

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM  
EDUCAÇÃO**

**OSMAR PEREIRA DOS SANTOS**

**CONTRIBUIÇÕES DO APORTE TEÓRICO DE DAVYDOV PARA O ENSINO DO  
CONCEITO TERRITÓRIO DA SAÚDE**

**GOIÂNIA  
2021**

**OSMAR PEREIRA DOS SANTOS**

**CONTRIBUIÇÕES DO APORTE TEÓRICO DE DAVYDOV PARA O ENSINO DO  
CONCEITO TERRITÓRIO DA SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação, sob a orientação da Professora Doutora Raquel Aparecida Marra da Madeira Freitas.

Linha de Pesquisa: Teorias da Educação e Processos Pedagógicos.

**GOIÂNIA  
2021**

S237c Santos, Osmar Pereira dos

Contribuições do aporte teórico de Davydov para o ensino do conceito território da saúde / Osmar Pereira dos Santos. -- 2021.

184 f.: il.

Texto em português, com resumo em inglês.

Tese (doutorado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Formação de Professores e Humanidades, Goiânia, 2021. |

Inclui referências: f. 166-182.

1. Davidov, Vassily, 1930-1998. 2. Educação em saúde. 3. Vigotsky, L. S. - (Lev Semenovich), 1896-1934 I. Freitas, Raquel A. Marra da Madeira - (Raquel Aparecida Marra da Madeira) - 1961-. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Educação - 2021. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 37.01(043)



**PUC  
GOIÁS**



**CONTRIBUIÇÕES DO APORTE TEÓRICO DE DAVYDOV PARA O ENSINO DO CONCEITO TERRITÓRIO DA SAÚDE**

Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, aprovada em 29 de outubro de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Raquel Aparecida Marra de Madeira Freitas / PUC GOIÁS

---

Profa. Dra. Giovana Galvão Tavares / Universidade Evangélica de Goiás

---

Profa. Dra. Carmes Ana da Rosa Batistella / UFT

---

Prof. Dr. Made Júnior Miranda / PUC Goiás

---

Profa. Dra. Beatriz Aparecida Zanatta / PUC Goiás

---

Prof. Dr. José Carlos Libâneo / PUC Goiás

---

Prof. Dr. Eude de Sousa Campos / UEG

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, pois sem ele esta jornada não seria realizada.

A minha orientadora, professora Dra. Raquel A. Marra da Madeira Freitas, que sempre acreditou em meu potencial e proporcionou grandes oportunidades de aprendizagem.

Aos meus queridos professores do doutorado: Aldimar, Beatriz, Elianda, Estelamares, Iria, José Carlos Libâneo, José Maria, Lila, Made Júnior, Maria Zeneide, Maria Esperança, pelos ensinamentos com muita competência.

À banca examinadora: Beatriz Aparecida Zanatta, Carmes Ana da Rosa Batistella, Giovana Galvão Tavares, Made Júnior Miranda, Raquel A. M. M. Freitas, a todos muito obrigado pela contribuição.

Aos meus pais pelo dom da vida, pelo carinho e amor.

Aos colegas e amigos do programa de doutorado: Lanker, Luso, Leonardo, Daniela, Elzilene, pelo apoio e carinho.

A minha querida família, em especial aos meus sobrinhos Guilherme Henrique e Izabella Ohana, pelo apoio, ajuda e compreensão durante minha ausência.

Aos meus amigos: Ana Lúcia, Cristhiany, Sandra Rosa, Taiana, pelo apoio em todas as horas, principalmente nas mais difíceis.

Em especial a Ricardo Cezar Ramalho pela parceria de todas as horas.

*A todos muito obrigado e eterna gratidão!*

## DEDICATÓRIA

*Este trabalho é dedicado a Deus,  
que sempre esteve presente em  
todos os momentos da minha vida,  
e a minha amada mãe que sempre  
me ajudou nas horas mais difíceis.*

## RESUMO

Linha de pesquisa: Teorias da Educação e Processos Pedagógicos.

Predomina na formação de profissionais de saúde, atualmente, a utilização de certas metodologias ativas de caráter pragmático, quando não o método tradicional de ensino, o que representa grande limitação à promoção de um pensamento teórico-dialético ao futuro profissional de saúde. Território da saúde é um conceito fundamental na formação de profissionais da área da saúde, representando uma ferramenta intelectual essencial para a produção do cuidado a partir do perfil epidemiológico e dos equipamentos sociais existentes, principalmente quando há áreas e microáreas de risco para vulnerabilidade social, física e biológica. É um conceito formulado na perspectiva dialética que, entretanto, nos cursos de graduação tem sido ensinado por meio de métodos que estão em desconexão com esse caráter. Na concepção da teoria do ensino desenvolvimental de Davydov para apropriar-se de um conceito teórico, o aluno utiliza o método dialético realizando a ascensão do pensamento do abstrato ao concreto, compreendendo o objeto em sua constituição e desenvolvimento a partir de necessidades sociais e históricas. Partindo do pressuposto de que esta teoria contribui para o ensino do conceito território da saúde dentro da perspectiva materialista dialética, a presente pesquisa foi realizada em torno de algumas questões: como o ensino do conceito território da saúde pode ser organizado a partir do aporte da teoria do ensino desenvolvimental de Davydov? Como inserir o aluno de um curso de graduação na área da saúde no movimento investigativo do conceito território da saúde, utilizando o método de ascensão do pensamento do abstrato ao concreto? Que contribuições podem ser destacadas do aporte teórico de Davydov para o ensino do conceito território da saúde? O objetivo foi analisar o aporte da teoria de Davydov apontando suas contribuições para conferir um caráter dialético ao ensino do conceito território da saúde em cursos de graduação da área da saúde. Metodologicamente, procedeu-se em duas etapas, a primeira sendo a revisão de literatura do tipo integrativa e, a segunda, a pesquisa bibliográfica. Os resultados apontaram que o ensino do conceito território da saúde orientado por princípios pedagógicos e didáticos da teoria do ensino desenvolvimental de Davydov, materializados na estrutura da atividade de estudo, contribui para avançar a formação de futuros profissionais de saúde para que atuem com o conceito território da saúde como uma ferramenta intelectual e prática que permite realizar o cuidado à saúde de forma mais justa e democrática.

**Palavras-Chave:** Território da saúde. Ensino Desenvolvimental. Teoria Histórico-cultural. Graduação.

## ABSTRACT

Line of research: Theories of Educational and Pedagogical Processes.

Currently, the use of certain active methodologies of a pragmatic nature predominates in the training of health professionals, if not the traditional method of teaching, which represents a major limitation to the promotion of theoretical-dialectical thinking for future health professionals. Health territory is a fundamental concept in the training of health professionals, representing an essential intellectual tool for the production of care based on the epidemiological profile and existing social equipment, especially when there are areas and micro-areas at risk for social, physical vulnerability and biological. It is a concept formulated in the dialectical perspective that, however, in undergraduate courses has been taught through methods that are disconnected from this character. In the conception of Davydov theory of developmental teaching, to appropriate a theoretical concept, the student uses the dialectical method, realizing the rise of thought from the abstract to the concrete, understanding the object in its constitution and development is based upon social and historical needs. Based upon the assumption that this theory contributes to the teaching of the territory of health concept within the dialectical materialist perspective, this research was carried out using these questions: how can the teaching of the territory of health concept be organized from the perspective of contribution of Davydov theory of developmental teaching? How does one insert the student of an undergraduate course in the health area in the investigative movement of the concept of health territory using the method of rising from abstract to concrete thinking? What contributions can be highlighted from Davydov theoretical contribution to the teaching of the concept of health territory? The objective was to analyze the contribution of Davydov theory, pointing out its contributions to give a dialectical character to the teaching of the concept of health territory in graduate courses in the health area. From a methodological perspective, it was carried out in two stages, the first being the literature review and the second, the bibliographical research. The results showed that teaching the territory of health concept guided by pedagogical and didactic principles of Davydov theory of developmental teaching materialized in the structure of the study activity which contributed to advancing the training of future health professionals to work with the territory of health concept as an intellectual and practical tool that allowed health care to be carried out in a more fairer and democratic way.

**Keywords:** Health territory. Developmental Teaching. Historical-cultural theory. University graduate.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Determinantes sociais da saúde: o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead.....	35
Figura 2: Organização e operacionalização dos princípios doutrinários e organizativos.....	40
Figura 3: Gráfico representativo das escalas de abordagem das ações e práticas de saúde na UBSF.....	46
Figura 4: Configurações territoriais no processo de territorialização em saúde.....	46
Figura 5: A mudança dos sistemas de pirâmides e hierárquicos para as redes de atenção à saúde no SUS.....	68
Figura 6: Fluxograma Prisma para seleção de artigos nas bases de dados em estudo, Goiânia-GO, Brasil, 2021.....	79
Figura 7: Número de Teses analisadas que abordam o tema território da saúde segundo a Unidade Federativa.....	93
Figura 8: Número de Dissertações analisadas que abordam o tema território da saúde segundo a Unidade Federativa.....	94
Figura 9: Número de Teses analisadas que abordam o tema território da saúde por ano de publicação.....	95
Figura 10: Número de Dissertações analisadas que abordam o tema território da saúde por ano de publicação.....	95
Figura 11: Exemplificação sobre a zona de desenvolvimento proximal – ZDP.....	116
Figura 12: Relação sobre o conceito território da saúde.....	150

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Representação didática de um território da saúde.....	48
Quadro 02: Situações prováveis de serem encontradas no território da saúde.....	49
Quadro 03: Saberes que aproximam a saúde e a geografia.....	61
Quadro 04: Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.....	70
Quadro 05: Distribuição dos artigos científicos que abordaram a temática território da saúde.....	80
Quadro 06: Quantitativo de artigos publicados sobre o tema território da saúde de acordo com o periódico e ano de publicação.....	87
Quadro 07: Teses e Dissertações com abordagem do tema território da saúde, no banco de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD, no período de 2000 a 2020. Goiânia – GO, Brasil. 2021.....	88
Quadro 08: Algumas obras analisadas de Davydov.....	105
Quadro 09: Autores que se dedicam ao estudo de Davydov.....	105
Quadro 10: Ações da Atividade de Estudo.....	142

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ABS** – Atenção Básica de Saúde

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**BDTD** – Banco de Dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

**CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CLSC** – Centros Locais de Serviços Comunitários

**CFB** – Constituição Federal Brasileira

**COVID-19** – Doença do Coronavírus

**DSS** – Determinantes Sociais da Saúde

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**eSF** – Equipe de Saúde da Família

**FURG** – Universidade Federal do Rio Grande

**LILACS** – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

**ME** – Ministério da Educação

**MS** – Ministério da Saúde

**NASF** – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

**NOAS** – Norma Operacional da Assistência à Saúde

**NOB** – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OAPS** – Observatório de Análise Política em Saúde

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**Pacs** – Programa de Agente Comunitário de Saúde

**PAS** – Programa de Agentes de Saúde

**PMAQ-AB** – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

**Pnacs** – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

**PSF** – Programa Saúde da Família

**PubMed** – *National Library of Medicine National Institutes of Health*

**Raps** – Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

**RAS** – Rede de Atenção à Saúde

**REBEn** – Revista Brasileira de Enfermagem

**REME** – Revista Mineira de Enfermagem

**RGSS** – Revista de Gestão em Sistemas de Saúde

**REU** – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

**SciELO** – *Scientific Electronic Library Online*

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UBSF** – Unidade Básica de Saúde da Família

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UFRGS** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**UNESP** – Universidade Estadual Paulista

**USF** – Unidade de Saúde da Família

**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

**ZDP** – Zona de Desenvolvimento Proximal

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I – TERRITÓRIO DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E RELAÇÕES COM O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	24
1.1 Território, Territorialidade, Territorialização e saúde.....	24
1.2 Atenção Primária à Saúde e a Promoção da Saúde.....	30
1.3 Saúde Pública Brasileira: o Sistema Único de Saúde – SUS.....	38
1.4 A estratégia Saúde da Família e o Território da Saúde como conceito fundamental.....	44
1.5 Dos aspectos históricos sobre a aproximação do uso do território com o setor saúde, as redes de atenção à saúde.....	56
População e Região de Saúde.....	68
Estrutura Operacional.....	68
Modelo de Atenção à Saúde.....	69
CAPÍTULO II – ENSINO DO CONCEITO TERRITÓRIO DA SAÚDE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	75
1. Formação em Saúde.....	75
2. Revisão da Literatura.....	76
2.1 Materiais encontrados nos bancos de dados pesquisados.....	80
2.2 Formação profissional em saúde.....	96
2.2.1 Território, Determinantes Sociais de Saúde e Promoção da Saúde.....	97
2.2.2 Território e/ou territorialidades e/ou intersetorialidades.....	99
2.2.3 Vínculo do profissional de saúde com a comunidade como fator facilitador no processo saúde-doença.....	101
2.2.4 Vulnerabilidade e/ou Conflito.....	102
CAPÍTULO III – FUNDAMENTOS PARA O ENSINO QUE PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE: A PERSPECTIVA DA TEORIA DE DAVYDOV.....	104
1. Fundamentos da concepção histórico-cultural de ser humano e do desenvolvimento na teoria de Vygotsky.....	107
2. Conceitos fundamentais da teoria de Vygotsky com implicações para a o ensino- aprendizagem escolar e o desenvolvimento humano.....	111
2.1 Processo de formação de conceitos.....	116
3. A contribuição de Leontiev: atividade humana e constituição da consciência.....	120

4. A contribuição de Elkonin: relação entre mudanças na atividade humana e períodos do desenvolvimento.....	124
5. O Ensino para o desenvolvimento humano – a concepção de Davydov.....	127
5.1 Princípios didáticos.....	130
1. Caráter sucessivo da aprendizagem.....	130
2. Princípio da Acessibilidade.....	131
3. Caráter consciente e visual direto (ou intuitivo do ensino).....	131
5.2 Pensamento teórico, conceito teórico.....	135
5.3 Abstração, generalização e formação de conceitos.....	138
5.4 Atividade de estudo: estrutura e conteúdo.....	140
<b>CAPÍTULO IV – AS CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DE DAVYDOV PARA ORGANIZAÇÃO DO ENSINO DO CONCEITO TERRITÓRIO DA SAÚDE.....</b>	<b>145</b>
1. Organização do ensino visando à aprendizagem de conceitos.....	145
2. O conceito território da saúde e sua relação universal.....	147
Avaliação diagnóstica para a descoberta do conhecimento real do aluno sobre do conceito território da saúde.....	152
Atividade de Estudo do Conceito Território da Saúde.....	153
Primeira ação: Transformação dos dados da tarefa e identificação da relação universal de território da saúde.....	153
Segunda ação: Modelação da relação encontrada em forma objetivada, gráfica e/ou literal.....	157
Terceira ação: Transformação do modelo para estudar suas propriedades de forma aprofundada.....	158
Quarta Ação: Construção de um sistema de tarefas particulares que podem ser resolvidas por um procedimento geral.....	160
Quinta Ação: Monitoramento da realização das ações anteriores.....	162
Sexta Ação: Avaliação da assimilação do procedimento geral como resultado da solução da tarefa de aprendizagem dada.....	162
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>163</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>166</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>183</b>

## INTRODUÇÃO

Com o advento da globalização, o Brasil e o mundo estão passando por transformações que atingem todos os setores, sejam eles sociais, políticos, econômicos, educacionais e saúde. No Brasil, o setor saúde vem passando por mudanças importantes nos últimos 30 anos. Essas foram conquistas, frutos de muitos anos de lutas que ocorreram entre a sociedade civil e política, intelectuais e os movimentos sociais nas décadas de 1970 e 1980.

A atual estrutura do sistema de saúde público, universal, integral e gratuito, foi construída durante o processo de redemocratização do Brasil e antes de sua criação pela Constituição de 1988. O evento mais importante dessa estruturação foi a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Esse avanço contou com uma série de conferências prévias estaduais e municipais. Nelas houve a participação ativa da sociedade, e a conclusão passou a ser referência para os integrantes e nortearam as mudanças posteriores. A criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, sob o comando do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) - neste período antes da promulgação da Constituição Federal Brasileira – CFB, fortaleceu as iniciativas de descentralização e universalização e preparou a introdução do Sistema Único de Saúde – SUS (NEGRI, 2002).

O SUS foi resultado de muitos anos de luta pelo grupo do Movimento da Reforma Sanitária, com isso, a saúde pública brasileira ganhou novos olhares, um novo rumo e outro sistema operacional, atribuindo a ela novas políticas também. Com o novo modo de operar no setor saúde, surge uma nova demanda, que era a formação dos profissionais da área para trabalhar neste novo sistema de saúde, havendo a necessidade de o Ministério da Saúde – MS e o Ministério da Educação – ME criarem e articularem estratégias para alcançar esse novo perfil de formação.

Visando a formação de recursos humanos para a saúde, foi necessária a participação, principalmente, não só das escolas de Ensino Superior em Saúde, no que diz respeito à formação de profissionais de saúde habilitados para atender as exigências do SUS (SILVA; SANTANA, 2015). Segundo Pinto *et al.*, (2013, p. 1526):

[...] No Brasil, particularmente, a dinâmica decorrente da coexistência de um processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), paralela à reconfiguração do setor privado, tem contribuído para a priorização da área de Trabalho e Educação na saúde na agenda governamental em diversos níveis, induzindo a formulação e a implementação de políticas públicas.

Esse processo requer uma análise da ampla gama de questões a serem enfrentadas no processo de formação profissional, na educação permanente dos trabalhadores de saúde e nos mecanismos de contratação, distribuição e gestão do trabalho nos diversos cenários de produção de ações e serviços de saúde, além de sistema de gestão, regulação e controle social do SUS (PINTO *et al.*, 2013).

Com esses pressupostos, falar da formação em saúde como estratégia para a consolidação do SUS significa refletir sobre as diretrizes curriculares nacionais como uma base conceitual, filosófica e metodológica, que norteiam novas propostas pedagógicas no processo de formação de uma imagem profissional. Tais profissionais devem ter competências e habilidades que sejam adequadas às exigências nacionais e internacionais para a formação de um profissional crítico-reflexivo, com capacidade de transformar a realidade social, promoção da mudança e atuação na saúde da população (SILVA; SANTANA, 2015).

Ao analisar algumas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde, observam-se as recomendações para que atendam às necessidades do SUS. No caso da Enfermagem (BRASIL, 2001), os Ministérios da Educação e da Saúde recomendam a formação para atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento. Portanto, o currículo do curso deve estar relacionado ao processo saúde-doença da pessoa, família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integração das ações. A formação médica também deve atender às necessidades sociais da saúde e priorizar o SUS. No caso da odontologia (BRASIL, 2021), a diretriz curricular nacional do curso reconhece a importância da rede de atenção à saúde do SUS e da saúde pública como cenário de atuação no processo de formação acadêmica do futuro profissional.

A formação na graduação em saúde engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades de pensamento e a compreensão plena do

SUS. Essa formação deve ter como objetivo a transformação da prática profissional e da própria organização do trabalho, deve-se basear na problematização do processo de trabalho e sua capacidade de acolher e cuidar de todos os aspectos e necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidade. É interessante que a educação dos profissionais de saúde seja pautada na ideia da integralidade, tanto na atenção quanto na gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Devido a importância que a saúde pública apresenta no cenário brasileiro, por ter um sistema de saúde único, universal e gratuito à população, ela se tornou parte do currículo da graduação em saúde, seja como disciplina específica ou o conteúdo inserido em ementa de alguma disciplina da matriz curricular dos cursos da área da saúde. O curso de graduação em Enfermagem proporcionou meu primeiro contato com a saúde pública, que ocorreu por meio de disciplina específica do curso. São nas aulas práticas e estágio no cenário onde acontecem as ações em saúde, tais como consultas de enfermagem, palestras aos grupos dos programas atendidos na unidade de saúde, visitas domiciliares, mapeamento de área para conhecer as condições socioeconômicas, ambientais e risco daquela população, dentre outras. Foi nesse período que meu interesse pela ocupação urbana, pelos espaços públicos e as questões territoriais despertou.

Ao entrar no Programa de Pós-graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, na modalidade de mestrado da UniEvangélica, iniciei uma pesquisa sobre território e saúde vinculado à Estratégia Saúde da Família – ESF que permitiu um aprofundamento e uma abordagem maior sobre as condições territoriais e sua relação com o processo saúde-doença. A investigação revelou que os profissionais de saúde entrevistados apresentavam dificuldades no entendimento de território da saúde. Eles vincularam a esse conceito, basicamente, o entendimento de um espaço delimitado como área e microárea, levando a uma inquietação e a uma dúvida: a limitação do conhecimento sobre território da saúde está no processo de formação dos profissionais de saúde?

Já ao ingressar no programa de doutorado em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, ao cursar a disciplina Didática para o Desenvolvimento Humano, tive a oportunidade de conhecer uma vasta literatura

que oportunizou o conhecimento da Teoria Histórico-cultural de Vygotsky<sup>1</sup> e consequentemente a Teoria do Ensino Desenvolvimental de Davydov<sup>2</sup>, assim, despertou motivo e desejo em desenvolver um processo investigativo sobre o ensino e a formação do conceito território da saúde de acordo com a Teoria do Ensino Desenvolvimental.

As políticas públicas de saúde, com a criação do SUS, trouxeram uma nova proposta de formação para os cursos de graduação em saúde, principalmente para os Cursos de Enfermagem e Medicina<sup>3</sup>. Surgiu a necessidade de repensar a formação dos profissionais da área da saúde e de gerar um currículo que atendesse às necessidades do novo sistema de saúde. Sendo assim, o SUS tem seus princípios e diretrizes, os quais serão tratados em capítulo específico, esses estabelecem uma nova forma de pensar e executar as ações em saúde no Brasil. O modelo biomédico com centralidade na doença foi substituído por outro com o foco na promoção da saúde, na prevenção de doenças, reabilitação e na qualidade de vida do indivíduo e da comunidade. Portanto, torna-se necessário um novo olhar sobre a formação de tais profissionais que, de certo modo, acabou tendo uma formação muito voltada para atender ao que preconiza o SUS.

Com a criação do SUS, o território da saúde ganha destaque, pois para Barcellos (2006), o território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. Logo, o reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Na Lei 8080/90, o SUS trabalha com o território multiescalares, considerando a relação de poder entre as esferas federal, estadual e municipal, com direção única do maior para o menor poder, ou seja, da instância federal e a municipal, caracterizando a descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990). Essa lei enfatiza a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, desse

---

<sup>1</sup> Foram encontradas várias grafias do nome desse autor, optou-se pela grafia de acordo com o autor citado, quando não citar um autor, a grafia será Vygotsky.

<sup>2</sup> Diante das diversas formas de grafia para o nome desse autor, optou-se pela grafia de acordo com o autor citado, quando não houver citação de autor, será usado a grafia Davydov.

<sup>3</sup> Citam-se esses dois cursos de graduação na área da saúde por serem componentes da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família, e o autor optou por trabalhar, nesse estudo, apenas com essa categoria de equipe mínima.

modo, os espaços territoriais são divididos em áreas menores e as ações de saúde são planejadas de acordo com a realidade e as necessidades da população local. Para o planejamento e execução das ações em saúde, os profissionais devem levar em consideração os fatores determinantes e condicionantes de saúde, entendidos como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, p. 01), dentre outros. Os fatores determinantes e condicionantes de saúde levam em consideração a forma como as famílias levam a vida, assim, existe a aproximação com o conceito de território usado<sup>4</sup> de Milton Santos, pois esse conceito considera os processos históricos e as ações das relações humanas.

Em 1997, o MS publicou um documento com as diretrizes operacionais para a implantação do modelo de Saúde da Família nas unidades básicas que passariam a ser operacionalizadas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais. Neste documento, foi estabelecido que a unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, sendo essa área de sua responsabilidade. Outras definições como área, microárea e domicílio foram mencionadas no referido documento (BRASIL, 1997).

Já na Portaria nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde – RAS no SUS, a regionalização como eixo estruturante das políticas de saúde em rede, o trabalho dos profissionais saúde, um lugar de criação e inovação para a produção de saúde e o território, é tido como território vivo, o que observa no trecho a seguir:

[...] o trabalho é um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões (BRASIL, 2010, p. 01).

A referida Portaria trouxe a ideia da organização territorial em saúde baseada na Região de Saúde, devendo ser bem definida e delimitada, cuja a base são os parâmetros espaciais e temporais, garantindo que as estruturas estejam

---

<sup>4</sup> Vale ressaltar que o conceito de território usado de Milton Santos será abordado no corpo desta tese.

bem distribuídas no território, assegurando o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (BRASIL, 2010).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre o SUS, mantém a organização do território na forma de região de saúde, definindo-a como sendo o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, cuja finalidade é a de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Dessa maneira, fica evidente a importância de compreender-se a organização da saúde dentro de uma rede de atenção à saúde e considerar suas particularidades (BRASIL, 2011). Para tanto, a RAS trabalha com a lógica do território circunscrito e definindo, recomendando que as equipes multiprofissionais de saúde conheçam bem as necessidades de sua população e o território, definindo suas responsabilidades para que possam determinar a oferta de serviços de saúde.

O território, como base de organização das políticas de saúde, inclusive as voltadas para a promoção da saúde, é legitimado nas argumentações de garantia de acesso aos serviços de saúde, assim como pela possibilidade de maior conhecimento das necessidades específicas de cada localidade, permitindo um melhor planejamento das ações consideradas mais adequadas para atender com maior rapidez e eficácia a demanda de saúde da comunidade local (CAPPELLARI; COUTO; HILLESHEIM, 2015).

Os territórios são cenários de prática na formação de profissionais da área da saúde onde se identificam áreas e microáreas de riscos para a produção do cuidado a partir do perfil epidemiológico e os equipamentos sociais existentes para caracterizar a vulnerabilidade social, física e biológica (SOUZA; ANDRADE, 2014).

Território da saúde é conceito essencial a ser formado em cursos de graduação na área de saúde, o que implica a exigência, também, de formação desse conceito pelos professores que o ensinam nestes cursos. Em outras palavras, deve-se considerar como os docentes têm abordado esse conceito e sua relação teórico-prática, bem como sua formação didática para ensinar. A situação mais frequente que se verifica é o docente da área da saúde com formação de

bacharel, porém sem formação pedagógico-didática, embora esteja atuando como docente. Ao exercer a docência, o profissional bacharel não recebeu, antes, uma formação pedagógica e esse, quando recebeu, costuma ser de forma fragmentada e pontual, permanecendo sem conhecimentos do campo pedagógico, em particular conhecimentos didáticos, que sustentem de forma consistente sua prática de ensino e que impulsionem a aprendizagem dos alunos tendo em vista seu desenvolvimento.

Bomfim; Goulart e Oliveira (2014) afirmam que a formação docente não é neutra, tem caráter reflexivo e crítico sobre o trabalho docente realizado nas escolas de educação profissional que formam trabalhadores, principalmente, para o SUS; além disso, existe a oferta de bases para a construção de outras práticas nessa área. Em primeiro lugar, o trabalho em saúde é fortemente marcado pela divisão tecnicista, em segundo, as efetivas mudanças na realidade em saúde e em educação demandam transformações no modelo social.

Nos cursos de graduação da área de saúde, a organização do ensino do conceito território da saúde ainda não avança no sentido de promover sua aprendizagem por um método dialético de pensamento. Em geral, os cursos permanecem utilizando metodologias ativas fundamentadas em teorias pragmatistas (PBL, metodologia da problematização, dentre outras). Essas metodologias apresentam características que as diferenciam dos métodos tradicionais de ensino, uma dessas características é a ênfase na aprendizagem ativa do aluno a partir da solução de problemas. Assim como essas metodologias apresentam pontos positivos, elas também apresentam limitações, no caso da PBL, corre-se o risco de os alunos usarem apenas suas experiências e interpretações pessoais no processo de aprendizagem, deixando de lado outras visões, interpretações e reflexões importantes para o campo do conhecimento científico, ético e crítico (FREITAS, 2012).

É necessário superar a desconexão entre o caráter dialético do conceito território da saúde e o caráter pragmático do seu ensino na atualidade. Para isso, partimos dos pressupostos de que a teoria do ensino desenvolvimental de Davydov apresenta uma metodologia adequada ao ensino desse conceito, pois a organização do ensino tem seu foco na atividade do aluno como o objeto da aprendizagem para a formação de conceitos teóricos. Para apropriar-se do conceito

teórico de um objeto, o aluno realiza a atividade de estudo utilizando o método de ascensão do pensamento do abstrato ao concreto, compreendendo o objeto em sua constituição e desenvolvimento a partir de necessidades sociais históricas (DAVYDOV, 1988).

Assim, surgiram as seguintes questões norteadoras: Como o ensino do conceito território da saúde pode ser organizado a partir do aporte da teoria do ensino desenvolvimental de Davydov? Como inserir o aluno de um curso de graduação na área da saúde no movimento investigativo do conceito território da saúde, utilizando o método de ascensão do pensamento do abstrato ao concreto? Que contribuições podem ser destacadas do aporte teórico de Davydov para o ensino do conceito território da saúde? O objeto de pesquisa deste estudo é o ensino e a formação do conceito território da saúde.

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar o aporte da teoria de Davydov, apontando suas contribuições para conferir um caráter dialético ao ensino do conceito território da saúde em cursos de graduação da área da saúde. Os objetivos específicos foram os seguintes: discutir a forma de organização do ensino do conceito território da saúde a partir dos princípios da teoria do ensino desenvolvimental de Davydov; caracterizar a atividade de estudo do conceito território da saúde pelo aluno de cursos de graduação na área da saúde como um movimento investigativo, utilizando o método de ascensão do pensamento do abstrato ao concreto; destacar contribuições da teoria de Davydov para o ensino do conceito território da saúde.

A parte metodológica deste estudo aconteceu em duas etapas, a primeira foi a revisão de literatura do tipo integrativa, considerando-se o diálogo com o conhecimento produzido sobre o tema ensino-aprendizagem do conceito território da saúde. A segunda foi a pesquisa bibliográfica que considera as indicações apontadas por Gil (2014): objeto de estudo proposto ainda é pouco estudado; a aproximação com o objeto requer que seja a partir de fontes bibliográficas. Os procedimentos metodológicos da revisão de literatura são apresentados de forma detalhada no capítulo II e os da pesquisa bibliográfica no capítulo III.

A tese está estruturada em quatro capítulos, a saber: Capítulo I – Território da Saúde: Aspectos Históricos e Relações com o Modelo de Atenção à Saúde. Nesse capítulo foram abordados os aspectos históricos da concepção do território

e saúde a partir do modelo de atenção à saúde em nosso país e da constituição do Sistema Único de Saúde – SUS. Capítulo II - Ensino do Conceito Território da Saúde em Cursos de Graduação na Área da Saúde. Esse capítulo teve como finalidade apresentar os achados da revisão de literatura sobre o ensino deste conceito, especificamente nos cursos de graduação na área da saúde. Capítulo III – Organização do Ensino do Conceito Território da Saúde na Concepção da Teoria de Davydov. Esse capítulo apresentou a pesquisa bibliográfica proposta neste estudo (Teoria Desenvolvimental). Capítulo IV – Organização do Ensino do Conceito Território da Saúde na Concepção da Teoria de Davydov. Esse capítulo foi destinado à organização do ensino do conceito território da saúde para alunos dos cursos de graduação na área da saúde. Para tanto, foram usadas as contribuições de Davydov. Considerações Finais: a formação dos profissionais de saúde deve caminhar em direção às perspectivas que contribuam para o desenvolvimento integral de tais profissionais.

## **CAPÍTULO I – TERRITÓRIO DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E RELAÇÕES COM O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Neste capítulo, busca-se aprofundar a discussão do tema investigado, abordando aspectos históricos da concepção do território e saúde a partir do modelo de atenção à saúde em nosso país e da constituição do Sistema Único de Saúde – SUS. São apresentadas as reações entre a adoção do conceito território da saúde e sua incorporação, principalmente na estratégia Saúde da Família.

### **1.1 Território, Territorialidade, Territorialização e saúde**

O território brasileiro começa a ser construído a partir dos anos de 1500 com a chegada dos europeus, pois, até então, o Brasil não existia como nação, o que existia era o espaço físico. O processo de apropriação desse espaço é marcado pelo movimento das navegações em que os portugueses e espanhóis foram pioneiros. Com a vinda dos portugueses para o Brasil, havia a necessidade de explorar a nova colônia naquele momento. Em outras palavras, era a apropriação do espaço físico e da matéria prima abundante e essencial naquele período (MARQUES, 2017).

De fato, em um país colonial como o Brasil, a dimensão espacial é de extraordinária importância na explicação dos processos sociais e da vida política, causando impacto direto em sua composição territorial. Nesse sentido, a divisão político-administrativa do território brasileiro faz parte do patrimônio colonial que ainda existe mesmo após o processo de independência dos países vizinhos, pois a nova ordem político-territorial é baseada no quadro econômico e social criado no século XIX (FIGUEIREDO, s/d)

No avanço nas pesquisas sobre território, Salvador (2009) fez uma análise sobre os estudos de três teóricos, Ratzel, Raffestin e Sack, o período compreendido é do século XIX até meados do século XX. Primeiro, Ratzel, cujas ideias são datadas do século XIX. Para ele o território seria ancorado na ideia de posse, espaço pertencente a alguém ou a um grupo. Já Raffestin buscou diferenciar espaço e território, considerou o espaço como sendo anterior ao território. E Sack

procurou diferenciar um simples lugar de um território. Para esse autor, o território exige esforço para manter o controle sobre tal.

No Brasil, após os anos de 1950, houve a renovação da geografia no país, com isso, destacaram-se as produções teóricas de vários autores que se constituem como referência na geografia, nas ciências sociais, na ciência da saúde, dentre outros. No que se refere à categoria território, também não é diferente, muitos autores têm se destacado, entre eles: Bertha Becker, Milton Santos e Rogério Haesbaert entre outros, pelas produções disponíveis no Brasil e no mundo. As ideias de Milton Santos e de Rogério Haesbaert serão discutidas neste capítulo com a finalidade de compreensão do território e sua importância para a área da saúde (SILVA, 2017).

Para a compreensão do conceito de território<sup>5</sup> e sua importância para o setor saúde, é preciso ficar claro que o espaço e o território são conceitos diferentes, mas interligados. Souza (2019) escreveu sobre Milton Santos, que afirmava ser o espaço geográfico tido como uma categoria de análise, uma instância social. Como instância social, o espaço precisa ser considerado, na compreensão da sociedade, como ele o é, instância econômica, cultural, política e o próprio espaço geográfico. O espaço é uma totalidade em movimento, como instância ele é abstrato, portanto, não pode ser produzido. Quando o percebe, este passa a ser considerado o espaço historicizado (usado), então o território usado é o historicizado, e como se historiciza um espaço? Pelo uso. Para a autora, Milton Santos define o território usado como sendo o espaço historicizado, usado pelo povo nação, assim, mostra que esse teórico vai além do que é usado pela ciência política, que seria o entendimento do espaço definido como limite político administrativo. Sobre a importância do espaço Milton Santos (2001, p. 114, grifo do autor):

O papel do lugar é determinante. Ele não é apenas um quadro de vida, mas um espaço vivido, isto é, de experiência sempre renovada, o que permite, ao mesmo tempo, a reavaliação das heranças e a indagação sobre o presente e o futuro. A existência *naquele* espaço exerce um papel revelador sobre o mundo.

---

<sup>5</sup> Território é um termo polissêmico, nesta tese foi escolhido o Território Usado de Milton Santos, por ser a categoria empregada pela ciência da saúde. Porém, trouxemos outras definições para apresentar os vários sentidos desse termo.

O território é usado por pessoas e pelas indústrias. O território usado pelo “povo” é denominado por Milton Santos como abrigo, é o espaço de todos, é o espaço banal. Já o usado pelas indústrias, é denominado de território recurso, com normas para fazer o sistema girar (produzir). Nesse território existe uma predominância da tecnoesfera, ou seja, é o uso intenso das tecnologias para dar fluidez ao processo. Portanto, quando se pensa no território em sua totalidade, ele é “picotado” pelo uso, deixando de existir em sua totalidade em uma análise mais profunda. Isso acontece pela concorrência por espaço entre o território abrigo e o território recurso (SOUZA, 2019).

Para Milton Santos (1998), o campo da contradição entre o mercado e a sociedade civil é o território, em suas diversas dimensões e escalas. O lugar é tido como sendo a sede da resistência da sociedade civil. Portanto, esse autor insiste na necessidade do conhecimento sistemático da realidade, mediante o tratamento analítico desse seu aspecto básico que é o território usado e o uso do território. Ele recomenda, ainda, antes de mais nada, que o essencial é rever a realidade de dentro, ou seja, é interrogar a sua própria constituição dentro do momento histórico.

O território é considerado social, ou seja, retém indícios do trabalho humano, das relações de poder entre as pessoas e o meio que o envolve. Além disso, o território usado também revela comportamentos do Estado que aparecem em tela nos diferentes contextos, costumando privilegiar os interesses da classe hegemônica (SALVADOR, 2009).

Souza (2005) relata que, para Milton Santos, os territórios usados constituem as categorias básicas para a formulação do futuro. O uso do território ocorre por meio de dinâmicas lugares. Este lugar foi proposto por ele como um espaço do acontecer solidário. Essas solidariedades definem usos e produzem valores de múltiplas naturezas: cultura, antropologia, economia, sociedade, finanças, entre outros. Mas as solidariedades pressupõem coexistências, logo pressupõem o espaço geográfico.

Desse modo, o território usado é tanto o resultado do processo histórico quanto a base material e social das ações humanas. Esse ponto de vista permite uma consideração ampliada da totalidade das causas e dos efeitos do processo socioterritorial (BERNARDES *et al.*, 2001). O conceito de “território usado”, de Milton

Santos, é referência para a definição da porta de entrada das redes de atenção à saúde do SUS (FARIA; BORTOLOZZI, 2016).

Alguns estudiosos da geografia apresentam visões diferentes das de Milton Santos, é o caso de Raffestin (1993), para ele é essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático – ator que realiza um programa em qualquer nível, ou seja, é aquele que age para resolver suas finalidades. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente – pela representação, o ator "territorializa", ou seja, se apropria do espaço.

[...] O território, nessa perspectiva, é um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. o espaço é a 'prisão original', o território é a prisão que os homens constroem para si. [...] O espaço é, portanto, anterior, preexistente a qualquer ação. O espaço é, de certa forma, 'dado' como, se fosse uma matéria-prima. Preexiste a qualquer ação. "Local" de possibilidades, é a realidade material preexistente a qualquer conhecimento e a qualquer prática dos quais será o objeto a partir do momento em que um ator manifeste a intenção de dele se apoderar. Evidentemente, o território se apoia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção, a partir do espaço. Ora, a produção, por causa de todas as relações que envolve, se inscreve num campo de poder. Produzir uma representação do espaço já é uma apropriação, uma empresa, um controle, portanto, mesmo se isso permanece nos limites de um conhecimento. Qualquer projeto no espaço que é expresso por uma representação revela a imagem desejada de um território, de um local de relações (RAFFESTIN, 1993, p. 143-144).

De agora em diante, destacam-se as contribuições de outros estudiosos sobre o conceito de território. Para Moysés e Sá (2014), o território é espaço onde ocorrem as ações, constituem os lugares/espaços, campos do cotidiano do trabalho e da vida, e essas questões precisam ser priorizadas na busca de soluções complexas para as desigualdades sociais sugeridas no campo da promoção da saúde.

Segundo Silva *et al.* (2015), o território pode ser entendido a partir da noção de lugar. Um lugar é uma porção do espaço que deve ser entendido para além de sua dimensão física, nele comportam redes de relações em que cada indivíduo produz identificação com o lugar. Cada lugar é *lócus* de produção, de reprodução, de consumo, de adoecimento, do viver, de cura e/ou mesmo de morte.

Já Santos (2018), parte da ideia de Milton Santos, a de que os contextos espaciais e as configurações territoriais emergem das relações entre os sistemas

de objetos e os sistemas de ação, ou seja, um conjunto de fixos e fluxos que estão em interação contínua, formando o território da vida cotidiana. As condições de vida desiguais relacionadas ao ambiente espacial em que as pessoas vivem e trabalham podem afetar os resultados de saúde das pessoas.

Para Loaiza; Álvarez e Álvarez (2020), o território deve ser compreendido a partir de perspectivas esperançosas e positivas de saúde, afastando-se do modelo de risco ou revitimização, então, o entendimento deve ser para além de um espaço geográfico. A saúde pública conta com ferramentas que possibilitam o mapeamento do território, e a cartografia é uma delas, pois revela recursos como relações sociais, de poder, de cultura e economia que são fundamentais para direcionar programas, projetos e intervenções em promoção da saúde, numa perspectiva colaborativa cujo ponto de partida é a realidade social existente nas comunidades. Cartografia socioambiental foi sugerida para construir a história de territórios, conflitos, atores, ameaças, dentre outros.

O território corresponde a uma área delimitada por fronteiras, existindo um processo permanente em seu espaço interior, onde se manifestam todas as formas de relações de poder. Quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder, dá-se o nome de territorialidades. Neste sentido uma área que abriga várias territorialidades pode ser considerada vários territórios (GONDIM, 2011).

O território nada mais é que o produto de atores sociais. São esses atores que produzem território a partir de uma dada realidade inicial, a saber, o espaço. Portanto, quando várias relações de poder se manifestam, há um "processo" territorial que se transforma em grades, redes e centros, cuja persistência é variável, mas como categoria obrigatória não se alteram. Territórios, também, são produtos de consumo, ou, se quisermos, produtos experimentados pelos mesmos personagens que os utilizam como meio sem participar de seu elaborado desenho. Então, é a intervenção de toda a questão territorial que pode verificar a simetria ou dissipação das relações de poder. A territorialidade reflete, de forma muito positiva, o poder conferido ao consumo por meio de seus produtos (RAFFESTIN, 1993).

Ao estabelecer limites entre certas regiões (cidades, estados, países, dentre outros.), as relações de poder são espacialmente restritas, o que teoricamente indica o grau de controle territorial efetivo sobre um determinado grupo, povo ou país. Porém, nesse espaço limitado, diversas relações de poder podem configurar

a existência de outros territórios, tornando mais complicada a concepção de fronteiras e territórios (SILVA; TOURINHO, 2017).

Veja que Haesbaert (2014 p.40) agrupou as várias noções de territórios em três importantes vertentes:

**1- Política** (referida às relações espaço-poder em geral) ou jurídico-política (relativa também a todas as relações espaço poder institucionalizadas): a mais difundida, onde o território é visto como um espaço delimitado e controlado, através do qual se exerce um determinado poder, na maioria das vezes, mas não exclusivamente-relacionado ao poder político do Estado.

**2- Cultural** (muitas vezes culturalista) ou simbólico-cultural: prioriza a dimensão simbólica e mais subjetiva, em que o território é visto, sobretudo, como o produto da apropriação/valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido.

**3- Econômica** (muitas vezes economicista): menos difundida, enfatiza a dimensão espacial das relações econômicas, o território como fonte de recursos e/ou incorporado no embate entre classes sociais e na relação capital-trabalho, com produto da divisão "territorial" do trabalho, por exemplo.

Logo, a territorialidade no conceito de relações de poder significa não apenas o aspecto político, mas também o econômico e cultural. Essa perspectiva está intimamente relacionada à forma como as pessoas usam a terra, como se organizam no espaço e como dão sentido às múltiplas representações ao lugar (GONDIM, 2011).

Para Haesbaert (2004), a territorialidade incorpora uma dimensão estritamente política, e está ligada diretamente às relações econômicas e culturais de um povo, pois está estreitamente conectada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como dão significado a esse lugar.

Haesbaert (2004, p.04) definiu a territorialização em quatro objetivos acumulados e distintamente valorizados ao longo de um gradiente do tempo:

1. **abrigo físico**, fonte de recursos materiais ou meio de produção.
2. **identificação ou simbolização** de grupos através de referentes espaciais (a começar pela própria fronteira).
3. **disciplinarização ou controle** através do espaço (fortalecimento da ideia de indivíduo através de espaços também individualizados).
4. **construção e controle** de conexões e redes (fluxos, principalmente fluxos de pessoas, mercadorias e informações).

As questões territoriais vinculadas à saúde pública vêm ganhando destaque desde a mudança do modelo de saúde brasileiro. Com a criação do SUS, o território e territorialidade ganham importância pela forma como os serviços de saúde seriam ofertados, na perspectiva da descentralização dessa que parte da ideia da saúde mais perto das pessoas. Geralmente as escalas territoriais em saúde estão relacionadas a países, grandes regiões, estados, microrregiões e municípios, levando em consideração as características loco regionais para a implementação da política de promoção da saúde.

