corpo e conjuntivite. É ocasionada pelo vírus Zika (ZIKV) que são vírus de RNA *Flavivirus*, da família Flaviviridae. O vírus ZIKV é associado a casos de distúrbios neurológicos, a síndrome de Guillain-Barre (SGB) e a anormalidades em fetos e recém-nascidos, como as mal formações congênitas, a microcefalia, denominando-se de Síndrome Congênita pelo Zika vírus (BRASIL, 2019b)

O vírus Zika (ZIKV) teve sua transmissão em humanos apenas em 1952, circulou restringida no continente africano por 30 anos. Em 2015, foi encontrado pela primeira vez no continente americano, no Brasil na localidade do Nordeste. Em 2016 foi considerada uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De modo subsequente, houve um aumento de registro de internações de pessoas com sintomas neurológicos na Bahia, assim como a explanação do vírus pelo país continuou (FREITAS et al. 2019; BOLETIM ESPECIAL, BRASIL, 2019). A região nordeste concentrou o maior percentual dos casos com 76,24%, sendo a Bahia com 18,30%, Pernambuco com 17,24% e a Paraíba com 8,07% (TEIXEIRA et al. 2020).

O número de casos prováveis das três arboviroses, dengue, chikungunya e Zika vírus vem aumentando com o passar dos anos. Casos prováveis são todos os casos

suspeitos, exceto os casos descartáveis (OPAS, 2010) A tabela abaixo mostra o número de casos prováveis no período de 2009 a 2019 de dengue, chikungunya e Zika no Brasil (ver gráfico 3).

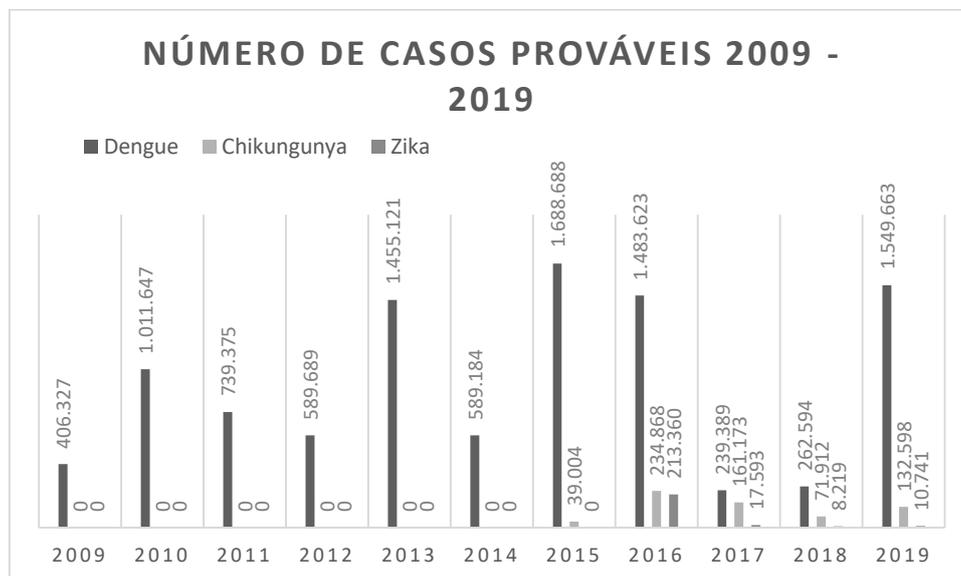


Gráfico 3 - Número de casos prováveis de Dengue, Chikungunya e Zika no período de 2009 a 2019.

Fonte: Elaborado a partir dos dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).

O Brasil apresenta regiões com condições sociambientais e sanitárias propícias para a dispersão das arboviroses, não só o aumento do número de casos de dengue, mas como a entrada de novas arboviroses.. Fica evidente que a problemática das arboviroses não se restringe apenas ao vetor, o *Aedes aegypti*, mas sim as condições sociais que as pessoas vivem e trabalham, os determinantes sociais de saúde (DSS) (FERNANDES et al, 2018). Torna-se necessário pesquisas baseadas nas populações, nos territórios e a análise dos DSS de cada local, além de uma consonância das políticas sociais e econômicas para o enfrentamento das doenças infecciosas (BARRETO et al, 2011).

A questão das doenças infecciosas verifica-se do momento que o homem passou a viver em sociedade. Desse modo, a relação da sociedade com a natureza é um determinante importante para as doenças infecciosas. O que temos ao longo desse processo milenar é a intensificação dessa relação e inúmeras perturbações ecológicas, do prelúdio do desmatamento até os dias atuais, início do século XXI (SILVA e ANGERAMI, 2008).

A problemática das três arboviroses apresentadas nesse trabalho demonstram que é necessário ações de saúde mais amplas para o seu enfrentamento, somente os serviços e ações específica do setor saúde não são suficientes. As arboviroses possuem diferentes determinantes e condicionantes para a sua ocorrência. Todas as sociedades no

passado conviveram com algum tipo de doença ou agravo, mas é evidente que as reverberações do processo de urbanização impactaram de modo mais notório a saúde e o adoecer.

2 SAÚDE, EDUCAÇÃO E TRABALHADORES DO TERRITÓRIO

2.1 OS DIFERENTES CONCEITOS SOBRE SAÚDE

Saúde é uma palavra dita por todas as pessoas, falamos muitas vezes quando desejamos algo de bom para uma pessoa ou em momentos de dor. No dicionário é possível encontrar quatro definições,

“Estado do organismo que está em equilíbrio com o ambiente, mantendo as condições necessárias para dar continuidade à vida; Estado habitual de equilíbrio mental, físico e psicológico; Condição de são, de quem está saudável: boa saúde; Demonstração de força; vigor, robustez” (SAÚDE, 2020).

Saúde é sinônimo de força, vigor, brinde. A origem da palavra no latim é salute, salvação (SAÚDE, 2020). Mesmo com as definições apresentadas no dicionário, é difícil dizer o que é saúde, quem tem saúde, pode parecer simples, mas sua definição é complexa. Para Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) se fosse feita a mesma pergunta para diferentes pessoas, o que significa ter saúde, não existiria uma resposta única, mas sim uma infinidade. Saúde possui diferentes concepções, isso depende da aptidão de cada pessoa, saúde é um conceito inerente as condições concretas de existência

Esse trabalho é consoante com a percepção de Batistella (2007), todos os profissionais de saúde, independentemente do nível de escolaridade, campo de atuação, instituição, mas todos os profissionais que lidam de forma direta ou indiretamente com a saúde, deveriam se questionar: o que é saúde? Assim como refletir: como meu trabalho pode intervir na saúde de modo efetivo? Falamos várias vezes sobre saúde e doença diariamente, mesmo sem perceber, seja sobre o que comemos no café da manhã, hábitos saudáveis, produtos de beleza. Saúde é uma expressão ditas por todo mundo, por trabalhadores da saúde ou não. Por tudo isso posto, é muito significativo refletir o que é saúde, mais ainda quem trabalha com saúde.

A definição tanto de saúde como de doença é ambígua, não possui o mesmo significado para cada pessoa, irá vincular-se ao período histórico, ao lugar, as classes sociais, as concepções filosóficas, científicas e religiosas. Por isso, esses conceitos são

manifestações das circunstâncias social, econômica, política e cultural de cada período da história da humanidade (SCLIAR, 2007).

Saúde e doença são experiências de cada pessoa, compreendidas de modo singular e subjetiva, são formas de manifestação da vida (Czeresnia, 2009). Além de diferentes entendimentos ao longo da história da sociedade, são vivências sentida por cada indivíduo de modo distinto.

Este trabalho irá apresentar algumas visões da dimensão saúde e doença ao longo da história, não com o objetivo de analisar, de eleger a melhor ou contestar, mas apenas exibir as diferentes compreensões que existem sobre a ideia de saúde. Compreendendo o processo histórico das diferentes perspectivas como concepções complementares, mas também de disputas de entendimento até os dias atuais. Esse caminho é pertinente para ir de encontro com os objetos desse trabalho, a relação da geografia com a saúde.

Segundo Batistella (2007), saúde e doença constantemente fizeram parte da realidade e da apreensão humana. Assim como, os diferentes modelos de saúde são associados ao processo de produção e reprodução da sociedade, cada momento com a sua respectivos significados e conhecimento.

Na antiguidade o entendimento de saúde/doença era associado as representações divinas. Os agravos que não eram compreendidos por algum acidente, como um corte ou uma queda, eram relacionados, causados por ações sobrenatural dos deuses ou demônio. A cura era função de diferentes indivíduos, podendo ser: dos sacerdotes incas, xamãs, pajés, índios, benzedeiros etc. (BATISTELLA, 2007). Existia uma concepção mágico-religiosa, onde a doença era ação de forças alheias no pecador, era entendido como uma maldição, um sinal de desobediência ao divino (SCLIAR, 2007).

A medicina grega trouxe as primeiras explicações racionais, rompendo pela primeira vez com o entendimento místico na explicação sobre saúde e doença. Para os gregos a saúde era o resultado de uma relação harmoniosa entre o indivíduo e o meio, já a doença era causada pelo desequilíbrio dessa relação. O pensamento hipocrático buscava a compreensão da relação entre o homem e a natureza, para isso fazia observação empírica e registros para compreender o adoecimento humano (CZERESNIA, MACIEL E OVIEDO, 2013).

O período da Idade Média foi marcado por uma concepção religiosa muito forte no entendimento saúde/doença. O cristianismo afirmava a relação entre a doença e o pecado, onde a doença era compreendida como um castigo de Deus. A medicina era

vista como uma heresia perante o evangélico, por isso, as práticas de cura passaram a ser realizadas pelos religiosos. As epidemias foram uma outra marca desse período, a lepra e a peste, os doentes eram isolados e mantidos a rituais de purificação orquestrado pela igreja, foi nesse contexto o surgimento da quarentena, onde era feito o isolamento e a observação rigorosa do doente, até não portar mais a doença. Já a ideia de dor era vista como decomposição do corpo em consequência de pecados sexuais (BATISTELLA, 2007; CZERESNIA, MACIEL e OVIEDO, 2013).

No renascimento, com a expansão comercial, novos agentes infecciosos também surgiram. A medicina passou a procurar no reino vegetal, na natureza o remédio para cada doença. Nesse período, Fracastoro propôs que existia agentes específicos para cada tipo de doença, criando a teoria do contágio, onde a transmissão das doenças poderia ocorrer entre as pessoas ou pelo mundo exterior, pelo ar ou por meio de algum objeto em função de partículas imperceptíveis. Apesar disso, as práticas anteriores continuaram de modo concomitante, não foram substituídas (CZERESNIA, MACIEL E OVIEDO, 2013; BATISTELLA, 2007).

As ideias hipocráticas influenciaram a Teoria dos Miasmas que perdurou até o século XIX, segundo a qual o surgimento das doenças era a partir de alguns lugares insalubres que através da emanção do ar, pelas águas, de objeto e pela própria pele, estes derivavam miasmas – substâncias originárias de coisas estragadas e podres, podendo ser do pântano ou até mesmo do próprio corpo - eram capazes de causar doenças. O nome miasma vem do latim e significa “maus ares”, de onde originou a palavra malária (GUIMARÃES; PICKENHANYN; LIMA, 2014).

A Medicina Social surge no fim do feudalismo, com o desenvolvimento das máquinas a vapor, a população rural intensificou o processo de urbanização, as cidades industriais cresceram. Na Europa começa a se desenvolver a urbanização e o sistema fabril, o aparecimento das doenças deixa de ser exclusivo de causas naturais e passa a ser relacionado com o social, na relação das condições de trabalho e da classe trabalhadora. Neste novo cenários, a medicina começa a conceber pela primeira vez questões econômicas, sociais e culturais na relação saúde/doença da população (Batistella, 2007).

O surgimento das fábricas transformou a ordem urbana, deteriorando as condições de vida na cidade. Houve redução das áreas verdes, poluição dos rios, falta de coleta de lixo, de esgotamento sanitário e água potável, as cidades tinham sujeira, mau cheiro e cadáveres por todos os lados da cidade. As epidemias passaram a ocorrer nas

idades com uma disseminação muito maior que nas áreas rurais, assim como problemas de miséria dos trabalhadores e alcoolismo (GUIMARÃES; PICKENHANYN; LIMA, 2014).

Para Foucault (1982), a Medicina Social possui três etapas: a medicina de Estado foi desenvolvida na Alemanha no começo do século XVIII consiste em uma prática médica com o objetivo de melhoria da saúde da população, com um sistema de observação das taxas de morbidade, onde os médicos e suas práticas ficam subordinados a uma normalização do Estado e a uma administração central, existindo uma organização médica estatal; a medicina urbana é desenvolvida na França no final do século XVIII com o desenvolvimento das estruturas urbanas, a medicina urbana possui métodos de vigilância, de hospital, é na verdade o aperfeiçoamento da quarentena da Idade Média. A medicina urbana tinha três objetivos, a análise de lugares que poderiam provocar doenças, o controle de circulação da água e do ar na cidade abrindo longas vias públicas, e a organização de elementos urbanos, como as fontes de água e de esgoto. Surge nesse contexto a higiene urbana na França; por último, a medicina da força de trabalho, foi o último alvo da Medicina Social, primeiro foi o Estado, depois a cidade e só por último os pobres, o proletariado, a classe trabalhadora foram objetos da medicalização. Na Inglaterra, com o desenvolvimento do proletariado, por meio da Lei dos pobres, a medicina inglesa começa a realizar um controle médico dos pobres, através de uma assistência controlada, um cordão sanitário autoritário que obrigava a população trabalhadora a se vacinar, o registro de doenças capazes de tornarem epidêmicas e o controle de lugares insalubres, com o objetivo claro de controle dos corpos das classes mais pobres para torna-los mais aptos para o trabalho e menos perigosa a classe mais rica.

É importante ressaltar que desde a Idade Média até o século XVIII os hospitais não eram o lugar da cura, uma instituição médica conforme conhecemos hoje, a medicina não era uma prática hospitalar, os médicos trabalhavam nas suas casas ou nas casas dos clientes mais ricos. O hospital era uma instituição importante para a vida urbana, com uma prática não hospitalar, compreendido como um lugar de assistências aos pobres, aos doentes e os inválidos, assim como de proteção dos doentes e do contágio, “[...] Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer” (FOUCAULT p.59, 1982). Assim, o hospital tinha influência cristã, era o abrigo e conforto para os necessitados e quem realizada o cuidado com o doente era os religiosos (SCLIAR, 2007)

O interessante nesse contexto, é que pela primeira vez relacionou-se aspectos sociais e econômicos com a saúde. Assim, repercussões da Revolução Industrial causaram reflexos na saúde, pois o processo de migração do campo para as cidades foi brusco, sem um acompanhamento das condições de infraestrutura de cidade, muito menos de relações trabalhista que não existia na época. A valorização da população ocorre devagar, com diferentes ações: medidas de combate à mortalidade infantil e proteção ao trabalho de crianças, a mulher possui uma ação diferenciada, sendo responsável pela higiene e a proteção da família, assim como a especialização do operário com maquinários mais complexos. E é nesse contexto que se torna interessante e necessário para relacionar com a saúde, por que o povo é reconhecido como capital humano⁴, sendo indispensável pensar na sua saúde, além da necessidade de dar novos significados de proteção à saúde para o ambiente urbano e para as indústrias. Desse modo, a saúde foi importante para o desenvolvimento econômico, as ações de saúde que foram aplicadas nesse período foram para assegurar mão-de-obra e garantir a produção (CZERESNIA, MACIEL E OVIEDO, 2013).

No final do século XIX, a partir da invenção do microscópio, uma nova era foi instaurada, a da bacteriologia. Esse importante instrumento possibilitou a descoberta de microrganismos vivos causadores das doenças infecciosas. A teoria bacteriológica foi uma revolução, conseguiu demonstrar os fatores etiológicos de algumas doenças e a introdução de soros e vacinas, possibilitando a prevenção ou até mesmo a cura. Esses conhecimentos contribuíram para a chamada medicina tropical e a derrubada da teoria miasmática. Houve enormes contribuições do químico francês Louis Pasteur e do médico alemão Robert Koch (SCLIAR, 2007).

A microbiologia trouxe inúmeras contribuições científicas, apesar disso a teoria dos miasmas não foi totalmente superada. Foi possível identificar diferentes microrganismos e suas ações e conseqüentemente a prevenção das doenças infecciosas. Essas descobertas na microbiologia produziram mudanças na concepção sobre saúde, criando uma nova perspectiva, o modelo biomédico. Este, separa o homem da natureza,

⁴ De acordo com o verbete capital humano do Dicionário da Educação Profissional em Saúde (2009), capital humano é um conceito ideológico construído para conservar a classe detentora do capital a esconder a sua exploração sob o trabalhador realizada nas relações sociais capitalistas. É um termo para “[...] explicar o fenômeno da desigualdade entre as nações e entre indivíduos ou grupos sociais, sem desvendar os fundamentos reais que produzem esta desigualdade: a propriedade privada dos meios e instrumentos de produção pela burguesia ou classe capitalista e a compra, numa relação desigual, da única mercadoria que os trabalhadores possuem para proverem os meios de vida seus e de seus filhos – a venda de sua força de trabalho” (Frigotto, p. 67, 2009).

possui uma visão cartesiana do corpo, visto e comparado como uma máquina. Dessa forma, se desenvolvia o paradigma da unicausalidade, avançando nos procedimentos terapêuticos nos hospitais (GUIMARÃES; PICKENHANYN; LIMA, 2014). De acordo com esse modelo, conhecido como unicausal, para cada doença, há um agente causador específico, (ver figura 1).

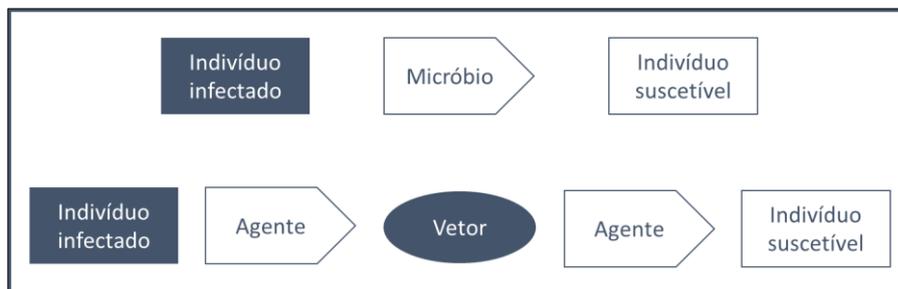


Figura 1 – Modelo Unicausal

Fonte: Batistella (2007)

Esse modelo possui uma prática majoritariamente curativa e biologicista, logo foi contestado por não abordar as questões sociais, por não conseguir explicar por que algumas pessoas ficavam doentes e outras não, mesmo quando acontecia de serem infectadas pelo mesmo patógeno. O modelo biomédico conseguiu evoluir para o a Teoria da Tríade Causal, onde buscava-se explicar as causas das doenças a partir da relação entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente em um fluxo complexo de eventos. Dessa forma, novamente o ambiente é integrado na relação com a saúde, no entanto os aspectos sociais existiam de maneira limitada, com o foco no indivíduo, não na população. Assim, foi proposto um novo modelo, o ecológico, conhecido como História Natural das Doenças, modelo de explicação multicausal de Leavel e Clark (1958) (ver figura 2) (GUIMARÃES, PICKENHANYN, LIMA, 2014; Batistella, 2007).

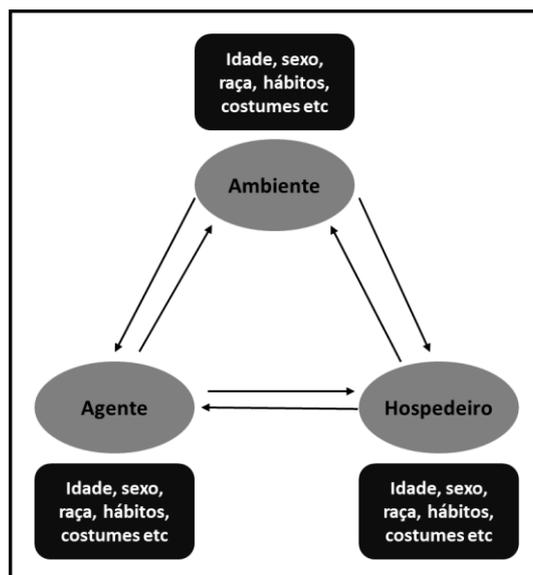


Figura 2 - Modelo multicausal

Fonte: Batistella (2007)

A história natural proposta Leavel e Clark (1958) também apresentaram três níveis de prevenção, um percurso de cuidado médico: a prevenção primária, compreendida como a promoção a saúde e também ações de barreira contra agentes; a secundária corresponde ao diagnóstico e ao o tratamento precoce; a terciária são as atividades de reabilitação do paciente. Esse modelo trouxe outras repercussões, os sistemas de saúde passaram a se organizar levando em consideração também o planejamento e o financiamento. Esse movimento da medicina preventiva resgatou a relação entre a saúde e as condições de vida, contudo na visão positivista da doença, concebendo a interação do indivíduo com o meio de maneira de um determinismo causal. Assim como somente os profissionais da saúde seriam capazes de orientar as práticas de prevenção e promoção da saúde (CZERESNIA, MACIEL E OVIEDO, 2013).

Assim sendo, a hegemonia do modelo biomédico ao longo da história imprimiu o conceito de saúde compreendido como a ausência de doença, saúde é não estar doente, sem patologias (BATISTELLA, 2007). Essa é a definição tradicional, concomitantemente negativa, tão somente biológica e médica que se nega a qualquer outro aspecto analítico sobre a saúde, restringindo somente ao aspecto do tratamento e da prevenção das doenças e lesões (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

A partir do fim da Segunda Guerra Mundial foram criadas organizações internacionais de saúde pública, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), subordinadas a Organização das Nações

Unidas (ONU). Junto com os movimentos sociais do pós-guerra, uma nova definição de saúde, com uma propriedade positiva e abrangente foi elaborada, surgiu assim um conceito universal com o objetivo de expressar o direito de uma vida plena. O conceito da OMS publicado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (considerado o Dia Mundial da Saúde) define saúde como: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Segundo esse conceito, o campo da saúde compreende: a biologia humana, os processos biológicos próprios da vida; o meio ambiente, envolvendo o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho; o estilo de vida, decisões que atingem a saúde, e; a organização da assistência à saúde, a assistência médica. Essa definição buscou abarcar as dimensões da vida humana: social, biológica e psicológica, indo além da concepção médica. A saúde passa a ser um direito, sendo o Estado o responsável por garantir essa condição (SCLIAR, 2007; LUZ, 2009).

Apesar do seu caráter positivo, o conceito recebeu críticas, a saúde sendo o completo bem-estar, de plenitude, seria algo inatingível para todas as pessoas, assim como seu objetivo ser impraticável nos serviços de saúde, não seria possível (SCLIAR, 2007; FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

No Brasil, na segunda metade da década de 1970, foi organizado um movimento social que tinha como objetivo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviço de saúde. Composto por segmentos populares, entidades comunitárias, estudantes e profissionais de saúde, sindicais construíram a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), também chamado de Movimento Sanitário ou Movimento Pela Democratização da Saúde. Esse movimento social lutou contra a ditadura do Brasil e por melhorias nas condições de vida para a população (PAIM, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) realizada em Brasília em 1986 com a participação de quase cinco mil pessoas foi um marco histórico fundamental para a saúde no Brasil. Realizada ainda no contexto do movimento sanitário, no processo de redemocratização do país, o relatório final deste evento formulou o capítulo saúde da Constituição Brasileira de 1988, a posteriori nas leis orgânicas de saúde 8.080/90 e 8.142/90, possibilitando a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Somente a partir desse momento que o Brasil reconhece formalmente a saúde como um direito social, com quase quarenta anos depois do conceito da OMS (PAIM, 2009).

Neste cenário foi formulado o “conceito ampliado de saúde”, com um valor social, decorrente de debates durante o período de 1970 e 1980 envolvendo diferentes

países da América Latina e a sua corrente de pensamento crítico (BATISTELLA, 2007).

Definida da seguinte maneira:

"Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida" (BRASIL, 1986).

Essa definição também é positiva, mas como todas as outras concepções também recebe críticas. Essa definição compreende a saúde como um meio para a realização da vida, da qualidade de vida, um elemento fundamental para o desenvolvimento humano.

Dessa forma,

[...] O que se obtém com esta delimitação ao do conceito de saúde não é a eliminação das dimensões sociais de seu universo de interesse teórico e do campo de sua prática. Ao contrário, explicita-se o compromisso do setor saúde e o seu objetivo específico no conjunto das políticas públicas, já que não apenas a saúde está em jogo no universo social e outros setores da vida social tem outros enfoques e objetivos. Com essa demarcação, é possível que a abordagem do social no setor saúde se torne mais objetiva, operacionalizável e efetiva" (FLEURY-TEIXEIRA, p. 383, 2009).

Para falar sobre saúde, esse trabalho tem como referencial teórico o “conceito ampliado de saúde”, por ir ao encontro da questão da saúde relacionada com a questão da globalização perversa proposta por Milton Santos. É imperativo compreender saúde como um conceito ampliado, por compreender que muitos problemas de saúde são causados pelos modos de vida, mas principalmente pela maneira como a sociedade na qual vivemos vem se organizando ao longo do seu desenvolvimento.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE: A TRANSFORMAÇÃO DA IDEIA

Alguns autores apontam para a nascente do termo “promoção da saúde” em dois momentos (CZERESNIA, MACIEL E OVIEDO, 2013; CZERESNIA, 2009; BUSS, 2009). O primeiro através do historiador da medicina, Henry Sigerist em 1945, quando definiu as quatro funções essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. O segundo, no movimento da medicina preventiva proposto por Leavel e Clark (1958) através da história natural das doenças, deram suporte para continuidade da concepção de promoção da saúde, onde o conceito é definida de modo mais abrangente que prevenção, com medidas para ampliar o bem-estar gerais.

