

Cuidado no território: mensagens produzidas por agentes comunitários de saúde a partir de mapas falantes

Care in the territory: messages produced by community health workers from talking maps

Cuidados en el territorio: mensajes producidos por agentes comunitarios de salud en los mapas parlantes

Luara Caroline Cruz Laurindo¹, Natália Carvalho Barbosa de Sousa², Thalyta Ketlen de Melo Oliveira³, Paulo Sérgio da Silva⁴

Como citar: Laurindo LCC, Sousa NCB, Oliveira TKM, Silva PS. Cuidado no território: mensagens produzidas por agentes comunitários de saúde a partir de mapas falantes. REVISA. 2023; 12(3): 528-37. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n3.p528a537>

REVISA

1. Universidade Federal de Roraima, Departamento de Enfermagem. Boa Vista, Roraima, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8833-1821>

2. Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Boa Vista, Roraima, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8238-2409>

3. Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Boa Vista, Roraima, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9997-1717>

4. Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Boa Vista, Roraima, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2746-2531>

Recebido: 28/04/2023
Aprovado: 14/06/2023

RESUMO

Objetivo: descrever as mensagens dos agentes comunitários de saúde sobre cuidado no território. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, realizado em três unidades básicas de saúde da cidade de Boa Vista, Roraima, Brasil. O grupo social foi constituído por quinze agentes comunitários de saúde. Os dados foram produzidos com grupos focais a partir de mapas falantes orientado por um roteiro de entrevista semiestruturado. Os achados foram transcritos e analisados segundo o referencial teórico-analítico de Bardin. **Resultados:** as mensagens de cuidado no território foram organizadas em duas categorias: mensagens sobre espiritualidade e religiosidade envolvidas na produção de cuidado no território e mensagens sobre as ações de cuidar realizadas pela unidade básica de saúde no território. **Conclusão:** a espiritualidade e a religiosidade foram descritas a partir da figura das casas das rezadeiras, centro espírita e igrejas presentes no território. As mensagens de cuidado foram decodificadas como escuta de necessidades, apoio emocional, suporte psicológico, atividades em grupos para jovens e dependentes químicos. As ações de cuidar foram descritas em atividades de promoção à saúde e prevenção de agravo por meio das visitas domiciliares, educação em saúde e ações em escolas. **Descritores:** Agentes Comunitários de Saúde; Territorialização da Atenção Primária; Território Sociocultural.

ABSTRACT

Objective: to describe the messages of community health agents about care in the territory. **Method:** a descriptive, qualitative study conducted in three basic health units located in the city of Boa Vista, Roraima, Brazil. The social group consisted of fifteen community health agents. The data was produced with focus groups from talking maps guided by a semi-structured interview script. The findings were transcribed and analyzed according to Bardin's theoretical-analytical framework. **Results:** the messages about care in the territory were organized into two categories: messages about spirituality and religiosity involved in the production of care in the territory, and messages about the care actions of the basic health unit carried out in the territory. **Conclusion:** spirituality and religiosity were described from the figure of the houses of the prayers, spiritist centers, and churches present in the territory. The care messages were decoded as listening to needs, emotional support, psychological support, group activities for youth and drug addicts. The care actions were described in health promotion and disease prevention activities through home visits, health education, and actions in schools.

Descriptors: Community Health Workers; Territorialization in Primary Health care; Sociocultural Territory.

RESUMEN

Objetivo: describir los mensajes de los agentes comunitarios de salud sobre el cuidado en el territorio. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo realizado en tres unidades básicas de salud de la ciudad de Boa Vista, Roraima, Brasil, con quince agentes comunitarios de salud. Los datos se produjeron con grupos focales a partir de mapas parlantes guiados por un guión de entrevista semiestruturado. Los hallazgos fueron analizados según el marco de Bardin. **Resultados:** los mensajes de cuidados en el territorio fueron organizados en dos categorías: mensajes sobre espiritualidad y religiosidad involucradas en la producción del cuidado en el territorio y mensajes sobre las acciones de cuidado a la unidad básica de salud realizadas en el territorio. **Conclusión:** espiritualidad y religiosidad fueron descritas a partir de la figura de las casas de los rezos, centro espírita e iglesias presentes en el territorio. Sus mensajes de cuidados fueron decodificados como escucha de necesidades, apoyo emocional, apoyo psicológico, actividades grupales para jóvenes y drogodependientes. Las acciones de cuidados se describieron en actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante visitas domiciliarias, educación en salud y acciones en las escuelas.

