

Processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência

Work process in a family health unit: an experience report

DOI:10.34119/bjhrv4n3-099

Recebimento dos originais: 05/04/2021

Aceitação para publicação: 18/05/2021

Ianara Fabiana Ramalho Dias Alves

Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela UFPB

Faculdade de ciências médicas da Paraíba

Rua bacharel José de Oliveira curchatuz, 691.Aeroclube- João Pessoa/PB

E-mail: ianara.ramalho@hotmail.com

Luan Araújo Freitas Melo

Graduando em Medicina pela FCM

Faculdade De Ciências Médicas da Paraíba

Rua Severino Soares, condomínio villas do lagos, quadra 19, lote 7, maternidade, Patos-PB

Email: saturn.blood6969@gmail.com

Eduardo Henrique Souza Xavier Quintela

Graduando em Medicina pela FCM

Faculdade De Ciências Médicas da Paraíba

Rua Antônio Rabelo Júnior, 225, Miramar, João Pessoa-PB

E-mail: eduardohenriquequintela@gmail.com

Ana Karoline Figueiredo David

Graduanda em Medicina pela FCM

Faculdade De Ciências Médicas da Paraíba

Rua Edifício Vilaggio di Ravena, 229 intermares, Cabedelo/PB

E-mail: anakarold@hotmail.com

Isadora Maria Lucena Nunes

Graduanda em Medicina pela FCM

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba

Rua: Francisco Timóteo de Souza, 445-Anatólia, CEP:58052-130, João Pessoa -PB

E-mail:isadoramaria144@gmail.com

Thaís Fernanda Rebouças Moreira

Graduanda em Medicina pela FCM

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba

Rua :Edgar de Albuquerque Lins,240-Altiplano

E-mail: thaisfrm105@gmail.com

Magdalena Clementino Medeiros

Graduanda em Medicina pela FCM
Faculdade De Ciências Médicas da Paraíba
Rua Monsenhor Odilon Coutinho n 56 apartamento 201, cabo Branco
E-mail: magdamedeiros.medicina@gmail.com

Beatriz de Aquino Albino

Graduanda em Medicina pela FCM
Faculdade De Ciências Médicas da Paraíba
Rua Virgínia Maria Nogueira Gadelha Pimentel, 533. Intermares, cabedelo- PB
E-mail: Beatrizaquinoa29@gmail.com

André Luís Belmiro Moreira Ramos

Mestre em Ciência da Computação pela UFCG
Faculdade De Ciências Médicas da Paraíba
Rua Waldemir Braga, 109. Aeroclube. Apto 602B. João Pessoa-PB
E-mail: andre.moreira.ramos@gmail.com

Layza de Souza Chaves Deininger (orientadora)

Doutora em modelos de decisão e saúde UFPB
Faculdade De Ciências Médicas da Paraíba
Rua Francisco de Assis Frade 173. Manaíra. CEP 58038440
E-mail: layzasousa12@hotmail.com

RESUMO

Por meio da Reforma Sanitária brasileira, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) definiu três grandes bases para o sistema de saúde brasileiro: o conceito ampliado de saúde; a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas últimas décadas, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido tema central nas discussões devido à sua grande importância dentro do SUS, concentrando serviços de saúde pessoais e focando na continuidade dos cuidados. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas por acadêmicos de medicina na observação do processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Para tanto, foi realizado um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, ao longo do módulo horizontal de Atenção à Saúde I, durante os dias três e dez de março de 2020, em uma USF da Cidade de João Pessoa, com ênfase na territorialização e acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS). No primeiro encontro, os alunos realizaram o reconhecimento do território acompanhados por um ACS, e, no segundo encontro, foi apresentado o processo de trabalho do ACS. Tal experiência foi de extrema importância para a formação médica, tanto no momento que foi possível conhecer possíveis futuros ambientes de trabalho, como também, para compreender o processo de territorialização em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Unidade de Saúde, Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