A partir da década de 1950 houve uma mudança epidemiológica e demográfica no mundo, inclusive no Brasil (ver figura 3). A partir desse período verificou-se uma mudança nos padrões nos perfis de morbimortalidade, chamado também de transição epidemiológica, diminuindo os casos de doenças transmissíveis e aumentando as doenças crônicas e não-transmissíveis, como neoplasias, violência e doença cardiovasculares (CZERESNIA, MACIEL E OVIEDO, 2013).

Além disso, outros fatos ocorreram, como: o crescimento da população mundial, o aumento da expectativa de vida, conseqüentemente o envelhecimento da população. Essas circunstâncias decorreram em virtude do desenvolvimento da medicina, da farmacoterapia e da melhoria das condições de vida, sobretudo a nutrição. É preciso destacar as particularidades de cada lugar, nos países em desenvolvimento, as mudanças do adoecer e morrer ocorreram de modo desigual entre as regiões e os grupos sociais, assim como sucedeu-se uma grande desigualdade na distribuição de recursos e renda (CZERESNIA, MACIEL e OVIEDO, 2013; MENDONÇA, 2014).

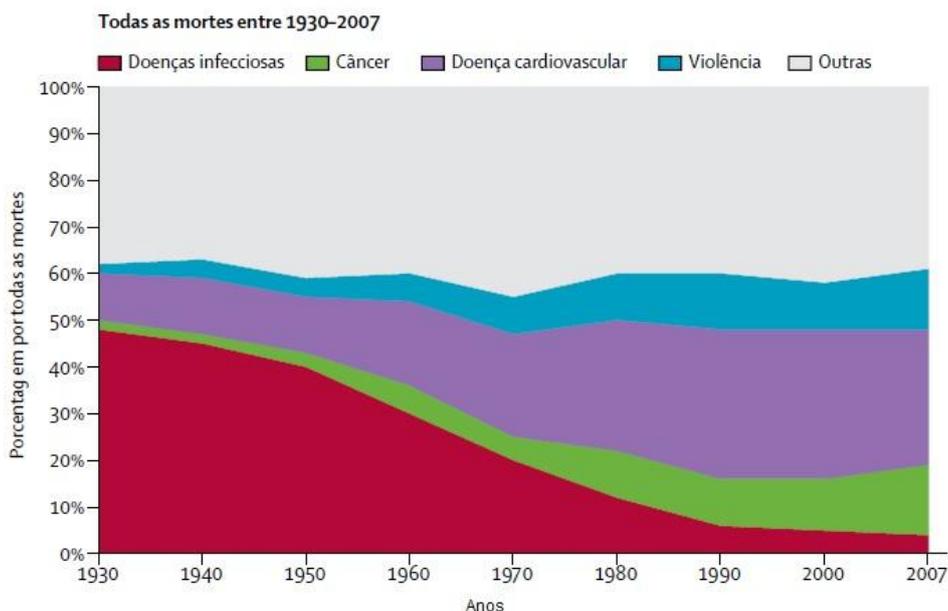


Figura 3 - Tendências das causas de morte no Brasil de 1930-2007.

Fonte: Barreto et al, 2009

De acordo com Buss (2009) e Teixeira (2006), o conceito moderno de promoção da saúde tem como motivação a busca de alternativas a crise dos sistemas e serviços de saúde e a medicalização da saúde na sociedade, nas práticas insuficientes que não acompanharam as mudanças demográficas, epidemiológicas, políticas e culturais da sociedade contemporânea, além do impulso ideológico dos seus formuladores nos

eventos internacionais. Á vista disso, a caracterização da promoção da saúde modernamente compreende,

“[...]a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde; suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*)” (BUSS, p. 23, 2009).

Dessa forma, nos países considerados desenvolvidos começaram a surgir novas concepções do processo ‘saúde-enfermidade-cuidado’, de modo mais globalizante e vinculando a saúde com às condições de vida. Inicia-se assim, a renovação do conceito de promoção da saúde, desenvolvido ao longo de décadas através das diversas e importantes conferências internacionais realizadas em diferentes países, através de diferentes atores sociais, distintas formações e conjunturas sociais (BUSS, 2009).

Até a década de 1990, foi desenvolvida apenas nos países considerados desenvolvidos, como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Bélgica, somente depois desse período foi abordada nos demais países. Na América Latina começa a ser inserida na agenda da saúde pública a partir de 1994, expandindo a capacidade dos serviços para responder a complexidade dos problemas de saúde. Há inúmeros eventos que ocorreram desde 1970 que contribuíram e muito para essa temática, este trabalho irá abordar dois em particular, o Informe Lalonde em 1974 e a Carta de Ottawa em 1986 (RABELLO, 2010).

O primeiro evento de renovação do conceito de promoção da ocorreu no Canadá em 1974 com o documento *A New Perspective on the health of Canadians*, também conhecido como informe *Lalonde: uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses*. Marc Lalonde foi o ministro da saúde no Canadá desse período, o responsável pela publicação do documento. O relatório Lalonde foi o primeiro documento a usar o termo promoção da saúde, assim como a proposta do “campo da saúde” contendo quatro categorias amplos: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. O modelo logo sofreu críticas, pela possibilidade de culpar os próprios pacientes (RABELLO, 2010)

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa no Canadá em 1986, a qual resultou na Carta de Ottawa, a principal referência do

conceito moderno de promoção da saúde, este evento criou um novo paradigma na saúde. É uma proposta de política pública mundial que coloca a saúde nas agendas de todos os setores de governo, mesmos os não ligados à saúde, combinando diferentes abordagens complementares e ações para assegurar bens e serviços, apontando para as equidades em saúde⁵, com práticas sociais para promover a saúde. É definida como, “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, p. 19, 2002).

Reconhece também o conceito de saúde elabora pela OMS, como um conceito positivo, assim como aponta para a questão da intersetorialidade, ao mencionar as condições para a saúde, “paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (BRASIL, p.20, 2002). De acordo com a Carta de Ottawa, saúde é “o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde” (BRASIL, p.20, 2002).

O conceito de Promoção da Saúde, conforme visto na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde é fundamental na relação do processo saúde-doença, por colocar a concepção de saúde e qualidade de vida como resultado do complexo de diferentes fatores, dessa maneira os determinantes da saúde são externos, ligados ao modo de vida e a organização da sociedade, como por exemplo alimentação, justiça social, renda e educação (CZERESNIA, 2009).

O enfoque da promoção da saúde no processo saúde-doença é amplo e abrangente, busca identificar, responder e transformar os macrodeterminantes da saúde. Procura modificar as condições de vida, tentando alcançar condições adequadas e dignas, seu objetivo consiste no nível ótimo de vida e de saúde. Compreendendo uma estratégia integrada e intersetorial, com participação da população e sendo uma mediação entre as pessoas e seu ambiente (BUSS, 2009).

⁵ De acordo com o Dicionário da Educação Profissional em Saúde, equidade tem sido instrumentalizado no âmbito das condições de saúde e o acesso dos serviços de saúde, vem sendo empregado desde a Reforma Sanitária Brasileira. O termo equidade em saúde corresponde a igualdade dos serviços e ações de saúde, relaciona-se as diferenças evitáveis, mas que são ao mesmo tempo injustas. O termo considera que as pessoas são distintas, conseqüentemente possuem diferentes necessidades (ESCOREL, 2009).

Tradicionalmente a promoção da saúde é um modo mais amplo que prevenção, dessa mesma forma percebe a saúde e a noção de vida, também de maneira abrangente. Por isso, coloca-se a necessidade de ações intersetoriais articuladas. No entanto, há uma questão pertinente, a problemática dessas ações, a compreensão e a operacionalização da saúde do adoecer em outros campos (CZERESNIA, 2009). Este trabalho irá discorrer sobre dois referenciais teórico-metodológicos, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a Determinação Social da Saúde que buscam colocar em prática essa concepção.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) é um modelo teórico-metodológico, para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS, FILHO, p. 78, 2007). Já a OMS define os DSS como “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (BUSS, FILHO, p. 78, 2007).

Os DSS compreendem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade, relacionando com as condições de vida e de trabalho, como: habitação saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, alimentação, assim como relacionando as redes sociais e comunitárias (BATISTELLA, 2007). O objetivo dos estudos dos DSS é constituir determinantes gerais, como: natureza social, econômica, política e as mediações; e sua incidência na situação de saúde das pessoas, permitindo localizar onde poderá ser realizadas as intervenções para reduzir as iniquidades de saúde (BUSS, FILHO, 2007).

Existem diferentes modelos que buscam esquematizar as relações dos diferentes fatores, dentre esses, destaca-se o modelo de Dahlgren e Whitehead (ver figura 4), que distribui os determinantes em camadas, permite identificar os locais de intervenção de políticas. Porém, este modelo não explana a relação de mediação entre as os diferentes níveis. Na base do modelo se encontra o indivíduo, presente com as suas características individuais: idade, sexo e fatores genéticos; a primeira camada corresponde ao comportamento e ao estilo de vida; a segunda camada são as redes sociais e comunitárias, diz respeito ao nível de coesão social; a terceira são os fatores relativos a condição de vida e de trabalho, questões de alimentação, acesso à educação e os serviços de saúde, condições habitacionais e de trabalho e saneamento básico; o quarto e último nível são os macrodeterminantes, são as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade (BUSS, FILHO, 2007).



Figura 4 - Modelo de Dahlgren e Whitehead

Fonte: BUSS, FILHO, 2007.

O modelo da Determinação Social da Saúde/doença é um modelo explicativo do processo saúde-doença que tem como proposta a abordagem ampla que concebe a saúde com as relações de produção social e econômica da sociedade, considera ainda os aspectos histórico, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos de uma determinada realidade sanitária. Esse modelo também supera a concepção biologicista de causa-efeito, substituindo a noção de causalidade por determinação, tendo como base a hierarquia das condições relativas à estrutura social na explicação da saúde e doença (BATISTELLA, 2007).

Na América Latina a partir da década de 1970 se desenvolveu a vertente dos estudos da medicina social, a qual criou um vínculo entre a epidemiologia e as teorias sociais. Influenciada pelo marxismo estruturalista, nasce a epidemiologia social crítica. A determinação social da saúde tem contribuições do pensamento do campo das ciências humanas e sociais, se desenvolve como um modelo dessa vertente que busca desenvolver estudos sobre a produção social da doença. A ideia central dessa concepção parte da compreensão que os “modos de produção e reprodução social perpetuam privilégios econômicos e políticos, sendo a raiz das iniquidades” (CZERESNIA, MACIEL E OVIEDO, p. 74, 2013).

Em vista disso, a geografia tem uma enorme responsabilidade no campo da saúde, através das suas diferentes categorias de análise, no processo complexo de produção da saúde-doença. Principalmente a partir da Carta de Ottawa, quando o campo da saúde passa a relacionar ainda mais as questões dos determinantes e condicionantes da saúde. As definições positivas da saúde extrapolam a concepção focalizada na

doença, incorpora os aspectos sociais e do ‘ambiente’, conseqüentemente a forma como a sociedade lida com o espaço, especificamente com a produção do espaço. Não existe uma única ciência capaz de dar conta da totalidade do fenômeno de saúde e do adoecer.

No entanto é notório o papel da Geografia como um campo que tem como responsabilidade a ação na saúde, tanto através da análise do complexo processo da questão da saúde, como na execução através da territorialização em saúde. Assim como por transitar nas diferentes dimensões: sociais, econômicas, culturais, ecológicas; de modo singular ou realizando de modo conjunto e de se aproximar dos dois modelos: os determinantes sociais da saúde e a determinação social da saúde.

2.3 EDUCAÇÃO SANITÁRIA À EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A compreensão sobre educação em saúde deste trabalho aponta para a importância dessa ideia como um componente fundamental no processo saúde-doença. As diferentes concepções, educação sanitária e educação em saúde, não são ideias que foram sendo superadas ao longo do seu desenvolvimento, são concepções em constante disputas de narrativas, de atores e de espaços de ação.

É preciso considerar que o trabalhador da saúde, principalmente aqueles que lidam diretamente com a população, os trabalhadores da ponta do serviço de saúde praticam a educação em saúde, da mesma forma fazem a comunicação em saúde⁶. Por isso, este trabalho vai ao encontro,

“O trabalhador da saúde desempenha um papel educativo. Essa afirmação baseia-se na compreensão de que o trabalho em saúde, ao mesmo tempo que exige reflexão, exige ação, ambas com o objetivo de alcançar a transformação da realidade, componentes básicos do trabalho educativo. Este trabalho educativo pode estar presente nas diversas práticas que o trabalhador desenvolve, mas se torna mais visível quando este realiza atividades de prevenção e promoção da saúde” (MOROSINI, FONSECA e PEREIRA, p. 13, 2007).

No Brasil no século XIX existia a teoria do Higienismo, onde o Estado realizava um controle sobre os indivíduos através da medicalização da vida social, consistiu nas formas de controle sobre o comportamento social, nas condições de

⁶ De acordo com o Dicionário da Educação Profissional em Saúde, “Comunicação e Saúde é um termo que indica uma forma específica de ver, entender, atuar e estabelecer vínculos entre estes campos sociais” (CARDOSO, ARAUJO, p.94, 2008). Assim, “essa concepção implica colocar em relevo a existência de discursos concorrentes, constituídos por e constituintes de relações de saber e poder, dinâmica que inclui os diferentes enfoques teóricos acerca da comunicação, saúde e suas relações” (CARDOSO, ARAUJO, p.95, 2008)

trabalho, de habitação e alimentação das populações urbanas (MOHR e SHALL, 1992; MONKEN, 2003).

Na primeira década do século XX em alguns estados brasileiros foram desenvolvidas ações de saúde na escola, restritamente ligadas a higiene. A partir de 1920 houve a mudança da ação da política médica para educação sanitária, a partir dos Estados Unidos da América, quando é formulado o título de educador sanitário através da criação, criado pela recente Inspeção de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo, com o objetivo de divulgar noções de higiene para os alunos das escolas (MOHR e SHALL, 1992; LEVY et al 2003).

No entanto, a educação sanitária convergia suas ações apenas em propagandas sanitárias de formato escrito, na publicação de folhetos, catálogos para serem distribuídos em escolas e empresas. É interessante ressaltar que durante este período existia um número grande de analfabetos no país, uma taxa em torno de 60% na década de 1940, conseqüentemente sem alcançar todas as camadas da sociedade (LEVY et al 2003).

Na ocasião do movimento da RSB é levantada a crítica do distanciamento da saúde pública em relação ao social. A nova concepção de educação em saúde é construída tendo como base o pensamento crítico sobre a realidade, “pensar educação em saúde como formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar às condições objetivas, visando alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais” (MOROSINI, FONSECA E PEREIRA, p.158, 2008).

A formulação do novo conceito de educação em saúde não se restringe apenas a terminologia. As ideias do filósofo brasileiro Paulo Freire passam a incorporar as ações de saúde, como o processo emancipatório da educação. Esse movimento vai ao encontro das necessidades e as possibilidades das classes populares. No entanto, isso não acontece por todo o país (MOHR e SHALL, 1992).

A educação em saúde também incorpora o conceito ampliado de saúde. Dessa forma, relacionar a educação e a saúde é pensar formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais (MOROSINI, FONSECA, PEREIRA, 2009).

Assim, a educação em saúde deve ser compreendida como uma vertente importante para a promoção da saúde, relacionada com a melhoria das condições de

vida e de saúde das populações, dirigida para atender a população de acordo com a sua realidade (OLIVEIRA, GONÇALVES, 2004).

De acordo com Mohr e Shall (1992) é fundamental o desenvolvimento de atividades de educação em saúde de acordo com cada comunidade, em conformidade com cada peculiaridade, procedendo da realidade próxima, assim a atividade terá significado para o participante e permite a análise das relações no ambiente. Assim sendo, a educação em saúde proporciona uma reflexão das condições de vida, transformando-se em um instrumento para a cidadania. Sendo fundamental para os trabalhadores da ponta do serviço, que estão em contato cotidiano com a população, inseridos no território.

As ações educativas desenvolvidas na Vigilância em Saúde, onde a pedagogia da territorialização em saúde é aplicada coloca as práticas educativas como uma estratégia de intervenção de natureza técnica, operacional e política, podendo contribuir para o fortalecimento de diversas áreas, realizadas em diálogo com a população. Nesse sentido, é necessária interação com os grupos sociais - individuais e coletivos - conhecer a dinâmica sociocultural, assim como as demandas da população e as vulnerabilidades do território (RIBEIRO, FARIA, DIAS, 2017).

A educação em saúde é um componente vital para todos os trabalhadores da saúde, principalmente para aqueles que lidam cotidianamente com a população, os trabalhadores da ponta do serviço: agente comunitário de saúde, agente de endemias, técnico de enfermagem, dentistas, enfermeiros e os médicos. Concordamos com Pereira e Lima (2009), quando apontam que a educação deve contribuir para a emancipação dos trabalhadores e ser capaz de conseguir alcançar o direito universal à saúde e à educação. A conjunção saúde e educação compreende que todo o trabalho tem uma prática educativa, possuindo uma construção coletiva que envolve as pessoas no processo de trabalho em saúde (RIBEIRO, FARIA, DIAS, 2017).

2.4 TRABALHADORES DA PONTA: ACS E ACE

A análise da territorialização em saúde desenvolvida neste trabalho faz parte da metodologia do Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o

enfrentamento das Arboviroses, que terá como discente profissionais da saúde. Dentre eles, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Combate a Endemia (ACE)⁷.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) consiste em um conjunto de ações de saúde que compreende a promoção e proteção da saúde, a prevenção e redução de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida levando em consideração o princípio da descentralização, universalidade, humanização, da equidade e da participação social do SUS. Seu objetivo é o desenvolvimento de uma atenção integral que repercute na situação de saúde das pessoas, da mesma forma nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2012).

A atenção básica é a porta de entrada da população no sistema de saúde, faz parte de um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde a Rede de Atenção à Saúde (RAS), consiste em uma estratégia do cuidado integral e que busca ir de encontro com as necessidades de saúde das diferentes populações, possui uma base territorial e distintas configurações tecnológicas e funções assistenciais que integram um sistema de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2014).

O Programa Saúde da Família (PSF) faz parte dessa política e tem o objetivo de reorganizar a atenção básica no país, favorece a reorientação do processo de trabalho, com um potencial de ampliar as resolutividades e impactos na situação de saúde das pessoas (BRASIL, 2012). Para Morosini (2010) o PSF atinge populações de difícil acesso à atenção à saúde como as do meio rural, comunidades urbanas em áreas marginalizadas, expostas à violência e lugares privados de equipamentos públicos de atenção à saúde.

Diante das diferentes atribuições comuns para todos os membros da equipe, é de responsabilidade comum de todos os profissionais da equipe conhecer a comunidade, realizar escuta qualificada dos moradores, oportunizar ações de mobilização e participação da comunidade. É função de todos os membros da equipe de saúde a participação no processo de territorialização da área de atuação, todos os profissionais vão lidar com a população local constantemente, por isso é fundamental que todos reconheçam o território de atuação e sua heterogeneidade, conseqüentemente a sua população (CORBO, MOROSINI e PONTES (2007).

⁷ No Distrito Federal a nomenclatura do ACE é Agente de Vigilância Ambiental em Saúde (AVAS).

No entanto, com a nova formulação da PNAB (2017) há algumas perdas em relação as políticas anteriores, uma delas é o comprometimento de alguns processos do trabalhador da saúde no território, como a escuta e a percepção de problemas. A partir dessa nova política o cuidado passa a ser segmentado, corrompendo com a ideia da especificidades territoriais, corrompendo inclusive com o sentido do conceito de território de uma maneira contrária ao processo da estratégia da saúde da família (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

Na PNAB (2017) são definidas pela primeira vez ações em conjunto para o ACS e para o ACE, algumas das atribuições do ACS passam a ser incorporadas também para os ACE. Esses dois atores são importantes profissionais no contato com a comunidade, suas funções estão diretamente relacionadas com a população. Apesarem de terem algumas das atribuições em comum, a nova PNAB não se avança na discussão da integração do planejamento e formação desses trabalhares (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

De acordo com a nova PNAB (2017) as atribuições em comum desses dois atores, para além daquelas que são de atribuição a todos os profissionais da atenção primária, são:

- I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
- II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;
- III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;
- IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.-Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Percebe-se que em nenhum momento das atribuições é apontado como deverá ser feito o trabalho por diferentes atores, o ACS e ACE, é apenas o crescimento de atividades para o ACE. Não se tem uma articulação da atenção primária com a vigilância em saúde.

Já as atribuições específicas do ACS na PNAB (2017) são:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, man-tendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Podendo exercer atividades assistidas por outro profissional de nível superior:

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Segundo Morosini (2010) o ACS é um dos componentes fundamentais da principal política de atenção à saúde no Brasil. Uma diferença significativa na função do ACS em comparação aos outros integrantes da equipe da saúde da família é a exigência de residir obrigatoriamente na área de atuação, esse fato coloca-o, conseqüentemente, em convívio diário com a comunidade, compartilhando o mesmo cotidiano (ABRAHÃO, LAGRANGE, 2007).

Já Agente de Combate às Endemias no Brasil tem sua história atrelada ao trabalho de campo na Saúde Pública. Primeiro através da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) criada após a agregação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV). Na década de 90 ocorreu a fusão da SUCAM com a Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) gerando a

Fundação Nacional de Saúde (FNS) que mais tarde passou a usar a sigla FUNASA (BEZERRA, 2012).

Em todo o território nacional, o ACE pode ter outras nomenclaturas, tais como: Agente de Vigilância Ambiental, Agente de Saúde Ambiental, Agente de Controle de Endemias, e outros, sem interferir nas suas atribuições e direitos (BRASIL,2019).

As atribuições do ACE consistem conforme a PNAB (2017) são:

- I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;
- II - Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;
- III - Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;
- IV - Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e
- V - Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e
- VI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Tanto o ACS como o ACE são profissionais estratégicos para o trabalho no território, realizam visitas domiciliares, tem nas suas funções a tarefa de realizar a promoção e educação em saúde, assim como a prevenção de doenças e agravos. Assim, a integração desses trabalhadores, no sentido de auxiliar no campo das competências de cada agente é fundamental para o controle de doenças e agravos à saúde. Cabe aos gestores locais estimular essa relação e a comunicação, pois cada profissional enxerga e tem uma relação diferente com o território. Nessa perspectiva de agregação entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, é primordial que os profissionais tenham conhecimento sobre o território e que se tenha políticas efetivas de articulação dessas assistências. Assim como, é recomendado a adoção de um único território com a organização dos processos de trabalho para o enfrentamento dos problemas e agravos do processo saúde-doença do território em questão (BRASIL, 2018).

3 – TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA GEOGRAFIA DA SAÚDE

A territorialização em saúde é uma metodologia utilizada no campo da saúde, no entanto, o termo territorialização é procedente das ciências sociais e humanas, como a Geografia. Há uma grande documentação que argumenta a relação entre Ciência Geográfica com a Ciência da Saúde. Essa relação existe desde o início do conhecimento humano, na interação mais primária do homem com a natureza, na qual os homens buscavam subsistir (ROJAS, 1998).

No desenvolver dessa relação, algumas categorias da geografia foram e são utilizadas no campo da saúde, como ambiente, região e território. Da mesma forma, a própria epistemologia da geografia, a relação homem-meio continua sendo aplicada na saúde, mas na maioria das vezes sem a compreensão do raciocínio geográfico

A geografia oferece elementos teóricos, conceituais e práticos relevantes para estabelecer relações entre os contextos de vida e o processo saúde-doença. Por isso, este trabalho apresenta as possibilidades da categoria território e o método pedagógico da territorialização como fundamental para as práticas da saúde.

A relação da medicina com os estudos geográficos, estudo do ambiente, da população e do surgimento das doenças é muito antigo (SANTOS, 2010). No pensamento grego clássico, Hipócrates manifestou a relação entre homem-meio e a ecologia (MORAES, 2005). Hipócrates viveu na segunda metade do século V a.C, foi um médico grego, considerado pelas gerações posteriores como o “pai da medicina”, rompeu com a ideia de relacionar as doenças com os deuses, trazendo uma prática considerada na época como inovadora, buscava explicações racionais para as doenças através de procedimentos apoiados nas observações entre o doente e a doença. A coleção hipocrática ou *Corpus hippocraticum* traz 66 tratados médicos (CAIRUS, RIBEIRO JR, 2005).

O tratado Ares, águas e lugares (460 a.C. – 377 a.C.) traz a relação entre espaço geográfico e saúde. O autor estuda os costumes asiáticos e reflete suas doenças relacionando as circunstâncias o aspecto físico, biológico e climático. Para ele, compreender o ambiente era necessário, assim como considerar também as relações humanas: de trabalho, cultura e do cotidiano. Portanto, o pensamento Hipocrático

relacionava as causalidades da doença e da saúde com os fatores geográficos (CAIRUS, RIBEIRO JR, 2005; GUIMARÃES; PICKENHANYN; LIMA, 2014).

Para Andrade (2000) e Mazetto (2008) o pioneirismo da Geografia da Saúde foi denominado de Geografia Médica que compreende a contribuição da obra de Hipócrates no período clássico, no entanto é a partir do século XVIII até a metade do século XX que muitos estudos da geografia médica foram desenvolvidos, alguns conservando o pensamento hipocrático. De acordo com Navarre (1904, apud MAZETTO, 2008, p.26) o termo Geografia Médica compreende o estudo da distribuição das doenças no mundo, sendo mais utilizado por médicos do que os geógrafos.

Um trabalho fundamental e muito conhecido na relação da geografia com a saúde é o “Estudo sobre a maneira de transmissão do cólera” do médico inglês John Snow em 1854, na qual pesquisou a distribuição espacial de óbitos por cólera na cidade de Londres utilizando recursos cartográficos, conseguiu demonstrar a relação dos poços de água com a transmissão da doença (ver figura 5). Essa obra marca o surgimento da epidemiologia, assim como a prática do seu método (VIEITES, FREITAS, 2007; GUIMARÃES, 2015;). Ainda assim, conforme Silva (1997) o uso da categoria espaço por Snow é de *espaço simples e delimitado*, como é feito no uso da epidemiologia tradicional.