## **1.2 Atenção Primária à Saúde e a Promoção da Saúde**

Desde a década de 1960, a Atenção Primária à Saúde – APS tem sido adotada por muitos países para proporcionar um acesso efetivo ao sistema de saúde e para tentar mudar o enfoque curativo, individual e hospitalocêntrico, tradicionalmente implantado nos sistemas de saúde nacionais para um modelo pautado na prevenção à saúde, coletivo, territorializado e democrático. Em diversos momentos, a APS tem sido descrita como uma estratégia de atenção à saúde, com foco nas pessoas mais pobres, com tecnologia simples e limitada. Por outro lado, outros defendem um sentido mais amplo, sistêmico e integrado de APS, fazendo conexões intersetoriais benéficas ao desenvolvimento humano, social e econômico das populações, principalmente as mais carentes (FAUSTO; MATTA, 2007).

Na década de 1970, aconteceram as reformas na Província de Québec no Canadá, e do National Health Service – NHS da Inglaterra. As reformas são consideradas um exemplo de aplicação de uma política de saúde comunitária porque, entre outras coisas, a comunidade geograficamente definida é enfatizada como o ponto central da organização do modelo de atenção à saúde. Na porta de entrada do sistema, que era composto por uma rede hierárquica de instituições, foram criados os Centros Locais de Serviços Comunitários – CLSC, cujo conselho de administração era composto, em sua maioria, por usuários (CONILL; 2000).

Na Inglaterra, as crises econômicas da década de 1970 e o aumento do gasto e complexidade do cuidado em saúde levaram a organização local do sistema no ano de 1974 (National Health Service Reorganization Act) a promover uma maior

integração entre os serviços e criar autoridades locais de saúde. O objetivo dessas reformas foi reduzir a fragmentação da atenção à saúde, mudar a situação do apoio financeiro aos hospitais de ensino e estender a prioridade a outros serviços, que não, hospitalares. Promoveu-se a transição de um sistema de financiamento por instituições para o planejamento integrado de serviços, isso ocorreu por meio das Autoridades de Saúde de Área – AHA, organização por território e uso de fórmula para alocar recursos com base nas necessidades locais (FILIPPON *et al.*, 2016).

A diversidade de situações não permite que nenhum fator comparativo seja mecanicamente introduzido no ambiente brasileiro, mas a imensa importância da Atenção Primária à Saúde nesses sistemas torna a análise interessante por coincidir com a estratégia atual utilizada nas práticas de reestruturação e unificação da assistência centrada na Atenção Básica à Saúde e foi adotada pelo SUS no Brasil (CONILL; 2008).

Embora tenha se falado em APS na década de 1960, foi na década de 1970 que as discussões sobre APS se intensificaram, mais precisamente em 1978, com a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS na cidade Alma-Ata, ficando conhecida como a Declaração de Alma-Ata. Na declaração, foi evidenciada a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, principalmente, entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para tanto, os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, com fundamento científico e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

No final da década de 1970, as primeiras experiências da Atenção Primária à Saúde começaram a atrair a atenção e a dar visibilidade para a forma de organização dos serviços de saúde no nível local. Nesse contexto, o governo federal elaborou em 1978 um plano de expansão de abrangência nacional, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que se inspirou nessas experiências municipais, em especial na de Montes Claros. O Piass expressou parte do pensamento que foi enfatizado em vários campos do planejamento econômico e social do país na época. No plano, a ação de saúde

exige o uso de técnicas mais simples e amplo uso de equipe de apoio e agentes de saúde na comunidade. Tinha por objetivo estabelecer uma infraestrutura de saúde pública para ampliar rapidamente a cobertura das ações coletivas. Tentando superar as características seletivas que o Pias apresentava, foi formulado, em 1981, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), cujo objetivo principal era a política de extensão de cobertura dos serviços de saúde para todo o território nacional (FAUSTO; MATTA, 2007). Esses autores acrescentam outros aspectos importantes na trajetória da Atenção Primária à Saúde:

Não obstante ter havido consenso no momento de sua formulação, do ponto de vista prático o Prev-Saúde não conseguiu avançar. Contudo, com o aprofundamento da crise da previdência social que afetou a base da política nacional de saúde ao longo da década de 1980, foram adotadas medidas institucionais de caráter transitório que marcaram o início da reforma do sistema. Tais medidas foram colocadas em prática pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), principais instituições que motivaram alterações importantes no curso da política de saúde. As Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds), ao mesmo tempo, davam respostas à crise previdenciária e abriam espaços para a construção de um outro projeto para o setor: o SUS (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 56).

Os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados, mais proximamente possível, aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. Além disso, os cuidados primários refletem, e a partir deles evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e baseiam-se na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica, de serviços de saúde e da experiência em saúde pública (BRASIL, 2002). No Brasil, a APS é representada pela Atenção Básica à Saúde – ABS.

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB brasileira, sendo a Atenção Básica caracterizada por um conjunto de ações de saúde, de forma individual e coletiva, que abrangiam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde no território. Nesse sentido, essa política considera a pessoa

em sua particularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução dos prejuízos que possam comprometer seu estilo de vida saudável (BRASIL, 2006).

Já no ano de 2017, a PNAB (BRASIL, 2017) foi revisada e uma nova versão dessa política foi publicada, assim, continuou com o processo de valorização do território e do processo de territorialização da saúde. Dentro das diretrizes destacam-se a Regionalização e Hierarquização. O MS considera as regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinado local. Já a hierarquização é tida como forma de organização de pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde – RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos. Outro ponto importante foi ao tratar da Territorialização e Adscrição em saúde que considerou o território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS, destinados a fim de dinamizar a ação em saúde. Para tanto, a Territorialização e Adscrição devem ser entendidas:

De forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017, p. 06).

Ainda na PNAB de 2017, a população adscrita é considerada como sendo aquela que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e cabal. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos bem relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, conseqüentemente, no cuidado prestado no território da saúde. Nesse sentido,

ocorre o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde e a ideia da promoção dessa no território em que as pessoas morram, vivem e relacionam-se socialmente.

A promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade, a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para o indivíduo e a coletividade. A promoção dessa leva a refletir sobre o objeto saúde em sua forma ampliada. Considera-se que a saúde é um conceito em construção, sempre em movimento, que sempre depende de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos existentes em determinado território (BRASIL, 2002).

Para isso, a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. É importante que o setor saúde faça parcerias com outros setores a fim de potencializar a garantia da proteção e promoção da saúde da população. No SUS, essa parceria é conhecida como intersetorialidade (BRASIL, 2006).

A intersetorialidade das políticas públicas de saúde passou a ser uma dimensão valorizada à medida que não se observavam a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução dessas políticas. Nesse sentido, Nascimento (2010, p.96) afirma que:

A incorporação da intersetorialidade nas políticas públicas trouxe a articulação de saberes técnicos, já que os especialistas em determinada área passaram a integrar agendas coletivas e compartilhar objetivos comuns. Nesta perspectiva, a intersetorialidade pode trazer ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios. Ao mesmo tempo, abrem-se novos problemas e desafios relacionados à superação da fragmentação e à articulação das políticas públicas, sobretudo se considerarmos a cultura clientelista e localista que ainda vigora na administração pública.

Trabalhar de forma intersetorial requer ações para promover um impacto positivo nas condições de vida de indivíduos e comunidades. Essas ações devem

envolver a expressão de vários conhecimentos e experiências e são projetadas para planejar intervenções eficazes nas situações-problema que assolam a comunidade (PINTO *et al.*, 2012).

As ações intersetoriais visam ampliar a melhoria nas condições e na qualidade de vida da população no território 'vivido'. Estudos de Silva e Rodrigues (2010) referenciam alguns equipamentos de saúde e setores parceiros importantes que devem compor a rede intersetorial articulando com a Estratégia Saúde da Família, a saber: escolas, bibliotecas, creches, igrejas, empresas, produção das indústrias, comércio, associações, saneamento, assistência jurídica e social. Acrescenta-se, ainda, a articulação entre os setores públicos, privados e a sociedade civil na busca por parcerias em prol de benefícios para a comunidade local. Além das ações intersetoriais para a promoção da saúde, faz-se necessário o conhecimento e a relação dos determinantes sociais da saúde – DSS como fatores que afetam o processo saúde-doença de uma população em um determinado território para a formulação de políticas públicas de promoção da saúde e proteção dessa.

Os DSS são diversos fatores que contribuem para a saúde de uma população durante todo o seu ciclo de vida quando mantidos em equilíbrio. Esses fatores são representados no modelo de Dahlgren e Whitehead, criado em 1991:



**Figura 1:** Determinantes sociais da saúde: o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).

Fonte: CNDSS, 2008.

Segundo UKRI (2021), o modelo acima é baseado no mapeamento da relação entre o indivíduo, seu ambiente social e saúde. Os indivíduos são colocados no centro com suas características individuais, e ao seu redor estão as diversas camadas que influenciam sobre a saúde de um indivíduo ou de uma população – como fatores de estilo de vida individual, influências da rede social e da comunidade, condições de vida e de trabalho e condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Esse modelo estruturado vem ajudando autoridade sanitárias no levantamento de hipóteses para os determinantes de saúde, sua influência no processo saúde-doença e no direcionamento das tomadas de decisões no setor saúde.

As intervenções em qualquer um destes níveis, conforme a figura 02, deve basear-se na ação coordenada de vários departamentos, alicerçada no conhecimento e na informação, e amparada por ampla participação social na sua concepção e implementação. Em geral, a intervenção populacional incidirá sobre todos os níveis de determinantes, desde determinantes relacionados ao macro determinantes estruturais até aos determinantes pessoais, incluindo os relacionados com as condições de vida, trabalho, redes sociais e comunitárias, com vista ao combate à desigualdade em saúde (PELLEGRINI FILHO, 2011). Para o combate às iniquidades<sup>6</sup> em saúde, Pellegrin Filho (2011, p. 03) propôs quatro modelos de políticas que, se adotadas pelo poder público, poderão reduzir as injustiças sociais e de saúde:

- Políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo às desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade;

---

<sup>6</sup> Segundo Breilh (2010 apud BARROS; SOUSA, 2016. p. 12), a iniquidade é a categoria que define as relações e contrastes de poder existentes numa formação social e resulta da acumulação histórica de poder, decorrente do processo no qual uma determinada classe social apropria-se das condições de poder que, em geral, são interdependentes: apropriação e acumulação econômica, política e cultural. Para Whitehead (1992 apud GRANJA et al., 2010, p. 81), as iniquidades são as diferenças geradas pela restrição à liberdade de escolha; exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doentias; acesso inadequado a serviços públicos essenciais, entre eles os de saúde; e mobilidade social relacionada à saúde, envolvendo a tendência de os doentes descerem na escala social.

- Políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo a todos o acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública;

- Políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, buscando estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, especialmente dos grupos sociais vulneráveis;

- Políticas que favoreçam mudanças de comportamento para a redução de riscos e aumento da qualidade de vida mediante programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas.

Pensando em reduzir as iniquidades e melhorar a situação da saúde, levando consideração a abordagem dos determinantes sociais, é necessário que intervenções coordenadas sejam implementadas nos setores da sociedade que influenciam seus determinantes estruturais. Para tanto, a boa saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Isso gera um círculo virtuoso no qual a saúde e os seus determinantes retroalimentam-se e beneficiam-se mutuamente (CARVALHO, 2013).

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), o principal desafio da pesquisa sobre a relação entre determinantes sociais e saúde é estabelecer um certo nível hierárquico de importância entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política e os fatores intermediários, uma vez que esses afetam a saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. O estudo dessa série de cadeias de mediação também permite determinar onde e como devem ser feitas as intervenções para reduzir a desigualdade em saúde, ou seja, onde tais intervenções podem ter maior impacto.

Pensar em determinantes sociais de saúde é também promover um diálogo com as questões ligadas à desigualdade social. Essa, por sua vez, é entendida como sendo uma forma descritiva das diferenças observadas que são inevitáveis, como na saúde devido à idade, ao sexo, à raça ou à própria genética. A

desigualdade é uma diferença desnecessária e evitável, sendo considerada também desleal e injusta para com a sociedade (VILSHANSKAYA; STRIDE, 2004). Ainda associado à desigualdade social, existem as vulnerabilidades e os conflitos socioambientais presentes no território vivo.

### **1.3 Saúde Pública Brasileira: o Sistema Único de Saúde – SUS**

A história da saúde pública brasileira tem traços marcantes em sua trajetória, desde os primórdios aos períodos mais recentes. Neste percurso, ganha destaque o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira<sup>7</sup>. Esse movimento contra hegemônico foi criado por grupos de estudantes, intelectuais, representantes da sociedade civil, grupos políticos, profissionais de saúde, dentre outros. Grupos que compunham esse movimento apresentavam insatisfação com o regime político e o sistema de saúde vigente na época, a luta era para combater as injustiças sociais e de saúde que aconteciam no Brasil.

A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no país. A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuía, prevalecendo à lógica contraprestacional e da cidadania regulada (FIOCRUZ, 2009. p. 01).

Como conquista de anos de luta pela Reforma Sanitária Brasileira<sup>8</sup>, foi aprovado, na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, o relatório final em que previa a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Essa Conferência foi, de fato,

---

<sup>7</sup> O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca de melhoria das condições de vida da população (FIOCRUZ, [s/d]a, p. 01).

<sup>8</sup> Um nome importante na luta pela Reforma Sanitária Brasileira foi o do político e médico sanitário Sérgio Arouca. Ele reunia brasileiros para saber e discutir como eles viviam, quais as suas condições de saúde, que melhorias almejavam. Sua defesa era deixar de contar a saúde pelos números e passar a enxergar cidadãos. Foi um dos principais líderes do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o presidente da Comissão Organizadora da VIII Conferência Nacional de Saúde. Arouca, desse modo, é reconhecido por sua produção científica e a liderança conquistada na construção do Sistema Único de Saúde Brasileiro (FIOCRUZ, [s/d]b; BVS, s/d).

um marco muito importante e pode-se dizer que foi um divisor de águas para o setor saúde no Brasil, pois, a partir dela, surgiu a criação do SUS, e a saúde passou a ser um direito de todo cidadão, expressa na Constituição Federal Brasileira – CFB.

O direito à saúde foi garantido legalmente pela CFB no ano de 1988, sendo ela considerada um direito de todo cidadão, e dever do Estado garantir o acesso universal, gratuito e de qualidade aos indivíduos na forma da lei. No texto da CFB, foram destinados 5 artigos constitucionais que trataram da saúde, sendo os artigos de 196 a 200. Destacam-se, aqui, dois artigos da CFB com bastante relevância para essa pesquisa, são eles 196 e 198:

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

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

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 111).

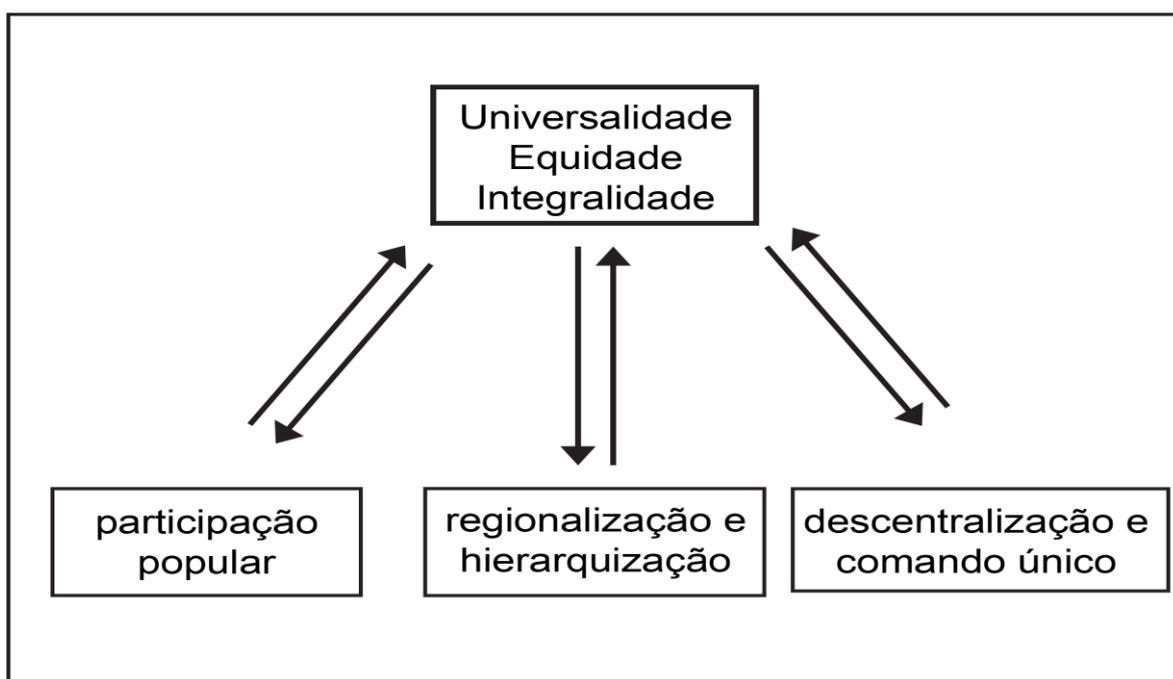
Então, foi a primeira vez que a população brasileira teve a garantia de um sistema único de saúde público e universal a todas as pessoas, além disso, destacam-se a descentralização dos serviços, o atendimento integral centrado na necessidade do indivíduo e a participação da comunidade na gestão desse sistema.

A criação do SUS deu-se no ano de 1988, porém as leis foram criadas e publicadas oficialmente em 1990. As leis são a 8.080/90 e a 8.142/90 que regulamentam e normatizam o SUS no Brasil. A lei nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde. Para além, reconheceu a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990a).

Já a lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Instituiu também as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. As Conferências têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos

três níveis de governo. Ou seja, as deliberações das Conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos de cada gestão. As conferências devem acontecer a cada quatro anos. Já os Conselhos de Saúde têm caráter permanente e deliberativo, são um órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, e eles manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades (BRASIL, 2011; CONSELHO FEDERAL DE SAÚDE, 2011).

O SUS foi organizado em princípios doutrinários e organizacionais conforme apresentado na figura 1.



**Figura 2:** Organização e operacionalização dos princípios doutrinários e organizativos.

Fonte: CUNHA; CUNHA (2017)

Na universalidade, a saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurá-lo. Nesse sentido, independentemente de gênero, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais, é necessário garantir que todas as pessoas tenham acesso às ações e aos serviços

de saúde em todos os níveis de assistência. O SUS foi implantado com a responsabilidade de tornar realidade este princípio que é fundamental para a consolidação da ideia inicial deste sistema de saúde (CUNHA; CUNHA, 2017; PAIM, 2009).

A equidade é entendida como o princípio da justiça social, voltado para a redução da desigualdade, porém equidade não é sinônimo de igualdade. Embora todos tenham direito a receber serviços de saúde, as pessoas são diferentes e, portanto, têm necessidades diferentes. Equidade significa tratar a desigualdade de maneira desigual e investir mais onde a necessidade for maior. Por isso, a rede de atendimento à saúde deve estar atenta às reais necessidades das pessoas ou de uma população a serem atendidas (BRASIL, 2017).

O princípio da integralidade significa tratar a pessoa como um todo e atender todas as suas necessidades. Isso significa que as pessoas, sem exceções, devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis do sistema de saúde. Para tanto, é importante integrar ações, incluindo promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação dos indivíduos. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a integração da saúde com as demais políticas públicas de outros setores a fim de garantir a atuação intersetorial nos diversos campos que afetam a saúde pessoal, coletiva e a qualidade de vida, principalmente, no âmbito loco regional (CUNHA; CUNHA, 2017; PAIM, 2009).

O modelo de regionalização e hierarquização pressupõe dois tipos de vinculação territorial: o primeiro se refere ao que é estabelecido no primeiro nível de atenção, ou seja, o acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção à saúde, devendo estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. E um segundo, pelos demais níveis de atenção, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, obedecendo à hierarquização dos serviços de saúde local.

A rede de serviços, quando organizada de forma hierarquizada e regionalizada, possibilita que os profissionais de saúde e gestores tenham um conhecimento mais aprofundado dos problemas de saúde da população da área delimitada, além disso, favorece ações de vigilância epidemiológica, sanitária,

controle de vetores, educação em saúde e das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. Com base no pensamento da regionalização, trabalha-se com o princípio de que as necessidades dos serviços de saúde das pessoas devem ser atendidas mais próximo possível do lugar onde elas vivem, isto é, próximo às suas residências, considerando que essas vivem no lugar onde moram (MATTOS, 2007).

Já descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre todos os níveis governamentais, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de dar certo. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade da gestão municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade da gestão estadual e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade do governo federal. Com esse princípio, houve uma redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um claro reforço do poder municipal sobre a saúde local, esse processo é conhecido como municipalização da saúde (BRASIL, 1990b). Para os autores, Arretche e Marques (2002), no processo de municipalização deve ser atribuída a responsabilidade das questões político-administrativo do setor saúde, em que cada município deverá assumir a gestão dos programas de saúde pública e de atenção básica, além de assumir a regulação da rede hospitalar instalada no município.

No que se refere à participação da comunidade e o controle social em saúde, esses são considerados de grande relevância social e política, pois possibilita à sociedade civil interagir com o poder público, em todos os níveis, a fim de estabelecer prioridades e formular políticas de saúde que atendam às necessidades da população, utilizando canais organizados de participação institucional, tais quais os conselhos e conferências de saúde como estratégia para sua viabilização e participação da comunidade na gestão do SUS. A participação popular e o controle social no setor saúde é considerada, então, como uma das formas mais importantes de democracia, pois determina uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações na saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade local, pois partimos

do pressuposto que eles conhecem a realidade da saúde das comunidades (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

A resolubilidade é entendida como o requisito de que quando um indivíduo procura atendimento ou apresenta um problema que repercute coletivamente na saúde, o serviço correspondente deve ser capaz de enfrentar e resolver o problema até atingir o seu nível de competência (BRASIL, 1990b). A resolubilidade das ações de saúde está implicada, também, no trabalho efetivo da equipe multiprofissional, que busca solucionar os problemas de saúde individuais e coletivos provenientes da população assistida por meio de um atendimento acolhedor e com atitudes criativas e reflexivas. Nesse sentido, o trabalho resolutivo em saúde baseia-se na assistência co-responsável (COSTA, *et al.*, 2014).

No SUS existe, ainda, a possibilidade de complementaridade do setor privado na assistência à saúde da população desde que se respeitem os critérios da lei. De acordo com o artigo 24 da Lei nº 8.080/90, no que se refere à complementaridade do setor privado, quando sua disponibilidade for insuficiente para garantir a cobertura de atendimento à população de determinada área, o SUS poderá utilizar os serviços prestados pelo setor privado (SANTOS, 2014).

Na organização da saúde pública, a Atenção Primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde. Nos dias atuais, a Atenção Primária à Saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

O SUS, com arcabouço jurídico, foi considerado como uma conquista importante para a saúde pública da população brasileira, visto que o modelo de saúde vigente era considerado extremamente precário e excludente. O SUS passou a configurar como elemento importante e indispensável dentro das políticas públicas de saúde, pois traz em sua configuração princípios e diretrizes que asseguram a saúde como um direito universal a todos os brasileiros, independentemente de suas ideologias, condições socioeconômicas, ambientais e culturais.

#### **1.4 A estratégia Saúde da Família e o Território da Saúde como conceito fundamental**

No ano de 1994, surgiu o Programa Saúde da Família – PSF, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e com a lógica de um programa de saúde dentro das casas das famílias e, com a Unidade de Saúde da Família - USF dentro do território, vinculada à comunidade local. Dessa maneira, fica evidente a concepção de que a equipe de saúde está inserida dentro de uma área delimitada e faz-se necessário o conhecimento da real situação desta área e das condições de saúde daquela população, por meio de um diagnóstico de saúde e seus determinantes presentes no território sob sua responsabilidade.

O PSF foi considerado como uma importante estratégia no campo da saúde pública, principalmente, na prevenção da saúde, na recuperação e reabilitação de doenças, e agravos mais frequentes. O PSF trabalha com uma equipe de saúde multiprofissional mínima, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e outros profissionais como fisioterapeutas, farmacêuticos, odontólogos, nutricionistas, dentre outros, podem ser incluídos ao programa (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Com o passar dos anos, o programa ganha uma nova nomenclatura, e torna-se Estratégia Saúde da Família – ESF. Fica claro que a ESF traz implicações importantes, sendo uma delas o conhecimento das condições de saúde em que vivem as famílias vinculadas à Unidade Básica de Saúde – UBS e à própria ESF.

A ESF é o modelo assistencial da Atenção Básica, considerado a porta de entrada do SUS, baseado na atuação de uma equipe multiprofissional de um território adstrito e na formulação de ações de saúde a partir das reais condições locais e das necessidades da população. O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde com as famílias para fortalecer o vínculo entre equipe e os usuários, promover o acesso aos serviços, mapear os riscos reais e potenciais, dar continuidade ao cuidado e aumentar a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns naquela população e, assim, produzir maior impacto na situação de saúde local (SÃO PAULO, 2013).

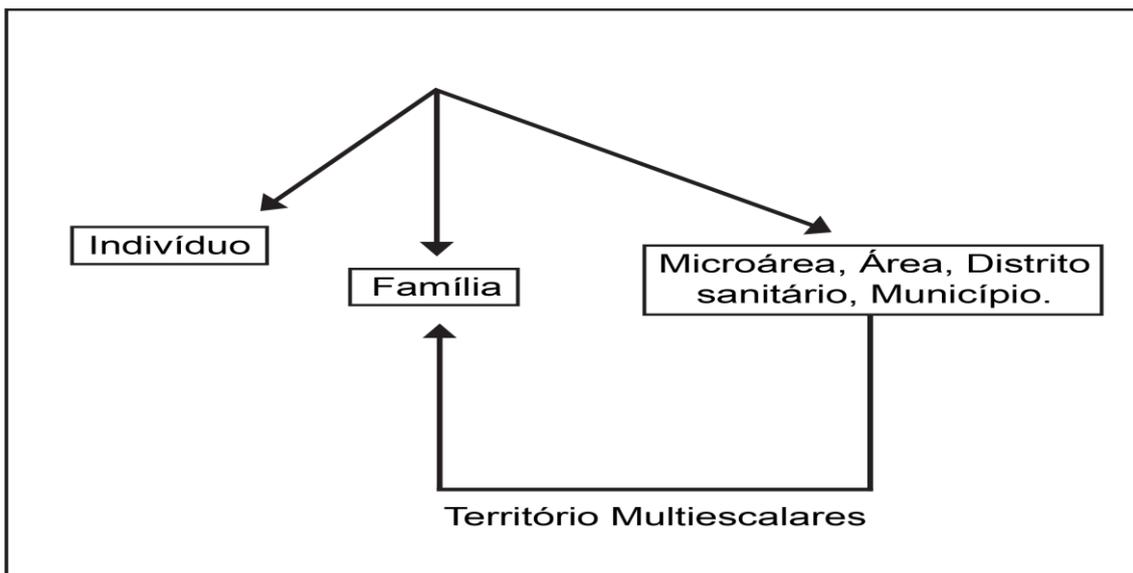
Cada ESF fica responsável por uma área geográfica delimitada, e cada equipe de Saúde da Família – eSF<sup>9</sup> deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo recomendada a média de 3.000, considerando os critérios de equidade para essa definição. O Ministério da Saúde recomenda que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior a vulnerabilidade daquelas pessoas, menor deverá ser a quantidade dessas sob responsabilidade da equipe. No que se refere ao ACS, o número desses profissionais deverá ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por eSF, além disso, não deve ultrapassar o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Conhecer o território da saúde está para além da compreensão de uma divisão de área delimitada, embora o SUS use esta definição e, acrescenta outras definições territoriais do maior ao menor espaço, tais como País, Estados, Municípios, Distritos Sanitários, áreas e microáreas delimitadas geograficamente sob responsabilidade da ESFs. Portanto, para Monken e Barcellos (2005), compreender o território da saúde é saber que esse espaço apresenta, além de uma extensão geográfica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção e movimento.

Lima (2016), em seus estudos sobre território e promoção da saúde, criou um gráfico (Figura 2) bem representativo sobre a relação do indivíduo, família e o território usado pelo SUS para o processo de territorialização em saúde, mais especificamente, o território das práticas de saúde nas UBSFs.

---

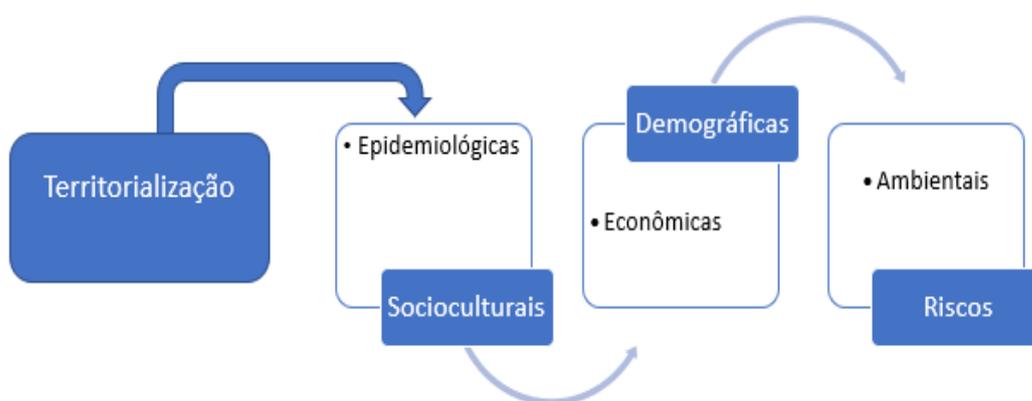
<sup>9</sup> eSF é a forma que o Ministério da Saúde usa para definir Equipe de Saúde da Família e, ao mesmo tempo, diferenciar de ESF que é referente à Estratégia Saúde da Família.



**Figura 3:** Gráfico representativo das escalas de abordagem das ações e práticas de saúde na UBSF.

Fonte: LIMA (2016).

No processo de territorialização, é de fundamental importância que a equipe de saúde, em especial o profissional enfermeiro, devido a sua atuação dentro da eSF, conheça as configurações territoriais, tais como demográficas, epidemiológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e os riscos presentes no território (Figura 4) para que facilite a interação entre equipe de saúde e os usuários, além de permitir que a assistência à saúde desta população seja mais adequada e assertiva às necessidades dessa e em conformidade com a realidade local.



**Figura 4:** Configurações territoriais no processo de territorialização em saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Nesta perspectiva, o território é considerado por Santos (2001) um lugar onde forças sociais utilizam-se de mecanismo de inclusão e exclusão e é espaço de poder, de ação e de resistência. Portanto, o território e territorialidade estão em constante transformação e, conseqüentemente, são essencialmente dinâmicos. Para tanto, o estudo e a compreensão do território da saúde e suas configurações fazem-se necessários por profissionais que atuam nele.

Para Haesbaert (2004), o território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exerce-se domínio sobre o espaço, tanto para realizar funções, quanto para produzir significados. O território é funcional, a começar pelo território como recurso, seja como proteção ou abrigo, seja como fonte de recursos naturais (matérias-primas), que variam em importância de acordo com o modelo de sociedade vigente.

Para Gondim *et al.* (2008), os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente e suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes. Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização socioespacial, cultural, política e econômica de cada população que habita nesses lugares e produz neles.

Ainda na ideia de Gondim *et al.* (2008), essa multiplicidade de territórios e lugares modifica a percepção das pessoas sobre os riscos distribuídos espacialmente. Por isso, não é incorreto afirmar que as pessoas não são portadores do risco em si, mas sim de fatores sobrepostos em problemas que se traduzem nas condições gerais de vida, individual e coletiva, e em função da vulnerabilidade de cada um frente às ameaças a que estão expostos cotidianamente.

Segundo Gondim e Monken (2009), no setor saúde, os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades constituindo-se em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde.

O território nos remete à ideia de um país, estados, municípios, uma cidade, um bairro, uma área e microárea delimitada e o domicílio, por exemplo, (GONDIM, *et al.*, 2008). É preciso considerar, também, a relação de poder que o território

apresenta – poder de um prefeito, de um governador, o poder político-administrativo, todavia, existe o poder das relações humanas dentro do espaço moradia, circunscritos e influenciados pela cultura local. As questões relacionadas às relações humanas que acontecem dentro de um território, bem como associados às condições socioambientais e os riscos são fundamentais para o processo de territorialização em saúde.

O território apresenta uma divisão importante dentro do SUS. Sendo assim, Monken e Barcellos (2007) trouxeram em seus estudos uma divisão dinâmica e didática do território da saúde conforme apresentado no quadro abaixo.

**Quadro 01:** Representação didática de um território da saúde

Território	Lógica de existência	Extensão territorial	Objeto de Ação
Distrito Sanitário	Caráter político, Administrativo e Assistencial.	Município: subprefeituras; regiões administrativas; bairros; consórcio de municípios.	Técnico administrativo assistencial.
Área	Abrangência geográfica de Unidade de Saúde caráter administrativo-assistencial.	Entorno, delimitado pelos fluxos e conta fluxos de trabalhadores da saúde e da população, e pelas barreiras físicas.	Organizações básicas da prática de assistência à demanda.
Microárea	Homogeneidade socioeconômica - ambiental e sanitário-cultural, caráter socioeconômico-cultural – ambiental.	Uma subdivisão do Território-Área: áreas com relativa homogeneidade de condições de vida e situação de saúde.	Contexto de vulnerabilidade em saúde - para a intervenção da Vigilância em Saúde.
Domicílio	Unidade Social: família nuclear ou extensiva.	Domicílio; habitação; rua e condomínios.	Vigilância em saúde: hábitos sanitários e cidadania.

Fonte: MONKEN E BARCELLOS (2007).

O quadro acima mostra a organização do território da saúde do ponto de vista administrativa e gerencial para o domínio do município através do Distrito Sanitário ou regiões administrativas e as subdivisões territoriais. O entendimento e a apropriação dessa divisão por parte dos profissionais de saúde são importantes para a territorialização em saúde.

A territorialização é uma condição importante dentro do contexto territorial. Segundo Faria (2020), em termos práticos, a territorialização pode ser entendida como o processo de criação de territórios de atuação de unidades de atenção primária à saúde, justificando, assim, o uso do termo territorialização, ou seja, processo de criação de territórios. Esse foi o modo encontrado para se resolver a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária, ou melhor, territorializando os serviços e cadastrando a população no seu interior. Portanto, a territorialização pode ser entendida como a apropriação do espaço/território pelos serviços de saúde.

Após a criação do SUS, o estudo da territorialização passou a ser importante para os profissionais de saúde, principalmente, os que trabalham na ESF. Sendo assim:

A territorialização compõe o modo de organização da rede de serviços e das práticas de saúde locais, no SUS. Contudo, de modo muito frequente, áreas limítrofes territoriais são mal definidas e inseridas nas demarcações de territorialidade para a efetivação dos programas e ações de saúde, acarretando iniquidade de acesso à atenção por parte dos usuários do SUS. Isso incide de modo nefasto na atenção em saúde pública, comprometendo e fragilizando o princípio de universalidade do SUS (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016. p. 357).

Como a eSF trabalha com a unidade familiar, faz-se relevante o conhecimento dos riscos, as vulnerabilidades sociais e os instrumentos de saúde, dentre outros existentes no território sob sua responsabilidade, pois o objetivo de se trabalhar no território circunscrito é promover saúde, porém existem riscos de desenvolvimento de doenças e outros agravos. No quadro abaixo, é possível perceber algumas situações/condições que devem ser observadas no processo de conhecimento do território adscrito por parte de eSF.

**Quadro 02:** Situações prováveis de serem encontradas no território da saúde

Situação	Dinâmica
Moradia	A condição de moradia é fundamental para o processo saúde-doença.
Lote baldio	Pode causa do acúmulo de lixo, formar criadouros para mosquito da dengue. Surgimento de roedores.

Falta de rede de saneamento básico	Risco de desenvolvimento de doenças de transmissão oral-fecal, como as diarreias.
Praça pública	Promover lazer durante parte do dia, pode também ser ocupada por feira livre, ou local para o aumento da violência.
Linha de ônibus	A presença de linha de ônibus promove o desenvolvimento da cidadania, e a ausência leva a indignidade e sofrimento humano. Além, de colocar a população em riscos urbanos como acidentes e violência.
Escola	Contribui para a escolarização e promoção do conhecimento de alunos da população local. Já a ausência contribui para a evasão escolar e aumenta os riscos de trajeto.
Unidades de saúde	Ampliação do acesso aos serviços de saúde, a promoção e prevenção da saúde. A falta dos serviços de saúde pode aumentar o número de doenças ou agravar as já existentes, como: hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, dentre outras.
Indústrias	De extrema importância para a geração de emprego e sustentabilidade da economia local. Porém, há os riscos ambientais, como o aumento da poluição e o desenvolvimento de doenças respiratórias.
Erosão	As erosões são problemas ambientais graves, que resultam em desmoronamentos e podem atingir casas, deixando pessoas desabrigadas.

**Fonte:** SANTOS (2014). Adaptado em 2021.

Vale ressaltar que o território é construído e desconstruído historicamente, além disso, existem grandes disparidades na construção desses territórios com lugares e ambientes para ricos e para pobres. Mesmo não havendo uma regra explícita sobre esses lugares, as próprias questões culturais promovem esse distanciamento entre essas classes sociais. O território da “pobreza” chama a atenção e requer um olhar diferenciado por parte de gestores e entidades não-governamentais, pois a pobreza aumenta a vulnerabilidade social e os riscos, por conseguinte precisa de um serviço de saúde eficiente e políticas sociais de combate à fome, ao desemprego, à redução da violência, dentre outras, fazendo valer o princípio da equidade do SUS.

O conceito de pobreza é diversificado e orientado por diferentes valores e padrões, tais como: econômicos, político-ideológicos, culturais, religiosos, médicos. Esses valores e padrões ajudam a apoiar a construção de um certo conceito de pobreza na formulação de políticas de proteção social e de saúde

(ARAÚJO, 2018), portanto, esses critérios, também, devem ser considerados no processo de territorialização em saúde, principalmente, na ESF, porque quanto maior for a pobreza, maiores são as necessidades dos equipamentos e serviços de saúde para atender às necessidades daquela população. Para Pitombeira e Oliveira (2020, p. 1700):

As relações entre pobreza e saúde podem ser percebidas no cotidiano da vida da sociedade brasileira e evidenciadas nos serviços de saúde. Por estarem historicamente e estruturalmente forjadas na sociedade, a pobreza e as desigualdades constituem faces de um contexto social perverso, estando implicadas no campo da saúde.

Ao defender a saúde como produção social, a Saúde Coletiva tem destacado a determinação social como base para a compreensão dos processos saúde-doença. As estatísticas apontam a gravidade da questão social no Brasil que, por um lado, tem aprofundado a condição de empobrecimento da maioria da população e, por outro, acirrado as desigualdades sociais resultantes da concentração de riquezas por uma parcela mínima dos mais ricos (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020), assim há cenários com grandes disparidades, territórios com práticas sociais e de saúde absurdamente distintas e injustas, chegando a se questionar até que ponto os princípios do SUS têm sido colocados em prática, principalmente, na garantia de um atendimento de saúde mais justa e igualitária aos mais pobres.

No contexto atual mundial, em que está em curso pandemia causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2)<sup>10</sup>, que causa a doença denominada COVID-19, é inevitável observar que a pandemia por Covid-19 não pode ser considerada como totalmente inesperada devido ao modo pelo qual o homem vem desenvolvendo a relação com poder destrutivo da natureza, visando atender ao modelo de produção no sistema capitalista, o que gera graves consequências entre elas esta pandemia. No Brasil, o cenário desolador e de indescritível sofrimento é agravado pela grave crise ambiental, política, econômica e ética, com perdas de conquistas sociais civilizatórias, como o respeito à diversidade e à diferença, o aprofundamento da desigualdade social e educacional, entre outros graves problemas. No campo da saúde, as repercussões desses problemas, sem dúvida, podem ser melhor compreendidas utilizando-se o conceito território da saúde.

---

<sup>10</sup> Lastimavelmente, no período em que desenvolveu este estudo, o planeta foi assolado pela pandemia por Covid-19

Pode-se afirmar que o conceito território da saúde adquire ainda mais importância por permitir abordar a gestão de pandemia no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento e monitoramento dos casos confirmados ou suspeitos, bem como dos contatos pela Atenção Básica à Saúde. Também permite abordar de forma integral as consequências mais amplas que apresentam relação com as mudanças sociais advindas da pandemia e das restrições de contato social que foram necessárias. Entre estas consequências, podem ser citadas, por exemplo, o aumento da violência doméstica, o aumento da violência urbana em geral, a elevação do desemprego e da precariedade das condições objetivas de vida das camadas mais empobrecidas da população, a redução dos níveis de autocuidado e de cuidado à saúde de forma geral, impactando na redução da prevenção de vários problemas de saúde. Ao mesmo tempo, o agravamento da situação econômica do país elevou a vulnerabilidade social e a fome bateu na porta de muito mais famílias no período pandêmico.

A COVID-19<sup>11</sup> é uma doença infecciosa causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), que se originou em Hubei, na China, e tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca, podendo apresentar ainda dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés em alguns pacientes. Esses sintomas geralmente são leves e têm evolução gradativa. Algumas pessoas são infectadas e não apresentam sintomas (são assintomáticas) ou apresentar apenas sintomas muito leves. Grande parte das pessoas recuperam a saúde sem precisar de internação hospitalar. Ainda assim, uma em cada seis pessoas infectadas por COVID-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar, necessitando de internação, muitas vezes em leito de UTI, e podem evoluir para o óbito (OPAS, 2021).

Com o desenvolvimento da pandemia COVID-19, muitos governos adotaram intervenções em grande escala, como estratégias de bloquear a circulação de

---

<sup>11</sup> Em 06/09/2021 o registro de óbitos causados pela pandemia no Brasil foi de 561.800, conforme dados gerados pelo consórcio de veículos de imprensa (parceria entre G1, O Globo, Extra, O Estado de São Paulo, Folha de São Paulo e UOL, que trabalham colaborativamente para reunir as informações necessárias nos 26 estados e no Distrito Federal (<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/08/06/covid-19-coronavirus-casos-mortes-06-de-agosto.htm>)).

peças nas ruas, conhecido como *lockdown*, para conter a infecção de novas pessoas e reduzir a carga social da doença, principalmente nos hospitais, e os níveis de mortalidade. A pandemia trouxe um novo ritmo de vida às pessoas e ao sistema sanitário. Além das questões de saúde, houve o impacto da pandemia na dinâmica econômica, social, política e cultural da população mundial, também colocou à prova a governança de países e instituições internacionais, destacando as limitações da globalização e as questões territoriais (SARTI *et al.*, 2020).

Nesta perspectiva, a Atenção Básica à Saúde ganha uma importância por ser porta de entrada do SUS, apresentar uma cobertura assistencial importante, além de pacientes com sintomas leves e que necessitam de cuidados de baixa complexidade. Segundo (DUNLOP *et al.*, 2020), no Reino Unido, a atenção primária administra mais de 95% de todas as atividades do sistema de saúde. Quando se compara com o Brasil, essa cobertura se torna bem diferente. Segundo dados do portal e-Gestor AB, de 2019, a cobertura da Atenção Básica por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicionais no Brasil é de 73.82% e a cobertura de equipes da Estratégia de Saúde da Família é 63,45% (OAPS, 2019). Para tanto, os Estados membros da Organização Mundial da Saúde – OMS têm afirmado repetidamente seu compromisso de desenvolver seus sistemas de atenção primária à saúde com o objetivo de treinar profissionais de saúde, baseados na medicina comunitária, para que sejam capazes de prestar atenção em todo o aspecto de prevenção de doenças, promoção da saúde, recuperação e reabilitação de indivíduos (DUNLOP *et al.*, 2020).

A Atenção Primária, por meio da Atenção Básica à Saúde, tem apostado na essência do seu trabalho que é o conhecimento do território, o acesso às pessoas, o vínculo com elas e a articulação entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento dos casos suspeitos e leves, são estratégias fundamentais tanto para conter a pandemia, e não agravar as pessoas com a COVID-19. À APS caberá também abordar problemas causados pelo isolamento social prolongado e pela instabilidade da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agravamento ou desenvolvimento de agravos crônicos. As consequências dessas situações são imprevisíveis, requerem cuidados longitudinal e integral (SARTI *et al.*, 2020).