Through the Brazilian Health Reform, the 1988 Federal Constitution (CF/88) defined three big bases for the Brazilian health system: the expanded concept of health; health as a citizens right and duty of the State and the institution of the Unified Health System (SUS). In the last decades, Primary Health Care (PHC) has been a central theme in discussions due to its big importance within SUS, concentrating personal health services and focusing on continuity of care. That way, the present study aims to report the experiences of medical students in observing the work process in a Family Health Unit (FHU). To this end, a descriptive, qualitative, experience report type study was carried out, along the horizontal module of Health Care I, during March 3 and 10, 2020, at a Family Health Unit in the City of João Pessoa, with emphasis in the territorialization and monitoring of the Community Health Agent (CHA). In the first meeting, students performed the recognition of the territory accompanied by an ACS, and in the second meeting, the work process of the ACS was presented. Such experience was extremely important for medical training, both at the time that it was possible to know possible future work environments, as well as to understand the process of territorialization in health.

Keywords: Primary Health Care, Health Unit, Community Health Agent.

1 INTRODUÇÃO

Como corolário do movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 definiu três grandes referenciais para o sistema de saúde brasileiro: o conceito ampliado de saúde; a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O SUS, criado pela Carta Magna de 1988, fixa seus princípios basilares, como a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral, além de outros, com relevância para a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2019). Desta forma, o SUS garante os benefícios deste sistema público de saúde a toda a população.

A atenção primária à saúde (APS), no Brasil, tem sido tema central nas discussões da organização do sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas, motivado por sua importância dentro do SUS (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). Neste cenário, a atenção básica se concentra em serviços de saúde pessoais e na continuidade dos cuidados, sendo derivada do crescimento populacional, do envelhecimento da população, da carga de doença e de avanços tecnológicos (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Atualmente, a atenção primária no Brasil abrange a participação de uma equipe multiprofissional, que organiza as ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância à saúde, além de realizar outras atividades, como diagnóstico e tratamento de patologias,

reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, compreendendo os fatores territoriais, assistenciais, culturais, sociais e econômicos de cada território da equipe saúde da família, por meio de estratégias de territorialização. Neste sentido, o território em saúde deve ser compreendido como dinâmico, e não apenas como o espaço geográfico delimitado a ser atendido pela Estratégia Saúde da Família (ESF), já que o processo saúde-doença também se relaciona com as questões sociais.

A organização dessa base territorial é construída para efeito do processo de produção de saúde da comunidade, devendo ser considerado como um espaço vivo capaz de produzir saúde. Desta forma, o território deve passar por constante diagnóstico epidemiológico, visando identificar fatores e condições pertinentes aos processos de saúde e doença de determinada região (JUSTO *et al.*, 2017).

Em relação à distribuição dos serviços, deve-se seguir uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. Neste sentido, o território em saúde apresenta uma dimensão política e operacional do sistema de saúde, que proporciona experiências de vida diárias e de interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral (GONDIM *et al.*, 2008).

Neste âmbito, as intervenções sociais de saúde têm como alvo populações que estão em situação de vulnerabilidade e maior risco (FURLAN, 2008). Entretanto, percebe-se que há muitas barreiras para constituir a efetividade da gestão das unidades de saúde. Violência, tráfico de drogas, desemprego, condições inadequadas de saneamento e de moradia são alguns exemplos de problemas que afetam negativamente a saúde da população.

O enfrentamento desses problemas, cujos determinantes extrapolam o âmbito dos serviços de saúde, depende de um conjunto de ações de curto, médio e longo prazo, como o estabelecimento de parcerias intersetoriais, envolvimento da comunidade e investimentos por parte da gestão municipal, capazes de impactar a redução desses problemas e, conseqüentemente, na melhoria das condições de saúde da população envolvida (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Além desses aspectos, acrescenta-se a falta de investimentos para aprimorar a realização de cadastros (automatização de todas as unidades), as atitudes de profissionais, o medo do aumento da carga de trabalho, a resistência a mudanças, a falta de informações,

as fronteiras organizacionais, as burocracias existentes, a falta de incentivos e de financiamento, além das incertezas associadas às reformas.