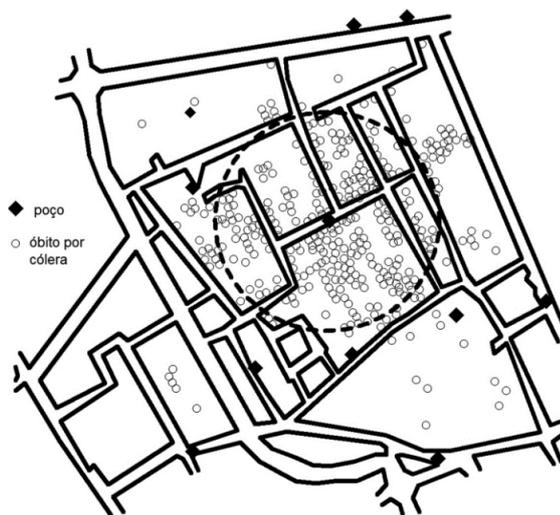


Figura 5 – Relação do número de óbitos por cólera e poços de água contaminado

Fonte: Guimarães (2015, p.19)

Maximilian Sorre (1880-1962) foi um geógrafo francês que desenvolveu seu trabalho aproximando os estudos da Geografia Física com o da Geografia Humana. Max Sorre tinha a preocupação de relacionar as pesquisas da geografia médica com a medicina e a epidemiologia, elaborou estudos ecológicos relacionando hospedeiros e

vetores, assim como das condições climáticas. Desenvolveu o conceito de habitat, pesquisou a relação humana com o meio que vivem, assim como o processo de transformação do meio causado pelo homem. Dedicou suas pesquisas para a compreensão de instrumentos para compreender as doenças como um fenômeno localizável, capaz de demarcação em área. Sorre apresentou a noção de “complexo patogênico” onde retratou várias doenças infecciosas e parasitárias, na qual uma doença seria a consequência da interação entre um agente patogênico, o hospedeiro humano e o ambiente (Figura 6) (GUIMARÃES, 2015; VIEITES, FREITAS, 2007; 2009).

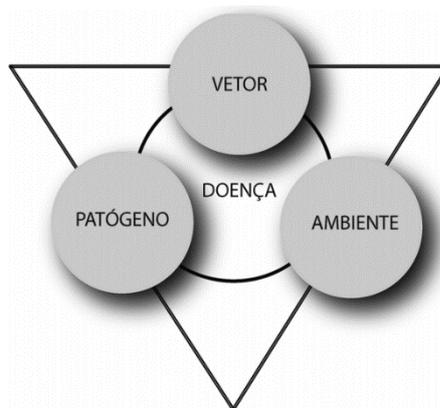


Figura 6 - Complexo patogênico de Max Sorre

Fonte: Guimarães (2015, p.22)

Silva (1997) traz as importantes contribuições do parasitologista russo Evgeny Pavlovsky na década de 1930, para esse autor o conceito de espaço era o local onde transitava os agentes infecciosos, assim esse local era dividido em: natural ou intocado pela ação humana ou alterado pela ação humana. Pavlovsky criou a “teoria dos focos naturais das doenças transmissíveis” de aspecto ecologista, segundo a qual a doença possui um habitat natural, assim como as espécies. Dessa forma, quando o homem invade esses habitats poderá carregar a doença também (ANDRADE, 2000).

Samuel Barnsley Pessoa foi um pesquisador e médico brasileiro, inspirado pelos trabalhos de Pavlovsky, estudou as endemias predominantes no Brasil, principalmente as transmitidas por vetores, como a esquistossomose, a doença de Chagas, a filariose, a malária, dentre outras. Criou a escola de estudos em Geografia Médica no Brasil, no âmbito da medicina tropical (CZERESINA, RIBEIRO, 2000). Para Samuel Pessoa, o ambiente é o agrupamento de causas que operam sobre o homem e não somente ao meio físico, assim em relação a doença o eixo de elo entre homem-meio é a causa microbiológica específica (CZERESINA, RIBEIRO, 2000; VIEITES, 2014)

No Brasil uma obra de relevância refere-se a “Geografia da Fome” lançado em 1946 pelo médico e geógrafo Josué de Castro. Com uma análise crítica da realidade social do Brasil, aborda também a questão da reforma agrária, apontando a fome como uma consequência histórico-social (MAZETTO, 2008). Josué teve seu engajamento voltado para as questões relacionadas à alimentação e a nutrição (VIEITES, FREITAS, 2009).

Várias denominações já foram adotadas por diferentes países para abordar a relação entre a Geografia e a Saúde: Topografia Médica, Geografia de Patologias, Geomedicina, Geopidemiologia, Ecologia Médica, Geografia Médica e outras (ROJAS, 1998). Em 1949 no Congresso da União Geográfica Internacional (UGI) em Lisboa é usado a terminologia Geografia Médica. Passando a denominação em 1976 no mesmo congresso, mas agora em Moscou para “Geografia da Saúde”. Essa transformação não é casual, mas decorrente da própria transformação da Geografia no século XX, tal como as transformações da economia mundial e o crescimento das cidades em todo o mundo. A saúde passou a ser uma temática para além do campo médico, novos agentes começaram a falar sobre o setor saúde: sociólogos, economistas, historiadores, antropólogos e a sociedade civil organizada (GUIMARÃES, 2015).

Segundo Andrade (2000) e Guimarães (2015) na década de 1960 os estudos da Geografia Médica foram dedicados as análises espaciais e estatísticas, a cartografia como uma forte influência da Geografia Quantitativa da época, inspirou os estudos de distribuição e localização dos equipamentos de saúde, assim como a localização da ocorrência das doenças.

A questão do ambiente e sua relação com a saúde também volta a ser temática de estudos. A partir da década de 80 surge novas questões de objeto de pesquisas, esse fato é em decorrência do pensamento pós-modernismo e da própria mediação da Geografia Humana. A Geografia também acompanhou a mudança do conceito de saúde, deixando de focar na doença e passou a ter um sentido mais amplo de saúde (ANDRADE, 2000; GUIMARÃES, 2015).

Um marco muito importante da relação entre a geografia e a saúde foi o primeiro Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, o GEOSAUDE, que ocorreu na cidade de Presidente Prudente em São Paulo em 2003. A partir desse primeiro evento, há um esforço dos intelectuais que discutem essa temática em realizar a cada dois anos o simpósio. Guimarães (2019) sugere que a partir desse momento começa a ver um novo

período com um aumento significativo na formação de mestres e doutores em Geografia abordando o campo da saúde.

3.2 CATEGORIAS: ESPAÇO E TERRITÓRIO NA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Para chegar no território como uma categoria geográfica aplicada na saúde, a categoria principal desse trabalho, primeiro será abordado de modo breve o percurso do uso das categorias ambiente e espaço na saúde. Compreendendo Milton Santos como referencial teórico principal, também será abordado algum dos seus conceitos, como espaço geográfico, fixos e fluxos e totalidade. Estes são importantes para compreender a relação da produção do espaço com a saúde.

Para Silva (1997) e Czeresnia e Ribeiro (2000), o conceito de espaço na epidemiologia é estático, é apenas o lugar geográfico que predetermina a ocorrência de doenças sob interferência dos fenômenos naturais. Esses autores questionam o uso do conceito espaço na epidemiologia como passivo, sendo apenas como cenário da ocorrência de doenças e sinalizam para a necessidade de se pensar para além disso, sendo o espaço uma categoria de análise relacionando com o processo saúde-doença. Trazem a perspectiva concebida pela Geografia, a visão da totalidade, buscando compreender a organização territorial pelas diferentes sociedades humana em distintos momentos temporais.

O modelo explicativo do processo saúde-doença, a Determinação Social da Doença vem sendo abordado por um grupo de pesquisadores latino-americanos, dentre eles Jaime Breilh. A partir da crítica ao formato tradicional da epidemiologia e pela busca de relacionar o processo de transformação social, essa corrente de autores também é conhecida como “Epidemiologia Social” ou a “Epidemiologia Crítica, liderado pelo. Para este grupo, a questão da organização da sociedade é um elemento fundamental para ser utilizado na epidemiologia (MONKEN et al, 2008).

Esse movimento levantou uma crítica ao conceito de espaço aplicado na epidemiologia, concebido como apenas como um espaço geométrico. Esse grupo passou então a adotar o conceito de espaço geográfico, como é visto na ciência geográfica para abordar as questões de saúde pública. Essa nova concepção de espaço praticado na saúde pública permite relacionar as desigualdades sociais na saúde das populações (MONKEN et al, 2008).

Conforme Monken et al (2008), Guimarães (2015), Faria e Bortolozzi (2009) no Brasil o professor Milton Santos é a referência principal nos estudos do uso das

categorias geográficas na saúde. Por diversos motivos: sua contribuição para analisar o processo saúde-doença na perspectiva social, na questão da mudança do perfil epidemiológico, na questão da urbanização e as implicações na saúde, nas novas e a reintrodução de epidemias de doenças transmissíveis ocasionadas pelo processo de globalização.

As problemáticas da saúde das populações vistas perante o processo de globalização perversa, ultrapassam a ação e a resolução das ciências da saúde, assim como dos serviços de saúde. Conforme demonstra Silva (1997), o conceito de espaço geográfico compreende os elementos naturais e sociais com um prisma de totalidade⁸. Dessa forma, a análise da doença parte da totalidade e não da doença, mas sim do contexto, da análise das condições que favorecem a ocorrência da doença, e continua:

A epidemiologia se preocupa com o processo de ocorrência e distribuição das doenças nas coletividades, portanto o eixo de análise é a coletividade e seu comportamento. Se desviarmos ligeiramente nosso olhar e passarmos a analisar não mais a coletividade em si, mas o processo de interação desta com a natureza e a maneira como o meio é transformado, organizado para sustentar a atividade econômica, ganharemos uma perspectiva histórica da doença, fundamental para a compreensão do momento atual. A análise do processo de organização do espaço, por ser este um processo contínuo, permite uma visão dinâmica do processo saúde-doença. A análise do processo de organização do espaço é um recurso teórico em epidemiologia, não é de maneira alguma uma panaceia metodológica e tampouco substitui outras abordagens (SILVA, p. 589, 1997).

Na América Latina, incluindo o Brasil, os mesmos estudiosos da epidemiologia social resgataram os estudos sobre a Determinação Social da Saúde, por considerar o espaço como um processo e buscaram relacionar a estrutura da sociedade com as condições de vida e os problemas de saúde nos diferentes contextos socioespaciais.

O espaço geográfico para Santos (2006; 2014) é um conjunto indissociável, bem como contraditório de sistemas de objetos geográficos, naturais e sociais e as ações da sociedade em movimento ao longo da história. É a relação entre sociedade e a natureza mediada pelo trabalho, impressas no espaço pelas formas de cada sociedade.

Segundo Santos (2006) os objetos fixos são os elementos fixos em cada lugar e os fluxos é o efeito direto ou indireto das ações, são os elementos móveis, juntos esses objetos interagem e imprimem a realidade de cada local. Objetos e as ações compartilham e formam um sistema que se modificou ao longo do tempo, no início

⁸ Um outro conceito importante na geografia que precisa ser mencionado é o de totalidade. Para Santos (2006), todas as coisas encontradas no universo formam uma unidade, conseqüentemente cada coisa é parte da unidade. É o conjunto de todos os movimentos das sociedades, “é a realidade em sua integridade” (p. 74). A totalidade permite conhecer e analisar a realidade, mas ao mesmo tempo está sempre em movimento, é um processo contínuo.

mais natural possível e hoje existindo objetos artificiais, criando objetos novos ou modificando os preexistentes. Dessa maneira, tudo que existe na superfície da Terra são objetos, resultado do desenvolvimento da história natural e da ação dos homens mutuamente, o espaço geográfico abrange todos os objetos, fixos e fluxos numa interpretação contínua.

O conjunto de fixos e fluxos constituem os “sistemas de engenharias” que existiu em todas as sociedades, da mais primitiva, utilizando mais o trabalho até a dos dias atuais, utilizando mais o capital, “[...] Se define como um conjunto de instrumentos de trabalho agregados à natureza e de outros instrumentos de trabalho que se localizam sobre estes” (SANTOS, p.88, 2014). Os sistemas de engenharia evoluíram com a história, alterando diretamente a divisão do trabalho, partindo do mais simples no início, alcançando um modo mais completo hoje. Seu desenvolvimento alterou a percepção do tempo: da produção, da circulação, do consumo, e da realização da mais-valia; sendo possível produzir mais e em um curto período. Se tornaram mais unificado e interdependente, os sistemas vão se conectando e cada vez mais, expandindo-se no espaço e no uso dos objetos técnicos.

Ainda no campo da Geografia, o espaço geográfico é a materialidade histórico-concreta do processo de trabalho, são os homens produzindo sua existência e o espaço ao mesmo tempo. Ou seja, é a inter-relação entre homem-meio mediada pelo trabalho, é a transformação da natureza em produtos, produzindo meio de subsistências e de produção. No sistema capitalista há homens que são os donos das forças de produção e da força de trabalho de outros homens, isto é, a sociedade organizada em classes: as que detém das forças produtivas e as que vendem sua força de trabalho (MOREIRA, 2009).

O homem é o único ser ativo, pensante, capaz de produzir. Sua atividade executada para a continuidade da espécie é denominada por Santos (2014) de “ação humana”, assim toda ação é trabalho, conseqüentemente todo trabalho é trabalho geográfico. Por isso, o espaço está sempre em constante transformação, viver para a espécie humana é produzir o espaço. Trabalho nada mais é que o processo progressivo de troca entre o homem e a natureza, com o passar do tempo a natureza vai se modificando, absorvendo distintas formas impostas pelos homens, assim como os homens também vão provocando suas próprias formas.

Expondo o conceito de espaço geográfico dessa maneira, Santos e Moreira transcendem a concepção geométrica, e destacam as relações sociais na produção do espaço como sendo fundamentais. Para Santos (2014) e Monken e Gondim (2018) o

espaço geográfico é socialmente produzido, é ao mesmo tempo palco e ator das atividades humanas e apresentam as seguintes características de modo didático:

Tabela 1 – Características do Espaço Geográfico

Organizado	Pessoas se agrupam e se organizam no espaço para constituir a sociedade;
Dinâmico	As ações humanas mudam constantemente modificando o espaço;
Fragmentado	A sociedade se divide em parcelas organizadas em recortes espaciais;
Heterogêneo	Cada lugar tem identidade própria e é apropriado por pessoas e grupos de diferentes formas;
Multiescalar (diferentes escalas)	Possui abrangência local, regional, nacional, global.

Fonte: GONDIM, MONKEN 2018

Apesar de todos os avanços técnicos, científicos, sociais, os problemas de saúde persistem. O setor saúde, mesmo com todo seu esforço não consegue desatar todos os problemas de saúde. Em vista disso, esse trabalho vai ao encontro com Monken (2003), o campo da Geografia dispõe de ações que são importantes e ao mesmo tempo, pertinentes para abordar na saúde, de um modo muito positivo:

“[...] as possibilidades encontradas numa abordagem geográfica para a saúde baseada na Geografia Humana, pois na medida em que a interação homem-natureza / sociedade-meio se complexifica nos modos de produção social, nos processos de trabalho, na circulação e consumo de bens e serviços, paulatinamente aumenta a demanda por ações de vigilância, monitoramento e gestão da qualidade de vida pelos serviços de saúde e demais setores, nos territórios da vida cotidiana (MONKEN, p. 18, 2003).

As questões incorporadas no processo saúde-doença são muitas e carecem de outros atores para além do setor saúde. A Geografia, detêm de uma responsabilidade muito pertinente nessa circunstância, suas categorias, metodologias e instrumentos que tradicionalmente se utilizou na abordagem da realidade social dos diferentes lugares, possibilita conhecer e intervir nas condições de vida de populações. Por conseguinte,

“[...] a abordagem geográfica pode ser um meio operacional de aproximação tanto para o entendimento quanto para a produção de informações acerca das necessidades sociais e dos problemas de saúde. A hipótese consiste no fato de que a produção da saúde ou da enfermidade varia espacialmente conforme a determinação de sua contextualidade (Giddens, 1989) e que pode vir a ser entendida através da análise processual das condições de vida das populações (MONKEN, p.146, 2008).

As categorias geográficas inseridas nas práticas de saúde têm muito a contribuir, pois possibilitam localizar e explicar situações de saúde, propiciam conhecer o perfil epidemiológico e colaboram com a organização dos serviços de saúde em diferentes

níveis espaciais, principalmente o conceito de espaço geográfico e a categoria território (GONDIM, MONKEN, 2018).

O interesse do uso da categoria território na saúde é contemporâneo, partiu dos diferentes níveis de poderes (municipal, estadual e federal), dos gestores e da ordem administrativa do setor da saúde, em particular os trabalhadores da ponta dos serviços. Principalmente a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira que motivou a implementação do SUS que tem como proposta a descentralização e a regionalização, consequentemente criando uma base territorial das ações e serviços de saúde. No entanto, o uso do conceito território nesse contexto é restrito, apenas como área político-administrativo. Por outro lado, despertou uma reflexão quanto ao uso desse conceito aplicado nas políticas de saúde (GUIMARÃES; PICKENHANYN; LIMA, 2014; MONKEN et al 2008).

O setor da saúde no Brasil emprega divergentes delimitações geográficas nas políticas de saúde para organizar a rede de serviços, consequentemente a dos diferentes profissionais da saúde, como exemplo há: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o território das Unidade Básica de Saúde, áreas de referência do atendimento hospitalar, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e etc. Assim como, utiliza outros conceitos da Geografia, como área e região, no entanto muitas das vezes esses são colocados como sinônimos de território. Também é percebido o uso do conceito território com o sentido geométrico, apenas como uma demarcação física de um lugar qualquer do espaço e de estado-nação com limites políticos-administrativos (MONKEN, GONDIM, 2017).

Território é um conceito que perpassa em outras áreas do conhecimento (sociologia, arquitetura, biologia, política, planejamento e etc.). Este trabalho optou por se debruçar na categoria território vista na geografia e considera o professor Milton Santos o principal referencial teórico. Sobretudo pela sua contribuição para a temática da Geografia da Saúde, sua influência nas pesquisas de saúde pública no Brasil a partir da década de 1970 (FARIA, BORTOLOZI, 2009).

A Geografia é uma ciência que está sempre em movimento e por isso também já passou por transformações, por diferentes correntes: determinismo, possibilismo, crítica, cultural e quantitativa. Bem como acompanhou as mudanças evolutivas científicas, principalmente das ciências humanas a partir do pós Segunda Guerra Mundial com os novos processos da automatização com novos instrumentos de

trabalhos absorvidos. Essa metamorfose também foi vista nas categorias geográficas, cada corrente da Geografia defende sua concepção e seus métodos, muitas vezes até julgando o outro como “não geográfico” (SANTOS, 2008). A escolha pela definição de um conceito é um ponto epistemológico e político, por todas essas mudanças e progresso da Geografia, existem diferentes abordagens e concepções.

Por isso, é interessante apresentar o quadro elaborado por Gondim e Monken (2018), os autores expõem de modo muito didático a categoria território abordada nas diferentes dimensões da Geografia e trazem a utilização na saúde (ver figura 7).

Dimensão Jurídica-política – majoritária no uso geral, inclusive na geografia				
Conceito de Território	Territorialização		Perspectiva Geográfica	Conceito Associado
	Principais agentes/atores	Principais vetores		
Espaço delimitado e controlado, onde se exerce poder, em especial, de caráter estatal.	Estado-Nação e diferentes organizações políticas	Relações de dominação política e regulação	Geografia Política; Geopolítica	<ul style="list-style-type: none"> • Estado-nação; • Fronteiras; • Políticas de Jurisdição; • Limites político-administrativos.
Dimensão Culturalista – pouco percebida pelo Estado, mas reconhecida pela população				
Processo de apropriação do espaço por pessoas e grupos, por meio da subjetividade ou da identidade social.	Pessoas e grupos étnico-culturais	Relações de identificação cultural e espacial, vínculo.	Geografia humanística ou Geografia cultural.	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar; • Cotidiano; • Identidade social; • Cultura.
Dimensão Econômica – minoritária no uso geral, de cunho economicista				
(Des) territorialização produto espacial do embate entre classes sociais e da relação capital-trabalho.	Empresas capitalistas e trabalhadores	Relações sociais de produção.	Geografia econômica	<ul style="list-style-type: none"> • Divisão territorial do trabalho; • Classe social; • Relações de produção.
Dimensão Ambiental – atualmente difundida em função do uso predatório de recursos naturais				
Meio ambiente, habitat, ecossistema, objetos naturais. Natureza, energia vital a ser preservada.	Ser humano e demais seres vivos; Elementos vitais (ar, água e solo).	Relações de preservação, equilíbrio entre o homem e o meio.	Geografia física, ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Ecologia; • Ambientalismo • Sustentabilidade; • Desenvolvimento sustentável.
Dimensão Sanitária – referida aos determinantes sociais do processo saúde-doença				
Espaços de produção social da saúde, onde a população interage com fixos e fluxos.	Indivíduo, grupo, família sociedade e população.	Riscos, causas e danos, decorrentes de relações de produção e consumo.	Geografia da saúde, geografia médica.	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de vida; • Situação de saúde; • Salubridade; • Higiene.

Figura 7 - Território: principais dimensões, conceitos, territorialização, perspectiva geográfica e conceitos associados

Fonte: Gondim e Monken, 2018

No entanto, para alcançar o objetivo deste trabalho que é o conceito território em Milton Santos, se faz necessário abordar outros autores na construção desta concepção. Claude Raffestin é um pesquisador que possui uma relevância internacional e indispensável, assim como Milton Santos. No entanto, as percepções desses autores sobre o conceito território são distintas e precisam ser sempre referenciadas quando se aborda a categoria Território na Geografia.

Para Raffestin território é a principal categoria na Geografia, sua perspectiva compreende o espaço anterior ao território, “espaço é a prisão original, o território é a prisão que os homens constroem para si” (RAFFESTIN, p. 144, 1993). O espaço é a matéria-prima, o palco para o território. Para Saquet (2008), em Raffestin o território é produto dos atores sociais elaborado a partir do espaço, é produzido pelos atores através da energia e da informação - das redes de circulação-comunicação e de poder. Território é o lugar onde acontece todas as relações, é o produto e produtor das territorialidades⁹ pelos homens. Para Raffestin, todas as relações do território, são relações de poder, este então se configura como um elemento necessário na categoria território. Apoiado na Geografia Clássica de Ratzel, Raffestin conceitua poder como algo relacional, está diretamente ligado ao espaço-tempo, existente em todas as relações.

Segundo Saquet (2008), território também é fabricado pelas relações de poder e possui outras duas características importantes: as relações econômicas e políticas, e culturais e as construções de identidade; acompanhado das redes. Esses elementos se combinam de diferentes formas. Território assim, é uma construção coletiva e multidimensional que está sempre em transformação e com intervenções das territorialidades.

Para Santos (1999) o território somente não se configura como uma categoria de análise, o correto é somar um adjetivo “território usado”. Para o autor, essa ideia remete a ideia de processo, “[...] ele é o quadro da vida de todos nós, na sua dimensão global, na sua dimensão nacional, nas suas dimensões intermediárias e na sua dimensão local. Por conseguinte, é o território que constitui o traço de união entre o passado e o futuro

⁹ Para Saquet (p.79, 2008) territorialidade consiste “nas relações sociais simétricas ou dessimétricas que produzem historicamente cada território”. Territorialidade é a condição e resultado da territorialização. “A territorialidade corresponde ao poder exercido e extrapola as relações políticas envolvendo as relações econômicas e culturais, indivíduos e grupos, redes e lugares de controle, mesmo que seja temporário, do e no espaço geográfico com suas edificações e relações. A territorialidade efetiva-se em todas as nossas relações cotidianas, ou melhor, ela corresponde às nossas relações sociais cotidianas em tramas, no trabalho, na família, na rua, na praça, na igreja, no trem, na rodoviária, enfim, na cidade-urbano, no ruralagrário e nas relações urbano-rurais de maneira múltipla e híbrida” (Saquet p.90, 2008)

imediatos” (SANTOS, p.19, 1999). Para o autor, essa ideia de território usado corresponde com as formas-conteúdo¹⁰ que uma determinada sociedade dá ao território, com seu dinamismo naquele período¹¹ exercendo a sua existência, assim como a dimensão do cotidiano e a solidariedade.

Para Santos e Silveira (2012) “território usado” é sinônimo de espaço geográfico, reforçam a ideia da periodização justificando os diferentes usos do território nas ações passadas, e principalmente as ações do presente, o território vivo dos diferentes atores. Para os autores, “quando quisermos definir qualquer pedaço do território, deveremos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é, o trabalho e a política” (SANTOS, SILVEIRA, p.247, 2012).

Assim sendo, o território é o chão em conjunto com a sociedade, é uma identidade, é a realidade e o sentimento de pertencer a aquele local, é a base das trocas materiais. E não somente a sobreposição dos conjuntos de sistemas naturais e sociais elaborados pelo homem (SANTOS, 2008). É o “território utilizado” por uma determinada população que adquire características locais singulares, nenhum território é igual ao outro e estão em constante transformação e em relação com outros lugares. Essa abordagem possibilita analisar os contextos dos territórios da vida cotidiana a localização, sua organização, o uso e a correspondência dos fixos e dos fluxos, que podem influenciar nas condições de vida e de saúde de uma dada população (MONKEN, BARCELLOS, 2007).

