

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

ALINE FLACH SANTOS

**A IMPORTÂNCIA DO TERRITÓRIO NA VIDA DA POPULAÇÃO DE
SÃO BORJA A PARTIR DE UMA ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE
SAÚDE**

**São Borja
2024**

ALINE FLACH SANTOS

**A IMPORTÂNCIA DO TERRITÓRIO NA VIDA DA POPULAÇÃO DE
SÃO BORJA A PARTIR DE UMA ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE
SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestra em Políticas Públicas.

Orientador: Solange Emilene Berwig

**São Borja
2024**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

S237i Santos, Aline Flach

A importância do território na vida da população de São Borja a partir de uma análise da política pública de saúde / Aline Flach Santos.

71 p.

Dissertação(Mestrado)-- Universidade Federal do Pampa,
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, 2023.

"Orientação: Solange Emilene Berwig".

1. políticas públicas. 2. territórios vulneráveis. 3.
saúde. I. Título.

ALINE FLACH SANTOS

**A IMPORTÂNCIA DO TERRITÓRIO NA VIDA DA POPULAÇÃO DE SÃO BORJA A PARTIR
DE UMA ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestra em Políticas Públicas.

Dissertação defendida e aprovada em: 19 de dezembro de 2024.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Solange Emilene Berwig
Orientadora
UNIPAMPA - PPGPP

Prof. Dr. Roberto Barboza Castanho
UNIPAMPA

Dr. Alex Sander Barcelos Retamoso
UNIPAMPA



Assinado eletronicamente por **SOLANGE EMILENE BERWIG, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 21/12/2024, às 19:11, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



Assinado eletronicamente por **ROBERTO BARBOZA CASTANHO, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 26/12/2024, às 22:24, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



Assinado eletronicamente por **ALEX SANDER BARCELOS RETAMOSO, ADMINISTRADOR**, em 27/12/2024, às 17:11, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unipampa.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1636713** e o código CRC **0F68F0E2**.

Dedico este trabalho ao Pedro e ao Antônio, que mais do que parte da minha vida, são parte de mim, à minha mãe Adelaide, e à minha avó, D. Londi Maria, que apesar de não estar mais aqui, é a primeira pessoa em quem eu penso ao conquistar qualquer coisa.

AGRADECIMENTO

Agradeço, em primeiro lugar, a minha orientadora Solange Emilene Berwig, por toda paciência, atenção, critério, trocas e orientações que me dedicou durante todo esse período. Para além da orientação, agradeço poder ter essa mulher incrível como exemplo em vários aspectos do mundo acadêmico e da vida.

Agradeço aos professores do mestrado, Muriel, Jaqueline, Íris, Augusto, Ronaldo, Sávio, Lauren, Solange, Thiago, Ângela e Edson, pela vivência durante o percurso do mestrado, pelos conhecimentos transmitidos e pela sempre brilhante troca de ideias.

Agradeço aos meus colegas de mestrado, pela convivência virtual, em tempos de pandemia e aulas remotas, mas que geraram laços de amizade presencial.

Agradeço às minha amigas, mulheres incríveis que são meus exemplos, meu apoio, meu porto seguro diante do caos da vida: Clarissa, Marta, Diandra, Melissa, Rafaela, Laureani, Daiene e Eduarda. Vocês trazem cor para os meus dias.

Agradeço à Renata, que com seu profissionalismo e sensibilidade está conseguindo desfazer os nós da minha vida, transformando-os em novelos mais ou menos organizados. Sem o seu suporte essa dissertação não seria possível.

Agradeço à minha mãe, Adelaide, ao meu padrasto Marcio, e aos meus filhos Pedro e Antônio, que apesar de não terem a exata noção do que é um mestrado e uma dissertação, nunca duvidaram da minha capacidade.

Agradeço às moradoras das vilas Umbu e Leonel Brizola, pela disponibilidade, participação e colaboração com esse estudo.

E, por fim, agradeço a Unipampa, instituição que me acolheu há mais de 11 anos atrás, que é meu local de trabalho, de estudos e de muitas vivências, que me possibilitou criar laços e expandir minha visão de mundo.

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.
(Eduardo Galeano)

RESUMO

O território, além de um espaço geográfico, é um lugar formado e transformado por pessoas, a partir da modificação física e das relações sociais dentro dele. A formação dos territórios urbanos vulneráveis se dá a partir da exploração do capital sobre os solos urbanos, dividindo aqueles que podem pagar por um pedaço de terra daqueles que não podem. As pessoas que ocupam esses espaços, muitas vezes, têm dificuldades de acessar a cidade e todas as questões que implicam esse acesso, como as políticas públicas. Para atender a essa população e desenvolver o território, algumas políticas públicas, especificamente políticas sociais, contam com estruturas e programas instalados dentro desses territórios. Dentre essas políticas, está a de saúde. A forma como está estruturada hoje a política de saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), é fruto do movimento sanitarista, que construiu o modelo previsto na Constituição Federal de 1988, que posteriormente organizou a rede de saúde no país, com serviços de baixa, média e alta complexidade. A baixa complexidade é executada através da Atenção Básica (AB), que tem uma rede capilarizada e está presente em todos os bairros das cidades, através da Estratégia em Saúde da Família (ESF), unidade de atendimento que é a porta de entrada para o sistema de saúde. O município de São Borja, localizado na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, conta com uma população de aproximadamente 60 mil habitantes, de acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2024, a grande maioria pertencentes às classes C, D e E. Dados do Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades (IDSC-BR) demonstram que a cidade possui indicadores com valores médios e baixos. Em relação à saúde, a cidade possui o modelo de Gestão Plena, e possui 44 estabelecimentos de saúde, que constituem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município. O estudo objetivou compreender a relação da população residente em um bairro vulnerável com o seu território, a partir da política pública de saúde, com a realização de um grupo focal, cujas falas foram transcritas e analisadas a partir da metodologia de análise de conteúdo. O estudo de caso foi realizado com moradores de dois bairros vulneráveis de São Borja, e os resultados obtidos apontam que há o reconhecimento da existência da política no território, mas existem questões de desinformação e falta de confiança em relação à equipe de trabalhadores da ESF.

Palavras-Chave: políticas públicas, territórios vulneráveis, saúde.

ABSTRACT

The territory, in addition to being a geographic space, is a place formed and transformed by people through physical modifications and social relations within it. The formation of vulnerable urban territories occurs as a result of capital exploitation over urban land, dividing those who can afford a piece of land from those who cannot. Those who inhabit these spaces often face difficulties accessing the city and all the issues associated with that access, such as public policies. To serve this population and develop the territory, some public policies, specifically social policies, rely on structures and programs installed within these territories. Among these policies is health care. The way health policy is currently structured, through the Sistema Único de Saúde (SUS), is the result of the sanitary movement, which built the model outlined in the Federal Constitution of 1988, which subsequently organized the health network in the country, with services of low, medium, and high complexity. Low complexity is executed through Atenção Básica (AB), which has a widespread network and is present in all neighborhoods of the cities, through the Estratégia em Saúde da Família (ESF), a care unit that serves as the entry point into the health system. The municipality of São Borja, located in the Western Border of Rio Grande do Sul - Brazil, has a population of approximately 60,000 inhabitants, according to the estimate of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) for the year 2024, the vast majority belonging to classes C, D, and E. Data from the Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades (IDSC - BR) show that the city has indicators with average and low values. Regarding health, the city has a Full Management model and has 44 health establishments that constitute the Rede de Atenção à Saúde (RAS) of the municipality. The study aimed to understand the relationship between the population living in a vulnerable neighborhood and its territory, based on public health policy, by carrying out a focus group, whose statements were transcribed and analyzed using the content analysis methodology. The case study was carried out with residents of two vulnerable neighborhoods in São Borja, and the results obtained indicate that there is recognition of the existence of the policy in the territory, but there are issues of misinformation and lack of trust in relation to the ESF team of workers.

Keywords: public policies, vulnerable territories, health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Distribuição das ESF na cidade de São Borja.....	39
Figura 02: ESF no território pesquisado.....	46
Figura 03: Farmácia básica de referência de cada ESF.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Tipologia para definir os tipos de abordagem territorial das políticas públicas...	26
Quadro 02: Divisão das Unidades Básicas de Saúde de São Borja.....	37
Quadro 03: Relação dos moradores com seu território.....	47
Quadro 04: Condições de acesso à saúde no território.....	50
Quadro 05: Serviços não encontrados na ESF.....	53
Quadro 06: Roteiro de grupo focal para monitoramento da política de saúde no território...	61
Quadro 07: Recursos para a realização dos grupos focais.....	63

LISTA DE SIGLAS

AB- Atenção Básica

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD III- Centro de Atenção Psicossocial AD

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

CER- Centro Especializado em Reabilitação Física e Auditiva

CEMAE- Centro Municipal de Atendimento Especializado

CRAISM- Centro Regional de Atenção Integral em Saúde Mental

CRAS- Centro de Referência Em Assistência Social

CRS- Coordenadoria Regional de Saúde

CTI- Centro de Terapia Intensiva

ESF- Estratégia em Saúde da Família

FEE- Fundação de Economia e Estatística

GPABA- Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDSC- Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades

LAFRON- Laboratório de Fronteira

MDS- Ministério do Desenvolvimento Social

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

PACS- Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral em Saúde da Mulher

PAM- Pronto Atendimento Municipal

PBF- Programa Bolsa Família

PDR- Plano Diretor de Regionalização

PIB- Produto Interno Bruto

PMAQ- Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PROADESS- Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

RAS- Rede de Atenção à Saúde

REMUME- Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

SAE- Serviço de Atendimento Especializado

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel em Urgência

SILOS- Sistemas Locais de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 TERRITÓRIO E POLÍTICAS SOCIAIS TERRITORIALIZADAS.....	19
2.1 Conceito de território e surgimento dos territórios urbanos vulneráveis.....	19
2.2 Políticas públicas e políticas sociais no território.....	23
2.2.1. Políticas públicas de saúde e território.....	28
3 A CIDADE DE SÃO BORJA: DADOS GERAIS E CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	34
3.1- Contextualização do município de São Borja.....	34
3.2. Sistema de saúde pública no município.....	36
4 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	44
4.1 Análise dos dados obtidos nos Bairros Umbu e Leonel Brizola.....	45
5. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DA PARTICIPAÇÃO POPULAR.....	58
5.1. Uso de instrumentos participativos como instrumento de avaliação de políticas públicas que pressupõe participação social.....	58
5.2. Proposta de roteiro para monitoramento da política de saúde no território.....	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	71

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo busca compreender a percepção da população residente em bairros vulneráveis do município, sobre a oferta dos serviços de saúde na sua região de residência. Os objetivos específicos buscam compreender a relação entre os moradores e seu território quanto à política pública de saúde existente nele; identificar se há e quais são as condições de acesso da saúde no território; verificar quais são os serviços que são buscados fora desse território e se isso repercute de alguma forma na vida das pessoas.

Para tanto, foram selecionados bairros com maior vulnerabilidade social em São Borja, a partir das vivências e indicações de profissionais das políticas de Assistência Social e de Saúde do município. Foi realizado um grupo focal com moradores de dois desses bairros, a partir de um roteiro pré-estruturado. A análise dos dados foi feita através de análise de conteúdo, e a pesquisa caracteriza-se como majoritariamente qualitativa e descritiva.

A justificativa para a realização da pesquisa é de que as cidades crescem de forma desordenada, e o direito coletivo à cidade é relegado a segundo plano, em prol dos interesses privados na exploração das áreas urbanas. Um dos subprodutos dessa dinâmica é a dificuldade que as pessoas pobres têm de acessar uma moradia digna, a cidade de modo geral e por consequência, as instituições e serviços garantidores de direitos.

Para a construção da pesquisa, foi necessário compreender o conceito de território, não apenas como espaço geográfico, mas como produto da intervenção humana e como local em que as relações sociais acontecem, de forma complexa e tensionada por diferentes interesses. Foi abordada também a formação dos territórios vulneráveis, dentro de uma lógica urbana e capitalista, na qual os espaços urbanos são um produto do setor imobiliário, que possuem determinado valor de mercado a partir da congruência de interesses privados e investimentos públicos nas áreas a serem exploradas.

O estudo foi baseado na coleta e análise de dados quanti-qualitativos, com enfoque majoritariamente qualitativo. A escolha deste método se dá pela natureza do objetivo geral, de compreender a percepção da seleção pesquisada sobre algo. Para Bauer e Gaskell (2002), a finalidade da pesquisa qualitativa não é contar opiniões, mas sim explorar a sua variedade sobre determinado assunto e compreender o significado dele no meio em que será pesquisado.

Em relação aos seus objetivos, buscou-se realizar uma pesquisa descritiva, pois visou descrever a relação entre a população e seu território de residência, através do viés da política social de saúde, existente nele. A pesquisa consistiu em um estudo de caso, feito no município de São Borja, em bairros vulneráveis. Para mapear os territórios com maior vulnerabilidade,

foi realizado um levantamento com os profissionais da Secretaria de Assistência Social do município de São Borja, e a partir desse levantamento, foram definidos os seguintes bairros como possibilidade para a realização do grupo focal: Vila Arnaldo Matter, Theobaldo Klaus, Leonel Brizola, Vila Umbu e Bairro Florêncio Aquino Guimarães.

A coleta foi feita através de grupo focal. A técnica de coleta do grupo focal consiste na reunião de um grupo de pessoas para debater um conjunto de questões acerca de um objeto. Para Gatti (2012), os grupos focais permitem compreender processos de construção da realidade por diversos grupos sociais, e permite a compreensão de ideias partilhadas por pessoas no cotidiano. Neste caso, o grupo foi formado por moradores dos bairros pesquisados, convidados por intermédio das lideranças comunitárias.

Os dados obtidos com o grupo focal foram transcritos e interpretados com a técnica de análise de conteúdo, que pode ser definida como

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 (Bardin, 2011, p. 48).

A análise de conteúdo busca analisar conteúdos qualitativos através de uma série de procedimentos distribuídos em etapas, que permitem encontrar resultados válidos, a partir de núcleos significativos do material pesquisado, em relação à temática da pesquisa. Para a análise, foram consideradas as etapas e sub etapas descritas por Bardin (2011): pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. O grupo realizado contou com a participação de quatorze participantes, que estão identificadas neste estudo como Participante A, Participante B, e assim sucessivamente, preservando as identidades dos sujeitos da pesquisa, conforme indicação da ética em pesquisa e da postura do Serviço Social no cuidado com informações da população usuária.

O trabalho está dividido em cinco capítulos contabilizados a partir desta introdução mais as considerações finais seguidas da lista de referências. O capítulo número dois, de forma geral, apresenta os conceitos de território e de políticas públicas, e busca explicar a formação dos territórios vulneráveis, das políticas sociais territorializadas no contexto brasileiro e especificamente a política de saúde. No capítulo três está contextualizado o município de São Borja e conta com um breve histórico da formação da cidade, traz dados estatísticos sobre o município e estrutura da saúde pública existente na cidade, através de dados retirados de publicações oficiais do município e de órgãos de pesquisa.