Descritores: Agentes Comunitarios de Salud; Territorialización de la Atención Primaria; Territorio Sociocultural.

ORIGINAL

Introdução

De saída, é oportuno contextualizar que a presente investigação está vinculada ao projeto de pesquisa “Rastreamento de saberes e práticas gerenciais, assistenciais e educacionais no contexto da atenção primária à saúde (APS)” cadastrado junto ao Departamento de Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Trata-se da produção de conhecimento científico tecido por enfermeiros e mestrandos vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) sobre cuidado no território a partir do protagonismo do agente comunitário de saúde (ACS).

Esta escolha se deve às experiências cotidianas dos autores no direcionamento de discussões teórico-práticas de natureza interdisciplinar envolvendo encontros, acolhimentos, tensões, desejos, aproximações, distanciamentos e a própria atuação do ACS na produção de cuidado no campo da atenção básica (AB) no extremo norte do Brasil. Com efeito, a AB é considerada a porta preferencial de contato com os usuários, e o local de diálogo das redes de atenção.¹ É a partir das necessidades em saúde nela localizadas que a organização e as funções da rede de saúde são reforçadas.²

Por conseguinte, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são entendidas como o principal serviço de saúde em nível primário, onde são ofertados cuidados que contemplem as necessidades da população do seu território, seja pela Estratégia Saúde da Família (ESF) ou disposições de equipes da Atenção Básica. Dessa forma, a ESF possui o papel de reorganizar o processo de trabalho da AB com vistas a solucionar a situação de saúde individual e coletiva nas especificidades e dinâmicas do território e da população adscrita.³

Desse modo, pensar emergentes perspectivas de cuidado no território exige um resgate daquilo que um dia esteve nele presente além da sua representação geográfica. Trata-se de uma passagem em movimento decorrente do tempo ao longo de gerações capaz de modelar e (re)construir práticas assistenciais. Nesse prisma, o ACS por pertencer ao território é considerado o ator social fundamental na aproximação da população com a ESF. Aqui, considerado como objeto de conhecimento, o ACS é compreendido como profissional que possui maior estabelecimento de vínculo e capacidade de identificar as demandas necessárias da população adscrita à UBS.⁴

Com efeito, por viver no local em que trabalha, conhece o território e tem a possibilidade de aproximação com as famílias que compõem o local.⁵ Ressaltasse-se ainda que por não ser uma profissão legitimada pelo modelo biomédico, pode contribuir ou afetar no seu “transitar” dentro de alguns espaços e cenários sociais presentes no território.⁶

Diante das contextualizações postas, surge a seguinte questão norteadora desta investigação: Quais mensagens de cuidado provenientes do território emergem de mapas falantes produzidos por ACS? Com base nessa indagação, alinha-se o seguinte objetivo: descrever as mensagens dos ACS sobre cuidado no território.

Método

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, realizado em serviços básicos de saúde situados no município de Boa Vista, capital do estado de Roraima. Destaca-se que a cidade está localizada em um estado fronteiriço, com os países vizinhos da Guiana e Venezuela.

No momento de realização do estudo a cidade dispõe de 34 UBS, das quais 03 foram selecionadas por conveniência considerando a relação de vínculo estabelecida entre pesquisador-cenário investigativo, sendo elas: 01 localizada na zona sul e 02 situadas na zona oeste. Os territórios que constituem as UBS selecionadas para o estudo remetem a diferenças socioculturais. Nessa acepção, ressalta-se a presença de migrantes venezuelanos residentes no território, bem como populações intergeracionais que mantêm a permanência dos saberes e práticas em saúde no lugar onde vivem.