Este trabalho vai ao encontro com Monken e Barcellos (2005) que dissertam, que a categoria de análise correta para o uso da territorialização na vigilância em saúde é de “território usado”, principalmente para as ações e serviço de saúde. Para os autores,

Por intermédio da categoria território utilizado, o planejamento da vigilância em saúde pode ampliar seu campo de atuação formal sobre o espaço, que, por sua vez, modifica-se conforme a dinâmica das relações sociais. Assim, a escala geográfica operativa para a territorialização emerge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (dos

¹⁰ Para Santos (1999) a sociedade pode ser também uma categoria. Esse fato é referente ao dinamismo da sociedade em dar uma forma, um conteúdo ao território em um determinado momento. “O meio geográfico tem um conteúdo em técnica, um conteúdo em ciência e um conteúdo em informação que permitem formas de ação diferentes, segundo as densidades respectivas” (SANTOS, p.17, 1999). Segundo Santos (2006) a ideia de forma-conteúdo “une o processo e o resultado, a função e a forma, o passado e o futuro, o objeto e o sujeito, o natural e o social. Essa ideia também supõe o tratamento analítico do espaço como um conjunto inseparável de sistemas de objetos e sistemas de ações” (SANTOS, p.66, 2006).

¹¹ Periodização é uma noção importante utilizada para definir o “tempo e o espaço ao mesmo tempo” (SANTOS, p.92 2014).

programas de saúde da família) a áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios). Esses territórios abrangem, por isso, um conjunto indissociável de objetos cujos conteúdo são usados como recursos para a produção, habitação, circulação, cultura, associação e lazer (MONKEN, BARCELLOS, p.901, 2005)

À vista disso, o uso da categoria território oportuniza compreender os modos de vida dos lugares, as organizações e relações dos diferentes atores, os usos dos objetos fixos pelos atores (GONDIN, MONKEN, 2018). Entender esse espaço onde a vida se desenvolve e está em frequente transformação, é fundamental para perceber o processo de saúde e doença dos lugares, como determinada doença afeta certos lugares e outros não, assim como diferentes segmentos da sociedade. Território é um conceito substancial para pensar a saúde da população brasileira. Consoante com Monken (2003), que destaca a importância da compreensão do conceito nos profissionais que trabalham na ponta do serviço e estão próximos a população,

“O reconhecimento desse território pelos profissionais de saúde, principalmente os que têm seu processo de trabalho essencialmente no campo, intervindo na vida cotidiana de comunidades, é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas e necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, através de práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. Esta proposta contida no modelo de vigilância em saúde, é justificada pelo agravamento das desigualdades sociais, associado a uma segregação espacial aguda que condicionam o acesso a melhores condições de vida pela população” (MONKEN, p. 20, 2003).

Diante disso, não se pode perder de vista quando se fala em território deve-se ser sempre visto como um espaço que está sempre em mutação, nunca estático, mas sim como algo dinâmico, onde sempre há diferentes relações de poder. Assim como existe uma identidade, um sentimento de pertencimento, apresentando distintos tamanhos e limites, extrapolando muitas vezes os limites político-administrativo. Sendo possível dizer que há territórios dentro de outros territórios.

3.3 A TERRITORIALIZAÇÃO

Antes de chegar na territorialização em saúde, é preciso conhecer o conceito de territorialidade. Na Geografia está intimamente relacionada como as pessoas usam a terra e como elas organizam-se no espaço, ou seja, é um comportamento espacial (SACK, 1986).

De acordo com Santos (2014) o espaço é ecúmeno, isso porque o homem já alcançou praticamente todos os lugares da superfície da terra e por ser um ser tanto quanto adaptado a todos ambientes, climas, latitudes e longitudes. Principalmente por ser um ser social, a raça humana é um fenômeno dinâmico que ao longo do seu desenvolvimento se expandiu e se distribuiu e nesse processo transformou o espaço habitado de modo qualitativo e quantitativo quanto a culturas, raças, credos etc. A espécie humana se distribuiu demograficamente por todos os quatro cantos da terra, por todos os continentes e países, mas de modo desigual, cada território ocupado possui uma singularidade, conseqüentemente diferentes lugares foram concebidos. Nesse processo de ocupação há o movimento da migração, por diferentes motivos, a sociedade se deslocou de um determinado território e ocupou outro, sendo esse movimento sempre presente na história das sociedades.

A modificação do espaço é obra da ação das sociedades com o passar do tempo, das florestas nativas e poucos impactadas para as degradações e as cidades, da natureza orgânica para a mecanizada. É preciso esclarecer que sempre há um ponto de partida que sempre está relacionado com as ações do passado, de uma outra forma da natureza ou de um outro território: de um território (territorializado) onde determinado ator pode sofrer desterritorialização e em seguida outros atores se territorializam e ele mesmo também em outro contexto, a reterritorialização. Dessa forma, a produção territorial se desenvolve no tempo, (RAFFESTIN, 2009). Alguns fenômenos impactaram e modificaram os lugares de modo intenso, são dois exemplos importantes e que precisam serem citados é o surgimento das cidades e conseqüentemente o processo da urbanização. Estes alteraram de uma forma que nunca foi vista antes o uso e a dinâmica dos lugares para sempre.

Para Robert Sack (1986) a territorialidade é um elemento geográfico importante para compreender a relação entre sociedade e o espaço, é a forma como as pessoas usam, se organizam e concebem os lugares, conseqüentemente é construída socialmente. As alterações nas funções da territorialidade permitem compreender as relações históricas entre a sociedade, o espaço e o tempo. Para o autor,

A Territorialidade, então, forma um cenário para as relações espaciais humanas e as concepções do espaço. A Territorialidade aponta para o fato de que as relações espaciais humanas não são neutras. As pessoas, simplesmente, não interagem no espaço e se movem através do espaço como bolas de bilhar. Ao invés disso, a interação humana, o movimento e o contato são também questões de transmissão de energia e informação, para afetar, influenciar e controlar as ideias e ações de outros e seus acessos às fontes. As relações espaciais humanas são resultados da influência e poder. A

Territorialidade é a forma espacial primária do poder. (SACK, p.31,32, 1986).

O autor define a territorialidade como uma estratégia geográfica para o controle sobre uma área, pessoas e coisas, é utilizada nas relações cotidianas e em organizações complexas e em distintos graus e contextos sociais. De acordo com Haesbaert e Limonad (2007), a territorialidade é um processo de enraizamento espacial.

O termo territorialização na geografia é visto como um fenômeno de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, não tendo uma definição e compreensão exata. No âmbito do SUS é muitas vezes visto de forma limitada, administrativa, de gestão dos serviços de saúde, apenas como um processo de territorialização de informações, utilizada somente como uma ferramenta do mapeamento de localização e distribuição dos serviços de saúde governamental, (Monken, 2003; 2008).

No entanto, a territorialização em saúde vai muito além de ser apenas e exclusivamente uma ferramenta administrativa. É uma metodologia que permite a análise da realidade e a produção social da saúde, é um instrumento potente para compreender os usos do território e seus atores, respectivamente suas relações. (MONKEN, 2003, 2008).

Segundo Monken (2003) e Gondim (2011), a territorialização em saúde parte junto com o processo de implementação do SUS. É um dos seus princípios, a descentralização e regionalização, da organização, planejamento dos sistemas e serviços de saúde, ou seja, o processo de municipalização, da gestão do sistema local de saúde. Consiste em uma nova prática de saúde com o componente territorial muito presente.

Essa ideia que se desenvolve junto com o SUS é uma concepção ampliada da análise da situação de saúde, é a construção de um modelo assistencial que envolve conhecimento e técnicas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais que se chama Vigilância em Saúde (TEXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998). É através dela que a metodologia da territorialização em saúde é desenvolvida e aplicada.

Dessa forma, a Vigilância em Saúde, corresponde como um novo modelo de assistência:

“[...] aponta na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) através da incorporação das contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de

reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local” (TEXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, p. 18, 1998).

Esse modelo apresenta uma nova relação com os sujeitos, novos objetos, outros métodos e organizações de trabalho, com as seguintes características: envolvem a população local, indivíduos ou coletivos organizados, incluindo nesse sentido novos meios de comunicação social que visem a mobilização dos diferentes grupos; uma articulação intersetorial com outros setores e órgãos de governo, não somente os já especificamente trabalhados; intervém sobre os problemas de saúde do território, nos determinantes dos modos de vida e saúde e nos riscos, ou seja, operando sobre os problemas e grupos populacionais; e, faz articulação nas ações de promoção, prevenção e curativas (TEXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998).

As formas de assistência: o modelo e o modelo sanitarista campanhista não conseguem mais lidar com a complexidade dos problemas de saúde deste século. No entanto, a Vigilância em Saúde não descarta por completo as concepções anteriores, mas faz uma proposta de reorganização das práticas sanitárias, principalmente do processo de trabalho (MONKEN, BARCELLOS, 2007).

A vigilância em saúde tem como prática o trinômio estratégico “informação-decisão-ação”, consiste em uma técnica operacional no planejamento. Esse método permite identificar os problemas de uma determinada população no território e agir através das operações de promoção, prevenção e recuperação. É onde o processo da territorialização em saúde atua:

[...] o reconhecimento e o esquadramento do território do município segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isto implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser sistematizados de modo a se construírem o mapa básico e os mapas temáticos do município. (TEXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, p. 20, 1998).

A territorialização em saúde é uma estratégia pedagógica, ou seja, um caminho metodológico que articula a pesquisa, a análise da realidade e a produção social da saúde. Consiste em um método de aquisição e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de determinado território, uma técnica que busca compreender os usos do território em todos os seus níveis (econômico, social, cultural e político). Realizada por meio do trabalho de campo e da técnica da Vigilância em Saúde: informação-decisão-ação e dos instrumentos produção de imagem, geoprocessamento, mapas artesanais, entrevistas e roteiros de observação de campo (MONKEN et al, 2017).

3.3.1 Como metodologia de pesquisa de campo

O trabalho de campo desenvolvido na territorialização em saúde consiste em um processo de construção de conhecimento através da observação e análise sistemática de eventos, podendo ser realizada por meio de: análise de documentos, produção primária de informações ou a observação direta (MONKEN, 2003).

A proposta dessa metodologia compreende a coleta de informações primárias e secundárias e com o uso de alguns instrumentos, posteriormente a interpretação, a análise dos dados. O processo de territorialização em saúde tem como base o trabalho de campo, este é eminentemente uma estratégia pedagógica, pelo fato de promover a aprendizagem sobre as diferentes formas de apropriação do espaço pelos atores locais no território e possui na sua essência uma abordagem geográfica (MONKEN, 2003).

Segundo Monken (2003) o trabalho de campo é uma estratégia pedagógica, compreendida como uma tecnologia em educação. Assim, a estratégia pedagógica do trabalho de campo tem a habilidade de desenvolver espaços compartilhados de aprendizagem para além da sala de aula, possibilita um processo pedagógico mútuo entre “aluno-realidade/comunidade do território em estudo e de atuação profissional” (MONKEN, p.65, 2003). Segundo o autor, é um processo de investigação da realidade social, constituindo-se como um instrumento pedagógico.

O trabalho de campo é um método da pesquisa qualitativa, por meio dele é possível conhecer e desenvolver novos conhecimentos sobre a realidade encontrada no campo, de modo empírico. Dessa forma, possibilita ao aluno uma relação com a realidade social e as situações. Assim, o trabalho de campo é um “palco privilegiado de manifestações e interações entre o pesquisador (no nosso caso, o aluno) e os grupos estudados” (MONKEN, p. 154, 2008).

Visto isso, o método do trabalho de campo desenvolvido na territorialização em saúde é um “processo de investigação da situação de saúde e das condições de vida no território” (MONKEN, p.155, 2008), com o objetivo de criar um diagnóstico das condições de saúde e de situação de saúde de um determinado território. Este processo está diretamente relacionado com o trinômio estratégico informação-decisão-ação do planejamento da vigilância em saúde.

3.3.2 Instrumentos e técnicas

Para o desenrolar do trabalho de campo, o processo de produção das informações, é necessário o uso de alguns instrumentos de pesquisa para a coleta de dados. A proposta da territorialização em saúde concebida na Vigilância em Saúde, tem como uma ação principal a observação de campo, assim como a obtenção de dados primários e secundários. Para isso, possui uma sistematização, assim como alguns instrumentos e técnicas para o seu desenvolvimento. (Monken, 2003; 2008):

Tabela 2 - Instrumentos e técnicas da territorialização em saúde

<p>➤ <u>Caracterização do território e da população</u></p> <p>É a coleta e a sistematização de dados secundários em diferentes bases de informação. Dentre os dados levantados, podem ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Demográficos: população absoluta, por faixa etária, gênero, níveis educacionais; ○ Socioeconômico: produto interno bruto (PIB), população economicamente ativa; renda per capita, índice de desenvolvimento humano (IDH), quantidade e tipo de estabelecimentos (indústrias, comércio, serviços), quantidade e tipo de serviços público e privado (de saúde, de transporte, de segurança, de finanças, de comunicação, de educação); ○ Epidemiológico: número de casos confirmados de uma determinada doença, número de óbitos; ○ Geomorfológico: clima, temperatura, relevo, bacias hidrográficas; ○ Estrutura sanitária: oferta de água, de esgoto, de coleta de lixo; distribuição e tipo de domicílios;
<p>➤ <u>Entrevistas</u></p> <p>As entrevistas correspondem a uma técnica de obtenção dos dados primários, aplicada com os atores sociais do território, com o objetivo de compreender a percepção desses atores sobre as condições de vida e a situação de saúde. Para o seu desenvolvimento, é necessário a elaboração prévia de um roteiro de perguntas para cada tipo de ator. Por meio dessa técnica é possível conhecer os contextos sociais e suas interações. Assim como, pode ser aplicada para estudos de opinião. Alguns dados obtidos nessa técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ História da ocupação territorial; ○ Problemas, necessidades e potencialidades percebidas;

- Organizações locais;
- Projetos sociais e movimentos sociais.

➤ Mapeamento

O mapeamento permite trabalhar a síntese geográfica, aproximando e reconstruindo a totalidade. A produção cartográfica pode ser feita de duas maneiras. A primeira corresponde a produção de mapas georreferenciados com dados obtidos por diferentes bases de dados, juntamente com o uso de um aparelho receptor de GPS, na qual os alunos marcam pontos no território e depois conseguem importar os dados. Essa ferramenta é fundamental para a análise das condições de vida, constituindo como um instrumento de interpretação. A segunda maneira é a produção de mapas artesanais, produzidos a mão, no momento do trabalho de campo. Através de uma folha em branco e com o auxílio de um lápis, o mapeamento possui uma capacidade pedagógica muito grande, pois assim, no campo, no momento da observação é possível descrever os objetos geográficos, as interações humanas. É possível trabalhar o cotidiano dos territórios, as territorialidades humanas.

Nas duas maneiras, é possível identificar e localizar os seguintes dados:

- Riscos, vulnerabilidades (poluição, resíduos, esgoto a céu aberto, violência), doenças e agravos;
- Famílias, grupos sociais e instituições e serviços de saúde;
- Meios de comunicação;
- Objetos da geografia física, naturais (relevo, rios, clima) e construídos (edifícios, estradas, escolas, comércio, ruas, pontes, equipamentos públicos).

➤ Produção de imagem

A produção de imagem é produzida com o auxílio da fotografia, consequentemente de uma máquina fotográfica. Esse consiste em um instrumento de identificação e de observação do cotidiano da vida do território, identificando as necessidades, as problemáticas, mas também os fatores positivos, os objetos do território.

No entanto, para o seu desenvolvimento, é importante que seja elaborado um roteiro prévio de produção de imagens do contexto social local. Essa ferramenta colabora para investigar e construir o conhecimento, podendo ser útil para reconhecer os objetos e ações implicados na produção da saúde ou da doença no território. Não precisa, e não deve ser um roteiro na qual o aluno deve seguir e ficar restrito, mas sim um roteiro de suporte na qual o aluno pode expandir e construir junto com a sua

percepção.

➤ Observações de campo

Consiste no método observacional in loco do território, através da percepção e da vivência do aluno. São as anotações individuais de cada aluno no decorrer do trabalho de campo. Suas percepções do determinado território: lugares que chamam a atenção, algum tipo de interação, ou até mesmo de um objeto que não foi identificado anteriormente com os dados secundários. São as anotações livres de cada aluno. Também é utilizado um roteiro para auxiliar na técnica.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de: Monken, 2003; 2008; GONDIN, MONKEN, 2017; MONKEN, BARCELLOS, 2005; MONKEN et al, 2017.

3.3.3. Enquanto organizadora do processo de trabalho em saúde

O processo de territorialização pode ser também utilizado para organizar os serviços de referência de acordo com a necessidade dirigidas para a população de territórios bem delimitados. A territorialização possibilita identificar a área de abrangência dos serviços de saúde, a área de influência para uma população de uma determina área quanto a realização de algum procedimento, como exemplo, os diagnósticos de média complexidade (ALMEIDA, et al, 1998).

A territorialização em saúde pode ser utilizada como um suporte da organização do processo de trabalho, através do seu desenvolvimento, possibilita a interação de equipes de saúde com a população e com os atores políticos. Pode ser aplicada principalmente com os profissionais de saúde que tem seu processo de trabalho no campo e que lidam com o cotidiano da comunidade, possibilitando inclusive o desenvolvimento de um vínculo com a população (MONKEN, 2003; 2008).

De acordo com o Guia Política Nacional de Atenção Básica (2018),

“A territorialização e a definição do território como responsabilidade de cada equipe estão entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O processo de territorialização deve ser considerado um meio operacional para o desenvolvimento do vínculo entre os serviços de saúde e a população, permitindo aproximação para o entendimento dos problemas e necessidades de saúde do território” (BRASIL, p.9, 2018)

Assim, é de responsabilidade de todos os profissionais da equipe da Atenção Básica participar do processo de territorialização da área de atuação da equipe, utilizando os momentos de reunião de equipe para discutir a análise e a realização do diagnóstico. Da mesma forma, é preciso considerar que o território é vivo e dinâmico,

por isso é importante destacar para a necessidade de refazer ou de atualizar a territorialização sempre que for necessário (BRASIL, 2018).

Conforme Gondim (2011), a territorialização é um “método e expressão geográfica de intencionalidades humanas” (p.200), capaz de auxiliar dirigentes, entidades, profissionais e usuários do SUS com o objetivo de obter conhecimento da dinâmicas dos lugares e do seu, “[...] 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” (p.200).

Assim, o território usado aplicado nas práticas dos profissionais de saúde, principalmente os de campo, que lidam diretamente com os diferentes atores da comunidade no dia a dia, é um instrumento necessário para contextualizar os problemas e necessidades de saúde, conforme com Monken, (p. 22, 2003)

“Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade. A categoria geográfica do território utilizado, pode ser assim operacionalizada devido à sua concretude construída pelas práticas humanas, tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial, como as práticas circunscritas à vida social cotidiana”.

3.3.4 Experiências positivas: PROFORMAR Nacional e o curso Técnico em Vigilância em Saúde

A proposta do Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o enfrentamento das Arboviroses, na qual este trabalho se debruça é procedente da experiência da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz. A instituição é pioneira na formação e qualificação profissional de nível médio de trabalhadores para o SUS desenvolvendo a metodologia da territorialização em saúde. A EPSJV desenvolve desde 1995 currículos de ensino na área das vigilâncias: epidemiológica, sanitária e ambiental e da vigilância em saúde (EPSJV, 2007).

A metodologia aplicada pela EPSJV compreende o processo da territorialização como um método de pesquisa com metodologias quantitativas, qualitativas e técnicas de

investigação de campo sobre um determinado território com o objetivo de conhecer a realidade sócio-sanitária-espacial, através de um diálogo com os sujeitos. A pesquisa nesse sentido, consiste na estratégia pedagógica, na qual a construção da informação deve ser compreendida “como um insumo para que se dê o desenvolvimento da aprendizagem” (MONKEN, p.87, 2019).

Ainda de acordo com Monken (2019), a metodologia concebida pela EPSJV é principalmente uma técnica pedagógica, por considerar as especificidades de cada território e a realidade social, por conseguir compartilhar e criar conhecimento no seu processo, e contribuir para tomada de decisão e estratégia de ação. É uma metodologia que introduziu o uso das categorias e métodos geográficos, principalmente a categoria território, com o objetivo de compreender a relação entre as condições de vida e a situação de saúde.

A EPSJV nos seus cursos de Vigilância em Saúde para a educação profissional adota algumas proposições importantes. O referencial fundamental é o modelo da Vigilância em Saúde, compreendida como uma prática sanitária transformadora e que possibilita o desenvolvimento dos princípios do SUS. Assim como, tem o trabalho como um princípio educativo, aplicando meios de ensino que possam ser também meios de trabalho. Investindo no desenvolvimento de trabalhadores críticos e comprometidos com as transformações sócio-sanitárias (EPSJV, 2006).

De 1998 até o ano de 2002, a EPSJV passou a desenvolver a proposta do curso Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR) Nacional, com base no conjunto de seus núcleos de trabalho, como uma estratégia pedagógica da escola politécnica. O PROFORMAR foi uma ação conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (Funasa), EPSJV/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Executado no período de 2001 a 2008 em todo território nacional, exceto no estado de São Paulo, através das Redes de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), qualificando pouco mais de 29 mil alunos e 10 mil trabalhadores de campo¹². Essa experiência consolidou-se como uma estratégia de formação de nível médio para trabalhadores na Vigilância¹³.

¹² Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/proformar-nacional>

¹³ Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/novas-publicacoes-da-epsjv-sao-lancadas-no-abrascao>

O curso teve como objetivo “formar profissionais envolvidos com operações de campo, das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e da Fundação Nacional de Saúde, com vistas a mudanças do perfil e do processo de trabalho, ampliando a sua área de atuação” (EPSJV, p.296, 2006). Foi uma proposta de educação continuada, com relação entre os conteúdos teóricos-conceituais e os princípios e as diretrizes do SUS. Uma formação inovadora, de mudança de práticas, mais crítica, reflexiva, orientado para a produção de informações de base territorial, possibilitando analisar e discutir sobre o território, identificando as situações-problema e proposta de intervenção. Realizando integração com as ações e equipes da atenção básica, bem como auxiliar na estruturação do sistema municipal de informações de Vigilância em Saúde.¹⁴

O curso teve duas circunstâncias históricas, o processo de descentralização do SUS e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira de 1996. A adversidade era de qualificar uma enorme força de trabalho para realizar um novo ofício perante as especificidades nos níveis estadual e municipal, conseqüentemente criando uma nova identidade para esses trabalhadores (GONDIM, MONKEN, 2003).

Com uma metodologia problematizadora e reconstrutiva que articula teoria e prática através do trabalho de campo/territorialização de informações, planejamento e proposta de intervenção das demandas sanitárias locais. O tutor ou o preceptor é o responsável por articulação das situações de aprendizagem, ele é o responsável por orientar os alunos, assim como é responsável por desenvolver as atividades práticas de aproximação do aluno com o seu objeto de estudo, o diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida da população (MONKEN, 2003).

A organização do curso se divide em momentos presenciais/concentração para realizar os seminários de sínteses e a distância/dispersão, na qual os alunos e professores/tutores realizam a interação. Com a duração de 6 (seis) meses e 400 horas/aulas. O material didático corresponde a 10 (dez) livros e a 3 (três) vídeos.

A estrutura do curso compreende três unidades de aprendizagem, a primeira compreende a Vigilância em Saúde e Novas Práticas Locais; a segunda Trabalho, Condições de Vida e Situação de Saúde; e a terceira Promoção e Proteção da Saúde. De sete módulos temáticos, onde são desenvolvidos os conteúdos teóricos e práticos. E de quatro momentos presenciais com alunos e tutores (MONKEN, 2003).

¹⁴ Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/proformar-nacional>

Isto posto, o PROFORMAR “se coloca como um programa valioso e oportuno no cenário atual do SUS, configurando-se como estratégia indispensável para um novo ordenamento de ações e serviços, seja pelo recorte teórico que norteia sua proposta pedagógica — a promoção e a vigilância da saúde” (GONDIM, MONKEN, p. 351, 2003).

A outra proposta de formação apresentada neste trabalho é o curso “Técnico em Vigilância em Saúde” que tem o objetivo de “Formar os agentes de Vigilância em Saúde que atuam na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), em técnicos de Vigilância em Saúde, na perspectiva de agir de forma crítica sobre os eventos de saúde na área da vigilância”. Como público alvo, o curso se destina a trabalhadores que atuam na SMS-RJ¹⁵.

O curso Técnico em Vigilância em Saúde também já fez parte da modalidade do curso concomitante com o nível médio da EPSJV assim como de maneira subsequente.¹⁶ Este curso em especial tem como referência a educação politécnica¹⁷, propõe que o processo de trabalho seja em conjunto com os aspectos manuais e intelectuais, assim como dos princípios científicos que se encontram na base da organização histórica da sociedade. Dessa forma, o curso defende a formação crítica e qualificada, procurando propiciar no desenvolver do processo formativo uma reflexão sobre o contexto das relações sociais (EPSJV, 2007)

¹⁵ Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/cursos/tecnico/tecnico-em-vigilancia-em-saude>

¹⁶ Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/ensino/cursos-tecnico>

¹⁷ De acordo com o dicionário da Educação Profissional em Saúde, a educação politécnica corresponde a ideia marxista de educação. Para essa concepção, o “trabalho como princípio educativo, que busca na transformação da sociedade sua última finalidade” (RODRIGUES, p.169, 2007). Onde o trabalho compreende todas as dimensões da vida.

4 - A METODOLOGIA: CAMINHOS DO ESTUDO

4.1 O MÉTODO DE PESQUISA QUALITATIVA E A TÉCNICA DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A escolha pela pesquisa qualitativa se faz pela capacidade de trabalhar a realidade que não é possível quantificar, esse tipo de metodologia atua com significados e atitudes. É compreendido como o fenômeno da realidade social, a produção humana, são as relações, as ações vividas e partilhadas. (MINAYO, 1994). O método qualitativo permite compreender fenômenos sociais. Fenômenos complexos e únicos (HAGUETE, 2007).