Com isso, o presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas por acadêmicos de medicina na observação do processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

2 MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, de âmbito qualitativo, do tipo relato de experiência, realizado pelos estudantes do primeiro período do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Ciências Médicas da Paraíba/FCM-PB, durante o módulo horizontal de Atenção à Saúde I, tendo como local de estudo uma USF na cidade de João Pessoa e suas microáreas, durante o período dos dias três e dez de março de 2020.

Um relato de experiência consiste na apresentação de uma reflexão sucinta, organizada pelos formadores, contendo a análise de aspectos considerados significativos na prática em questão, indicando os aspectos positivos e as dificuldades encontradas, além dos resultados e outros elementos julgados pertinentes (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Desta forma, para início dos trabalhos, ocorreu a divisão dos alunos em quatro grupos, contendo dez integrantes, sendo cada grupo designado a uma USF, sob orientação de uma professora responsável. O grupo de alunos formadores deste trabalho foi designado para uma USF, sob a supervisão da professora responsável pelo grupo.

No primeiro dia, os alunos percorreram todo o território das microáreas sob a supervisão da professora e guiados pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) designada. Neste momento, os alunos registraram, por meio de anotações e fotografias, baseadas nas suas observações e de suas supervisoras, as condições dos residentes e do território.

No segundo dia, os alunos tiveram uma palestra sobre os trabalhos do ACS na USF, além de auxiliar no registro de cinco novos usuários do território-área em questão. Os alunos foram divididos em duplas, onde executaram o preenchimento da ficha de cadastro individual de cada criança.

Diante do exposto, em razão do formato do trabalho ser baseado em um relato de experiência, onde não houve identificação de locais nem de usuários, não há necessidade de ser encaminhado ao comitê de ética e pesquisa.

3 RELATO

Esse relato prático é dividido em dois momentos, o primeiro momento é o de análise do território e, o segundo momento, é o entendimento da função e das atividades do Agente Comunitário de Saúde (ACS). É notória a importância do contato com a comunidade e com o Sistema Único de Saúde (SUS) para a construção acadêmica, formada a partir de inúmeras reflexões e análises sobre o sistema de saúde brasileiro e sua organização funcional, bem como o entendimento holístico das comunidades brasileiras.

No primeiro encontro, os acadêmicos de medicina do primeiro período da Faculdade Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB) realizaram o conhecimento do território-área de uma unidade de saúde da família, conforme a política nacional de atenção básica nº 2436/17, onde uma de suas diretrizes trata sobre a territorialização. Assim, define-se essa diretriz como o processo de habitação e vivência de uma população, levando em consideração aspectos característicos de uma população. A territorialização delimita a área de atuação da Unidade de Saúde da Família (USF), denominada como área de abrangência (SANTOS, RIGOTTO; 2010).

Acompanhados por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), foi informado que a divisão do território, compreendido como território-área de abrangência da USF, é subdividido em microáreas, consistindo em segmentos da área de abrangência que possuem características homogêneas, como condições ambientais, socioeconômicas, epidemiológicas e culturais, para facilitar a implantação de programas e desenvolver a vigilância em saúde (BRASIL, 2006; MALUCELLI *et al.*, 2010). De modo que execute ações estratégicas e eficazes de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, atendendo as necessidades apresentadas na unidade geográfica. Cada microárea deve conter, no máximo, 750 habitantes, que será a unidade operacional do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2017).