Pensado em um fluxo rápido de atendimento aos pacientes com suspeita de COVID-19 na ESF, o Ministério da Saúde instituiu o fluxo do *fast-track*, método derivado dos protocolos de triagem em emergências, devendo este ser sequencial e prioritário dentro da USF. O paciente deverá, preferencialmente, ser atendido na UBS mais próxima de sua residência, sem aguardar ou circular desnecessariamente por outros ambientes da unidade. Sendo assim, o serviço deverá determinar espaços estratégicos com o objetivo de diminuir a circulação de doentes e o contato com outras pessoas, evitando, dessa forma, a propagação da doença (BRASIL, 2020). Embora a APS seja responsável por reorganizar o sistema de saúde no Brasil e sanar problemas relacionados às inequidades em saúde, principalmente, aos mais vulneráveis, é urgente e necessário que ela, de fato, assuma seu papel em relação à pandemia e busque parcerias para a garantia da continuidade do tratamento quando esgotada as possibilidades terapêuticas na UBS, assim garantindo o acesso a outros níveis de assistência e o cumprimento da integralidade em saúde. Neste sentido Sarti *et al.*, (2020, p. 02) faz uma análise da situação atual da APS e as perspectivas futuras:

A APS precisa assumir com urgência o seu protagonismo como ordenadora do cuidado no SUS. Algumas medidas, como a reorganização dos fluxos de usuários nos serviços, podem e devem ser tomadas de imediato. Outras, como melhorias nas estruturas físicas das unidades, devem permanecer no horizonte, mas sabidamente levam um tempo maior para serem implementadas. Para todas elas, é necessário centralizar a APS na agenda do Ministério da Saúde e que o SUS não seja asfixiado com emendas constitucionais que contingenciam os poucos recursos destinados ao setor pela União. O sucesso do enfrentamento à COVID-19, o futuro do SUS e a saúde dos brasileiros também dependem disso.

Entre as ações em saúde na APS não se pode deixar de citar o uso das tecnologias da informação e comunicação para monitoramento dos casos confirmados ou suspeitos de Coronavírus, compilação e divulgação dos dados reais como vacinação, número de internações e óbitos, mapa de risco e a telemedicina. A telemedicina foi regulamentada pela Lei 13.989 de 2020 e dispõe sobre o uso dessa enquanto durar a crise causada pelo novo Coronavírus. A telemedicina e a saúde digital são ferramentas importantes no combate à pandemia, principalmente, no momento em que as pessoas necessitam do distanciamento social e, ao mesmo

tempo, precisa cuidar de sua saúde. Essas ferramentas devem ser usadas em todo o setor da saúde, mais precisamente na ABS, pois os pacientes acompanhados pela eSF não estão com os quadros clínicos graves, o que em tese facilita o acompanhamento, monitoramento e o uso dessas ferramentas tecnológicas (BRASIL, 2020).

O território da saúde ganhou destaque, principalmente, no período pandêmico, mas não somente por considerar que os grupos populacionais que vivem nesses espaços compartilham problemas de saúde semelhantes, mas também necessitando de uma vigilância em saúde efetiva dentro do município e, mais especificamente, no território concreto, aquele onde as coisas acontecem. Portanto, é necessária essa apropriação das condições de vida e saúde da população por parte dos profissionais da Atenção Básica à Saúde, e que as ações e a vigilância em saúde sejam constantes no território sob sua responsabilidade.

Para tanto, o território deve ser entendido a partir de seu uso e de quem usa. Nele ocorre a interação população/serviço de saúde no nível local. O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde e da avaliação do impacto dos serviços prestados à comunidade. O reconhecimento do uso do território torna-se importante porque é nele onde ocorre a materialização das interações humanas, dos problemas de saúde e das ações de saúde pelos órgãos públicos (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Entender o território da saúde a partir das interações sociais e sua dinâmica é de fundamental importância para o profissional de saúde, pois é a partir das relações humanas que ocorrem dentro e fora deste território onde acontecem os conflitos de interesse para a saúde pública. Todavia, estudos têm mostrado que existe uma dificuldade no ensino do processo conhecimento do território e da territorialização em saúde. Para Pessoa et al., (2013, p. 225):

Apesar do esforço empreendido na prática da Atenção Primária da Saúde – APS na realização da territorialização em saúde, seja no modelo tradicional, seja nos mapas vivos, ou falantes, há uma lacuna consistente em publicações científicas que subsidiem os profissionais da APS na realização de territorialização em saúde que possibilite identificar, analisar e propor ações individuais e coletivas considerando a determinação social da doença.

Acredita-se que a lacuna científica, no processo de territorialização em saúde, possa estar no processo de formação do profissional de saúde, principalmente aos que compõem a equipe da ESF, onde o ensino e a percepção do entendimento de território da saúde não passam de uma área de abrangência sob responsabilidade das unidades de saúde.

É urgente e necessária uma nova visão para o entendimento do território da saúde e sua territorialização, devido a sua importância dentro das políticas de saúde pública, principalmente na Atenção Básica de Saúde. Para tanto, é relevante que o profissional da ESF entenda o território dentro de uma rede conceitual, buscando, também, em outras ciências uma fundamentação teórica e metodológica que contribua para a ampliação do conceito de território da saúde e a sua dinâmica.

### **1.5 Dos aspectos históricos sobre a aproximação do uso do território com o setor saúde, as redes de atenção à saúde**

O território é a base material da existência humana, e a produção e o uso dele pela sociedade em várias formas são uma condição necessária para a realização da vida. Os humanos, mediados pelo trabalho, usam os recursos naturais para produzir coisas, atender à demanda necessária e reproduzir-se como espécie. A relação metabólica entre o homem e a natureza está na origem da dinâmica social, pois ao transformar a natureza, o homem também modifica sua forma de ser e estar no mundo, estruturando modos de viver e condições de vida específicos. Essa dinâmica produziu e produz um território no qual a sociedade registra sua história (GONDIM; MONKEN, 2018).

Existe uma relação da natureza com o processo de adoecimento do ser humano ao longo da história. O marco central desta relação natureza-homem-adoecimento está presente na obra de Batistella (2007) ao referir-se aos médicos gregos que não só tinham que lidar com problemas de saúde, mas também queriam entender a relação entre o homem e a natureza. Essa observação empírica da natureza forneceu os elementos centrais para a organização de um novo modo de idealizar o adoecimento humano. É principalmente por intermédio de Hipócrates (460-377 a.C.) e de sua obra que se tomou contato com uma abordagem racional da medicina. Em sua obra *Ares, Águas e Lugares*, Hipócrates chamou de

endêmicas aquelas doenças em que observou a ocorrência de um número regular e contínuo de casos entre as pessoas de uma comunidade, e de epidemia o surgimento repentino, explosivo, de um grande número de casos em uma população.

Hipócrates atribuiu o clima, o solo, a água, o estilo de vida e a nutrição aos fatores que causavam as endemias locais. Esta observação teve um importante significado prático, conduzindo e orientando a atitude e a organização da comunidade grega na prevenção de doenças no momento da conquista de novos territórios (BATISTELLA, 2007).

As questões vinculadas à relação entre saúde, doença e ambiente, continuaram ao longo da história da saúde e medicina, como relatado nos estudos de Gondim e Monken (2018, p. 146) que mostram a relação de doenças com lugares insalubres:

Na Idade Média (500 a 1.500 d.C.) efetua-se uma ruptura nas práticas místicas e superstições por meio do pensamento racional pautado nas ideias, na razão e na ciência. Essa forma de pensar orientou ações sanitárias no espaço público na Grécia, em Roma e no Egito voltadas para proteger indivíduos e grupos, em decorrência da peste que dizimava populações. A finalidade dessas intervenções era evitar contato entre doentes e não doentes; afastar sujidades e resíduos do convívio humano; isolar lugares insalubres e seus humores; e também oferecer ambientes adequados à higiene pessoal. O espaço fica limitado a palco de acontecimentos da vida social e recipiente de fenômenos naturais.

Ainda na visão de Gondim e Monken (2018), foi a partir de estudos de observação da natureza, que o pensamento sobre a saúde e a doença se modifica, ao mesmo tempo transforma o modo de produzir a sobrevivência humana e a riqueza material da sociedade. As atividades rurais e as relações de servidão foram simultaneamente substituídas pelo comércio de produtos manufaturados e realizadas sob as ordens dos mercadores – neste caso, a burguesia. Nesse sentido, o espaço representava a possibilidade de expandir o domínio da política, dos negócios e do poder. Além disso, despertava na burguesia a vontade da ampliação de poder e a dominação do território com o objetivo de aumentar a riqueza.

As mudanças nas relações de trabalho, na primeira revolução industrial ocorrida no final do século XVIII, início do século XIX, permitiram o aumento da dimensão dos negócios para o comércio, a centralização do poder nas empresas e

o surgimento de monopólios e, ainda, grupos de empresas nacionais e multinacionais. Nesse período acontece a alteração nos modos de viver e a relação do homem com a natureza por meio da produção das fábricas que visavam ao lucro, e do trabalho assalariado. Nesse processo de transição, ficaram ameaçados os artesãos, pela invenção da máquina, e os operários, pelo risco de serem dispensados do trabalho facilmente. O comércio e o mercado transformaram o espaço das cidades em lugares de comercialização de mercadorias e bens, tornando-o centro da vida coletiva e, ao mesmo tempo, o surgimento da sociedade do consumo (ALBUQUERQUE, 2007; GONDIM; MONKEN 2018).

Especificamente até o século XVIII, os progressos nos estudos do inter-relacionamento saúde e o ambiente foram restritos, embora tenha ocorrido um importante crescimento cumulativo do conhecimento, graças a quatro desenvolvimentos: 1. a exploração marítima e continental europeia; 2. o renascimento humanístico da literatura clássica; 3. a experimentação científica; 4. a disseminação do conhecimento através da revolução no processo de impressão. No caso da Medicina, reforçaram-se seus laços com a Geografia, na medida em que se reafirmava a noção da variabilidade espacial das condições nosológicas<sup>12</sup> (RIBEIRO, 2004).

No final do século XIX e início do século XX, a economia mundial passou por mudanças significativas. A Segunda Revolução Industrial trouxe novas tecnologias, como motores a combustível e a eletricidade, o que ampliou ainda mais o processo produtivo, conseqüentemente, a produtividade das fábricas e indústrias, gerando uma necessidade importante no mercado consumidor para esses produtos e, também, de aquisição de matérias-primas (ALBUQUERQUE, 2007). Neste período, além das mudanças econômicas, puderam ser observadas as mudanças na relação homem-natureza, os territórios urbanos foram ocupados de forma desordenada pela crescente oferta de trabalhos assalariados, e essas ocupações tornaram as cidades cada vez mais populosas, nesse ínterim, foram acontecendo as transformações dos espaços urbanos e assim há surgimento de problemas sanitários, ambientais e de saúde.

---

<sup>12</sup> A Nosologia é área da medicina que se dedica ao estudo, descrição e classificação das diferentes doenças (RIBEIRO, 2004).

Embora haja avanços no desenvolvimento acadêmico nesse campo da saúde e sua relação com as questões ambientais, especificamente, a incorporação de ações sobre o meio ambiente, como parte de políticas de saúde, só se deu a partir do século XIX, com a Reforma Sanitária, na Inglaterra. Essa Reforma obrigava a uma série de intervenções em saúde, tais como o fornecimento de água purificada, o descarte adequado de lixo e de esgotos. No entanto, ainda prevalecia a teoria dos miasmas que explicava a origem das doenças nos odores e vapores infecciosos produzidos pela sujeira das cidades e que defendia ser a melhor forma para a prevenção de doenças a limpeza das ruas e a retirada do lixo, esgotos e carcaças de animais. Na verdade, estudos apontaram que as condições sanitárias nas cidades britânicas eram muito ruins (RIBEIRO, 2004).

Gondim (2011) destaca que alguns estudos atribuem ao médico inglês Bertrand Dawson autoria das primeiras propostas de recortes territoriais definidas pelo Estado no campo da saúde para organizar a rede de atenção e cuidado, que em 1920 emite o Informe "*El futuro de los servicios médicos y afines*". Esse ficou conhecido como Relatório Dawson, onde ele expôs uma série de elementos relacionados tanto a prática médica quanto ao acesso aos serviços de saúde, que vão orientar na Inglaterra a organização das ações e das unidades de tratamento a partir de suas considerações. No discurso inglês de 1920, foi atribuído ao Estado a função de provedor e regulador da atenção médica desenvolvida por médicos generalistas, sendo as ações preventivas e curativas realizadas de forma conjunta, sem separação, e com o foco no coletivo, não mais no indivíduo.

Em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs um conceito que fazia uma analogia, em que considerou o corpo humano como uma máquina, e a saúde faz com que essa máquina funcione bem. A saúde passa a ser de responsabilidade coletiva e não apenas individual, isto é, o direito à saúde passa a ser também obrigação do Estado. Embora as definições de saúde tenham se modificando ao longo dos anos, a mais conhecida é a proposta pela OMS como sendo saúde "o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade" (LOURENÇO *et al.*, 2012). Esse conceito é muito útil para analisar os fatores que interferem sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, ou seja, é o campo da saúde, formulado

em 1974 por Marc Lalonde, que na época era ministro da saúde e do Bem-estar do Canadá (SCLIAR, 2007).

[...] o Relatório Lalonde [...] trouxe contribuições relevantes para a construção do moderno conceito de promoção da saúde, diferenciadas do de prevenção de doenças. De acordo com o conceito proposto, o campo da saúde abrange a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde (LOURENÇO *et al.*, 2012 p. 26).

De acordo com esse conceito, desenvolvido pela OMS, o campo da saúde abrange:

1. a **biologia humana**, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
2. o **meio ambiente**, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
3. o **estilo de vida**, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
4. a **organização da assistência à saúde**. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades (SCLIAR, 2007, p. 37).

Scliar (2007) apresentou em seu estudo uma importante análise da relação entre os cuidados primários de saúde, as condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região de saúde, levando a ideia de uma saúde planejada e executada regionalmente:

Os cuidados primários de saúde, adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região deveriam incluir pelo menos: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais. Deveria haver uma integração entre o setor de saúde e os demais, como agricultura e indústria (SCLIAR, 2007, p. 39).

Nesse processo de abrangência do campo da saúde, é evidenciada a relação do homem, que é de natureza biologia e social, com o estilo de viver no

território e a relação com o processo saúde-doença cada vez mais intensificada. É observada também a relação do homem com a natureza, o meio ambiente e com o território. Aliás, é notória a relação das questões da ciência da saúde com a ciência da geografia.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada na capital brasileira em 1986, surgiu o conceito ampliado de saúde, produto de intensa mobilização, que surgiu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, do século XX, como resposta aos regimes autoritários da época e a insatisfação para com os sistemas saúde públicos, que estavam em plena crise. Como fruto desta conferência, têm-se a conquista do SUS. Portanto, a saúde, em sua forma ampliada, deve ser entendida como sendo o resultado da organização da sociedade e das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, de produção, o que pode levar a enormes desigualdades nos padrões de vida dentro de um território.

O uso do termo território da saúde tem uma base fundamentada na geografia, e uma proximidade importante, principalmente, com a geografia da saúde. Para melhor compreensão dessa proximidade, é necessário fazer o levantamento e o esclarecimento de alguns conceitos como: Espaço, Lugar, Território, Região, Territorialidade em saúde, Espaço e o Processo Saúde-Doença, e Relação do Território e os Determinantes Sociais que estão expostos no quadro a seguir.

**Quadro 03:** Saberes que aproximam a saúde e a geografia

Saberes	Sentidos
Espaço	O conceito de espaço é central e compreendido como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações que estão acontecendo e manifestam-se através de processos e funções (SAQUET; SILVA, 2008, p. 07).
	O lugar não é um ponto definido por coordenadas geográficas, um ponto no espaço, uma localização física ou uma representação cartográfica; ele é a articulação da espacialidade

<b>Lugar</b>	com as relações sociais estabelecidas entre seres humanos e os elementos que compõem esse espaço (AZEVEDO; OLANDA, 2018, p. 139).
<b>Território</b>	O território pode ser considerado como delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama muito grande de atores que territorializam suas ações com o passar do tempo. O território na saúde não se restringe às fronteiras entre diferentes estados ou países, mas é caracterizado pela ideia de posse, domínio e poder, correspondendo ao espaço geográfico socializado, independente da extensão territorial (COLUSSI; PEREIRA, 2016).
<b>Territorialidade em saúde</b>	O processo de reconhecimento do território, pode ser visto como uma prática, um modo de fazer, uma técnica que possibilita o reconhecimento do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população de determinado território, assim como o acesso dessa população a ações e serviços de saúde, viabilizando o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas à realidade cotidiana das pessoas (COLUSSI; PEREIRA, 2016, p. 29).
<b>Espaço e o Processo Saúde-Doença</b>	O uso da categoria 'espaço' dá abertura para a incorporação do conceito de 'território' no campo da saúde coletiva, especificamente na saúde pública, em razão de três elementos centrais: sua indissociabilidade populacional, seus limites de governabilidade e suas relações de poder. Esses aspectos em sinergia oferecem as bases para o pensamento complexo e as ferramentas do agir estratégico-situacional, possibilitando ao setor saúde orientar suas políticas, seu sistema de saúde e suas intervenções em territórios (GONDIM, 2011, p. 84).
<b>Relação do Território e os Determinantes Sociais da Saúde</b>	A importância do estudo da cadeia de mediações entre os DSS e sua repercussão no processo saúde-doença-cuidado de indivíduos e grupos sociais, vão permitir ao Estado, em cada nível de gestão, identificar nos territórios de sua responsabilidade, onde e como devem ser feitas as intervenções, de modo a ser mais efetivo na redução das iniquidades de saúde. Essa estratégia analítica e operacional

	<p>permite intervir com ações apropriadas sobre situações mais sensíveis, e mensurar o alcance das mudanças (impactos) no estado de saúde de cada território-população (GONDIM, 2011, p. 91).</p>
--	---

**Fonte:** Criado pelo autor, baseado nos estudos (COLUSSI; PEREIRA, 2016; GONDIM, 2011; AZEVEDO; OLANDA, 2018; SAQUET; SILVA, 2008; VIEIRA, 2013)

Raffestin (2008) chama a atenção para que não sejam feitas confusões sobre território e ambiente. Pois o ambiente constitui a matéria-prima sobre a qual o homem trabalha, socialmente, para produzir o território que resulta, eventualmente, mais tarde, por intermédio da observação, “em uma paisagem”. Esta não é uma construção material, mas a representação ideal da construção. Isso significa que o território não resultará, obrigatoriamente, em paisagem, sem a intermediação da imaginação condicionada por um mediador peculiar. Já a formação territorial vai sendo modificada com o passar dos anos, sendo assim, eles se constroem, desconstroem e reconstroem em um gradiente de tempo, principalmente pela ação humana. Tanto a concepção de ambiente quanto de território é importante para o entendimento do conceito território da saúde, pois cada um tem sua particularidade, mas são interligados.

Outro ponto que precisa ser esclarecido é a confusão existente entre espaço e território. Na obra de Lima (2016), após fazer uma análise das obras de autores importantes, ele apresentou uma síntese sobre esses dois conceitos, em que o espaço é o resultado das relações sociais, pelas quais o homem transforma a natureza, com o trabalho propriamente dito, além do mais, o espaço é um contínuo de relações sociais, econômicas, políticas, culturais, dialéticas e desiguais. Já o território, é o resultado do processo histórico de construção do lugar, com relações multiescalares, a partir das relações da vida cotidiana, mas passando por processos que são determinados em outras escalas. Para o autor, o lugar da vida cotidiana tem uma importância fundamental sobre a saúde do indivíduo.

Ainda para Lima (2016), a vida cotidiana deve ser analisada por meio das relações de proximidade com a família, amigos, colegas de trabalho e vizinhança, pelas quais se estabelecem vínculos sociais e de solidariedade, inclusive, criam vínculos territoriais, que significam territorialidade. Portanto, o cotidiano se

estabelece como realidade produzida pela dialética entre o indivíduo e a sociedade, no lugar onde se vive, com o sentimento de cooperação, solidariedade e conflito.

Partindo do entendimento dos acontecimentos existentes no lugar da vida cotidiana, as políticas de saúde devem ser formuladas, ou pelo menos deveriam. No SUS, as questões territoriais e a territorialização da saúde têm sido usadas para a implantação das políticas de saúde, principalmente, na atenção básica em saúde, podendo ser observada a menção ao uso do território e da territorialização da saúde nos documentos do Ministério da Saúde. O uso do território na saúde fica mais evidente quando o sistema de saúde passa por mudanças, e o SUS surge com uma nova proposta de assistência à saúde da população brasileira. Para isso, foram editadas diretrizes organizacionais como a regionalização e a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios, estes são conhecidos como a municipalização em saúde, cujo objetivo é ter uma saúde planejada e executada localmente.

Nos documentos ministeriais dentro do novo sistema, o SUS, o planejamento da atenção à saúde em uma base territorial está presente nas Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Na Lei 8.080/90, são fixadas as diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os estados e municípios brasileiros. Já a Lei 8.142/90 tratou da participação da comunidade, de forma organizada, na gestão do SUS, então, é ouvir o usuário do sistema para saber as necessidades local, sejam elas individuais ou coletivas, a fim de que o planejamento em saúde seja feito visando à necessidade da população de cada localidade.

Diante de um cenário de saúde, ainda incipiente, estratégias importantes para a saúde da população começaram a surgir, foi o caso da criação do Programa de Agentes de Saúde – PAS do Ceará, em 1987. Uma experiência inédita em dois aspectos: ter sido a primeira vez que se trabalhou em ampla escala com os Agentes comunitários da Saúde – ACS e ter transformado um plano emergencial para a seca, em que se empregavam temporariamente pessoas das regiões atingidas, em um programa de promoção da saúde. Os ACS`s eram trabalhadores pobres, na maioria mulheres, oriundos de 118 municípios diferentes do sertão do estado do Ceará. O programa teve como objetivo, também, empregar trabalhadores de

regiões pobres do estado. Os agentes eram eleitos pela comunidade, alegando-se a exigência de que eles residissem na comunidade assistida e de que houvesse participação popular. O treinamento oferecido configurava-se numa capacitação inicial com duração de dois meses, sob responsabilidade de supervisão dos municípios, enfocando ações de educação, promoção da saúde e da participação comunitária (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Ainda nos anos de 1990, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a promoção da saúde no território foi marcante, pois, mesmo que seja de forma incipiente, foi uma das primeiras tentativas de colocar o profissional de saúde no território, onde ele deveria ter vínculo, ou seja, deveria morar naquele lugar pelo qual era responsável e ao mesmo tempo cuidar da saúde daquela população.

Em 1991, o Ministério da Saúde formulou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), que institucionalizou uma série de práticas de saúde desenvolvidas em diferentes regiões do país, mas atendeu de forma isolada e concentrada as pessoas com maior vulnerabilidade e risco para a saúde. Posteriormente, em 1992, o Pnacs foi transformado em Programa de Agente Comunitário de Saúde (Pacs) e expandido para todo o país (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Já em 1994, nas diretrizes de criação do Programa Saúde da Família, orientações importantes sobre o território e da territorialização da saúde foram dadas, porque passou a trabalhar com a saúde em uma área delimitada, além de suas subdivisões - microáreas e território domicílio - o programa também trabalha com uma clientela adscrita, e a territorialização passa a ser um pressuposto básico para a organização dos serviços do PSF.

Neste sentido, Lima (2016) faz uma crítica importante ao processo de territorialização em saúde ao considerar que sua operacionalização tem se restringido a uma definição de território que equivale a uma área delimitada, meramente para definições administrativas e para adscrição de uma população a uma unidade de atenção à saúde.

Outro documento ministerial importante é a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/96, que tem por finalidade a redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. A NOB/96 trabalhou muito bem a questão da

municipalização e com a nomenclatura de território município (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). No ano de 2002, considerando a universalidade do acesso e de integralidade da atenção no SUS, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, que tinha como principal finalidade a ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica e estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Além disso, trabalhou com o movimento de pactuação entre os três níveis de gestão. Para isso, o ponto forte da NOAS/01-2002 foi a regionalização e o uso de termos como região de saúde, conjunto de municípios, município-sede, município-polo, unidade territorial de qualificação na assistência à saúde, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Em 2006, foi instituída a Portaria/GM nº 399, estabelecendo as Diretrizes do Pacto pela Saúde (pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão). Esse pacto apresentou mudanças importantes como a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização. O Pacto pela Vida visa à promoção da saúde, ao controle de agravos, à equidade, ao fortalecimento da Atenção Básica, dentre outros. No Pacto de Gestão, são estabelecidas diretrizes que reforçam os aspectos da Descentralização das ações de saúde e enfatiza a Regionalização como um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Gondim (2011) relata que a região de saúde, presente no Pacto de Gestão, deve propiciar a organização da rede de serviços e ações de saúde para atender e assegurar os princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, a fim de possibilitar a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social. A rede de atenção à saúde deve ser pactuada, tanto em relação aos recursos (materiais, financeiros e humanos) quanto no que se refere às responsabilidades e ações complementares entre os entes federados. O conjunto de ações que não pode ser compartilhado por mais de uma esfera de gestão refere-se à Atenção Básica e às ações de vigilância em saúde, as quais devem ser assumidas e ser de responsabilidade exclusiva dos municípios.

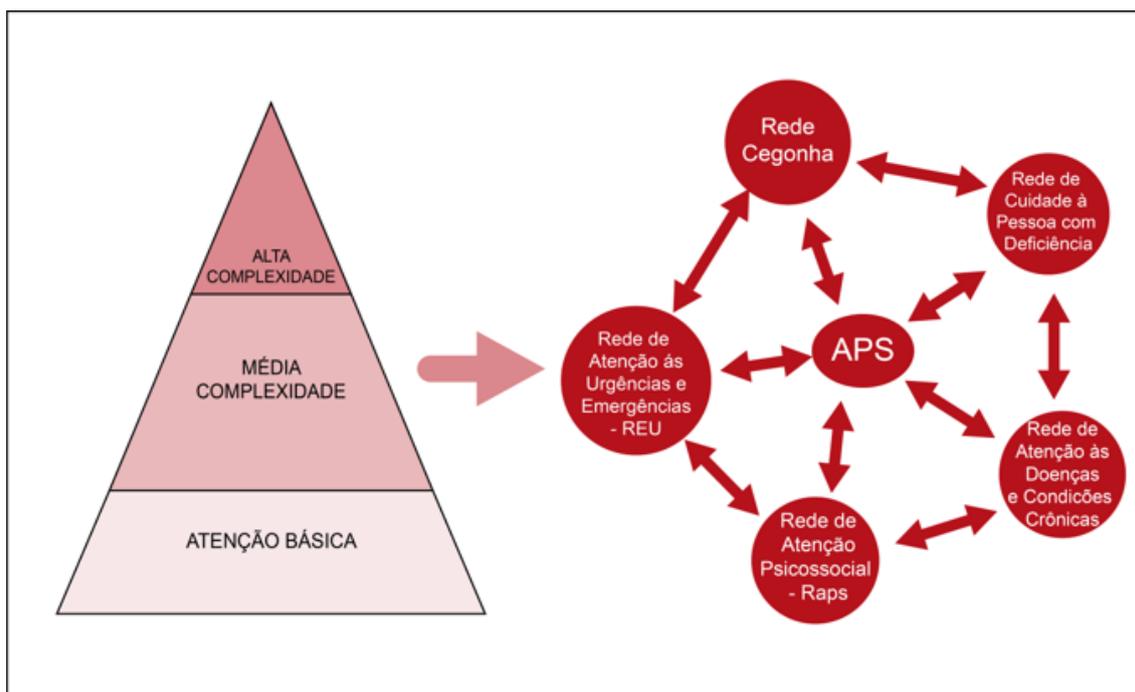
Por mais que o SUS tenha avançado nas mudanças no sistema de saúde, ainda apresenta-se fragmentado. Tentando superar essa fragmentação, os

gestores do SUS criaram a Rede de Atenção à Saúde – RAS, criada pela Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Mendes (2008, p. 06) define RAS como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população.

Já o texto anexo a Portaria nº 4279 de 2010 (BRASIL, 2010, p. 01) conceitua a RAS “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. A RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica.

Segundo Mendes (2011), a concepção hierárquica e na forma de pirâmide, apresentada pelo sistema de saúde, deve ser substituída pelas redes poliárquicas de atenção à saúde, passando a respeitar as diferenças nas densidades tecnológicas, rompendo as relações verticalizadas e estabelecendo relações horizontais em rede conforme exemplificado na figura a seguir.



**Figura 5:** A mudança dos sistemas de pirâmides e hierárquicos para as redes de atenção à saúde no SUS.

**Fonte:** MENDES (2011) Adaptado.

Segundo o Ministério da Saúde (2021), o funcionamento da RAS é realizado por meio da interação de seus três componentes: 1. População/Região de saúde definida; 2. Estrutura operacional; 3. Modelo de atenção à saúde.

### **População e Região de Saúde**

Para proteger, restaurar e melhorar a saúde das pessoas e comunidades, a RAS deve ser capaz de determinar claramente a população e a área geográfica dentro de suas responsabilidades. A região de saúde deve ser claramente definida em termos de parâmetros espaciais e temporais para assegurar que a estrutura esteja bem distribuída geograficamente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, uma melhor relação de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (BRASIL, 2021).

### **Estrutura Operacional**

A estrutura operacional das RAS é composta por diferentes pontos de atenção à saúde, isto é, lugares institucionais que prestam serviços de saúde e às ligações que os veiculam. Os componentes que compõem as RAS incluem: Atenção Básica à Saúde - centros de comunicação; pontos de atenção secundária e terciária; sistemas de apoio; sistemas de logística e sistemas de governança (BRASIL, 2021).

### **Modelo de Atenção à Saúde**

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza a forma de funcionamento das RAS, estabelece as relações entre a população e suas subpopulações separadas por riscos, o foco das intervenções do sistema de saúde e os diferentes tipos de intervenções em saúde, definido em função da visão geral da saúde, das situações demográficas e das condições epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em uma determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessário mudar o atual modelo hegemônico de atenção do SUS, isto significa que é necessária a intervenção de acompanhamento nas doenças agudas e crônicas (BRASIL, 2021).

O primeiro e mais importante elemento das RAS é a população, na verdade é a razão de sua existência. A população fica sob a responsabilidade sanitária, econômica e gerencial da RAS. Já o vínculo da população com uma RAS acontece por meio da Atenção Primária à Saúde, que no SUS é a Atenção Básica à Saúde, então, a ABS tem a responsabilidade de articular-se com a população. A coordenação das ações da RAS deve acontecer mediante o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias (MENDES, 2014).

Ficou definido pelo Ministério da Saúde as funções e as orientações da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde que devem ser organizadas como base, nível de resolutividade, coordenação dos cuidados e ordenação das redes, conforme mostra o quadro a seguir:

**Quadro 04:** Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

<b>Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde</b>	<b>Orientações</b>
<b>I - Ser base</b>	Ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado faz-se sempre necessária (BRASIL, 2021, p. 03).
<b>II - Ser resolutive</b>	Identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada, capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais (BRASIL, 2021, p. 03).
<b>III - Coordenar o cuidado</b>	Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado com usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articular, também, as outras estruturas das redes de saúde e intersectoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera [...], prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microregulação, realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade (BRASIL, 2021, p. 03).
<b>IV - Ordenar as redes</b>	Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2021, p. 03).

Fonte: BRASIL (2021) Adaptado.

Além das funções da AB nas RAS's, o Ministério da Saúde estabeleceu algumas Redes Prioritárias, conhecidas também como Redes Temáticas à Saúde, são elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências – REU, Rede de Atenção Psicossocial – Raps, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

1. Rede Cegonha: a rede Cegonha visa ampliar e qualificar o acesso às ações do programa reprodutivo, assistência pré-natal, parto e o nascimento, puerpério e atenção a crianças menores de dois anos. Em relação à Atenção Básica à Saúde, o plano de ação da Rede Cegonha considera o planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério e saúde infantil. A ação da Rede Cegonha na Atenção Básica tem como objetivo prestar atendimento qualificado para as gestantes e puérperas, incluindo ações de planejamento reprodutivo e, para crianças, principalmente nos dois primeiros anos de vida, além disso, ampliar a capacidade de atenção integral à saúde da mulher e fortalecer a Atenção Básica na perspectiva de uma rede integral de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e criou a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Ficou estabelecido no artigo 3º, inciso 1º desta lei, que a organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e de forma integral aos usuários do SUS em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011).

Por ser uma rede complexa, a RUE pode atender às necessidades de diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumáticas, saúde mental, etc.) e é composta por diversos pontos de atendimento para atender às diversas ações necessárias ao atendimento de emergências. Portanto, seus componentes devem funcionar de forma integrada, clara e colaborativa. Além disso, em todos os componentes devem existir regras para o acolhimento, qualificação profissional, informação e acesso ao serviço. O objetivo principal é reorganizar o atendimento de urgência e emergência de forma coordenada através da Atenção Básica à Saúde. O que se precisa é mais do que ampliar a rede de atendimento: é necessário formular ações de forma qualificada e resolutiva para promover a saúde e prevenir

doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2013a).

Ao instituir a REU, o MS estabeleceu algumas prioridades, a saber:

- Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégicas para a RUE;
- Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;
- Criação das *unidades de internação em cuidados prolongados* (UCP) e de *hospitais especializados em cuidados prolongados* (HCP);
- Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica;
- Definição da *atenção domiciliar organizada por intermédio das equipes multidisciplinares de atenção domiciliar* (Emad) e das *equipes multidisciplinares de apoio* (Emap); e
- Articulação entre os seus componentes (BRASIL, 2013a, p. 14 e 15. Grifo do autor).

A organização da rede de atendimento e de mecanismo de gestão do acesso às urgências em nível regional, aliadas à melhoria da assistência na Atenção Básica à Saúde, são atribuições dos gestores no processo organizacional dos fluxos na busca pela garantia do acesso dentro dos princípios do SUS às pessoas atingidas por situações que requerem atendimento de urgência (BRASIL, 2015).

3. Rede de Atenção Psicossocial: a Raps é composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atendimento de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atendimento hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Portanto, a essa política estabelecem-se prioridades para o enfrentamento ao uso de Drogas (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2021).

RAPS pauta-se pelo princípio de respeito aos direitos humanos, garantia de autonomia e liberdade, promoção da equidade, exercício dos direitos humanos, inclusão social e enfrentamento do estigma e preconceito. No que se refere às diretrizes e os objetivos, destacam-se, também, garantir a acessibilidade e a qualidade dos serviços, os olhares sobre as questões relacionadas ao álcool e drogas, e a redução de danos, com cuidado territorial, humanizado, integral e multiprofissional, dentro de uma lógica interdisciplinar e intersetorial, com participação e controle social de usuários e de familiares. O importante é destacar as características regionais da rede, com centralidade nas necessidades específicas das pessoas, e ser responsável por dar continuidade ao cuidado,

promovendo a reinserção social por meio do trabalho, da renda e da moradia solidária (ASSIS *et al.*, 2014).

4. Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: criada pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Tem como objetivos realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. Essa Rede prioriza os cuidados destinados ao câncer a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero (BRASIL, 2014b).

5. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: essa Rede foi instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, com recomendação pelo MS de que os componentes da Rede sejam articulados entre si, de forma a garantir a integralidade da assistência e o acesso regulado a cada ponto de atenção e aos serviços de apoio à Raps, observadas as especificidades pertinentes à garantia da equidade na atenção dos usuários, que são acessibilidade, comunicação, manejo clínico, medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função - e medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual da pessoa (BRASIL, 2012).

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência tem o compromisso de promover cuidados em saúde, principalmente nos trabalhos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências. A Raps busca, ainda, desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases do ciclo gravídico puerperal, infância, adolescência e adulta (BRASIL, 2013b).

Já em 2017, o MS fez a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, através da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Ficaram estabelecidas as seguintes redes no âmbito do SUS: Redes de Atenção à Saúde, Redes de Serviço de Saúde e Redes de Pesquisa em Saúde

(BRASIL, 2017). Todas as redes são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação, informação, regulação, promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2021).

As questões que envolvem o território e a territorialização devem se fazer presentes na formação profissional. Pensar na formação profissional em saúde requer um pensamento holístico do processo saúde-doença, das intervenções a serem feitas, dos determinantes sociais de saúde, da promoção da saúde e prevenção a ela e o conhecimento da realidade local de cada comunidade. Nesta perspectiva, torna-se importante fazer uma abordagem sobre o conceito território da saúde e sobre processo de territorialização em saúde, pois é no território usado, onde as pessoas vivem, que as `coisas` acontecem, ou seja, a sociedade se relaciona com o território e com outras pessoas produzindo e reproduzindo suas histórias de vida. É com esse olhar que as ações de saúde devem ser propostas e acontecerem ao mesmo tempo.

Até aqui, abordou-se os aspectos introdutórios e históricos do território da saúde como parte fundamental na atenção básica à saúde. No capítulo II, serão abordados os aspectos relacionados ao ensino nos cursos de graduação na área da saúde.

## **CAPÍTULO II – ENSINO DO CONCEITO TERRITÓRIO DA SAÚDE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE**

Ao partir da consideração de que a apropriação do conceito território da saúde é fundamental para os profissionais de saúde, principalmente para aqueles que atuam na ESF, este capítulo tem por objetivo apresentar os achados da revisão de literatura sobre o ensino deste conceito, especificamente nos cursos de graduação na área da saúde.

### **1. Formação em Saúde**

A formação e o ensino em cursos de graduação na área da saúde assumiram papéis fundamentais no contexto das políticas de educação e de saúde brasileira no intuito de garantir formação qualificada aos profissionais de saúde e, conseqüentemente, uma atenção à saúde mais resolutiva e com eficácia, investindo-se na integração da tríade ensino-serviço-comunidade. O ensino de graduação na área da saúde vem recebendo atenção especial por parte da política nacional de saúde (Bahia *et al.*, 2018), destacam-se aqui os cursos de Enfermagem e Medicina, por serem cursos que compõem a equipe mínima da ESF, por ter uma formação voltada para a atuação no SUS, serem alguns dos profissionais responsáveis pelas ações de saúde no território de responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde – UBS's, além de fazer parte de investigação e de estudo dessa tese.

Os cursos de graduação na área da saúde estão em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB de 1996. Com a criação da nova LDB, foram lançados novos desafios para a educação brasileira, principalmente, a superior, pois novas diretrizes curriculares foram criadas ou reestruturadas para adequar ao que estava previsto na nova lei.

Alguns anos depois, o Ministério da Educação criou novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação na área da saúde, nelas há a formação por competências e habilidades. Esse tipo de formação visa atender às políticas

neoliberais. A cerca da formação por competências e habilidades, Hora e Souza (2015, p. 4) disseram que:

[...] Fica claro o compromisso e a responsabilidade da educação superior com a formação de profissionais competentes, críticos reflexivos e de cidadãos que possam atuar, não apenas em sua área de formação, mas também, no processo de transformação da sociedade. As Diretrizes Curriculares definem, ainda, que a formação do profissional da saúde tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades gerais de cada carreira escolhida.

O curso de graduação em Enfermagem está regulamentado pela resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que instituiu as diretrizes curriculares nacionais do curso. Nelas fica explícito que a formação do enfermeiro deve ter em sua base as competências e habilidades. Em seu processo de formação, além da ênfase SUS, deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. A Medicina é regulamentada pela Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, em que estão instituídas as diretrizes curriculares do curso no Brasil. Nessa Resolução, fica definido o que é entendido por competência na formação profissional que deve ser compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzam desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do SUS (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

Ambos os cursos têm em suas diretrizes uma formação generalista, cuja formação é para a atuação em diversos cenários em saúde com ênfase no SUS. Na graduação em saúde, os conteúdos inerentes ao SUS, geralmente, compõem a ementa da disciplina saúde pública, logo, o ensino sobre a ESF, território e da territorialização em saúde ficam vinculados a essa disciplina.

## **2. Revisão da Literatura**

A pesquisa proposta aconteceu em duas etapas. A primeira foi a revisão de literatura do tipo integrativa para a investigação do ensino do conceito território da saúde em cursos de graduação na área da saúde. Esta revisão teve o objetivo de analisar o conhecimento existente sobre o tema, bem como apresentar as contribuições e limitações existentes na literatura encontrada, selecionada e analisada.

A revisão da literatura apresenta duas funções interligadas: a primeira se constitui em parte integral do desenvolvimento da ciência, que é a função histórica. A segunda fornece aos pesquisadores, de qualquer área, informação sobre o desenvolvimento atual da ciência e sua literatura, tendo, então, a função de atualização (FIGUEIREDO, 1990). Para Noronha e Ferreira (2000, p. 183),

trabalhos de revisão de literatura são estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório do estado-da-arte sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada. Assim, a consulta a um trabalho de revisões propicia ao pesquisador tomar conhecimento, em uma única fonte, do que ocorreu ou está ocorrendo periodicamente no campo estudado, podendo substituir a consulta a uma série de outros trabalhos.

Foram pesquisadas as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* – LILACS, *National Library of Medicine National Institutes of Health* – PubMed, e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES.

A combinação de termos para a busca do material teórico surgiu a partir de um questionamento – Qual é a abordagem do ensino do conceito território da saúde vinculado à equipe saúde da família no âmbito da graduação em saúde? Para a busca dos artigos nas bases de dados, levou-se em consideração a composição da equipe da ESF, que segundo o Ministério da Saúde, na Portaria nº 2.436/2017, “deve ser composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS)”. As combinações dos termos para a pesquisa foram as seguintes:

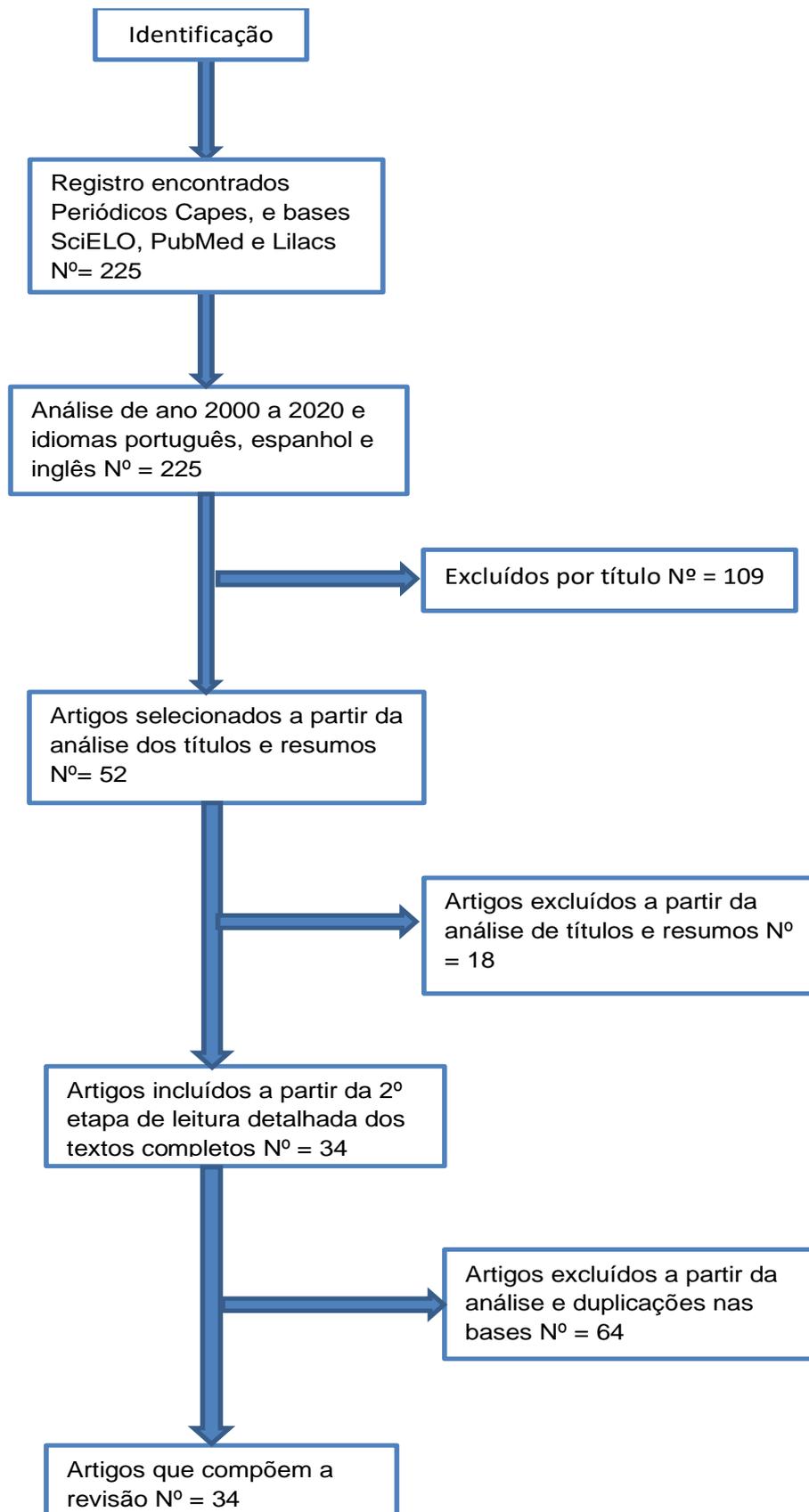
1. Território da saúde;
2. Território da saúde and Equipe saúde da família;

3. Território da saúde and Profissional de saúde;
4. Território da saúde and Médico;
5. Território da saúde and Enfermagem;
6. Território da saúde and Enfermeiro;
7. Território da saúde and Técnico de enfermagem;
8. Território da saúde and Agente Comunitário de Saúde;
9. Território da saúde and Formação;
10. Território da saúde and Ensino;

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram o recorte temporal entre os anos 2000 a 2020, aparecer a combinação dos descritores apresentados no título, periódicos revisados por pares, artigos disponíveis na forma completa, e em um dos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram artigos com data de publicação inferior ao ano 2000, artigos duplicados nas bases de dados pesquisadas, artigos que fugiram da temática em estudo. O período de busca aconteceu entre os dias 11/09/20 a 23/09/20.