O grupo social deste estudo foi constituído por 15 ACS, atuantes nas equipes de saúde da família (eSF) junto às UBS na sede do município de Boa Vista. A seleção destes participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ACS atuante na AB e integrante da eSF há, no mínimo, dois anos, possuir contato direto com a comunidade e ser responsável por uma microárea. Quanto aos critérios de exclusão: ACS em trabalho exclusivamente administrativo, ACS em licença das atividades laborais por motivo de saúde, férias, ausentes no momento do convite e da produção social dos dados. Ao todo houve oito recusas para participação do estudo.

Os dados foram produzidos de forma presencial em grupos focais por uma estudante de enfermagem que foi previamente orientada quanto a técnica de coleta. Para isso, foi utilizada a estratégia de produção de mapas falantes que consiste na representação gráfica de situações ou problemas de uma determinada realidade pelos indivíduos que os vivenciam.⁷ Portanto, os mapas falantes são a expressão representativa e simbólica das percepções cotidianas em um determinado território o que possibilita a compreensão dos lugares de destaque e relevância para os indivíduos que nele vivem e atuam.⁸

Do ponto de vista técnico, a produção dos dados foi dividida em dois momentos. Inicialmente, foi realizado o convite presencialmente dos ACS junto a UBS de lotação, por intermédio da diretoria responsável e dos enfermeiros das eSF. Após o aceite e apresentação dos objetivos, foi agendado data e horário de acordo com a disponibilidade da pesquisadora e dos participantes. Secundariamente, foi estipulado o máximo de 04 participantes para a criação de cada mapa falante, onde os ACS ficaram livres na composição dos grupos, optando como critério de distribuição a proximidade de suas microáreas e os limites territoriais para cada mapa.

A produção dos mapas falantes ocorreu no período de janeiro a maio de 2022 na sala de reuniões localizada em cada UBS. O uso dos mapas falantes serviu como recurso técnico para desprendimento de significados sobre as mensagens de cuidado produzidas no território e seguiu as seguintes etapas: indução, criação e apresentação dos mapas-falantes. A indução possibilitou aos ACS a compreensão da estratégia, que possui como base os seus conhecimentos e experiência das microáreas de abrangência da UBS em que atuam. Nessa etapa, os participantes foram organizados em grupos e acessaram os termos indutores do estudo: “Território” e “Cuidado”.

No que tange a criação, os ACS estiveram livres quanto a forma de produção dos mapas falantes, o que incluiu desenhos e/ou colagens. Para isso, eles tiveram acesso aos seguintes materiais: cartolinas, canetas coloridas, lápis, borracha, revistas, folhetos, tesoura e cola. Após a criação, os participantes foram convidados a apresentarem os mapas falantes orientados por questões presentes no roteiro de entrevista semiestruturado.

O roteiro continha perguntas relacionadas ao território de atuação do ACS e experiências de cuidado vividas por eles. Os participantes ficaram livres para escolha de um representante de cada grupo para apresentação dos mapas falantes, ou a participação coletiva, respeitando o tempo de fala de cada ACS. Todas as apresentações foram gravadas com auxílio de um gravador smartphone e contou com a duração aproximada de três horas e cinquenta minutos de áudio em formato *MP3 Player*.

Os achados foram transcritos, devolvidos aos participantes e posteriormente analisados segundo o referencial teórico de conteúdo disposto em Bardin, que sistematiza a análise em três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos, e por fim, interpretação.⁹ Percorridos esses polos analíticos, as descrições territoriais foram organizadas em um quadro que contém os temas identificados diretamente dos dados.

Cabe sublinhar, que o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado com o número de parecer 4.701.055. Os anonimatos dos participantes foram mantidos a partir da abreviação “ACS” referente a “Agente Comunitário de Saúde”, seguida de numeração ordinal crescente, conforme a disposição dos grupos produtores dos mapas falantes. Por fim, todo desenho do estudo cumpriu os critérios consolidados para relatos de pesquisa qualitativa.

Resultados

No que diz respeito as descrições das mensagens dos ACS sobre cuidado no território, emergiram duas categorias derivadas dos dados, a saber: “mensagens sobre espiritualidade e religiosidade envolvidos na produção de cuidado no território” e “mensagens sobre as ações de cuidar da UBS realizadas no território”.