No quarto capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa, com a retomada do percurso metodológico utilizado durante a pesquisa e a contextualização dos territórios pesquisados com o intuito de compreender a relação da população residente neles, com a política de saúde ofertada nos locais. O quinto capítulo traz uma proposta de monitoramento qualitativo da política pública de saúde no território, a partir das experiências dos usuários da política, dentro do seu território de vida, considerando esta uma possibilidade de artefato para o campo da avaliação de políticas públicas na perspectiva participativa.

2 TERRITÓRIO E POLÍTICAS SOCIAIS TERRITORIALIZADAS

2.1 Conceito de território e surgimento dos territórios urbanos vulneráveis

Sob a perspectiva das ciências sociais aplicadas, o território é conceituado a partir do seu uso, e não do seu recorte geográfico puro e simples. É a apropriação do espaço pelos indivíduos, e a transformação a partir das relações sociais desenvolvidas nele durante sua história que o caracterizam como um objeto de estudo. O conceito de território carece constantemente de revisão histórica, e o que tem de permanente é que é o quadro de vida da população (Santos, 2005). É produto do espaço, fruto da realização do trabalho executado em determinado espaço, e está relacionado ao conceito de poder, seja ele público, através do Estado, ou privado, através do domínio de grandes empresas, que muitas vezes extrapolam limites geográficos.

O enfoque territorial extrapola a noção de território administrativo, delimitado por bairros ou cidades, mas abrange, em sua concepção, as relações sociais, culturais, políticas e econômicas; a existência de organizações formais e informais, além das formas de apropriação e de interação com esse ambiente, os conflitos e os laços de solidariedade e de vizinhança existentes (Souza e Bronzo, 2020, p. 58).

A formação do território é feita também através das pessoas que o ocupam e o transformam a partir do seu uso, como por exemplo, as relações de vizinhança, os locais de comércio e de prestação de serviços e a convivência em locais públicos como parques, praças, igrejas, escolas, centros comunitários, etc. Além disso, a vivência das pessoas no território dá a elas a consciência de participação naquele ambiente, a noção de pertencimento e de territorialidade.

O reconhecimento de que o território expressa a produção e a reprodução das relações sociais, econômicas, políticas e culturais da sociedade que ele abriga é um cuidado fundamental ao se tratar dos microterritórios presentes nas regiões urbanas (Koga, 2013). Cada território tem em si elementos básicos da área urbana, e o nível da estrutura presente em cada aglomeração é um dos fatores determinantes de como será a relação entre os cidadãos residentes, e também daquela localidade com a cidade como um todo.

O mercado imobiliário, um dos responsáveis pela dinâmica territorial, lucra com a produção e exploração do espaço urbano em função do seu valor de troca. Para eles, a cidade é um produto e, por não existir dois terrenos urbanos iguais, cada pedaço da cidade constitui um monopólio, com valor único de venda (Maricato, 2015). Neste cenário, o cidadão se torna

um consumidor, ou usuário de bens e serviços em geral. Os direitos são transformados em serviços, e o mercado cria necessidades e delimita as possibilidades dentro das cidades (Oliveira, 2007).

A cidade também possui um valor de uso para a classe trabalhadora, que depende dela como condição básica de vida. A distribuição das atividades produtivas determina o movimento populacional dentro da cidade, ou seja, são os trabalhadores que se adaptam para exercer as atividades laborais. “As transformações em curso representam novas estratégias para a acumulação e criam novas condições para a mobilidade do capital, e novos obstáculos à mobilidade espacial da força de trabalho” (Limonad, 2007).

É comum que as indústrias e empresas maiores se instalem às margens das cidades, afastadas dos bairros habitacionais, o que gera um volume de deslocamento dos trabalhadores das suas residências até seu espaço de trabalho, ou então um rearranjo habitacional, com a formação de bairros próximos às áreas industriais.

As transformações socioespaciais na distribuição das atividades produtivas e da população, materializadas espacialmente como formas de desenvolvimento urbano, em diferentes níveis e escalas, seriam resultantes tanto da lógica da ação do Estado, de distintos capitais (empresas), entre os quais o industrial, agroindustrial e em particular o imobiliário, quanto das estratégias de localização e distribuição da força de trabalho (Limonad, 2007. p. 149).

O setor produtivo é então um dos responsáveis pelo ordenamento territorial, e pela organização da rede de transporte público e pode interferir na tomada de decisão do poder público, em relação à infraestrutura urbana, plano diretor, e demais aspectos das políticas urbanas.

Rolnik (1995), defende que a valorização ou desvalorização de uma região depende muito do investimento público e privado feito nela. O investimento público é traduzido basicamente em infraestrutura (luz, água, pavimentação, rede de esgotos, etc.) e equipamentos (escolas, creches, parques, hospitais). Ou seja, locais que contam com essas estruturas são mais valorizados pelo mercado imobiliário. “Embora pareça natural ou espontâneo, o crescimento urbano tem por trás de si uma lógica que é dada pelos interesses em jogo, pelo conflito entre eles e pela ação do Estado intermediando os conflitos em cada momento histórico” (Maricato, 1997, p. 48).

O poder público tem, dentre as suas atribuições, o gerenciamento do espaço urbano, e deve trabalhar no sentido de deixar as cidades com boas condições de habitabilidade, circulação e facilitar o acesso de todas as pessoas aos serviços públicos. Porém, o mercado

imobiliário se apropria disso para tornar a cidade atrativa aos investidores, através da oferta do espaço público e do investimento nele para a valorização das propriedades privadas.

Os poderes públicos, num país democrático, não podem decretar publicamente a segregação como tal. Assim, frequentemente, adotam uma ideologia humanista que se transforma em utopia no sentido mais desusado, quando não em demagogia. A segregação prevalece mesmo nos setores da vida social que esses setores públicos regem mais ou menos facilmente, mais ou menos profundamente, porém sempre (Lefebvre, 2001, p. 98).

Como consequência disso, a cidade se divide em bairros de acordo com o poder de compra de quem reside neles. Por um lado há um grupo de pessoas com melhor poder aquisitivo, que tem a opção de residir em bairros tranquilos e pacíficos. Por outro lado, as camadas mais pobres da população, por não conseguirem se enquadrar nas exigências do mercado para a aquisição de imóveis, acabam por buscar moradia em bairros afastados e periferias das cidades, em locais desvalorizados para o mercado.

Para Lefebvre (2015), a segregação possui três aspectos, que podem ocorrer de forma simultânea ou sucessiva, que são: simultâneo, quando a segregação provém de rendas e de ideologias; voluntário, quando há o estabelecimento de espaços separados; e programado, quando se utiliza do pretexto de um plano. Assim, a cidade se transforma em um imenso quebra-cabeças, em que os cidadãos se sentem pertencentes a uma das peças e estrangeiros em outras.

Como exemplos práticos, é possível observar a segregação em bairros de diferentes classes sociais, segregações raciais, e de natureza trabalhista: existem bairros exclusivamente residenciais, dos quais as pessoas se deslocam diariamente para trabalhar, e bairros industriais, ou centros administrativos, destinados a atividades comerciais (Rolnik, 1994).

Áreas ricas e pobres têm se fechado e se isolado, cada vez mais, no interior das cidades. De lugares de integração de distintas formas culturais e diversos grupos migratórios, a cidade se fragmentou numa infinidade de minúsculos territórios submetidos à lógica do mercado e à síndrome do medo e da insegurança (Oliveira, 2007, p. 173).

O isolamento dos territórios dentro de uma mesma cidade tem motivações e consequências diferentes, de acordo com a classe social. Para a população vulnerável economicamente, a segregação implica em dificuldade de acesso aos espaços urbanos, estigmas, violência, precariedade de moradias, vulnerabilidade frente a intempéries climáticas, etc. Além disso, parte dessas pessoas ocupa áreas de proteção ou de risco

ambiental, constroem suas próprias moradias, muitas vezes de forma precária e sem acesso a infraestrutura.

Programas de financiamento habitacional também podem contribuir para cenários de segregação e vulnerabilidade territorial. Em virtude do valor de mercado dos territórios, a população vulnerável busca locais financeiramente acessíveis para construir suas casas, utilizando-se das facilidades de financiamento, o que implica, na maioria das vezes, em grandes distâncias até a região central das cidades.

O urbanismo voltado para as necessidades do mercado faz com que as cidades funcionem para gerar lucros, com vias para transportar mercadorias e trabalhadores, exploração de lotes e terrenos urbanos, construção de locais voltados apenas para o consumo. A construção civil e as incorporadoras movimentam boa parte do capital das cidades, por ser a base de todo esse processo, inclusive na área habitacional, contribuindo para o processo de segregação e criação de territórios vulneráveis.

Ao se refletir sobre o território, busca-se identificar o que é comum a uma coletividade: a presença de serviços; as condições objetivas das ruas, dos espaços; a presença da violência e de equipamentos de segurança; e a construção histórica, que é fundamentalmente relacional (Sposati, 2013, p. 13).

Além da dificuldade de acesso, há a diferenciação social, representada pelo preconceito e por rótulos como “favelados” e “suburbanos”, que segregam essa parcela da população do restante da cidade. De acordo com Couto, Yazbek, Raichelis (2012), algumas ações podem acentuar estigmas e imagens negativas, vinculadas ao conceito de “território de pobreza”, segregados compulsoriamente. Esses efeitos da segregação socioespacial impedem a convivência entre grupos e a vivência por completo de tudo o que a cidade oferece.

Pessoas que vivem em áreas segregadas têm mais dificuldades em conseguir emprego, crédito, contam com serviços mais caros, o que faz com que as condições de vida nessas localidades sejam piores do que em outras, Ou seja, tendo controle sobre as demais variáveis, entre pessoas que têm a mesma renda, as que moram em áreas de pobreza segregada, tem piores condições de vida e maior dificuldade em superar a pobreza (Bronzo, 2010).

(...) só cabe a aplicação do conceito de segregação quando as formas de diferenciação levam à separação espacial radical e implicam rompimento, sempre relativo, entre a parte segregada e o conjunto do espaço urbano, dificultando as relações e articulações que movem a vida urbana (Sposito, 2018, p. 65).

Em muitas situações, os usuários acabam se limitando a permanecer em seu bairro, por diversos motivos, como a falta de mobilidade e até mesmo pela sensação de não pertencer àquele espaço. São questões estruturais, e parte do trabalho realizado pelas políticas sociais é informar aos usuários sobre as possibilidades que a cidade oferece, a partir do seu território de origem, e não limitar o sujeito àquela esfera.

Outro fator importante é que grande parte das vulnerabilidades vem de situações estruturais e não necessariamente do território, como a condução da política econômica do país, por exemplo (Couto, Yazbek e Raichelis, 2012). Um Estado mínimo dificilmente investirá em políticas que visem a redução da desigualdade social e ampliem os direitos dos trabalhadores, o que possivelmente acentuará a desigualdade social e as diferenças nos territórios. Outra questão, de acordo com as autoras, trata do conceito de risco social. O risco a que os residentes dos territórios vulneráveis estão sujeitos não são os riscos imprevisíveis, que todos os cidadãos correm, mas sim, riscos que estão fora do alcance da “rede de segurança” da rede de proteção social, e estão expostos a uma série de fatores estruturais influenciadores da questão social.

Dados do Censo Demográfico de 2022 (IBGE, 2022), indicam que mais de 60% da população brasileira residem em concentrações urbanas¹ com mais de 100 mil habitantes, ou seja, áreas intensamente urbanizadas. Pensar as cidades de uma forma inclusiva, impacta a vida da maioria da população do país. O urbano, além de uma estrutura arquitetônica, é sobre a vida das pessoas e seu cotidiano, suas relações e dinâmicas de vivência, permeados pelo Estado capitalista e as expressões da questão social inerentes a ele.

2.2 Políticas públicas e políticas sociais no território

O conceito de política pública é amplo: alguns autores dizem que a sua finalidade é a solução de um problema público, que pode ser definido como a distância entre o status quo e o cenário ideal; outros trazem a ideia de que a política pública é, sobretudo, a intervenção do Estado na sociedade. Como campo de estudos e pesquisas de caráter interdisciplinar, tem a finalidade de produzir conhecimento e resultados práticos e aplicáveis.

Assim, pode-se resumir política pública como o campo do conhecimento que busca colocar o governo em ação e propor mudanças nessa ação no decorrer do tempo, se necessário (Souza, 2006). Na prática, o cenário é bem mais complexo, pois a ação do governo pode ser

¹ As concentrações urbanas podem ser formadas por um único município ou por um conjunto de municípios fortemente integrados e articulados entre si que funcionam como uma cidade só (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2024, *online*).

direta ou através de atores intermediários, ou é possível até mesmo não haver ação, pois a escolha por não agir é também uma política pública. Além disso, as relações institucionais são bastante complexas, e influenciam a todo momento na tomada de decisão.

Com uma perspectiva mais operacional, poderíamos dizer que ela é um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou de vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos (Saraiva, 2006, p. 29).

A tomada de decisão deve ocorrer em prol de um objetivo final, que visa a manutenção ou mudança de determinado cenário, e o estabelecimento de fluxos e processos para que esse objetivo seja alcançado. Antes, durante e depois da implantação da política podem ser utilizados mecanismos de análise e avaliação, para que sejam pensadas estratégias de implementação e possíveis correções durante e após a sua execução.

O Estado é o principal desenvolvedor de políticas públicas, apesar da formulação das políticas surgirem muitas vezes a partir de demandas externas, como de movimentos sociais e grupos de interesse. Pode-se dizer então que o Estado possui uma autonomia relativa de atuação, pois precisa lidar com diversos grupos de interesses políticos e econômicos, que são voláteis, e mudam de acordo com o momento histórico vivido (Souza, 2006).

Muitos teóricos da área desenvolveram teorias e procedimentos acerca das políticas públicas, e todas elas convergem na ideia de que é o governo o agente propulsor da política pública. Apesar disso, deve ser considerado o fato de que neste campo existem embates e movimentos envolvidos, o que dá um caráter multidisciplinar à matéria. A sociedade toda é impactada de alguma forma pelas políticas públicas, no campo econômico, territorial, social, e demais áreas que envolvem o funcionamento de uma sociedade.

As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos (Souza, 2006, p.25).

Por se desenvolverem em diferentes áreas do conhecimento e formas de ação, as políticas públicas podem ser classificadas de diversas formas. Uma das tipologias mais aceitas, é a criada por Lowi (1972), que conceitua as “arenas de poder” e categoriza as políticas públicas em quatro tipos, dentro dessa arena: distributivas, regulatórias,

redistributivas e constitutivas. Cada categoria corresponde a uma arena política diferente, e cada arena corresponde a grupos e espaços de discussão diferentes.