Esta subdivisão garante um melhor atendimento à comunidade e aplicações específicas para cada microárea, pois facilita a implantação de programas e desenvolve e aprimora a vigilância em saúde. Podendo ser subdividida em microárea de risco, ou seja, uma microárea que possua algo que ofereça risco à saúde, como esgoto a céu aberto, possíveis áreas de criadouros de arboviroses, zonas de crime ou qualquer outro veículo de risco a saúde (MALUCELLI *et al.*, 2010).

A área de abrangência da Unidade de Saúde da Família visitada é dividida em dez microáreas. Nota-se a presença de uma intensa verticalização nas duas primeiras

microáreas, com diversos blocos de apartamentos. Apesar de ocuparem uma área menor, em relação às demais, possuem grande demanda devido à ocupação. Neste contexto, a microárea I foi construída pelo projeto federal “Minha casa minha vida” e totalmente SUS dependente. Enquanto a microárea dois, possui as mesmas características estruturais, contudo não é totalmente SUS dependente, há moradores com melhor poder aquisitivo.

Por sua vez, a microárea 3 é uma zona de transição entre áreas com intensa verticalização e outra área com menos edifícios, apresentando algumas áreas verticalizadas e outras não, sendo constituída de 172 residências. Consta-se o uso de energia elétrica, água encanada, pouca presença de lixo e poucos focos de arboviroses, sendo uma das mais higienizadas do território.

Na análise da microárea 4, observou-se a presença de equipamentos sociais. No contexto da Lei federal nº 6.766/1979, no art. 4º, § 2º, equipamento social é um local/prédio/estabelecimento que funcione para a proteção integral à família e à pessoa com prioridade de atendimento, notadamente, os grupos sociais mais vulneráveis, com a finalidade de reduzir as desigualdades socioeconômicas. Na USF visitada, a microárea 4 é a região que mais possui equipamentos sociais, totalizando 3 equipamentos: a escola estadual, a cozinha comunitária da região e o Centro de Referência de Educação Infantil (CREI). Outrossim, em algumas partes da microárea, nota-se a ausência de calçadas em um terreno inclinado com um fluxo moderado de trânsito, podendo ser considerada como algo que dificulta o acesso da comunidade à USF.

Esta microárea é uma das que mais apresenta problemas relacionados à higiene, contendo terrenos baldios, lixo a céu aberto e risco de zoonoses. Como o território em questão concentra os equipamentos sociais da região, percebe-se dificuldades no acesso dos habitantes das demais microáreas aos equipamentos de cunho social. Contudo, este local é considerado pelos profissionais da equipe de saúde como sendo pouco SUS dependente.

Na microárea 5, observa-se pouca presença de lixos e animais livres, sendo notório que a região não possui muitos usuários SUS dependentes. Entre a microárea 5 e 6 observa-se a presença de uma área descoberta da USF, caracterizada por uma área verde rasa, com depósito de entulhos e lixo, que pode apresentar riscos de doenças infecto-parasitárias para as regiões circunvizinhas.

A microárea 6 apresenta um equipamento social: O Centro Evangélico de Atenção Infantil (CEAIVEC), onde são realizados programas socioeducacionais para uma melhora na construção ética do cidadão da região. Percebe-se a presença de

infraestrutura urbana precária que dificulta o acesso dos Agentes Comunitários de Saúde e da população aos serviços.

Nas microáreas 7 e 8, percebe-se a existência de área comercial, possuindo um intenso tráfego de pessoas e veículos. Estas regiões possuem reduzida área residencial, que se localiza entre os comércios, por meio de vielas e cortiços, com a presença de ligações clandestinas de energia, que dificultam o atendimento local por parte do ACS, bem como propiciam fatores de risco à saúde.

Nas microáreas 9 e 10, constatam-se as áreas de maior necessidade socioeconômica e educacional, com a presença de tráfico e uso de entorpecentes, altos índices de criminalidade e tabagismo. Estas regiões são caracterizadas por um empobrecimento habitacional, a presença de casas com péssima infraestrutura e aglomerados habitacionais. Além disto, estas microáreas apresentam risco de zoonoses e criadouros de arboviroses.