Especificamente na primeira categoria são evidenciadas mensagens nos depoimentos dos ACS sobre espiritualidade e religiosidade descritas como cuidado no território. As mensagens descrevem a rezadeira, o centro espírita e as igrejas como dispositivos que ofertam cuidados pessoais, escuta de necessidades, apoio emocional e psicológico à comunidade. Além disso, foi destacado a promoção de atividades em grupos, com ênfase para os alcoólicos anônimos e jovens. Essas mensagens podem ser evidenciadas nos depoimentos ilustrativos presentes a seguir:

Quando se trabalha a espiritualidade se trabalha o comportamento de saúde, o lado emocional (ACS 2).

[...] existe o serviço oferecido no centro espírita de psicologia [...] que trabalha o lado emocional e espiritual (ACS 3).

[...] faz o grupo de jovens [a igreja evangélica], que ajuda na espiritualidade, na oração [...] (ACS 4).

[...] leva um pouco da palavra [a igreja evangélica] para a pessoa que realmente precisa escutar (ACS 5).

[...] tem muitas irmãs da igreja que vem aqui e deixam aqueles bilhetinhos com versos bíblicos, para os pacientes da UBS (ACS 9).

[...] tem a rezadeira como referência. A gente também a utiliza até como próprio cuidado, pessoal (ACS 10).

[...] lugar de oração [a igreja] que várias pessoas vão pedir ajuda do senhor Jesus [...] (ACS 12).

[...] tem os grupos da igreja que são dos Alcoólicos Anônimos e de tabagismo, eles fazem esse apoio de grupo [...] (ACS 13).

A segunda categoria apresenta como mensagens de cuidado, produzidas pelos ACS no território, a realização de visitas domiciliares, educação e orientação em saúde e ações em escolas. Além disso, é (re)conhecido o cadastramento, monitoramento de necessidades das pessoas, sobretudo dos idosos, gestantes e puérperas, crianças, diabéticos, hipertensos, casos de tuberculose, dengue e diarreia. Tudo isso pode ser evidenciado nos depoimentos ilustrativos dispostos a seguir:

[...] fazer as visitas periódicas; acompanhar gestantes; crianças pequenas; monitorar os casos de diarreia, no caso, indicador de difteria (ACS 1).

[...] fazer ações de saúde nas escolas [...] vacinou as crianças dentro da escola mesmo [...] cuidado mais é orientação, cadastramento [...] (ACS 3).

[...] tem diabéticos, hipertensos, onde tem pessoas que necessitam de uma atenção maior, em relação ao meu trabalho, meu cuidado [...] fazer esse acompanhamento de perto, principalmente quando são casos de tuberculose e pessoas mais idosas [...] (ACS 6).

Visitando as pessoas e vendo as necessidades delas, o que estão precisando [...] faz o cadastro das famílias, visita as gestantes, as puérperas, os bebezinhos e leva orientações de saúde para as pessoas (ACS 7).

[...] faz ações nas escolas, levando a educação em saúde para as crianças (ACS 08).

[...] faz palestra, faz orientações. A gente sempre está nessas unidades [escolas] fazendo campanha e auxiliando as crianças sobre a dengue (ACS 11).

[...] faz palestra para os alunos [...]. Leva educação e saúde para eles lá nas escolas. Além disso, fazemos várias ações aqui no posto. Hipertenso, diabético, a gestante (ACS 14).

[...] nosso cuidado mais é orientação, cadastramento [...] (ACS 15).

Discussão

As discussões sobre cuidado perpassam por dois eixos temáticos: a díade espiritualidade-religiosidade e as ações técnicas produzidas pela UBS no território. Nesse prisma, as mensagens advindas dos mapas falantes produzidos pelos ACS partem de suas relações com um território organizado por dispositivos estáticos de cuidar.