As políticas redistributivas são as que abrangem as políticas sociais. Souza (2006) explica que são políticas que buscam atingir o maior número de pessoas e implicam perdas para certos grupos sociais. Alguns exemplos são as políticas sociais universais, o sistema tributário e o sistema previdenciário. Elas podem atuar de forma direta, com a distribuição de recursos, ou de forma indireta, com ações que minimizem a desigualdade social.

As políticas sociais podem ser subdivididas em: preventivas ou passivas, compensatórias e políticas sociais *stricto sensu*. As políticas preventivas ou passivas buscam minimizar os problemas sociais graves. São exemplos as políticas salariais, de saúde, educação, etc; compensatórias, são os programas sociais que visam compensar o desequilíbrio gerado pela acumulação de capital. Previdência social, habitação, assistência ao menor são exemplos de políticas dessa natureza; políticas sociais *stricto sensu*, são voltadas diretamente para a redistribuição de renda, e tem como exemplo o Programa Bolsa Família e demais programas de transferência direta de renda (Dias e Matos, 2015).

As políticas sociais surgiram a partir da gênese da sociedade urbana e industrial, em um período em que o desemprego deixava as pessoas em situação de risco e, para que houvesse controle dessa situação, o Estado precisou garantir níveis mínimos de bem estar à população. Os principais modelos de políticas sociais, ou de *welfare state*, foram criados na Europa, principalmente após a Segunda Guerra Mundial (Castro e Ribeiro, 2009).

No Brasil, foi a partir da década de 1930 que as políticas sociais começaram a existir de fato, através, por exemplo, da expansão das escolas de ensino fundamental e médio, criação e diversificação de benefícios previdenciários, atenção à saúde e programas assistenciais, públicos ou regulamentados pelo Estado (Draibe, 1993). A partir disso, foi necessário regularizar a oferta dos serviços, com a criação de órgãos gestores, ou seja, mexer na estrutura do Estado, para que ele pudesse intervir.

Essas políticas foram criadas, em sua maioria, para o atendimento de grupos seletos, muitas delas atendendo apenas a pessoas com emprego formal, e ainda com diferenciação entre as categorias profissionais. O sistema previdenciário, por exemplo, era operacionalizado por inúmeras instituições, de acordo com cada categoria profissional. Nesse formato, boa parte da população ficava de fora da cobertura das políticas, por não possuírem emprego formal, ou estarem inseridas em categorias em que não havia regulamentação, como o trabalho rural e o emprego doméstico.

A partir da década de 1960, com o regime militar, o sistema previdenciário passou a ser unificado, e com ele também houve a unificação da assistência médica, que era vinculada à previdência e à ocupação em um emprego formal. Ainda assim, a cobertura dos serviços mantinha boa parte da população sem acesso, inclusive à assistência social, que atendia de forma residual e caritativa (Castro e Ribeiro, 2009).

A grave crise econômica pela qual o Brasil passou a partir do final da década de 70 reduziu significativamente as políticas sociais, por conta da redução de empregos formais e conseqüentemente a redução de financiamento dos programas e políticas públicas. Nesse período a dimensão clientelista das políticas assistenciais se sobressaiu, em setores como educação, saúde, habitação e assistência social (Draibe, 1993).

Com o processo de redemocratização do país e a promulgação de uma nova Constituição Federal, houveram mudanças a fim de garantir a democracia e a inserção e de diversos direitos sociais, concretizados através de políticas sociais, em parte inspiradas nas políticas de bem estar social européias do pós guerra (Andrade, 2019; Castro e Ribeiro, 2009) e também influenciadas por um contexto de transformação na geopolítica mundial, que pressionou a revisão sobre o papel do Estado nesse novo cenário (Silva, 2013).

Uma das consequência importantes desse movimento foi a descentralização federativa, que delegou aos estados e principalmente aos municípios um papel mais estratégico na condução das políticas públicas, com especificidades em cada uma das esferas e maior protagonismo na esfera municipal. A territorialização das políticas sociais, nesse contexto, foi utilizada para diferenciar a atuação em diferentes microterritórios, de acordo com a necessidade da população residente.

A partir da instituição do território como um lócus privilegiado para o planejamento estatal, o governo federal buscou estabelecer ações regionais de desenvolvimento, através de dispositivos legais e da destinação de recursos para a criação de políticas públicas territorializadas, principalmente a partir do final da década de 90. Com base nisso, Silva (2013) elaborou uma tipologia para definir os tipos de abordagem territorial das políticas públicas, de acordo com a centralidade que o território possui no seu planejamento.

O Quadro 1 apresenta os tipos de abordagem e sua definição em relação ao território:

Quadro 1. Tipologia para definir os tipos de abordagem territorial das políticas públicas.

Tipo	Definição
Território como meio	Políticas setoriais que definem recortes territoriais específicos

	para alcançarem maior efetividade na sua implementação
Território como fim	Políticas baseadas em estratégias intersetoriais e articuladas para o desenvolvimento de territórios específicos com graves deficiências estruturais e alta incidência de pobreza.
Território como regulação	Políticas que se utilizam de uma abordagem territorial para estabelecer normatizações para o uso público e privado do espaço geográfico nacional.
Território como direito	Políticas que visam assegurar a grupos sociais específicos o direito a recursos territoriais imprescindíveis para sua reprodução social

Fonte: adaptado de Silva (2013).

As políticas que se enquadram nessas categorias de análise possuem suas características próprias em relação à implementação, resultados, seus processos e contradições no território (Silva, 2013). Aos formuladores de políticas públicas, é essencial que compreendam a centralidade e o papel do território em cada uma das categorias. Além da presença do Estado, a análise territorial é fundamental para o acesso da população às instituições garantidoras de direito, e para subsidiar o planejamento das ações a serem desenvolvidas. A participação da comunidade local no processo de planejamento e fiscalização da política também é uma importante forma de fortalecimento territorial.

Algumas dessas políticas têm diretrizes nacionais, recebem recursos das três esferas de governo, mas são executadas na administração municipal, e possuem previsão constitucional de territorialidade, pois o território é um conceito estratégico para a gestão, que permite a identificação das questões presentes nele.

Considerar a dimensão do território (e da comunidade) contribui para uma melhor compreensão do problema, ou funciona como uma outra lente sob a qual se podem ver os processos de pobreza e exclusão, que acontecem em territórios, permeados por relações sociais e laços de respeito, cooperação e conflito, reciprocidade, atuação de redes institucionais e comunitárias (Bronzo, 2010, p. 129).

As políticas sociais presentes no território podem ser classificadas predominantemente entre as que têm o território como meio, e que tem o território como fim. As políticas que têm o território como meio são as que utilizam o território como estratégia de intervenção para se aproximar da população e utilizar os recursos humanos, físicos e institucionais disponíveis para isso. A Estratégia em Saúde da Família é um exemplo (Silva, 2013).

As políticas que têm o território como fim tem o objetivo de desenvolver o território, a partir de programas que buscam reduzir as desigualdades e valorizar as potencialidades, forças sociais e especificidades locais, visando minimizar as desigualdades regionais. A Assistência Social, através dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), representa uma política que contribui para o desenvolvimento do território (Silva, 2013). Apesar da tipologia servir como uma categoria de análise, as políticas podem ser classificadas em mais de um tipo de uso do território, e contribuir para o desenvolvimento territorial.

Além da necessidade de haver políticas no território, é preciso pensá-las de forma territorializada, a partir do conhecimento da realidade local e da prática da gestão intersetorial, tanto para fins de planejamento das políticas, quanto para a criação de indicadores, para verificação do alcance e do impacto das ações realizadas. A perspectiva setorial exige que se tenha conhecimento da abrangência de cada serviço instalado no território para que então seja possível pensar em articulações que aproximem a população usuária e se fortaleçam as instâncias de controle social local, como conselhos territoriais dos conjuntos dos serviços (Sposati, 2013).

A mercantilização dos territórios transforma moradores e usuários dos espaços em consumidores, e as políticas públicas têm a prerrogativa de transcender essa lógica, e entender os indivíduos como sujeitos de direito, inclusive sobre o próprio território.

2.2.1. Políticas públicas de saúde e território

A política pública de saúde no Brasil, da forma como é executada atualmente, é fruto do movimento sanitarista que, desde o início da década de 1980, buscava uma reforma no atendimento à saúde da população, que até então era segmentado, e favorecia alguns setores, pois era vinculado ao sistema previdenciário e ao emprego formal.

A reforma na saúde no Brasil pode ser considerada tardia, visto que em países mais desenvolvidos a transição da saúde pública como responsável pelos problemas coletivos (epidemias, vigilância sanitária), para a saúde como tratamento de problemas particulares (tratamentos de enfermidades) através de grandes sistemas públicos, ordenados segundo a lógica da eficiência e eficácia, ocorreu desde o início do século XX (Campos, 2006).

O movimento sanitário foi composto por ativistas, em grande parte representantes de instituições como a Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Butantã, Universidades Públicas, redes de laboratórios estaduais, secretarias e Ministério da Saúde. Foram esses profissionais, pesquisadores, estudantes e docentes que formaram a Comissão Nacional de Reforma

Sanitária e elaboraram de modo geral a política, as diretrizes e o modelo operacional do SUS, sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade (Campos, 2007).

O movimento aproximou-se de políticos e gestores públicos, e culminou com a inclusão da política de saúde, nos moldes propostos, na Constituição Federal de 1988. O dispositivo constitucional traz o seguinte texto em relação à saúde:

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (Brasil, 1988, *online*).

Além de estabelecer a saúde como política pública de caráter universal, a Constituição Federal de 1988 dispôs sobre um sistema hierárquico e descentralizado para o atendimento, ficando a cargo dos municípios o atendimento, e da União e Estados a coparticipação no financiamento e cooperação técnica, contando ainda com a oferta de serviços da rede pública e privada.

A partir da década de 1990 houveram diversas iniciativas para regulamentar, universalizar e descentralizar o acesso à saúde, através de um grande sistema, organizado por níveis de complexidade. Uma dessas iniciativas foi a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), no ano de 1994, que objetivou ampliar a cobertura principalmente em localidades mais pobres, focando em ações preventivas e terapêuticas (Cardoso e Jaccoud, 2009).

O sistema seria organizado por regiões sanitárias em um sistema de acesso por níveis de complexidade. O primeiro nível se chamava Atenção Primária em Saúde, composto por uma rede de instalações de saúde, localizadas em bairros, que deveriam solucionar a maior parte dos problemas de saúde, sem a necessidade de intervenções hospitalares (Campos, 2006).

O Programa de Saúde da Família integrava a Atenção Primária, enquanto hospitais gerais, serviços de urgência e emergência e centros de especialidades formavam a Atenção

Secundária, referenciada em municípios ou pequenas regiões. A Alta Complexidade era composta por hospitais de referência, localizados em centros urbanos maiores, servindo de referência para um maior número de pessoas.

Porém, a previsão territorial da saúde é anterior à Constituição, e remete à década de 1980, com os chamados Sistemas Locais de Saúde (SILOS), conhecidos como Distritos Sanitários. Os distritos representavam a menor escala do planejamento do SUS, mas sem ações e forma de financiamento definidas, eram vazios de sentido (Faria, 2020).

Apesar disso, os Distritos Sanitário serviram de referência para a organização do SUS no âmbito municipal, que culminou com a referência territorial prevista na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8080/90):

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

(...)

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (Brasil, 1990, *online*).

A organização em distritos foi prevista na Constituição como algo opcional aos municípios, mas que efetivaria a nível local a Atenção Primária em Saúde. No entanto, para que a descentralização ocorresse, seria necessária maior clareza sobre o poder e o financiamento de cada instância na gestão do SUS. Isso foi feito através da publicação da terceira Norma Operacional Básica do SUS, no ano de 1993 (Faria, 2020).

A construção do SUS é um processo, no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços vem assumindo dimensões bastante complexas. Por esta razão, tem como fundamentos os seguintes pressupostos:

a) descentralização deve ser estendida entendida como um processo implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas entre as três esferas de governo; reorganização institucional; reformulação de práticas; e controle social;

b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;

c) o estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;

(...)

f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistência hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.

g) a regionalização deve ser entendida como articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (Brasil, 1996, *online*).

A partir disso, foram criados os programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), nos anos de 1991 e 1994, respectivamente. Os programas deram sentido à política de distritalização da atenção básica, e foi consolidada a partir da NOB 96, na qual as responsabilidades de cada esfera de governo foram melhor definidas, e a atenção básica passou a ser de total responsabilidade dos municípios. Além disso, a partir da NOB 96, foi definido um percentual de recursos extra, de acordo com o avanço da cobertura da rede de atenção básica.

No ano de 1997, é emitida a portaria nº 1886, que aprovou as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Em relação a este último, a portaria traz a definição do serviço ofertado e a indicação de abrangência territorial:

9. Aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família:

(...)

10.1 Consiste em unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.

10.2 Configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garante resolutividade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados.

10.3 Trabalha com definição de território de abrangência, que significa a área que está sob sua responsabilidade.

10.4 Pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, a depender da área de abrangência e do número de habitantes vinculados a esta unidade.

10.5 As equipes devem realizar o cadastramento das famílias, com visitas aos domicílios, segundo a definição territorial pré-estabelecido (Brasil, 1997, *online*)

A regulamentação das ações do PSF no território substituiu as práticas tradicionais de saúde por ações preventivas e de acolhimento na atenção básica. Porém, ao focar na área de abrangência e no número de famílias atendidas, o debate sobre o território foi perdendo

espaço, e só retornou após a discussão da abordagem territorial da política de Assistência Social, que voltou a debater o tema (Faria, 2020).

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01 e 02, publicadas nos anos de 2001 e 2002 respectivamente, falam sobre a regionalização dos serviços de saúde que

(...) deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (Brasil, 2001, *online*).

Dentre as propostas de regionalização, estão a criação de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) em cada Estado, que deve ordenar a regionalização da assistência à saúde, a ampliação de acesso e da qualidade da Atenção Básica, a qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a organização dos serviços de média complexidade e de alta complexidade.

Em relação ao PDR, as NOAS 01 e 02 delegam aos Estados e ao Distrito Federal a sua elaboração e instituição. Os planos devem garantir “o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços (...)” (NOAS, 2001, *online*) que visam prevenir doenças a partir do acompanhamento de gestantes, crianças, portadores de doenças crônicas, vacinação e tratamento de doenças de menor gravidade.

A ampliação de acesso à Atenção Básica visa instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), que consiste em um conjunto de procedimento assistenciais para controle e eliminação de algumas doenças como hanseníase, diabetes melitus, tuberculose e hipertensão arterial, além de tratar da saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal (NOAS, 2001).

Após a publicação das NOAS, foi feito um terceiro movimento, de repactuação territorial, não só da atenção básica, mas de todo o SUS, com a organização de regiões sanitárias e a instituição de colegiados de gestão regional. Esse movimento é norteado pela Portaria nº 399 de 2006, que estabelece o “Pacto pela Saúde”. Além disso, no mesmo ano foi publicada a portaria nº 648 de 2006, que cria a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Faria, 2020).