A microárea 10 faz divisa com o território-área de outra USF, que fica topograficamente em nível inferior, após uma ladeira íngreme e barreiras de contenção (para evitar deslizamento de terra), propiciando um risco de vida para as populações das regiões. Essa microárea possui dois equipamentos sociais: Igreja Betel Brasileira e a palhoça, onde são realizados eventos sociais e educacionais. Todavia, estes equipamentos sociais ainda não atendem totalmente a demanda populacional, fazendo com que a população tenha que utilizar equipamentos sociais do território-área vizinho, tendo que caminhar pelo terreno íngreme.

Um dado relevante, que chamou a atenção dos estudantes, é que as microáreas 7, 8, 9 e 10 estão localizadas um pouco mais distantes da USF, no entanto, concentram as populações com piores condições de saúde, portanto, mais SUS dependentes, enquanto, as microáreas 4 e 5, estão bem mais próximas à USF e, no entanto, são menos SUS dependentes, caracterizando uma possível falha de planejamento pelo Poder Público em relação a localização geográfica da USF.

Outrossim, a maior parte das moradias do território-área possuem boa qualidade estrutural e a presença de saneamento básico. Ao se analisar a distribuição energética e de água, constata-se a presença de ligações clandestinas, indicando uma grave disparidade social e econômica.

No território-área como um todo, as doenças mais persistentes são as doenças crônicas não transmissíveis (principalmente hipertensão e diabetes), contudo, ainda se

relata casos de doenças infecto-parasitárias como: dengue, DST e diarreias, além do aumento constante das causas externas, atreladas aos acidentes e violências.

No segundo encontro, foi apresentado o processo de trabalho do profissional ACS. O decreto nº 3.189/99 determina as diretrizes para o exercício da atividade de ACS, bem como sua incorporação no antigo Programa de Saúde da Família (PSF), com finalidade de reorganizar o modelo de atenção básica à saúde no Brasil (MOROSINI; FONSECA, 2018).

O ACS é um importante integrante da equipe de saúde, trabalhando em uma determinada comunidade, estabelecendo um papel imprescindível no contato com os usuários. Possui importantes funções, sendo considerado personagem chave na organização do processo de saúde, desempenhando papel de mediador entre os saberes de saúde e a população. Ou seja, além de possuir conhecimento científico, o ACS também conhece o local e a população que está na sua abrangência (SANTOS *et al.*, 2011).

O papel do Agente Comunitário de Saúde é transmitir orientações a respeito da saúde por meio de atendimentos específicos para cada família e acompanhar o seu desenvolvimento. Estabelecem-se vínculos de proximidade entre o ACS e as famílias, tornando mais efetivo o processo de prevenção e promoção à saúde. (BARROS *et al.*, 2010).

Observa-se que o seu trabalho é complexo, visto que necessita adentrar em domicílios, a fim de receber os desabafos e queixas da comunidade, sendo este profissional o mediador entre as queixas da população e os demais profissionais da USF. É por meio do Agente Comunitário de Saúde que se obtém informações sobre usuários, realizando levantamentos sobre os problemas de saúde e as situações de risco das famílias. Além disto, os ACS são expostos a riscos físicos e psicossociais. Neste contexto, os riscos físicos relacionam-se a: acidentes, assaltos, climas, riscos decorrentes das longas caminhadas levando a fadiga e dores musculares; químicos (poeira, fumaças, trazendo consequências alérgicas); biológicos (possibilidade de contágio com inúmeras doenças, dentre elas a tuberculose, dengue e doenças pulmonares) (BARROS, 2012; FRAGA, 2011; GOMES *et al.*, 2016).