Na primeira categoria, a religião e a espiritualidade são reforçadas nas descrições das mensagens de cuidado pelos ACS considerando os territórios que atuam. As evidências científicas apontam que a espiritualidade está ligada à busca pela compressão da vida e todos os aspectos que a permeiam, bem como as relações com transcendente, enquanto a religião é considerada um sistema, com crenças, práticas e outras designações simbólicas que aproximam o sujeito do sagrado.¹⁰

Em outras palavras, a espiritualidade e a religiosidade podem interferir nas orientações dos profissionais de saúde, bem como na realização de exames ou procedimentos, com desvio das condutas para uma busca de cura centrada na

fé.¹¹ Ao entender essas dimensões é possível garantir resultados satisfatórios na saúde e na qualidade de vida dos usuários, buscando compreender os vários signos da espiritualidade e aspectos da vida que se ligam a religião no interior das práticas produzidas pela UBS.¹²

Nas mensagens descritas pelos ACS é possível identificar igrejas, rezadeira e o centro espírita como produtores de ações de cuidado que atendem às necessidades da comunidade. As ações ligadas às igrejas são descritas como assistenciais, voltadas para diferentes grupos. Entre esses grupos, destaca-se os de dependentes químicos. Nesse domínio, a atuação de comunidades terapêuticas com dependentes químicos e usuários de drogas é comum, colaborando para o processo de tratamento por meio de métodos religiosos.¹³ Outras ações estão voltadas para orações, escuta de necessidades e apoio emocional. A realização dessas atividades contribui não apenas para superação de vícios, mas para o enfretamento e aceitação de diagnósticos clínicos.¹⁴

Logo, essas atividades que envolvem não apenas pessoas enfermas e em situação de dependência, mas também aqueles que desempenham funções que vão além do religioso, enveredando-se para as dimensões subjetivas da vida, contribuem para a produção de territórios saudáveis e foram descritas como cuidado nas microáreas em que os ACS atuam.

É interessante destacar, ainda, que os ACS sublinham as rezadeiras como elementos de referência para pensar o cuidado em saúde. Na simplicidade, há uma complexidade de um cuidar em que elas são solicitadas nos territórios, especialmente para atividades que envolvem benzer crianças, quando estas são acometidas por doenças ou mal-estar dos corpos, os chamados “olhados”, sendo uma prática realizada principalmente por mulheres mais velhas, um cuidado geracional passado de avó/mãe para filha/neta.¹⁵

Diga-se que a produção dos mapas falantes potencializou a descrição e a evocação de mensagens capazes de valorizar a utilização da prática popular ocorridas nos territórios, agregando os saberes que permanecem ou nascem nestes locais e que se encontram no cotidiano da vida. Em sequência, os ACS descreveram os centros espíritas como potentes lugares de apoio psicológico e desenvolvimento de atividades comunitárias. As casas espíritas possuem uma vasta oferta de atividades para população em geral, com a finalidade de aliviar males físicos e proporcionar auxílio espiritual. Entre essas atividades está o suporte e acolhimento, a energização, aplicação de passes e, principalmente, as cirurgias espirituais.^{16,17}

Na segunda categoria, mensagens técnicas do cuidado emergiram como conteúdo, distinta em variedade e com ênfase exclusiva na participação dos ACS. Entre as mensagens expostas, são descritas ações desenvolvidas por eles na comunidade, o que envolve cadastramento, acompanhamento, monitoramento familiar, visitas domiciliares e educação em saúde.

Essas práticas são comumente desenvolvidas pelos ACS, com destaque principal para o cadastramento das famílias e as visitas domiciliares nas suas microáreas de responsabilidade. É por meio das visitas que os ACS são capazes de identificar, promover e intervir em situações de vulnerabilidade ou enfermidade. Neste estudo, os ACS descrevem a realização de visitas periódicas. Entretanto, elas podem variar de uma a duas vezes por mês, dependendo das necessidades ou situação de cada território.^{18,19}

Além disso, as visitas domiciliares podem seguir alguns critérios que definem essa frequência, entre eles a presença de gestantes, idosos, crianças, e pessoas com doenças crônicas ou alguma dificuldade motora que impossibilite a mobilização até os serviços de saúde.¹⁹ Esses critérios são descritos pelos ACS quando relatam o acompanhamento dos referidos grupos sociais e os casos com tuberculose, além da preocupação em monitorar ocorrências de diarreia e dengue.