Além dessa edição, a PNAB teve outras duas publicadas, nos anos de 2011 e 2017. A primeira edição transformou o Programa de Saúde da Família em Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as demais reafirmaram a política. A PNAB também revogou e alterou

dezenas de portarias publicadas anteriormente, e passou a ser o eixo estruturante da Atenção Primária em Saúde, tendo como principal instrumento a Estratégia em Saúde da Família.

A PNAB aprovada em 2017, traz os princípios de equidade, universalidade e integralidade, visando o acolhimento e acesso integral, contínuo e universal, atuando como “porta de entrada” do sistema de saúde. Prevê o atendimento equânime e integral, respeitando e considerando as diferenças de cada um, sendo proibido qualquer tipo de discriminação. Todos os serviços devem ser realizados ou então encaminhados pela Atenção Básica (AB), que é responsável pelos serviços ofertados em outros pontos da atenção à saúde (Brasil, 2017, *online*).

As diretrizes da PNAB trazem orientações sobre a oferta do serviço nas unidades de atendimento: regionalização e hierarquização; territorialização e adscrição; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação das redes e participação da comunidade (Brasil, 2017, *online*). Todas essas diretrizes reforçam os princípios, idealizando uma política baseada em cuidados integrais, individuais, centrados no território, fortalecendo as relações de cuidado, respeitando as diferenças e estimulando a participação da sociedade.

Dessa forma, ao analisar os princípios e diretrizes da PNAB, é possível observar que todos eles requerem proximidade com a população e diagnóstico territorial. A facilidade de acesso e conhecimento sobre o que é ofertado são determinantes para a execução da política nos moldes propostos pelo Sistema Único de Saúde.

3 A CIDADE DE SÃO BORJA: DADOS GERAIS E CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE

3.1- Contextualização do município de São Borja

O município de São Borja está localizado na fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, tem uma população estimada de 60 mil habitantes e possui uma área urbanizada de 18,78 km² e densidade demográfica de 16,50 hab/km², um número significativamente menor que a média do Estado, que é de 38,62 hab/km², de acordo com dados do IBGE (2022). A média de moradores por residência é de 2,62. O município faz parte de um recorte de 5,2% das cidades do RS, que tem população entre 50 e 100 mil habitantes² e estima-se que 90% da população reside em território urbano (IBGE, 2022).

A população ocupada corresponde a 18,4% da população total do município, e a renda média mensal dos trabalhadores formais é de 2,2 salários mínimos. Por outro lado, 37% da população vive com renda de até meio salário mínimo mensal per capita. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades (IDSC)³, o índice do município é baixo, de 40 a 49,99, quando o ideal é que seja acima de 60. Os indicadores giram em torno de desemprego, ocupação de pessoas com mais de 16 anos e jovens que não estudam nem trabalham (IDSC, 2024).

Dados do Ministério do Desenvolvimento Social⁴ referentes ao mês de julho de 2023, indicam que a cidade possui 10.380 famílias inseridas no CadÚnico, e 4.733 famílias com renda acima de meio salário mínimo per capita e cadastro atualizado. Em relação ao Programa Bolsa Família, o município tem cerca de 2.514 famílias beneficiárias, com um valor médio de benefício de R\$686,26 (Brasil, 2023).

Ainda em relação aos Programas de Transferência de Renda, o município apresenta um nível baixo de erradicação da pobreza, de acordo com dados do IDSC. O índice do município é de 40 a 49,99, quando o ideal é que seja acima de 60. Para cálculo do índice de erradicação da pobreza, são utilizados os seguintes indicadores:

- Famílias inscritas no Cadastro Único para programas sociais;
- Percentual de pessoas inscritas no Cadastro Único que recebem Bolsa Família;

² De acordo com dados do Censo Demográfico de 2022, São Borja conta com uma população de 59.676 habitantes.

³ <https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/profiles/4318002/>

⁴ <https://aplicacoes.cidadania.gov.br/ri/pbfcad/relatorio-completo.html>

- Percentual de pessoas abaixo da linha da pobreza no Cadastro Único após Bolsa Família;
- Pessoas com renda de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo (IDSC, 2024).

O acompanhamento do cumprimento das condicionalidades exigidas para os beneficiários do PBF é realizado pelo município. A Lei nº 14.601/23 prevê o acompanhamento de condicionalidades de educação e saúde. Em relação à educação, é monitorada a frequência escolar de crianças e adolescentes, de 4 a 18 anos de idade, na educação básica. Em São Borja, a cobertura de acompanhamento é de 67%, abaixo da média nacional, que é de 76,2%. (MDS, 2024).

A educação no município também possui um nível baixo de desenvolvimento sustentável, e os piores indicadores são: jovens com ensino médio concluído até os 19 anos de idade; professores na educação infantil da rede pública com formação em nível superior; razão entre o número de alunos e professores na pré-escola; centros culturais, casas e espaços de cultura; Prova Brasil de Matemática, aplicada nos anos finais do ensino fundamental da rede municipal e crianças e jovens de 4 a 17 anos na escola (IDSC, 2024).

Em relação às condicionalidades de saúde para o PBF, giram em torno da realização de acompanhamento pré-natal, cumprimento do calendário de vacinação e acompanhamento nutricional de crianças. O município apresenta um ótimo índice, com a cobertura de acompanhamento de 96,6%, enquanto a média nacional é de 78,2% (MDS, 2024).

De acordo com dados do Censo Demográfico de 2010, a cidade possui esgotamento sanitário adequado em 62,2% dos domicílios. O nível de desenvolvimento sustentável de água potável e saneamento é considerado alto, acima de 60%, porém, os indicadores de perda de água tratada e população atendida com esgotamento sanitário estão abaixo dos considerados adequados (IBGE, 2010).

Em relação à urbanização, apenas 12,4% dos domicílios urbanos em vias públicas possuem urbanização adequada, com bueiro, calçada, pavimentação e meio fio. O indicador de investimento em infraestrutura urbana por habitante é baixo, de acordo com dados do IDSC (2024). No ano de 2020, os domicílios estavam distribuídos de acordo com a classe social da seguinte forma:

- Classe A: 1%
- Classe B1: 3%
- Classe B2: 18%
- Classe C1: 24%
- Classe C2: 25%

- Classes D e E: 29%

O Produto Interno Bruto (PIB) Per Capita do município⁵, no ano de 2021, foi de R\$43.012,23, de acordo com a Fundação de Economia e Estatística (FEE) (2024). Considerando que o PIB é calculado somando-se todos os bens e serviços produzidos pela cidade, e dividido pelo número de habitantes, a renda mensal de cada habitante seria cerca de R\$3.584,00. Porém, a renda média mensal das classes C2, D e E possuem valores significativamente menores que o resultado desse cálculo.

Uma hipótese para a discrepância dos dados é a distribuição desigual de renda, pois 78% da população da cidade pertencem às classes C, D e E, enquanto apenas 4% pertencem às classes A e B. De acordo com o IDSC (2024), o nível de redução das desigualdades é alto, porém os indicadores de renda municipal apropriada pelos 20% mais pobres e o coeficiente de Gini ainda apresentam valores muito baixos. Os demais indicadores dizem respeito à violência, mortalidade infantil, e taxas de distorção idade- série no ensino fundamental e médio. Ou seja, os indicadores que se referem diretamente à renda da população são considerados baixos.

São Borja é uma cidade de médio porte, que apresenta algumas questões referentes ao desenvolvimento humano e social, além de uma grande desigualdade na distribuição de renda. Em virtude de estar localizada na fronteira do país, a cidade abriga facções criminosas relacionadas ao tráfico de drogas, e é atingida ocasionalmente pelas cheias do Rio Uruguai, que deixa desabrigadas várias famílias ribeirinhas. Tanto o tráfico quanto as cheias atingem principalmente bairros pobres da cidade.

3.2. Sistema de saúde pública no município

O município de São Borja pertence à Décima Segunda Coordenadoria Regional de Saúde (12º CRS), junto com os municípios de Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões. A região abrange cerca de 299 mil habitantes, de acordo com o censo de 2022.

⁵ De acordo com dados do IBGE do ano de 2021.

O órgão responsável pela administração da saúde pública no município é a Secretaria Municipal de Saúde, e desde o ano de 2009, a cidade possui um modelo de Gestão Plena⁶ da saúde. A rede pública de saúde de São Borja conta com 44 estabelecimentos de saúde (São Borja, 2022), divididos da seguinte forma:

- 14 Unidades Básicas de Saúde;
- 1 laboratório de análises clínicas;
- 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 1 Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD);
- 1 Unidade de vigilância epidemiológica;
- 1 Centro Especializado em Reabilitação (CER);
- 1 Unidade de Atenção Básica Prisional;
- 3 unidades de Farmácia Básica;
- 1 Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE);
- 1 Centro Municipal de Fisioterapia;
- 1 ambulatório de saúde mental;
- 1 Serviço de Atendimento Especializado (SAE);
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

As UBSs estão divididas da seguinte forma:

Quadro 02 - Divisão das Unidades Básicas de Saúde de São Borja.

Área geográfica de atuação	Equipes de Saúde da Família	População estimada
Vilas - Ernesto Dornelles, Arnaldo Matter I,II, Arno Andres e Progresso, sito à Rua Patrício Petit Jean, 3610	4067185 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 01 – Posto Ernesto Dornelles	3565 usuários 593 famílias
Vila Tiradentes e Porto do Angico, sito à rua Itajaí, 1157	4067193 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 02 – Posto Dr Airton Carneiro	3508 usuários 513 famílias
Vila Santa Rosa e Promorar III, sito à rua Cristóvão Colombo, 1800	4067207 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 03 – Santa Rosa	2396 usuários 544 famílias
Bairro Itacherê, Aeroporto e Vila	4067215 - Equipe de	1861 usuários 363 famílias

⁶ Forma de gestão pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território (Brasil, 2003, p. 19).

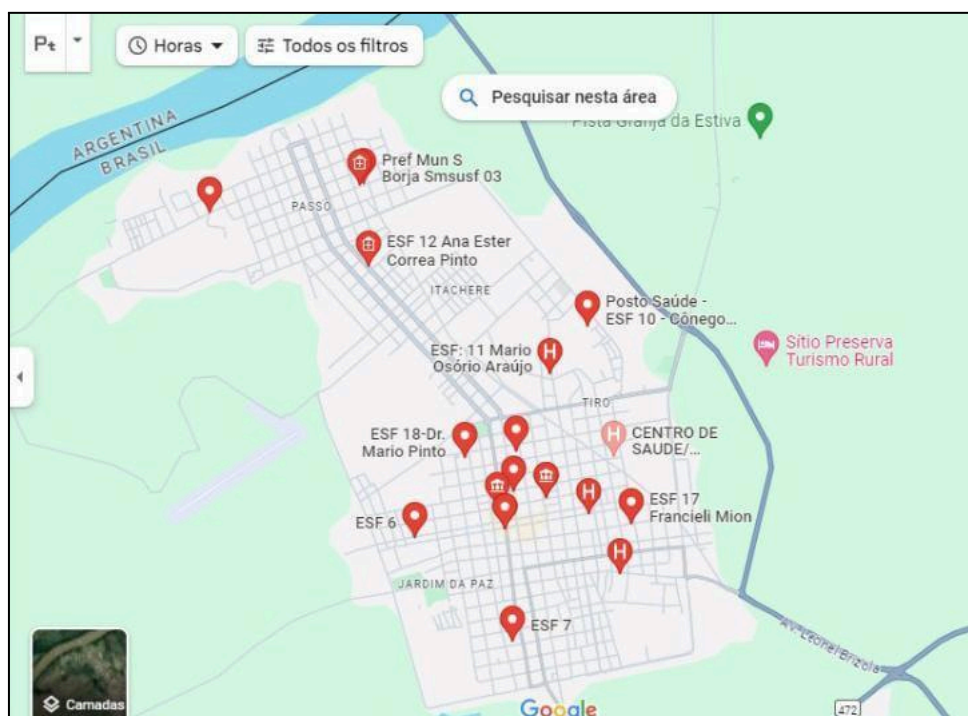
Umbu IV, sito à rua Sarandi S/N	Estratégia de Saúde da Família nº 04 - Posto Ovídio Loureiro, também chamado Centro Social Urbano	famílias
Bairro Passo, Porto do Angico I, Vila da Praia e Promorar I,II, sito à Rua Ângelo Proença Vicenti, 1062	4067223 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 05 – Posto Ricardo Pinheiro	3879 usuários 873 famílias
Bairros Maria do Carmo, São João Batista, Boa Vista e Florêncio Aquino Guimarães, sito à Rua General Osório, 3213	4067231 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 06 – Posto Emílio Trois da Motta	2912 usuários 240 famílias
Bairros Paraboi e Florêncio Aquino Guimarães II, sito à Rua Moreira Cezar, 60	4067258 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 07 – Posto Pedro Marchesan	4715 usuários 736 famílias
Bairro Pirahy II, Vilas Goulart, Kilka, Santos Reis e Pontes, sito à Rua América Goulart Teixeira SN	4067266 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 08 - Posto Goulart	3849 usuários 780 famílias
Bairro Bettim, Vila Ester e parte Bairro Pirahy, sito à Rua Cabo Pedroso SN	4067274 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 09 - Posto Bettim	3963 usuários 967 famílias
Vilas Cabeleira e Umbú I, II e III, sito à Rua Gaspar Ferreira,30	4067282 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 10 – Posto Cônego Wiro Rauber	2664 usuários 405 famílias
Vilas Jaguari, São Francisco e Aparício Sampaio, sito à Rua Andradas, 640	3033511 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 11 - Posto Jaguari	4397 usuários 1008 famílias
Vila Várzea, sito à Rua Venâncio Aires 319	3033546 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 12 – Posto Ana Ester Correa Pinto	2965 usuários 566 famílias
Bairro do Tiro e Menegusso, sito à Rua João Palmeiro, 572	6586430 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 15 – Posto Cristina Vargas Pereira	4337 usuários 976 famílias
Interior – samburá, Vila Brites, Cabanha Corticeira, Rincão dos	3176673 - Equipe de Estratégia de Saúde da	2616 usuários 649 famílias

Paulas, Caçacã, Rincão do Meio, Timbauva, Sarandi, Mercedes, Molina Weber, Assentamento Combuchi, Mercedes, Rincão das Pedras, Parlemo, São Miguel, São Roque, Ivaí, São Ramão e Santa Luiza	Família nº 13 – Equipe Móvel	
Centro urbano, Rua Coronel Lago, 1844	2247631 – Equipe de Agentes Comunitários de Saúde	1446 usuários 300 famílias

Fonte: Elaboração própria. Prefeitura Municipal de São Borja (2022).

As unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESFs) estão distribuídas pelo município, de acordo com o mapa, figura 01:

Figura 01: Distribuição das ESF na cidade de São Borja.



Fonte: Google Maps (2024).

