



UNIVERSIDADE FEDERAL DO NORTE DO TOCANTINS - UFNT  
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE ARAGUAÍNA  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO MESTRADO ACADÊMICO EM DEMANDAS  
POPULARES E DINÂMICAS REGIONAIS – PPGDIRE

Patrick Andrade Arrivabene

Desenvolvimento intra-urbano desigual: uma leitura sobre os indicadores das  
unidades básicas de saúde da cidade de Araguaína/Tocantins

Araguaína – TO  
2025

Patrick Andrade Arrivabene

Desenvolvimento intra-urbano desigual: uma leitura sobre os indicadores das unidades básicas de saúde da cidade de Araguaína/Tocantins

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais - PPGDIRE da Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT), como requisito à obtenção do grau de Mestre em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais em sua forma final pela orientadora e pela Banca Examinadora.

**Área de Concentração:** Planejamento Urbano e Regional/Demografia.

**Subárea de Concentração:** Demandas Populares e Dinâmicas Regionais.

**Linha de Pesquisa:** Vulnerabilidade e Dinâmicas Regionais.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Pacífico Filho.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lilyan Luizaga de Monteiro

Araguaína – TO

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Geração de Ficha Catalográfica SGFC-UFNT  
**Gerado automaticamente mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

A777d Arrivabene, Patrick.

Desenvolvimento intra-urbano desigual: uma leitura sobre os indicadores das unidades básicas de saúde da cidade de Araguaína/Tocantins / Patrick Arrivabene. - Centro de Ciências Integradas - CCI, TO, 2025.

138 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) (Pós-Graduação - Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais - PPGDire) -- Universidade Federal do Norte do Tocantins, 2025.

Orientador: Miguel Pacífico Filho.

Coorientadora: Lilyan Luizaga de Monteiro.

1. Saúde urbana. 2. Território e saúde. 3. ~~Indicadores~~  
Sociodemográficos. **CDD 900**

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Patrick Andrade Arrivabene

Desenvolvimento intra-urbano desigual: uma leitura sobre os indicadores das unidades básicas de saúde da cidade de Araguaína/Tocantins

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT) - Campus Universitário de Araguaína, Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais - PPGDIRE da. Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Planejamento Urbano e Regional/Demografia, tendo como subárea Demandas Populares e Dinâmicas Regionais e aprovada em sua forma final pela orientadora e pela

Data de Aprovação: 09/03/2023

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Miguel Pacífico Filho – UFNT/PPGDire (Orientador)

---

Profa. Dra. Lilyan Luizaga de Monteiro – UFNT (Coorientadora)

---

Prof. Dr. Frederico Lago Burnett – UEMA (Examinador)

---

Prof. Dr. João de Deus Leite – UFNT (Examinador)

*Dedico esta dissertação primeiramente a Deus. Aos meus familiares, sobretudo meus pais, que foram meus apoios principais em toda essa jornada, nunca me deixando duvidar de que seria possível e sempre compreendendo cada etapa desse longo processo. Ao meu irmão, que sempre foi meu espelho de dedicação aos estudos e um dos maiores incentivadores para concluir essa jornada. À minha tia, que desde sempre foi referencia como pesquisadora e docente, despertando em mim o desejo de trilhar esse árduo, mas gratificante caminho acadêmico. A todos esses meus mais sinceros agradecimentos pela força e pela motivação, os quais me trouxeram até aqui. Tudo foi por vocês.*

## AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi um presente concedido por Deus, Ele foi e sempre será a direção em todas as áreas da minha vida. Alcançar a conclusão de um mestrado foi talvez o caminho mais árduo que eu enfrentei na vida. Uma mudança repentina de cidade em busca dos meus sonhos me trouxe inúmeros obstáculos. A saudade da família, a experiência de se morar sozinho e a conciliação de uma jornada dupla de trabalho com a dedicação à vida acadêmica fizeram com que pessoas incríveis fossem meu suporte e nunca me deixassem desistir. Não teria como finalizar todo esse processo sem agradecer a cada um que se fez presente, são para vocês meus agradecimentos:

Pai e Mãe (Seu Cláudio e Dona Arleide), essa conquista foi para vocês, que nunca mediram esforços para me proporcionar uma boa educação, pois sabiam que essa era a chave para um futuro estável e confortável. Saber que vocês abriram mão de todo um plano de vida, abriram mão de estudar, de economias que lhes trariam um momento de viagem, férias e outras coisas. Tudo isso para investir no meu futuro e do meu irmão (Rafael). Sempre tive comigo que um dia iria retribuir tudo isso por vocês, e graças ao nosso bom Deus estamos colhendo essas bênçãos. O título de mestre vai muito além de um diploma, para nós ele é uma colheita de uma vida. Para vocês eu só tenho a agradecer todo amor, orações e conselhos, que foram essenciais para chegar aqui, eu amo vocês.

Professora Sabrina, sem dúvidas, o dom da docência está em você. Você foi professora, quando precisou ser, você foi amiga quando precisou ser, você foi dura quando precisou ser (a nossa conversa na biblioteca do IFTO kk) e foi minha “MÃE” em todas as dificuldades que passei. Também agradeço aos professores Miguel e Lilyan, que de pronto se propuseram a assumir minha orientação de última hora, minha gratidão a vocês.

À coordenação do PPGDire na pessoa do professor João e professora Thelma, que sempre se fizeram presentes e preocuparam-se com toda minha jornada, dando-me todo apoio e conforto psicológico para eu conseguisse focar no meu objetivo.

A todas as pessoas que de certa forma contribuíram para que eu seguisse firme no propósito, como meu amigo de trabalho e irmão que Araguaína me deu (Alvaro Rodrigo). Esse cara “comprou a briga” de finalizar esse mestrado comigo, ajudou-me

a fazer tabelas, cálculos, formatações, tabulações e me deu motivação para chegar aqui.

Agradeço também à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) pela disponibilidade de dados e pela prontidão em ajudar quando foram solicitados; a Secretaria do Planejamento de Araguaína (local no qual estou lotado) na pessoa do secretário André Ribeiro, pela disponibilidade e pela flexibilidade para que eu tivesse condições de alcançar o término dessa etapa.

E é com todos os citados que divido esta conquista... Deus jamais me desamparou, e a Ele eu agradeço a benção de ser Seu filho. Obrigado Senhor Jesus!

## RESUMO

As desigualdades socioeconômicas que marcam a sociedade brasileira manifestam-se de forma evidente também no espaço urbano, onde condições desiguais de infraestrutura, serviços e oportunidades se traduzem em modos diferenciados de viver e de adoecer. Compreender como essas disparidades se articulam à organização territorial da Atenção Primária em Saúde (APS) torna-se fundamental, sobretudo porque as Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem o principal elo entre a população e o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar a homogeneidade ou não dos indicadores sociodemográficos nos territórios de saúde das UBS de Araguaína/TO, considerando a perspectiva do desenvolvimento intra-urbano desigual. Para isso, foram definidos como objetivos específicos: (i) examinar a constituição das áreas de abrangência das UBS, relacionando número de residências, habitantes, bairros atendidos e porte das unidades; (ii) identificar zonas de vulnerabilidade socioespacial a partir do cruzamento dos indicadores; e (iii) localizar áreas de concentração e rarefação sociodemográfica que expressem contradições na rede local de saúde. Esses objetivos respondem à pergunta de pesquisa: Como se comportam os indicadores sociodemográficos nos territórios de saúde das UBS de Araguaína, considerando a dinâmica intra-urbana desigual da cidade? O aporte teórico fundamentou-se nas concepções de território de Raffestin, Santos e Haesbaert, compreendendo-o como construção social e espaço de relações de poder; nas abordagens de saúde urbana; e nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que permitem relacionar vulnerabilidades sociais, condições ambientais e organização dos serviços. Metodologicamente, a pesquisa adotou o método dialético, articulando processos sociais e espaciais; o método estatístico, por meio da tabulação e análise de dados secundários; e o método observatório, com registros fotográficos dos territórios. Os dados foram obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), compilados em planilhas e sistematizados por territórios de UBS. Os resultados mostraram que Araguaína apresenta expressivas desigualdades intra-urbanas, evidenciadas por diferenças na infraestrutura urbana, escolaridade, renda, composição racial, padrões habitacionais e dinâmica de ocupação. Territórios periféricos e rurais, como os vinculados às UBS Manoel dos Reis, Ponte, Novo Horizonte e Bairro de Fátima, concentram maiores vulnerabilidades, enquanto áreas centrais e consolidadas, como as da UBS José Ronaldo e Dr. Francisco, exibem melhores condições socioespaciais. Embora os dados não permitam mensurar diretamente o acesso efetivo aos serviços, evidenciam desigualdades que moldam as possibilidades de uso da APS e expressam a relação entre território, saúde e desenvolvimento urbano.