Na primeira busca, foram encontrados 225 artigos de acordo com os critérios de inclusão. Após a leitura do título e do resumo, foram observados 64 artigos repetidos, sendo eles eliminados, excluídos 109 por apresentar fuga ao tema, e selecionados 52 artigos. Na segunda etapa, que foi a leitura na íntegra dos artigos, foram excluídos 18 deles, e finalizou-se a amostra com 34 artigos selecionados para a construção do quadro de referências, conforme observado na figura 6.

**Figura 6:** Fluxograma Prisma para seleção de artigos nas bases de dados em estudo, Goiânia-GO, Brasil, 2021.



## 2.1 Materiais encontrados nos bancos de dados pesquisados

O quadro 04 apresenta uma síntese dos 34 artigos analisados, para a composição desse quadro levou em consideração o título, ano de publicação, período de revista, a metodologia adotada, a abordagem sobre território e os principais autores em que as pesquisas se fundamentaram.

**Quadro 05:** Distribuição dos artigos científicos que abordaram a temática território da saúde.

<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Periódicos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Abordagem</b>	<b>Autores Fundamentados</b>
1. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas	2005	Caderno de Saúde Pública	Abordagem teórica	O reconhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes é de grande importância para a determinação de vulnerabilidades para a saúde humana, originadas nas interações de grupos sociais em determinados espaços geográficos.	BUSS P. M., BARCELLOS C., CZERESNIA D, FERREIRA J.R., PAIM J. S., SANTOS M., e outros.
2. Novo olhar sobre o espaço: território e vulnerabilidade	2007	Caderno de Saúde Pública	Estudo teórico	Território-vulnerabilidade: Como a compreensão da vulnerabilidade passa pela multidimensionalidade dos processos socioespaciais, desde aqueles ligados à dinâmica demográfica, passando pelos ambientais até os geográficos de maneira mais ampla.	BARCELLOS C., MONKEN M., HAESBAERT R., SACK R., e outros.
3. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social	2007	Caderno Saúde Pública	Estudo teórico	O território foi examinado como um operador útil para analisar a expressão da ligação entre saúde, ambiente e desenvolvimento, revelador do paradoxo entre as potencialidades naturais e humanas do Brasil e sua pobreza, espelho da injustiça ambiental e da violação de direitos humanos.	HABERMAS J., GIDDENS A., SANTOS M., RIGOTTO R.M., e outros.

4. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família	2008	Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn	Pesquisa é de abordagem predominantemente qualitativa	O conhecimento do território, a partir da territorialização, permite uma melhor organização do processo de trabalho e da atenção na ESF.	MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANTUNES MJM, EGRY EY, CHIAVENATO I, e outros.
5. Espaço, Território e Saúde: Contribuições de Milton Santos para o Tema da Geografia da Saúde no Brasil	2009	Revista Raega	Estudo teórico	As implicações do território na saúde pública brasileira. O território como cenário das relações sociais - pode ser essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas.	BARCELLOS, C., CZERESNIA, D., MONKEN, M., C., SAQUET, M. A., SANTOS, M.,
6. Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família	2012	Revista Gerência e Política de Salud	Pesquisa exploratório-descritivo com abordagem qualitativa.	O gerenciamento da ESF vive conflitos ideológicos entre as práticas a que se destina a política e o desenvolvimento socioeconômico.	LEFÈVRE F, LEFÈVRE AMC; MINISTÉRIO DA SAÚDE, MERHY E. E, PAIM J.S., e outros.
7. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE	2012	Saúde e Sociedade	Abordagem qualitativa do tipo estudo de caso	O território é dinâmico, vivo, em constante movimento, com suas redes de relações, redes sociais, lugares com características próprias, com técnicas específicas, um verdadeiro espaço produtor de solidariedade.	LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M., MINISTÉRIO DA SAÚDE, SANTOS, M., e outros.
8. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de mover-se no território	2013	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Estudo de caso	A visita domiciliar no menor território - O domicílio. Desafios: problemas não apenas biológicos, mas sociais, familiares, humanas.	ESCOREL, S. et al., MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.M., MINISTÉRIO DA SAÚDE, e outros
9. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território	2014	Ciência & Saúde Coletiva	Método Bambu	Espaço, território e territorialidades. (Espaço percebido, concebido e vivido). Território vivo.	LEFEVBRE, MILTON SANTOS, HAESBAERT, R., e outros

10. Estratégias de Saúde da Família: Território e Vínculo Sob a Perspectiva Nômade	2014	Revista Jovens Pesquisadores	Estudo Observacional	A pesquisa investigou as formas pelas quais se constroem as noções de território e inclusão no campo da saúde a partir da experiência de uma parcela da população - nômades. A análise dos dados aponta que os pressupostos de territorialidade, inclusão e vinculação das Políticas Públicas de Saúde podem produzir vulnerabilidades.	BARCELLOS, C., FOUCAULT, M., GONDIM, G. M. M., MINISTÉRIO DA SAÚDE, MONKEN, M., e outros
11. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico	2014	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão bibliográfica	Existem vários tipos de território dependendo dos fundamentos ligados ao controle e/ou apropriação do espaço, sejam eles políticos, econômicos e culturais, cada qual com uma dinâmica própria.	CZERESNIA D., BOURDIEU P., HAESBAERT R, MONKEN M., e outros.
12. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde	2014	Ciência & Saúde Coletiva	Pesquisa qualitativa com abordagem descritiva e exploratória	Buscou-se analisar a interdisciplinaridade entre Saúde e Meio Ambiente, na graduação em saúde de instituições públicas de ensino superior frente à aplicação do conceito de território,	PAIM J., MINAYO M.C.S., MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE, MILTON SANTOS, SAQUET M. A., e outros.
13. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família	2015	REME - Revista Mineira de Enfermagem	Relato de Vivência	Vínculo, a autonomia e o território afetivo como conceitos, que estão inseridos no discurso da integralidade em saúde e na discussão que considera a produção do cuidado como produção subjetiva, devem ser ressignificados e polissemicamente instituir novos arranjos e modos de cuidar.	PAIM J. S., ALMEIDA-FILHO N., FOUCAULT M., e outros
14. Entre o cuidado integral à saúde e a fixação ao território: o caso dos usuários nômades em uma Estratégia de Saúde da Família	2015	Revista Jovens Pesquisadores	Método cartográfico, a partir de observações participantes.	O desafio da promoção da saúde para os "nômades" devido a não fixação no território.	BAUMAN, Z., MINISTÉRIO DA SAÚDE, DELEUZE, G. FOUCAULT, M., e outros.

15. Análise da oferta e da demanda por serviços de saúde de um território sanitário como contribuição para a atenção e gestão em saúde	2015	Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS	Estudo exploratório, longitudinal, retrospectivo, com dados secundários	Observou-se no território reduzida quantidade de estabelecimentos destinados à atenção a grupos sociais vulneráveis, como, os idosos, as pessoas com demandas psicossociais e de reabilitação, o que por sua vez reforça a fragilidade organizacional do sistema de saúde no território analisado e, conseqüentemente, reflete na atenção à saúde dessa população.	TANAKA, O. U., TAMAKI, E., FELISBERTO, E., ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, SCHRAMM, J. M. A et al., e outros.
16. Novos cenários de ensino: a comunidade e o território como espaços privilegiados de formação de profissionais da saúde	2015	Medicina (Ribeirão Preto) - Revistas USP	Estudo teórico	Sobre barreiras para o desenvolvimento do ensino na comunidade, tanto da parte de membros da universidade quanto dos serviços de saúde, e sobre a importância do "novo cenário" de ensinagem para a integração das atividades-fim da Universidade	BUS PM; PELLEGRINI-FILHO A., MINISTÉRIO DA SAÚDE, WORLD HEALTH ORGANIZATION, FEUERWERKER L.C.M., e outros.
17. O território como base para a intervenção em saúde	2015	Caminho Aberto - Revista de Extensão do IFSC	Pesquisa exploratória de caráter qualitativo	A compreensão do território como um espaço político, administrativo, histórico e social permite à equipe elaborar uma gestão territorial para propor ações integradas que contemplem a articulação com os demais setores daquele espaço, seja este relacionado à educação, moradia, ao saneamento básico, ao transporte entre outros	FARIA RM, BORTOLOZZI A., MINISTÉRIO DA SAÚDE, MONKEN M, BARCELLOS C., e outros.
18. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família	2016	Revista de enfermagem UERJ	Método descritivo do tipo estudo de caso	A violência como fator limitante do cuidado no território da ESF.	HANNAH ARENDT, MINAYO M. C. S., MINISTÉRIO DA SAÚDE, e outros.
19. Políticas da saúde e território: um debate em torno da realidade portuguesa à luz da visão de decisores políticos e instrumentos programáticos	2016	Revista Saúde Sociedade	Estudo de natureza exploratória e não afirmativa	Argumenta-se que o contexto territorial qualifica os processos de tomada de decisão política no que diz respeito à obtenção de ganhos em saúde e à relação equidade/eficiência, reforçando a necessidade de estreitar as sinergias entre as políticas de saúde e as de ordenamento do território.	BARROS, P., CAMPOS, A., POLLITT, C., e outros.

20. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do sistema único de saúde no Brasil	2016	Revista Raega	Trabalho teórico-descritivo	O conceito de “território usado” é ainda hoje referência para a definição da porta de entrada para redes de atenção à saúde do SUS.	CZERESNIA, D., GONDIN, G. M. M, FARIA, R. A, Milton Santos, Ministério da Saúde, MONKEN, M., e outros.
21. Vínculos Subjetivos do Agente Comunitário de Saúde no Território da Estratégia Saúde da Família	2017	Revista Trabalho, Educação, Saúde	Pesquisa com abordagem qualitativa em uma perspectiva crítico-reflexiva	Os vínculos entre os usuários e agentes comunitários de saúde são potentes e resolutivos junto a ESF.	AYRES, JOSÉ R. C. M., GALAVOTE, HELETÍCIA S. et al., MINISTÉRIO DA SAÚDE, e outros
22. Território e acesso: questões sobre as políticas de saúde brasileiras	2017	Revista Avances en Psicología Latinoamericana	Abordagem Teórica	O território acaba por tornar-se um elemento fundamental para o governo daquilo que está dentro e não propriamente daquilo que o rodeia. A delimitação de um território nacional permite estabelecer o espaço onde se estendem as possibilidades de regulação da população.	BARCELLOS, C., CZERESNIA, D., DELEUZE, G., FOUCAULT, M., MONKEN, M., e outros.
23. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos	2018	Ciência & Saúde Coletiva	Investigação de cunho qualitativo	O respondente expressa sentimentos potencializadores de solidariedade, atenção, afeto, considerando a microárea boa para trabalhar, revelando implicação positiva com o território e envolvimento comunitário.	BOMFIM, Z.A.C., MERHY, E.E., MINISTÉRIO DA SAÚDE, SAWAIA, B.B., e outros.
24. Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil	2018	Revista Saúde Sociedade	Pesquisa quantitativa	As adversidades territoriais se combinam com maior densidade às categorias mais vulneráveis, impondo um enorme fardo populacional de saúde nas regiões menos desenvolvidas.	GONDIM, J. L. B.; BARRETO, F. A.; CARVALHO, SOUZA, P. H. G. F., e outros.
25. Território e Sistemas Vitais na Saúde	2018	Revista Polis e Psique	Estudo Teórico	O território se estabilizará para além de uma demarcação fronteiriça da Nação e assumirá uma conformação de agenciamento maquínico de corpos, espaços, relações, subjetividades, vida.	BARCELLOS, C., DELEUZE, G., FOUCAULT, M., GUATTARI, F., MONKEN, M., MINISTÉRIO DA SAÚDE, HAESBAERT, R., e outros.

26. Território, Trabalho e Saúde: repercussões socioambientais do estilo de vida em duas comunidades da reserva de desenvolvimento sustentável do Tupé, Manaus, Amazonas	2018	Revista Gestão de Sistema de Saúde	Estudo de caso	O território, na qualidade de espaço socialmente construído, organizado e estruturalmente hierarquizado por relações de poder, estabelece os limites, possibilidades e as diretrizes das políticas sociais.	BOURDIEU, P., HAESBAERT, R., MARX, K., RIGOTTO, R. M., e outros.
27. Território, lugares e saúde: redimensionando o espaço na saúde pública	2018	Caderno de Saúde Pública	Estudo Teórico	A territorialidade passa a ser uma categoria relacional, que permite acompanhar a configuração dos processos de saúde, por meio de diferentes ordens espaciais.	CURTO S., SANTOS M. NAVARRO V, PORTO-GONÇALVES C. W., PICKENHAYN J., e outros.
28. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica	2019	Saúde Sociedade	Metodologia qualitativa	O artigo discute as implicações da violência no trabalho e na construção dos vínculos estabelecidos entre os agentes comunitários de saúde (ACS) na ESF. Analisou os obstáculos e constrangimentos no acesso ao território, limites na prática profissional e vínculos relacionais/terapêuticos, construídos com usuários, nesse contexto, com a população em um território.	MINAYO, M. C., MOSCOVICI, S., MERHY, E. E., SCHERER, A. D. A.; PIRES, D. E. P.; SORATTO, J., MINISTÉRIO DA SAÚDE, e outros.
29. Promoção da saúde no território: potências e desafios dos projetos locais	2019	Revista Escola Anna Nery	Estudo qualitativo com Análise de Discurso Textualmente Orientada.	As ações de promoção da saúde devem apresentar-se bastante variadas em termos de foco, objeto, ênfase e campos de ação, considerando os diversos contextos para sua realização no território da ESF.	BUSS PM, CHAMAS C, FAID M, MOREL C., e outros.
30. Território de saúde: possibilidades e desafios a partir da contribuição de Norbert Elias e John L. Scotson	2019	Caderno Saúde Coletiva	Revisão sistemática não da literatura especializada	O território, na condição de cotidiano vivido, apresenta a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS. Esse se caracteriza por abranger uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de má saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que despontam de um plano mais geral.	GONDIM GMM, MONKEN M, ROJAS LI, BARCELLOS C, PEITER P., ELIAS N, SCOTSON JL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, WEBER M, e outros.

31. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante	2019	Interface - Comunicação, Saúde, Educação.	Entrevistas qualitativas	1. A condição de proximidade da unidade com a população que a territorialização traz faz com que seja possível, de fato, a prática da Atenção Básica. 2. o território, resultado de ações dos sujeitos que nele se inserem e marcado por relações de poder, demonstrando que a territorialidade irá refletir a “multidimensionalidade do ‘vivido’ territorial pelos membros de uma coletividade”.	FARIA R. M., MINISTÉRIO DA SAÚDE, RAFFESTIN, C., SANTOS, M., VASCONCELOS, C.M., PASCHE, D.F., e outros.
32. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica	2019	Revista Saúde Sociedade	Metodologia qualitativa e o referencial teórico das representações sociais	A pesquisa destaca como resultado que a violência e as representações em torno desta interferem na produção de estratégias de promoção da saúde e prevenção a ela e na produção dos vínculos, tornando os canais de negociações mais restritos.	MINISTÉRIO DA SAÚDE, MERHY, E. E., MINAYO, M. C., MOSCOVICI, S., e outros.
33. Mapeamento social: construindo território a partir de ativos de saúde da comunidade	2020	Entramado	Experiência da cartografia social	1. Mapa ecossistema-população (relações territoriais) 2. Mapa social-temporal (passado, presente, futuro) 3. Mapa temático (com problemas e planejamento concreto) 4. Teoria salutogênese.	ANTONOVSKY e outros
34. A importância do território em ações de vigilância em saúde	2020	Revista Cerrados	Revisão bibliográfica e pesquisa documental	O conhecimento da dinâmica social em determinado território, os hábitos e costumes são de fundamental relevância para determinar as vulnerabilidades para a saúde.	ALMEIDA, M. G., MINISTÉRIO DA SAÚDE, GONDIN, G. M. et al., HAESBAERT, R., MONKEN, M.; BARCELLOS, C., PAIM, J. S., SANTOS, M., e outros.

**Fonte:** Criado pelo autor com base no banco de dados da LILACS, SciELO, Portal de Periódicos da CAPES e PubMed, 2021.

Dentre os anos de publicação, foi apresentado o seguinte panorama: os anos de 2005, 2007, 2008, 2009 e 2013 ficaram com 2,9% dos artigos em cada um dos anos; os anos de 2012, 2017 e 2020 tiveram um percentual de 5,9% das publicações em cada ano; já o ano de 2016 teve 8,8% do total de publicações; no ano de 2014, essa representatividade foi de 11,8% e, por fim, o maior número de publicação está nos anos de 2015, 2018 e 2019, que tiveram 14,8% do total de artigos em cada ano. No geral, a média de publicações foi de 2,6 artigos por ano pesquisado.

Em relação aos periódicos, o que teve maior predominância em publicação foi a Revista Saúde Sociedade, seguida da Revista Ciência & Saúde Coletiva e do Caderno de Saúde Pública conforme pode ser observado no quadro a seguir:

**Quadro 06:** Quantitativo de artigos publicados sobre o tema território da saúde de acordo com o periódico e ano de publicação.

Ano	2005	2007	2008	2009	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Periódico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Caderno de Saúde Pública	01	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	03
Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Revista Raega	-	-	-	01	-	-	-	-	01	-	-	-	-	02
Revista Gerenciamento Política de Salud	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Revista Saúde Sociedade	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-	01	02	-	05
Interface - Comunicação, Saúde, Educação	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01	-	02
Ciência & Saúde Coletiva	-	-	-	-	-	-	03	-	-	-	01	-	-	04
Revista Jovens Pesquisadores	-	-	-	-	-	-	01	01	-	-	-	-	-	02
REME - Revista Mineira de Enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01
Revista HOLOS	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01
Caminho Aberto - Revista de Extensão do IFSC	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01
Revista de enfermagem UERJ	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01
Revista Polis e Psique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01
Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01	-	-	02
Revista Avances en Psicología Latinoamericana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
Revista Escola Anna Nery	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01
Entramado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01

Revista Cerrados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01
Caderno Saúde Coletiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01
Revista de Gestão de Sistema de Saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
Revista Saúde Sociedade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
<b>Total</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>02</b>	<b>34</b>

**Fonte:** Criado pelo autor com base no banco de dados da LILACS, SciELO, Portal de Periódicos da CAPES e PubMed, 2021.

O quadro abaixo é referente às teses (11) e dissertações (42) disponíveis no Banco de Dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD, com abordagem sobre o tema território da saúde.

**Quadro 07:** Teses e Dissertações com abordagem do tema território da saúde, no banco de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD, no período de 2000 a 2020. Goiânia – GO, Brasil. 2021.

<b>Título das Teses e Programa vinculado</b>	<b>Abordagem sobre Território</b>	<b>Autor(a) e ano de publicação</b>
O trabalho no programa saúde da família do ponto de vista da atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial. Programa: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca	Território delimitado - adstrito e população adstrita	Autor: Rafael da Silveira Gomes Ano: 2009
Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias Programa: Universidade de São Paulo	Território de abrangência e território determinado.	Autora: Maria Marta Nolasco Chaves Ano: 2010
Promoção da saúde e a reorientação dos serviços de saúde no município de Fortaleza: a hipertensão arterial como analisador. Programa: Universidade de São Paulo	Território de abrangência ESF, reorganização dos serviços de saúde pelo "território-processo".	Autora: Ana Mattos Brito de Almeida Ano: 2010
Estratégia de saúde da família: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores em saúde. Programa: Universidade Federal de Pernambuco	Território delimitado e adstrito	Autora: Maria Ilk Nunes de Albuquerque Ano: 2011
Controle da tuberculose na atenção básica de saúde de Natal / RN: visão do agente comunitário. Programa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	Território vivo e dinâmico	Autora: Erika Simone Galvão Pinto Ano: 2011
Em defesa da saúde da criança: o cuidado de enfermagem e o direito à saúde no contexto da atenção primária. Programa: Universidade de São Paulo	Território delimitado	Autora: Raquel Dully Andrade Ano: 2012
Processo de Angústia/Sofrimento Moral em Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: Cartografia da Produção de Subjetividades. Programa: Universidade Federal de Minas Gerais	Territórios existenciais - Território vivido	Autora: Beatriz Santana Caçador Ano: 2016

Atenção Primária à Saúde indígena e não Indígena no Alto Rio Negro, Amazonas, na perspectiva dos profissionais de saúde. Programa: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	Território distrital/delimitado	Autor: Esrón Soares Carvalho Rocha Ano: 2016
Acesso das pessoas menores de quinze anos, com tuberculose, aos serviços de saúde. Programa: Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Território de abrangência	Autora: Juliana Teixeira Jales Menescal Pinto Ano: 2017
Ações do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica: Intenções dos Apoiadores e Expectativas de Enfermeiros. Programa: Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Territórios delimitados	Autor: Gustavo Costa de Oliveira Ano: 2018
Fatores relacionados ao desempenho da Atenção Primária à Saúde nas Ações de Controle da Hanseníase. Programa: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais	Território adstrito	Autora: Nayara Figueiredo Vieira Ano: 2019
<b>Título das Dissertações e Programa vinculado</b>	<b>Abordagem sobre Território</b>	<b>Autor(a) e ano de publicação</b>
Interação Enfermeira-Comunidade na Estratégia Saúde da Família: um estudo das características do sujeito e da finalidade Programa: Universidade Federal do Rio Grande (FURG)	Território delimitado	Autora: Cynthia Fontella Sant'anna Ano: 2009
Projeto de Uma Cartografia do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde da Ilha das Caieiras Programa: Universidade Federal do Espírito Santo	Território Geográfico e Território de abrangência.	Autora: Josiana Binda Ano: 2009
Representações de doença mental elaboradas por profissionais atuantes na estratégia saúde da família Programa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	Território de abrangência adstrita	Autor: Márcio Pinheiro Machado Ano: 2009
Trânsito de saberes e campo representacional na visão dos profissionais da saúde da família e do programa de educação pelo trabalho e para a saúde Programa: Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Território de abrangência da ESF; território vivo, território de atuação, do habitus.	Autora: Raionara Cristina de Araújo Santos Ano: 2010
Identificação das intervenções de enfermagem na atenção básica à saúde como parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores Programa: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	Território de atuação da saúde da família	Autora: Daiana Bonfim Ano: 2010
Práticas Territoriais de Vigilância à Saúde Reprodutiva Na Estratégia Saúde da Família Programa: Universidade Federal de Mato Grosso	Território como espaço geográfico e social	Autor: Alessandra Nogueira Elias Ano: 2013
Processo de trabalho na estratégia saúde da família: potencialidades e fragilidades da atuação do enfermeiro Programa: Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Território definido, de atuação e da ESF.	Autora: Ana Cláudia Cardozo Chaves Ano: 2013
Ações intersetoriais nas equipes da saúde da família, diálogos necessários para a promoção	Território adscrito e território-espaço.	Autora: Janilce Guedes de Lima Ano: 2013

da saúde: estudo de caso no Paranoá - Distrito Federal Programa: Universidade de Brasília		
Construção e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos no Programa Saúde da Família Programa: Universidade Federal da Paraíba	Território delimitado	Autora: Eva Porto Bezerra Ano: 2013 Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Paraíba
As representações sociais da promoção da saúde e suas articulações com as práticas profissionais na estratégia da saúde da família Programa: Universidade Federal da Paraíba	Território de responsabilidade	Autora: Christiane Alves Abdala Ano: 2014
Estudo de fatores que interferem na implementação da Estratégia Saúde da Família Programa: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	Território adscrito e definido	Autora: Flavia Cristina Volpato Ano: 2014
Enfermeira da estratégia de saúde da família e a mulher em situação de violência Programa: Universidade Federal do Mato grosso do Sul	Território adscrito	Autor: Bruna Lais Alcantará de Moraes Ano: 2015
Percepções e práticas de uma equipe de um centro de atenção psicossocial acerca do uso racional de medicamentos Programa: Universidade Federal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Ambiente social e cultural concreto	Autora: Marina Weizenmann Ano: 2015
Matriciamento: dispositivo de educação permanente para a garantia da integralidade do cuidado Programa: Universidade Federal de São Paulo	Território adscrito sob responsabilidade da ESF	Autora: Rosemeire Aparecida Bezerra de Gois dos Santos Ano: 2015
Audiovisual sobre visita domiciliar na atenção básica, como prática emancipatória: que óculos você usa? Programa: Universidade de São Paulo	Território de abrangência	Autora: Mirian de Toledo Leitão Figueiró Ano: 2015
O território nas práticas da Estratégia Saúde da Família Programa: Universidade Federal de São Carlos	Território como delimitação de área geográfica.	Autora: Maria Dorise Simão Lopes Gurgel Ano: 2016
Processo de trabalho do enfermeiro no atendimento à pessoa vivendo com HIV/AIDS na estratégia saúde da família Programa: Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Território como contexto da territorialização. Espaço de participação popular que tem como resultado a produção social.	Autor: Fábio Claudiney da Costa Pereira Ano: 2016
A Enfermagem e as Práticas de Atenção à Saúde do Indígena Idoso Programa: Universidade Federal do Espírito Santo	Território distrital - demarcado e ligado ao distrito sede, e território indígena.	Autora: Líliliana Pereira Coelho Ano: 2016
Avaliação das Ações Voltadas à Saúde da Mulher na Atenção Básica, Brasil, 2014 Programa: Universidade do Estado do Pará com a Universidade Federal do Amazonas	Território de abrangência	Autora: Katiúscia De Azevedo Bezerra Ano: 2016
Subsídios para implantação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com inserção do médico veterinário Programa: Universidade Estadual Paulista (UNESP)	Território assistido	Autor: José Honorato Begali Ano: 2016
Apoio Matricial no Município do Rio de Janeiro: estudo de caso sobre as possibilidades da prática pedagógica na gestão do cuidado Programa: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio	Território adscrito e território vulnerável	Autora: Giselle Ribeiro Mendes Ano: 2016

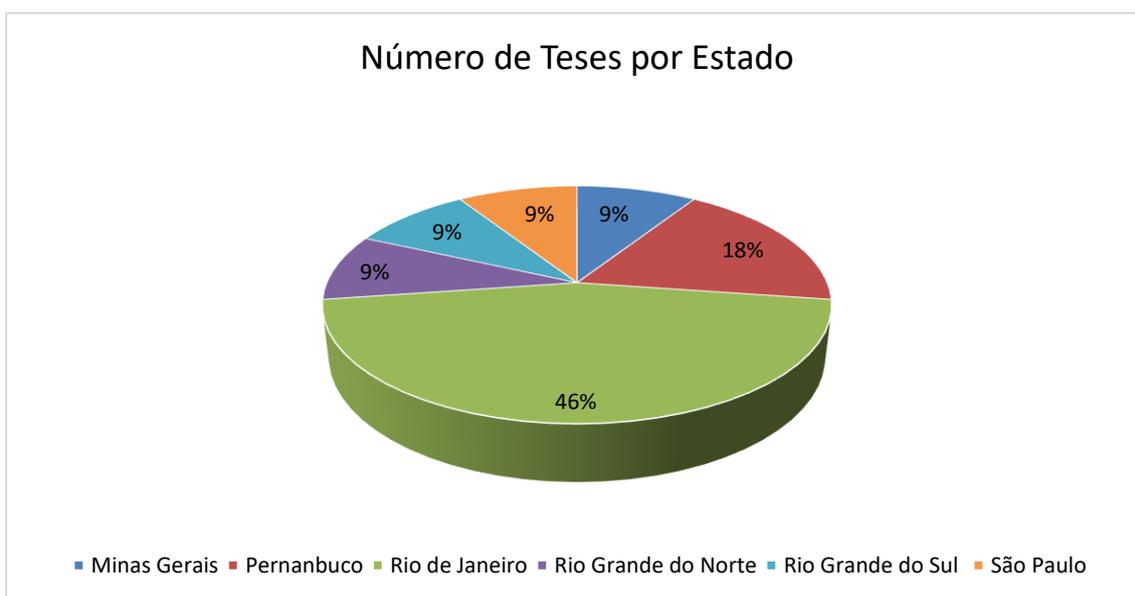
Viver é etcétera: itinerários terapêuticos de sujeitos com diabetes mellitus Programa: Universidade Federal do Espírito Santo	Território de abrangência e território popular	Autor: Jandesson Mendes Coqueiro Ano: 2016
A busca ativa de sintomáticos respiratórios na Atenção Primária de São Bernardo do Campo Programa: Universidade de São Paulo	Território adscrito, abrangência e de responsabilidade	Autor: Alexandre Bernardini Vieira Ano: 2016
O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde: Estudo com Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Programa: Universidade Federal de Alfenas, campus Varginha	Discussão ampla sobre território no contexto da saúde	Autora: Bianca Almerin Ano: 2017
O trabalho do enfermeiro na saúde indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural Programa: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	Território indígena	Autora: Juliana Claudia Leal Martins Ano: 2017
Competências da Enfermeira na Atenção à População Rural Pós-desastre por Inundação Programa: Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Território vulnerável, território de abrangência.	Autora: Robriane Prosdocimi Menegat Ano: 2017
A Gestão do Trabalho em Saúde: as Implicações no Cuidado da População Idosa do Distrito Sanitário Leste de Manaus Programa: Universidade Federal do Amazonas	O território como a expressão as dimensões geográficas, econômico-políticas, sociais, culturais.	Autora: Jéssica Marinho Martins Sakuta Ano: 2017
Percepção dos Coordenadores das Equipes de Saúde da Família de Gurupi/TO sobre a Implementação da Política Nacional de Atenção Básica Programa: Universidade Federal do Tocantins	Território de abrangência das UBS	Autor: Jeann Bruno Ferreira da Silva Ano: 2017
Avaliação do grau da implantação do Programa Saúde na Escola no Município de Natal Programa: Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Território da ESF	Autor: Eliabe Rodrigues de Medeiros Ano: 2017
Entre a política e a experiência: reflexão crítica de uma enfermeira de CAPS Programa: Universidade de São Paulo.	Território vivido, circunscrito e como um pedaço de chão habitado.	Autora: Rubia Neves dos Santos Ano: 2018
Atitudes e conhecimento de enfermeiros de diferentes níveis assistenciais em relação à sexualidade do idoso Programa: Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Territórios sanitários e território abarcado pela ESF.	Autora: Bruna Stephanie Sousa Malaquias Ano: 2018
Práticas emancipatórias na área de drogas: construção coletiva com trabalhadores da atenção primária em saúde Programa: Universidade de São Paulo	Territórios Sociais.	Autora: Luíza Carraschi de Oliveira Ano: 2018
Fluxo e Acesso assistencial: Mecanismos da Regulação em Saúde entre a Atenção Básica e a Especializada Programa: Universidade Federal de São Carlos	Território sanitário e determinado.	Autora: Lariana Cássia Pereira Tangerino Ano: 2018
A Importância da Inclusão do Médico Veterinário nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF Programa: Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias – Unesp, Campus de Jaboticabal	Território de Abrangência.	Autor: Carolina Silveira Lustosa Nogueira Ano: 2018

Avaliação da morbidade e mortalidade por doenças crônicas: um estudo com foco no PMAQ-AB Programa: Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Território definido	Autora: Monique da Silva Lopes Ano: 2018
Análise da Atenção Domiciliar Prestada pelas Equipes de Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais de 2010 a 2015 Programa: Universidade Federal de Minas Gerais	Território de atuação	Autor: Leandro Martins Diniz Ano: 2018
Adesão de idosos aos tratamentos da hipertensão arterial e as boas práticas de cuidado na perspectiva da integralidade Programa: Universidade de São Paulo	Território da saúde misto rural e urbano	Autor: Ernandes Gonçalves Dias Ano: 2018
Violência no Trabalho em Unidades de Saúde da Família e as suas Interfaces com as Condições e a Organização do Trabalho Programa: Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Território definido	Autora: Isabel Cristina Saboia Sturbelle Ano: 2018
Ações de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a Enfermagem Programa: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás	Território espaço produzido e fruto das relações sociais e de poder	Autora: Ana Paula Cintra Stival Ano: 2019
O papel do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), seus processos de trabalho e matriciamento, na visão dos profissionais das equipes de saúde da família Programa: Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Território adscrito	Autora: Ieda Cristina Morinel Ano: 2019
Sentidos e práticas possíveis do cuidado em enfermagem: um estudo de caso na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro Programa: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz	Território adscrito	Autora: Thaís de Almeida Brasil Ano: 2019
Integração Ensino-Serviço e o Desenvolvimento de Redes de Atenção Primária à Saúde em uma Gerência de Saúde de Porto Alegre/RS Programa: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Territórios Sociais	Autora: Vanessa Nogueira Martino Ano: 2019

**Fonte:** Criado pelo autor com base no banco de dados da BDTD, 2021.

Foi observado que os autores fizeram abordagens de diferentes formas e em variados contextos sobre território. As teses e dissertações analisadas mencionaram o território da saúde de forma secundária, visto que os objetos de pesquisa quase sempre estavam voltados para o processo de atuação dos profissionais de saúde naquele espaço. As discussões estavam voltadas para a assistência profissional, não para a discussão do território em si. Do universo de onze teses e quarenta e três dissertações, somente em duas dissertações os autores se propuseram a uma discussão um pouco mais aprofundada sobre o

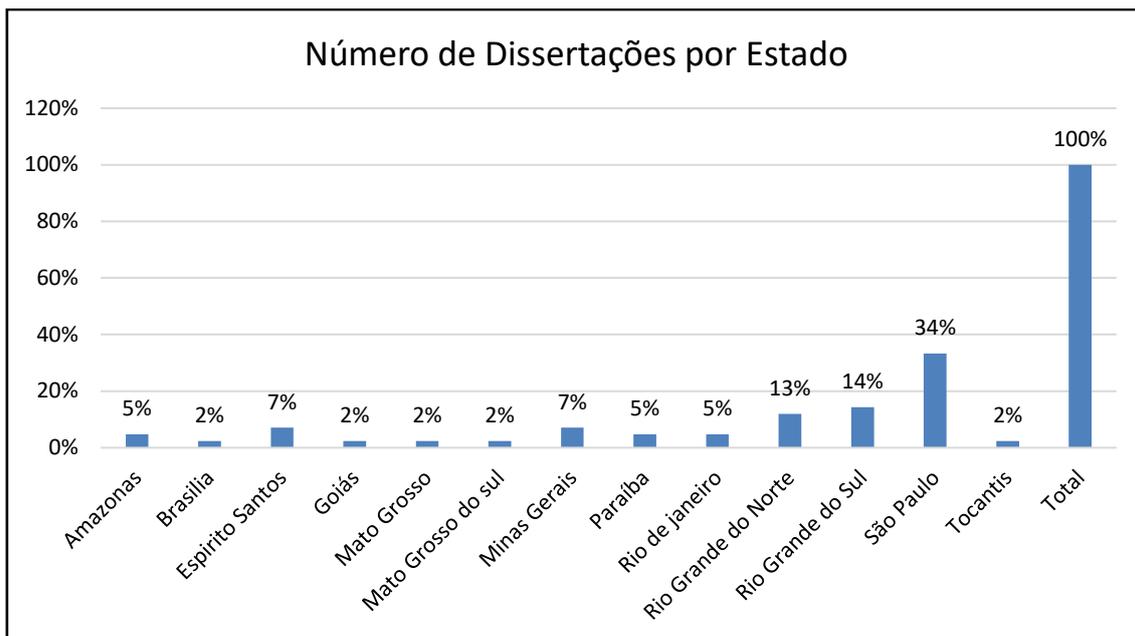
território da saúde. De uma forma simplificada, a compreensão de território da saúde, expressa nas pesquisas selecionadas, caracteriza-se da seguinte forma: Território de abrangência, delimitado, adscrito, adstrito, vivo ou vivido, espaço geográfico, atuação, indígena, social, popular, domicílio, habitado, distrital e “território-processo”. O que predominou nos estudos foi a definição de território como área de abrangência e território delimitado. Ao pesquisar essas bases de dados, não foram encontrados trabalhos na lógica da Teoria do Ensino Desenvolvidor de Davydov para a formação e ensino do conceito território da saúde.



**Figura 7:** Número de Teses analisadas que abordam o tema território da saúde segundo a Unidade Federativa.

**Fonte:** Criado pelo autor, 2021.

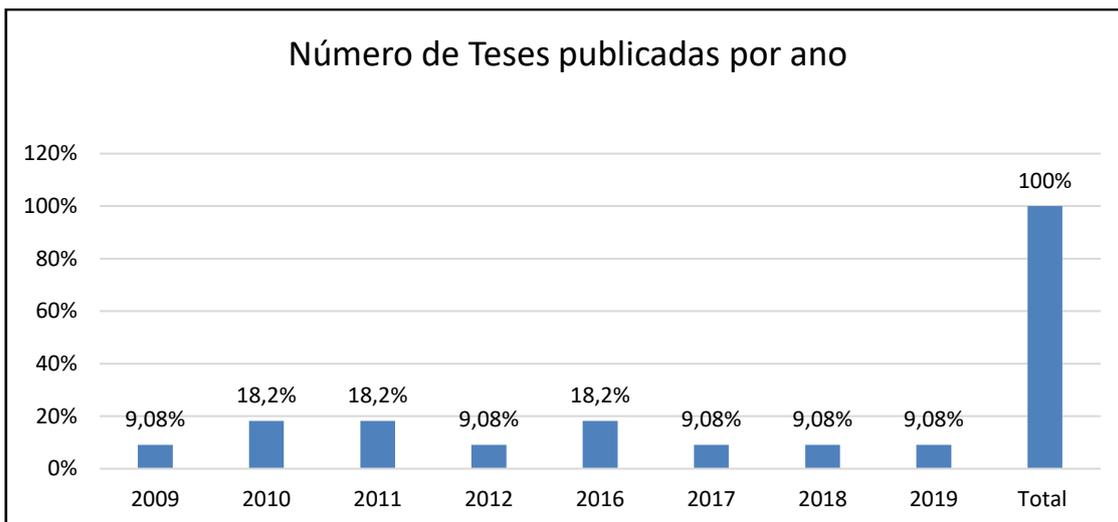
Observou-se na figura 7, em número de publicações por Estado, a predominância do Estado do Rio de Janeiro com 46% do total de Teses analisadas. Em seguida, destaca-se o Estado de Pernambuco com 18% das Teses analisadas. Já os Estados de Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo representam 9% cada um em relação ao total de Teses analisadas.



**Figura 8:** Número de Dissertações analisadas que abordam o tema território da saúde segundo a Unidade Federativa.

**Fonte:** Criado pelo autor, 2021.

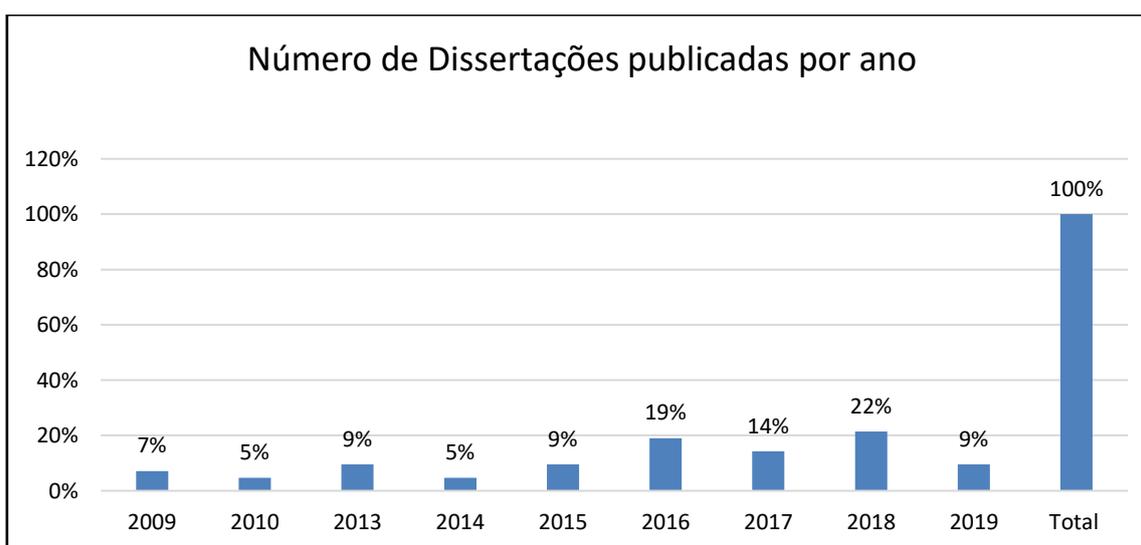
A figura 8 é referente a apresentação das Dissertações analisadas, foram separadas as publicações por Estados. Com o maior número de Dissertações publicadas têm-se o Estado de São Paulo com 34% do total de Dissertações analisadas. Em seguida, destacam-se os Estados do Rio Grande do Sul com 14% e Rio Grande do Norte com 13% desse total. Já com 7%, em cada Estado, destacam-se o Espírito Santo e Minas Gerais. Os Estados do Amazonas, Paraíba e Rio de Janeiro tiveram uma representatividade de 5% cada um. Por fim, com 2% do total de Dissertações publicadas têm-se o Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins.



**Figura 9:** Número de Teses analisadas que abordam o tema território da saúde por ano de publicação.

**Fonte:** Criado pelo autor, 2021.

Em relação aos anos de publicações das Teses selecionadas e analisadas, têm-se a seguinte distribuição: os anos de 2010, 2011 e 2016 foram os que mais tiveram Teses publicadas, representando 18,2% em cada ano. Já os anos de 2009, 2012, 2017, 2018 e 2019 tiveram uma representatividade de 9,08% do total de Teses em cada ano. Nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2020 não houve Teses encontradas que enquadrassem com o tema da pesquisa.



**Figura 10:** Número de Dissertações analisadas que abordam o tema território da saúde por ano de publicação.

**Fonte:** Criado pelo autor, 2021.

A figura 10, mostra a distribuição das Dissertações selecionadas por anos de publicações, que assim estão distribuídas: a maior representatividade está nos anos de 2018 com 22%, 2016 com 19% e 2017 com 14% do total de publicações. Já os anos de 2013, 2015 e 2019 tiveram uma representatividade de 9% em cada ano. O ano de 2009 representou 7% do total de Teses. Os anos de 2010 e 2014 tiveram apenas 5% das publicações em cada ano.

Os trabalhos pesquisados foram agrupados para a formação das categorias de análise a partir da aproximação temática, organizadas da seguinte forma: Formação profissional em saúde; Território, Determinantes Sociais de Saúde e Promoção da Saúde; Território e/ou territorialidades e/ou intersectorialidades; Vínculo do profissional de saúde com a comunidade como fator facilitador no processo saúde doença; e Vulnerabilidade e/ou Conflito.

## **2.2 Formação profissional em saúde**

Os trabalhos analisados partiram da formação profissional na perspectiva da inserção do SUS, considera esse sistema como um avanço desde de sua criação, mas que ainda enfrenta problemas fundamentais como estruturação, efetividade e acesso a serviços e equipamentos públicos básicos, como educação, infraestrutura, saneamento básico e saúde. No campo da educação, a formação de profissionais é uma das questões bem discutidas, principalmente, as voltadas para a Saúde Pública, campo de conhecimento que envolve uma série de subáreas, e a prática que lhe dá importante diversidade e notoriedade. Entretanto, a importância dada às diferentes subáreas tem variado ao longo do tempo, isso acontece de acordo com o momento político vivido, do local geográfico e das questões de Saúde mais relevantes. Outro fator importante é a influência econômica na política de saúde brasileira, que dificulta a consolidação do SUS para uma melhor qualidade de vida e outras práticas (SOUZA; ANDRADE, 2014).

As consequências desse novo sistema de saúde trouxeram novas perspectivas na formação de profissionais da saúde, demonstrando a necessidade de ampliar os cenários de ensino, incluindo além dos tradicionais já existentes como hospital, clínicas e ambulatórios, foram agregados os cenários como ESF, Vigilância epidemiológica, dentre outros. Além disso, demarcou a

importância do ensino na atuação de forma multidisciplinar e interprofissional, bem como a inclusão de novos setores envolvidos nas práticas de saúde (PANÚNCIO-PINTO; RODRIGUES; FIORATI, 2015).