A pesquisa qualitativa possibilita descrever a complexidade de determinado problema, compreender processos dinâmicos vividos por grupos sociais e entender as particularidades de cada indivíduo no grupo. Por meio desse método é possível realizar a observação qualitativa para compreender o funcionamento de estruturas sociais (RICHARDSON, 2008).

Uma das técnicas da pesquisa qualitativa é a observação participante, na qual o pesquisador tem contato com o fenômeno observado e com os atores sociais no contexto,

“Definimos a observação participante como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador das partes do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente” (MINAYO, p.70, 2008).

A observação participante é umas das etapas do trabalho de campo, com isso durante o contato com o grupo, é possível compreender diferentes perspectivas que vão surgindo no decorrer do trabalho. Seu principal instrumento de trabalho é o diário de campo, que corresponde a um caderno, um meio de anotar as informações percebidas e que estão por fora das outras técnicas aplicadas na pesquisa, o questionário e a entrevista. Desse modo, é possível anotar os fenômenos concretos e os acontecimentos que não podem ser registrados através de outras técnicas qualitativas (MINAYO, 2008).

A observação é um elemento fundamental nas pesquisas, é considerada como um método de investigação. É utilizada muitas vezes em conjunto com outras técnicas.

A principal vantagem desse método é a possibilidade de perceber os fatos diretamente, sem intermediações. A técnica da observação participante, conhecida também como observação ativa “consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada” (GIL, p. 103, 2008). A técnica permite captar as palavras e os comportamentos dos observados.

Para Becker (1993) a observação participante produz muitas descrições detalhadas. Isto é possível pelo fato do observador, através da sua participação do grupo que estuda, conseguir, através da sua presença contínua coletar mais dados e observar empiricamente as pessoas que está estudando, estabelecendo conversações, e conseqüentemente as interpretações que eles possuem sobre os acontecimentos ocorridos e descobrindo novas informações. Assim, a observação participante é capaz de explicar

“[...] fatos sociais específicos através de referência explícita a seu envolvimento num complexo de variáveis interconectáveis que o observador constrói como um modelo teórico da organização. Em seu estágio final, o observador concebe um modelo descritivo que melhor explica os dados que reuniu” (BECKER, p.58, 1993).

A observação participante permite o acesso a um vasto conjunto de dados no seu desenvolvimento, inclusive os não previstos para a pesquisa. Da mesma forma, nessa técnica, o pesquisador pode ser participante e utilizar diferentes formas de alcançar seu objeto, incluindo realizar indagações sobre determinada operação de pessoas ou grupos (BECKER, 1993).

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A primeira fase desenvolvida foi o levantamento bibliográfico para fundamentar o referencial teórico da pesquisa, realizada a partir de outros trabalhos já elaborados por diferentes autores e diversas fontes. Para Gil (p. 50, 2008) “A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”.

A partir da revisão bibliográfica foi possível desenvolver os objetivos teóricos do trabalho: o papel da Geografia na Saúde; as contribuições da categoria território para a análise em saúde; e, descrição do processo de territorialização em saúde. Também foi

levantado dados referentes a organização política-administrativa do Distrito Federal, local da experiência educativa que foi observada.

A revisão bibliográfica constituiu na consulta nos descritores das seguintes palavras chaves: Geografia na saúde, território, territorialização, territorialização em saúde, educação em saúde, promoção da saúde, Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemia.

Em diferentes fontes bibliográficas: livros, periódicos científicos, revistas eletrônicas, anais de encontros científicos, teses e dissertações. As bases de dados analisados foram: SciELO, ARCA, CAPES, Google Acadêmico, Anais do GEOSAÚDE, diferentes sites do Ministério da Saúde e do Governo do Distrito Federal. Para a seleção, foi realizado a leitura e a análise dos resumos.

Posteriormente foi realizado o trabalho de campo, com a finalidade de acompanhar na prática o processo da territorialização em saúde em um curso de qualificação profissional denominado Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o enfrentamento das Arboviroses. Conseqüentemente responder também o objetivo de descrever o processo da territorialização em saúde identificando os pressupostos pedagógicos e as percepções dos trabalhadores da saúde e comunidade.

4.2.1 Sujeitos do estudo e critérios de inclusão

São sujeitos da pesquisa os alunos e os preceptores do curso. No total foram 13 (treze) alunos que participaram do curso, desses 12 (doze) foram sujeitos da presente pesquisa e 3 (três) preceptores do curso e da pesquisa. O perfil dos alunos em relação ao perfil profissional está disposto na tabela 3.

Os critérios de inclusão para participar desta pesquisa foram:

- 1 – Para alunos e preceptores: ter assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- 2 – Para os alunos: ter feito o curso;
- 3 – Para os preceptores: ter acompanhado o curso por completo.

Tabela 3 – Perfil profissional dos alunos que participaram da pesquisa

PERFIL PROFISSIONAL DOS ALUNOS	
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	3
Morador (M)	2

Agente de Vigilância Ambiental em Saúde (AVAS)	5
Profissional de outros setores do governo (POSG)	2
Total	12

Fonte: elaborado pelo autor

4.2.2. Instrumentos de pesquisa

Questionário

Para Gil (2008) o questionário é uma técnica de investigação, que tem o objetivo de obter informações sobre determinado conhecimento. Podem ser elaborados com questões fechadas, com opção de resposta e com questões abertas, onde o respondente elabora a sua própria resposta.

O questionário foi elaborado em duas partes. A primeira com perguntas fechadas, com questões para contextualizar o perfil dos alunos, de identificar a área profissional e o tempo de atuação, os locais de os alunos buscam informações e o que eles reconhecem de serviço de saúde no território. A segunda parte são questões abertas com o objetivo de obter uma noção prévia do conhecimento dos alunos sobre a produção da saúde e da doença, assim como informação sobre as Arboviroses, o que compreendem de educação em saúde e as motivações que levaram a fazer o curso.

Entrevista

A entrevista é uma forma de interação social onde é possível obter dados específicos à investigação. É considerada uma técnica de excelência na investigação social. A entrevista semiestruturada possui uma relação fixa de questões, são rápidas, possibilita uma análise estatística dos dados (Gil, 2008).

Para Triviños (1987) a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Além disso, esse método de entrevista possibilita melhores resultados por ser desenvolvido por diferentes grupos de pessoas. Complementa o autor, afirmando que a entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

A aplicação das entrevistas no final do curso teve como objetivo compreender o que foi compreendido pelos alunos sobre o processo de territorialização e seu caráter pedagógico. Com os preceptores as entrevistas tiveram o objetivo de verificar o que eles compreendem o que é preceptoria, a função e o desenvolvimento do processo de territorialização em saúde.

Diário de Campo – Caderno

Durante o desenvolvimento do curso, em todas as aulas, teóricas e práticas, houve momentos de registros. As informações foram sistematizadas em cada dia de atividade. Dessa forma, um roteiro da observação participação foi elaborado:

- i. Observar o uso e o desenvolvimento das ferramentas da territorialização;
- ii. Observar o manuseio da coleta, análise e sistematização dos dados: demográficos, socioeconômicos, políticos, culturais, epidemiológicos e sanitários; dos diferentes alunos;
- iii. Identificar se há uma articulação/interações entre os diferentes participantes;
- iv. Observar a interação dos preceptores com os alunos;
- v. Observação dos espaços físicos;
- vi. Atividades não previstas e realizadas no curso;
- vii. Conversas e entrevistas informais;

4.2.3 O cenário: Distrito Federal e a Ceilândia

A pesquisa foi realizada no âmbito de um curso profissional, denominado de Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o Enfrentamento das Arboviroses (CDPVSEA). O curso foi desenvolvido nos meses de outubro a dezembro de 2019. Ocorreu na RA Ceilândia em três localidades diferentes, nas aulas teóricas: no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - campus Ceilândia; no Jovens de Expressão – Projeto R.U.A.S.; e no Centro de Ensino Fundamental 34 de Ceilândia. As territorializações ocorreram nos territórios de abrangência da Unidade Básica de Saúde N° 02 e N° 11 de Ceilândia

O Distrito Federal (DF) possui divisões administrativas única no país, por isso é importante relatar sua organização, para elucidar o cenário, população e objeto de estudo. O DF é uma unidade federativa autônoma composto pela Capital Federal, Brasília e suas 31 Regiões Administrativas, a qual de acordo com a resolução constitucional não é permitido ser partilhado em municípios.

O DF está situado na região Centro-Oeste do Brasil, no Planalto Central, sua topografia apresenta altitudes que oscilam entre 950m a 1400m. Seu bioma é o Cerrado onde ainda há uma grande diversidade de vegetação. Possui clima tropical, com períodos bem definidos de chuva e de seca ao longo do ano (GDF, 2017).

A população do Distrito Federal no último censo em 2010 era de 2.570.160 pessoas. De acordo com a projeção realizada pela Subsecretaria de Vigilância à Saúde, o DF possui uma população estimada em 2.972.209 pessoas em 2018 (SES, 2019). Em conformidade com os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD 2018 da Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN, um relevante fator é a origem dos moradores, visto que pela primeira vez a maioria, 55,3% do total da população residente do DF informaram ter nascido no DF (GDF, 2017).

A forma de organização administrativa do DF é diferente das outras regiões do país. Em 2012 o Plano Diretor de Organização Territorial do Distrito Federal (PDOT) foi atualizado e estabeleceu a divisão do DF em 7 Unidades de Planejamento Territorial (UPT), são subdivisões territoriais que agrupam RAs contínuas. Uma outra divisão é feita no setor saúde, o Plano Distrital de Saúde organiza o território em sete Regiões de Saúde do DF.

Ceilândia está localizada na Unidade de Planejamento Territorial Oeste – UTP IV, constituída pelas RAs de Taguatinga, Brazlândia, Ceilândia e Samambaia abrangendo uma área territorial de 892,67 km², cerca de 15,51% da área total do DF. A mesma lógica de organização do espaço é feita na saúde, Ceilândia e Brazlândia compõe a Região de Saúde Oeste (GDF, 2017; 2019). A cidade-satélite de Ceilândia possui uma extensão territorial de 230,30km²,¹⁸ desses apenas 29,10km² são áreas urbanas.

Ceilândia é a Região Administrativa mais populosa com 461.057 habitantes, cerca de 15,51% da população do DF (GDF, 2019). De acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD 2018, cerca de 52,1% da população na RA IX é composta por mulheres, assim como uma maioria se considera da cor parda e pela primeira vez na história a população residente a maioria, 58,4% informaram que nasceram no DF.

¹⁸ Fonte: Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação - SEDUH - Subsecretaria de Política Urbana e Informação – SUPIN - Diretoria de Informação - DIRIN - Sistema de Informação Territorial e Urbano - SITURB / Sistema Cartográfico do Distrito Federal - SICAD

4.2.4 Coleta dos dados

A primeira coleta de dados ocorreu junto com o início do curso no Instituto Federal de Brasília – campus Ceilândia, em uma sala de aula. A turma foi organizada na sala em forma de círculo, a coordenação territorializada deu as boas-vindas aos cursistas, o projeto do qual o curso faz parte e o curso foram explanados para todos os presentes.

Após essa etapa, a pesquisadora responsável por esta pesquisa, apresentou-se e informou sobre o projeto de pesquisa da qual começaria a desenvolver junto com o curso. Também foi informado quanto as implicações em participar da pesquisa, sendo de livre e espontânea vontade de cada indivíduo. Para os alunos foi aplicado o questionário no início do curso, em sua carteira, cada aluno respondeu de modo individual. No dia da sistematização e apresentação da unidade III, foram realizadas as entrevistas com os alunos, de modo individual, o tempo de duração foi de 10 a 30 minutos. Com os preceptores foi desenvolvido apenas a entrevista a final do curso, no desenvolvimento da última aula, no módulo 8 (oito).

Dessa forma, este trabalho foi desenvolvido de acordo com a Resolução 196/98, que apresenta as Diretrizes e as Normas reguladoras de pesquisas que abrangem seres humanos. Foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, e aprovado, possuindo o CAAE 20233419.0.0000.5241. Os TCLE desenvolvidos para os alunos e para os preceptores foram aprovados pelo comitê de ética.

4.2.5 Processo de análise dos dados

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, tendo Bardin (2016) como a principal referência, mas construído com o auxílio de Oliveira (2008) e Oliveira et al (2003). Para Bardin (2016) análise de conteúdo consistem em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, é uma forma adaptável. Para a autora, consiste em um método empírico que consiste em algumas regras de suporte para a construção da análise.

Segundo Oliveira (p. 570, 2008) o objetivo principal da análise de conteúdo consiste na “manipulação das mensagens, tanto do seu conteúdo quanto da expressão desse conteúdo, para colocar em evidência indicadores que permitam inferir sobre uma

outra realidade que não a mesma da mensagem”. Permitindo o alcance de diferentes conteúdos explícitos ou não, assim como podendo ser de modo verbal ou escrito. Dessa forma, pode ser definida como um recurso metodológico de diversas disciplinas, incluindo representações coais sobre determinado objeto, pois permite transformar tudo em texto e passível de ser analisado através de seu método.

Quanto a sua objetividade, Oliveira (2008) aponta também para,

“Implica que a análise deve poder ser verificada e reproduzida por outro pesquisador. Para tanto, as unidades decompostas da mensagem, as categorias que servem para classificá-la, devem ser definidas com tal clareza e precisão que outros, a partir dos critérios indicados, possam fazer a mesma decomposição, operar a mesma classificação” (OLIVEIRA, p.570,571, 2008).

Para Bardin (2016), a técnica da categoria permite a classificação dos elementos através de critérios, para assim conseguir desenvolver uma análise fundamentada, são eles:

REGRAS	DESCRIÇÃO
Homogêneas	“Não se mistura alhos com bugalhos”, ou seja, devem obedecer a critérios de escolha;
Exaustivas	Esgotar a totalidade “texto”, considerar todos os elementos do <i>corpus</i> ;
Exclusivas	Um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes;
Objetivas	Codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais;
Adequadas ou pertinentes	Adaptadas do conteúdo e ao objetivo da análise;

Quadro 1 – Classificação dos elementos através de critérios

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Bardin (2016) e Oliveira (2008)

Sendo assim, descreveremos o desenvolvimento das etapas da análise do conteúdo desta pesquisa:

1ª Etapa - Pré-análise

Esta etapa consistiu na escolha dos documentos, sua organização e a leitura fluante dos mesmo. Foram analisados: o questionário, o diário de campo e as entrevistas com os alunos e preceptores.

Os questionários foram organizados de maneira sistemática, conforme sua estrutura e os critérios de análise dos indivíduos no programa Microsoft Excel Office 365. A tabulação das informações foi realizada manualmente, utilizando um caderno, por ser um universo de resposta muito pequeno

As entrevistas dos alunos e dos preceptores foram gravadas no smartphone da pesquisadora responsável, através do gravador de voz disponível no sistema

operacional. Posteriormente os áudios foram transcritos com o auxílio do aplicativo online chamado o *Transcribe*¹⁹ e sistematizados no programa Excel.

O diário de campo consistiu em um caderno com folhas pautadas onde cada dia de aula foram transcritos falas aleatórias dos alunos. Foram frases que foram de encontro aos objetivos da pesquisa. Assim como, foram anotados os procedimentos, os relatos das aulas.

2ª Etapa - Exploração do material

Na segunda etapa foi realizado o tratamento do material, os dados brutos foram transformados em unidade de descrição, através das regras de: recorte, escolha da unidade, podendo ser uma frase, palavra isolada ou um parágrafo; e, na classificação, na escolha das categorias e o processo de categorização.

O processo da categorização consistiu na classificação de elementos constituídos por conjuntos, ou seja, categorias. A categorização criou subcategorias que reuniram um grupo de elementos da unidade de registro. Tanto as categorias, quanto as subcategorias foram compiladas a partir do referencial teórico da pesquisa (BARDIN, 2016; OLIVEIRA et al, 2003). Este trabalho elaborou a seguinte categorização:

Foram criadas duas categorias e seis subcategorias que dialogam diretamente com o objetivo da proposta desse trabalho:

Pedagogia da territorialização²⁰: tendo em vista que a territorialização em saúde consiste em uma tecnologia educacional com uma forte abordagem geográfica da realidade social, uma proposta de método de obtenção e ao mesmo tempo de análise de informações sobre as condições de vida e saúde de um determinado lugar (Monken, 2008). É importante procurar compreender como o seu desenvolvimento, desvendar sua estrutura, seus procedimentos, instrumentos e potencialidades.

→ Propicia a análise das condições de vida e saúde: é preciso entender como é a abordagem geográfica, se existe alguma relação com o raciocínio geográfico. Se é possível pensar a produção social da saúde e da doença olhando para o território;

→ Uso das técnicas e dos instrumentos: como é a apropriação das técnicas e dos instrumentos, são capazes de auxiliar, quais são as potencialidades e as dificuldades encontradas pelos alunos;

¹⁹ Disponível em: <https://otranscribe.com/> .

²⁰ Grifo da autora para destacar a categoria de análise

→ Articulação entre teoria e a prática: consiste fundamentalmente em uma metodologia de campo, de penetração no território, de contato com os atores. Qual a relevância para os alunos de ir a campo, como eles compreendem essa metodologia;

→ Pontos positivos e negativos da pedagogia: do ponto de visto dos alunos que ao mesmo tempo também são profissionais do serviço de saúde, moradores e profissionais de outros setores de governo, quais são as potencialidades e dificuldades lidas por esses sujeitos. Qual a relevância dessa metodologia;

Saúde²¹: existe diferentes concepções de saúde e inúmeras maneiras de defini-la. Contudo, este trabalho considera a saúde conforme o conceito ampliado, uma visão positiva e que envolve diferentes determinantes e condicionantes.

→ Sentidos da saúde: qual é a compreensão dos alunos, os profissionais de saúde da ponta do serviço, sobre saúde, se é percebida como um conceito negativo ou positivo;

→ Sentidos da educação: os profissionais da ponta do serviço fazem educação em saúde, qual a compreensão, como é possível realizar a educação em saúde;

3ª Etapa - Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação

Na última etapa os dados foram tratados e analisados de acordo com os documentos: questionário, entrevista e o diário de campo; agrupados junto com as exemplificações das unidades de registro relevantes para cada categoria, em forma de tabelas e quadros.

O diário de campo foi analisado conforme a organização do curso, de acordo com as Unidades de Aprendizagem: I, II e III. Cada unidade será analisada, levando em consideração dentro delas: os módulos (aulas teóricas e a territorialização em saúde); os momentos de sistematização; as apresentações das unidades; e, os instrumentos da territorialização.

Os sujeitos foram analisados de acordo com o perfil da vaga, a fim de identificar a percepção dos diferentes atores: agente comunitário de saúde (ACS), agente de vigilância ambiental em saúde (AVAS), morador (M) e profissional de outros setores do governo (POSG). Para manter a identidade dos participantes foi feito o processo de codificação, considerando o perfil da vaga, será adicionado um número para cada indivíduo, da seguinte forma:

ACS → ACS1, ACS2, ACS3;

²¹ Grifo da autora para destacar a categoria de análise

AVAS → AVAS1, AVAS2, AVAS3, AVAS4, AVAS5;

Morador → M1, M2;

Profissional de outros setores do governo → POSG1, POSG2.

Dessa forma, para alcançar o êxito da interpretação dos resultados, o referencial teórico deve estar claro, para contrastar os achados com o referencial e obter as respostas norteadoras da presente dissertação. Segundo OLIVEIRA (p.572,573, 2008),

“as categorias representam a reconstrução do discurso a partir de uma lógica impressa pelo pesquisador, portanto expressam uma intencionalidade de rerepresentar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico. Essa lógica aplicada ao objeto de estudo e as construções teóricas dela emanadas precisam ser explicitadas, em termos do objeto reconstruído pela análise num trabalho posterior à aplicação da técnica” (OLIVEIRA, p.572,573, 2008).

Dessa forma, a análise de conteúdo para Bardin (p.48, 2016),

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens”

4.3 Desenvolvimento do campo

O trabalho de campo foi todo desenvolvido no CDPVSEA, conseqüentemente, a observação participante ocorreu em todos os momentos do curso, em todas as aulas. Com isso, este item tem a finalidade de discorrer como o curso foi organizado e realizado.

A pesquisadora responsável pela presente pesquisa, além da função de pesquisadora, desempenhou a função de coordenadora pedagógica territorializada. No entanto, em muitos momentos do curso teve que desempenhar exclusivamente ações administrativas, assim como auxiliar nos momentos de territorialização, acompanhando todas as territorializações do grupo da UBS 02.

A coordenação executiva territorializada foi composta por: um profissional da EPSJV, dois trabalhadores da Fiocruz de Brasília, um professor do ensino básico de Ceilândia e a pesquisadora responsável desse trabalho. Consistiu no grupo de organização do curso.

O período de seleção, convocação dos professores e da inscrição dos alunos ocorreu no mês de setembro, a divulgação foi feita através dos parceiros do FCS, toda a comunicação com a comunidade partiu desses atores do território. Em setembro e em outubro ocorreram duas reuniões com os possíveis professores e com os preceptores.

A Oficina Pré Curso onde é informado o Plano do Curso de modo detalhado e é realizada a simulação do TC, a territorialização e todos os instrumentos de campo foi desenvolvida em dois dias em setembro. O primeiro dia da oficina, com a apresentação da metodologia do curso ocorreu em uma sala de aula da Fiocruz de Brasília e contou a presença de alguns professores convidados e dos preceptores. O segundo dia foi desenvolvido uma simulação do processo da territorialização na UBS N°2 de Ceilândia. Essa prática foi orientada pelos profissionais da EPSJV.

O curso ocorreu do dia 17 de outubro até o dia 20 de dezembro de 2020, as quintas e sextas-feiras, quando era semana de LTCDC e SAU as aulas ocorreram na quarta, quinta e sexta-feira. Das 9h da manhã até as 17h, com 1h de pausa para o almoço.

Devido a compatibilidade da agenda de alguns professores, houve alteração na ordem de alguns módulos, o módulo 6 trocou com o 5, e o módulo 9 trocou com o módulo 8. Esse fato não alterou a dinâmica do curso, por serem na mesma unidade de aprendizagem, não houve prejuízos no desenvolvimento do curso.

5 - RESULTADO E DISCUSSÕES

5.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA - ALUNOS DO CURSO

O curso ocorreu do mês de outubro a dezembro, de duas a três vezes por semana, cada encontro teve em média 8h diárias. Foi um contato muito próximo com os alunos, inclusive almoçando e lanchando nos intervalos, estando presente nas aulas teóricas e práticas. Durante a observação participante procuramos anotar todas as observações vistas, as falas dos alunos durante as aulas, a forma de organização deles, como foi desenvolvido o curso e as percepções dos alunos.

A análise da territorialização será abordada apenas sobre o grupo da UBS 2, o grupo no qual a pesquisadora acompanhou, mas em algumas vezes o exercício prático da territorialização aconteceu com os dois grupos em conjunto. Os instrumentos da territorialização: caracterização do território com os dados secundários, as entrevistas, o mapeamento, a produção de imagem e a observação de campo; foram feitos pelos alunos em formato de revezamento, em cada exercício prático um aluno assumia a responsabilidade de fazer determinada tarefa. Da mesma forma, os instrumentos não foram aplicados em todas os exercícios práticos, em cada um tinha um objetivo, consequentemente seus instrumentos.

A observação participante possibilitou um contato direto com os sujeitos, criando uma relação muito positiva, indo muito além de apenas sujeitos objetos de pesquisa. Proporcionou um aprendizado muito rico, uma troca de experiência extraordinária.

O uso do questionário teve como objetivo contextualizar cada aluno, com a finalidade de traçar um perfil, assim como conhecer previamente algumas percepções dos discentes a respeito da pesquisa. Um aluno preferiu não responder o questionário, do mesmo modo não concedeu a entrevista. Cabe destacar que as perguntas foram elaboradas para atender a todos os perfis de alunos, sendo eles profissionais da saúde ou não.

Quanto a caracterização dos sujeitos da pesquisa:

QUESTÃO	APLICAÇÕES			
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	AGENTE DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM	MORADOR	PROFISSIONAL DE OUTROS SETORES DO

		SAÚDE		GOVERNO
Idade	ACS1:44 ACS2:46 ACS3:36	AVAS1: 45 AVAS2: 43 AVAS3: 53 AVAS4: 49 AVAS5: 53	M1: 18 M2: 19	POSG1: 28 POSG2: 52
Gênero	ACS1: M ACS2: F ACS3: F	AVAS1: F AVAS2: F AVAS3: M AVAS4: F AVAS5: M	M1: M M2: M	POSG1: M POSG2: F
Local onde trabalha	ACS1: UBS ACS2: UBS ACS3: UBS	AVAS1: Dival AVAS2: Dival AVAS3: Dival AVAS4: Dival AVAS5: Dival	M1: Não trabalha M2: Não trabalha	POSG1: Ministério da Saúde POSG2: Serviço de Limpeza Urbana
Tempo de atuação	ACS1: 8 anos ACS2: 13 anos ACS3: 13 anos	AVAS1: 15 anos AVAS2: 17 anos AVAS3: 5 anos AVAS4: 5 anos AVAS5: 5 anos	M1: Não trabalha M2: Não trabalha	POSG1: em branco POSG2: 29 anos
Morador De qual região	ACS1: Ceilândia ACS2: Ceilândia ACS3: Ceilândia	AVAS1: Ceilândia AVAS2: Ceilândia AVAS3: Goiás AVAS4: Ceilândia AVAS5: Taguatinga	M1: Riacho Fundo M2: Riacho Fundo	POSG1: Taguatinga POSG2: Taguatinga
Escolaridade	ACS1: Ensino médio ACS2: Mestre ACS3: Pós-graduação	AVAS1: Pós-graduação AVAS2: Superior AVAS3: Ensino médio AVAS4: Superior AVAS5: Ensino médio	M1: Ensino médio M2: Ensino médio	POSG1: Mestre POSG2: Ensino médio

Quadro 3 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Quanto a idade, os ACS estão na faixa etária de 30 e 40 anos, os AVAS estão um pouco acima, na faixa etária de 40 e 50 anos. Os moradores têm respectivamente 18 e 19 anos e o POSG com uma grande diferença, um com 28 anos e o outro com 52. Quanto a relação de gênero é equilibrada, há mesma quantidade de homens e mulheres.