**Palavras-Chave:** Saúde urbana. Território e saúde. Indicadores Sociodemográficos. Vulnerabilidade e saúde.

## ABSTRACT

*Socioeconomic inequalities that shape Brazilian society are also visibly expressed in the urban space, where unequal conditions of infrastructure, services, and opportunities translate into differentiated ways of living and experiencing illness. Understanding how these disparities intersect with the territorial organization of Primary Health Care (PHC) is essential, especially because Basic Health Units (UBS) constitute the primary link between the population and the Brazilian Unified Health System (SUS). In this context, the general objective of this research was to analyze the homogeneity or heterogeneity of sociodemographic indicators within the health territories of UBS in Araguaína, Tocantins, considering the perspective of unequal intra-urban development. To achieve this, the following specific objectives were established: (i) to examine the configuration of the UBS coverage areas, relating the number of households, inhabitants, neighborhoods served, and unit size; (ii) to identify zones of socio-spatial vulnerability based on the intersection of indicators; and (iii) to locate areas of sociodemographic concentration and dispersion that reveal contradictions within the local health network. These objectives respond to the research question: How do sociodemographic indicators behave within the health territories of the UBS in Araguaína, considering the city's unequal intra-urban dynamics? The theoretical framework was grounded in the conceptions of territory by Raffestin, Santos, and Haesbaert - understood as a social construct and a space shaped by power relations - alongside approaches in urban health and the Social Determinants of Health (SDH), which make it possible to relate social vulnerabilities, environmental conditions, and service organization. Methodologically, the study employed the dialectical method to articulate social and spatial processes; the statistical method to tabulate and analyze secondary data; and the observational method, including photographic records of the territories. Data were obtained from the Municipal Health Secretariat (SEMUS), organized in spreadsheets, and systematized by UBS territories. The results indicate that Araguaína exhibits significant intra-urban inequalities, reflected in contrasts in urban infrastructure, educational levels, income, racial composition, housing patterns, and territorial occupation. Peripheral and rural territories - such as those served by the UBS Manoel dos Reis, Ponte, Novo Horizonte, and Bairro de Fátima - concentrate greater vulnerabilities, whereas more central and consolidated areas, such as those of UBS José Ronaldo and Dr. Francisco, present better socio-spatial conditions. Although the data do not allow for a direct measurement of effective access to services, they reveal inequalities that shape the potential use of PHC and highlight the interplay between territory, health, and urban development.*

**Keywords:** *Urban health. Territory and health. Sociodemographic indicators. Vulnerability and health.*

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Modelo de DSS adotado pela OMS .....	40
Figura 2 - Linha temporal de inauguração das UBS.....	51
Figura 3 - Área de atenção das UBS.....	52
Figura 4 - Gráfico da espacialização dos usuários por renda em cada território de saúde (2020) .....	67
Figura 5 - Gráfico da espacialização dos usuários por raça em cada território de saúde .....	96
Figura 6 - Gráfico da espacialização da escolaridade por território de saúde (2020).....	113