O território no campo da saúde ganhou maior destaque a partir do processo de descentralização, na década de 1990, quando a atenção básica foi reorganizada com base em espaços geográficos e a responsabilidade da saúde local passou a ser do gestor municipal. Com isso, territórios passam a ser considerados dinâmicos, pois envolvem equipamentos e relações sociais que estão sempre em processo. Dessa maneira, a formação de profissionais em Saúde, com práticas disciplinares em territórios da estratégia saúde da família e/ou serviços hospitalares, produzem resíduos contaminados, passando a surgir necessidades emergentes e re-emergentes, havendo um olhar para a educação ambiental na proteção dos recursos naturais e como fator transversal na formação em Saúde, sendo aplicada a temática nos currículos acadêmicos (SOUZA; ANDRADE, 2014).

Em relação aos desafios que as universidades enfrentam na formação de profissionais para atuar na realidade da saúde pública são a dificuldade em encontrar professores para este novo enfoque de ensino- aprendizagem; a atenção básica ainda é considerada como cenário marginal; dificuldade de realizar práticas de ensino conjuntas, interdisciplinares, envolvendo as diferentes profissões; resistência dos estudantes; incipiente participação social da comunidade (PANÚNCIO-PINTO; RODRIGUES; FIORATI, 2015).

Ficam evidentes que, ao tratar do processo de formação do profissional de saúde, as abordagens são voltadas para os desafios da formação para o SUS, não há uma discussão sobre uma metodologia para o alcance desse ensino, além do mais, o foco não está no ensino em si nem na formação desse profissional, mas nas políticas de saúde.

### **2.2.1 Território, Determinantes Sociais de Saúde e Promoção da Saúde**

O território deve ser percebido como processo dinâmico de relações humanas e expressão do processo saúde-doença, isso faz que haja a necessidade de avançar no entendimento de que o processo de territorialização está relacionado somente ao número de pessoas ou famílias por ESF ou por

Agente Comunitário de Saúde, entretanto, para avançar na apropriação do território a partir de uma análise da situação de saúde da população, é necessário fundamentar a assistência à saúde com referenciais que permitam a compreensão da determinação do modelo econômico, social, político e cultural sobre o processo saúde-doença da comunidade (MAFRA *et al.*, 2015).

Portanto, o território, como base de organização das políticas públicas de saúde, é legitimado nos discursos de garantia de acesso aos serviços de saúde, assim como pela possibilidade de maior conhecimento das necessidades básicas de sua região, permitindo, assim, a elaboração de planejamento das ações consideradas adequadas para atender com maior rapidez e eficácia as necessidades reais dos usuários (CAPPELLARI; COUTO; HILLESHEIM, 2015). Dessa forma, território acaba por tornar-se um elemento fundamental para o governo, daquilo que está dentro e não propriamente daquilo que o rodeia. A delimitação de um território permite estabelecer o espaço onde se ampliam as possibilidades de regulação da população (BERNARDES, 2017).

A utilização do conceito território, em Milton Santos, permitiu mudar o foco de atenção no setor saúde, antes centrado na doença, agora determinantes sociais das condições de saúde. A apropriação social do espaço produz territórios e territorialidades propícias à disseminação de determinadas doenças. Os usos e as funções, que cada recorte espacial admite, podem conformar perfis territoriais que revelam as condições de acesso aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco, exclusão socioespacial, entre outros fatores determinantes das situações de saúde de uma comunidade (FARIA; BORTOLOZZI, 2009). No sentido de mostrar a importância do território nas políticas de saúde, Bernardes e Nunes (2018, p. 48) escreveu:

O território torna-se, na Política de Saúde, um conceito operacional das práticas, de modo a constituir-se como um vetor de organização e conexão de distintos elementos que emergem e se estabelecem no campo da saúde. O território se estabilizará para além de uma demarcação fronteiriça da Nação e assumirá uma conformação de agenciamento maquínico de corpos, espaços, relações, subjetividades, vida: área de abrangência, processo, influência, rede. A interrogação se faz justamente nessa dimensão do processo macropolítico para o micropolítico e, sobretudo, porque é nessa articulação -macro e micro - que se encontra o problema da cidade e da segurança com o qual o território se conecta. Um problema da cidade e da segurança na medida em que a migração das formas de

investimento nessas para o território organiza outro tipo de agenciamento e, portanto, de práticas em saúde e modalidades de vida.

Para Bernardes (2017), o território adscrito e as ações de saúde permitem o investimento do estado na população a partir de uma estratégia geopolítica, ou seja, tanto do elemento fixo – espaço onde a população se encontra – quanto das ações, formas de vida da população.

Na busca pela promoção da saúde e superação da compreensão do processo saúde-doença, centrado no individual e no biológico, ampliou-se a discussão sobre Determinantes Sociais da Saúde e como esses fatores interferem na saúde, no surgimento de doenças e na qualidade de vida da população. Para tanto, os DSS são definidos em três esferas, sendo os determinantes estruturais e intermediários; o contexto sociopolítico; e os contextos nos quais se pode lidar com as iniquidades sociais (PANÚNCIO-PINTO; RODRIGUES; FIORATI, 2015).

Para Pinto e Silva (2019), no campo da promoção da saúde, existe a busca por parcerias intersetoriais para o desenvolvimento de ações e consolidação dessa política, estudos mostram que as escolas são bons parceiros no território, são as grandes mobilizadoras da comunidade nas ações, atestando a rede como um influente coletivo no território. As ações de promoção da saúde de caráter mais educativo.

### **2.2.2 Território e/ou territorialidades e/ou intersetorialidades**

A territorialização, na visão de Monken e Barcellos (2005), consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se a atuação de uma equipe de saúde em uma delimitação geográfica determinada. Para esses autores, a territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas dentro do SUS, como na Estratégia Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades assistenciais e de vigilância. Contudo, essa estratégia, quase sempre, reduz o conceito de espaço, passando a usá-lo de forma meramente administrativa para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando os potenciais deste conceito para a

identificação de problemas sociais e de saúde e de propostas de intervenção assistenciais.

No processo de territorialização, dar voz ao ator local é reconhecer seus valores, fazendo que ele se mova em direção a uma transformação ou mesmo à manutenção do seu prestígio. É saber o que motiva a pessoa na formação de grupos, de redes, conhecer os desejos e necessidades individual e coletiva, além de reconhecer as especificidades locais de um determinado território (MOYSÉS; SÁ, 2014).

Ainda para os autores supracitados, a experiência brasileira na área da saúde durante a institucionalização e gestão do SUS, a partir da implementação da estratégia de regionalização das ações de atenção básica à saúde, pode ser utilizada como exemplo de outras políticas e planos locais, como os de promoção à saúde. Reconhecer as características socioeconômicas, ambientais e organizacionais do Território, bem como o potencial e as prioridades locais, é considerado um aspecto fundamental para a ação sobre os determinantes da saúde e a implementação de estratégias de monitoramento da saúde.

O setor saúde ainda é incipiente nas discussões sobre as questões territoriais e de territorialização. Conhecer e dominar os processos territorialização é preciso para que se tenha um conhecimento sobre território, da maneira como ele é usado, o significado do lugar com suas representações simbólicas e subjetivas, o espaço e as técnicas utilizadas para sua (re)estruturação. Quando se trata da atuação das equipes de SF em territórios delimitados e definidos, a reflexão sobre a territorialização deve ser ponto central, pois as equipes trabalham tanto nos equipamentos – as Unidades Básicas de Saúde da Família, como também fora da unidade, fazendo visitas domiciliares, buscando conhecer as famílias, sua realidade, seus costumes, seu modo de vida, suas dificuldades, suas possibilidades e suas potencialidades. Diante desses processos, a saúde se aproxima da discussão sobre territórios e dados epidemiológicos, que orientam a distribuição dos equipamentos e serviços de saúde. A análise territorial exige uma abordagem ampliada que inclua as questões sociais, educacionais, políticas e culturais, sendo identificadas através do conhecimento dos espaços de encontro entre as pessoas, das redes de relações, das formas de solidariedade, de ajuda e lazer, de sua história singular,

assim como do vínculo entre os usuários e os serviços de saúde, principalmente a UBSF (PAGANI; ANDRADE, 2012).

Já no campo da intersetorialidade, ela prescinde a co-responsabilização, participação e autonomia dos parceiros na construção das soluções para os problemas coletivos. Quando um desses não corresponde ou assume o papel do outro, tem-se a sobreposição de funções e ausências que enfraquecem as parcerias e inviabilizam as estratégias para a solução de problemas complexos e transformação de realidades. Logo, a intersetorialidade ajuda na resolução de problemas sociais e de saúde existentes no território (PINTO; SILVA, 2019).

### **2.2.3 Vínculo do profissional de saúde com a comunidade como fator facilitador no processo saúde-doença**

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família em seu cotidiano, em sua contextualidade comunitária, estão rodeados por relações e vínculos interpessoais entre profissionais e as pessoas que usam esse serviço. No território de responsabilidade da ESF, a convivência entre as famílias, vizinhos e comunidade em geral desvelam peculiaridades afetivas, solidárias e cuidadoras. Embora exista o vínculo entre todos os profissionais de saúde e a comunidade local, os que mais se destacam são os ACS, pela característica de seu trabalho (PINTO, *et al.*, 2017).

Para Bezerra e Feitosa (2018), estudar a afetividade dos ACS no território é justificada pela necessidade de olhar para esse sujeito em sua integralidade, reconhecer as dimensões psicossociais desse profissional, que surge na inter-relação pessoa-ambiente-serviço e conhecer o quanto esses afetos podem potencializar ou despotencializar a sua ação no território, podendo levar os ACS a se comprometerem de maneira positiva ou negativa no desenvolvimento de suas funções juntos à comunidade.

Pinto *et al.*, (2017) evidenciam no resultado de sua pesquisa que, no cotidiano de trabalho do ACS, as relações para o cuidado e promoção da saúde mantêm vínculos afetivos nos enfrentamentos comunitários, demandas e necessidades comunitárias. A informação e comunicação, na forma de diálogo, dão sentido e significado às práticas de saúde e melhoria da qualidade de vida.

Assim, os vínculos entre os usuários e agentes comunitários de saúde são fortes e resolutivos.

Losco e Gemma (2019) constataram que os ACS são essenciais para a garantia de inserção dos imigrantes ao serviço prestados pela ESF, pois são ao mesmo tempo sujeitos da promoção em saúde e agentes do território, construindo redes de vínculos que favorecem e facilitam o cuidado integral.

#### **2.2.4 Vulnerabilidade e/ou Conflito**

Ao analisar o território em sua condição de território vivido, onde as relações humanas acontecem, é necessário observar as condições de vida dessa população e fazer uma análise geral das prováveis situações a serem encontradas pela equipe saúde da família – ESF no território sob sua responsabilidade. Os profissionais de saúde precisam conhecer as condições econômicas, políticas, de saúde e sociais daquela população para as possíveis intervenções e planejamento em saúde. No campo das políticas sociais e de saúde, é preciso destacar dois fatores importantes, a vulnerabilidades e os conflitos sociais existentes na comunidade, que podem atingir diretamente a própria população, o setor saúde e os profissionais que atuam na ESF.

As vulnerabilidades e os conflitos sociais não se restringem somente às condições de pobreza, mas abrangem vitimizações, fragilidades e probabilidade de que os cidadãos e suas famílias enfrentam na trajetória de seu ciclo de vida, em decorrência de imposições sociais, econômicas e políticas. Portanto, as vulnerabilidades e conflitos sociais vinculam-se a situações de empobrecimento das classes sociais, principalmente a trabalhadora, relacionadas às dificuldades materiais para a manutenção da sobrevivência; as dificuldades relacionais e culturais, pois estas interferem na forma de viver das pessoas e nas condições de vida das famílias dentro de seu território, refletindo, ainda, no processo saúde-doença. Os reflexos poderão ser percebidos nos serviços de saúde, nas mais diversas formas possíveis. Vale ressaltar, também, que os grupos sociais mais pobres estão sujeitos a maior vulnerabilidade – como a violência, e riscos à saúde (SEMZEZEM; ALVES, 2013).

Para Machado *et al.*, (2016), os profissionais de saúde e os serviços de atenção básica à saúde (ABS), localizados nas grandes cidades, enfrentam eventos de violência urbana e social, principalmente quando atuam em comunidades carentes, onde o tráfico de drogas, os altos níveis de desemprego, a baixa escolaridade, a miséria e o isolamento social fazem parte do cotidiano e elevam a probabilidade de situações de violência. Assim, os espaços de saúde, os profissionais e a comunidade vivem constantes situações de vulnerabilidade que alimentam a violência. Conhecer a real situação do território da saúde sob sua responsabilidade é primordial para a tomada de decisão e implementação de promoção da saúde e prevenção dessa.

Como as Unidades Básicas de Saúde são fixadas no território adscrito, fica claro que a lógica do trabalho é pautada, principalmente, no vínculo entre as famílias e os profissionais de saúde, com isso existe a possibilidade de identificar e elaborar estratégias de intervenção nas situações de vulnerabilidade, conflitos e riscos antes que elas se agravem. Quando os casos conflituosos ligados à violência já estão identificados, o trabalho dos profissionais é dar suporte e buscar os direitos dos usuários para o restabelecimento de sua saúde física, mental e espiritual. Ao atender usuários em situação de violência, cada profissional realiza ações específicas de acordo com a particularidade de seu campo de atuação, visando atingir os objetivos comuns que estão ligados ao bem-estar dos usuários, da família, da equipe de saúde e da coletividade.

### **CAPÍTULO III – FUNDAMENTOS PARA O ENSINO QUE PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE: A PERSPECTIVA DA TEORIA DE DAVYDOV**

Este capítulo é destinado à apresentação da pesquisa bibliográfica proposta neste estudo. Inicia-se abordando os fundamentos da concepção histórico-cultural de ser humano e de desenvolvimento humano na teoria de Vygotsky, destacando-se os conceitos fundamentais desta que apresentam implicações para o ensino-aprendizagem escolar. Em seguida, destacam-se, na teorização de Leontiev, a compreensão do conceito de atividade humana e a sua relação com a constituição da consciência humana. Na sequência, são apresentadas as explicações de Elkonin sobre a relação entre as mudanças na atividade humana e como elas vão determinando os períodos do desenvolvimento humano em uma perspectiva de transformação das relações sociais e do sujeito. Após a apresentação destes conceitos fundamentais que serviram como base para a concepção do ensino na perspectiva da promoção do desenvolvimento humano, apresenta-se, especificamente, a teoria do ensino desenvolvimental formulada por de Davydov.

O capítulo resulta da pesquisa bibliográfica que objetivou analisar a teoria de Davydov com o intuito de identificar contribuições que subsidiem mudanças na forma de organização do ensino do conceito território da saúde no âmbito dos cursos de graduação em saúde.

A pesquisa bibliográfica implica um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório. Este tipo de pesquisa reafirma a importância de definir e de expor com clareza o método e os procedimentos metodológicos como: tipo de pesquisa, universo delimitado, instrumento de coleta de dados, que envolverão a sua execução, detalhando as fontes, de modo a apresentar as lentes que guiarão todo o processo de investigação e de análise da proposta (LIMA; MIOTO, 2007). A coleta de dados inicia-se com a delimitação dos critérios do universo de estudo, orientando a seleção do material a ser pesquisado.

Para isso, Lima e Mito (2007) definem os parâmetros a que o pesquisador deve atentar para a seleção do material a ser analisado: o parâmetro temático, o parâmetro linguístico, o parâmetro cronológico, as

principais fontes a serem consultadas. O parâmetro temático orientou a seleção de textos do próprio Davydov e de outros que abordam o processo ensino-aprendizagem na perspectiva da teoria do ensino desenvolvimental, desde que disponíveis em meio eletrônico ou de forma impressa, acessíveis no Brasil. Como parâmetro linguístico, foram definidos os idiomas: português, inglês, espanhol. Devido ao não domínio do idioma, não foram incluídos textos originais do autor publicados no idioma russo. As principais fontes consultadas foram livros, capítulos de livros, artigos em periódicos, indicados nos quadros a seguir:

**Quadro 08:** Algumas obras analisadas de Davydov

Obras	Ano	Autor(es)
<i>La Concepcion de la Actividad de Estudio de Los escolares</i>	1981	V. Davidov. A, Márkova
Problemas do Ensino Desenvolvimental: A Experiência da Pesquisa Teórica e Experimental na Psicologia	1988	V. V. Davydov
<i>Culture, education, thought</i>	1991	V. V. Davydov and V. P. Zinchenko
Um Experimento Introduzindo Elementos de Álgebra na Escola Primária.	S/D	V. Davydov
O Problema da Generalização e do Conceito na Teoria de Vygotsky	1997	Vasilij Vasilievic Davydov
<i>The Elementary School Student as an Agent of Learning Activity</i>	2003	V. V. Davydov, V. I. Slobodchikov & G. A. Tsukerman
Análise dos princípios didáticos da escola tradicional e dos possíveis princípios do ensino em um futuro próximo.	2017	Davydov, V. V. (2017). (211-223, livro I). (Trad. Rosa, J. E. & Damazio, A.). In Longarezi, A. M., Puentes, R. V. (orgs), Ensino desenvolvimental: antologia. Uberlândia: Edufu.

**Fonte:** elaborado pelo autor da tese

**Quadro 09:** Autores que se dedicam ao estudo de Davydov

Obras	Ano	Autor(es)
<i>Sobre el problema de la periodización del desarrollo psíquico en la infancia</i>	1987	D. Elkonin
<i>How Instruction Influences Children's Concepts of Evolution</i>	1996	Mariane Hedegaard
A Atividade de Aprendizagem e sua formação: Ascensão do Abstrato ao Concreto	1999	Joachim Lompscher
A atividade de aprendizado e os problemas referentes à formação do pensamento teórico dos escolares	1996	V. Rubtsov
<i>On the Ideal Form of Personality Development in the System of Developmental Education</i>	2003	A. K. Dusavitskii
<i>Formation of Learning Activity and Theoretical Thinking in Science Teaching</i>	2003	GIEST Hartmut; LOMPSCHER, Joachim.
Atividade humana em psicologia histórico-cultural	2005	Rosalía Montealegre
The Prerequisites of Personality Growth in Developmental Education	2011	V. T. Kudriavtsev & G. K. Urazalieva

V.V. Davydov. Milestones and Stages of His Life	2011	V. T. Kudriavtsev
Método da reflexão dialética e método do ensino	2016	Raquel A. Marra da Madeira Freitas
Didática desenvolvimental e políticas educacionais para a escola no Brasil	2019	Raquel A. Marra da Madeira Freitas e José Carlos Libâneo
<i>Developmental Education: from Vygotsky to Davydov a short reflection on curriculum studies in Russia</i>	S/D	Jacques Carpay
Vasily Vasilyevich Davydov: A escola e a formação do pensamento teórico-científico	2013	José Carlos Libâneo Raquel A. Marra da Madeiras Freitas
Uma contribuição à Teoria do Desenvolvimento da Psique Infantil		Alexiz N. Leontiev
<i>Formation of Learning Activity and Theoretical Thinking in Science Teaching</i>	2018	Hartmut Giest and Joachim Lompscher
Abstração, generalização e formação de conceitos no processo de ensino e aprendizagem	2019	José Carlos Libâneo Raquel A. Marra da Madeiras Freitas

**Fonte:** elaborado pelo autor da tese

Por fim, quanto ao parâmetro cronológico de publicação, não foi especificado um período de publicação, sendo incluído todo material bibliográfico selecionado a partir dos parâmetros temático e linguístico, independentemente do ano ou período de publicação.

De acordo com a adoção desses critérios de seleção para pesquisa, de algumas obras de Davydov e as obras de autores relacionadas a ele, ficou evidente o caminho a ser percorrido na busca pelas soluções dos problemas inerentes ao estudo.

Já para Gil (2014), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Para o autor, em quase todos os estudos, é exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. O principal ponto da pesquisa bibliográfica, tida como vantagem, reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplo de que aquele que poderia pesquisar diretamente. Quando o problema de pesquisa requer dados bem dispersos pelo espaço, a pesquisa bibliográfica torna-se vantajosa pela 'facilidade' de acesso aos dados, com a busca pelos meios eletrônicos, sem necessidade de fazer-se presente em cada biblioteca de diversas universidades, por exemplo.

## **1. Fundamentos da concepção histórico-cultural de ser humano e do desenvolvimento na teoria de Vygotsky**

Para pensar a educação contemporânea, faz-se necessário buscar no passado as raízes que fundamentam o arcabouço do método materialismo histórico-dialético, bem como investigar a sua relação com a Teoria Histórico-cultural e a Teoria do Ensino Desenvolvimental.

Segundo Dala Santa e Baroni (2014), a filosofia de Marx e Engels é contrária ao modelo dialético de Hegel, que determina as raízes do desenvolvimento histórico como as condições materiais da existência e não suas ideias. Transformando, assim, a pesquisa antropológica e abrindo o caminho para a pesquisa dos fenômenos psicológicos superiores. O materialismo histórico-dialético, proposto pelos filósofos em tela, é entendido como método mais coerente de leitura da realidade em seu desenvolvimento histórico, representou para Vygotsky uma importante ferramenta na tarefa de estabelecer um modelo científico de estudo dos fenômenos psíquicos.

Vygotsky desenvolveu seus estudos no campo da psicologia, mas seus seguidores ampliaram os estudos para a pedagogia, mais especificamente para a didática, como é o caso de Davydov, que criou a Teoria do Ensino Desenvolvimental. Nesta teoria, encontra-se a base teórica principal da pesquisa sobre o ensino do conceito território da saúde, desenvolvida nesta tese.

A teoria histórico-cultural, criada por Vygotsky, vem apresentando uma importância fundamental no campo da educação nos últimos anos, pois apresenta uma série de contribuições para a prática pedagógica, principalmente, ao pressupor a natureza social da aprendizagem. Isso nada mais é que considerar a interação social como elemento fundamental para o desenvolvimento humano em suas funções psicológicas superiores (ANTONIO, 2008).

Lev Semenovich Vygotsky nasceu em 17 de novembro de 1896 na Bielorrússia, de família judaica, filho de pais intelectuais, tinha sete irmãos, viveram por muitos anos em Gomel. No ano de 1918, formou-se em Direito pela Universidade de Moscou, porém sua vida acadêmica foi interdisciplinar, pois transitou por diversos campos, desde artes, literatura, linguística, antropologia, cultura, ciências sociais, psicologia, filosofia e medicina. Assim, também, a sua

vida profissional foi bem eclética e intensa. Casou-se aos 28 anos e teve duas filhas. Faleceu em 1934, vítima de tuberculose, doença com que conviveu durante quatorze anos (REGO, 2014).

No campo da Psicologia, Vygotsky e seu grupo de pesquisadores, dentre eles Luria, Leontiev, e Elkonin, provocaram uma revolução na forma de interpretação da consciência e das funções superiores do cérebro, uma vez que afirmaram que estas capacidades se desenvolvem no social, na história e na cultura, não sendo capacidades que nascem prontas (SILVA, 2015).

Vygotsky alicerçou suas pesquisas nas obras marxistas e apresentou avanços para além do entendimento sobre a relação do indivíduo com a natureza até, então, entendida como uma relação externa. A esse respeito Rego (2014, p. 32) escreve:

O pensamento marxista também foi para ele uma fonte científica valiosa. Podemos identificar os pressupostos filosóficos, epistemológicos e metodológicos de sua obra na teoria dialético-materialista. As concepções de Marx e Engels sobre a sociedade, trabalho humano, o uso de instrumentos e a interação dialética entre o homem e a natureza serviram como fundamento principal às suas teses sobre o desenvolvimento humano profundamente enraizado na sociedade e na cultura.

É inegável que as concepções filosófico-metodológicas marxistas exerceram significativa influência na produção do psicólogo bielorrusso, norteando seus escritos, apresentações públicas e outras atividades, todavia, é preciso examinar a específica maneira pela qual Vygotsky incorporou ao campo da psicologia o legado filosófico e metodológico de Marx e Engels, e buscar compreender as contribuições do autor bielorrusso para a teoria histórico-cultural (ROMANELLI, 2011).

De acordo com Dala Santa e Baroni (2014), a proximidade entre o marxismo e as concepções advindas da teoria histórico-cultural pode ser comprovada através da discussão acerca do conceito de trabalho, sendo retomado por Vygotsky a partir da ideia de mediação. A ação consciente do homem sobre o mundo, mediada pelo uso de instrumentos, representou o passo importante em direção à gênese do caráter humano do homem.

Karl Marx nasceu na Alemanha e tornou-se filósofo, economista e militante político, viveu em vários países da Europa no século XIX, de 1818 a 1883 (PIRES, 1997). Já Friedrich Engels nasceu em Barmen, no ano de 1820 e

viveu até 1895, era empresário do ramo industrial. Marx e Engels, juntos, desenvolveram o socialismo científico conhecido, também, como marxismo, influenciando seguimentos como a filosofia, história e a economia (ENGELS, 1979).

Na busca de um caminho epistemológico, ou de um caminho que fundamentasse o conhecimento para a interpretação da realidade histórica e social que o desafiava, superou as posições de Hegel no que dizia respeito à dialética e deu a ele o caráter materialista e histórico. O método materialista histórico-dialético é método de interpretação da realidade, visão de mundo e práxis. Para Marx, Hegel trata a dialética idealmente, no plano do espírito, das ideias, enquanto o mundo dos homens exige sua materialização (PIRES, 1997).

O materialismo histórico, desenvolvido por Marx e Engels, alcançou uma importante mudança nas formas de pensamento da época, pois rompeu com as polaridades – 1. Ideias dos homens são produtos das circunstâncias sociais em que vivem e, 2. Para mudar a realidade social, seria preciso uma luta crítica, uma luta contra as formas de pensamento dominantes. Com essa postura, superou o materialismo mecânico e o idealismo alemão, trazendo a dialética como forma de compreensão para a transformação social (SILVA, 2015).

Ainda na ideia da autora supracitada, o modelo marxista transformou o pensamento corrente, mostrando que a consciência e as práticas sociais são processos simultâneos. É transformando a prática, que mudamos as ideias. O método desenvolvido por Marx e Engels é chamado de materialista, porque se baseia no pressuposto de que são as condições materiais produtoras das ideias.

Conforme Moretti, Martins e Souza (2016), a dialética marxista subsidia uma concepção de homem e de mundo na qual o homem, por meio do trabalho, entendido como atividade produtiva intencional, transforma a realidade. Assim, é a atividade material do homem que se constitui mediação entre ele e o mundo. Como método de investigação, a dialética implica a análise de uma realidade objetiva por meio de seus aspectos contraditórios no conjunto do seu movimento e na busca de fazer aparecer a essência do objeto.

O método materialismo histórico-dialético não nega as concepções biológicas do homem e refere-se às leis biológicas que são de ordens hereditárias, no entanto o trabalho e a comunicação ocupam um papel central

no modelo dialético por serem processos histórico, social e cultural. A esse respeito Bernardes (2010, p. 301) afirma que:

O processo lento de constituição do homem passa por estágios gradativos, não lineares, que vão desde o estágio da 'preparação biológica' ao estágio de 'passagem' ao homem definido pela fabricação de instrumentos e formas embrionárias de trabalho e sociedade. Nesse estágio, a formação do homem ainda está sujeita às leis biológicas transmitidas hereditariamente. Por meio da influência do desenvolvimento do trabalho (atividade produtiva não alienada) e da comunicação pela linguagem (instrumento simbólico), as leis sócio-históricas passam a gerir o desenvolvimento do homem como ser humano integrado à sociedade pela cultura.

Sobre a importância do método de Marx, Pires (1997) acrescenta que o trabalho é categoria central de análise da materialidade histórica dos homens porque é a forma mais simples, mais objetiva, que eles desenvolveram para se organizarem em sociedade. A base das relações sociais são as relações sociais de produção, as formas organizativas do trabalho.

Um dos pontos altos do marxismo é o desenvolvimento do homem por meio da fala e da atividade, mais especificamente, a atividade do trabalho, pois esse coloca o homem em contato com o mundo material. A esse respeito Libâneo (2004, p. 07) explica que “o conceito de atividade é bastante familiar na tradição da filosofia marxista. A atividade, cuja expressão maior é o trabalho, é a principal mediação nas relações que os sujeitos estabelecem com o mundo objetivo”. Vale ressaltar ser a fala um elemento da comunicação, que permite a interação entre pessoas e socialização entre grupos de indivíduos de diferentes culturas.

Silva (2004), ao analisar as obras de vários autores, que também analisam as obras de Vygotsky, relata que o desenvolvimento cognitivo ocorre com colaboração da criança com seus acompanhantes, sejam eles cuidadores, pais ou familiares, caracterizando a participação orientada. Na participação orientada, sugere que tanto a orientação quanto a participação em atividades culturais são essenciais para poder considerar a criança como sendo um aprendiz do pensamento. O tipo de participação pode variar, pois tanto a criança quanto seus cuidadores são responsáveis pela forma como é organizada essa participação.

O papel das crianças e de seus cuidadores na promoção do desenvolvimento é complementar. O papel dos adultos nessas interações é

crucial porque eles são responsáveis por orientar a participação das crianças de três maneiras: primeiro, tentando estabelecer conexões entre habilidades que são familiares para a criança e as novas que ela precisa aprender; segundo, construir situações e ambientes de aprendizagem, apoiar os esforços e selecionar atividades adequados ao nível de desenvolvimento da criança; em terceiro, transferir gradualmente a responsabilidade por lidar com várias situações para a criança. No entanto, as crianças também desempenham um papel ativo em seu próprio desenvolvimento porque são socialmente orientadas, participam de atividades e buscam a ajuda das pessoas ao seu redor, aprendem a resolver vários problemas e observam-nos ativamente. Isso mostra um pouco da natureza social do sujeito (SILVA, 2004).

Dessa forma, partindo da visão dialética do realismo, acredita-se que as coisas estão em constante movimento, e conhecer as coisas, necessariamente, significa conhecer suas mudanças, seus processos e suas contradições. A sugestão é entender a essência, mas a essência é o movimento, é esse ponto que deve ser entendido: a realidade e as pessoas estão em um processo de constante movimento, transformação e contradição. A psicologia histórico-social está diretamente interessada em compreender as atividades humanas relacionadas ao significado que constitui a psicologia humana. A partir dessa compreensão, ela se preocupa com a possibilidade de mudar o desempenho e o relacionamento da pessoa em seu ambiente (ROSA; ANDRIAN, 2002).

## **2. Conceitos fundamentais da teoria de Vygotsky com implicações para a o ensino-aprendizagem escolar e o desenvolvimento humano**

No estudo da teoria de Vygotsky, pôde-se observar que o ensino escolar pode ser considerado um dos instrumentos mais apropriados para que a criança desenvolva as capacidades essencialmente humanas, isso se dá quando o ensino for realizado de forma organizada, condição a qual provocará níveis mais elevados de desenvolvimento psíquico no escolar. Contudo, a formação de conceitos mais elaborados, de acordo com essa perspectiva, é a finalidade principal do ensino escolar, pois este tem grande influência no desenvolvimento do psiquismo humano (LEONARDO; SILVA, 2013).

As funções psicológicas superiores, conhecidas também como processos mentais superiores, ou como psiquismo humano, são os mecanismos psicológicos complexos, é a imagem subjetiva da realidade objetiva, ou seja, é a representação mental da realidade que forma no cérebro dos próprios seres humanos, como a sensação, percepção das coisas, a atenção voluntária, a memória lógica, o pensamento, a linguagem, a imaginação, a emoção e os sentimentos (DOS ANJOS, 2021).

Para Antônio (2008), os processos mentais são considerados superiores por se distinguirem dos processos psicológicos elementares como as ações reflexas, as associações simples e as reações automatizadas, como exemplo tem-se a sucção do seio da mãe pelo bebê, evitar o contato da mão com o fogo, e movimento da cabeça em direção a um ruído repentino, respectivamente. A autora acrescenta que, na teoria vygotskyana, existe uma certa preferência do princípio social sobre o princípio natural-biológico, quanto ao desenvolvimento psíquico humano, isso significa dizer, Vygotsky não nega a influência da parte biológica, porém, enfatiza o aspecto social no desenvolvimento das funções psicológicas superiores.

Vygotsky também considera a interação muito importante, segundo ele, para melhorar a aprendizagem, é importante que o indivíduo interaja com o outro, estabeleça uma relação interpessoal e de troca com meio. Para isso, a interação cultural entre grupos é feita através da linguagem e símbolos, a linguagem faz uma ligação entre o indivíduo e a cultura. Todavia, a mediação é ponto chave na teoria vygotskyana, pois mostra que a relação do homem com o mundo à sua volta não ocorre de forma direta, mas mediada pelos signos culturais, os quais podem ser apropriados pelo ser humano a partir das relações estabelecidas por eles.

A mediação na perspectiva histórico-cultural é a intervenção de um elemento intermediário na relação do homem com a natureza, através de instrumentos, e na relação do homem com os outros homens, através dos signos, principalmente, os linguísticos, por isso, a mediação pode ser considerada social. É o processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação que deixa de ser direta e passa a ser mediada por instrumentos e signos (BRITO; ZANATTA, 2018). A mediação era vista por Vygotsky sob os aspectos dos signos, das palavras e dos símbolos. A mediação estabelece uma

ligação, o signo, a atividade e a consciência interagem socialmente (MARTINS; MOSER, 2012; ZANOLLA, 2012). Assim, os signos culturais são importantes para o processo de aprendizagem humana, pois atuam no processo de formação das funções psíquicas superiores. Martins (2013, p. 59) faz um resumo importante para a compreensão do processo de mediação:

[...] mediação é interposição que provoca transformações no comportamento, ampliando as capacidades psíquicas. O elemento que media é o signo, que converte a imagem sensorial mental em imagem dotada de significação. O veículo da mediação é o outro ser social, que já os tem internalizados. A atividade mediadora é aquela que visa, então, a disponibilização de signos, provocando as referidas transformações na imagem subjetiva da realidade objetiva dos sujeitos em formação.

O conceito de mediação na interação homem-ambiente estendeu-se pelo uso de instrumentos ao uso de signos. Os sistemas de signos (a linguagem, a escrita, o sistema de números), assim como o sistema de instrumentos, são criados pelas sociedades no decorrer da história humana e mudam a forma social e o nível de seu desenvolvimento cultural (VYGOTSKI, 1991).

Do ponto de vista de Vygotsky, pode observar que o desenvolvimento humano é compreendido não como a decorrência de fatores isolados que vão amadurecendo nem de fatores ambientais que agem sobre o organismo, controlando seu comportamento, mas sim através de trocas recíprocas, entre indivíduo e meio, que se estabelecem durante todo o processo de vida (REGO, 2014).

O princípio Vygotskiano é que a aprendizagem é uma combinação de processos externos e internos, e seu objetivo é internalizar os símbolos culturais pelo indivíduo, o que gera uma qualidade autorreguladora das ações e do comportamento dos indivíduos. Esta formulação destaca a atividade sócio-histórica e coletiva dos indivíduos na formação das funções mentais superiores, portanto, o caráter de mediação cultural do processo do conhecimento e, ao mesmo tempo, a atividade individual de aprendizagem pela qual o indivíduo se apropria de as experiências sociais e culturais como ser ativo. No entanto, considerando que os conhecimentos e instrumentos cognitivos são compostos por relações entre sujeitos, sua apropriação significa interação com outras pessoas que já possuem esses conhecimentos e instrumentos, ou seja, aqueles mais experientes (LIBÂNEO, 2004).

O autor da Teoria Histórico-cultural chama a internalização de a reconstrução interna de uma operação externa, ou seja, é o momento que a aprendizagem de fato se completa. Seu processo consiste numa série de transformações (VYGOTSKY, 1991, p. 41):

a) Uma operação que inicialmente representa uma atividade externa é reconstruída e começa a ocorrer internamente. É de particular importância para o desenvolvimento dos processos mentais superiores a transformação da atividade que utiliza signos, cuja história e características são ilustradas pelo desenvolvimento da inteligência prática, da atenção voluntária e da memória.

b) Um processo interpessoal é transformado num processo intrapessoal. Todas as funções no desenvolvimento da criança aparecem duas vezes: primeiro, no nível social, e, depois, no nível individual; primeiro, entre pessoas (interpsicológica), e, depois, no interior da criança (intrapsicológica). Isso se aplica igualmente para a atenção voluntária, para a memória lógica e para a formação de conceitos. Todas as funções superiores originam-se das relações reais entre indivíduos humanos.

c) A transformação de um processo interpessoal num processo intrapessoal é o resultado de uma longa série de eventos ocorridos ao longo do desenvolvimento. O processo, sendo transformado, continua a existir e a mudar como uma forma externa de atividade por um longo período de tempo, antes de internalizar-se definitivamente. Para muitas funções, o estágio de signos externos dura para sempre, ou seja, é o estágio final do desenvolvimento.

A internalização no processo de formação de conceitos, por sua vez, então, é entendida como sendo a operação mental interna de uma relação externa entre o sujeito e o objeto, como quando uma criança aprende o significado de cadeira – sentar, ao refletir sobre o nome e o significado do objeto (cadeira) consegue abstrair o conceito de cadeira e torná-lo universal, descobrindo, assim, os muitos sentidos da palavra, assumindo, portanto, novos tons afetivos, emocionais, memória, sentimento, e de apenas informação ao internalizar. Segundo Cavalcanti (2012, p. 160):

Nesse processo, ocorre a ‘passagem’ de uma atividade externa para uma atividade interna, de um processo interpessoal para um processo intrapessoal. Dois aspectos a destacar: o percurso dessa internalização das formas culturais pelo indivíduo, que tem início em processos sociais e se transforma em processos internos, leva a concluir que da fala se chega ao pensamento; a criação da consciência ocorre pela internalização, esse processo é criador da consciência e não uma transferência de conteúdos da realidade objetiva para o interior da consciência [...].

Fica evidente que as relações sociais do ser humano, por meio da cultura, desempenham papel fundamental no processo de internalização por se tratar de processos históricos, pois é por meio da relação externa mediada que os processos mentais internos se constituem.

A Zona de Desenvolvimento Proximal – ZDP foi uma das maiores contribuições que Vygotsky pôde deixar para o campo da psicologia, da educação e outras áreas do conhecimento. Ao tratar desse novo conceito, Vygotsky (1991) afirma que a questão a ser formulada para chegar à solução desse problema é complexa. Sendo ela constituída por dois pontos separados: primeiro, a relação geral entre aprendizado e desenvolvimento; e o segundo, são os aspectos específicos dessa relação quando a criança atinge a idade escolar. O ponto de partida dessa argumentação é o fato de que o aprendizado das crianças começa muito antes de elas frequentarem a escola. Qualquer situação de aprendizado, com a qual a criança se defronta na escola, tem sempre uma história prévia. Ele exemplificou da seguinte forma:

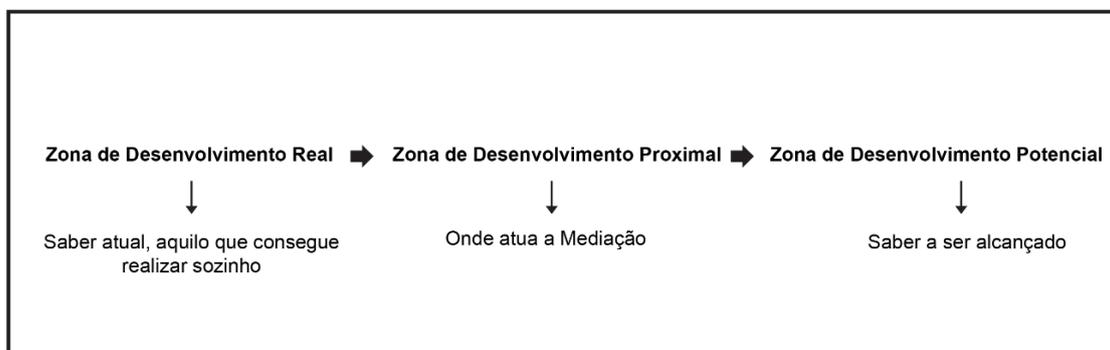
[...] as crianças começam a estudar aritmética na escola, mas muito antes elas tiveram alguma experiência com quantidades elas tiveram que lidar com operações de divisão, adição, subtração, e determinação de tamanho. Conseqüentemente, as crianças têm a sua própria aritmética pré-escolar [...] (VYGOTSKY, 1991, p. 56).

Aqui se entende, então, o caráter social humano no processo de desenvolvimento. Desse modo, o aprendizado e o desenvolvimento estão inter-relacionados desde o nascimento de uma criança (ZANELLA, 1994).

Conforme Rego (2014), Vygotsky descreveu dois níveis de desenvolvimento, sendo o primeiro nível chamado de desenvolvimento real ou efetivo, aquele referente às conquistas já efetivadas, ou seja, são os ciclos de desenvolvimento mental da criança completados. O outro nível de desenvolvimento é o potencial, ligado às capacidades de serem desenvolvidas. No entanto Vygotsky (2007, p. 97) define ZDP como:

Ela é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes.

A figura a seguir exemplifica bem os pressupostos do conceito de ZDP, criado por Vygotsky:



**Figura 11:** Exemplificação sobre a zona de desenvolvimento proximal – ZDP.  
**Fonte:** BIRZNEK; HIGA (2017)

Portanto, a zona de desenvolvimento real é representada por aquilo que a criança já conhece, domina e consegue executar sozinha. Segundo Vygotsky (2007), esse nível de desenvolvimento define as funções que amadureceram, tido como produto final do desenvolvimento. A zona de desenvolvimento proximal é o conhecimento que se deseja que a criança alcance, isso vai acontecer de acordo com a mediação ou ajuda de uma pessoa mais experiente, são aquelas funções que ainda vão amadurecer, que estão em “estado embrionário”.

Vygotsky (2007, p. 98) define esses dois níveis de desenvolvimento: “O nível de desenvolvimento real caracteriza o desenvolvimento mental retrospectivo, enquanto a zona de desenvolvimento proximal caracteriza o desenvolvimento mental prospectivamente”. Esses processos mediados pela cultura e as relações sociais entre os indivíduos apresentam-se como um ciclo contínuo.

## 2.1 Processo de formação de conceitos

Uma contribuição fundamental do trabalho de Vygotsky foi a demonstração de que há uma conexão essencial entre a formação dos processos psíquicos superiores e o desenvolvimento do indivíduo. Nessa conexão, exerce papel central a mediação cultural. Entre os mediadores culturais mais elaborados e desenvolvidos encontram-se os conceitos científicos, cujo

lugar de aprendizagem é o processo sistematizado no ensino escolar. Daí decorre a defesa feita pelo autor de que a educação escolar é um processo universal de promoção do desenvolvimento humano, tese esta que posteriormente foi assumida por diversos outros teóricos, principalmente Davydov.

Baseando-se em Vygotsky, Nébias (1999) relatou em seu estudo as principais conclusões dos estudos desse autor sobre a formação de conceitos. De acordo com a autora, a percepção e a linguagem são indispensáveis à formação de conceitos; a percepção das diferenças ocorre mais cedo do que a das semelhanças porque esta exige uma estrutura de generalização e de conceitualização mais avançada; o desenvolvimento dos processos que resultam na formação de conceitos começa na infância, mas as funções intelectuais que formam a base psicológica do processo de formação de conceitos amadurece e desenvolve-se somente na adolescência; a formação de conceitos é o resultado de uma atividade complexa, em que todas as funções intelectuais básicas (atenção deliberada, memória lógica, abstração, capacidade para comparar e diferenciar) tomam parte; e, por fim, os conceitos novos e mais elevados transformam o significado dos conceitos inferiores

Dias *et al.*, (2014) relatam que a linguagem é indispensável à formação de conceitos, a linguagem tem origem na infância e vai se desenvolvendo até a adolescência, porém este processo não é natural, ele é influenciado por aspectos sociais e da cultura, por exemplo, o contato da criança com outras crianças e com o professor durante o período escolar. O desenvolvimento de conceitos não é inerte nem termina com o alcance de palavras, antes o alcance e uso de palavras pela criança põe em movimento o desenvolvimento de conceitos. Nesse método, segundo Fonseca–Janes e Lima (2013), a formação de conceitos não é um processo mecânico, e sim um processo criativo. Um conceito, nesse sentido, não é algo isolado, fossilizado e imutável, porém um processo cognitivo dinâmico a serviço da comunicação, do entendimento e da resolução de problemas.

Já a generalização é tida como um conjunto de operações mentais que ocorrem na formulação e desenvolvimento de conceitos. No processo de conhecimento da singularidade do objeto e sua generalização e abstração, a imagem tem que ser representada por signos. Para que esse processo ocorra,

existem quatro importantes etapas indicadas por Vygotsky, que são amontoados sincréticos, complexos, pseudoconceitos e conceitos (CAVALCANTE, 2012).