Na Figura 01 é possível observar que a maior parte das ESFs estão localizadas na região central e leste da cidade, enquanto na parte oeste, nas regiões pertencentes ao Bairro do Passo, estão distribuídas apenas três ESFs, para atender bairros em que boa parte da população é vulnerável e está exposta às cheias frequentes do Rio Uruguai. Foi inaugurada no ano de 2022 uma ESF, de número 19, na Vila Leonel Brizola, junto ao Centro de Referência

em Assistência Social (CRAS) do bairro, porém não consta no Plano Municipal de Saúde, nem no mapa obtido através do Google Maps.

O município de São Borja teve, no ano de 2020, o gasto total em saúde por habitante de R\$1.165,77, de acordo com dados do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS⁷, vinculado à Fiocruz, Além disso, a rede conta com o Programa Saúde da Mulher, operacionalizado pelas equipes das ESFs realiza em média 3.124 exames citopatológicos por ano, e cerca de 250 mamografias por mês, através de convênio com a Fundação Ivan Goulart (São Borja, 2022).

Esse programa remete ao Programa de Assistência Integral em Saúde da Mulher (PAISM), criado no ano de 1984, e incorporado ao SUS, com a previsão de fazer parte do sistema básico de saúde. A prioridade foi dada à saúde reprodutiva e ações para redução da mortalidade materna. A Saúde da Mulher faz parte da Atenção Básica em Saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Mulher (2004), esses são seus objetivos gerais:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004, p. 67).

O município conta com uma unidade hospitalar que dispõe de 115 leitos destinados ao SUS, para atender aos serviços de clínica médica, cirurgia, pediatria, obstetrícia, psiquiatria, Centro de Terapia Intensiva (CTI) e conta também com um Pronto Socorro que oferece exames complementares, radiografias, ecografias, e análises clínicas (São Borja, 2022).

O serviço do Serviço de Atendimento Móvel em Urgência (SAMU) no município conta com duas ambulâncias, uma para o serviço avançado e outra para suporte básico. Em média são realizados 135 atendimentos mensais, entre suporte básico e avançado. O SAMU foi criado a partir do Decreto nº 5.055 de 27 de Abril de 2004, e prevê maior eficácia e efetividade na prestação de serviço de atendimento à saúde em caráter de urgência e emergência (Brasil, 2004).

Além do SAMU, a rede municipal conta com outras duas ambulâncias para o deslocamento de casos mais graves para outros municípios, 32 viaturas, um micro-ônibus e

⁷ <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=painel3>

uma van, para transporte de pacientes e profissionais da saúde. Além disso, é possível a locação de até 15 carros, através de licitação com empresa de locação de veículos, caso a demanda for superior à frota existente (São Borja, 2022).

Para atendimento à saúde mental, o município conta com os Centros de Atenção Psicossocial. O CAPS I, que dá suporte à situações de transtornos mentais graves e persistentes, atendendo cerca de 60 pacientes, com médias de 155 atendimentos mensais, e 180 atendimentos clínicos mensais realizados por médicos psiquiatras. O CAPS AD III atende casos de abuso de álcool e outras drogas, e presta cerca de 260 atendimentos mensais, além da existência de grupos terapêuticos, visitas domiciliares, atendimentos sociais, atendimentos ambulatoriais e acolhimentos. O serviço dispõe de 12 leitos para internação, com um fluxo de cerca de 15 internações mensais (São Borja, 2022).

Além da estrutura dos CAPS e demais atendimentos, o município conta com o atendimento do Centro Regional de Atenção Integral em Saúde Mental (CRAISM), que oferece estrutura hospitalar e equipe multiprofissional composta por psiquiatra, clínico geral, enfermeiros, assistente social e psicólogo. Atualmente o serviço conta com 30 leitos e atende usuários que apresentam transtornos mentais agudos ou persistentes. O serviço atende os demais municípios da 12ª CRS (São Borja, 2022).

A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de duas Farmácias Básicas, uma na região central da cidade e outra no bairro do Passo. Ambas realizam cerca de mil atendimentos por dia, chegando a realizar quarenta mil atendimentos por mês. Nas unidades são distribuídos os medicamentos constantes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Além disso, há uma farmácia especializada que dispensa as medicações determinadas por processos judiciais, fraldas e oxigênio (São Borja, 2022).

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) atende especialidades de endodontia, periodontia e cirurgias, com uma média de 470 atendimentos mensais. Além do CEO, o município conta com o Laboratório de Próteses, que produz cerca de 55 próteses ao mês e realiza cerca de 130 radiografias ao mês (São Borja, 2022).

Para atendimento à população com doenças virais como tuberculose, hanseníase, hepatites e HIV/AIDS, São Borja conta com o Serviço de Atendimento Especializado (SAE). O serviço acompanha atualmente 499 pessoas com HIV, 24 pessoas com tuberculose, 15 pessoas com hanseníase, 45 com hepatites virais e 43 pessoas ostomizadas. São realizadas cerca de 280 consultas e 330 atendimentos ao mês. No setor são feitas testagens rápidas para ISTs e possui caráter de redução de danos (São Borja, 2022).

O Centro Especializado em Reabilitação Física e Auditiva (CER) é um ambulatório especializado em diagnóstico, tratamento, concessão adaptação e manutenção de tecnologia assistiva⁸ para pessoas com deficiências físicas e auditivas. O Centro atende cerca de 250 pacientes ao mês, com uma equipe multidisciplinar (São Borja, 2022).

No Laboratório de Fronteira (LAFRON) são coletados e analisados materiais para a realização de diversos tipos de exames, além da coleta e encaminhamento de exames referentes à doenças de investigação e notificação compulsória, que são encaminhadas para o Laboratório Central de Saúde Pública do RS. Também é realizado o teste do pezinho e dos exames citopatológicos coletados nas unidades. São realizados cerca de 1600 exames mensais (São Borja, 2022).

O Programa Melhor em Casa, que prevê o atendimento domiciliar às pessoas impossibilitadas de se locomover, idosos, ou pessoas que passaram por cirurgias recentemente. São feitos curativos, sondagens, vacinação de acamados e consultas médicas. Atualmente o programa realiza cerca de 700 atendimentos mensais (São Borja, 2022).

No quesito saúde, o IDSC (2024) apresenta um nível de desenvolvimento sustentável alto no município. Os indicadores que compõem o índice e tiveram nível considerado baixo ou muito baixo são os seguintes:

- Cobertura vacinal;
- Mortalidade por suicídio;
- Mortalidade Materna;
- Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis;
- Orçamento municipal para a saúde;
- Detecção de hepatite ABC;
- Pré natal insuficiente;
- Gravidez na adolescência;
- Incidência de tuberculose.

Os indicadores considerados bons ou ótimos, foram os seguintes:

- Mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano);
- Mortalidade na infância;
- Mortalidade neonatal (crianças de 0 a 27 dias);
- Mortalidade por AIDS;

⁸ Tecnologia assistiva é definida como produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que tenham como objetivo promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (Ministério da Saúde, 2022, *online*).

- Incidência de dengue;
- População atendida por equipes de saúde da família;
- Unidades Básicas de Saúde;
- Esperança de vida ao nascer.

Os indicadores demonstram que, apesar do panorama geral ser positivo, muitos deles apresentam resultados abaixo do considerado ideal para o desenvolvimento sustentável, e indicadores importantes, como cobertura vacinal e orçamento municipal para a saúde.

4 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A pesquisa realizou-se em bairros do subúrbio de São Borja, em territórios reconhecidos por sua vulnerabilidade expressa pelas condições de pobreza econômica, falta de estruturas de saneamento básico a todo o espaço territorial, situações de violência intrafamiliar, existência de pontos de tráfico, conforme indicações de profissionais que atuam nas políticas de saúde e Assistência neste território. O grupo focal foi realizado na Associação de Moradores da Vila Umbu, por ser um bairro vulnerável localizado no subúrbio de São Borja, e contou com moradores da referida vila e também da Vila Leonel Brizola, localizada ao lado, e que não conta com uma associação de moradores.

O grupo foi organizado a partir do diálogo com a presidente da Associação de Moradores da Vila Umbu, que auxiliou com a reserva e organização do espaço e convite aos moradores para que participassem do grupo focal. O grupo foi composto integralmente por mulheres, algumas inclusive acompanhadas de seus filhos.

Ainda que o debate aqui não se firme na análise dos sujeitos presentes na abordagem da coleta, é relevante observar o debate acerca da feminização da pobreza e políticas sociais focalizadas nas mulheres. Ainda que a política de saúde seja universal, as unidades de saúde - ESFs -, também desenvolvem ações que estão focalizadas, de forma mais expressiva nas mulheres, pelo papel historicamente atribuído a este grupo social sobre o cuidado. Logo, a presença majoritariamente feminina, entre outros aspectos, reforça o que os estudos sobre feminização das políticas sociais vem apresentando, da focalização, ou da presença feminina nas atividades propostas, e como principais responsáveis pelos cuidados que envolvem saúde e assistência social (Meyer et. al, 2014).

Após explicações sobre o objetivo do grupo, algumas participantes demonstraram estar receosas de assinar o termo de livre esclarecimento, e solicitaram que não fossem feitos registros fotográficos. Após o início das gravações, algumas participantes optaram por não falar, mas após algum tempo de conversa, passaram a contribuir. Com o encerramento da gravação, algumas participantes tornaram-se mais ativas, fizeram comentários e questionamentos sobre o tema do grupo e demais políticas, como Programa Bolsa Família, Previdência Social e Benefício de Prestação Continuada.

As participantes ponderaram também o quão são construtivos os momentos em que conseguem se reunir e debater algum assunto, pois no dia a dia não costumam ter essa organização. Ainda, demonstraram sentir-se valorizadas com o convite a possibilidade de serem ouvidas.

Foram realizadas três tentativas de realização de grupo focal na vila Florêncio Aquino Guimarães, porém não houveram participantes, mesmo após três tentativas, com o intermédio de diferentes lideranças locais. A presidente da associação de moradores explicou que é muito difícil mobilizar a comunidade, para qualquer ação realizada no centro comunitário.

4.1 Análise dos dados obtidos nos Bairros Umbu e Leonel Brizola

As vilas Umbu e Leonel Brizola, bairros predominantemente habitacionais, se constituíram a partir de ocupações irregulares do território, em uma região do subúrbio da cidade. A regularização fundiária das áreas denominadas Complexo Vila Umbu I e Complexo Vila Umbu II ocorreram nos anos de 2013 e 2014 respectivamente, através das Leis Ordinárias Municipais nº 4.743, de 7 de agosto de 2013 e 4.884 de 30 de maio de 2014. Juntas, as duas leis regularizaram 159 lotes.

As ESFs que atendem os bairros são as de número 4 e 19 e, em virtude do zoneamento, algumas pessoas são atendidas na ESF 10. localizadas nos bairros Itacherê, Vila Leonel Brizola e Vila Cabeleira, de acordo com o mapa abaixo:

Figura 02: ESF no território pesquisado



Fonte: Google Maps (2024)

A realização do grupo focal baseou-se na definição de Gatti (2012), de que a técnica de grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por diversos grupos sociais, e permite a compreensão de ideias compartilhadas por pessoas no cotidiano. O roteiro do grupo foi construído de modo a alcançar os objetivos específicos da pesquisa. Neste momento se apresentam as informações que contribuem para o objetivo específico que busca compreender a relação entre os moradores e seu território quanto à política pública de saúde existente nele.

No quadro três segue a sistematização dos dados obtidos na coleta que revelam aspectos da relação dos moradores com seu bairro, e as vivências que determinam o território destes sujeitos. Os dados foram sistematizados considerando sua ligação com as experiências de vida de cada sujeito participante do grupo, e pela aproximação do relato constitui categorias de análise, chamadas de categorias empíricas, reveladas pela pesquisa.

Quadro 03: Relação dos moradores com seu território.

Categoria empírica	Trechos das respostas
Pertencimento	<p>Faz cinco anos que moro aqui, eu amo.</p> <p>Eu faz 20 anos que moro aqui e adoro esse lugar.</p> <p>Gosto da vila, gosto das pessoas.</p> <p>Eu faz dez anos. Eu morava lá perto da Brigada, Comprei a casa aqui perto, gostei, é bem silencioso. Olha, e agora com aquele projeto que tem do Amazonas, nossas casas vão ficar caras. Vai vir uma nova firma pra cá, então estamos felizes, eu fiquei feliz, eu gosto daqui.</p>
Insegurança	<p>No início eu tinha medo porque era ruim o lugar, briga bastante, tinha bastante gente que se drogava, ficava nas esquinas, mas depois foi se acalmando, uns mataram, outros prenderam, outros foram embora. Mexiam com as pessoas, provocavam</p>
Rede de apoio	<p>Eu faz 25 anos, me dou bem com todo mundo na vila.</p> <p>Ali na minha rua que eu não conhecia ninguém, conheço todo mundo.</p> <p>Graças a Deus me dou bem com todo mundo e acho que todo mundo me quer bem</p>
Proximidade com os profissionais da UBS	<p>Aqui nesse posto troca um monte de vez</p> <p>E agora aqui no outro tá trocando a agente de saúde</p> <p>A nossa é a (nome da pessoa) e agora veio uma nova, que já veio fazer visita, e ela ta passando de casa em casa pra pegar número de telefone</p>
Facilidade de acesso à UBS	<p>É pertinho</p> <p>Bem perto</p> <p>Acho que só nós duas temos que caminhar muito, o meu é lá na Cabeleira, perto do Continente. Não quiseram mudar nós pra cá</p>

Fonte: elaboração da autora

Sobre a relação dos moradores com seu território, as participantes do grupo afirmaram gostar do local onde vivem e demonstraram sentir-se pertencentes àquela localidade. Muitas falas trouxeram a palavra “felicidade”, ao fazer referência à vida no bairro. Relatos como “sou feliz aqui”, “me dou bem com todo mundo” e “conheço todo mundo” foram recorrentes.

As relações sociais formadas a partir da constituição do espaço são parte disso, assim como a classe social dos moradores, que no bairro estudado é reconhecidamente de vulnerabilidade social. Para Limonad (2007), a urbanização é uma forma de estruturar o território, e o modo como ela é feita, seus processos sociais, econômicos, políticos, culturais são condicionantes da consolidação daquele espaço como tal.

As participantes do grupo relataram viver no bairro há bastante tempo, muitas delas, ou seus familiares, já viviam em um período anterior à regularização fundiária, realizada nos anos de 2013 e 2014, e fizeram parte dos processos condicionantes da formação daquele território específico. “A ocupação do território é compreendida como uma das vivências mais significativas, cujo sentido está no seu entrelaçamento com as demais ações substantivas que participam deste mesmo processo de constituição e formação do movimento social” (Medeiros, 2009, p. 221).

A realização do grupo focal no bairro foi intermediada pela presidente da associação de moradores da Vila Umbu, e foi necessário apenas um contato para que a organização fosse feita, e mobilizasse um grande número de pessoas a participarem. O encontro teve duração maior do que o tempo previsto, e as participantes se mostraram interessadas em discutir o tema, e trazer outras questões da realidade que vivenciam, ou seja, há capacidade de mobilização da comunidade.