Além do acompanhamento, realizam educação em saúde, que podem envolver questões básicas sobre a importância da realização do exame de Papanicolau para as mulheres, o pré-natal, sinais de alerta na gestação, orientações quanto a amamentação e presença nas consultas de puericultura referentes às crianças menores de cinco anos, assim como as mudanças de estilo de vida e o autocuidado para os portadores de doenças crônicas não transmissíveis.²⁰⁻²²

Diga-se que a ocupação com as ações escolares é uma das atribuições dos profissionais da eSF, na qual deve ser organizada e planejada juntamente com os dispositivos educacionais presentes no território.²³ Nesse cenário o ACS se apresenta como ator integrador da eSF com as escolas, colaborando para a efetividade das ações a serem desenvolvidas, por meio de avisos às famílias quanto as atividades educacionais a serem implementadas.

Nesse sentido, foram percebidas habilidades educativas no campo de domínio do ACS, sobretudo com íntima proximidade nas escolas para fortalecimento de atividades de promoção da saúde, seja de forma voluntária, por convites para ações, ou por meio das ações previstas no Programa Saúde na Escola.^{24,25}

Posto isto, as discussões apresentadas revelam que a proximidade dos ACS com a população adscrita no território localiza dispositivos (in)formais de produção de cuidado em saúde. Eles foram capazes de fazer emergir dos mapas falantes uma complexa rede singular de cuidados existentes no território que se articula diretamente com ações de caráter mais técnica e biomédica operada pelas UBS.

A despeito das limitações deste estudo, deve-se considerar o processo analítico estritamente conteudístico, o que permitiu com que a dimensão imagética presente nos mapas falantes não apareça nesta investigação. Nessa perspectiva, técnicas de análise de imagens fixas, como forma complementar as pesquisas qualitativas, precisam ser incorporadas para dilatar a compreensão dos achados para além da descrição temática.

No plano das implicações para futuras pesquisas, considera-se ainda que, estudos, os quais abranjam a perspectiva dos profissionais da ESF no território, são centrais para a formulação de estratégias, programas e políticas públicas para emancipação locorregional sustentável, sobretudo respeitando as singularidades nos territórios em que atuam os ACS.

Por fim, acredita-se que a contribuição deste manuscrito incide no fortalecimento da figura do ACS como elemento central no reconhecimento de necessidades e formas de cuidado operacionalizadas no território. Seu lugar é muito especial no âmbito da AB, sobretudo por mobilizar dimensões ampliadas do cuidado em saúde quando aglutina o cotidiano de viver das pessoas com as práticas produzidas na UBS.

Conclusão

Este estudo suscitou descrições conclusivas sobre mensagens de cuidados presentes no território de abrangência da UBS por meio da produção dos mapas falantes de ACS em dois aspectos centrais: espiritualidade e religiosidade na produção de cuidado em saúde e ações de cuidar protagonizadas pela UBS no território.

No que diz respeito a espiritualidade e a religiosidade, foram representadas pelas casas das rezadeiras, centro espírita e igrejas. Esses dispositivos remetem às práticas alternativas, essencialmente presentes nos locais em que os ACS vivem e que se produzem cuidados descritos como escuta de necessidades, apoio emocional, suporte psicológico, atividades em grupos, sobretudo para jovens e dependentes químicos.

Outras mensagens de cuidado descritas incluem as ações programáticas da UBS em seus territórios de abrangência. As principais descrições sublinham a atuação do ACS na produção de atividades de promoção à saúde e prevenção de agravo essencialmente por meio das visitas domiciliares, educação em saúde e ações em escolas. Além disso, é (re)conhecido o cadastramento, monitoramento de necessidades das pessoas, com ênfase para os idosos, gestantes, puérperas, crianças, diabéticos, hipertensos, casos de tuberculose, dengue e diarreia.

Espera-se que esta pesquisa contribua para futuras indagações quanto aos aspectos que envolvem o cuidado e o território no âmbito da saúde coletiva, principalmente envolvendo profissionais que compõem a AB, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde. Assim, acredita-se que esta pesquisa colabora para a compreensão da diversidade de práticas e ações existentes nos territórios e das populações que utilizam e fortalecem essa rede articulada de cuidados (in)formais em saúde.