Existem três fases básicas para a formação de conceitos: amontoado sincrético, pensamento por complexos, e a formação de conceitos. O amontoado sincrético é a primeira fase da formação de conceito. Para Fonseca–Janes e Lima (2013), o pensamento sincrético se subdivide em três estágios: primeiro: os amontoados sincréticos são manifestados pela tentativa e erro; segundo: os amontoados sincréticos são determinados pelo campo visual da criança; e terceiro: a imagem sincrética tem uma base mais complexa. Segundo Vygotsky (2000), nesta etapa acontece a formação de uma numerosidade não informada e não ordenada, a discriminação de um amontoado de objetos vários no momento em que essa criança se vê diante de um problema que para os adultos é resolvido com a inserção de um novo conceito. A respeito dessa etapa Vygotsky escreve:

Esse amontoado de objetos a ser discriminado pela criança, a ser unificado sem fundamento interno suficiente, sem semelhança interna suficiente e sem relação entre as partes que o constituem, pressupõe uma extensão difusa e não direcionada do significado da palavra (ou do signo que a substitui) a uma série de elementos externamente vinculados nas impressões da criança, mas internamente dispersos (2000, p. 175).

Nesta fase do desenvolvimento, o significado de uma palavra é uma cadeia sincrética não informada de objetos específicos, que na representação e percepção das crianças, tais objetos estão mais ou menos conectados em uma imagem mista. Na formação desta imagem, a fusão das percepções ou ações das crianças teve um papel decisivo, razão pela qual essa imagem é extremamente instável (VYGOTSKY, 2000).

A segunda fase é o pensamento por complexos. Essa etapa é uma das mais importantes, pois conforme Vygotsky (2000), conduz à formação de vínculos, ao estabelecer relações entre diferentes impressões concretas, à unificação e à generalização de objetos particulares, ao ordenamento e à sistematização de toda a experiência da criança. Porém, a forma de tornar único os diferentes objetos concretos em grupos comuns, identificando as características, a estrutura da unidade resultante dessa ideia, sendo caracterizada pela relação de cada objeto específico integrante do grupo, ao

mesmo tempo, estabelecendo as relações com o restante de grupo. Souza e Maldaner (2012, p. 7) explicam essa fase bastante interessante:

Os objetos isolados, organizados anteriormente de forma sincrética, passam a se associar na mente da criança em função de relações que de fato existem entre eles, não apenas pelas impressões subjetivas da criança, mas por algum objetivo. Ao contrário do que acontecia anteriormente, nessa fase ocorre a passagem para um nível mais elevado no processo de formação dos conceitos. Essa forma de pensamento, por complexos, já se constitui como um pensamento objetivo, que apresenta coerência e muita semelhança a um pensamento conceitual.

Na passagem para os conceitos propriamente ditos, existe um último tipo de complexos, conhecido como pseudoconceito, estágio no qual a criança generaliza as características de algo em sua origem, porém psicologicamente seu conceito é muito diferente do conceito apropriado pelo adulto. O pensamento por complexos é característico dos povos primitivos, pois para eles uma palavra não é carreadora de um conceito em si. Já Vygotsky compara esse tipo de pensamento ao de um esquizofrênico pelo nível de regressão intelectual que eles apresentam (NÉBIAS, 1999).

Ainda na ideia da autora supracitada, na terceira e última fase da formação de conceitos, o grau de abstração deve possibilitar a simultaneidade da generalização – unir e diferenciação – separar. Essa fase exige uma tomada de consciência da própria atividade mental porque implica uma relação especial com o objeto, internalizando o que é essencial do conceito e na compreensão de que ele faz parte de um sistema. Inicialmente, formam-se os *conceitos potenciais*, baseados no isolamento de certos atributos comuns, e em seguida os *conceitos verdadeiros* (NÉBIAS, 1999, grifos da autora).

Para Vygotsky, conceitos são entendidos como um sistema de relações e generalização contidos nas palavras e determinados por um processo histórico e cultural ao mesmo tempo. Para que o conceito se forme, é necessário que a palavra seja dotada de significados ao ser humano e que o motive na busca desse conhecimento. Na obra vygotkiana, é apresentada uma discussão sobre conceitos cotidianos e conceitos científicos. Conceitos cotidianos são aqueles construídos a partir da observação e vivências diretas da criança, já os científicos são conhecimentos sistematizados, adquiridos nas interações escolares, ou seja, necessitam de ações mentais mediadas (REGO, 2014).

Outro ponto importante em destaque nos estudos de Vygotsky foi a abordagem sobre conceitos cotidianos e conceitos científicos. Os conceitos do cotidiano são construídos através da interação da criança com o seu meio sociocultural. Em contato com o outro a criança passa a relacionar palavras a determinados objetos específicos. Para Rego (2014), os conceitos se constroem a partir da observação, manipulação e vivência direta da criança. A autora cita como exemplo que, a partir do cotidiano, a criança pode construir o conceito 'gato'. Segundo ela, essa palavra resume e generaliza as características deste animal, sem importar o tamanho, a cor, a raça, dentre outros, e o distingue de outras categorias como livro, mesa e pássaros.

Já os conceitos científicos são aqueles que se caracterizam por terem um conceito mediado por outros conceitos. Eles são participantes de sistemas hierárquicos de inter-relações em que os conceitos são organizados de acordo com o grau de generalidade de cada um deles (MELO; SILVA, 2017). No processo de formação do conhecimento científico, a escola tem um papel fundamental, pois apresenta os conhecimentos históricos e culturalmente criados, os quais são chamados conhecimentos escolares ou científicos. Esses conjuntos de informações apresentados às crianças articulam-se e relacionam-se às informações já obtidas, no caso com os conceitos espontâneos, e assim eles são elaborados de forma sistematizada (SOUZA; MALDANER, 2011). Vale ressaltar que os conceitos cotidianos e os conceitos científicos são diferentes, mas são interligados e interdependentes.

### **3. A contribuição de Leontiev: atividade humana e constituição da consciência**

Alexis Nikolaevich Leontiev foi um psicólogo muito importante devido ao seu legado deixado, seus estudos são usados no campo da psicologia e da educação. Ele nasceu em Moscou, em 1903. Ao longo de sua vida profissional trabalhou de forma muito próxima de outros psicólogos importantes como Luria e Vygotsky. Entre as suas principais obras estão "O Desenvolvimento do Psiquismo e Atividade", "Consciência e Personalidade", das quais algumas partes embasam a apresentação deste tópico.

Para Duarte (2004), Leontiev se tornou uma referência internacional para a psicologia e também para outras áreas do conhecimento como educação e sociologia. As bases teóricas desse autor estavam na psicologia marxista. Defende, ainda, a interpretação segundo a qual os trabalhos de Leontiev dão continuidade e desenvolvem a mesma corrente psicológica criada por Vygotsky, então, seus trabalhos se somam e se complementam, sendo comum a ambos a fundamentação filosófica nas obras de Marx e Engels.

Começou suas atividades científicas no ano de 1924 quando terminou seus estudos na área das Ciências Sociais, no Instituto de Psicologia da Universidade Estadual de Moscou, como assistente, e posteriormente como colaborador científico. Sua primeira obra importante foi “O desenvolvimento da memória” (*El desarrollo de la memoria*, 1931), produzido na Academia de Educação Comunista N.K. Krupskaja, onde atuou entre 1927 e 1931. Já entre os anos de 1931 e 1976, ele atuou intensamente na produção científica soviética. Sua morte ocorreu em 1979 (PADILHA; LIMA FILHO, 2019).

Um aspecto central nas obras, tanto em Marx como em Leontiev, é o de que os mesmos processos dialéticos que diferenciam a atividade humana da atividade animal são aqueles que produzem a historicidade do ser humano, isto é, que movem a história humana. Nesse processo de distinção entre atividade animal e humana, existem diferenças importantes, pois nos animais a atividade é realizada para suprir as necessidades, e no ser humano, com a sua capacidade de evolução biológica, torna-se capaz de realizar a atividade denominada trabalho (DUARTE, 2004).

A palavra trabalho foi substituída, pela sociedade capitalista, por emprego e/ou profissão, nesse processo a atividade é trocada por salário. Porém, ao longo da história existem características que definem o trabalho como uma atividade humana, fazendo agora abstração das transformações históricas. Os seres humanos agem para produzir os meios de satisfação de suas necessidades. Durante esse processo existe um elemento intermediário ou uma atividade mediadora que é a produção do instrumento, e para que essa produção aconteça, é essencial que o homem conheça mais sobre a natureza, desenvolva mais as habilidades necessárias à transformação de objetos naturais em objetos sociais (DUARTE, 2004).

Ainda na ideia de Duarte (2004), a atividade humana se fundamenta no princípio da coletividade, os seres humanos se organizam para a produção e desenvolvimento dos instrumentos e na produção da relação social. No mesmo processo vai sendo produzida a fala, ou seja, a mais fundamental forma de linguagem humana que é fruto surgido na atividade coletiva de trabalho. Assim, tanto os instrumentos como as relações entre os integrantes do grupo e também a linguagem foram adquirindo uma existência objetiva, como resultados da atividade humana. A esse processo, Leontiev denomina como “objetivação”. Para tanto, por meio desse processo de objetivação, a atividade física ou mental dos seres humanos transfere-se para os produtos dessa atividade. Após o processo de objetivação, as habilidades humanas tornaram-se características que podem ser ditas "corporificadas" nos produtos dessa atividade que, por sua vez, assumem funções específicas na prática social. A esse respeito Alves e Carmo (2019, p.159) escreveram:

Tendo em vista que já foram expostos alguns dos nexos internos que compõem a categoria trabalho, podemos nos direcionar ao papel do trabalho como categoria fundante do ser social. Podemos citar o exemplo da caneta: um indivíduo se depara com a dificuldade de escrever com a pena, então ele idealiza um instrumento que escreva e traga em seu interior a tinta (teleologia). Após a previa-ideação, o indivíduo precisava observar os objetos que são utilizados na escrita e também os materiais dispostos que seriam úteis para produzir a caneta. Depois de fazer todas essas análises, o indivíduo consegue produzir a caneta (objetivação), uma objetivação útil para toda comunidade e generalizada para todos os indivíduos.

Um objeto cultural, seja um objeto tangível, como um utensílio doméstico, ou um objeto intangível, como uma palavra, tem uma função social e um significado socialmente estabelecido, isto é, deve ser empregado de uma determinada maneira. O processo de objetivação é a produção e reprodução da cultura humana e da vida social. A apropriação da cultura é a unidade mediadora entre o processo histórico de formação humano e o processo de formação de cada indivíduo como um ser humano. Nos animais, a relação entre a espécie e seus pertencentes é determinada pela herança genética. No que diz respeito ao humano, a relação entre os indivíduos e a história social é mediatizada pela apropriação dos fenômenos culturais produzidos pela prática social objetivadora. Para Leontiev, o processo de formação humana é sempre educativo, podendo ser intencional ou não (DUARTE, 2004).

Mazzeu (2021) menciona que na teoria da atividade, de Leontiev, a atividade humana é sempre mediada social e culturalmente. Para esse autor, a sociedade está sempre mediando a atividade do indivíduo e dirigindo essa atividade. Logo, a relação entre o indivíduo e o mundo em que vive sempre será mediada pelos sentidos e pelas experiências vivenciadas.

Conforme Leontiev (1978), o estudo completo da consciência como uma forma superior da psique humana, que surge no processo da interação social e assume a função da linguagem como um pré-requisito, constitui o requisito mais importante da psicologia humana. Portanto, o problema da investigação psicológica não é o estudo dos fenômenos e processos superficiais da consciência, mas transpor em sua estrutura interna. Para isso, a consciência deve ser considerada, não como um campo contemplado pelo sujeito no qual suas imagens e conceitos são projetados, porém, como um movimento interno específico gerado pelo movimento da atividade humana.

Entender que a sociedade produz a atividade humana passa pela compreensão da característica básica que constitui a atividade: o fato de ela ter um objeto. E, entender isso, passa pela compreensão de que ao se tratar do conceito de atividade, trata-se do conceito de objeto da atividade. Trata-se de compreender que é a atividade externa que destrava o círculo de processos mentais internos, que o abre para o mundo objetivo, que os processos internos do pensamento são produzidos a partir do externo. De um modo geral, a atividade está intrinsecamente relacionada ao seu objeto, ao que a motiva. O que distingue as atividades, para Leontiev, são os motivos. O motivo é um pré-requisito para a existência da atividade, ou melhor, a atividade não existe sem motivo, posto que uma atividade desmotivada parece ser sem motivo, pois os motivos estão subjetiva e objetivamente escondidos. Dessa forma, como o conceito de motivo está correlacionado com o conceito de atividade, o conceito de objeto é correlacionado com o de ação (PADILHA; LIMA FILHO, 2019).

Ainda na ideia dos autores, ao analisar a obra de Leontiev, eles mencionam que a atividade interna e a ação são genuínas e realidades que não coincidem, porque uma mesma ação pode fazer parte de várias atividades, além de poder passar de uma atividade para outra, o que revela relativa independência. Isso é devido ao fato de que uma dada ação poder ter motivos

diferentes, e pode realizar atividades completamente distintas. O mesmo motivo poder gerar vários objetivos e conseqüentemente várias ações.

Sobre a origem da consciência Leontiev (1978, p. 9) escreveu:

A atividade, externa e interna, do sujeito é mediada e regulada por um reflexo psíquico da realidade. O que o sujeito vê no mundo objetivo são motivos e objetivos, e as condições de sua atividade devem ser recebidas por ele de uma forma ou de outra, apresentadas, compreendidas, retidas e reproduzidas em sua memória; isto também se aplica aos processos de sua atividade e ao próprio sujeito - a sua condição, a suas características e idiossincrasias [...].

Neste sentido Padilha e Lima Filho (2019) relatam que o desenvolvimento da consciência em cada homem não se repete no processo histórico-social de produção da consciência. O reflexo consciente do mundo não surge como projeção direta no cérebro das representações e conceitos que elaboraram as generalizações antecedentes. Sendo assim, sua consciência é também um produto de sua atividade no mundo objetivo. A consciência não é a manifestação de alguma capacidade mística do cérebro humano, mas um produto das suas relações no mundo, relações por meio de seu cérebro, de seus órgãos, de seus sentidos e de seus órgãos de ação. Daí resulta no homem que só se converte em sujeito de pensamento quando domina a linguagem, os conceitos e a lógica, que constituem um reflexo generalizado da experiência da prática social, incluindo aquelas tarefas as quais o homem expõe seus pensamentos, são um produto das condições sociais de sua existência.

#### **4. A contribuição de Elkonin: relação entre mudanças na atividade humana e períodos do desenvolvimento**

Daniil Borisovich Elkonin, nasceu em 29 de fevereiro de 1904, na cidade de Peretshepino, província de Poltava na Ucrânia. Teve sua trajetória científica marcada por vivenciar efetivamente as mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais. Em 1922, ingressou no curso dos políticos militares, na função de ajudante e com a finalidade de manter seus estudos. Foi professor de crianças e jovens órfãos e ex-delinquentes. Em 1924, ingressou na Faculdade de Psicologia do Instituto de Educação Social que, posteriormente, se unificou ao Instituto Estatal de Pedagogia Herzen, em Leningrado. Em 1927, já formado em

Psicologia, aproxima-se da filosofia ao prestar seus serviços como assistente de laboratório do fisiólogo A. A. Ujtomski, na mesma instituição em que se formou. Esse fisiólogo influenciou de forma muito importante a vida científica de Elkonin, pelas experiências, pesquisas e publicações. Elkonin sofreu influência de Vigotski pelos apontamentos e direcionamento em seus estudos, principalmente, com o papel da brincadeira no desenvolvimento psíquico da criança. A parceria entre esses dois autores durou poucos anos devido a morte de Vigotski em 1934, período em que Elkonin conhece Leontiev. Sua trajetória intelectual foi brilhante, principalmente, por ter desenvolvido estudos sobre a Psicologia Histórico-Cultural e a Teoria da Atividade, Elkonin morreu em 4 de outubro de 1984 (LAZARETTI, 2011).

Elkonin (1904-1984) foi um estudioso da periodização do desenvolvimento psíquico da criança. Para ele, a elaboração da periodização tem grande importância teórica desde a definição dos períodos de desenvolvimento psíquico até a revelação de passagem de um período para outro, permitindo-se resolver o problema de forças motrizes do desenvolvimento psíquico (ELKONIN, 1987).

Segundo Elkonin (1987), os estudiosos Blonski e Vigotski fundamentaram as bases do desenvolvimento da psicologia infantil na União Soviética, atribuíram uma grande atenção ao problema da periodização. Acrescenta-se, ainda, que Blonski destacou o caráter histórico dos processos de desenvolvimento psíquico e o surgimento de novos períodos da infância. Além disso, considerou que o desenvolvimento infantil é um processo de transformações qualitativas acompanhado de crises.

Elkonin (1987) escreveu em sua obra que Blonski e Vigotski ao afirmarem que é importante preservar as abordagens do problema da periodização, atualizando-as em correspondência com o conhecimento contemporâneo sobre o desenvolvimento psíquico infantil, fizeram cinco observações importantes: a primeira, é sobre a abordagem histórica dos ritmos de desenvolvimento e sobre o surgimento de certos períodos da infância no curso do avanço histórico da humanidade. A segunda relaciona-se à abordagem de cada período evolutivo do ponto de vista do lugar que ocupa no ciclo de desenvolvimento psíquico infantil. Na terceira, considera que o desenvolvimento psíquico é um processo dialético, que não acontece de forma progressiva, porém é caracterizado por interrupções

da continuidade, por significados e novas formações. Quarta, as crises são necessárias para o desenvolvimento psíquico, elas são indicadores das passagens de um período para outro. Quinta e última, a diferenciação de diversas passagens no desenvolvimento psíquico, de épocas, estágios e fases.

Para Elkonin (1987), as pessoas passam por estágios do desenvolvimento psíquico, que são a atividade comunicação emocional direta, atividade objetual manipulatória, atividade jogo de papéis, atividade de estudo, atividade de comunicação íntima pessoal e atividade profissional de estudo.

- 1) Atividade comunicação emocional direta: período que corresponde aos primeiros meses de vida da criança. Nesta etapa a criança se ocupada com os objetos e com as ações deles, ela realiza ações imediatas.
- 2) Atividade objetual manipulatória: é constituída de três fases: na primeira, a criança realiza ações com o objeto que ela já domina, isso ocorre pela manipulação do objeto que a criança realiza. Na segunda, a criança usa o objeto de acordo com a função em que ele tem. Já na terceira, a criança manipula e usa o objeto de forma livre. As ações com os objetos vão desenvolvendo novos tipos de ações que são a base para o surgimento dos jogos de papéis (LAZARETTI, 2011).
- 3) Atividade jogo de papéis: tem como base a dramatização da realidade social em que as crianças vão se familiarizando com as coisas, as propriedades e destino. Ao universo do mundo adulto, as crianças modelam as tarefas da atividade adulta e as relações entre eles. No jogo de papéis, uma característica importante é a imitação que a criança faz do adulto. A origem do jogo é social, é uma atividade social, portanto, o seu conteúdo, também, é social (ELKONIN, 1987).
- 4) Atividade de estudo: atividade essencialmente humana, resultante dos processos historicamente construídos (ELKONIN, 1987). O período em que essa atividade ocorre é quando a criança ingressa na escola, sendo sua atividade principal o estudo, ficando em segundo plano a brincadeira e os jogos, essas atividades estão presentes, mas elas deixam de ser as mais importantes (BATISTELLA, 2020).
- 5) Atividade de comunicação íntima pessoal: período em que se configura a adolescência, etapa da vida quando ocorre a transição da infância para a juventude (LAZARETTI, 2011). Para Elkonin (1987), esse período é

considerado crítico devido às mudanças das condições gerais que correm na vida do adolescente, também ocorrem as transformações no organismo, a maturação sexual, e é quando o desenvolvimento sexual influencia na personalidade.

- 6) Atividade profissional de estudo: período em que o adolescente começa a ter atitude e responsabilidade, com isso provoca interesse pelo futuro. Estabelece interesses profissionais e atividade profissional de estudo se torna dominante, assim, o adolescente começa a ter atitude responsável em realizar uma atividade social que lhe seja útil. Esse novo sentido social de aquisição de conhecimento provoca elevados níveis de generalização e abstração, o que amplia o desenvolvimento do pensamento teórico e a elevação da linguagem (LAZARETTI, 2011).

## **5. O Ensino para o desenvolvimento humano – a concepção de Davydov**

Estudiosos vêm propondo novos métodos, cujo objetivo é apresentar uma metodologia de aprendizagem pautada no desenvolvimento mental do aluno e o professor como mediador desse processo. Dentre os estudiosos, destaca-se neste estudo Vasily Vasilievich Davydov, psicólogo russo responsável pela criação da Teoria do Ensino Desenvolvimental.

Vasili Vasilievich Davydov foi psicólogo e educador, nasceu na Rússia, em 1930, e morreu em 1998. Membro da Academia de Ciências Pedagógicas, pós-graduado em Filosofia, obteve o título de doutor em Psicologia no ano de 1970, professor universitário, escreveu vários livros. Pertence à terceira geração de psicólogos russos, desde os trabalhos do grupo iniciado por Vygotsky nas décadas de 1920 e 1930. No decorrer de sua formação acadêmica, foi aluno de Leontiev, Luria, Rubinstein, Galperin, Zaporozhets, Sokolov, Talizina, Elkonin, dentre outros. Davydov desenvolveu sua própria versão da teoria das atividades histórico-social com base nos estudos e afirmações de Vygotsky e Leontiev, explicando a seguinte tese: a educação e o ensino determinam o processo de desenvolvimento psicológico dos alunos, incluindo a formação de habilidades ou qualidades psicológicas. Desse modo, Davydov deu uma importante contribuição para o avanço da Teoria do Ensino Desenvolvimental,

pois apresentou avanços na compreensão dos processos mentais para a formação de conceitos (LIBÂNEO; FREITAS, 2013).

A essência da proposta de Davydov, então, tem como fundamento a sua teoria da atividade de estudo e da educação desenvolvimental, que foi amplamente aplicada décadas de 70 e 80 na União Socialista Soviética. De acordo com essas teorias, o seu sistema de princípios didáticos visa ao direcionamento de um sistema científico de ensino, e o seu maior apelo é a formação do pensamento teórico nos alunos e no desenvolvimento integral da personalidade. Os princípios do ensino de Davydov são valiosos por terem passado com satisfação no teste da prática de ensino naquele país e vêm sendo estudados e adotados por tantos outros países distintos (AQUINO, 2015).

A Europa tinha na educação tradicional um sistema único de educação vigente por muitos anos, cujos objetivos eram atender ao sistema capitalista, sendo a finalidade social principal da educação primária a formação para o trabalho em massa. Consistiu em ensinar à maioria dos filhos dos trabalhadores somente aqueles conhecimentos e habilidades suficientes para obter uma profissão, mais ou menos significativa, na produção industrial e na vida social, que seria saber escrever, contar, ler, ter ideias elementares sobre o que está a sua volta. Então a finalidade principal da educação primária era oferecer à população, principalmente a camponesa, uma alfabetização elementar e preparar as crianças para a atividade do trabalho (DAVYDOV, 2017). A respeito da escola primária tradicional, Davydov (1930-1998) escreveu:

A escola primária realizava esses objetivos e atuava como etapa primeira e única na educação da maior parte da população, que preparava diretamente as crianças para a atividade laboral em qualidade de força de trabalho mais ou menos qualificada ou para a aprendizagem profissional em especialidades relativamente simples. À solução dessa tarefa social, correspondia integralmente o conteúdo utilitário-empírico dado pela escola primária tradicional, bem como aqueles métodos de ensino que nela se formaram ao longo de muitos anos (DAVYDOV, 2017, p. 2012).

Para Davydov, a função social da escola não só ditava a seleção de conhecimentos e habilidades utilitário-empíricos, como também determinava e projetava a fisionomia espiritual geral, o tipo geral de pensamento dos alunos que passavam pela a escola. As orientações dadas naquele tipo de escola eram indispensáveis para os afazeres cotidianos durante o cumprimento de ações do

trabalho rotineiro, porém eram insuficientes para assimilar o espírito independente da ciência contemporânea e os princípios de uma relação criativa, ativa e de profundo conteúdo no que se relaciona com a realidade, pois as tarefas estratégicas gerais da escola eram a preparação de um homem parcial para atender a produção capitalista, todavia, para o momento em que a União Socialistas Soviética estava vivendo (revolução técnica que requeria profissionais altamente qualificados), era insuficiente, uma vez que a educação média geral tinha os mesmos princípios que a primária. Contudo, Davydov defendia a criação de uma escola realmente moderna, contemporânea e a estruturação do ensino médio geral moderno, exigindo não a simples mudança dos princípios psicopedagógicos tradicionais, mas sua reavaliação e sua substituição por outros princípios, que respondessem aos novos objetivos sociais de todo o sistema completo de educação média obrigatória, então, seria uma educação para o desenvolvimento humano, para a vida, não apenas para o trabalho (DAVYDOV, 2017).

Libâneo e Freitas (2013) relatam que ao formular a teoria do ensino desenvolvimental, Davydov se baseou na teoria histórico-cultural de Vygotsky, assim como na teoria da atividade de Lenontiev. Para esse autor, a questão central da psicologia pedagógica é a relação entre a educação e desenvolvimento, que está relacionado com a lei geral da origem das funções psíquicas da criança no convívio com os adultos e os colegas no processo ensino e de aprendizagem na escola. Observam-se dois pontos importantes destacados pelos autores. O primeiro foi quando Davydov menciona a tese de Vygotskyana de que o aspecto essencial do aprendizado é que ele faz surgir, estimula e ativa na criança processos internos de desenvolvimento. Para que esses processos aconteçam, são necessárias as relações e colaborações entre as crianças e os que estão a sua volta. O segundo é que Davydov, também, compreende, assim com Vygotsky, o aprendizado como intrinsecamente necessário e universal ao desenvolvimento das características humanas que não são concebidas pela natureza biológica, e sim formada pelos processos históricos.

Vygotsky, em suas teorias, escreveu que as evidências acumuladas permitiram diferenciar o processo de aprendizagem formal do processo de desenvolvimento e diferenciar as mudanças essenciais na as esferas intelectual, emocional e pessoal dos escolares em o curso do desenvolvimento. Como

apontado, Vygotsky discriminou duas características básicas em uma de sua teoria. A primeira é a relação entre aprendizado e desenvolvimento formal, cuja descoberta tornou possível identificar a influência estimulante da aprendizagem formal sobre o desenvolvimento e o fato de que, a cada vez que um certo nível de desenvolvimento é atingido, facilita ainda mais o ensino e o processo de aprendizagem. Os resultados desses estudos, em primeiro lugar, fornecem confirmação empírica para a hipótese de que a aprendizagem formal desempenha um papel importante no desenvolvimento infantil e, em segundo lugar, ajudam a determinar algumas condições psicológicas e de ensino específicas para a educação desenvolvimental. Logo, esses estudos fornecem uma base sólida para a crítica da teoria do desenvolvimento, independente da aprendizagem formal e da coincidência da aprendizagem formal e do desenvolvimento. Mas os resultados não excederam as limitações da terceira teoria, embora ajudem a melhorar e especificar a relação entre aprendizagem formal e desenvolvimento, ou as condições psicológicas envolvidas na influência da aprendizagem formal no desenvolvimento de certas funções mentais na infância (DAVYDOV, 1998).

Para Davydov e seus colaboradores, o desenvolvimento mental das pessoas em idade escolar baseia-se no entendimento da atividade formal de aprendizado à medida que eles assimilam o conhecimento teórico por meio da realização de ações substantivas: análise, planejamento e reflexão. Isso define o desenvolvimento de todos os domínios cognitivos e de personalidade das crianças (DAVYDOV, 1998).

## **5.1 Princípios didáticos**

Os princípios didáticos, examinados por Davydov, foram o de caráter sucessivo da aprendizagem, a acessibilidade e o caráter consciente e visual direto ou intuitivo do ensino (DAVYDOV, 2017).

### **1. Caráter sucessivo da aprendizagem**

Este princípio conserva o elo com os conhecimentos cotidianos que a criança possui antes de entrar para a escola; ela não distingue de forma clara as particularidades e a especificidade da etapa seguinte na aquisição de conhecimentos em comparação com a precedente; apresenta foco em

mudanças quantitativas, na complexidade e aumento do volume de conteúdo à medida que o aluno avança na série escolar, principalmente no nível médio, as formas dos conceitos são aperfeiçoadas, mas as modificações internas do conteúdo não são analisadas de maneira detalhada; ela não considera a distinção qualitativa dos conhecimentos das séries iniciais para as séries posteriores; leva a indistinção entre conceitos científicos e os conceitos cotidianos, entre apropriação científica e apropriação cotidiana de conhecimentos; mazela e indiferença correspondem aos objetivos finais da escola tradicional (DAVYDOV, 2017).

## 2. Princípio da Acessibilidade

É proporcionado ao aluno conhecimento de acordo com a faixa etária de idade e nível escolar, a medida dessa capacidade foi formada espontaneamente na prática real do ensino tradicional. Dessa forma, predeterminou o atendimento de finalidades educativas empírico-utilitaristas e a promoção de pensamento empírico-classificador; apresenta menosprezo da condicionalidade histórica, social e concreta do aluno e das particularidades de suas fases de desenvolvimento; o ensino utiliza somente as possibilidades já formadas e presentes no aluno; o sentido concreto, prático, do princípio da acessibilidade faz oposição à ideia da educação que promove desenvolvimento (DAVYDOV, 2017).

## 3. Caráter consciente e visual direto (ou intuitivo do ensino)

O ensino tradicional e seus fundamentos colocam o seguinte conteúdo: todo conhecimento apresenta-se em forma de abstrações verbais claras e repetem-se continuamente. A informação submetida ao professor é a forma mais geral de verificar o conhecimento. Cada abstração verbal deve ser correlacionada, pelo aluno, com uma imagem sensorial definida e precisa, escolha de exemplos concretos; as ilustrações são o procedimento mais geral para verificar o grau de compreensão do conhecimento; existe a seguinte incoerência de que é observado com frequência na escola, a separação entre os conhecimentos e seu uso. A aplicação desse princípio é trágica para o desenvolvimento mental do aluno. Seu conteúdo consiste em: 1) na base do conceito, encontra-se a comparação da multiplicidade sensorial das coisas; 2) tal comparação leva a separar as características semelhantes, comuns, as coisas;

3) a palavra faz a fixação dos traços comuns e leva à abstração como conteúdo do conceito (as representações sensoriais sobre essas características externas constituem o verdadeiro significado da palavra); 4) o estabelecimento das dependências de gênero e espécie de tais conceitos (segundo o grau de generalização dos traços) constitui a tarefa fundamental do pensamento, o que interage regularmente com a sensibilidade como sua fonte (DAVYDOV, 2017).

Desse modo, o princípio do caráter visual não confirma tanto a base sensorial dos conceitos, porém o reduz aos conceitos empíricos integrante do pensamento racionalista discursivo-empírico, classificador, em que a base se encontra no reflexo das propriedades externas do objeto dadas de forma sensorial. A orientação em direção ao princípio do caráter visual é o resultado regular da posição da escola tradicional em que o seu conteúdo e os métodos de ensino projetam a formação, no aluno, do pensamento empírico (DAVYDOV, 2017).

O princípio do caráter científico é apenas declarado na escola tradicional; é compreendido de forma empírica, e não em sua forma dialética, ou seja, como procedimento especial de reflexo mental da realidade por meio da ascensão do abstrato ao concreto. Essa ascensão está ligada à formação de abstrações e generalizações do tipo, não só empírico, mas teórico. Os meios de formação das abstrações, generalizações e dos conceitos teóricos são diferentes daqueles do pensamento empírico. As abstrações e as generalizações do tipo teórico possibilitam ao aluno superar o pensamento empírico (DAVYDOV, 2017).

Para Davydov (2017), a verdadeira realização do princípio do caráter científico está internamente ligada à mudança do tipo de pensamento, projetado por todo o sistema de ensino; dizendo de outra forma, a atitude criativa humana em relação à realidade baseia-se no pensamento teórico e por isso ele deve ser formado pelos alunos desde as primeiras séries.

Segundo Davydov (2017), a mudança futura da escola pressupõe novos princípios didáticos que sustentem o ensino para o desenvolvimento dos alunos, sendo essa uma tarefa para a didática e para a psicologia pedagógica. Os princípios propostos por Davydov são três, quais sejam:

1. Diferenças qualitativas como base da organização das etapas escolares em vez de caráter sucessivo da aprendizagem

O vínculo e a sucessão dos conhecimentos devem consistir em um enlace de etapas qualitativamente diferentes do ensino que se distinguem tanto pelo conteúdo como pelos procedimentos utilizados para que os alunos os aprendam. Ao ingressar na escola, os alunos devem ter claro o caráter, a peculiaridade e os procedimentos para abordar os conceitos que aprendem na escola, distinguindo-se em relação aos conceitos que adquire na experiência da vida cotidiana. Para isso, os alunos dos anos iniciais formarão conceitos por meio da atividade de estudo.

Quando o aluno estiver nos níveis mais avançados da escolarização, deve haver mudança qualitativa do conteúdo e dos métodos, introduzindo-se o método axiomático de exposição, o enfoque investigativo do material, dentre outros. Nesses níveis

a forma e o conteúdo dos conhecimentos e as condições de sua assimilação devem ter uma organização qualitativa diferente dos anos anteriores. São as diferenças qualitativas — e não as quantitativas —, nas diversas etapas do ensino, que devem estar na base das ideias dos organizadores do ensino e psicólogos ocupados na estruturação do sistema total de ensino médio (a conexão qualitativamente diferente é a verdadeira dialética do desenvolvimento e também a dialética de sua teoria) (DAVYDOV, 2017, p. 218).

## 2. Educação que desenvolve em vez de acessibilidade

A educação deve ser estruturada para o desenvolvimento, não para a acessibilidade. O ensino deve levar ao desenvolvimento e criar, nos alunos, condições do desenvolvimento psíquico que, ainda, podem faltar neles, do ponto de vista das normas da escola futura. Tratar de construir de forma ativa qualquer elo da psique ausente ou insuficiente presente nos alunos, mas que seja indispensável para alcançar um alto nível no trabalho com eles. A interpretação tradicional do princípio do caráter consciente deve ser abandonada e em seu lugar deve estar o princípio da atividade como fonte, meio e forma de estruturar, conservar e utilizar os conhecimentos. O caráter consciente pode ser realizado somente se os alunos não recebem conhecimentos já prontos, se eles mesmos investigam e revelam as condições de sua origem. Isso é possível quando as crianças produzirem as transformações específicas dos objetos, durante o estudo a que se modelam e recriam as propriedades internas do objeto, que se convertem em conteúdo do conceito. Essas ações revelam e constroem a

conexão essencial e geral dos objetos, tornando-as de fontes para as abstrações, generalizações e os conceitos teóricos (DAVYDOV, 2017).

3. Princípio do caráter objetal em vez de princípio do caráter visual direto ou intuitivo

O ensino deve privilegiar como ações com os objetos aquelas que revelam o conteúdo do conceito e o representam na forma de modelos materiais, gráficos ou verbais. O princípio do caráter visual, na educação, promove a passagem do particular ao geral. O princípio do caráter objetal fixa a possibilidade e a conveniência de que os alunos revelem o conteúdo geral de certo conceito, como base para a identificação ulterior de suas manifestações particulares, ou seja, passam do geral ao particular. O geral entendido como a conexão genética inicial do sistema em estudo, que produz as características do sistema concreto em seu desenvolvimento e diferenciação. Este conceito geral deve ser igualmente distinguido da formalidade, implícita no conceito empírico (DAVYDOV, 2017).

A aplicação multilateral dos novos princípios psicodidáticos permite definir as características essenciais da escola futura e destacar as condições nas quais a formação do pensamento teórico-científico constitui a regra, não a exceção (DAVYDOV, 2017).

A organização das disciplinas escolares deve promover a passagem do geral ao particular e a estruturação do trabalho escolar baseado nas generalizações teóricas, realizadas pelos seguintes princípios:

1. Os conceitos que constituem a disciplina escolar devem ser aprendidos pelo exame de suas condições de origem, não como conhecimentos prontos;
2. A assimilação dos conhecimentos de caráter geral e abstrato antecede à familiarização com conhecimentos particulares e concretos. Esse princípio desvincula-se da orientação de revelar a origem dos conceitos e corresponde às exigências da ascensão do abstrato ao concreto;
3. No estudo das fontes objeto-materiais os alunos devem descobrir a conexão geneticamente inicial, geral, que determina o conteúdo e a estrutura do campo dos conceitos dados (por exemplo, para todos os conceitos da matemática escolar, essa conexão geral é a das

grandezas; para os conceitos da gramática escolar, é a relação entre a forma e o significado da palavra);

4. É necessário reproduzir essa conexão geral em modelos objetivos, gráficos ou simbólicos que permitam os alunos estudar suas propriedades de forma pura;
5. Os alunos precisam formar ações objetivos que permitam revelar a conexão essencial do objeto e reproduzir, no material de estudo, nos modelos para estudar suas propriedades;
6. Os alunos devem passar da realização das ações práticas objetivos à realização no plano mental.

Segundo Davydov (2017), a perspectiva fundamental da escola futura é formar nos estudantes, desde as séries iniciais, os princípios do pensamento teórico como capacidade importante desenvolvida multilateralmente de uma personalidade criativa. Recomenda, ainda que as pesquisas sobre esse tema aconteçam de forma multilateral.

## **5.2 Pensamento teórico, conceito teórico**

Em relação a formas de pensamento, Davydov atribuiu duas formas: pensamento empírico e o pensamento teórico. Segundo Dias *et al.*, (2014), o desenvolvimento de conceitos é amplamente auxiliado pela educação escolar, pois o conhecimento formal cria uma nova organização de conceitos, partindo do abstrato para o concreto, isto é, os conceitos científicos. Os conceitos científicos terão um impacto na reorganização dos conceitos formados espontaneamente, ou melhor, do pensamento empírico.

O pensamento empírico apresenta características externas, diretas e imediatas, geralmente, significa que está diretamente relacionado às atividades práticas diárias, e os dados são obtidos a partir das atividades sensoriais das pessoas em contato com o objeto, essa ação é importante, mas não forma o conhecimento científico (CEDRO; MORAES; ROSA, 2010).

A teoria de Davydov faz críticas ao ensino que não leva a formação do conhecimento científico, quer dizer, ao ensino tradicional que tem em sua base o conhecimento empírico. A esse respeito, Libâneo (2004, p. 10) escreve:

As pesquisas de Davídov tiveram origem na análise crítica da organização do ensino assentada na concepção tradicional de aprendizagem, que leva à formação do pensamento empírico, descritivo e classificatório. O conhecimento que se adquire por métodos transmissivos e de memorização não se converte em ferramenta para lidar com a diversidade de fenômenos e situações que ocorrem na vida prática. Um ensino mais vivo e eficaz para a formação na personalidade, deve basear-se no desenvolvimento do pensamento teórico. Trata-se de um processo pelo qual se revela a essência e desenvolvimento dos objetos de conhecimento e com isso a aquisição de métodos e estratégias cognitivas gerais de cada ciência, em função de analisar e resolver problemas e situações concretas da vida prática. O pensamento teórico se forma pelo domínio dos procedimentos lógicos do pensamento que, pelo seu caráter generalizador, permite sua aplicação em vários âmbitos da aprendizagem.

Davydov (1988, p. 110) apresenta uma explicação lógica sobre as características do pensamento empírico:

O entendimento está orientado, antes de tudo, à separação e comparação das propriedades dos objetos com a finalidade de abstrair a generalidade formal, quer dizer, dar-lhe a forma de conceito. Graças a isso, pode-se dividir e diferenciar com precisão os objetos. Este pensamento é o degrau inicial do conhecimento, no qual o conteúdo da contemplação adquire uma universalidade abstract, formal. No caso de uma ampliação desmedida de dita generalidade, a abstração se torna pobre e vazia. Pode-se superar esta tendência mediante a conservação das imagens da contemplação e das representações que estão na base da abstração. As imagens visuais transmitem ao pensamento discursivo um conteúdo concreto.

Após a explicação das características do pensamento empírico dadas por Davydov, é possível observar a necessidade de avançar no processo de formação do conhecimento científico. Libâneo (2004), analisando a obra de Davydov, relatou que o pensamento teórico caracteriza-se como o método da ascensão do abstrato para o concreto. Não se trata de pensar apenas abstratamente em um conjunto de proposições fixas, mas de uma ferramenta mediante a qual se desenvolve uma relação principal geral que caracteriza o assunto e descobre-se como essa relação aparece em muitos problemas específicos. A respeito da formação do pensamento teórico Freitas (2009, p. 2 e 3) escreveu:

Na atividade de aprendizagem, os alunos se apropriam do processo de pensamento investigativo que foi utilizado para a criação de conceitos, imagens, valores e normas. É o que Davydov denomina de apropriação dos procedimentos lógicos e investigativos com os quais os pesquisadores trabalharam ao formular o conhecimento de um objeto. Quando aprendem, portanto, os alunos devem reproduzir o

conhecimento teórico (ou pensamento teórico) vinculado ao objeto. O pensamento teórico tem sua origem no processo investigativo que deu origem ao objeto científico. De modo geral, o pensamento teórico compõe-se das ações mentais de abstração, generalização e, por fim, conceito teórico. Ele torna-se, mediante o ensino, o pensamento que deve ser formado pelo aluno na aprendizagem do objeto. Desse modo, o aluno aprende realmente um objeto quando aprende também as ações mentais ligadas ao objeto, os modos mentais de proceder com esse objeto, de agir com ele por procedimentos lógicos de pensamento.

É importante compreender que um conceito faz parte de uma rede conceitual e que se liga a outros conceitos por meio de ações mentais, podendo gerar novos conhecimentos científicos. Para Freitas (2009, p. 5):

O conceito serve ao aluno como procedimento para criar, em sua atividade pensante, esse modo geral de ação. Ao ser integrado às funções cognitivas do aluno, um conceito passa a se articular com outros conceitos, servindo de procedimento ao aluno nas ações mentais que realiza em inúmeras aprendizagens posteriores.

A Teoria do Ensino Desenvolvimental explica como os alunos formam conceitos por meio da atividade organizada pelo professor com esse objetivo. Essa atividade foi denominada pelo autor de atividade de estudo, sendo considerada por ele com um tipo especial de atividade humana que pode estar na base de muitas outras atividades. O autor também formulou as ações específicas da atividade de estudo (DAVYDOV, 1988, p. 173):

1. transformação dos dados da tarefa a fim de revelar a relação universal do objeto estudado;
2. modelação da relação diferenciada em forma objetivada, gráfica ou por meio de letras;
3. transformação do modelo da relação para estudar suas propriedades em 'forma pura';
4. construção do sistema de tarefas particulares que podem ser resolvidas por um procedimento geral;
5. controle da realização das ações anteriores;
6. avaliação da assimilação do procedimento geral como resultado da solução da tarefa de aprendizagem dada.

Cada uma dessas ações, segundo Davydov, é composta por uma ou mais operações correspondentes e seu funcionamento transforma-se de acordo com

as mudanças nas condições específicas para resolver uma ou outra tarefa de aprendizagem.

A teoria do ensino desenvolvimental coloca os professores como mediadores entre os conceitos e os alunos. Por outro lado, coloca-o, também, com uma grande responsabilidade no momento de estruturar a atividade do aluno, de forma que eles internalizarem conceitos de uma determinada maneira para que possam usá-los amplamente e ter habilidades superiores (MARTINELLI; LOPES, 2009). No entanto, é através da formação de conceitos, que os alunos podem pensar teoricamente e formar novos conceitos, estabelecendo, assim, um sistema de conceitos científicos, permitindo-lhes adquirir uma consciência teórica, pensar teoricamente e desenvolver-se integralmente – social, cultural e historicamente (ASSIS, 2019).

### **5.3 Abstração, generalização e formação de conceitos**

Vygotsky, dentre seus estudos, dedicou-se à teoria voltada aos problemas referentes às funções e à formação do processo de generalização e formação do conceito como modalidades de reflexão do pensamento do indivíduo, expressadas em seu livro “Pensamento e Linguagem”, publicado em Moscou em 1934. Para designar suas concepções de estudo, Vygotsky apontou três fundamentais processos mentais pelos quais passam o sujeito durante o procedimento de apropriação do conhecimento e interiorização: a abstração, a generalização e a formação de conceitos.

Consoante a Libâneo e Freitas (2019, p. 217), Vygotsky deu muita importância à formação de conceitos por acreditar que tinham relação direta com o papel da escola e do conhecimento de formação do desenvolvimento cognitivo e de sua personalidade, processo que ocorreria pela interiorização e apropriação na atividade individual de aprendizagem.