Houveram vários relatos como “O lugar é a gente que faz. Graças a Deus me dou bem com todo mundo e acho que todo mundo me quer bem” (Participante A) e “me dou bem com todo mundo na vila, gosto da vila, gosto das pessoas, pra mim é todo mundo bom” (Participante B) que, junto com a capacidade de mobilização, demonstram haver relações sólidas e de pertencimento à localidade.

Além do pertencimento ao bairro, as entrevistadas afirmaram que a UBS de referência fica próxima das suas casas e é de fácil acesso. Há ciência dos horários de funcionamento e do fluxo dos atendimentos na unidade, apesar de nem sempre o atendimento esperado ser realizado, de acordo com algumas falas obtidas no grupo:

Eu ando que não aguento a dor nos meus braços e aqui assim, eu tenho que botar um travesseiro e erguer o braço, e faltava uma semana pra Dra entrar em férias, e a guria só me disse assim ‘não tem ficha e nem sei quando vai ter’. Aí hoje eu perguntei pra outra que atende lá e me disse “não, ela só vem dia 17, aí segunda tu vem aí e marca depois que ela chegar (Participante C).

De acordo com Starfield (2002), a acessibilidade é um dos atributos para avaliar a atenção básica em saúde. A acessibilidade compreende tanto o acesso facilitado à estrutura física quanto o acesso ao serviço em si, sem barreiras financeiras, administrativas, culturais e de linguagem, caracterizando assim uma “porta de entrada” ao sistema de saúde.

O conceito de “porta de entrada” é reafirmado pela Política Nacional de Atenção Básica, que diz o seguinte: “A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção (...)” (Brasil, 2017, *online*).

Em relação aos profissionais, especificamente os agentes de saúde, os relatos são de que há constante troca de profissionais e, apesar da legislação⁹ prever que os agentes sejam moradores do bairro da ESF a que estão vinculados, às participantes do grupo demonstraram não ter familiaridade com os agentes.

Cabe aqui ressaltar que no ano de 2022 foi realizado concurso público no município de São Borja, para preenchimento de vários cargos, dentre eles, o cargo de Agente de Saúde para todas as ESF. Na ESF 10, a nomeação ocorreu no mês de abril de 2013¹⁰, e novas nomeações ocorreram nos meses de fevereiro¹¹ e junho¹² de 2024. Uma hipótese para a rotatividade de agentes de saúde é a desistência do cargo, por conta de outras oportunidades de emprego, melhor salário, ou melhores condições de trabalho, o que leva a novas nomeações, a partir do cadastro de reserva existente.

De acordo com a Lei nº 11.350 (Brasil, 2006), que regulamenta as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde, o profissional tem a atribuição de atuar na prevenção de doenças e promoção de saúde, a partir de uma abordagem territorial, realizando o diagnóstico

⁹ Art. 6ª, inciso I da Lei nº 11.350 de 2006.

¹⁰ Fonte:

https://www.saoborja.rs.gov.br/images/Edital_001_2023_CONVOCAAO_CONCURSO_2022_14ABR2023.pdf

¹¹Fonte:

https://www.saoborja.rs.gov.br/images/Edital_002_2024_CONVOCAAO_CONCURSO_2022_AGENTE_CO_MUNITARIO_DE_SAUDE_OPERADOR_MAQUINAS_PROF_AEE_PROF_ED_FISICA__PROF_ORIENTADOR_PROF_PORT_ING_PROF_SUPERVISOR_02FEV2024.pdf

¹²Fonte:

https://www.saoborja.rs.gov.br/images/Edital_006_2024_CONVOCAAO_CONCURSO_2022_AGENTE_CO_MBATE_ENDEMIAS_AGENTE_COMUNITARIO_DE_SAUDE_21JUN2024.pdf

demográfico e sociocultural daquele território. É, por muitas vezes, o primeiro contato dos moradores com a política de saúde do seu bairro.

O Agente Comunitário de Saúde é o profissional que irá viabilizar o princípio da territorialização na política e identificar situações que necessitam de intervenção (Faria, 2020). Por ser o profissional de referência das famílias no território, é importante que ele transmita confiança à população usuária e tenha familiaridade com as demandas específicas do local.

No roteiro do grupo focal houve a proposição de temas que remetessem aos serviços prestados e qualidade de atendimento na UBS, como meio para verificar e atender o objetivo específico que busca saber se há e quais são as condições de acesso à saúde no território. No quadro quatro, a seguir, apresenta-se a categorização dos dados obtidos sobre o acesso aos serviços de saúde no território pesquisado.

Quadro 04: Condições de acesso à saúde no território.

Categoria empírica	Trechos das respostas
Demora no encaminhamento	<p>tem que ter agilidade nos exames, seja de sangue, por que tudo isso é muito demorado</p> <p>Eu pedi pro doutor aqui do posto pra maio, vou fazer agora dia 19 recém (de setembro), quarta-feira. 4 meses esperando</p> <p>Encaminhamento pra médico também demora quase um ano, oculista quase um ano</p> <p>Eu já tô quase 6 meses esperando exame, eu e meu marido e até agora nada, e ele precisa muito fazer esse exame</p>
Negligência	<p>Ela me deu um exame pra fazer, mais completo, mas nem sei se encaminharam meu papel. Eu vou ali perguntar e eles não sabem, não sabem dizer se foi encaminhado ou se não foi.</p> <p>O agente de saúde disse assim “ah que esses exames o SUS não cobria” tá, passou, veio uma nova agente de saúde, daí eu falei pro médico, daí o médico disse “mas como, esses exame cobre pelo sus sim”</p> <p>eles engavetam a maioria dos exames, eles veem que podem fazer, eles fazem</p>

	<p>O meu tava engavetado, o dr. e a agente de saúde foram olhar na pasta não sei das quantas lá. Naquela pasta tem vários exames engavetados, aí acharam o exame</p>
Receptividade	<p>o atendimento do posto aqui, a gente chega ali e a gente é atendida</p> <p>Consulta, se tu chegar lá, tu consegue. Cada vez que eu vou, a gente vai, eu consigo consulta. E às vezes vai lá e não repassam pra consulta</p> <p>Receita também eles fazem</p> <p>O encaminhamento (para exame) eles dão, só demora pra chegar</p>
Falta de profissionais	<p>faltava uma semana pra Dra entrar em férias, e a guria só me disse assim “não tem ficha e nem sei quando vai ter”</p> <p>Aí (nas férias dos profissionais) ficamos sem nada, agora mesmo estava precisando de dentista e não tem dentista</p>
Animosidade	<p>me deu o papel “anota a senhora aqui”. Eu fiquei pensando e disse “mas escuta, não é teu serviço anotar esse número, eu não vou anotar nada”, e ela pegou e anotou. Ela é paga pra isso, eu não.</p> <p>tinha um guri que não gostava dele, sempre inverno e verão sempre com aquela carapuça (...)É preguiça, gurias! É preguiça. Se tu não tem capacidade, tu não assume.</p> <p>Por que a gente chega lá, tão tudo sentado tomando mate, fumando e tomando café.</p> <p>Primeiro eles tem que conversar pra botar o papo em dia, e se a gente reclama “olha que nós vamos chamar a polícia”</p>

Fonte: elaboração da autora.

Ao serem provocadas a falar sobre as maiores facilidades e dificuldades encontradas em relação à saúde no seu território, as participantes relataram que sempre são atendidas quando procuram a ESF e, mesmo que nem sempre haja disponibilidade de consulta médica, a acolhida é realizada.

A acolhida dos usuários também remete à “porta de entrada” dos serviços de saúde. Conforme Starfield (2002), a acolhida na atenção básica é importante, pois dá a chance do

indivíduo entender se o seu problema de saúde pode ser resolvido de forma simples, ou então se necessita de algum acompanhamento especializado.

De acordo com a PNAB, o princípio da universalidade consiste em

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades (BRASIL, 2017, *online*).

A partir das falas das participantes é possível então compreender que é realizado um primeiro atendimento pela equipe e, apesar de nem sempre haver um encaminhamento, há uma explicação para a continuidade ou não do atendimento. As participantes foram unânimes ao mencionar a demora na realização de exames laboratoriais e de imagem, como maior dificuldade encontrada. A segunda maior dificuldade relatada é a falta de fichas para consulta no período que precede e durante as férias dos médicos. Também é possível identificar nas falas que há demora para realização de consultas com médicos especialistas.

A principal questão apresentada foi a demora na realização de exames, e com ela, há um tom de descontentamento e desconfiança quando as participantes se referem aos trabalhadores das unidades, ao relatarem situações em que os pedidos de exames não foram encaminhados e sim “engavetados”. As participantes dão a entender que há “má vontade” por parte dos trabalhadores, conforme trecho retirado da transcrição do grupo:

Um dia eu cheguei bem enraivada lá, tinha um guri que não gostava dele, sempre inverno e verão sempre com aquela carapuça, era o tempo do Dr. (nome do médico), eu fui lá com meu filho, hoje não saio daqui enquanto aquele guri não me achar (o pedido de exame), eu disse assim, “tu vai achar agora, por que eu não saio daqui, tu vai sair daqui também, que tu não presta pra nada”. Sabe o que ele fez, foi em todas as gavetas, ele jogava tudo, isso aí é relaxamento, tu não tem higiene e respeito com os exames das pessoas, ‘eu vou te tirar daqui, mal educado, tira essa carapuça da cabeça e me olha, e o Dr me escutando de lá, eu vou me sentar e tu não vai atender ninguém enquanto tu não achar e me disser onde tá’. Olha, ele ficou meia hora, ele conseguiu achar. É preguiça, gurias! É preguiça. Se tu não tem capacidade, tu não assume” (Participante D).

De acordo com o Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cuja função é ampliar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica no Brasil, dentre os principais desafios para qualificação da AB

estão o ambiente pouco acolhedor nas unidades, que podem transmitir a impressão de que os serviços prestados são de baixa qualidade e direcionados de forma negativa para a população pobre e a pouca integração das equipes da AB com a RAS, principalmente com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico (Brasil, 2014).

A reclamação dos usuários em relação à demora no agendamento de exames está diretamente relacionada ao tratamento obtido no acesso à unidade, que gera sentimentos de desconfiança e animosidade, e expõe a falta de comunicação no fluxo para a RAS, ou seja, além de obviamente prejudicar o diagnóstico médico, coloca barreiras no acesso, que deveria iniciar pela confiança nos profissionais.

Dentre as diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, há a previsão de coordenar o cuidado, que implica em

elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais (Brasil, 2017, *online*).

A presença da unidade no território pressupõe o contato e o cuidado mais próximos, e um atendimento que pode se chamar de “personalizado”, em virtude dos profissionais terem acesso ao histórico de cada um, e o usuário deve poder contar com o serviço, seja de atendimento ou encaminhamento, e até mesmo de alguma explicação sobre os processos, para que seja caracterizada a coordenação do cuidado.

Buscando atender ao terceiro objetivo específico - verificar quais são os serviços que são buscados fora desse território e se isso repercute de alguma forma na vida das pessoas, os dados apresentados no quadro cinco revelam tais informações.

Quadro 05: Serviços não encontrados na ESF.

Categoria empírica	Trechos das respostas
Serviço não ofertado na UBS	<p>Algumas vacinas são feitas aqui, não todas. Por que geralmente quando precisa uma vacina, alguma coisa, não tem</p> <p>Antigamente tinha remédio, agora não, eles te dão a receita e tem que ir lá, ficar duas, três horas sentada esperando a fila correr</p> <p>Às vezes nem dipirona tem pra dar (nas UBS).</p> <p>Tem que comprar o medicamento, é caro o medicamento, só dão os que são baratinho no caso.</p>
Outros locais procurados	<p>É que eles não dão, naquele posto do centro a gente não consegue ficha, né?</p> <p>tenho ouvido que diz que ali da Upa ta sendo bom o atendimento</p> <p>Eu fui nesse doutor aqui, ele disse assim pra mim, vou te dar um remedinho, vamos esperar dez dias, eu digo doutor eu quero fazer um exame, eu tenho muita dor. Ele disse, toma por dez dias, se em dez dias não resolver, daí eu te dou exame. Daí eu fui pra casa e fiquei pior, e me fui no plantão do hospital.</p>

Fonte: elaboração da autora.

As menções que aparecem mais vezes são relativas à falta de medicamentos e à necessidade de procurar atendimento médico em lugares como o Pronto Atendimento Municipal (PAM, mencionado como UPA nas transcrições, pois o serviço funciona no prédio construído para funcionamento de uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA) e o pronto socorro do hospital, em virtude da falta de médico na ESF ou da recusa do mesmo em tratar da reclamação do paciente, conforme relato.

Os medicamentos não fornecidos na unidade são comprados, ou então é feita a tentativa de retirada na farmácia básica, que relatam ser bastante demorada: “Antigamente tinha remédio, agora não, eles te dão a receita e tem que ir lá, ficar duas, três horas sentada esperando a fila correr” (Participante A), “O atendimento lá é bem lento, na farmácia básica” (participante B).

O município de São Borja conta com três Farmácias Básicas, uma localizada no bairro central da cidade, uma no bairro do Passo e outra no bairro Paraboi. Cada ESF tem a sua farmácia básica de referência, e os usuários devem se dirigir a elas para retirada dos medicamentos que constam na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), e não são disponibilizados na unidade, conforme imagem abaixo

Imagem 03: Farmácia básica de referência de cada ESF.

EM QUAL FARMÁCIA BÁSICA DEVO RETIRAR O MEU MEDICAMENTO?	
ESF 1 (Ernesto Domeles)	PASSO
ESF 2 (Vicentinos)	PASSO
ESF 3 (Santa Rosa)	PASSO
ESF 4 (Itacherê)	PASSO ou CENTRO
ESF 5 (Passo)	PASSO
ESF 6 (Boa Vista)	CENTRO ou ZONA SUL
ESF 7 (Paraboi)	ZONA SUL
ESF 8 (Goulart)	ZONA SUL
ESF 9 (Bettim)	ZONA SUL
ESF 10 (Cabeleira)	CENTRO
ESF 11 (Jaguari)	CENTRO
ESF 12 (Várzea)	PASSO
ESF 13 (Interior)	CENTRO ou ZONA SUL
ESF 14 (Nhu-Porã)	CENTRO ou ZONA SUL
ESF 15 (Tiro)	CENTRO
ESF 16 (Centro)	CENTRO
ESF 17 (Pirahy)	CENTRO ou ZONA SUL
ESF 18 (Maria do Carmo)	CENTRO
ESF 19 (Leonel Brizola)	CENTRO

Farmácia Básica Centro: Rua Olinto Arami Silva, 362 (fone: 3430-1901)
Farmácia Básica Passo: Rua Tiradentes, 292 (fone: 3431-6935)
Farmácia Básica Zona Sul: Rua Gustavo Sampaio, 1546 (junto ao CRAS do Paraboi)

Fonte: São Borja (2024, *online*).