Os ACS atuam na Unidade Básica de Saúde de Ceilândia, assim como os AVAS atuam na Vigilância em Saúde de Ceilândia. A categoria de morador não exerce função remunerada e os POSG, um trabalha no Ministério da Saúde e o outro como educador ambiental no Sistema de Limpeza Urbana (SLU).

O tempo de atuação dos ACS tem uma média aritmética de 11 anos e 3 meses. Os AVAS1 e AVAS2 possuem mais de 15 anos de tempo de atuação na Vigilância em Saúde, os AVAS3, AVAS4 e AVAS5 que vieram da SLU possuem cada um com 5 anos de atuação. Todos os ACS trabalham e moram na Ceilândia. Os AVAS, todas trabalham em Ceilândia, mas dois moram em outra região. Os moradores são de outra região do

DF, no entanto, no decorrer do curso relataram que até pouco tempo moraram em Ceilândia. E os POSG, ambos moram na RA do lado de Ceilândia, em Taguatinga.

Quanto a escolaridade, dois ACS possuem pós-graduação e um ensino médio. No AVAS, apenas os AVAS3 e AVAS5 tem ensino médio, o restante tem no mínimo ensino superior. Na categoria Morador, ambos têm o ensino médio. E o POSG um com pós-graduação e o outro com ensino médio.

O resultado sobre o conhecimento sobre os serviços de saúde em Ceilândia, nota-se que somente os agentes comunitários de saúde conhecem 100% dos serviços. Os AVAS possuem conhecimento apenas sobre o serviço de vigilância e um agente sobre hospital. A classe dos moradores assinalou que conhecem apenas o hospital e o serviço de vigilância. Já os profissionais de outros setores do governo, apenas o POSG1 indicou que conhece todo o serviço de saúde. Essa questão no questionário teve o objetivo de identificar o conhecimento prévio sobre os serviços de saúde no território estudado, Ceilândia. O que eles compreendiam antes do curso começar. No entanto, somente o ACS reconhece a rede de serviços de saúde. Enquanto os AVAS relataram conhecer em Ceilândia apenas o serviço de saúde da sua área de atuação, a vigilância em saúde. Mesmo não sendo uma de suas funções saber sobre os serviços de saúde, é importante o reconhecimento, pois o ACE é também um profissional da saúde. Esse fato demonstra claramente que os ACE do curso conhecem os serviços de saúde da região de trabalho, ao contrário dos AVAS, fica evidente a fragmentação da atenção à saúde e da vigilância em saúde e dos respectivos trabalhadores.

A questão sobre as fontes de informação sobre dengue, Zika e Chikungunya que utilizam, tem o objetivo de compreender sobre os locais que os sujeitos da pesquisa utilizam para atualizar. As respostas foram organizadas conforme o gráfico 4:

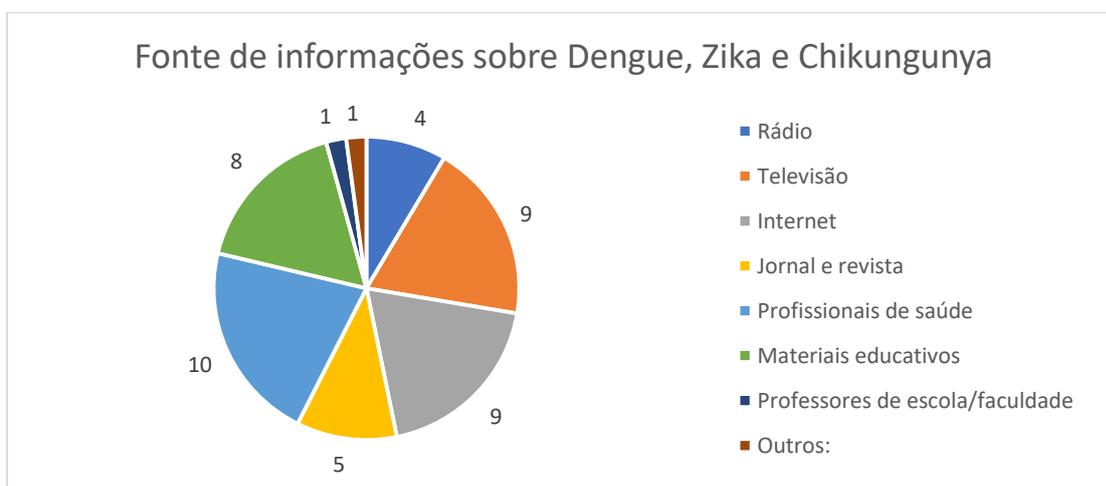


Gráfico 4: Resultado da questão sobre fonte de informações sobre dengue, Zika e Chikungunya

Fonte: Elaborado pelo autor

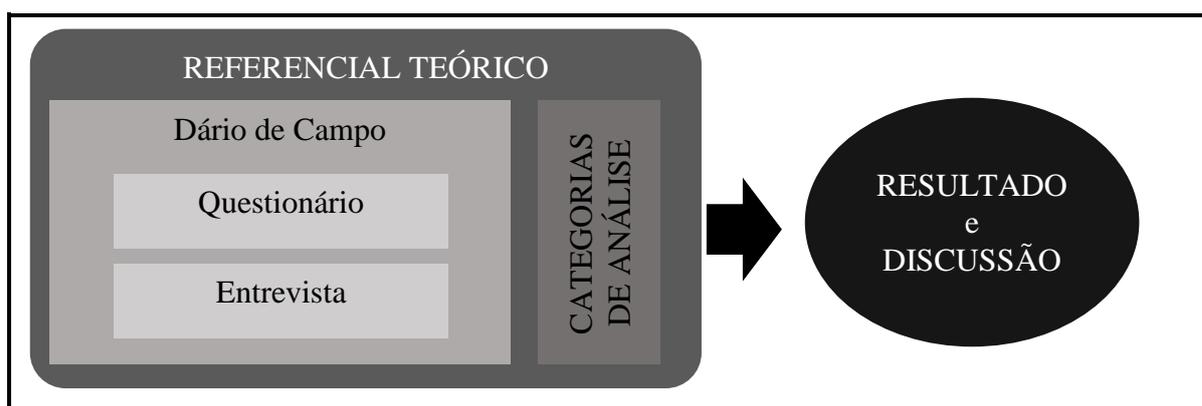
Esse resultado aponta para esse universo que os profissionais de saúde correspondem a fonte de informação mais solicitada. Seguido da televisão, da internet e dos materiais educativos, como fontes mais procuradas. Os profissionais de saúde correspondem a um importante agente de comunicação com a comunidade, novamente e principalmente os ACS e os AVAS, indo de encontro com as suas atribuições.

5.2 - PRECEPTORES DO CURSO

Devido a um processo falho na seleção dos preceptores não foi possível agregar análises desses sujeitos na pesquisa.

5.3 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Nesta etapa da dissertação, serão apresentados os dados coletados na pesquisa e as discussões de acordo com as categorias de análise adotado para este trabalho: pedagogia da territorialização; e, saúde. Sem perder de vista o objetivo central deste trabalho: analisar as possibilidades pedagógicas do processo de territorialização de informações no Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o enfrentamento das arboviroses como um instrumental teórico e metodológico para a educação em saúde. Sistematizado conforme o Quadro 2 a seguir:



Quadro 2 – Esquema ilustrativo da sistematização dos dados

Fonte: Elaborado pelo autor

PEDAGOGIA DA TERRITORIALIZAÇÃO

É importante discutir as cidades com a questão das doenças infecciosas e ir mais além, abordar mais a saúde nos diferentes territórios. É preciso olhar para o espaço geográfico, seus usos, apropriações, seus atores, os seus diferentes níveis: social, ambiental, político, econômico, cultural etc.). Sobretudo através da categoria território,

Conhecer o território contribui para o entendimento do processo saúde-doença-cuidado e para identificar formas de uso que podem potencializar a capacidade operacional do sistema de saúde local, de modo a organizar ações e serviços no enfrentamento aos problemas e as necessidades da população. O olhar sobre o território permite reconhecer singularidades espaciais, dinâmicas sociais, econômicas e políticas e decodificar os múltiplos saberes (populares, técnicos, tecnológicos) que lhes aferem sentidos e significados. Também possibilita aos profissionais de saúde compreender a produção social da saúde, contribuindo para a implementação de práticas de cuidado e de atenção à saúde efetivas junto aos diferentes grupos populacionais (MONKEN e GONDIM, 2016)

O olhar através da categoria território permite perceber a dinâmica socioespacial do cotidiano dos lugares, sendo desenvolvida por trabalhadores da saúde dos serviços de ponta e de campo, como agentes comunitários de saúde, agentes de endemias e técnicos de enfermagem, contribui para políticas e ações de saúde concretas.

A territorialização em saúde é uma técnica com método geográfico que possibilita os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS conceber a dinâmica espacial dos lugares e da população. É conhecida e utilizada no planejamento em saúde, é uma estratégia para a consolidação do SUS (GONDIM, MONKEN, 2009). A fala do ACS3, demonstra a relação da territorialização utilizada nas ações de planejamento em saúde:

“Aqui no nosso serviço, a gente bate muito na tecla sobre quem está fazendo as divisões deve ir no território pra saber. Igual agora, eles estão reformulando a área de atendimento de todos os centros de saúde, mas como é que eles estão fazendo isso? eu critiquei o rapaz que veio aqui, por que assim, eles ficam dentro de uma sala, eles mexem em mapas que estão desatualizados, então eles vão fazer a divisão do território baseado só naquele mapa do IBGE, alguns dados do IBGE, as vezes usando outras ferramentas da internet. Mas eles não vem a campo para saber quais são as dificuldades de quem está aqui na ponta enfrenta. Por exemplo, nosso centro de saúde ele encobre a área da 1 (número fictício), o dia que o João (nome fictício) veio para falar sobre a nova territorialização do centro de saúde, falou que ia tirar a 1 e ia colocar a 1 para o Centro de Saúde número 2 (número fictício), que fica a uns 2km daqui. Então o paciente que está 25, 30 anos acostumados a vir no centro de saúde que é muito mais perto pra ele,

ele vai ter que ir para o centro e saúde muito mais longe. Falei assim, você estão errados, vocês tem que vir e conhecer o território, não é simplesmente vir e falar que a nova territorialização será essa, vocês usam dados que não são reais. Quem trabalha com isso precisar ir a campo, falar com os trabalhos, eles acham que está tudo certo e pronto” ACS3.

A fala do ACS demonstra para a necessidade de conhecer o território, conhecer quem são os usuários, assim como para a importância da territorialização ser feita com todos os profissionais da unidade de saúde, não só ser feita, mas também construída de forma participativa por todos os trabalhadores. Para Monken et al (2017) a territorialização em saúde consiste em uma pedagogia do “território vivido”, através de metodologias significativas, introduzida nos contextos sócio sanitários locais, com diferentes grupos sociais e diversas territorialidades. Possibilita a interação e o compartilhamento de estratégias e ações, com o objetivo de contribuir para o controle social, a promoção da saúde e da melhoria das condições de vida e saúde da população.

- **Propicia a análise das condições de vida e saúde**

Nota-se que que a concepção de território no início do curso para a maioria dos alunos é de recorte político-administrativo, de um país, de um órgão ou de uma moradia, mencionando em quase todas as respostas a palavra "espaço" para referenciar território. Somente um morador e um POSG relacionaram as palavras pessoa e vida na resposta. Nesse momento também não há nenhuma correspondência pelos os alunos com a abordagem geográfica relacionada com a saúde:

ACS1 “É uma delimitação de uma cidade”.

ACS2 “É a delimitação do espaço”.

ACS3 “É um local delimitado, por exemplo, território de abrangência de um profissional é o local onde ele irá atuar”.

AVAS1 “Espaço onde se atua para realização de um trabalho”.

AVAS2 “É o espaço de abrangência que pode ser: o país, estado, município, bairro ou o lugar ou a casa onde moro”.

AVAS3 “Espaço terrestre pouco habitado”.

M1 “Território é algo marcado, tipo lugar que pertence a alguém ou a um grupo”.

M2 “Um espaço delimitado para órgãos públicos ou particulares”.

POSG1 “Espaço de ação e vida do ser humano”.

POSG2 “Espaço”.

Essa percepção perdurou até o início da II Unidade de aprendizagem. No final da I Unidade, dois alunos (ACS1 e AVAS1) criticaram o curso dizendo que o curso é voltado apenas para o território, não é para a saúde, assim como para as doenças propostas, as arboviroses, os outros alunos concordaram com a ideia apontada.

Somente a partir do módulo 4 que alguns alunos começaram a relacionar o espaço geográfico com a saúde, como exemplo as falas “cada um no seu quadrado, o homem que entra em um lugar que está equilibrado, onde tem equilíbrio tem o vírus e a cura” (ACS1), a relação do homem com a natureza modificando o espaço; “nosso problema no Distrito Federal é que somos diferentes em tudo, a localidade lá é uma, aqui é outra. Aqui (Ceilândia) não muda a quantidade de casa, lá no Sol Nascente muda” (AVAS1), territorialidades, a história e a configuração do DF são diferentes do restante do país e dentro desse território há outras diferenças; “um dos problemas é o cargo comissionado” (AVAS1), as questões políticas do território. Essas falas demonstra as percepções do território implicando na saúde, as relações construídas pelos próprios aluno do território com os problemas de saúde.

Da mesma forma, por iniciativa própria relacionaram a questão da estiagem de chuva nos anos anteriores no DF e relacionaram com o nível de água do principal reservatório do DF, com o ciclo de vida do mosquito *Aedes Aegypt* e com o armazenamento de água da população das cidades satélites do DF. Em nenhum momento foi abordado a questão do regime de chuvas, nem a questão do reservatório, apenas o ciclo do mosquito. Essa relação partiu dos próprios alunos que associaram as informações.

Conforme Monken e Barcellos (2007), as ações de saúde devem ser relacionadas conforme os contextos – as condições da vida de um lugar - dos territórios da vida cotidiana para se aproximar da produção social da saúde onde a vida acontece.

Os alunos relacionaram a categoria território como sendo importante para abordar na saúde. Apontaram que é preciso conhecer o território, os quais são diferentes e que por isso cada território tem suas necessidades, assim como políticas públicas e ações específicas. Para o ACS3 “Eu tenho que ir e conhecer como eu vou fazer para evitar como as doenças surgem naquele território se elas já estão dentro do território, como é que vou fazer para esses índices para reduzirem, dá uma qualidade melhor para a população”. Além disso, dois dos três ACS e um AVAS apontaram para a necessidade de ter a territorialização numa escala de gestão maior e em outros níveis do serviço de saúde para auxiliar na compreensão do território e das ações que devem ser

desenvolvidas. Assim como relacionaram a importância de pensar a história do lugar, como a de Ceilândia e a do SUS. Para o aluno (POSG1), "o Brasil é um país continental, então muitas vezes a gente tem que lidar no serviço com diferentes realidades" (POSG1).

Apontaram que a territorialização pode ser um instrumento de educação em saúde por permitir "observar quais os pontos essenciais que você deve mexer, o que está dando certo e o que não está dando certo" (ACS2), assim como é importante ter contato com a população local (os atores sociais) e relacionar com as condições de vida e saúde, "Por que eu tenho uma quantidade de hipertenso naquele território? pode ser porque já são pessoas idosas, pode ser porque falta um trabalho do governo, por exemplo, aquelas academias para a população fazer uma atividade. Então porque eu tenho um alto índice de arbovirose no território "X"? Então você vai lá, você estuda o motivo" (ACS3).

Visto isso, apesar da abordagem geográfica ser ampla, ficou evidente nesse estudo a contribuição da categoria território para a análise da relação com a saúde e as condições de vida. Para Monken (2008) a abordagem geográfica é um meio operacional de entendimento e produção de informação das necessidades sociais e dos problemas de saúde. A categoria geográfica território contribui para a percepção dos alunos, a própria concepção de território se modificou ao longo do curso, nas entrevistas os alunos expõem o território conforme suas percepções criadas no desenvolver do curso, esquecendo completamente a visão política administrativa, dando importância para os atores sociais e alguns níveis, como a política.

O "território vivido", percorrido durante quase três meses pelos alunos contribuiu para uma modificação da percepção da saúde e das condições de vida. Os alunos passaram a notar a importância dos atores sociais, assim como o território é dinâmico, sujeito e palco das transformações espaciais. Conforme Monken e Barcellos (2005), "[...] a categoria território somente pode ser usada mediante o reconhecimento dos atores que dele se utilizam [...]".

- **Uso das técnicas e dos instrumentos**

Os instrumentos foram utilizados através de um revezamento pela turma, conforme a demanda de cada territorialização. Dessa forma, as práticas foram desenvolvidas pela maioria dos alunos.

Os alunos mais velhos demonstraram uma enorme dificuldade com os dados secundários, na utilização do computador. Todos os AVAS se negaram utilizar o

computador, preferindo o uso de caderneta e caneta para fazer algumas observações. Da mesma forma ocorreu nos momentos de sistematização e apresentação das unidades de aprendizagem.

Não foi possível abordar o geoprocessamento nas territorializações, a produção de mapas. Apesar de ter georreferenciado muitos pontos nas territorializações com o uso do aparelho GPS, a confecção dos mapas não teve tempo hábil de ser desenvolvidas nos momentos de sistematização. O fato da aversão de alguns alunos com o uso do computador também contribuiu para esse fato.

Apesar de não ter conseguido desenvolver no curso, é importante abordar a relevância dos mapas para subsidiar as análises de condições de vida e saúde dos territórios. Para Matsumoto et al (2017) o mapa é um modelo de representação gráfica do espaço geográfico que simplifica e seleciona elementos para a representação da realidade que deve ser consciente. Da mesma forma, os mapas são produzidos na geografia da saúde, cartografando as doenças, as desigualdades, as áreas de riscos etc. O mapa artesanal/mental foi criado em cada territorialização por diferentes alunos, para o ACS2, “[...] com as entrevistas e os mapas você vai conseguindo assimilar tudo que vai aprendendo dentro do curso”.

O estudo de Bezerra (2012) sobre as ações de campo da Vigilância em Saúde Ambiental, o autor aponta a carência de profissionais habilitados no setor saúde para lidar com a ferramenta cartográfica e ao mesmo tempo uma demanda muito grande de produtos de geoprocessamento que implica nos mapeamentos das condições de vida.

O mapa artesanal/mental foi criado em cada territorialização por diferentes alunos. Os primeiros mapas foram retratados apenas com objetos referente ao comércio local e vias públicas. No entanto, no mapa do módulo 7, que aborda o caminho das águas e o último exibido na apresentação do trabalho trouxe mais objetos. Alguns alunos relataram dificuldade na criação, alegando que não sabiam desenhar. Assim como na elaboração do mapa durante as territorializações, durante os percursos.

As entrevistas foram desenvolvidas conforme os roteiros sugeridos, não houve nenhuma modificação pelos os alunos. Em alguns momentos no grupo da UBS 2, a entrevista possibilitou um contato muito próximo dos alunos com os atores sociais. Os alunos ACS apontaram os indivíduos da comunidade para realizar as entrevistas, na entrevista com o gerente da UBS, os próprios alunos identificaram a necessidade de conversar também com um outro ACS, assim como um guarda, o segurança da unidade, enxergaram nesse indivíduo um ator importante da UBS por ser ele o primeiro contato

da população com a unidade. Em um outro momento, na entrevista com o espaço cultural, os três ACS se interessaram pelo local, trocaram telefones com o objetivo de criar ações em conjunto. Para a ACS2, “[...] com as entrevistas e os mapas você vai conseguindo assimilar tudo que vai aprendendo dentro do curso”.

Para AVAS1 “Eu acho que foi fundamental, por que nos momentos que a gente teve fazendo as entrevistas, conversando com os trabalhadores, falando com pessoas que atuam na área, com moradores que moram na região e nas visitas que nós fizemos a campo observando os lugares, observando as necessidades, deu uma visão mais ampla. Achei que foi de grande proveito”.

A produção de imagem foi o instrumento mais desenvolvido nas territorializações, houve um registro grande de imagens, assim como interação dos alunos indicando objetos para registrar. Para o ACS1 o uso desse instrumento só fez sentindo depois que compreendeu o território, “porque as vezes a gente vê uma coisa visualmente e a gente não enxerga o defeito e as vezes a fotografia ela mostra [...]. A gente tem que conhecer o território, conhecer as áreas de riscos, porque quando você começa a conhecer o território, as coisas ficam mais fácies”. Para Cavalcanti (2002) a imagem é um instrumento que proporciona perceber a geografia do cotidiano, constitui uma ponte entre o conhecimento e cotidiano e o científico. O uso da máquina fotográfica não apresentou nenhuma questão com os alunos, todos utilizaram, cada grupo tinha sua própria máquina, além de algumas fotos que os próprios alunos tiram pelos seus celulares.

O roteiro da observação de campo não foi muito utilizado, apenas nas duas primeiras territorializações. Mas serviu para indicar algumas percepções que perduraram durante as outras territorializações. Os alunos começaram a olhar como era a configuração do território, percebendo como era o tipo de moradia, como era o arruamento, quem estava circulando pelas ruas, como era o comércio, como era a disposição do bairro, conforme a fala do ACS1 “os lugares onde têm quitinete são mais sujos”.

Como aponta Monken (2003), o trabalho de campo apresenta algumas vantagens, tais como: a possibilidade de acompanhar condutas espontâneas, ter independência na informação, profundidade na pesquisa e aptidão da compreensão dos fatos. Cavalcanti (2002) também aponta que este método contribui para desenvolve a capacidade de observação, a comparação e semelhança de diferentes paisagens, a construção de visões integradas de conhecimentos tratados de modo separado no ensino

e beneficia a conceituação geográfica. A observação de campo foi desenvolvida por todos os alunos, em momentos com e sem roteiro.

- **Articulação entre teoria e a prática**

Para a maioria dos alunos as aulas práticas foram bem avaliadas e elogiadas, para alguns inclusive foi um método experimentado pela primeira vez. Os alunos desenvolveram as aulas com entusiasmo, participando ativamente.

Para os AVAS1 “Excelente, muito bom, a dinâmica que faz com que você, ao mesmo tempo que você adquire conhecimento literário, você tem o conhecimento visual, de você está vendo, como se você conseguisse tocar com a própria mão aquilo que você está aprendendo nas palavras. Achei muito legal”; AVAS3 “Achei bom, porque a gente traz o conhecimento teórico para a realidade, para a prática do dia-a-dia, e você tendo conhecimento teórico termina facilitando o seu serviço [...]”.

Para o ACS2 “Acho que essa é a melhor estratégia que existe. É você ir ao território, ir in loco. Pra você descobrir exatamente que ponto você deve tratar. Não adianta você sentar e montar um esquema sem saber exatamente o que está acontecendo no território. O território fala, né. A gente tem que saber ouvir [...]”

No entanto, não houve muito envolvimento dos professores em articular as aulas teóricas com a prática, da mesma forma os preceptores. A articulação era abordada pela coordenação territorializada. Durante o curso foram diferentes professores com diversas formações que contribuíram nas aulas teóricas e que poderiam ter contribuído também nas aulas de campo, seja articulando mais as aulas com as territorializações ou com uma participação efetiva.

O intermédio entre as aulas teóricas e de campo poderiam ter um vínculo mais desenvolvido. Assim, as ações desenvolvidas no campo precisam ter um profissional que tenha como característica a função de mediador entre os alunos e o território.

Os alunos ressaltaram a importância do trabalho de campo, como uma ação fundamental para conhecer o território. Para o ACS3 “[...] porque você consegue vê na prática aquilo que muita gente só mostra dentro da sala de aula. Então você vai para o campo, explica como funciona, é uma coisa mais dinâmica, eu achei bem legal isso aí. Quando falou dos trabalhos de campo, eu falei olha que coisa interessante”.

- **Pontos positivos e negativos da pedagogia**

O relato do POSG1 apontou para o fato das aulas teóricas e práticas serem intercaladas, porém esse aluno não participou de todas as territorializações, possuindo inclusive um número elevado de faltas.

No entanto, para a maior parte dos alunos e de todas as categorias a territorialização possibilitou um novo olhar sobre o território da Ceilândia, principalmente sobre a população.

Para o ACS3, “Positivo foi que a gente conseguiu um olhar diferenciado da população, porque muitas vezes a gente só fica dentro do centro de saúde”. A metodologia de ir a campo para conhecer o território, foi apontada por esse profissional como algo positivo. Já para o AVAS3 “Os pontos positivos é o conhecimento da realidade [...]”. Apesarem de serem trabalhadores da ponta do serviço, esses trabalhadores não relacionavam a importância de ir a campo para conhecer o próprio local de trabalho, conforme demonstram em suas falas.

Em relação a metodologia da territorialização em saúde, não foi apontado por nenhum cursista como um ponto negativo.

SAÚDE

De acordo com Morosini, Fonseca e Pereira (p.13, 2007), “o trabalhador de saúde desempenha um papel educativo”. Para as autoras, o trabalho em saúde requer reflexão e ação para a transformação da realidade e pode ser mais notório quando desenvolvido nas intervenções de prevenção e promoção da saúde.

De acordo com as atribuições dos ACS e ACE, é de responsabilidade desses trabalhadores desenvolver ações de promoção e educação em saúde, da mesma forma ações de prevenção a doenças e agravos a saúde (BRASIL, 2018). Para Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), não há uma explicação concreta e neutra sobre saúde e doença. No entanto, é fundamental nas funções dos trabalhadores da ponta do serviço, principalmente dos ACS e ACE conhecer a concepção positiva da saúde e aplicar no território de trabalho com a população local.