Inicialmente, a generalização foi apontada por Vygotsky (1982-86, p.19) como sendo uma ação conceitual responsável por refletir a realidade, entretanto, de modo díspare ao percebido em sensações instantâneas. Nesse sentido, Vygotsky ressalta quatro níveis do mencionado processo: amontoados sincréticos, complexos, pseudoconceitos e conceitos. Para o autor, suas

descobertas estavam intimamente ligadas à semelhança do pseudoconceito e do conceito, que

conceito supõe não só a unificação e a generalização dos diversos elementos concretos da experiência, mas também a seleção, abstração, o isolamento dos distintos elementos e a capacidade de considerar esses elementos selecionados e abstraídos à margem dos vínculos concretos e reais que se apresentam (VYGOTSKY, 2007, p. 242).

De acordo com ele, pseudoconceito e conceito estão envolvidos por um tipo de generalização apesar de se manifestarem de modos distintos, haja vista a combinação com o objeto real no complexo e as abstrações conceituais. De acordo com Vygotsky (1982-84), os conceitos de jovens e adultos limitados à experiência cotidiana, normalmente apresentam-se como pseudoconceitos, embora detenham características do conceito. Isso se dá porque ele traça um caminho percorrido entre o concreto e o abstrato, uma vez que os conceitos espontâneos surgem quando a criança entra em contato com o objeto real que a possibilita uma comparação a fim de encontrar características em comum para a formação de uma representação. Após esse processo, a criança torna-se consciente do objeto representado, não do conceito.

É nesse contexto que Vygotsky apresenta como a abstração e a generalização do pensamento são diferentes da abstração e da generalização das coisas. Nessa perspectiva, a diferença existente entre conceitos científicos e conceitos empíricos era buscada por Vygotsky no modo e percurso da assimilação. Entretanto, Davydov critica e aponta a falta de conclusão sobre o autêntico conceito científico, cuja diferenciação entre pensamento empírico e teórico não foi devidamente esclarecida nos estudos de Vygotsky. A partir disso, Davydov busca a identificação dos critérios negligenciados por Vygotsky: a diferenciação entre os dois tipos do pensamento humano, - cotidiano ou empírico, científico ou teórico.

Consoante a Davydov (1997, p. 07):

[...] um critério para o conceito autenticamente científico ou teórico é aquele seu conteúdo que, mediante certas ações intelectivas, particularmente a reflexão, fixa certas relações genéticas fixas de pertencimento ou a 'célula' de um determinado sistema de objetos em desenvolvimento. Sobre a base desta célula, pode-se deduzir mentalmente por este conceito o processo total do desenvolvimento do sistema dado. Em outras palavras, o pensamento e os conceitos empíricos consideram os objetos como constantes e acabados,

enquanto que o pensamento e os conceitos teóricos analisam os processos do seu desenvolvimento.

Nessa perspectiva, Davydov propõe que o processo de ensino seja promotor do pensamento teórico com base em abstrações e generalizações. O que ocorreria com base nas relações do objeto de aprendizagem, contrariedades e conexões com demais instrumentos, pois ele acredita que para compreender um conceito, é fundamental reconstruir seu surgimento e construção para a conscientização do ato de pensar.

Dessa forma, é de grande importância observar as considerações acerca de abstrações e generalizações para esse autor. Assim sendo, a abstração e a generalização são concebidas como fatores distintos de um único processo de amadurecimento do pensamento concreto (DAVYDOV, 1988).

O processo mental pelo qual se apropria de conceitos universais e aplica-os a situações particulares, com o fito da formação do conceito e compreensão, é a denominada abstração, que atua como base para a generalização. É no referido processo que ocorre o trânsito entre o abstrato e o concreto (DAVYDOV, 1988)

Já a generalização deve ser vista como o processo em que há a descoberta das relações reais do universal com o particular, gerando, desse modo, um sistema de conceitos e ligações de objetos com suas aplicações reais. Tal processo, conforme Davydov “seria um caminho para a adequada organização do ensino visando à formação do pensamento teórico” Davydov (1988, apud LIBÂNEO; FREITAS, 2019, p. 225), o que possibilita a construção de uma capacidade de a criança transformar uma qualidade em um objeto independente.

#### **5.4 Atividade de estudo: estrutura e conteúdo**

A inserção da criança na vida escolar é um passo fundamental no processo de sua formação e do encontro dela com a ciência, pois o aluno assume novas obrigações que exigirão dele ações mentais que farão que ele se desenvolva mental e socialmente. Davydov (1988) explica que esse período é uma fase de transição, pois ao ingressar na escola, a criança começa a assimilar os princípios, por exemplo os “ABCs”, das formas mais desenvolvidas da

consciência social, isto é, a ciência, a arte, a moralidade e a lei, que estão ligados à consciência e ao pensamento teórico. Essas formas desenvolvidas de consciência social e formações espirituais correspondentes só são assimiladas se as crianças realizam uma atividade adequada à atividade humana historicamente construída, nesse processo o professor desempenha papel fundamental. Para o autor, esta atividade feita pelo aluno é a atividade de estudo.

A atividade de estudo refere-se à atividade instrucional do desenvolvimento na idade escolar da criança, cuja característica é produzir a constituição de uma neoformação psicológica essencial ao processo de humanização, melhor dizendo, que se caracteriza pela formação de novas formas psicológicas necessárias no processo de humanização que é a formação do pensamento teórico (ASBAHR, s/d).

Para melhor entendimento sobre a atividade de estudo, é necessário, segundo Davydov (1999), retornar ao conceito geral de atividade, já foi mencionado anteriormente. Para o autor, atividade significa transformação criativa pelas pessoas da realidade atual. Essa transformação é realizada pelo trabalho. Todos os tipos de atividade material e espiritual do homem são derivados do trabalho, provocando a transformação da realidade e, ao final, do homem em si. No entanto, o estudo da atividade desenvolvido por Davydov está fundamentado nos estudos de Leontiev.

Segundo Freitas (2016), a estrutura da atividade humana formulada por Leontiev é composta de necessidade, motivo, objetivo, ações, operações e condições. Davydov, ao aplicar essa estrutura à atividade de estudo, acrescentou um elemento: o desejo. Para a autora, Davydov em seu ponto de vista, a atividade de estudo é composta de motivos e necessidade dos alunos para aprender determinado objeto, desejo de aprender, objetivos da aprendizagem, ações e operações com o objeto, condições internas dos alunos e condições materiais. Nesse arcabouço, a tarefa desempenha uma função muito importante no que diz respeito à união entre objetivo, ações que levarão ao alcance do objetivo e condições para realizar as ações. Ainda sobre o desejo a autora escreveu:

O desejo é essencial porque é o núcleo básico da necessidade. As emoções são formadas por necessidades e desejos como elementos

inseparáveis, uma vez que necessidades aparecem sob a forma de manifestações emocionais (FREITAS, 2016, p. 404).

Para Davydov (1988), a atividade de estudo indica a assimilação do conhecimento no processo de solução, independente das tarefas, o que permite aos escolares descobrir as condições de origem dos conhecimentos. A atividade de estudo está internamente ligada ao nível potencial de assimilação dos conhecimentos e ao pensamento teórico. O autor reforça a importância da necessidade da realização de tarefas de aprendizagem elaboradas pelo professor. Segundo Batistella (2020), a atividade de estudo, seguindo o princípio da ascensão do abstrato ao concreto, tem sua origem em uma tarefa ou uma situação problema em que a solução exige dos estudantes uma investigação, que lhes possibilitará a formação das ações de aprendizagem correspondentes.

A ação da atividade de estudo é realizada pelos estudantes mediante o cumprimento de determinadas ações, presentes no quadro a seguir, elaborado com base em Freitas (2016):

**Quadro 10:** Ações da Atividade de Estudo

Ações	Caracterização
<i>1. Transformação dos dados da tarefa a fim de revelar a relação universal do objeto estudado.</i>	A atividade de estudo inicia-se pela apresentação de um problema a ser resolvido pelos alunos e introduzido na primeira ação da tarefa. O problema pode ser na forma de pergunta, jogo, algo a ser realizado pelo aluno, um caso, dentre outros. Os alunos precisam reunir as informações e dados presentes no problema, examiná-los para irem em busca da relação geral universal do objeto.
<i>2. Modelação da relação diferenciada em forma objetivada, gráfica ou por meio de letras.</i>	Nesta etapa os alunos se dedicam à construção de modelos que representem a relação geral universal descoberta. O modelo pode ser explicitado em forma textual, gráfica ou por meio de desenhos, e tem como finalidade colocar os alunos em um processo simultâneo de criação e de reprodução da

	<p>relação geral e universal do conceito. Neste caso, os alunos estarão reproduzindo algo que já foi historicamente criado pelos cientistas, portanto torna-se um processo de recriação. No entanto, o conteúdo deste modelo estabelece as características internas do objeto.</p>
<p><i>3. Transformação do modelo da relação para estudar suas propriedades em forma pura.</i></p>	<p>O trabalho com o modelo de aprendizagem é um processo pelo qual se estudam as propriedades da abstração substantiva da relação universal. A orientação dos alunos para a relação universal do objeto em estudo serve de base para formar neles certo procedimento geral de solução da tarefa de aprendizagem e, assim, formar o conceito do “núcleo” do objeto.</p>
<p><i>4. Construção do sistema de tarefas particulares que podem ser resolvidas por um procedimento geral.</i></p>	<p>Nesta etapa, os alunos resolvem diversas tarefas tendo como base a relação geral e universal e seu vínculo com relações particulares. As tarefas particulares são variáveis da tarefa inicial e os alunos identificam em cada uma delas a presença da relação universal como se fosse um procedimento geral para pensar e analisar o objeto em todas as situações reais e concretas.</p>
<p><i>5. Controle da realização das ações anteriores.</i></p>	<p>O monitoramento tem como princípio assegurar a realização e a execução correta das ações e suas correspondentes operações, permitindo observar se o aluno está correspondendo aos objetivos e às condições propostas na tarefa.</p>
<p><i>6. Avaliação da assimilação do procedimento geral como resultado da solução da tarefa de aprendizagem dada.</i></p>	<p>Nesta etapa final, o professor avalia os alunos individualmente, verificando a aprendizagem do conceito. É a avaliação que informa aos escolares se resolveram ou não determinada tarefa de aprendizagem.</p>

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base em Freitas (2016).

Nesse processo ensino-aprendizagem o professor tem uma importância fundamental, pois ele organiza o ensino, considerando que os conhecimentos elaborados historicamente pela humanidade, os conhecimentos das diferentes ciências, possam ser apropriados pelos alunos (CEDRO; MORAES; ROSA, 2010).

## **CAPÍTULO IV – AS CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DE DAVYDOV PARA ORGANIZAÇÃO DO ENSINO DO CONCEITO TERRITÓRIO DA SAÚDE**

Este capítulo é destinado à discussão da organização do ensino, visando à aprendizagem de conceitos na perspectiva do ensino desenvolvimental. Em seguida, será abordada a organização do ensino do conceito território da saúde para alunos dos cursos de graduação em saúde, especificamente, na disciplina de saúde pública. Para tanto, foram usadas as contribuições de Davydov, tais contribuições foram apresentadas na forma de ações que são necessárias para a formação de conceitos, principalmente quando aplicada ao experimento didático-formativo, são elas: Primeira Ação – Transformação dos dados da tarefa e identificação da relação universal do objeto estudado; Segunda Ação – Modelação da relação encontrada em forma objetivada, gráfica e/ou literal; Terceira Ação – Transformação do modelo para estudar suas propriedades de forma aprofundada; Quarta Ação – Construção de um sistema de tarefas particulares que podem ser resolvidas por um procedimento geral; Quinta Ação – Monitoramento da realização das ações anteriores; Sexta Ação – Avaliação da assimilação do procedimento geral como resultado da solução da tarefa de aprendizagem.

### **1. Organização do ensino visando à aprendizagem de conceitos**

O trabalho docente é organizado com a finalidade de promover o aprendizado e o desenvolvimento do aluno por meio do processo ensino-aprendizagem. Segundo Libâneo (2011), o ensino é um meio para os alunos se apropriarem das habilidades humanas que foram formadas e objetivadas na cultura material e espiritual da história. Essa apropriação ocorre pela aprendizagem de conteúdo, habilidades, atitudes, formadas pelos humanos no decorrer da história. Para esse autor o processo de internalização ou apropriação tem as características que se seguem:

- a) O desenvolvimento psicológico dos alunos depende da apropriação de conhecimentos, habilidades, valores formados na história humana;

- b) A função do ensino é proporcionar aos alunos meios para a apreensão dos conceitos, ou seja, a forma correta de pensar e agir nas disciplinas ministradas, de modo a formar habilidades intelectuais a partir da lógica e dos procedimentos de pesquisa da ciência ensinada;
- c) A ação de ensinar não é apenas “transmitir conteúdos”, mas também intervir no processo psicológico dos alunos, formando conceitos a partir das matérias ensinada;
- d) A relação intersubjetiva em sala de aula significa necessariamente compreender a motivação dos alunos, ou melhor, seus objetivos e motivos para participar das atividades de aprendizagem;
- e) Se for criada uma situação de interlocução, cooperação e diálogo entre professores e alunos e entre os próprios alunos, esses terão a oportunidade de formar e operar conceitos, e a aprendizagem será mais bem consolidada.

Para Davydov (1988), a educação e o ensino exercem uma profunda influência sociopsicológica na formação interna de cada pessoa, logo fica evidente a indicação prática da dependência interna que tem o desenvolvimento da mente de uma pessoa em relação a um sistema de educação e ensino. Para esse autor, a tese essencial é que o desenvolvimento mental da pessoa é mediado pela sua educação e ensino.

De acordo com Davydov (1988, apud LIBÂNEO, 2011), para focar o ensino no desenvolvimento da inteligência dos alunos, o professor deve saber quais métodos de pesquisa o cientista utiliza, relacionados à disciplina que leciona, pois são nesses métodos que o professor encontrará as habilidades intelectuais de que os alunos precisam cultivar enquanto estudam a matéria. Em outras palavras, para aprender a pensar e agir de acordo com o conteúdo da disciplina de ensino, o aluno deve dominar as ações mentais relacionadas a esses conteúdos, que podem ser encontradas na lógica científica e nos procedimentos investigativos que os produzem. Assim, entende-se que não é suficiente o professor dominar o conteúdo, ele também precisa saber três coisas, que são: a) Qual é o processo de pesquisa para chegar ao conteúdo, isto é, do sistema conceitual dos conteúdos que ele ensina? b) Quais métodos e procedimentos serão usados para ensinar os alunos a usar o conteúdo científico ensinado, especialmente as atividades psicológicas relacionadas a esses

conteúdos? c) Quais são as características culturais pessoais e sociais dos alunos e o que os move para entender como vincular o conteúdo a esses motivos?

As questões de ensino e educação que promovem o desenvolvimento estão intimamente relacionadas com a base lógico-psicológica da estrutura da disciplina escolar, isto é, o currículo escolar. Seu conteúdo e métodos de desenvolvimento no processo de aprendizagem determinam o tipo de consciência e pensamento que os alunos formam no processo de assimilação de conhecimentos, capacidades e habilidades correspondentes. Por conseguinte, a construção das disciplinas escolares não é apenas o processo de ensino e aprendizagem, contudo na perspectiva da particularidade do desenvolvimento do processo psicológico do aluno, ela tem um significado mais geral. Para Davydov, a estruturação moderna das disciplinas escolares deve fornecer aos alunos um nível mais alto de consciência e pensamento no processo de aprendizagem na escola. O autor reconhecia a importância da base da consciência e do conhecimento empírico, mas acredita ser insuficiente, havendo a necessidade de um ensino que promova o desenvolvimento psíquico do aluno (DAVYDOV, 1988).

Segundo Libâneo (2011), na perspectiva Davydoviana, o ensino proporciona a apropriação cultural e científica e o desenvolvimento ideológico por meio do treinamento e da manipulação conceitual. Existem dois processos conectados para formar uma unidade e pode-se expressar essa ideia de duas formas: a primeira, quando um aluno forma um conceito científico, ele irá integrar o processo de pensamento e vice-versa. A segunda, no processo de formação de teorias e ideias científicas, os alunos desenvolvem atividades mentais, resolvendo problemas que melhoram suas atividades mentais. Desta forma, esses podem absorver conhecimentos teóricos e as habilidades e competências relacionadas a tal conhecimento.

## **2. O conceito território da saúde e sua relação universal**

Nos cursos de graduação em saúde, existe a disciplina de Saúde Pública que tem por objetivo estudar o processo histórico e evolutivo da saúde pública

no Brasil, bem como aprofundar a discussão sobre o ensino do Sistema Único de Saúde. Como foi mencionado anteriormente, o SUS, dentro de suas políticas de saúde, criou a ESF que está inserida em um território delimitado para que as ações de saúde aconteçam naquele espaço. Além disso, a Atenção Básica à Saúde trabalha na concepção administrativa com outras vertentes territoriais como o território nacional, os municípios, a região de saúde, o distrito, área e microárea, e o mais importante, a organização dos serviços em rede de atenção à saúde. Portanto, torna-se importante e indispensável o ensino do conceito território da saúde no processo de formação acadêmica do profissional de saúde, haja vista ser a configuração e reconfiguração ocorridas na base territorial que determina como o território será organizado, o que será o território e como será sua configuração econômica, política e social na dialética da produção do espaço.

Em análise dos estudos de Milton Santos, Fuini (2018) relata que o estudioso, juntamente com Maria Laura Silveira e seu grupo de pesquisa, retomaram concepções de suas obras anteriores, que é definição de território por duas vertentes: a primeira, como o nome político para espaço de um país, geralmente vinculado à relação Estado-território; a segunda, através de seu uso, definido pela implantação de infraestruturas e pelo dinamismo da economia e da sociedade, envolvendo os movimentos da população, distribuição das atividades, arcabouço jurídico e a extensão da cidadania

O conceito território da saúde deve ser entendido como sendo um território usado, pois ele é habitado por pessoas, existe um movimento, é o local da vida cotidiana, o espaço banal. Sobre o território usado Milton Santos (1998, p. 16) escreveu:

O território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habilitado. Mesmo a análise da fluidez posta ao serviço da competitividade, que hoje rege as relações econômicas, passa por aí. De um lado, temos uma fluidez virtual, oferecida por objetos criados para facilitar essa fluidez e que são, cada vez mais, objetos técnicos. Mas os objetos não nos dão senão uma fluidez virtual, porque a real vem das ações humanas, que são cada vez mais ações informadas, ações normatizadas.

Milton Santos (1998) explica que o espaço banal é entendido como sendo o território de todos, contido no limite do trabalho de todas as pessoas,

contrapondo a essa ideia a noção de redes, que é entendida como território de forma e normas a serviço de alguns. Completando a ideia de Milton Santos sobre o território de todos, Faria e Bortolozzi (2016, p. 300) escreveram:

A ele equivaleria o espaço das redes ou de todas as exterioridades determinativas do local. Portanto, há o território usado, de um lado, e o território reticular, de outro. E o que lhes dá existência e, ao mesmo tempo, os integra (ou fragmenta), é a dialética socioespacial (local e global) da técnica e da política.

Para Milton Santos (1998), é importante a discussão sobre o espaço banal, pois existem conflitos entre o espaço local, espaço vivido por todos os vizinhos e o processo global, este último é controlado pelo mundo globalizado (mercado das coisas, da natureza, das ideias, da ciência e informação, e mercado político), que é o mercado universal e dos governos mundiais.

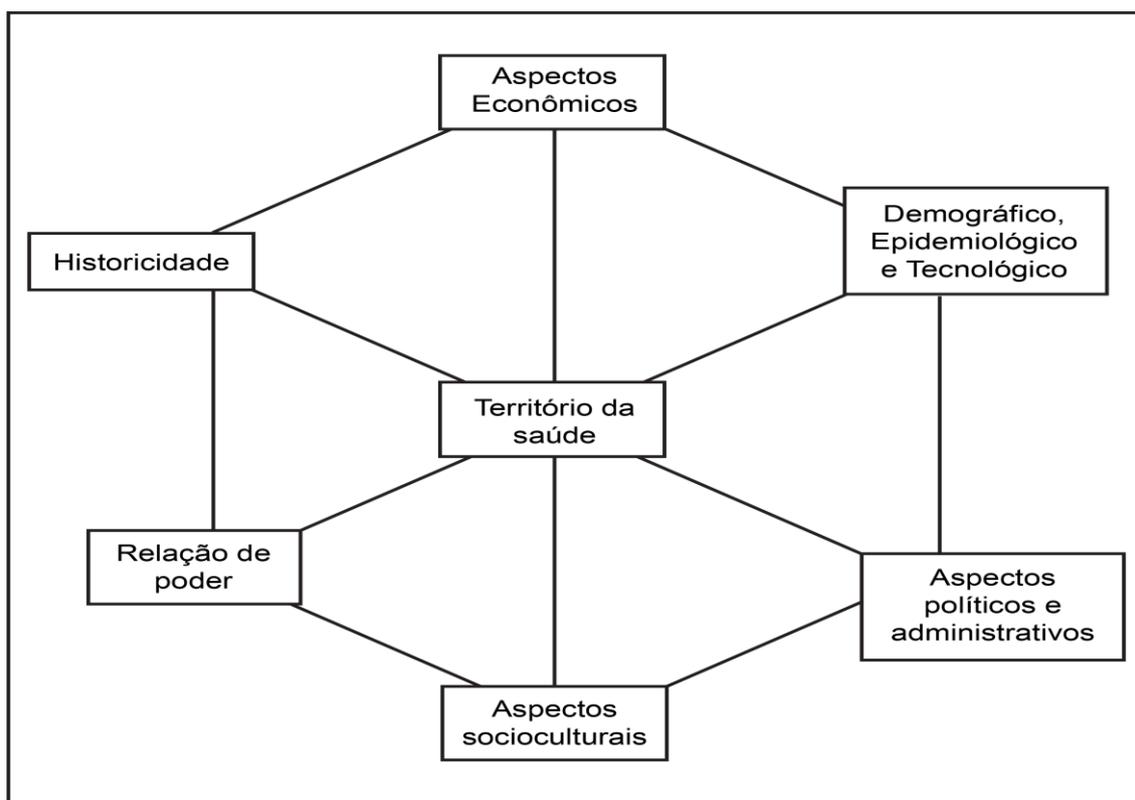
Em análise à obra de Milton Santos, Faria e Bortolozzi (2016) relatam ser importante a questão básica de saber analisar o território usado na perspectiva da integridade e indivisibilidade do espaço e do tempo em acontecimentos sociais de diferentes escalas. Na verdade, o conceito de território usado é uma forma de resolver essa questão. Já para integrar as escalas na discussão sistema objeto-ação, é proposta a ideia de “redes sociotécnicas”. A rede sociotécnica ou rede de tecnologia social envolve toda materialidade e a vida que lhes dão sustentação. No território, elas são fundamentais porque, como dado social e técnico, elas se realizam pelas relações de trabalho. O uso do território, em suma, é a divisão do trabalho entre diferentes territórios.

Bordo e colaboradores (2013), ao interpretar Milton Santos, relatam que o território passa a ser formado no desenrolar dos processos históricos, com a apropriação humana de um conjunto natural pré-existente. No território, é importante destacar que os aspectos políticos, sociais, econômicos, demográficos, poder, epidemiológico e culturais são entrelaçados em virtude do movimento da sociedade no decorrer dos diversos momentos da história humana e do desenvolvimento tecnológico, chegando à conclusão de que a atividade do trabalho que as pessoas realizam é um dos pontos fortes para a compreensão da dinâmica do território.

No ensino do conceito território da saúde, é necessário destacar a importância e a influência dos estudos de Milton Santos nas ações de

planejamento territorial dos serviços de saúde do SUS, principalmente na implantação das redes de atenção e na definição dos limites territoriais de atuação das unidades básicas de saúde, pois a área da saúde apropriou-se do conceito de território, usado para o planejamento das ações em saúde (FARIA; BORTOLOZZI, 2016).

Para a compreensão do ensino do conceito território da saúde, é relevante entender esse conceito como um todo coerente onde objetos e ações encontram-se formando uma unidade, condicionando-se reciprocamente, e em permanente movimento, dadas as contradições que determinam sua existência. Assim concebido, sua construção pressupõe o entendimento do conjunto dos aspectos sócio-políticos, econômicos e culturais que permitem apreendê-lo em sua totalidade. Sendo assim, o conceito território da saúde ocupa o elemento central da rede, conforme exemplificado na figura a seguir.



**Figura 12:** Relação sobre o conceito território da saúde.

**Fonte:** Adaptado de Brunello; Lettiere (2016)

Conforme presente na figura 12, o conceito território da saúde tem uma relação com outros conceitos e tem sido usado pela saúde pública. Neste

sentido, o conceito território da saúde apresenta-se como o núcleo conceitual que permite apreender o território da saúde na totalidade socioespacial do SUS.

Em um ensino davydoviano, considerando o movimento do geral ao particular, o professor deve explorar o conceito território da saúde, tendo em conta outros conceitos, como espaço, território, territorialidade, territorialização, lugar e ambiente, componentes de uma rede conceitual. Uma das primeiras análises são os aspectos econômicos de um território usado, que interfere diretamente na vida da comunidade, pois é estabelecida uma relação entre a população, a atividade econômica, o capital versus trabalho e a cultura local. Em seguida, é importante que o professor busque elementos para demonstrar a estreita relação entre o território e os aspectos demográficos (transição demográfica, ocupação dos espaços urbanos, divisão dos espaços por condições socioeconômicas e culturais etc.), epidemiológico (esse aspecto tem uma importância singular para a compreensão de território da saúde, nele podem ser trabalhadas as questões sobre o processo saúde-doença, nível de adoecimento e saúde de uma população, doenças mais prevalentes na população de um determinado território etc.), político-administrativo (o território é visto como espaço delimitado e controlado pelos governantes), socioculturais (dimensão simbólica, apropriação, relação entre grupo de pessoas no espaço vivido etc.), relação de poder (estabelecer as relações de poder como da união, estado e municípios, destacar o poder familiar que acontece no território domicílio e o poder simbólico etc.) e os processos históricos (considerar os acontecimentos historicizados do território) existentes nos territórios. Ele deve trabalhar esses elementos como se fosse uma teia e, no núcleo, o território da saúde.

Para mediar o processo ensino-aprendizagem do aluno, sobre a formação do conceito território da saúde, o professor dispõe de várias ferramentas para a elaboração de suas aulas, por exemplo uso de imagens, filmes, músicas, contos, visitas a um território da saúde, dentre outros.

Uma das contribuições de Davydov (1988) para o ensino do conceito território da saúde é a ideia defendida por ele de que o ensino precisa ter um caráter investigativo e criativo. Esse deve ser o caráter da atividade de estudo realizada pelo aluno durante a solução de uma tarefa apresentada pelo professor. A organização da atividade do aluno para o estudo de um conceito

ocorre em seis etapas. A formulação dessa atividade pelo professor requer antes a realização de um diagnóstico a respeito do conhecimento e experiências que os alunos já possuem, com alguma relação com o conceito a ser aprendido.

A seguir será apresentada e discutida a proposta davydoviana para a estruturação da tarefa de estudo, buscando articular tal proposta ao ensino do conceito território da saúde.

### **Avaliação diagnóstica para a descoberta do conhecimento real do aluno sobre do conceito território da saúde**

A avaliação diagnóstica tem um papel de destaque no ensino desenvolvimental. Uma de suas finalidades é conhecer melhor o aluno e o seu nível de desenvolvimento real, pois a partir dela que se podem fazer as intervenções pertinentes e de acordo com as necessidades dos alunos. A avaliação diagnóstica aponta o nível de desenvolvimento real do estudante e passa a orientar a intervenção na zona de desenvolvimento proximal para que, depois, possa atingir o desenvolvimento potencial dos alunos (BORGES; RIBEIRO; PONCIANO, 2020).

A avaliação diagnóstica pode ser estruturada a critério do professor. O exemplo em tela foi estruturado em 6 questões com a finalidade de avaliar o nível de conhecimentos que os alunos possuem sobre o conceito território da saúde, são elas:

1. O que é território para você?
2. A sua casa é um território?
3. O que é território escolar?
4. Para você, existe território que promova saúde e outro que provoca doença? Discorra sobre isso.
5. O território interfere no processo saúde-doença? Justifique sua resposta.
6. Crie um desenho que representa o território da saúde.

Após a análise das respostas, o professor chegará a um diagnóstico acerca do que os alunos já conhecem sobre território da saúde, bem como o tipo

de conhecimento que apresentam, quais relações conseguem estabelecer em seu pensamento, envolvendo o conhecimento e a experiência que já possuem.

### **Atividade de Estudo do Conceito Território da Saúde**

Na perspectiva Davydoviana, a tarefa de aprendizagem é muito importante, sendo que a sua principal característica é ter como objetivo e resultado uma mudança no modo de agir do próprio aluno, atuando no seu desenvolvimento (LIBÂNEO; FREITAS, s/d). Para esses autores,

a verdadeira aprendizagem não é adquirir conhecimento, nem mesmo as ações que o aluno realiza na transformação de um material quando está adquirindo um conhecimento (no laboratório, por ex.), mas um processo de mudança interna, de reorganização mental (novas capacidades, novos métodos de ação com conceitos científicos), para o que é indispensável a tarefa de aprendizagem na qual o aluno se envolve pessoalmente (LIBÂNEO; FREITAS, S/D, p. 19 e 20).

Conforme estabelece Davydov, o ensino para a formação do conceito é organizado mediante a elaboração de uma atividade de estudo para os alunos realizarem, sendo que ela tem uma tarefa, ou seja, um objetivo a ser alcançado por meio de determinadas ações que são cumpridas sob determinadas condições. O professor inicia pela apresentação de um problema concreto aos alunos, isso representa uma tarefa a ser solucionada coletivamente por eles. Para a solução, eles devem realizar o movimento de pensamento que vai do abstrato ao concreto, isto é, iniciam a solução apropriando-se de uma relação abstrata e depois partem para a análise de situações concretas. Nesse percurso mental, os alunos farão um caminho semelhante ao já trilhado pelos cientistas na construção do conceito. Nessa perspectiva, apresenta-se a seguir uma atividade de estudo estruturada com o objetivo de que, ao realizá-la, espera-se que os alunos formem o conceito de território da saúde.

#### **Primeira ação: Transformação dos dados da tarefa e identificação da relação universal de território da saúde**

O objetivo desta ação é que os alunos analisem um problema apresentado pelo professor, identifiquem nele dados e informações, entrem em processo mental de busca e investigação e descubram a relação geral que caracteriza o objeto de conhecimento, o conceito território da saúde.

Davydov apontou que é importante notar que esta é uma transformação orientada para o propósito dos dados presentes na tarefa, com o objetivo de encontrar, descobrir e distinguir uma relação totalmente definida de um objeto integral. A busca de relações universais conforma-se ao conteúdo da análise psicológica e manifesta-se em sua função de aprendizagem como momento inicial do processo de formação do conceito. Para o autor, a primeira forma da ação da aprendizagem, baseada na análise mental, na forma objetual-sensorial, é a transformação dos dados da tarefa de aprendizagem (DAVYDOV, 1988).

Nessa ação, os alunos necessitam identificar a abstração inicial do conceito território da saúde. Como os estudantes precisam ter um motivo para se colocarem em uma relação de conhecimento deste objeto, considerou-se como motivo impulsionador o próprio caráter do problema, estar associado ao contexto histórico, social e de saúde contido na situação apresentada.

O objetivo desta ação é que os alunos analisem um problema apresentado pelo professor, identifiquem nele dados e informações, entrem em processo mental de busca e investigação e descubram a relação geral que caracteriza o objeto de conhecimento. O que se espera deles, nessa primeira ação, é que após o exame do problema, considerando investigativamente os dados nele contidos, eles formulem uma abstração inicial, isto é, consigam abstrair a relação mais essencial e básica que se encontra contida no problema e que é constitutiva do núcleo do conceito território da saúde. Essa relação é geral, universal, porque constitui o núcleo do conceito território da saúde. Ela pode ser formulada da seguinte maneira: análise dos processos econômicos, demográfico, epidemiológico e tecnológico, aspectos políticos e administrativo, socioculturais, relação de poder e a historicidade.

O problema apresentado é descrito a seguir na forma de um caso em que o processo saúde-doença de uma família, em que uma pessoa se encontra afetado por filariose e outra por ascaridíase como resultado de questões multifatoriais e intersetoriais que afetam o território onde vive dona Tereza e seus filhos. Além disso, apresentará outros problemas estruturais vivenciados pelos alunos moradores do bairro. Esse problema deve ser apresentado, como atividade de estudo, aos alunos dos cursos de graduação em saúde, no período em que for ofertada a disciplina saúde pública. Uma vez apresentado o problema, espera-se que os estudantes identifiquem as contradições existentes

no território, principalmente os fatores determinantes sociais de saúde e sua relação com o processo saúde-doença.

Primeira operação – Problema: No primeiro dia de aula, na escola municipal professora Joana Sá, no bairro Machado Passos, Patrícia se apresentou, disse ser a professora de geografia, em seguida pediu para que cada aluno se apresentasse, dizendo o nome, local e característica de onde mora, com quem mora e qual o grau de parentesco. Maria foi a primeira a se apresentar, disse que seu nome era Maria Luiza, morava na última rua do bairro, que ainda não tinha asfalto, morava com os pais e dois irmãos mais velhos, em uma casa de alvenaria, com água tratada e esgoto, disse, ainda, que seu pai trabalhava no comércio, em um bairro distante e pegava três ônibus para chegar ao local de trabalho, sua mãe era diarista e o meio de transporte era o ônibus coletivo também. Em seguida, foi a vez de Daniel que disse morar em frente à praça do setor, em uma casa também de alvenaria, com água tratada e esgoto, morava com os pais e uma irmã, sendo o seu pai o presidente da associação de moradores. Ele relatou, também, que a praça em frente à sua casa, no final da tarde, ficava cheia de pessoas fazendo caminhada e atividade física na academia ao ar livre. Já Beatriz, ao se aprestar, disse que morava na parte baixa do setor, na viela 33, em um barracão de madeirite, com a mãe dona Tereza e mais seis irmãos, sendo ela a irmã do meio, relatou que sua irmã mais nova foi diagnosticada com verme (ascaridíase) e sua mãe tem elefantíase (filariose), em sua residência a água era de cisterna e não tinha esgoto, usava fossa. Outra aluna a se apresentar foi Bianca, disse ser evangélica e que morava perto da Unidade Básica de Saúde (essa unidade conta apenas com uma equipe saúde da família, com consultas de enfermagem, médica e atendimento odontológico uma vez por semana), a que ela se referiu de “postinho de saúde”, disse que morava só com os avós, pois seus pais trabalhavam na chácara da família, sua casa era de alvenaria com água tratada e esgoto. Júlio César disse que morava na rua Satélite, com os pais e mais dois irmãos mais novos, em uma casa de alvenaria inacabada, sem esgoto e sem água tratada, usava cisterna e fossa, disse ainda, que está revoltado com as condições de infraestrutura do bairro, pois o prefeito nada tem feito por eles e que os políticos só aparecem em época de campanha. Todos os alunos disseram irem frequentemente à feira livre às quintas-feiras para comer pastel e brincar no Park Game (barracas que oferecem

brinquedos e jogos de games), enquanto seus pais fazem as compras de verduras e hortaliças para a semana. Observação: A praça do setor conta com academia ao ar livre e serve como ponto de apoio aos feirantes nas noites de quinta-feira, a viela 33 fica em uma parte extremamente carente do bairro, que sofre com a falta de infraestrutura e saneamento (água, esgoto, coleta de lixo, condições de moradia precária, falta de asfalto e linha de ônibus, dentre outros), com a pobreza, violência, tráfico de drogas e constantes inundações no período chuvoso. Já a rua Satélite fica próxima a uma grande erosão, é parte nova do setor e boa parte das infraestruturas ainda não chegaram por lá.

As condições dadas pelo professor foram as seguintes: a) A turma deve se organizar em grupos de 4 a 5 alunos no máximo; b) Um aluno fará a leitura do problema que envolve o conceito território da saúde; c) Os alunos em grupos analisarão o problema dado pelo professor; d) Eles deverão fazer as suas anotações sobre o entendimento que tiveram sobre as questões do problema, discutir em grupo e fazer anotações com as impressões do grupo; e) O representante de cada grupo deverá ler a anotação de seu grupo, dizer quais foram as principais ideias observadas sobre as condições de vida e saúde apresentadas no problema. Quais foram as contradições encontradas no território Bairro Machado Passos. Quais são os equipamentos de saúde do bairro e quais foram as conclusões que chegaram a respeito do problema apresentado. Observação: Antes de passar para a segunda operação, o professor pedirá para que os alunos façam relações entre as condições estruturais do território do Bairro Machado Passos e as condições de saúde dos moradores.

A segunda operação consiste na exibição do documentário: Territorialidade – Documentários (Vídeo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Jv-GTW5R1E4>) para os alunos, com o objetivo de apresentar a relação entre território, identidade e pertencimento; observar o território como um espaço geográfico no sentido usado; apresentar as contradições existentes nos/entre territórios.

As condições oferecidas aos alunos são: a) O professor deverá projetar o vídeo para eles assistirem; b) O aluno deverá assistir o vídeo com atenção e anotar os pontos que julgar importantes, fazendo relações com a composição e os aspectos do território da saúde: aspectos econômicos, demográfico, epidemiológico e tecnológico, aspectos políticos, administrativo e socioculturais,

relação de poder e a historicidade. c) Relacionar o conteúdo tratado no vídeo com as questões levantadas pelo professor na operação anterior, dadas no problema; d) O grupo deverá anotar a síntese das relações existentes e percebidas.

A terceira operação consiste na leitura do artigo “As diferentes abordagens do conceito de território”. As condições dadas aos alunos são: a) Fazer a leitura do texto individual e a discussão realizada em grupo; b) Retomar o problema da formação do conceito acerca do objeto em estudo; c) Relacionar o conteúdo do documentário com o do artigo e as condições identificadas no problema dado pelo professor; d) Apontar as características gerais e universais sobre o conceito território da saúde.

Para a avaliação da aprendizagem, o professor deverá promover uma discussão coletiva durante as apresentações dos grupos, cuja finalidade é identificar os pontos certos e os erros na linha de pensamento. Em seguida, discutir os erros para prosseguir para a próxima etapa. Ao identificar o erro, o professor deverá proporcionar reflexões até extinguir as dúvidas.

Os alunos deverão compreender a relação universal do conceito território da saúde, base desse conceito, a saber: aspectos econômicos, demográfico, epidemiológico e tecnológico, aspectos políticos, administrativo e socioculturais, relação de poder, historicidade e riscos, e sua relação com o processo saúde-doença.

### **Segunda ação: Modelação da relação encontrada em forma objetivada, gráfica e/ou literal**

Para Davydov (1988), a modelação da relação universal pode ser realizada em forma de objetos construídos para representá-la, como gráficos, desenhos, ou na forma escrita. O modelo da relação universal é importante no processo de formação do conceito teórico e generalização dos procedimentos de ação. O autor alerta, entretanto, que não se trata de uma representação qualquer e sim aquela que, de fato, expresse a relação universal do objeto e permita sua análise.

O conteúdo do modelo da relação universal estabelece as características internas do objeto e, como um produto psíquico da análise realizada pelo aluno,

o próprio modelo pode se tornar um meio especial de atividade mental do aluno (DAVYDOVY, 1988).

Propõe-se nesta ação que os alunos criem o modelo do conceito território da saúde na forma de desenho gráfico. As condições dadas são:

a) Com base no documentário Territorialidade – Documentários (Vídeo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Jv-GTW5R1E4>) e no artigo “As diferentes abordagens do conceito de território”, cada grupo deverá criar o seu modelo representativo na forma de desenho em trabalho colaborativo e construído em consenso;

b) Um membro de cada grupo apresentará e descreverá de forma argumentativa o modelo, explicando para os demais grupos qual foi o caminho mental (ações mentais) percorrido na construção do modelo, quais associações fizeram, que conexões buscaram representar etc.;

c) Ao final de cada apresentação, os grupos que estiverem assistindo poderão sugerir mudanças no modelo apresentado. Ao final de todas as apresentações, os grupos deverão eleger um dos modelos como aquele que representa de forma fiel a relação universal do território da saúde.

Para avaliar a aprendizagem, o professor solicitará aos alunos que reflitam sobre o método de pensamento que estão utilizando, as ações e conexões mentais que estão criando para a análise e compreensão do território da saúde. Os alunos necessitam expressar de forma consciente e clara que dificuldades estão encontrando para cumprir as ações propostas, se consideram que estão atingindo o objetivo proposto pelo professor, se necessitam retomar o percurso inicial etc.

### **Terceira ação: Transformação do modelo para estudar suas propriedades de forma aprofundada**

A ação de aprendizagem consiste na transformação do modelo para estudar os atributos da relação universal do objeto. Essa relação pode parecer estar "oculta" no problema concreto que constitui a tarefa posta aos alunos, pois as características específicas do contexto concreto, as contradições aí presentes, a singularidade do problema apresentado a eles, especificidades da situação e do contexto, podem dificultar a visão aprofundada das propriedades

da relação universal. No modelo, essa relação aparece de uma forma que pode ser considerada "forma pura", isto é, sem os traços próprios do contexto concreto e, portanto, como conteúdo abstrato, geral, e não próprio de um único contexto. A ação de transformação e reconstrução do modelo visa possibilitar aos alunos que analisem-no, porém buscando superar a situação presente e concreta, indo além dela a fim de destacar sua universalidade. O trabalho com o modelo, sua modificação e reconstrução é o processo pelo qual se estudam as propriedades da abstração substantiva da relação universal (DAVYDOVY, 1988). Para isso, o professor apresenta aos alunos uma situação que pode ser explicada pelo modelo que eles construíram, entretanto, desta vez, introduz propositalmente um erro na relação geral, que provoca uma transformação a ponto de descaracterizá-la, fazendo que não seja mais representativa do objeto.

Com essa intenção, o professor apresentará aos alunos a seguinte situação: “A equipe de saúde da ESF Bairro Machado Passos, ao realizar o cadastramento das famílias que residem no território sob sua responsabilidade, deixou de cadastrar uma microárea (coincide com a viela 33), por não ter cobertura de Agente Comunitário de Saúde – ACS responsável por essa microárea, porque está aguardando a realização de concurso público, sem ter previsão para ser realizado. A falta do cadastramento das famílias moradoras da viela 33 não vai interferir nas ações de saúde daquelas pessoas. Nesse bairro, as famílias sofrem com o impacto da política econômica, como a falta de emprego e a pobreza, os problemas estruturais como falta de asfalto, saneamento, linha de ônibus e presença de erosões. Neste território, existem disparidades socioculturais e as desigualdades sociais são significativas. Além disso, foram “esquecidos pela administração pública municipal”. Ao final, o professor deve fazer a seguinte pergunta: existe algo de errado nesse caso?

A contradição/erro no caso acima, esperada que o aluno descubra é a seguinte: A falta do cadastramento das famílias moradoras da viela 33 não vai interferir nas ações de saúde daquelas pessoas. Para a correção do erro, é necessária a retomada dos fatores de interferência no processo saúde-doença, são eles: aspectos econômicos, demográfico, epidemiológico e tecnológico, aspectos políticos, administrativo e socioculturais, relação de poder, a historicidade e os riscos. Observação: no final da segunda aula, o professor

deverá pedir para os alunos lerem o texto “O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização”, e pesquisar as figuras.

As condições dadas aos alunos são: a) Nesta etapa é necessário que o aluno tenha feito uma leitura de um texto (tarefa para casa): “O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização”; b) Ele deverá anotar, de forma individual, os principais fatores que contribuíram para o entendimento do conceito território da saúde, encontrados na leitura feita em casa; c) Cada grupo de aluno deverá trazer figuras que eles acreditam ser referentes ao território da saúde; d) Os alunos, ainda em grupo, procederão à análise das figuras que trouxeram e às figuras e a um mapa conceitual apresentados pelo professor (Anexo A) para averiguar possíveis erros na formação do modelo; e) Ao final da aula, cada representante dos grupos apresentará as percepções sobre a atividade, e os componentes do grupo responderão a pergunta do caso hipotético de acordo com as observações de seu grupo.

Na sexta operação os alunos devem assistir o vídeo “O uso da categoria território na saúde” (Vídeo disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video/o-uso-da-categoria-territorio-na-saude>). As condições dadas aos alunos são: a) Os alunos deverão identificar a apropriação do conceito território pelo setor saúde, extraíndo a relação geral do conceito território da saúde; b) Eles ficaram livres para falar sobre as percepções do vídeo.

Na avaliação da aprendizagem, o professor analisará se os alunos conseguiram identificar e elencar as contradições existentes no território da saúde, dadas nos problemas e no vídeo. É relevante observar as dificuldades que possam ser apresentadas pelos alunos no decorrer da realização das operações. Nesse momento específico, o professor os ajudará a solucionar erros identificados por eles na operação apresentada.