As Farmácias Básicas estão distribuídas nos dois extremos e no centro da cidade, e estão abertas ao público das 07h30min às 12h e das 13h às 16h, de segunda a sexta-feira. Apesar de estarem distribuídas no território, as farmácias ficam distantes de vários bairros, cujos moradores dependem de transporte público, ou alternativo, como bicicleta, para chegar ao estabelecimento.

Além disso, surgiram dúvidas quanto à eficácia dos medicamentos genéricos, fornecidos pelo SUS: “Os medicamentos que eles dão, gratuitos, são todos fracos. Se tu quiser medicamento bom tem que comprar. 300 e pouco uma caixinha de remédio bom, eles só dão esses ruins.” (Participante E). “Eu mando fazer, sai mais em conta. O meu custa R\$ 280,00, eu mando fazer, fica por R\$ 75,00. O mesmo que o médico deu”(Participante F).

Ou seja, além da necessidade de sair do bairro para ter acesso aos medicamentos, há desinformação sobre a qualidade deles, o que acaba gerando um gasto, por vezes bastante alto, na compra dos medicamentos que poderiam ser obtidos gratuitamente.

Nas falas do grupo também apareceram situações em que as participantes procuraram o pronto socorro do hospital, por não haver atendimento na ESF ou então por terem considerado o atendimento insuficiente. Relatam também já terem procurado a ESF do centro da cidade, mas que não receberam o atendimento. Outro local mencionado nas falas é o PAM, aberto diariamente das 18h às 22h, e atende a população de todo o município.

É possível compreender, a partir das falas das participantes, que a procura por atendimento em locais fora do bairro, aconteceu após a busca pelo atendimento na ESF, conforme o trecho abaixo:

Daí o meu ouvido infeccionou, fui ali no doutor “não aguento de dor no ouvido, quero que olhe meu ouvido”. Aí ele disse assim “hoje não é dia de olhar ouvido”. Eu disse “doutor, eu to com dor de ouvido”, aí diz ele assim “eu acho que é infecção, tu veio aqui pra dor na bexiga, tu não veio aqui pra dor de ouvido. Outro dia vem e tira ficha pra ver a dor de ouvido”. Aí de noite fui lá na UPA, o rapaz examinou meu ouvido e disse “tu ta com infecção no ouvido, vou te dar um tratamento de 5 dias e tu vai ficar boa” (Participante A).

É possível inferir, a partir do relato, que o atendimento recebido na ESF foi pontual e teve o intuito de tratar de um problema específico que a usuária apresentou, sem considerar o cenário completo. Da mesma forma, ao procurar o pronto atendimento, foi solicitado o tratamento pontual de uma enfermidade, por outro profissional.

Uma das diretrizes da atenção básica é a longitudinalidade no cuidado, que prevê a construção de vínculo entre profissionais e usuários, com o acompanhamento das

intervenções e demais elementos da vida dos usuários, de modo a evitar a perda de referências e reduzindo o risco do desenvolvimento de doenças por efeitos colaterais das intervenções médicas (Brasil, 2014).

Apesar da acessibilidade e do acolhimento, os relatos demonstram que nem sempre o atendimento supre as necessidades apresentadas, o que leva os usuários a buscarem por conta própria atendimento fora do seu território ou, no caso da demora ou possível negligência em relação aos exames, a ficarem sem o diagnóstico correto e conseqüentemente sem o tratamento adequado, nos casos em que seria necessário.

5. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DA PARTICIPAÇÃO POPULAR

5.1. Uso de instrumentos participativos como instrumento de avaliação de políticas públicas que pressupõe participação social

A partir da realização do grupo focal, foi concebida a possibilidade de utilizar-se da metodologia como uma forma de monitoramento da política de saúde no território, a partir da concepção de participação social.

A primazia na gestão e formulação de políticas públicas é do Estado, porém implica a participação da sociedade civil, como forma de controle social e nos processos de formulação das políticas (Raichelis, 2021). Esse movimento de participação da sociedade civil nos processos decisórios é iniciado nos anos 80, como uma resposta ao período de ditadura militar.

Esses espaços foram sendo ampliados e aprimorados nos anos seguintes, com a criação dos Conselhos Gestores de políticas sociais e o Orçamento Participativo, por exemplo. Ao mesmo tempo, o projeto neoliberal emerge no país, junto com a redemocratização e a eleição de Fernando Collor de Melo (Dagnino, 2005).

Essa dicotomia, presente e atuante no cenário social e político do Brasil, avança e se torna parte dos processos de participação e controle social. Então, os espaços de participação atuam em um cenário complexo entre a contribuição com o crescimento e avanço das políticas e o confronto com o Estado em favor do capital, pois ambos projetos se desenvolvem no mesmo cenário (Danigno, 2005).

Além do espaço em conselhos nas três esferas, a participação social ocorre também no terceiro setor, através de ONGs e entidades filantrópicas, além de movimentos sociais, que em determinadas situações adquirem um viés político partidário, e servem como “massa de manobra” de algum partido ou movimento, para moldar a opinião pública.

Por outro lado, o governo, em suas três esferas, também pode ser responsabilizado pelo enfraquecimento da participação social, criando situações e deixando de divulgar informações, por temer o embate com movimentos e grupos de trabalhadores. A forma de participação nos espaços estabelecidos também pode fomentar ou não a participação, pois muitas vezes a participação é apenas consultiva, e não deliberativa, e nem sempre o que é decidido pela participação popular é de fato concretizado.

É preciso esclarecer que, embora os conselhos sejam concebidos como um dos instrumentos de concretização do controle social sobre as ações do Estado, nem todos assumem um caráter deliberativo, ou seja, têm garantido, inclusive do ponto de vista legal, o direito de interferir efetivamente nos processos decisórios em relação aos atos governamentais no campo das políticas públicas (Raichelis, 2021, p. 6).

A participação em conselhos e demais espaços de controle social é a forma prevista na legislação, e mais comumente debatida. Porém, é possível pensar na participação social em outros segmentos das políticas públicas, como no processo de monitoramento e avaliação, principalmente de políticas sociais, a partir da pesquisa qualitativa com os usuários das políticas.

A existência de um espaço em que as pessoas possam falar sobre suas experiências e sentimentos ao utilizar a política, além de produzir dados para a avaliação, cria um espaço de trocas e o fortalecimento do grupo, que pode passar a compreender e atuar em outros espaços de controle social, e contribuir de inúmeras formas com a democratização na implantação e desenvolvimento de políticas públicas.

Não há como construir uma relação democrática sem procurar entender as interações que se dão em um determinado espaço/território, onde está instalado um determinado um serviço social público. (...) a política social expressa-se, concretamente, por meio de serviços distribuídos (bem ou mal) em espaços. Portanto, discutir território e política social supõe ter presente a prévia análise sobre os modos como cada política social se aproxima da população (Sposati, 2013, p. 17).

A pesquisa qualitativa oportuniza e exige um nível maior de proximidade entre os gestores e o campo de implantação das políticas, permite a elaboração de diagnósticos sobre os efeitos que a política tem na vida da população usuária e a investigação e análise profunda sobre as práticas do cotidiano, relações sociais e a comunicação das políticas com a população (Brasil, 2023).

Existem vários métodos e instrumentos para a realização de pesquisa qualitativa para avaliação de políticas públicas, e diversos critérios no momento de escolher o público pesquisado, de acordo com a finalidade da pesquisa e o tipo de avaliação em curso, além do delineamento de objetivos, campo da pesquisa e de que forma os dados serão tratados e disponibilizados (Brasil, 2023).

Um dos principais desafios para a realização desse tipo de pesquisa é a capacidade de mobilização do público a ser pesquisado. Por medo de represálias políticas ou desinteresse no assunto, as pessoas podem declinar dos convites para participação. Dessa forma, além da

escolha dos métodos, pode ser necessária a realização de um trabalho prévio de mobilização e diálogo com representantes dos grupos.

5.2. Proposta de roteiro para monitoramento da política de saúde no território

A proposta de um roteiro para realização de grupo focal é baseada nos atributos desenvolvidos por Starfield (2002) e nas diretrizes da PNAB (Brasil, 2017), na formulação das dimensões norteadoras do grupo.

Apesar de terem sido desenvolvidos a partir de um sistema de saúde pago e bem menos abrangente, como o dos Estados Unidos, a médica Bárbara Starfield conseguiu a aproximação com o cenário ideal do que seria fundamental no atendimento prestado pela atenção básica.

Para Starfield (2002), a Atenção Primária Em Saúde tem quatro atributos essenciais:

- Atenção ao primeiro contato: a acessibilidade e uso do serviço, todas as vezes que o usuário necessitar. A atenção ao primeiro contato envolve a percepção do usuário em relação ao acesso, tanto geográfico quanto do serviço em si, em relação aos horários de funcionamento, por exemplo.
- Longitudinalidade: pressupõe a existência de um fonte regular de atenção, e seu uso ao longo do tempo. A equipe da atenção primária deve estabelecer uma relação com seus usuários e ser capaz de identificar a população eletiva, que por sua vez, deve ser capaz de identificar que a unidade de saúde é a sua fonte regular de atenção.
- Integralidade: Implica no atendimento integral em saúde, mesmo que através de encaminhamentos para os serviços que não são prestados na unidade, e a explanação de quais são os serviços oferecidos na unidade e quais são passíveis de encaminhamentos, além da explicação sobre fluxos e processos para o encaminhamento.
- Coordenação (integração): Significa a continuidade dos atendimentos, seja pelo registro dos atendimentos de cada paciente, contendo informações pertinentes para os atendimentos subsequentes, ou pela continuidade dos atendimentos pelos mesmos profissionais, para a compreensão da situação do paciente como um todo.

A PNAB, regulamentada pela Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, traz os princípios e diretrizes que orientam a organização da saúde nos municípios. Ambas convergem em certos pontos, e de forma combinada, podem formar dimensões a serem consideradas no monitoramento da política

No quadro seis, a seguir, é apresentada a proposta de um roteiro básico de grupo focal, que contempla os aspectos possíveis de serem obtidos através das vivências da população usuária dos serviços:

Quadro 06: Roteiro de grupo focal para monitoramento da política de saúde no território.

Dimensão	Tópicos a serem abordados
Relação com o território e acessibilidade para chegar na ESF	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo que os participantes residem no bairro; - Relação dos participantes com o bairro e com os demais moradores; - Quais políticas públicas tem algum tipo de estrutura no bairro; - Distância até a ESF e tipos de transporte utilizados; - Horário de atendimento da ESF.
Acesso aos serviços e relação com os trabalhadores da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Há o entendimento de que a ESF é a porta de entrada para a RAS? - Serviços encontrados com facilidade na ESF; - Serviços difíceis de acessar na ESF; - Relação com o Agente Comunitário de Saúde e tempo que o mesmo agente atua no bairro; - Relação com os trabalhadores da ESF;
Conhecimento sobre os serviços existentes na ESF e os que devem ser buscados na RAS	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços buscados fora do bairro, sem o encaminhamento da ESF; - Serviços que a ESF encaminha para a RAS; - Conhecimento sobre os prazos e fluxos de encaminhamento para a RAS;

Fonte: Elaboração da autora.

Muitas vezes a mesma ESF é referência para diversos bairros, e é importante ter a percepção de cada comunidade em relação ao serviço prestado, dessa forma, a orientação é que seja realizado pelo menos um grupo por bairro, inclusive para fins comparativos, do serviço prestado pela mesma ESF em diferentes localidades, a partir de uma percepção territorial.

Orientação para a coleta dos dados:

- Estipular um local, dentro do bairro, que comporte no mínimo dez pessoas, e tenha banheiro, iluminação e ventilação adequados;
- Levar gravadores e se possível, câmera para filmagem do grupo;
- Realizar o grupo com pelo menos dois organizadores, e tomar nota das reações dos participantes;
- Levar um lanche coletivo e servir aos participantes durante a realização do grupo;
- Ao iniciar o grupo, fazer pactuações sobre o tempo de duração;

Após a realização do grupo, os diálogos do grupo devem ser transcritos e analisados a partir da metodologia de Análise de Conteúdo, que seguem abaixo:

Pré análise: compreende a leitura do material coletado, a escolha dos documentos que serão utilizados, a formulação ou reformulação de objetivos e a formulação de indicadores. Dessa forma, será feita a leitura da transcrição do grupo focal, e a análise do universo do material gerado (Bardin, 2011).

Exploração do material: prevê a codificação das transcrições em unidades de registro, agregando-as às categorias encontradas, que podem ser palavras e/ou expressões mencionadas no texto (Bardin, 2011).

Tratamento e interpretação dos resultados: consiste no tratamento e interpretação dos resultados, através de análises quantitativas ou não, que podem envolver estatística, e análises feitas por sistemas informatizados (Bardin, 2011).

Os resultados devem ser sistematizados, interpretados e apresentados por meio de um Relatório de Monitoramento, que deve ser disponibilizado para consulta na prefeitura e/ou em páginas institucionais na internet. Os dados obtidos através dos grupos podem representar parte do relatório, juntamente com dados quantitativos obtidos através dos sistemas tradicionais de avaliação.

Segue quadro com a sistematização dos recursos necessários para a coleta de dados e execução da avaliação:

Quadro 07: Recursos para a realização dos grupos focais:

Recursos humanos	Recursos financeiros	Recursos estruturais
<ul style="list-style-type: none"> - Equipe para planejamento e execução da avaliação; - Lideranças comunitárias para articulação dos grupos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Transporte; - Lanches; - Impressões; - Água. - Copos descartáveis; - Canetas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço físico para realização dos grupos; - Gravadores de voz; - Câmeras de vídeo; - Computadores;

Fonte: elaboração da autora.

Após a coleta e elaboração do relatório, os dados obtidos devem ser apresentados para a população participante, o poder público e os trabalhadores da Atenção Básica. Sugere-se que os dados obtidos sejam apresentados também ao Conselho Municipal de Saúde, de modo a subsidiar a atuação dos conselheiros em relação à Atenção Básica, e também de forma a aproximar a população usuária da gestão e fiscalização das política.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa objetivou compreender a percepção dos moradores sobre as condições de oferta e acesso à política de saúde em um bairro com reconhecida vulnerabilidade social, a partir da perspectiva territorial, e teve os objetivos específicos de compreender a relação da população com seu bairro, quanto ao acesso à política de saúde, quais as condições de acesso, se há e quais são os serviços de saúde procurados fora do território.

Após a análise, chegamos ao indicativo de que a relação dos moradores com seu território de vida é uma relação de pertencimento, e a política está presente no bairro, através da ESF, que fica próxima das residências dos usuários, atendendo ao critério de acessibilidade dos moradores, um requisito básico das políticas sociais presentes no território e uma das diretrizes da PNAB.