Ademais, são restringidos às práticas durante as visitas domiciliares e identificam também atividades centradas exclusivamente em grupos de risco (hipertensos e diabéticos), saúde da criança, gestantes e idosos sob os cuidados propostos pelo médico. Dito isto, para tornar-se ACS é relevante o perfil socioeconômico dos ACS, entrevistados que são observados de acordo com o sexo, a idade, a escolaridade, seja nível fundamental

incompleto/completo, ensino médio completo e superior incompleto/ completo, a raça/cor, a renda familiar em salários mínimos (até 1, de 1 a 1,5 e mais de 1,5) e número de famílias cadastradas na microárea. (NUNES *et al.* 2018).

No entanto, uma das principais funções do ACS é a realização do cadastro das famílias para que se obtenha um levantamento das condições de saúde constatadas no local. Para a realização do cadastro dos usuários são utilizadas fichas cadastrais individuais e domiciliares dos moradores das microáreas, com o escopo de realizar o diagnóstico da população a ser atendida, visando uma atenção mais concreta das necessidades dessas famílias.

Assim, é de grande importância a realização dos cadastros, visto que faz parte de um dos princípios do SUS no que tange à atenção integral à saúde. Atualmente, no município de João Pessoa, o processo de cadastro dos usuários no e-SUS AB (sistema de informação em saúde da atenção básica) efetivado pelo ACS, é realizado, manualmente, através do preenchimento de fichas manuscritas (Cadastro individual e Cadastro domiciliar). Esse processo de cadastro ainda não é feito de maneira eletrônica, por meio de equipamentos de informática, pelos profissionais de saúde, em virtude das escolhas de gestão municipal.

Assim, os discentes observaram, desde o primeiro dia de convivência com a profissional, a atenção e carinho da ACS dispensada à comunidade, que, além de residir na comunidade a qual trabalha, constrói um vínculo e mantém um diálogo muito próximo com os moradores, sem distinções e utilizando uma linguagem acessível. Esta relação constitui um elemento nuclear das ações em saúde, por transmitir confiança aos habitantes da região, visto que discutem os problemas cotidianos, com respeito, responsabilidade e união.

O acompanhamento teve a finalidade de observar e auxiliar o atendimento de uma família, com a realização do cadastro individual, no qual os alunos puderam acompanhar de perto uma família, composta por uma mãe e cinco filhos, além de efetuar todo o processo de cadastro de cada membro da família acompanhado da profissional.

A ACS em sua explanação informou aos discentes que ao chegar uma nova família no território em saúde, seria realizado o preenchimento de uma ficha para cadastro individual daquela família, e, caso o morador não deseje ser cadastrado, não seria realizada a visita domiciliar a sua residência, porém, a família poderia ter acesso a todos os serviços de saúde oferecidos pela USF, desde que os buscasse. Após o cadastro da família é feita uma visita domiciliar mensal, para visita individualizada. Ao término da

atividade, a ACS informou, ainda, que é responsável por fornecer declaração de quem reside no território, documento necessário para a retirada do cartão do SUS.

Frente ao exposto, os alunos notaram que o sistema possui uma sobrecarga burocrática e operacional, com muitos papéis, fichas e questionários que sobrecarregam o profissional que realiza o atendimento, que seria facilitado, com a informatização do serviço. Além disso, observaram uma boa infraestrutura na unidade e o comprometimento dos profissionais de saúde com a população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, conclui-se que, a experiência oportunizou aos discentes o compartilhamento do processo de territorialização e conhecimento do território de uma unidade saúde da família, possibilitou experiências enriquecedoras, uma vez que viabilizou o primeiro contato com as pessoas usuárias do serviço de saúde local, além da compreensão acerca dos setores profissional e administrativo de uma USF, uma aproximação e análise dos modos de vida e processo saúde-doença da população local, fatores imprescindíveis para uma formação médica de qualidade e voltada para atuação no SUS.