Agradecimento

Esse trabalho foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Amaral VS, Oliveira DM, Azevedo CVM, Mafra RLM. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021; 31(1):1-20. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>
2. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PHB, Guabiraba KPL. A regulação do acesso à atenção especializada e atenção primária à saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021; 31(1):1-26. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>
3. Carvalho MN, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(1):295-302. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08702015>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

5. Silva Júnior FJG, Silva KH, Sales JCS, Costa APC, Monteiro CFS. Pesquisa-ação sobre saberes e práticas de agentes comunitários de saúde acerca da prevenção do comportamento suicida. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:1-13. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200386>
6. Bezerra YRN, Feitosa MZS. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(3):813-822. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>
7. Toledo RF, Pelicioni MCF. Educação Ambiental e a construção de mapas falantes em processo de pesquisa-ação em comunidade indígena na Amazônia. *Revista Interacções*. 2009; 5(11):193-213. doi: <https://doi.org/10.25755/int.382>
8. Alves H, Brito IS, Silva TR, Viana AA, Santos RCA. Gravidez na adolescência e coplaneamento local: uma abordagem diagnostica a partir do modelo PRECEDE-PROCEED. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017; 4(12):35-44. doi: <http://doi.org/10.12707/RIV16058>
9. Bardin L. Chapitre premier. Organisation de l'analyse. Em: *L'analyse de contenu*. Paris edex: Presses Universitaires de France; 2013.
10. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2001.
11. Fernandez JCA, Silva RA, Sacardo DP. Religião e saúde: para transformar ausências em presenças. *Saúde Soc*. 2018; 27(4): 1058-1070. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170757>
12. Oliveira ALB, Menezes TMO. The meaning of religion/religiosity for the elderly. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(suppl 2):770-6. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0120>
13. Bardi G, Garcia MLT. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022; 27(4):1557-1566. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>
14. Costa VS, Bezerra CC, Becker SG, Pereira RSF, Ramos GOS, Albuquerque CF. A influência da espiritualidade na saúde do idoso institucionalizado. *Scire Salutis*. 2020; 10(1):23-30. doi: <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2020.001.0005>
15. Medeiros REG, Nascimento EGC, Diniz GMD, Alchieri JC. Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2013; 23(4):1339-1357. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400016>
16. Biella CAA. Contribuição da doutrina espírita no tratamento e cura de algumas doenças: um estudo sobre o espiritismo em Jataí (GO). *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2017; 13(24):110-126. doi: <https://doi.org/10.14393/Hygeia1334418>
17. Siqueira HCH, Nunes MHB, Pedroso VSM, Sampaio AD, Medeiros AC, Thurow MRB, Rodrigues ST. Redes de apoio ao usuário com doença renal crônica na perspectiva ecossistêmica. *REME - Rev Min Enferm*. 2019; 23(Esp 1):1-8. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190017>

Laurindo LCC, Sousa NCB, Oliveira TKM, Silva PS

18. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2021; 37(8):1-18. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820>

19. Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Júnior EPP, Luz LA. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde Debate.* 2018; 42(Esp.):127-144. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S209>

20. Oliveira JLT, Fernandes BM. Intervenções de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino: perspectivas das clientes. *Rev Enferm UERJ.* 2017; 25(Esp.):1-6. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26242>

21. Pedebos LA, Rocha DK, Tomasi Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde Debate.* 2018; 42(119):940-951. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811912>

22. Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2019; 24(4):1369-1380. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>

23. Silveira CC, Meyer DEE, Félix J. A generificação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev bras Estud pedagog.* 2019; 100(255):423-442. doi: <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.100i255.3807>

24. Funayama AR, Cyrino EG, Garcia MAA. Atuação profissional em práticas de promoção da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Rev APS.* 2022; 25(Supl 1):230-250. doi: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35440>

25. Santos RL, Dias MSA, Pinto AGA, Cavalcante EGR, Machado MFAS. Community Health Agents: health promotion skills for adolescents. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 4):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0363>

Autor de Correspondência

Paulo Sérgio da Silva
Universidade Federal de Roraima.
Avenida Capitão Ene Garcez, 2413. CEP 69310-
000 - Aeroporto. Boa Vista, Roraima, Brasil.
pssilva2008@gmail.com