Foi possível verificar que os moradores do bairro entendem que a ESF é a porta de entrada e referência quando precisam de algo relacionado à saúde. A acolhida é realizada, mesmo que não haja sequência no atendimento. Ou seja, há o entendimento de que assuntos relacionados à saúde curativa ou preventiva devem ser buscados primeiramente dentro do território.

Apesar disso, foi possível constatar que nem sempre há relação de confiança entre os usuários e a equipe de trabalhadores, o que por vezes resulta em momentos de hostilidade e animosidade, que podem prejudicar o atendimento e a linearidade do acompanhamento aos usuários, trabalho esse preconizado por uma relação de proximidade e confiança, devido principalmente à complexidade quando se trata de adoecimento.

Em relação ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, observou-se a partir das falas, que há alta rotatividade de profissionais no bairro. Os Agentes de Saúde têm a prerrogativa de realizar um primeiro diagnóstico territorial e a aproximação com os moradores, no âmbito das suas residências, para fortalecer os vínculos da população com a instituição de saúde na localidade, além de atuar na saúde preventiva.

Por estarem presentes no dia a dia do bairro e frequentarem as residências dos usuários, os Agentes de Saúde devem estabelecer uma relação de proximidade, confiança e conhecimento acerca das dinâmicas familiares e comunitárias, para atuarem de forma a prevenir situações de doença. Muitas vezes também são os agentes os responsáveis por identificar situações de maus tratos, fragilidades e diversos tipos de abusos e outras condições que ferem a dignidade humana.

A demora para realização de exames laboratoriais e de imagem foi a maior queixa das participantes, e foi trazida muitas vezes com o relato de desconfiança em relação aos encaminhamentos feitos pela ESF e com o termo “engavetamento”, como se a demora ocorresse por negligência dos trabalhadores da unidade. Existem diversos motivos para a demora, como a existência de uma demanda muito maior do que a capacidade de atendimento da rede, por exemplo.

Esse tipo de relato demonstra também a falta de conhecimento sobre os fluxos e demandas da RAB, como o tempo estimado de espera, os laboratórios conveniados, os motivos para que alguns exames sejam realizados em um tempo menor que outros. No caso estudado, a falta de conhecimento e de explicações gera hostilidade, tanto da parte dos usuários, quanto da parte dos trabalhadores da AB, situações que podem ser facilmente superadas ações como fortalecimento de vínculos pela aproximação e diálogo transparente entre equipes e população usuária e processos de educação permanente no âmbito do SUS.

Outra situação analisada foi a busca por serviços fora do território, como medicamentos, que são disponibilizados nas Farmácias Básicas, em outros pontos da cidade, mas que as participantes do grupo focal relataram preferir comprar, em virtude do tempo na fila para retirada, ou então da desconfiança sobre a eficácia dos medicamentos genéricos. A maioria dos medicamentos receitados pode ser retirada pelos usuários nas Farmácias Básicas, distribuídas em três pontos da cidade de São Borja, embora muitos relatos foram relativos à compra dos medicamentos.

A aquisição de medicamentos acaba gerando gastos para a população, que reside em um território reconhecido como vulnerável, para acessar a um serviço gratuito e universal. É possível compreender que as participantes desconhecem a natureza e a finalidade dos medicamentos genéricos, que visam reduzir custos, após expirar a patente dos laboratórios, e possuem os mesmos princípios ativos.

Foi mencionada também a busca por serviços médicos em outros locais, em virtude do descontentamento com os atendimentos feitos na ESF. Dessa forma, problemas pontuais são atendidos por diferentes profissionais, em diferentes espaços, o que acaba por dificultar vínculos e a criação de um histórico de atendimentos e acompanhamento, além de gerar um deslocamento desnecessário.

Os atendimentos fracionados em diferentes espaços, sem o encaminhamento correto a partir da ESF dificulta a manutenção do histórico de cada usuário, e o acompanhamento integral da sua saúde, de modo a evitar situações de iatrogenia por divergências nos tratamentos e na indicação de medicamentos.

As diretrizes da Atenção Básica (AB) trazem uma concepção do usuário como indivíduo e também como parte de uma comunidade. Trazem também a noção de integralidade no atendimento da população de determinado território, com ações preventivas, informativas e curativas, fazendo com que a AB atue como porta de entrada e resolva, através de atendimentos e encaminhamentos os problemas apresentados.

Quando existem falhas nesses processos, a política de saúde dentro do território não se concretiza da forma expressa nos seus princípios e diretrizes legais e, em consequência disso, não atende a população em sua integralidade. Isso pode fazer com que a população fique sem o atendimento, ou então procure em outras instituições da Rede de Atenção à Saúde, ou até mesmo na rede privada, como acontece com os medicamentos. Em um mundo governado pelo neoliberalismo, é extremamente importante que o caráter universal e integral do SUS seja reafirmado.

Cabe destacar a dificuldade de mobilização das pessoas moradoras das comunidades, para que participem desse tipo de pesquisa. Uma hipótese para a falta de participação é que não há o incentivo para participação, por parte do poder público e até mesmo dos conselhos e demais instâncias de controle social, que não publicizam sua atuação.

Como forma de incentivar a participação popular e democratizar a monitoramento e a avaliação das políticas sociais, ao final do trabalho é sugerido um modelo de avaliação, baseado na participação dos usuários, utilizando-se de métodos qualitativos e buscando a mobilização e opinião da comunidade sobre temas relacionados ao funcionamento da política pública de saúde dentro do seu território de vida.

Além da ampliação da democracia, a participação popular expressa dessa forma, poderá contribuir para a melhoria no atendimento e encaminhamentos da Atenção Básica, para o fortalecimento dos territórios e dos próprios conselhos, além de levar conhecimento à população usuária sobre seus direitos e sobre os fluxos, prazos e processos da política dentro e fora do território.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Manuel Correia de. **A questão do território no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec. 2004.

ANDRADE, Marcella Coelho. **Políticas Públicas na Constituição Federal de 1988**: alguns comentários sobre os desafios e avanços. In: Revista Eletrônica de Ciências Sociais, Juiz de Fora, n. 29 (2019). Disponível em:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17574>

ARRETCHE, Marta. **Trajatória das desigualdades**: Como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos. 1 ed. São Paulo: Unesp, 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1ª Edição. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAUER, Martin W. e GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome. **Norma Operacional Básica**- NOB- SUAS. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Manual do Pesquisador** - Métodos e Técnicas de Pesquisa Qualitativa. Brasília: 2023. Disponível em:
https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/relatorio/relatorio_276.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília: 2006.

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: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Disponível em:
https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aceso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf

BRONZO, Carla. **Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento à pobreza**: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. In: Planejamento e políticas públicas | ppp | n. 35 | jul./dez. 2010. Disponível em:
<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/200>

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)**: um modo singular de produzir política pública. In: Serviço Social e Sociedade. 3 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

CARDOSO, José Celso. JACCOUD, Luciana. **Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal.** In: *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo.* Brasília: Ipea, 2009.

CASTRO, Jorge Abrahão. RIBEIRO, José Aparecido Carlos. **As políticas sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios.** Brasília: IPEA, 2009. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4353/1/bps_n.17_pol%C3%ADticasocial.pdf

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DANIGNO, Evelina. *Políticas culturais, democracia e o projeto neoliberal.* http://www.forumrio.uerj.br/documentos/revista_15/15_dossie_EvelinaDagnino.pdf

DIAS, Claudia Augusto. **Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas.** *Informação & Sociedade: Estudos, [S. l.], v. 10, n. 2.* Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/330/252>.

DIAS, Reinaldo. MATOS, Fernanda. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos.** São Paulo: Atlas, 2015.

DRAIBE, Sônia. **O Welfare State no Brasil: características e perspectivas.** Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/91f362d4e9d6a6d2e36d701e238198a6.pdf>

FARIA, Rivaldo de Mauro. **A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, nov. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/#>

FEE. Fundação de Economia e Estatística. Disponível em: <https://arquivofee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/detalhe/?municipio=S%E3o+Borja>.

GATTI, Bernadete A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas.** Brasília: Liber Livro, 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade.** 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

KOGA, Dirce. **Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais.** *Serv. Soc. Rev., londrina*, v. 16, n.1, p. 30-42, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/17972>.

KOGA, Dirce. **A incorporação da topografia social no processo de gestão de políticas públicas locais.** *R AP Rio de Janeiro* 39 p.635-54, Maio/Jun. 2005. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6782>

LEFEBVRE, Henry. **O direito à cidade**. São Paulo; Centauro, 2001.

LIMONAD, Ester. **Urbanização e organização do espaço na era dos fluxos**. In: Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

LOWI, Theodore J. **Four systems of policy, politics, and choice**. In. Public Administration Review, Vol. 32, No. 4. (Jul. - Aug., 1972), pp. 298-310.

MACHADO, José Ângelo. PALOTTI, Pedro Lucas de Moura. **Entre cooperação e centralização: Federalismo e políticas sociais no Brasil pós- 1988**. In: Revista Brasileira De Ciências Sociais, 30(88), 61–82. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/BRzZtt5b3MPJkZZpxqC54br/?lang=pt#>

MARICATO, Ermínia. **Habitação e cidade**. 3º ed. São Paulo: Atual, 1997.

MARICATO, Ermínia. **Para entender a crise urbana**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

MEDEIROS, Rosa Maria Vieira. **Território, espaço e identidade**. In: Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos. Marcos Aurelio Saquet, Eliseu Savério Sposito (organizadores) --1.ed.-- São Paulo : Expressão Popular: UNESP. Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2008.

MEYER, Dagmar Estermann. KLEIN, Carin. DAL'INGA, Maria Claudia. ALVARENGA, Luiz Fernando. Vulnerabilidade, gênero e políticas sociais: à feminização da inclusão social. **Revista Estudos Feministas**. Nº 22. 2014. Disponível em:
<https://scielo.br/j/ref/a/VTCnwrwVvTWqkXhS3wGvvpn/> Acesso em: 07 dez. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é tecnologia Assistiva?** 2022. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/faq/o-que-e-tecnologia-assistiva> Acesso em: 04 agos. 2024.

OLIVEIRA, Márcio Piñon. **O retorno à cidade e novos territórios de restrição à cidadania**. In: Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

RAICHELIS, Raquel. **Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a Ser Enfrentado pela Sociedade Civil**. Disponível em:
<https://escoladeconselhos.ufms.br/files/2021/06/DEmocratizar-Gest%C3%A3o-da-Pol%C3%ADticas-Sociais-Rachel-Raiquelis.pdf>

ROLNIK, Raquel. **O que é cidade**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SANTOS, Milton. **O retorno do território**. In: OSAL : Observatorio Social de América Latina. Ano 6. Buenos Aires : CLACSO, 2005. Disponível em:
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>

SÃO BORJA. **Em qual farmácia básica devo tirar meu medicamento?** 2024. Disponível em: <https://www.saoborja.rs.gov.br/index.php/saude> Acesso em: 07 dez. 2024.

SÃO BORJA. **Plano municipal de saúde.** Disponível em: https://www.saoborja.rs.gov.br/images/PLANO_DE_SAUDE.pdf

SARAIVA, Enrique. **Introdução à teoria da política pública.** In Políticas públicas: Coletânea- Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas:** Diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo Cengage Learning, 2021.

SILVA, Sandro Pereira. **Avanços e limites na implementação de políticas públicas nacionais sob a abordagem territorial no Brasil**, Texto para Discussão, No. 1898, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília: 2013.

SILVA, Sandro Pereira. **Considerações analíticas e operacionais sobre a abordagem territorial em Políticas Públicas.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília: 2013. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4283>

SOUZA, Celina. **Políticas públicas:** uma revisão da literatura. In: Sociologias. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>, 2006.

SOUZA, Soraia Pereira. BRONZO, Carla. **Os desafios da gestão territorial na proteção básica de uma metrópole.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 137, p. 54-73, jan./abr. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282020000100054&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 dez. 2020.

SPOSATI, Aldaíza. **Território e gestão de políticas sociais.** Serv. Soc. Rev., londrina, v. 16, n.1, p. 05-18, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/105206W43ac8A78E4c81.pdf>. Acesso em: 22 dez 2020.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Modelo de roteiro para Grupo Focal	
- Preparação do grupo (10 minutos)	Recepção e acomodação dos participantes; Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- e explicação sobre a preservação da identidade dos participantes; Entrega de folha em branco e caneta aos participantes (caso haja a disponibilidade de mesas, ou classes); Proposta de acordos quanto ao tempo, solicitação para gravar o encontro; Apresentação da coordenadora e moderadores; Apresentação do ambiente (saída, banheiros, etc).
- Desenvolvimento (40 minutos):	Explicar o tema da pesquisa: a relação das pessoas com seu território e principalmente com a política de saúde. Proposta de questões norteadoras para o debate: <ul style="list-style-type: none"> - Quando falamos sobre o local em que você mora, o que vem à sua mente? - O que você acredita que seja papel da saúde pública no seu bairro? - Utiliza serviços de saúde no bairro? Quais as facilidades? E as dificuldades? - Busca pelo serviço fora do bairro e/ou da rede pública?
- Encerramento (10 minutos):	Avisar que o tempo está acabando; Abrir espaço para considerações finais sobre o tema; Agradecer a participação de todos.

Fonte: elaboração da autora

APÊNDICE B

Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto:

Pesquisadora responsável: Aline Flach Santos

Instituição: Universidade Federal do Pampa – Unipampa, Campus São Borja/RS

Prezado/a Senhor/a

Você está sendo convidado/a para participar, como voluntário/a na pesquisa - **A IMPORTÂNCIA DO TERRITÓRIO NA VIDA DA POPULAÇÃO DE SÃO BORJA A PARTIR DE UMA ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**. Trata-se de um estudo de caso, de natureza qualitativa, que contempla dados de moradores de três bairros do município de São Borja. A coleta de dados será feita através de grupo focal, direcionada à compreender a relação entre a população e a política pública de saúde existente em seus bairros de residência.

Tais registros ficarão sob responsabilidade da pesquisadora responsável por um período de cinco anos e será utilizado apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, após, serão deletados e/ou incinerados. A pesquisadora garante que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins desta. Seu nome e material que indique sua participação não serão divulgados e você não será identificada/o em qualquer publicação que possa resultar deste estudo. Não há qualquer tipo de despesa ou compensação financeira durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, para você ou seus descendentes.

No que diz respeito aos benefícios, os resultados dessa pesquisa poderão subsidiar a criação de metodologias de avaliação de políticas públicas e ações de qualificação das políticas pesquisadas nos territórios. **Quanto aos riscos**, não há riscos iminentes e o/as pesquisado/a pode desistir a qualquer tempo. Por meio deste documento e a qualquer tempo você poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Também poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem sofrer algum tipo de penalidade ou prejuízo.

Caso ainda haja dúvidas você poderá pedir esclarecimentos nos endereços abaixo:

Aline Flach Santos. E-mail: alineflach.aluno@unipampa.edu.br (55) 99988-0716.

Após ser esclarecido/a sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será arquivada pela pesquisadora responsável.

Nome do Participante da Pesquisa: _____