- **Sentidos da saúde**

No início do curso, alunos apresentaram diferentes definições sobre saúde, para a maioria a concepção é positiva. Para dois ACS e dois AVAS a resposta correspondeu conforme o conceito de saúde da OMS, “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. Para o restante dos alunos, a resposta foi ampla, os dois moradores relacionaram doença nas respostas.

No final do curso, a concepção sobre saúde continua positiva, no entanto os alunos relacionaram outras questões que interferem. Os ACS relacionaram a saúde mental, a questão do emprego e financeira, o ambiente, a relação dos ACS com o

AVAS, assim como não é necessariamente relacionado com a falta de doença, na fala desses profissionais é possível achar semelhanças com a concepção do conceito ampliado de saúde, ACS2 “[...] Pra mim a saúde é além da falta de doença, né. Eu vejo agora a saúde como um todo. A saúde como a limpeza do ambiente, a promoção de novas práticas”. Para esses sujeitos a saúde está relacionada com alguns dos determinantes sociais, sem relacionar com a doença,

Já para os AVAS a concepção continua ampla, "é tudo", relacionaram o SUS e relataram que não é só a relação com a ausência da doença. Já a categoria dos AVAS a concepção continua positiva, mas somente o AVAS1 apontou outros elementos, relatando: “você tem que analisar outros trabalhos que podem te apoiar e te ajudar no seu desempenho diário”. Conforme Batistella (2017), é de suma importância os profissionais de saúde saberem o que é saúde, refletirem sobre a sua prática de trabalho com a concepção de saúde.

Mesmo não sendo um dos objetivos desse trabalho, é importante mencionar que no decorrer do curso houve uma superação da visão negativa a respeito do SUS, conforme a fala do AVAS4 “Principalmente o reconhecimento do SUS”; M1 “[...], aprendi a compreender melhor sobre a situação da saúde no governo [...]”, POSG2 “Antigamente eu pensava que o SUS não prestava [...]”. Para Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), as circunstâncias da vida humana produzem os problemas de saúde e doença e estabelecem visões de mundo, para esses autores. A metodologia do curso contribuiu para um novo olhar desses trabalhadores para o SUS.

Para a categoria moradores foi relatado que após o curso é possível "compreender melhor a situação da saúde no governo". Já para o POSG2 a mudança correspondeu apenas sobre a concepção do SUS, com o curso pode conhecer um pouco.

Sobre doença, a concepção vista nas respostas dos questionários foi ampla, sem uma clara definição, relacionando com uma concepção negativa da saúde. Um ACS relacionou o sistema público, mas não indicou se era de saúde, um outro ACS apontou para a questão do saneamento básico e genética.

Para todos os alunos, considerando todos os perfis de sujeito da pesquisa, a concepção de saúde já demonstra ser positiva antes mesmo do curso iniciar. Assim como apontam para a importância da educação em saúde, mas fazem pouca relação com os determinantes em saúde, apontam a problemática do saneamento básico, a questão do lixo na rua e a falta de educação pela comunidade como as principais problemáticas de

saúde da região e em relação as arboviroses. Demonstrando pouca articulação com os determinantes saneamento básico, lixo na rua, falta de educação da comunidade.

Na categoria dos ACS é possível achar a concepção do conceito ampliado de saúde. Através das entrevistas, para esses sujeitos a saúde está relacionada com alguns dos determinantes sociais, sem relacionar com a doença, “é você está de bem com a família, é você está de bem mental, é você ter um emprego” (ACS1); “a promoção de novas práticas” (ACS2); Assim como relacionaram a integração dos trabalhos dos ACS com o ACE. Já a categoria dos AVAS a concepção continua positiva, mas somente o AVAS1 e outros elementos, relatando: “você tem que analisar outros trabalhos que podem te apoiar e te ajudar no seu desempenho diário, dentro da sua função”.

É preciso diferenciar a análise dos profissionais de saúde dos demais sujeitos da pesquisa. À vista desse resultado, é importante relacionar o processo de formação desses profissionais que são trabalhadores de nível médio. Para Morosini (2010), quando se pensa na formação dos trabalhadores é importante refletir o que é o trabalho em saúde, da mesma forma sobre qual concepção de saúde é fundamentada. Para a autora a discussão sobre a saúde como um direito, é da mesma forma para a educação, “Um direito dos trabalhadores e uma necessidade do sistema de saúde para poder promover a atenção qualificada que é devida à população brasileira, também como um direito” (MOROSINI, p.145, 2010).

Para Czeresnia (2009), para o desenvolvimento da ideia de promoção da saúde é preciso refletir sobre educação nas práticas de saúde. No entanto, durante o curso três AVAS revelaram que nunca tiveram uma formação em saúde e atuam a mais de 5 anos nesse cargo. Segundo Pereira e Ramos (2006), a educação dos trabalhadores na saúde constituída por projetos contraditórios, conflitantes de disputa de uma visão de mundo. Até mesmo a não formação, como no caso específico desses três trabalhadores diz muito sobre uma disputa de concepções de saúde. Se é atribuição desses trabalhadores fazer visitas domiciliares, realizar mobilizações sociais com a comunidade, desenvolver ações educativas, é necessário refletir sobre o que é saúde. Dessa forma, conforme Batistella (2007), saúde é um conceito importante para reorientar as práticas de saúde e fundamental para a superação do modelo biologicista, medicalizante e prescritivo.

O conceito positivo de saúde, tanto o da OMS, quanto o conceito ampliado diz respeito a fatores externo, como: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida, a organização da assistência à saúde, questões de educação, renda, transporte, lazer, liberdade (SCLIAR, 2007); interferem na saúde dos indivíduos e das populações.

Durante o desenvolvimento do curso houve muitas vezes falas dos alunos, de todas as categorias uma visão muito negativa sobre a população, responsabilizando os moradores de Ceilândia como propulsores dos focos de criação do Aedes, relacionando com o acúmulo de água e os resíduos sólidos encontrados nas ruas.

De acordo com Morosini, Fonseca e Pereira (2007), a postura de culpabilização dos sujeitos pela adoção de práticas não-corretas, é um procedimento que ocorre há bastante tempo na saúde pública, encontradas nas práticas de educação para a saúde, nas ações dirigidas para o corpo dos indivíduos. Segundo as autoras, as ações de educação em saúde relacionadas apenas com a ausência de doenças tem um compreensão de educação muito característica, onde a educação seria transmitir informações ou normas corretas e de responsabilidade do receptor individuo ou da comunidade adotar ou não, assim só a informação é o suficiente para provocar a mudança. No entanto, quando não êxito, o educando adota a atitude de culpar o outro pelo ruim resultado.

O primeiro um terço do curso, durante toda a Unidade de Aprendizagem I, os alunos não conseguiram relacionar os determinantes e condicionantes com a saúde, para eles essa unidade não abordou sobre saúde, somente sobre território. Somente a partir do módulo 4, houve uma mudança nessa percepção.

“Na experiência cotidiana, a preocupação com a saúde se volta cada vez mais para o corpo, os comportamentos e as preferências. Nas representações de leigos e dos profissionais da saúde, ‘marcas’ genéticas e formas de viver configuram riscos. As práticas médicas são ancoradas em conceitos temporariamente estáveis, os quais aparecem como construções naturais e dão sentido aos modos de agir relacionados à doença e à saúde. O encontro entre paciente e técnico se estrutura a partir dessas representações compartilhadas” (CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, p. 111, 2013)

De acordo com os relatos dos alunos, a experiência do curso contribui para uma nova perspectiva sobre a concepção de saúde para todos os participantes. No entanto, um curso de curta duração, com diferentes sujeitos, distintas formações e atuações é uma tarefa árdua abordar toda a complexidade desse conceito tão rico e fundamental de ser discutido que é a saúde. Isto posto, este trabalho vai ao encontro da ideia de Batistella (2007), “[...] os profissionais de saúde precisam desenvolver a percepção de como a população compreende suas práticas de saúde. É nesse encontro de sujeitos que se faz a construção conjunta – a da qual os conceitos são formas mediadoras” (BATISTELLA, p.83, 2007)

- **Sentidos da educação**

O módulo sobre arboviroses foi muito aguardado pelos alunos, os cursistas questionavam quando o curso abordaria as doenças de modo mais direto. Na aula sobre vigilância e manejo integrado das arboviroses houve uma grande participação dos alunos, relacionaram muito com a atuação no trabalho, deram inúmeros exemplos de ações que já passaram, contato com os moradores, principalmente os alunos que também são agentes de vigilância. Contudo, os alunos que são agentes de vigilância e são oriundos do SLU manifestaram pouco entendimento sobre vigilância em saúde, externaram inclusive que nunca tiveram a oportunidade de fazer um curso sobre saúde, *“fomos transferidos, recebemos o coletezinho, o bonezinho e começamos”* – AVAS5

No módulo sobre o SUS os AVAS3, AVAS4 e AVAS5 relataram que nunca tiveram uma formação sobre saúde. Assim como os moradores e o POSG2 demonstraram pouco conhecimento sobre informações sobre o SUS, sobre os serviços de saúde no Brasil e em outros países. Na aula do módulo posterior, foi perguntado aos alunos se eles faziam educação em saúde nas suas atuações, todos responderam que sim, apenas o AVAS5 disse que não faz.

Um outro fator relatado durante as aulas corresponde sobre os dados epidemiológicos e entomológicos. Na territorialização do módulo 4 foram discutidos o boletim epidemiológico e o LIRAA. No entanto, os AVAS3, AVAS4 e AVAS5 não conheciam esses documentos, da mesma forma, a maioria da turma, tirando o ACS2 ACS3 não sabiam onde localizar as informações desses documentos nos órgãos oficiais. Todavia, é uma das atribuições do ACE, *“Realizar ações de campo para pesquisa entomológica e malacológica e coleta de reservatórios de doenças”* (BRASIL, 2018). Os AVAS coletam alguns desses dados e não possuem conhecimento sobre os mesmos, assim como não sabem a finalidade, caracterizando um distanciamento entre a produção de dados e a sua concepção.

As três situações listadas acima: AVAS sem formação, pouca informação sobre o SUS e o hiato na produção dos dados do LIRAA; observadas durante o curso apontam diretamente para a questão do trabalho educativo e da educação profissional. Segundo Morosini, Fonseca e Pereira (2007), *‘a educação possui um sentido amplo de humanização’, “onde todas as relações sociais são potencialmente educativas”* (p.19), dessa forma o trabalho possui uma intenção e reflexões sobre seus objetivos. A educação profissional considera uma relação entre o trabalhador e o processo de trabalho na perspectiva dos trabalhadores, refletindo para a ideia da politecnia que

implica diretamente na formação humana na sua totalidade, desenvolvendo todas as potencialidades humanas (PEREIRA, RAMOS 2006).

É uma atribuição comum a partir da nova PNAB (2017) as ações de promoção e educação em saúde pelo ACS e ACE. De acordo com Mohr e Shall (1992) a educação em saúde proporciona uma reflexão das condições de vida, transformando-se em um instrumento para a cidadania. As ações de educação em saúde são fundamentais para os trabalhadores da ponta do serviço, que estão em contato cotidiano com a população, inseridos no território

CONSIDERAÇÕES FINAIS (Para não concluir)

O presente trabalho teve como objetivo analisar as contribuições da territorialização na Saúde, especificamente a categoria território e o conceito da territorialização em saúde no Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o enfrentamento das arboviroses. Buscamos observar se, a aplicabilidade da metodologia da Territorialização em Saúde dentro de um curso de desenvolvimento profissional, permitiria aos diferentes atores: ACS, AVAS, morador e profissional de outro setor do governo a possibilidade de desenvolver um novo ponto de vista sobre a saúde do seu território, de atuação profissional ou de moradia.

A relevância da temática examinada no presente estudo fica evidente ao se constatar nos relatos que a metodologia da Territorialização em Saúde foi significativa para os educandos, proporcionando um novo olhar sobre a relação do território com a saúde. Principalmente para a categoria dos ACS, esses atores passaram a reconhecer o território como singular e dinâmico, sendo preciso reconhecê-lo para o desenvolvimento de ações de saúde efetivas, que dialoguem com a realidade local.

Outrossim, a metodologia abordada contribuiu para a análise da percepção da saúde e das condições do local de trabalho de todos os alunos do curso, através dos relatos durante as observações de campo e com as entrevistas, os alunos apontaram para a importância dos atores sociais, a importância de ir a campo e de relacionar outros fatores para a produção da arboviroses, como as questões ambientais.

Da mesma forma, colaborou para o reconhecimento da importância do SUS e para a interpretação de uma concepção de saúde que não relacione com a doença, mas que busque na relação com os determinantes e condicionantes de saúde.

Através das narrativas dos atores da pesquisa, fica perceptível que o raciocínio geográfico não foi incorporado de modo satisfatório, mas apontou para uma nova percepção desses sujeitos com a produção da saúde e da doença, reconhecendo o território como um fundamental ator na análise das condições de vida e saúde. Assim como, apontaram de modo muito positivo para as técnicas e instrumentos da territorialização e a articulação de aula teórica e aula de campo, como sendo importantes pontos da metodologia.

Todavia, por limites da própria pesquisa e do processo que é a educação, as contribuições da metodologia não atingiram todos de modo igual. Conforme os relatos, a categoria do ACS demonstrou maior interação com a proposta metodológica, em

comparação com os AVAS, ambos são profissionais de saúde e têm por responsabilidade ter maiores esclarecimentos sobre saúde.

Outros limites são percebidos, a amostra da pesquisa foi reduzida, esperava-se em torno de 30 alunos, no entanto foram 12 atores divididos em quatro categorias. Da mesma forma, o período de realização do curso, no final de ano, no mês de dezembro também contribuiu para a desistência de 5 inscritos.

Uma outra questão que precisa ser aprofundada é a relação do SUS e seus princípios norteadores: regionalização, descentralização, municipalização; na discussão do campo da Geografia com a Saúde.

A importância dos trabalhadores da ponta do serviço de saúde, como o próprio ACS, ACE, técnico de enfermagem, o enfermeiro, o médico, o dentista, o auxiliar de dentista. Assim como profissionais que não foram relacionados e que integram outros serviços, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), são outras possibilidades de avançar na contribuição da metodologia da territorialização em saúde. Esses profissionais estão também muito presentes no território e desenvolvem ações de saúde com a população, são atores importantes na construção da melhoria das condições de saúde.

A metodologia da observação participante permitiu que a pesquisa fosse aprofundada, ficando próximo dos atores da pesquisa. Evidenciou o que muitos pesquisadores da saúde primária apontam, a magnitude da ação ACS e ACE. Foi uma experiência muito rica conhecer de perto esses profissionais e a sua atuação. No entanto, uma limitação muito percebida ao longo do curso foi dividir duas tarefas de modo concomitante: pesquisadora e coordenadora do curso. Por algumas vezes, não foi possível aplicar o olhar apenas de pesquisadora, tendo que atender alguma demanda administrativa do curso.

Uma outra limitação diz respeito aos preceptores. Uma questão importante que possibilita avançar em outras discussões diz respeito a mediação do olhar do aluno com o espaço geográfico. Sendo o preceptor, o professor de campo, é importante que ele domine o território, mas que também saiba contribuir para o desenvolvimento do raciocínio geográfico dos alunos e tenha total domínio dos instrumentos da territorialização. Da mesma forma, a articulação do professor da aula teórica com as aulas práticas, não foi muito desenvolvido nessa experiência, sendo necessário desenvolver mais essa perspectivas.

É preciso que mais geógrafos se debrucem sobre a questão da saúde, mas não como projetos políticos pedagógicos em escolas abordando através de campanhas sanitárias de “ajude a saúde do planeta”, “mutirão de limpeza das ruas com o objetivo de recolher garrafa pet para contribuir para a saúde do bairro”. Mas sim questionar que concepção de saúde temos direito? O que é saúde? O que é ter saúde? Existe contribuição da geografia na saúde? O que tem haver a geografia com a saúde? Por que o número de mortes violentas ocorre em determinadas áreas da minha cidade? Qual a relação das unidades básicas de saúde com o plano diretor da minha cidade? Saúde é uma das temáticas transversais do ensino básico que deve ser abordada por todas as disciplinas.

Se muitos dos problemas de saúde são causados por fatores complexos, conforme demonstra os determinantes e condicionantes sociais, é urgente falar sobre saúde. Qual concepção de saúde e serviço de saúde queremos quanto sociedade. A defesa do SUS pela grande parte da população brasileira só será possível a partir do momento que abordamos mais sobre ele, seja nas unidades básicas de saúde ou nas escolas. Sobre a sua história, sua construção e batalha diária. Não é possível defender algo que não conhecemos ou achamos que conhecemos.

Reconhecer a categoria Território como um elemento dinâmico, vivo é fundamental para as ações de Saúde. Da mesma forma, é preciso considerar a contribuição do professor Milton Santos para realizar essa leitura. É primordial reconhecer a categoria correta, território utilizado, assim como seus fixos e fluxos e a noção de totalidade.

É evidente que a Geografia não é capaz de solucionar os problemas de saúde, assim como nenhuma outra ciência de modo isolado, mas tem a obrigação social de contribuir para a melhoria das condições de vida, na cidade, no campo, na floresta, nas águas, em regiões marginalizadas, em todos os territórios. Os problemas de saúde não possuem na sua maioria um único fator provedor, mas um conjunto de fatores que contribuem, como no caso das doenças infecciosas e as arboviroses.

Para Porto-Gonçalves (2012), o processo da globalização não surge do vácuo, mas sim no campo concreto das lutas sociais e é dele e delas que se nutre. É fundamental não perder de vista as demandas dos diferentes movimentos sociais e suas lutas, é preciso relacionar todo o processo de transformação do mundo que vem ocorrendo desde a década de 1970. Enxergar o processo da globalização desse ponto de

vista é essencial para compreender o complexo e contraditório processo histórico que vivemos e descobrir alternativas a ele.

REFERÊNCIAS

ABRHÃO, Ana Lúcia Abrahão; LAGRANGE, Valéria. A Visita Domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. In: Modelos de atenção e a saúde da família. Org: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

AVILA-PIRES, Fernando Dias. Ecologia. In: Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. José Rodrigues Coura. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

BARATA, Rita Barradas. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2009.

BARDIN, Lawrence. Análise de Conteúdo. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo. Ed. 70, 2016.

BARRETO, Maurício L. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas intervenções e necessidades de pesquisa. THE LANCET. London, p.47-60, maio. 2009.

BATISTELLA, Carlos. Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira. In: O território e o processo saúde-doença. Org. Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BECKER, Howard. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo. Editora Hucitec, 1993.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. Consolidação das ações de campo da vigilância em saúde ambiental: heranças e desafios à territorialização. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Programa de Pós-graduação em Geografia, 2012.

_____. Das brigadas sanitárias aos agentes de controle de endemias: o processo de formação e os trabalhos de campo. Revista Hygeia 13 (25): 65 - 80, Set/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministérios da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2020 JAN 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-ortaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e Zika). Semana Epidemiológica 21 de 2019

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. Bol Epidemiol [Internet]. 2019 set [data da citação]; 50(n.esp.):1-154. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. 2019

Brasil. Ministério da Saúde. Preparação e resposta à introdução do vírus Chikungunya no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília, 2019b

BUSS, Paulo Marchiori. Globalização, pobreza e saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.

12, n. 6, p. 1575-1589, 2007.

_____. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2.ed. Org: Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2009

CARPO, Anamaria D'Andrea; MOROSINE, Márcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Modelos de atenção e a saúde da família. Org: Márcia Valéria G.C. Morosini; Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

CEZARINA, Maria Nobre de Souza et al. Saneamento: promoção da saúde, qualidade de vida e sustentabilidade ambiental. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2015.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. Cad. Saúde Pública, vol.16, n.3, pp.595-605. 2000.

COSTA, Graciete Guerra. As Regiões Administrativas do Distrito Federal de 1960 a 2011. 2011. 705 f. Tese (Doutorado) - Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <repositorio.unb.br/bitstream/10482/9987/1/2011_GracieteGuerraCosta.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.

COURA, José Rodrigues; BARCINSKI, Marcelo André. Infecção e doenças infecciosas. In: Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. Org. COURA, José Rodrigues. 2 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2013.

CUNHA, Rivaldo Venâncio. NOGUEIRA, Rita Maria Ribeiro. Dengue. In: Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. José Rodrigues Coura. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

DONALISIO, Maria Rita Donalisio; FREITAS, André Ricardo Ribas; ZUBEN, Andrea Paula Bruno Von. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 51:30. 2017.

ESCOLA POLITÉCNICA EM SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Proposta Curso Técnico de Vigilância Em Saúde. Laboratório de Vigilância em Saúde. 2007.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *Espaço Geográfico em Análise*, 17, 31-41. 2009.

FERNANDES, Valcler Rangel et al. Desnaturalizar as 'endemias de estimação': mobilização em contextos das arboviroses no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 1-20. 2018.

FREITAS PSS, SOARES GB, Mocelin HJS, Lacerda LCX, Prado TN, Sales CMM, et al. Síndrome congênita do vírus Zika: perfil sociodemográfico das mães. *Rev Panam Salud Publica*. 2019.

FREITAS, Carlos Machado de et al. Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2014, vol.19, n.9, pp.3645-3656. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.00732014>.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo. Atlas, 2008.

GDF. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Atlas do Distrito Federal 2017. CODEPLAM, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. 2017.

_____. Pesquisa Distrital por amostra de domicílio PDAD 2018. CODEPLAM, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. 2019.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes? Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Mauricio. Território e territorialização. In: Técnico de vigilância em saúde: contextos e identidade: volume 1. Org. Grácia Maria de Miranda Gondim; Maria Auxiliadora Córdova Christófaró; Gladys Miyashiro. Rio de Janeiro. EPSJV. 2017.

_____. O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Org. Maria Helena Magalhães de Mendonça, Gustavo Corrêa Matta, Roberta Gondim, Lígia Giovanella. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2018.

_____. Saúde, educação, cidadania e participação: a experiência do PROFORMAR. Trab. educ. saúde [online]. vol.1, n.2, pp.335-353. 2003.

_____. Geografia e saúde no âmbito da educação Profissional técnica de nível médio: 20 anos formando trabalhadores para o SUS. In: Pesquisa e extensão em Geografia da Saúde: entre a teoria e a prática. Org Sandra Célia Muniz Magalhães, Martha Priscila Bezerra Pereira, – Montes Claros: Unimontes, 2017.

_____. Território e territorialização. In: Técnico de vigilância em saúde: contextos e identidade: volume 1. Org: Grácia Maria de Miranda Gondim, Maria auxiliadora Córdova Christófaró e Gladys Miyashiro. Rio de Janeiro. EPSJV, 2017.

_____. O uso do território na atenção primária à saúde (APS). In: Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Org: Maria Helena Magalhães de Mendonça, Gustavo Corrêa Matta, Roberta Gondim, Lígia Giovanella. Editora Fiocruz. 2019.

_____. Saúde, educação, cidadania e participação: a experiência do PROFORMAR. Revista Trabalho, Educação e Saúde, 1(2): 335-353, 2003.

_____. Territorialização em Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Org. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

GUIMARÃES, Raul Borges. A dupla determinação geográfica da saúde: Uma teoria em construção. In: Novos temas para se pensar as pesquisas em Geografia da Saúde. Org.

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde: Fundamentos da Saúde Humana. Unesp Digital. São Paulo. 2015.

_____. A dupla determinação geográfica da saúde: Uma teoria em construção In: RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. Novos temas para se pensar as pesquisas em Geografia da Saúde. 1. ed. Blumenau: Instituto Federal Catarinense, 2019. 32 p. Disponível em : <http://editora.ifc.edu.br/wp-content/uploads/sites/33/2019/01/Novos-temas-para-se-pensar-as-pesquisas-em-Geografia-da-Sa%C3%BAde.pdf>

GUIMARÃES, Raul Borges; PICKENHAYN, Jorge Amancio; LIMA, Samuel do Carmo. Geografia e saúde sem fronteiras. Uberlândia (MG). Assis editora. 2014.

HAESBAERT, Rogério; LIMONAD, Ester. O território em tempos de globalização. Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas. n° 2 (4), vol. 1. 2007. IBGE. @cidades. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/comparamun/compara.php?lang=&lista=capitais&coduf=undefined&idtema=1&codv=V01>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010

LACOSTE, Yves. A Geografia, isso serve em primeiro lugar, para fazer a Guerra. 4a edição. Campinas/SP: Papyrus, 1997

LIBÂNEO, José Carlos. Didática. São Paulo. Cortez Editora. 2006.

LIMA-CAMERA, TN. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2016.

LEVY, Sylvain Nahum et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Disponível em: http://www.reprolatina.institucional.ws/site/respositorio/materiais_apoio/textos_de_apoi_o/Educacao_em_saude.pdf. Acessado em: 20 jan. 2003.

LOPES, Nayara; NOZAWA, Carlos; LINHARES, Rosa Elisa Carvalho. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. Rev Pan-Amaz Saude 5(3):55-64, 2014

OLIVEIRA. Ivanilton José de. As geotecnologias e o ensino de cartografia nas escolas: potencialidades e restrições. Revista Brasileira de Educação em Geografia, Campinas, v. 7, n. 13, p. 158-172, jan./jun., 2017.

OOI, Eng-Eong, GUBLER, Duane J. Dengue in Southeast Asia: epidemiological characteristics and strategic challenges in disease prevention. Cad. Saúde Pública vol.25 supl.1 Rio de Janeiro, 2009.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Documento técnico para a implementação de intervenções baseado em cenários operacionais genéricos para o controle do Aedes aegypti. Washington, D.C.; 2019.

_____. Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 4: vigilância em saúde pública. 52 p. 7 volumes. Brasília. 52 p.: il. 7 volumes. 2010

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) nov/dez;57(6):761-3. 2004.