Além disso, a prática em questão permitiu a identificação de diversos conceitos previamente discutidos nas aulas do módulo de Atenção à Saúde I, como microáreas de risco e equipamentos sociais, e a não identificação de outros. Outrossim, o conhecimento das funções do ACS foi de extrema importância, o qual é indispensável para a USF, sendo este o responsável por estabelecer a comunicação entre a unidade de saúde e os moradores daquele território. Também foi percebido a quantidade de informações que são necessárias para a realização do cadastro de famílias e novos usuários, apesar de serem informações de extrema necessidade para a regulação e observação daquele território.

Por fim, espera-se que esse relato possa contribuir para um melhor entendimento das ações e atividades desenvolvidas na ESF, além da compreensão do território em saúde, visto que resulta de um processo dinâmico, ocupado por pessoas que possuem suas singularidades e necessidades de saúde, sujeito a constantes transformações e que deve ser a base para o planejamento das ações em saúde da unidade.

Desta forma, o conhecimento e a atuação dos profissionais de saúde nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença devem voltar-se para a promoção e recuperação da saúde e da qualidade da atenção nos serviços prestados e

dispensados aos usuários, compreendendo que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, essencial para o crescimento e o desenvolvimento do ser humano em sociedade.

REFERÊNCIAS

BARROS, Camila Pereira . **Os riscos ocupacionais do agente comunitário de saúde: uma revisão bibliográfica integrativa.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Governador Valadares, 2012. 31f.

BARROS, Daniela França de *et al.* **O Contexto da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.** Santa Catarina, v. 19, n. 1, p. 78-84, Jan- Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 05 de outubro de 1988. 26. ed. São Paulo: Rideel, 2019. Título 8, cap. 2, seção 2.

BRASIL. Lei nº6776, de 19 de dezembro de 1979. Dispõe sobre o parcelamento do solo urbano e outras providências. **Diário Oficial da União.** Seção 1, Brasília, DF, ano 72, n.7 ,p. 172 ,19 de dezembro de 1979.

BRASIL. Decreto nº 3189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário em saúde (ACS), e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, vol. 48 , p.1, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 750, de 10 de outubro de 2006. Estabelece as normas de cadastramento das Equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 11 out. 2006.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiúscia Graziela. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica.** Universidade Federal de Santa Catarina – Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis: UFSC, 2016.

FRAGA, Otávio. **Agente Comunitário de Saúde: Elo entre a comunidade e a equipe da ESF?** 2011. 25 f. Tese (Doutorado) - Curso de Especialização em Saúde Básica em Saúde da Família, Universidade de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2665.pdf>. Acesso em: 19 maio 2020.

FURLAN, Paula Giovana. **Veredas no território: análise da prática de agentes comunitários de saúde.** 2008. 224 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309411>. Acesso em: 07 Maio 2020.

GOMES, Karina de Oliveira et al. O Agente Comunitário de Saúde e a Consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1163, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a05v20n4.pdf>. Acesso em 27 abr. 2020.

GONDIM, G. M. M.*et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255.2008.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2019.

JUSTO, Larissa Galas; SEVERO, Ana Kalliny de Souza; FÉLIX-SILVA, Antônio Vladimir; SOARES, Lorena Sousa; SILVA-JÚNIOR, Fernando Lopes. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 21, n.1, p. 1345-54, supl-1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-21-s1-1345.pdf>. Acesso em: 08 de maio de 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MALUCELLI, Andreia *et al.* Classificação de microáreas de risco com uso de mineração de dados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 2092-3000, mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2010.v44n2/292-300/pt> Acesso em 21 jun. 2020

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. Os Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 261-274, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/261-274/pt>. Acesso em: 18 maio 2020.

NUNES, Cristiane *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, V. 42, n. 2, p. 127-144, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe2/127-144/pt>. Acesso em: 19 maio 2020.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, Nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 maio 2020.

SANTOS, Karina Tonini *et al.* Agente comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do programa saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1023-1028, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a35v16s1.pdf>. Acesso em 27 abr. 2020.