#### **Quarta Ação: Construção de um sistema de tarefas particulares que podem ser resolvidas por um procedimento geral**

Essa ação permite que os alunos completem a tarefa inicial proposta, a descoberta da relação universal e sua utilização para resolver problemas particulares envolvendo o objeto de aprendizagem. Assim, uma vez que eles

descobriram a relação geral, criaram seu modelo e aprofundaram a sua compreensão do modelo, agora precisam passar a utilizar o modelo da relação universal para analisar e resolver diversos outros problemas, situações ou casos específicos, particulares, como uma variante do primeiro problema analisado. Nesta ação, vários problemas específicos podem ser resolvidos por um único procedimento geral de pensamento e análise, formado durante a execução das ações anteriores. Na solução de tarefas específicas, a eficácia do procedimento geral, ou seja, o modelo geral de procedimento mental para análise e compreensão do objeto, será a base para resolver situações variantes e diversificadas (DAVYDOVY, 1988).

Desse modo, o que se propõe aqui é que os alunos analisem e resolvam dois casos:

1. Renato mora em uma casa ao lado de um terreno, onde observa acúmulo de lixo, presença de insetos e roedores. Esses fatores preocupam Renato, porém há uma preocupação ainda maior, a chegada do período chuvoso que se aproxima. Após o professor apresentar o primeiro problema, ele deverá solicitar aos alunos, que reflitam, em grupo, sobre os problemas enfrentados e respondam como essas situações poderiam ser evitadas. Os problemas enfrentados por Renato e sua família não são uma realidade isolada nem um problema novo, pois as questões socioeconômicas são construídas historicamente, deixando as pessoas com menores recursos financeiros vivendo em condições precárias, o que aumenta e reafirma a desigualdade social, levando as pessoas mais vulneráveis a adquirirem doenças e outros agravos, por apresentarem um nível de saúde inferior. Tais situações poderiam ser evitadas caso houvesse investimento por parte do poder público.

2. Daniel mora em frente à praça do bairro Machado Passos, que tem academia ao ar livre, serve como ponto para os feirantes toda quinta-feira à noite. Nos demais dias da semana, em que a praça fica sem os feirantes, os moradores, incluindo Daniel, têm sofrido com a ocupação desta por usuários de drogas, consumo de bebidas alcoólicas, prostituição, carros dando “cavalo de pau” (manobras radicais), deterioração do patrimônio público e aumento da violência no local. Após o professor apresentar o segundo problema, ele solicitará que os alunos em grupo reflitam sobre a questão a seguir: O território é dinâmico e cheio

de diversos acontecimentos, é o lugar em que as coisas acontecem, atribuindo ao território o sentido vivo, marcado pelos acontecimentos socioculturais, pelos costumes locais, pelo perfil epidemiológico, dentre outros. Concluindo que as condições de saúde de uma população estão diretamente relacionadas aos acontecimentos historicamente construídos no território.

As condições dadas são a de que o professor solicitará a um aluno que leia os problemas e em seguida destinará um certo tempo para os estudantes fazerem as reflexões mentais solicitadas e apresentarem algumas conclusões.

Na avaliação da aprendizagem, o professor deverá observar se os alunos conseguiram resolver os problemas com o procedimento geral.

#### **Quinta Ação: Monitoramento da realização das ações anteriores**

Para Davydov (1988, p. 176) “o monitoramento então assegura a plenitude na composição operacional das ações e a forma correta de sua execução”. O monitoramento acontecerá de forma contínua em cada ação desenvolvida através das avaliações realizadas pelo professor durante as aulas.

#### **Sexta Ação: Avaliação da assimilação do procedimento geral como resultado da solução da tarefa de aprendizagem dada**

Para Davydov (1988), a ação de avaliação pode determinar se o procedimento geral para resolver a tarefa de aprendizagem foi assimilado, se o resultado da ação de aprendizagem foi correspondente e em que medida é consistente com o objetivo final. Desse modo, a avaliação não é mais uma simples observação desses momentos, mas um teste qualitativo substantivo dos resultados da assimilação e do confronto com o propósito. É a avaliação que "diz" aos alunos se eles concluíram uma tarefa de aprendizagem. Para realizar ações da avaliação, os alunos devem focar no conteúdo da própria ação e ao exame de seu fundamento a partir do ângulo correspondente aos resultados exigidos pela tarefa. Este tipo de exame, feito por eles, com base no seu próprio comportamento, denominado reflexão, é uma condição necessária para a

correta construção e modificação desses comportamentos. A reflexão é uma qualidade básica da consciência humana, que torna possível a realização da atividade de estudo e seus componentes.

Essa ação tem como objetivo analisar se os alunos formaram o conceito território da saúde, isto é, se houve apropriação de um procedimento de pensamento que permita a eles transitarem do aspecto mais geral aos mais particulares do território da saúde, fazendo o trânsito do abstrato ao concreto e deste novamente ao abstrato, e assim por diante.

As condições dadas aos alunos são: a) O professor avaliará como foi a participação e desempenho dos alunos nas atividades de estudos; b) Ele realizará, em sala de aula, avaliação escrita com questões formuladas a partir da apresentação do vídeo (Territorialização na Atenção Básica – 1. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NCgOYeCCLPY>), na forma individual com o aluno; c) Os alunos deverão estabelecer relações com o problema dado na primeira operação, com o documentário e com último vídeo (Territorialização na Atenção Básica – 1). Ao estabelecer essas relações, espera-se que os alunos tenham se apropriado do conceito território da saúde, atribuído a importância do mesmo no processo saúde-doença. A relação do território da saúde e o processo saúde-doença servirá como indício de que o aluno formou o conceito.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O SUS configura-se como uma política pública de saúde das mais importantes para o Brasil e para a sua população por se tratar dos benefícios que ela proporciona, tanto para a saúde pública, quanto para as subáreas e outros setores da sociedade. Na saúde pública, destaca-se a Estratégia Saúde da Família como um modelo de atenção à saúde comunitária por estar inserida no território sob sua responsabilidade, é nesse espaço onde as coisas acontecem de forma dinâmica, atribuído a ele o sentido vivo, vivido, o território usado. Diante disso, pôde-se observar que o território da saúde ocupa uma centralidade nas políticas de saúde, principalmente, as relacionadas à Atenção Primária à Saúde.

Esta tese pretendeu responder as seguintes questões: Como o ensino do conceito território da saúde pode ser organizado a partir do aporte da teoria do ensino desenvolvimental de Davydov ?; Como inserir o aluno de um curso de graduação na área da saúde no movimento investigativo do conceito território da saúde, utilizando o método de ascensão do pensamento do abstrato ao concreto?; Que contribuições podem ser destacadas do aporte teórico de Davydov para o ensino do conceito território da saúde?.

O objetivo geral foi o de analisar o aporte da teoria de Davydov, apontando suas contribuições para conferir um caráter dialético ao ensino do conceito território da saúde em cursos de graduação da área da saúde. Já os objetivos específicos foram os de discutir a forma de organização do ensino do conceito território da saúde a partir dos princípios da teoria do ensino desenvolvimental de Davydov; caracterizar a atividade de estudo do conceito território da saúde pelo aluno de cursos de graduação na área da saúde como um movimento investigativo, utilizando o método de ascensão do pensamento do abstrato ao concreto; destacar as contribuições da teoria de Davydov para o ensino do conceito território da saúde.

O ensino de graduação na área da saúde tem se apresentado como um desafio permanente para a educação no Brasil, principalmente, no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva, transformadora, de atitudes e que promova reflexões acerca dos bons hábitos de vida e reflexões acerca dos profissionais. Para isso, é necessário que a formação dos profissionais de saúde caminhe em direção às perspectivas que contribuam para o desenvolvimento integral desses, por meio de uma formação que vincule capacidades técnicas e sociopolíticas diferenciadas, aos objetivos humanizados de atenção à saúde da população. Para que isso aconteça, esse tipo de formação precisa primeiro humanizar os próprios profissionais a fim de promover desenvolvimento que amplia a sua capacidade e sensibilidade para lidar com os processos saúde-doença e com a sociedade.

O ensino do conceito território da saúde, apresentando toda a sua complexidade existente, deve ser um dos principais objetivos na formação de profissionais de graduação na área da saúde, devendo ser ensinado, primordialmente, na disciplina de saúde, pois é através do conhecimento do território de atuação que o processo de territorialização em saúde acontece de

forma mais efetiva, permitindo, assim, uma assistência mais adequada e, sobretudo, mais justa, envolvendo, de fato, os problemas reais encontrados no território usado e de responsabilidade da equipe saúde da família.

Na atualidade, tem sido predominante na formação de profissionais de saúde a utilização de certas metodologias ativas de caráter pragmático, quando não o método tradicional de ensino, o que representa grande limitação à promoção de um pensamento teórico-dialético ao futuro profissional de saúde., O cenário social e da saúde, atual, requer profissionais que não apenas saibam utilizar o conceito território da saúde, mas, em especial, façam-no de forma teórico-dialética, em consonância com o caráter dialético deste conceito. O processo de ensino-aprendizagem fundamentado na teoria de Davydov pode contribuir para que os futuros profissionais adquiram o método de pensamento fundamental a fim de desenvolver suas capacidades gerais para lidar com esse conceito, o pensamento teórico-dialético.

O ensino desenvolvimental na concepção de Davydov mostra-se potente para formação do conceito território da saúde ao oportunizar aos futuros profissionais o desenvolvimento do pensamento teórico-dialético. É o que se buscou demonstrar nessa tese. Para isso, o conceito território da saúde deve ser ensinado conforme o método de pensamento do abstrato ao concreto, com sua organização por meio da atividade de estudo e com o objetivo de formação desse conceito como um conceito teórico. O ensino do conceito território da saúde, orientado por princípios pedagógicos e didáticos da teoria do ensino desenvolvimental de Davydov, contribui para avançar na formação de futuros profissionais de saúde para que atuem com o conceito território da saúde como uma ferramenta intelectual e prática que permite realizar o cuidado à saúde de forma mais justa e democrática.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R. B.; CARMO, F. M. Dialética entre objetivação e apropriação no desenvolvimento das funções psíquicas superiores. **Revista Eletrônica Arma da Crítica** n.11/maio 2019. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49045/1/2019\\_art\\_rbalvesfmcarmo.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49045/1/2019_art_rbalvesfmcarmo.pdf). Acesso em: 01 mai. 2021.

ALBUQUERQUE, Bruno Pinto. **As relações entre o homem e a natureza e a crise sócio-ambiental**. Rio de Janeiro, RJ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2007.

ANTONIO, Rosa Maria. **Teoria Histórico-Cultural e Pedagogia Histórico-Crítica: o desafio do método dialético na didática**. Maringá, 2008. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2290-6.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

ARAÚJO, Maria do Socorro Sousa. Pobreza e Territórios (De Pobreza): configurações a partir da Política de Assistência Social. **Revista de Políticas Públicas**. 2018. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br>. Acesso em: 22 abr.2021.

AQUINO, Orlando Fernández. O Experimento Didático-Formativo: Contribuições para a Pesquisa em Didática Desenvolvimental. In.: **Didática e Prática de Ensino na relação com a Formação de Professores**. Organizadores Isabel Maria Sabino de Farias [et al.] – Fortaleza: CE: EdUECE, Livro2, 2015. (recurso digital) (Coleção Práticas Educativas).

ARRETCHE, M; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3): 455-479, 2002.

ASBAHR, Flávia da Silva Ferreira. **Atividade de estudo como guia do desenvolvimento da criança em idade escolar: contribuições ao currículo de Ensino Fundamental**. [S/D]. Disponível em: <http://ead.bauru.sp.gov.br/efront/www/content/lessons/78/6.%20Atividade%20de%20Estudo%20-%20ASBAHR.pdf>. Acesso em: 05 jun.2021.

ASSIS, Jaqueline Tavares, et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-113, out., 2014.

ASSIS, Aline Mota de Mesquita. Formação do conceito de transformação linear de acordo com os pressupostos de Davydov. **Educ. Matem. Pesq.**, São Paulo, v.21, n.3, pp. 438-463, 2019.

- AZEVEDO, M. O.; OLANDA, E. R. O ensino do lugar: reflexões sobre o conceito de lugar na Geografia. **Ateliê Geográfico** - Goiânia-GO, v. 13, n. 3, dez/2018, p. 136 – 156.
- BAHIA, S. H. A.; HADDAD, A. E.; BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Ensino na Saúde como objeto de pesquisa na pós-graduação stricto sensu: análise do Pró-Ensino na Saúde. **Interface comunicação, saúde e educação**. 2018; 22(Supl. 1):1425-42.
- BARROS, Fernando Passos Cupertino; SOUSA, Maria Fátima. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016.
- BATISTELLA, C. A. R. **Física no ensino médio: ensino-aprendizagem do conceito calor na concepção da teoria de Davydov com contribuições de Hedegaard/ Carmes Ana da Rosa Batistella**. 2020. 253 f.
- BERNARDES, Adriana *et al.* O papel ativo da geografia: um manifesto. Biblio 3W. **Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales**. Universidad de Barcelona. Nº 270, 24 de enero de 2001. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-270.htm>. Acesso em: 05 out.2021.
- BERNARDES, Maria Eliza Mattosinho. O Método de Investigação na Psicologia Histórico-Cultural e a Pesquisa sobre o Psiquismo Humano. **Psicologia Política**. vol. 10. nº 20. pp. 297-313. Jul. – Dez. 2010.
- BERNARDES, A. G. Território e acesso: questões sobre as políticas de saúde brasileiras. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá (Colombia). Vol. 35(2), pp. 339-349, 2017.
- BERNARDES, A. G.; NUNES, J. A. Território e Sistemas Vitais na Saúde. **Rev. Polis e Psique**, 2018; 8(2): 46 – 66.
- BEZERRA, Y. R. N; FEITOSA, M. Z. S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(3):813-822, 2018.
- BIRZNEK, F. C.; HIGA, I. A. **interação social em Paulo Freire e Vygotsky como referencial teórico na reflexão sobre as interações discursivas na aprendizagem de Física. XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – XI ENPEC**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC – 3 a 6 de julho de 2017. Disponível em: <http://www.abrapecnet.org.br/enpec/xi-enpec/anais/resumos/R1944-1.pdf>. Acesso em: 01 fev.2021.
- BOMFIM, M. I.; GOULART, V. M. P.; OLIVEIRA, L. Z. Teacher education in health: assessment, issues and tensions. **Interface (Botucatu)**. 2014; 18(51):749-58.

BORDO, A. A.; SILVA, C. H. P.; NUNES, M.; BARBOSA, T.; MIRALHA, W. **AS Diferentes abordagens do conceito de território**. 2013. Disponível em: <https://gpect.files.wordpress.com/2013/11/as-diferentes-abordagens-do-conceito-de-territc3b3rio.pdf>. Acesso em: 17 jun.2021.

BORGES, M. C.; RIBEIRO, B. O. L.; PONCIANO, L. E. O ensino desenvolvimental e a intervenção pedagógica na visão sócio-histórica – o PDI como instrumento mediador. **Obutchénie: R. de Didat. e Psic. Pedag.** Uberlândia, MG. v.4, n.3, p.735-757. set./dez. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 14 abr.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS Doutrinas e Princípios**. Brasília-DF, 1990b. Disponível em: [https://farmacia.alegre.ufes.br/sites/farmacia.alegre.ufes.br/files/field/anexo/abc\\_do\\_sus\\_-\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](https://farmacia.alegre.ufes.br/sites/farmacia.alegre.ufes.br/files/field/anexo/abc_do_sus_-_doutrinas_e_principios.pdf). Acesso em: 03 abr.2021.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 16 mar.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acesso em: 22 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. (Documento para discussão) Brasília-DF, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf). Acesso em: 23 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2006. 60p. v. 4. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf). Acesso em: 23 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à

Gestão Descentralizada. Brasília/DF, 2006. 76 p. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/livro.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_aprender\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf). Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Acesso em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em: 30 nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em:30 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf). Acesso em:30 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.** SAS – Brasília/DF – Jan./2013b. Editora MS/CGDI/SAA. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede\\_cuidado\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cuidado_pessoa_com_deficiencia.pdf). Acesso em:30 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 160 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Brasília-DF, 2014b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 01 out. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Brasília: CONASS, 2015. 400 p. (CONASS Documenta, 28). Disponível em: [https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass\\_Documenta\\_28.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf). Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html#CAPITULOI](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULOI). Acesso em: 25 set. 2021.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 23 mai.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fast-Track para a atenção primária em locais com transmissão comunitária: fluxo rápido**. Brasília-DF, 2020: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/20200407-BOLSO-ver07.pdf>. Acesso em: 28 abr.2021.

BRASIL, Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020**. Brasília-DF, 2020. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm). Acesso em: 17 jun.2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução Nº 3, de 21 de junho de 2021**. Brasília – DF, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-21-de-junho-de-2021-327321299>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Saúde Mais Perto de Você**. Brasília – DF. 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpraselementos>. Acesso em: 24 set. 2021.

BRITO, M. A. C.; ZANATTA, B. A. **Mediação Didática e Tecnologias da Comunicação e Informação**. 2018. Disponível em: [http://sites.pucgoias.edu.br/pos-graduacao/mestrado-doutorado-educacao/wp-content/uploads/sites/61/2018/05/Maria-Aparecida-Candine-de-Brito\\_-Beatriz-Aparecida-Zanatta.pdf](http://sites.pucgoias.edu.br/pos-graduacao/mestrado-doutorado-educacao/wp-content/uploads/sites/61/2018/05/Maria-Aparecida-Candine-de-Brito_-Beatriz-Aparecida-Zanatta.pdf). Acesso em: 15 jul. 2021.

BRUNELLO, M. E. F.; LETTIERE, A. **O território na saúde**: conceitos, organização e atenção primária. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto - SP. Abril/2016.

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde Sérgio Arouca. **Reforma sanitária**. [S/D]. Disponível em: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/reforma-sanitaria/>. Acesso em: 07 set. 2021.

CAPPELLARI, A.; COUTO, C.; HILLESHEIM, B. Entre o Cuidado Integral à Saúde e a Fixação ao Território: O Caso dos Usuários Nômades em uma Estratégia de Saúde da Família. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 2, p. 65-74, 2015.

CAVALCANTI, Lana de Souza. **O ensino de geografia na escola**. Campinas, SP: Papyrus, 2012. – Coleção Magistério: Formação e trabalho Pedagógico.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38.

CEDRO, W. E.; MORAES, S. P. G.; ROSA, J. E. A atividade de ensino e o desenvolvimento do pensamento teórico em matemática. **Ciência & Educação**, v. 16, n. 2, p. 427-445, 2010.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadoras: Claudia Flemming Colussi; Kátiuscia Graziela Pereira. - Florianópolis: UFSC, 2016.

CONILL, Eleonor Minho. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(4):963-971, out-dez, 2000.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SAÚDE. Histórias das Conferências de Saúde. In.: **14ª CNS (2011) - Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública**, Patrimônio do Povo Brasileiro. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html#:~:text=Convocadas%20pelo%20Poder%20Executivo%20ou,nos%20tr%C3%AAs%20n%C3%ADveis%20de%20gest%C3%A3o>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília-DF, 1996. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 22 mai.2021.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA, M. L.; BEZERRA, I. C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, Out-Dez 2014.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. **Sistema Único de Saúde: Princípios**. Tema 12 – Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/texto-sistema-unico-de-saude-principios.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

DALA SANTA, Fernando; BARONI, Vivian. As raízes marxistas do pensamento de Vigotski: contribuições teóricas para a psicologia histórico-cultural. **Kínesis**, Vol. VI. nº 12, Dezembro 2014, p.1-16.

DAVYDOV, Vasilij Vasilievic. **O Problema da Generalização e do Conceito na Teoria de Vygotsky**. 1997. Tradução do italiano por José Carlos Libâneo do texto “Il problema della generalizzazione e del concetto nella teoria di Vygotsky”. *Studi di Psicologia dell’Educazione*, vol. 1,2,3. Armando, Roma, 1997.

DAVYDOV, Vasilii Vasil'evich (1998). The Concept of Developmental Teaching, **Journal of Russian & East European Psychology**, 36:4, 11-36.

DAVYDOV, V. V. **Problemas do Ensino Desenvolvimental: A Experiência da Pesquisa Teórica e Experimental na Psicologia**. Prefácio. Moscou, Editorial Progreso, 1988. Versão traduzida.

DAVYDOV, V. V. (2017). Análise dos princípios didáticos da escola tradicional e dos possíveis princípios do ensino em um futuro próximo. (211-223, livro I). (Trad. Rosa, J. E. & Damazio, A.). In Longarezi, A. M., Puentes, R. V. (orgs), **Ensino desenvolvimental: antologia**. Uberlândia: Edefu.

DIAS, M. S.L.; KAFROUNI, R.; BALTAZAR, C. S.; STOCKI, J. A formação dos conceitos em Vigotski: replicando um experimento. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP. Volume 18, Número 3, Setembro/Dezembro de 2014: 493-500.

DOS ANJOS, Ricardo Eleutério. **Processos Psicológicos Básicos**. 2021. Disponível em: <https://www.udemy.com/cart/success/488690866/>. Acesso em: 20 mai.2021.

DUARTE, Newton. Formação do Indivíduo, Consciência e Alienação: O Ser Humano na Psicologia de A. N. Leontiev. **Cad. Cedes**, Campinas, vol. 24, n. 62, p. 44-63, abril 2004.

DUNLOP, C.; HOWE, A.; LI, D.; ALLEN, L.N. **The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response**. BJGP

Open 2020; 4 (1): bjpgopen20X101041. Available from:  
<https://doi.org/10.3399/bjpgopen20X101041>. Access em: 24 abr.2021.

ELKONIN, D. B. Antologia. *In*: SHUARE, M. (Org.) **La psicologia evolutiva e pedagógica en la URSS**. Moscou: Progresso, 1987. p. 104-124.

ENGELS, Friedrich, 1820-1895. **A Didática da Natureza**; prólogo de J. B. S. Haldane. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979. 3ª ed. 240 p. 21 cm (Pensamento crítico, v. 8).

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **R. RA'E GA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Território e Saúde na Geografia de Milton Santos: Teoria e Método para o Planejamento Territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Ra'e Ga** – Curitiba, v. 38, p.291 - 320, Dez/2016.

FARIA, Rivaldo Mauro. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(11):4521-4530, 2020.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FIGUEIREDO, Nice. Da importância dos artigos de revisão da literatura. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, São Paulo, v. 23, n. 1/4, p. 131-135, jan./dez. 1990. Disponível em:  
[https://brapci.inf.br/\\_repositorio/2011/09/pdf\\_6245ece57c\\_0018790.pdf](https://brapci.inf.br/_repositorio/2011/09/pdf_6245ece57c_0018790.pdf). Acesso em: 02 ago.2021.

FIGUEIREDO, Adma Hamam. **Formação territorial**. Capítulo 1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. [S/D]. Disponível em:  
[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97884\\_cap1.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97884_cap1.pdf). Acesso em: 13 out. 2021.

FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L.; KONDER, M.; POLLOCK, A. M. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(8):e00034716, ago, 2016.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Introdução**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2009. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Reforma sanitária**. [S/D]a. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 07 set.2021.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Sergio Arouca** [S/D]b. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sergio-arouca>. Acesso em: 07 set. 2021.

FONSECA–JANES, C. R. X.; LIMA, E. A. O processo de formação de conceitos na perspectiva vigotskiana. **Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 22, n. 39, p. 195-204, jan./jun. 2013.

FUINI, Lucas Labigalini. A abordagem sobre o território em autores da geografia brasileira: mutações de um conceito. **GEOgraphia**, vol. 20, n. 42, 2018: jan./abr.

FREITAS, R. A. M. M. **APRENDIZAGEM E FORMAÇÃO DE CONCEITOS NA TEORIA DE VASILY DAVYDOV**. Programa de Pós-Graduação em Educação da PUC Goiás. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, GO. 2009.

FREITAS, Raquel Aparecida Marra da Madeira. Ensino por problemas: uma abordagem para o desenvolvimento do aluno. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 403-418, abr./jun. 2012.

FREITAS, R. A. M. M. Formação de conceitos na aprendizagem escolar e atividade de estudo como forma básica para a organização do ensino. **Educativa**, Goiânia, v. 19, n. 2, p. 388-418, maio/ago. 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**. Capitulo-16.pmd. 2009, p. 575-626. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO\\_PRIMARIA\\_A\\_SAUDE\\_ESF\\_Giovanella\\_L\\_Mendonca\\_MH.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf). Acesso em: 20 mai.2021.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antônio Carlos Gil. - 6. ed. – 6ª impressão. São Paulo: Atlas, 2014.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS L.I; BARCELLOS C.; PEITER P. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e territorialização. In: Miranda, A. C., Barcellos, C., Moreira, J.C., Monken, M. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 183-203.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: s.n., 2011. 256 f.

GONDIM, G; MONKEN, M. O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In: **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. MENDONÇA, MHM et al (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

GRAJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTESC, P. A. C.; FRACOLLID, L. A. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.34, n.1, p.72-86. jan./mar. 2010.

HAESBAERT, R. (2004). Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. In **Anais do I Seminário Nacional sobre Múltiplas Territorialidades**. Porto

Alegre: Programa de Pós-graduação em Geografia da UFRGS. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>. Acessado em: 16 fev. 2021.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade/** Rogério Haesbaert. – 8ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014. 396p.

HORA, Dinair Leal; SOUZA, Claudia Teresa Vieira. Ensino na saúde: propostas e práticas para a formação acadêmico-pedagógica de docentes. **RECIIS – Rev Eletrônica de Comun Inf Inov Saúde**. 2015 out.-dez.; 9(4).

LAZARETTI, Lucinéia Maria. **D. B. Elkonin: vida e obra de um autor da psicologia histórico-cultural**. São Paulo: Editora Unesp, 2011. ISBN 9788539301881 Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/113668>. Acesso em: 25 jul. 2021.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.

LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; SILVA, Valéria Garcia. A relação entre aprendizagem e desenvolvimento na compreensão de professores do Ensino Fundamental. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP. Volume 17, Número 2, Julho/Dezembro de 2013: 309-317.

LIBÂNEO, José Carlos. A didática e a aprendizagem do pensar e do aprender: a teoria histórico-cultural da atividade e a contribuição de Vasili Davydov. **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2004, n.27, pp.5-24. ISSN 1809-449X.

LIBÂNEO, J. C. Didática e Trabalho Docente: a mediação didática do professor nas aulas. In: LIBÂNEO, J. C.; SUANNO, M.V.R.; LIMONTA, S. V. **Concepções e prática de ensino num mundo em mudança: diferentes olhares para a didática**. Goiânia: CEPED/Editora PUC goiás, 2011.

LIBÂNEO, J. C.; FREITAS, R. A. M. M. Vasily Vasilyevich Davydov: A escola e a formação do pensamento teórico-científico. In.: **Ensino desenvolvimental: vida, pensamento e obra dos principais representantes russos/** Andréa Maturano Longarezi, Roberto Valdés Puentes, organizadores Uberlândia, MG: Edufu, 2013.

LIBÂNEO, J. C.; FREITAS, R. A. M. M. Abstração, generalização e formação de conceito no processo ensino e aprendizagem. Capítulo 5. In.: **Ensino desenvolvimental: Sistema Elkonin-Davídov-Repkin/** Roberto Valdés Puentes, Andréa Maturano Longarezi (organizadores). – Campinas, SP: Mercado de Letras; Uberlândia, MG: Edufu, 2019.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R.C.T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál. Florianópolis**. v. 10 n. esp. p. 37-45 2007.

LIMA, Samuel do Carmo. **Território e Promoção da Saúde**: Perspectiva para a Atenção Primária à Saúde. Jundiaí, Paco Editorial: 2016. 184p.

LOAIZA, Diana Paola Betancurth; ÁLVAREZ, Consuelo Vélez; ÁLVAREZ, Natalia Sánchez. Cartografía social: construyendo territorio a partir de los activos comunitarios en salud. En: **Entramado**. Enero - Junio, 2020 vol. 16, no. 1, p. 138-151.

LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F.B. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. **Interface (Botucatu)**. 2019; 23: e 180589.

LOURENÇO, L. F. L.; DANCZUK, R. F.; PAINAZZER, D.; JÚNIOR, N. F. P.; MAIA, A. R. C. R.; SANTOS, E. K. A. **Hist. enferm., Rev. eletrônica**; 3(1): 18-35, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028952>. Acesso em: 10 mai.2021.

MACHADO, C.B.; DAHER, D.V.; TEIXEIRA, E.R.; ACIOLI, S. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; 24(5):e25458.

MAFRA, M. R. P.; CHAVES, M. M. N.; LOWEN, I. M. V.; CAMARGO, J. O território como base para a intervenção em saúde. **Caminho Aberto - Revista de Extensão do IFSC**, v.1, ano 2, nº 2, maio 2015.

MARTINELLI, T. A. P.; LOPES, S. M. A. Vasili V. Davidov: A Concepção Materialista Histórica e Dialética como Método de Análise da Psicologia Contemporânea. **Cadernos da Pedagogia**. Ano 03, Volume 01, Número 05. Janeiro/Julho 2009.

MARTINS, O. B.; MOSER, A. Conceito de mediação em Vygotsky, Leontiev e Wertsch. **Revista Intersaberes**, vol. 7 n.13, p. 8 – 28, jan. – jun. 2012.

MARTINS, Ligia Márcia. **Fundamentos da Psicologia Histórico-Cultural e da Pedagogia Histórico-Crítica**. 2013. Disponível em: <http://ead.bauru.sp.gov.br/efront/www/content/lessons/78/Fundamentos%20da%20PHC%20e%20da%20PHC%20-%20MARTINS.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

MARQUES, Rômulo. **A formação territorial do Brasil**. Universidade Federal do Amapá. Geografia do Brasil – UniENEM/PIAP – 2017. Disponível em: <https://www2.unifap.br/piap/files/2017/03/Geografia-do-Brasil.pdf>. Acesso em: 05 out. 2021.

MATTOS, Ruben Araújo. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Cepesc; Abrasco, 2007. p. 369-383.

MAZZEU, Francisco. **Pensadores na Educação – Alexei Leontiev e o desenvolvimento da psique humana**. Instituto Claro. 2 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.institutoclaro.org.br/educacao/nossas-novidades/videos/pensadores-na-educacao-alexei-leontiev-e-o-desenvolvimento-da-psique-humana/>. Acesso em: 02 fev. 2021.

MELO, Mayara Soares; SILVA, Roberto Ribeiro. A interação entre conceitos cotidianos e científicos no ensino do tema atmosfera. **XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – XI ENPEC**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC – 3 a 6 de julho de 2017. Disponível em: <http://www.abrapecnet.org.br/enpec/xi-enpec/anais/resumos/R0939-1.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**. 2008; 18(4 Supl 4): S3-S11.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MENDES, Eugênio Vilaça. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Revista Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 38-49, out., 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Brasília – DF, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Brasília – DF, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em: /10 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Brasília – DF. 2002a. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 20 mai./2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Brasília – DF. 2002b. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html). 10 jun. 2021.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARAES, Cátia Correa. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trab. educ. saúde** [online]. 2007, vol.5, n.2, pp.287-310.

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

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224.

MORETTI, V. D.; MARTINS, E.; SOUZA, F. D. Método histórico-dialético, teoria histórico-cultural e educação: algumas apropriações em pesquisas sobre formação de professores que ensinam matemática. **RIPEM**. V.6, N.2, 2016.

MOYSÉS, S. T.; SÁ, R. F. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4323-4329, 2014.

NASCIMENTO, Sueli. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

NÉBIAS, C. Formação dos conceitos científicos e práticas pedagógicas. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 3, p. 133-140, 1999.

NEGRI, Barjas. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52 p. Disponível: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a\\_politica\\_de\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf). Acesso em: 11 out. 2021.

NORONHA, D. P.; FERREIRA, S. M. S. P. Revisões de Literatura. In.: **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais** / Bernadete Santos Campello, Beatriz Valadares Cendón, Jeannette Marguerite Kremer, Organizadoras. - Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000. 319p.

OAPS – Observatório de Análise Política em Saúde. **Boletim: Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003 a 2017)**. Ano 04. Edição nº 24. Jul/Ago. 2019. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/24/>. Acesso em: 24 abr.2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Folha informativa sobre COVID-19. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 24 abr. 2021.

PADILHA, R. F. S. J.; LIMA FILHO, D. L. Lexis Nikolaevish Leontiev e a Teoria da Atividade. **Educação, Psicologia e Interfaces**, Volume 3, Número 1, p. 61-76, Janeiro/Abril, 2019.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e

Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.94-106, 2012.

PAIM, J. S. **O QUE É SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PANÚNCIO-PINTO, M. P.; RODRIGUES, M. L.V.; FIORATI, R.C. Novos cenários de ensino: a comunidade e o território como espaços privilegiados de formação de profissionais da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto).** 2015;48(3):257-64.

PELLEGRINI FILHO, A. **Intervenções individuais vs. intervenções populacionais.** Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2011 Ago. 16. Disponível em: [http://cmdss2011.org/site/?post\\_type=opinioes&p=2266&preview=true](http://cmdss2011.org/site/?post_type=opinioes&p=2266&preview=true). Acesso em: 02 mar. 2021.

PEREIRA, Martha Priscila; BARCELLOS, Christovam. O Território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, 2(2):47-55, jun 2006.

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M.; CARNEIRO, F. F.; TEIXEIRA, A. C. A. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(8):2253-2262, 2013.

PINTO, B. K.; SOARES, D. C.; CECAGNO, D.; MUNIZ, R. M. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. **remE – Rev. Min. Enferm.**;16(4): 487-493, out./dez., 2012.

PINTO, I. C. M., *et al.* Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciência Saúde Coletiva.** 2013; 18(6):1525-34.

PINTO, A. G. A.; PALÁCIO, M. A. V.; LÔBO, A. C.; JORGE, M. S. B. Vínculos Subjetivos do Agente Comunitário de Saúde no Território da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 789-802, set./dez. 2017.

PINTO, M. B.; SILVA, K. L. Promoção da saúde no território: potências e desafios dos projetos locais. **Escola Anna Nery** 23(1) 2019.

PIRES, M. F. C. Education and the historical and dialectical materialism. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, 1997.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(5):1699-1708, 2020.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder.** São Paulo, Ática, 1993.

- REGO, Teresa Cristina. **Vygotsky**: Uma perspectiva Histórico-Cultural da Educação. Teresa Cristina Rego. 25. ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- RIBEIRO, Helena. Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.1, p.70-80, jan-abr 2004.
- ROSA, Elisa Z.; ANDRIANI, Ana G. P. Psicologia sócio-histórica: uma tentativa de sistematização epistemológica e metodológica. In: KAHHALE, Edna E. P. (org.). **A diversidade da psicologia**: uma construção teórica. São Paulo: Cortez, 2002
- ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.
- ROMANELLI, Nancy. A Questão Metodológica na Produção Vigotskiana e a Dialética Marxista. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 199-208, abr./jun. 2011.
- SALVADOR, Diego Salomão Candido de Oliveira. O Território usado e o uso atual do Território do Agreste Potiguar. **HOLOS**, vol. 2, 2009, pp. 110-131.
- SANTOS, Milton. “O retorno do território”. In: Santos, Milton; Silveira, Maria Laura e Souza, Maria Adélia (orgs.) **Território – Globalização e Fragmentação**. São Paulo, 4ª edição. Hucitec/Anpur, 1998 p. 15-20.
- SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 6ª ed. – Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SANTOS, Osmar Pereira. **Território e saúde**: estudo do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família Bairro de Lourdes, Anápolis-GO / Osmar Pereira dos Santos – Anápolis: UniEvangélica, 2014. 120 p.
- SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Estratégia Saúde da Família – ESF**. 2013. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/saude-e-bem-estar/melhorias-na-saude-municipal/estrategia-saude-da-familia-esf>. Acesso em: 07 abr. 2021.
- SAQUET, Marcos Aurelio; SILVA, Sueli Santos. **MILTON SANTOS**: concepções de geografia, espaço e território. ISSN 1981-9021 - Geo UERJ - Ano 10, v.2, n.18, 2º semestre de 2008. p. 24-42. Disponível em: [www.geouerj.uerj.br/ojs](http://www.geouerj.uerj.br/ojs). Acesso em: 10 mai. 2021.
- SAQUET, Marcos Aurélio. Abordagens e concepções de território. São Paulo: Expressão popular, 2007. SILVA, Edson Batista. **RESENHA**. Ateliê Geográfico Goiânia-GO v. 2, n. 2 agos/2008 p.177-182 página 177.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 29(2):e2020166, 2020.

SEMZEZEM, P.; ALVES, J. M. Vulnerabilidade Social, abordagem territorial e proteção na política de Assistência Social. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 16, n.1, P. 143-166, jul./dez. 2013.

SILVA, A. M. Vygotsky y la sociogénesis del desarrollo humano: principales aportaciones. **Revista Estudos Universitários**. Sorocaba (SP), v. 30, n. 2, jun, 2004.

SILVA, Maria Leticia Miranda Barbosa. O materialismo histórico e sua influência na teoria histórico-cultural. **Tramas para reencantar o mundo**, 2015. Disponível em: <https://www.cp2.g12.br/ojs/index.php/tramas/article/view/193>. Acesso em: 04 jul.2020.

SILVA, V. O.; SANTANA, P. M. M. A. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. 2015. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. (Botucatu). Disponível: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sWFCMFRRpbGKptryrzVRSjq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 out.2021.

SILVA, M. L.; TOURINHO, H. L. Z. Território, territorialidade e fronteira: o problema dos limites municipais e seus desdobramentos em Belém/PA. urbe. **Revista Brasileira de Gestão Urbana (Brazilian Journal of Urban Management)**, 2017 jan./abr., 9(1), 96-109.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 set-out; 63(5): 762-9.

SOUZA, Maria Adélia Aparecida. Apresentação Milton Santos, um revolucionário. Santos, Milton. O retorno do território. En: **OSAL: Observatório Social de América Latina**. Año 6 no. 16 (jun. 2005). Buenos Aires: CLACSO, 2005.

SOUZA, F. B.; MALDANER. O. A. A significação conceitual no início da escolarização das crianças. **IX Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul – ANPED Sul**. 2012. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/206/344>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SOUZA, C. L.; ANDRADE, C. S. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(10):4113-4122, 2014.

SOUZA, Maria Adélia Aparecida. **O espaço geográfico e o território usado. Minha leitura da obra de Milton Santos**. Youtube. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=S6zn7FW3KQg>. Acesso em: 15 set. 2021.

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

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 15, n. 2, p. 356 - 369, ago./dez. 2016.

UKRI – Economic and Social Research Council. **The Dahlgren-Whitehead Rainbow**. 2021. Disponível em: <https://esrc.ukri.org/about-us/50-years-of-esrc/50-achievements/the-dahlgren-whitehead-rainbow/#:~:text=These%20social%20health%20factors%20have,individual%2C%20their%20environment%20and%20health>. Acesso: 02 mar.2021.

VIEIRA, Noemia Ramos. O conceito de região e o ensino de geografia: desencontros entre o saber escolar e o saber acadêmico. **Revista Formação**, n.20, volume 1, Ano 2013 – p. 21-37.

VILSHANSKAYA, Olya; STRIDE, Vicki. **Four Steps Towards Equity: A Tool for Health Promotion Practice**. (2001 - 2003) Equity Project (Health Promotion Service, South East Health). 2004. Disponível em: [http://www.preventivehealth.net.au/content/pdf/HCI\\_Equity\\_Tool/4stepstowardsequity.pdf](http://www.preventivehealth.net.au/content/pdf/HCI_Equity_Tool/4stepstowardsequity.pdf). Acesso em: 02 mar.2021.

VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. (Psicologia e Pedagogia) O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Livraria Martins Fontes Editora Ltda. São Paulo – SP. 4ª edição brasileira. 1991, 153.65 - V631.

VYGOTSKY, Lev Semenovich, 1869-1934. **A construção do pensamento e da linguagem** / L. S. Vigotski; tradução Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2000. (Psicologia e pedagogia).

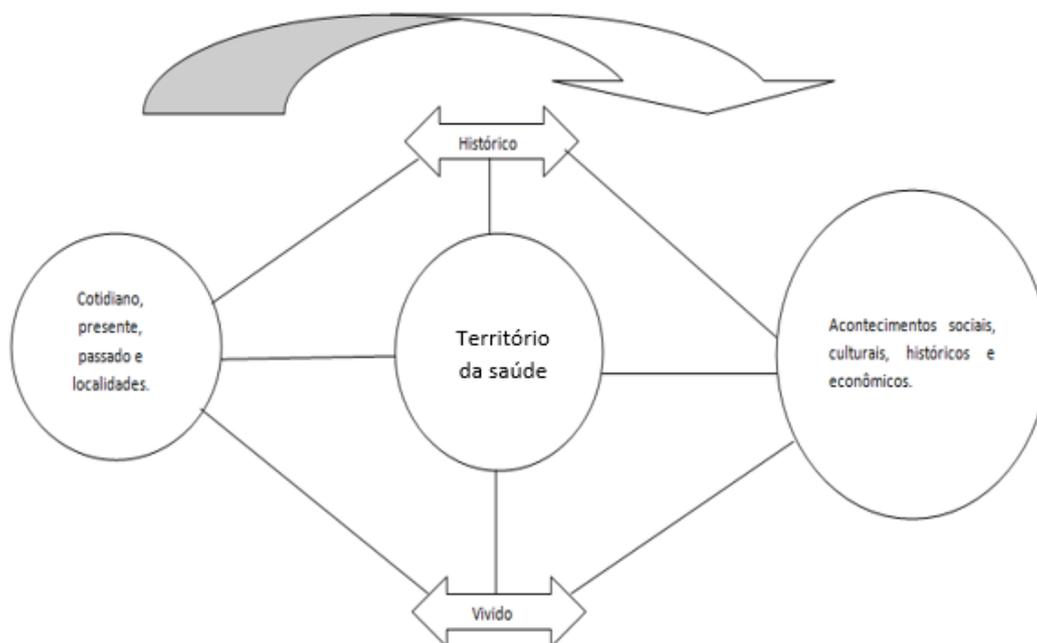
VYGOTSKY, Lev Semenovich, 1896-1934. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 7. ed. São Paulo Martins Fontes, 2007.

ZANELLA, Andréa Vieira. Zona de desenvolvimento proximal: análise teórica de um conceito em algumas situações variadas. **Temas psicol.** vol.2 no.2 Ribeirão Preto ago. 1994.

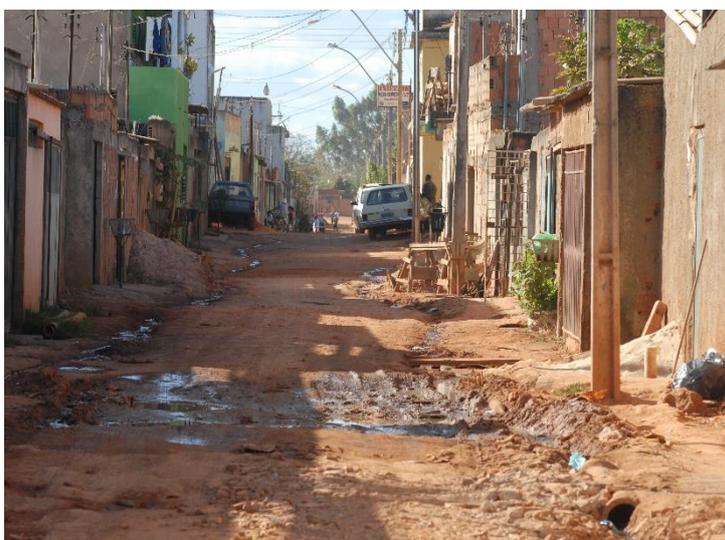
## ANEXOS

### Anexo – A

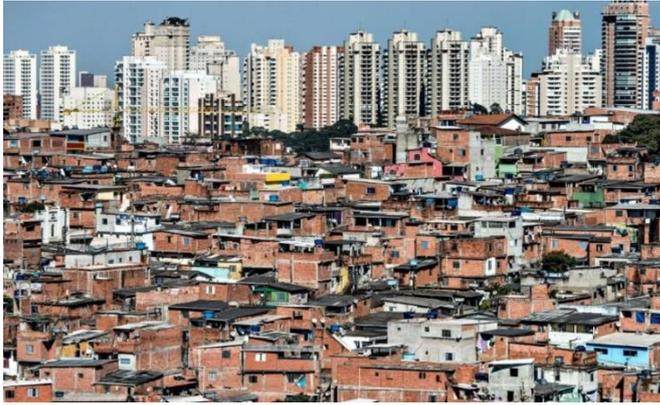
Mapa conceitual apresentado pelo professor:



Figuras apresentadas pelo professor:



Fonte: AGÊNCIA BRASIL (2017).



Fonte: CAU/PA (2016).



Fonte: OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES (2016)



Fonte: UNASUS, [s/d].