OLIVEIRA, Mirna Augusto de Oliveira; CABRAL, Ester Santos; FRANÇA, Mônica Oliveira Marques. Indicadores de Desigualdade Social no Distrito Federal. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu – MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010.

NETO, Otávio Cruz. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. MINAYO, M. C. S. 21ª edição. Petrópolis, Vozes. 1994.

MAZETTO, Francisco Assis Penteado de. Pioneiros da Geografia da Saúde: Séculos XVIII, XIX e XX. In. A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. BARCELLOS, Christovam. (Org.), 2008

MATSUMOTO, Patricia Sayuri Silvestre; CATÃO, Rafael de Castro; GUIMARÃES, Raul Borges. Mentiras com mapas na geografia da saúde: métodos de classificação e o caso da base de dados de LVA do SINAN e do CVE. Anais do VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, Dourados. 2017

MINAYO, M. C. S. (org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª edição. Petrópolis, Vozes. 1994.

MELLO. Márcia Cristina de Oliveira. Pesquisas sobre o conceito de território no ensino de geografia: interfaces com o currículo e a prática pedagógica. Caderno Prudentino de Geografia, Presidente Prudente, n.38, v.2, p.68-83, ago./dez. 2016.

MONKEN, Mauricio. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde. Tese (doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. 2003.

MONKEN, Mauricio; GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Territorialização em saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Org: Isabel Brasil Pereira e Julio César França Lima. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro. EPSJV, 2009.

_____. Território e Territorialização. In: Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. Volume 1. Org: Grácia Maria de Miranda Gondim, Maria Auxiliadora CódovaChristófaró e Gladys Miyashiro. Rio de Janeiro. 2017.

MONKEN, Mauricio; Peiter, Paulo; Barcellos, Christovam; Iñiguez Rojas, Luisa; Navarro, Marli B. M. de Albuquerque; Gondim, Grácia Maria de Miranda; Gracie, Renata. O Território e Saúde: dimensões teóricas e conceituais. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

MONKEN, Mauricio. Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, Christovam (Org.). A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco/Icict/EPSJV, 2008.

_____. Desenvolvimento de Tecnologia Educacional a partir de uma Abordagem Geográfica para a Aprendizagem da Territorialização em Vigilância em Saúde, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MONKEN, Maurício. BARCELLOS, Christovam. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: O território e o processo saúde-doença. Org Angélica FerreiraFonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

_____. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

MOREIRA, Ruy. O que é geografia. 2 ed. São Paulo. Brasiliense, 2009.

MOHR, Adriana. SCHALL, Virgínia T. Schall. Rumos da Educação em Saúde no Brasil e sua Relação com a Educação Ambiental. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, pág. 199-203. Abr/jun, 1992.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação e Saúde da Prática do Agente. In: Educação e Saúde. Org. Carla Macedo Martins e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro. EPSJV. Fiocruz, 2007.

_____. Educação em Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009

MOROSINI, Márcia Valéria. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. revista Saúde Debate | Rio De Janeiro, V. 42, N. 116, P. 11-24, JAN-MAR 2018.

PAIM. Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro, Esditora Fiocruz. 2009.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. A globalização da natureza e a natureza da globalização. 4º ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012

PEREIRA. Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Educação Profissional em Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise. Nogueira. Educação profissional em saúde. Coleção Temas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Edgardo Lander (org). Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. setembro 2005.

RABELLO, Lucíola Santos. Promoção da saúde: a construção social um conceito em perspectiva comparada./Lucíola Santos Rabello. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

RAFFESTIN, Claude. A produção das estruturas territoriais e sua representação. In: território e territorialidade: teorias. Processos e conflitos. Org: Marcos Aurelio Saquet; Eliseu Savério Sposito. Expressão popular. UNESP. São Paulo. 2008.

_____. Por uma Geografia do Poder. Editora ática. São Paulo. 1993.

RIBEIRO, Helena. Saúde Global: Olhares do presente. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2016.

RIBEIRO, Marta Gomes; FARIA, Priscila Almeida; DIAS, Alexandre Pessoa. Educação e tecnologia social. In: Técnico de vigilância em saúde: fundamentos: volume 2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017.

ROJAS, Luisa Iñiguez. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):701-711, out-dez, 1998.

SABROZA, Paulo Chagastelles. Concepções Saúde Doença, 2006.

SALDIVA, Paulo. Vida urbana e saúde. Contexto. São Paulo, 2012.

SANTOS, Milton. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2006. - (Coleção Milton Santos; 1)

_____. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. Ciênc. saúde coletiva vol.8 no.1 Rio de Janeiro 2003. (Conferência magna proferida no I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, em 12 de julho de 2000).

_____. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 17ª ed. Rio de Janeiro. Recod. 2008.

_____. Metamorfose do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia. 6º ed. 2. Reimp. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 2014.

_____. Espaço e Método. 5 ed. 2 reimp. São Paulo. Editora Universidade de São Paulo. 2014.

_____. Por um Geografia nova: da crítica da Geografia a uma Geografia Crítica. 6 ed. 1 reimp. São Paulo. Editora Universidade de São Paulo. 2008.

_____. O Território e o Saber Local: algumas categorias de análise. In: Cadernos IPPUR/UFRJ/Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. – ano XIII, n.2 (ago./dez. 1999) – Rio de Janeiro: UFRJ/IPPUR, 1999.

SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia A.; SILVEIRA, Maria Laura. Território, Globalização e Fragmentação. 4ª edição. Editora HUCITEC. São Paulo. 1998.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. 16ª edição. Record. Rio de Janeiro. 2012.

SAQUET, Marcos Aurelio. Por uma abordagem territorial. In: território e territorialidade: teorias. Processos e conflitos. Org: Marcos Aurelio Saquet; Eliseu Savério Sposito. Expressão popular. UNESP. São Paulo. 2008.

_____. O território no ensino-aprendizagem de geografia. Geo UERJ - Ano 14, nº. 23, v. 2, 2º semestre. p. 699-716. 2012.

SAÚDE. Dicionário Aurélio online. 15 de mar. 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/saude/>. Acessado em 15 de mar. 2020.

SCLIAR, MOACYR. História do Conceito de Saúde. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Informativo Epidemiológico Ano 14 nº 19, maio de 2019. SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE – SVS. Brasília. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/informes-dengue/>. Acessado em: 09 jun. 2019.

SILVA, Silvio Fernandes da. *Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas*. São Paulo. Hucitec, 2001.

SILVA, Luiz Jacinto da; ANGERAMI, Rodrigo Nogueira. *Viroses emergentes no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.

SILVA, Luiz Jacintho. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Cad. Saúde Pública*, vol.13, n.4, pp.585-593. 1997

SINGER, Paul. *Economia política da urbanização*. 2ª edição. Contexto, São Paulo, 2010.

SOARES, José Roberto Henrique Souza; BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. A geografia da saúde na educação básica: propostas de aplicação no ensino de geografia. *Anais do VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde*. Dourados. p.994-1004. 2017

SOUZA, Hanilton Ribeiro de; SOUZA, Luciana Cristina Teixeira de. Outro olhar sobre o lugar: manejar as lentes para redescobrir o espaço vivido. *Revista Brasileira de Educação Geográfica*, Campinas, v. 3, n. 6, p. 105-123, jul./dez., 2013.

TAUIL, Pedro Luis. Urbanização e ecologia do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.17, suplemento 1, p.99-102, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000700018>>. Acesso em: 10 maio. 2019.

TEXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Sila; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, maio 1998.

VIEITES, Renato Guedes; FREITAS, Inês Aguiar. Pavlovsky e Sorre: duas importantes contribuições à Geografia Médica. *Ateliê Geográfico*, v. 1, n. 2, p. 187-201, 19 dez. 2007.

UJVANI, Stefan Cunha. A história da humanidade contada pelos vírus, bactérias e parasitas e outros microrganismos. 2. Ed. 6ª impressão. São Paulo. Contexto. 2019.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (para os alunos)



Termo de consentimento livre e esclarecido (Resolução CNS-466/2012)



O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar do projeto de pesquisa de mestrado profissional intitulado: “**GEOGRAFIA NA SAÚDE: Análise da territorialização em saúde como estratégia pedagógica**”, de **Priscilla Pedrette de Mello Alves**, geógrafa. A pesquisadora responsável é aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz.

O convite à sua participação se deve ao fato do(a) senhor(a) participar como aluno(a) do Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o Enfrentamento das Arboviroses que ocorrerá em Ceilândia - DF. Sua participação é voluntária, ou seja, não haverá bônus financeiro e indenização caso desista da pesquisa, e as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, e os referidos dados obtidos não serão utilizados de modo a identificar o participante da pesquisa.

Serão sujeitos desta pesquisa profissionais e da saúde, da educação, além de lideranças da sociedade civil organizada e membros da comunidade e educandos maiores de 18 anos das escolas participantes do projeto e seus familiares.

Para responder a esta pesquisa você deve ter idade superior a 18 anos. Sua participação é voluntária. Por gentileza, leia atentivamente este termo de consentimento livre e esclarecido, utilizando o tempo necessário para fazê-lo. Você pode optar por decidir sua participação após discutir com seus colegas e familiares. Será entregue a você uma cópia deste termo.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, individuais. A sua participação será em dois momentos. O primeiro consistirá em responder um questionário no primeiro dia de aula, em sala de aula no Instituto Federal de Brasília, campus Ceilândia, após a apresentação dos alunos e do professor do módulo e deverá durar até 20 minutos. O segundo momento ocorrerá na última semana do curso, nos dias 17, 18 e 19 de dezembro, também no Instituto Federal, campus Ceilândia, na sala das aulas teóricas e consistirá em responder algumas questões através de uma entrevista semiestruturada conduzida pelo pesquisador. O(a) senhor(a) tem livre decisão de participar ou não do projeto de pesquisa, bem como deixá-lo a qualquer momento. Informo, ainda, que o(a) senhor(a) não será penalizado, caso decida não participar, ou desistir durante o período de realização do projeto.

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar as possibilidades pedagógicas do processo de territorialização de informações no Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o Enfrentamento das Arboviroses como instrumental teórico e metodológico para a educação em saúde, e se justifica pela análise da metodologia da territorialização em saúde a fim de compreender a percepção dos alunos do curso possuem diante da relação território e saúde.

As respostas serão tratadas de forma autônoma e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome do discente independente da fase do estudo.

A Participação neste projeto não tem objetivo de submeter participante a um tratamento, bem como não causará nenhum gasto com relação a procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo. Não há riscos potenciais diferentes daqueles envolvidos nas atividades regulares dos participantes. Por não se tratar de pesquisa que envolva experimentos humanos, o projeto não apresenta riscos à saúde física dos participantes, apresentando, porém, possibilidade de novos entendimentos intelectuais e psicológicos aos participantes.

A pesquisa em questão não oferece riscos significativos. Entretanto, para minimizar a possibilidade de riscos eventuais aos participantes, serão respeitados os princípios previstos na **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a ética na pesquisa envolvendo seres humanos.

Os riscos em participar da pesquisa são mínimos e caso o participante sinta algum desconforto ou constrangimento em responder às questões, o participante tem a liberdade de desistir ou recusar-se a participar de qualquer procedimento, assim como de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.

A desistência do participante não causará nenhum prejuízo à saúde ou bem-estar físico do mesmo, com isso não será necessário atendimento ou tratamento médico.

Será garantido ao participante da pesquisa a manutenção de sigilo e privacidade. O participante, em razão do caráter voluntário da pesquisa, não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa em razão de sua participação na mesma;

Contudo, sua participação é importante e contribuirá para a melhoria das ações de prevenção, vigilância e controle das arboviroses no Distrito Federal. A qualquer momento, durante o período da pesquisa, o(a) senhor(a) poderá solicitar à equipe do projeto, informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está redigido em duas vias; uma via para ser entregue ao(a) senhor(a) e outra via para ficar com a pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa e deverá constar uma rubrica do pesquisador e do participante em todas as páginas.

Brasília, ____ de _____ de 2019.

Pesquisador: _____

Pesquisador Responsável: Priscilla Pedrette de Mello Alves; e-mail: priscillapedrette@gmail.com

Declara estar ciente do inteiro teor desse termo de consentimento e estar de acordo em participar do estudo proposto.

Assinatura do participante da pesquisa

CEP/EPSJV é uma instância deliberativa autônoma, de múnus público, colegiada e multidisciplinar. O Comitê de Ética possui o objetivo de zelar pelo respeito e proteção à dignidade e autonomia dos participantes das pesquisas, em sua dimensão física, moral e social.

Comitê de ética EPSJV/Fiocruz: endereço: Avenida Brasil, 4.365 bairro: Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 21040-900; Tel.: (21)38659710; e-mail: cep@epjv.fiocruz.br

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido (para os preceptores)



Termo de consentimento livre e esclarecido (Resolução CNS-466/2012)



O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar do projeto de pesquisa de mestrado profissional intitulado: “**GEOGRAFIA NA SAÚDE: Análise da territorialização em saúde como estratégia pedagógica**”, de **Priscilla Pedrette de Mello Alves**, geógrafa. A pesquisadora responsável é aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz.

O convite à sua participação se deve ao fato do(a) senhor(a) participar como preceptor(a) do Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o Enfrentamento das Arboviroses que ocorrerá em Ceilândia - DF. Sua participação é voluntária, ou seja, não haverá bônus financeiro e indenização caso desista da pesquisa, e consistirá em responder algumas questões através de uma entrevista semiestruturada conduzida pelo pesquisador na última semana do curso nos dias 17, 18 e 19 de dezembro no Instituto Federal de Brasília, campus Ceilândia na sala de aula onde ocorrerá as aulas teóricas.

O(a) senhor(a) tem livre decisão de participar ou não do projeto de pesquisa, bem como deixá-lo a qualquer momento. Informo, ainda, que o(a) senhor(a) não será penalizado, caso decida não participar, ou desistir durante o período de realização do projeto.

Para responder a esta pesquisa você deve ter idade superior a 18 anos. Por gentileza, leia atentivamente este termo de consentimento livre e esclarecido, utilizando o tempo necessário para fazê-lo. Você pode optar por decidir sua participação após discutir com seus colegas e familiares. Será entregue a você uma cópia deste termo

O(a) senhor(a) tem livre decisão de participar ou não do projeto de pesquisa, bem como deixá-lo a qualquer momento. Informo, ainda, que o(a) senhor(a) não será penalizado, caso decida não participar, ou desistir durante o período de realização do projeto.

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar as possibilidades pedagógicas do processo de territorialização de informações no Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o Enfrentamento das Arboviroses como instrumental teórico e metodológico para a educação em saúde, e se justifica pela análise da metodologia da territorialização em saúde a fim de compreender a percepção dos alunos do curso possuem diante da relação território e saúde.

As respostas serão tratadas de forma autônoma e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome do discente independente da fase do estudo.

A Participação neste projeto não tem objetivo de submeter participante a um tratamento, bem como não causará nenhum gasto com relação a procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo. Não há riscos potenciais diferentes daqueles envolvidos nas atividades regulares dos participantes. Por não se tratar de pesquisa que envolva experimentos humanos, o projeto não apresenta riscos à saúde física dos participantes, apresentando, porém, possibilidade de novos entendimentos intelectuais e psicológicos aos participantes.

A pesquisa em questão não oferece riscos significativos. Entretanto, para minimizar a possibilidade de riscos eventuais aos participantes, serão respeitados os princípios previstos na **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a ética na pesquisa envolvendo seres humanos

Os riscos em participar da pesquisa são mínimos e caso o participante sinta algum desconforto ou constrangimento em responder às questões, o participante tem a liberdade de desistir ou recusar-se a participar de qualquer procedimento, assim como de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.

A desistência do participante não causará nenhum prejuízo à saúde ou bem-estar físico do mesmo, com isso não será necessário atendimento ou tratamento médico.

Será garantido ao participante da pesquisa a manutenção de sigilo e privacidade. O participante, em razão do caráter voluntário da pesquisa, não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa em razão de sua participação na mesma;

Contudo, sua participação é importante e contribuirá para a melhoria das ações de prevenção, vigilância e controle das arboviroses no Distrito Federal. A qualquer momento, durante o período da pesquisa, o(a) senhor(a) poderá solicitar à equipe do projeto, informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está redigido em duas vias; uma via para ser entregue ao(a) senhor(a) e outra via para ficar com a pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa e deverá constar uma rubrica do pesquisador e do participante em todas as páginas

Brasília, _____ de _____ de 2019.

Pesquisador: _____

Pesquisador Responsável: Priscilla Pedrette de Mello Alves; e-mail: priscillapedrette@gmail.com

Declara estar ciente do inteiro teor desse termo de consentimento e estar de acordo em participar do estudo proposto.

Assinatura do participante da pesquisa

CEP/EPSJV é uma instância deliberativa autônoma, de múnus público, colegiada e multidisciplinar. O Comitê de Ética possui o objetivo de zelar pelo respeito e proteção à dignidade e autonomia dos participantes das pesquisas, em sua dimensão física, moral e social.

Comitê de ética EPSJV/Fiocruz: endereço: Avenida Brasil, 4.365 bairro: Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 21040-900; Tel.: (21)38659710; e-mail: cep@epjv.fiocruz.br

APÊNDICE C – Questionário

QUESTIONÁRIO PARA OS ALUNOS PARTICIPANTES DO CURSO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DAS ARBOVIROSES

Nome

Código

Gênero: F () M ()

Idade:

Critério da vaga:

Profissional da saúde () Qual:

Profissional da educação () Qual

Profissional de outros setores do governo () Qual:

Representante de entidade social () Qual:

Morador de Ceilândia ()

Local onde trabalha: Tempo de atuação:

É morador de qual Região Administrativa do DF?

Escolaridade:

1.Quais informações sobre os serviços de saúde da sua cidade você possui?

()-Unidade Básica de Saúde (UBS) ()-Hospitais ()-Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) ()-Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ()-Vigilância em Saúde

()-Outros: Qual:

2.Quais são as principais fontes de informações sobre Dengue, Zika e Chikungunya que você se informa:

()-Rádio ()-Televisão ()-Internet ()-Jornal e revista ()-Profissionais de saúde ()-Materiais educativos ()-Professores de escola/faculdade ()-Outros:

1.O que você entende sobre saúde?

2.O que você entende por território?

3.O que é doença para você?

4.Na sua opinião, quais são os principais problemas de saúde da Ceilândia?

5.Próximo a sua residência e do seu local de trabalho quais são os principais problemas de saúde relacionados a Dengue, Zika e a Chikungunya?

6.Quais informações sobre prevenção da Dengue, Zika e a Chikungunya você tem conhecimento?

7.Você acha importante ter ações de educação em saúde? Justifique.

8.Quais são seus objetivos com o curso?

APÊNDICE D – Entrevista com os alunos**ROTEIRO DA ENTREVISTA ESTRUTURADA COM OS ALUNOS DO CURSO****NOME****CÓDIGO**

1. Após o curso, sua concepção de saúde mudou ou continua a mesma?
2. Após o curso, sua concepção de doença mudou ou continua a mesma?
3. O que você entendeu por territorialização em saúde?
4. Quais são os elementos positivos e negativos encontrados nas aulas de campo, no processo da territorialização em saúde?
5. Como você descreve a relação entre as aulas teóricas e as aulas de campo?
6. Comente sobre o uso dos instrumentos da territorialização: as entrevistas, os mapas e a produção de imagem.
7. Você acha que a territorialização em saúde pode ser desenvolvida em outros instâncias institucionais/outros espaços? Quais?
8. Você acha que a territorialização pode ser utilizada como um instrumento para a aprendizagem em educação e saúde? Como?
9. Quais são os maiores desafios da vigilância em saúde frente as epidemias das arbovírus?
10. O curso possibilitou desenvolver novos conhecimentos e habilidades em vigilância em saúde? Quais?
11. Como você entende a relação de pesquisar o território para pensar o processo de trabalho da saúde?

APÊNDICE E – Entrevista com os preceptores

ROTEIRO DA ENTREVISTA DOS PRECEPTORES

Nome:

Local onde trabalha:

Tempo de atuação:

Formação acadêmica:

É morador de qual Região Administrativa do DF?

1. Na sua opinião, qual é a função do preceptor?
2. O que você entendeu por territorialização em saúde?
3. Você acha que a territorialização pode ser utilizada como um instrumento para a aprendizagem em educação em saúde? Como?
4. Você acha importante o uso da metodologia da territorialização em saúde na formação dos profissionais de ponta da saúde (ACS, ACE, técnico em enfermagem, médicos)?
5. Quais foram os pontos positivos e negativos observados durante o envolvimento dos alunos nas aulas de campo da territorialização?
6. Comente sobre o uso dos instrumentos da territorialização: as entrevistas, os mapas e a produção de imagem.
7. Você acha que a territorialização em saúde pode ser desenvolvida em outros instâncias institucionais/outros espaços? Quais?

APÊNDICE F - O Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o Enfrentamento das Arboviroses

O CDPVSEA é uma das ações do projeto pesquisa científica e tecnológica intitulado “Inovação em Educação e Comunicação para a Prevenção da Zika e Doenças Correlatas nos Territórios”. Com início em dezembro de 2016 e com previsão de conclusão em dezembro de 2020. A Fundação Oswaldo Cruz é a proponente do projeto que foi elaborado e desenvolvido em conjunto com diferentes Unidades Técnico Científicas da Fiocruz.

O curso será aplicado em quatro territórios distintos e de execução do projeto: Manguinhos, Rio de Janeiro-RJ, Maricá-RJ, Paraty-RJ e Ceilândia-DF. Para a melhor produtividade, cada território irá formar uma coordenação pedagógica territorializada composta por um membro da EPSJV, um integrante de uma unidade da Fiocruz e um representante do território local. Esses serão os responsáveis pelo arranjo e o suporte pedagógico das atividades do curso. Esta pesquisa irá circunscrever-se apenas no CDPVSEA em Ceilândia – Distrito Federal.

O curso tem como objetivo formar lideranças setoriais, institucionais e comunitárias com base na investigação de problemas de saúde e vulnerabilidades e na articulação com os serviços de saúde e outros setores de governo, inserindo a população como sujeitos dinamizadores nos processos e nas práticas de saúde para o enfrentamento das arboviroses nos territórios.

O curso é estruturado em momentos de concentração com aulas com conteúdo teórico-prático e momentos de Trabalho de Campo (TC), onde juntos estão organizados como módulos temáticos. Ao todo o curso possui nove módulos. A cada três módulos é formado uma unidade de aprendizagem e ao final de cada uma delas é realizado o momento de apresentação e sistematização dos conteúdos, chamados de Laboratório de Tecnologias Comunicativas para Divulgação Científica (LTCDC) e a Sistematização e Apresentação das Unidades (SAU) (ver quadro 4).

UNIDADE DE APRENDIZAGEM I	MÓDULO 1	AULA 1
		Trabalho de Campo 1
	MÓDULO 2	AULA 2
		Trabalho de Campo 2
	MÓDULO 3	AULA 3
		Trabalho de Campo 3

Laboratório de Tecnologias Comunicativas para Divulgação Científica Sistematização e Apresentação da Unidade I		
UNIDADE DE APRENDIZAGEM II	MÓDULO 4	AULA 4
		Trabalho de Campo 4
	MÓDULO 5	AULA 5
		Trabalho de Campo 5
	MÓDULO 6	AULA 6
		Trabalho de Campo 6
Laboratório de Tecnologias Comunicativas para Divulgação Científica Sistematização e Apresentação da Unidade II		
UNIDADE DE APRENDIZAGEM III	MÓDULO 7	AULA 7
		Trabalho de Campo 7
	MÓDULO 8	AULA 8
		Trabalho de Campo 8
	MÓDULO 9	LTCDC
		LTCDC
Finalização Produto Laboratório de Tecnologias Comunicativas para Divulgação Científica Sistematização e Apresentação – Unidade III		
Apresentação final do Diagnóstico de Condições de Vida e Situação de Saúde		

Quadro 4 – Estrutura do CDPVSEA

O curso totaliza cento e oitenta e quatro (184) horas, cada aula teórica tem oito (8) horas/aula, totalizando sessenta e quatro (64) horas/aula, assim como as aulas de campo, cada com oito (8) horas/aula, somando também sessenta e quatro (64) horas/aula. O LTCDC tem um total de vinte e duas (22) horas/aula, sendo duas horas após cada unidade de aprendizagem e mais dezesseis (16) horas/aula no módulo 9. Os momento de apresentação e sistematização terão um total de trinta e quatro horas/aula (34), no seguinte arranjo: apresentação inicial com oito horas, seis horas após cada unidade de aprendizagem e o último momento com oito horas dedicado à apresentação final do Diagnóstico das Condições de Vida e Situação de Saúde e do Plano de Ação proposto para cada território estudado.

O CDPVSEA possui duas estratégias pedagógicas fundamentais, são elas: o Trabalho de Campo - Processo de Territorialização de Informações e o Laboratório Tecnologias Comunicativas para Divulgação Científica.

As informações sistematizadas ao longo de cada unidade de aprendizagem vão orientar os discentes no final do curso na produção de um Plano de Ação integrado à Atenção Básica para a vigilância dos problemas de saúde sobretudo as arboviroses visando a melhoria das condições de vida e a saúde local.

Para auxiliar nos TC foi entregue para todos os alunos e os preceptores um material didático chamado de Caderno de Atividades de Territorialização em Saúde (CATS). Um guia diário de orientações do fazer do TC, com todas as informações, dicas e sugestões para realizar a atividade e ajudar na elaboração do Diagnóstico das Condições de Vida e Situação de Saúde (DCVSS). Nesse material contém os roteiros dos instrumentos da territorialização: os questionários; roteiro de produção de imagem; guia de observação, o caderno de notas para o Reconhecimento do território; e, a estrutura do DCVSS.

Alunos foram organizados em dois grupos chamados de Núcleos Territoriais: o primeiro é o grupo da UBS 02; o segundo o grupo da UBS 11. Os preceptores foram divididos, dois preceptores ficaram no grupo da UBS 11 e um no grupo da UBS 02.