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Crescimento populacional de Araguaína.....	44
Tabela 2 - Tipos de acesso às moradias.....	58
Tabela 3 - Renda por faixa de salário mínimos das residências dos setores compreendidos pela cobertura das UBS.....	64
Tabela 4 - Renda por faixa de salário mínimos das residências dos setores compreendidos pela cobertura das UBS.....	65
Tabela 5 - Renda por faixa de salário mínimos das residências dos setores compreendidos pela cobertura das UBS.....	66
Tabela 6 - Tipo de coleta de lixo nas áreas de abrangência das UBS.....	70
Tabela 7 - Escoamento do esgoto nas áreas de abrangência das UBS.....	75
Tabela 8 - Escoamento do esgoto nas áreas de abrangência das UBS.....	77
Tabela 9 - Escoamento do esgoto nas áreas de abrangência das UBS.....	79
Tabela 10 - Cobertura de energia elétrica nos territórios de saúde das UBS.....	85
Tabela 11 - Cobertura de rede de água nos territórios de saúde das UBS.....	87
Tabela 12 - Tipos de domicílio nos anos de recorte.....	90
Tabela 13 - Comparativo do número de domicílios cadastrados com o número de domicílios registrados SISLOC.....	93
Tabela 14 - Caracterização do usuário nos territórios de saúde das UBS por raça (2020).....	95
Tabela 15 - Faixa etária dos usuários sexo feminino (2018).....	98
Tabela 16 - Faixa etária dos usuários sexo feminino (2019).....	98
Tabela 17 - Faixa etária dos usuários sexo feminino (2020).....	100
Tabela 18 - Faixa etária dos usuários sexo masculino (2018).....	102
Tabela 19 - Faixa etária dos usuários sexo masculino (2019).....	103
Tabela 20 - Faixa etária dos usuários sexo masculino (2020).....	104
Tabela 21 - Escolaridade dos indivíduos de cada território de saúde (2018).....	107
Tabela 22 - Escolaridade dos indivíduos de cada território de saúde (2019).....	109
Tabela 23 - Escolaridade dos indivíduos de cada território de saúde (2020).....	111
Tabela 24 - Comparativo do número de usuários cadastrados com o número de habitantes registrados SISLOC.....	115

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Mapa das Regiões da Saúde do Tocantins.....	25
Mapa 2 - Mapa de localização do município de Araguaína.....	44
Mapa 3 - Território de saúde abrangido por cada UBS .....	53

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Níveis de atenção do sistema de saúde.....	23
Quadro 2 - Fonte dos dados utilizados.....	47
Quadro 3 – Relação entre os indicadores e a evidenciação do desenvolvimento intra-urbano .....	48
Quadro 4 - Resumo das características das UBS .....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

% - Porcentagem.

**AB** – Atenção Básica.

**ABS** – Atenção Básica de Saúde.

**APS** – Atenção Primária a Saúde.

**APS** – Atenção Primária de Saúde.

**CEIS** – Complexo Economico e Industrial de Saúde.

**CF**- Constituição Federal.

**CNDSS** – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde

**DSS** – Determinantes Sociais de Saúde.

**ESF** – Estratégia Saúde da Família.

**FSE** – Fundo Social de Emergencia.

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**LOS** – Lei Organica de Saúde.

**NOBS** – Normas Operacionais Básicas do SUS.

**OMS** – Organização Mundial da Saúde.

**OPAS** – Organização Panamericana de Saúde.

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

**PROESF** – Projeto Expansão e Consolidação da Saúde da Família.

**PSF** – Programa de Saúde Familiar.

**RAS** – Rede de Atenção a Saúde.

**SEMUS** – Secretaria Municipal de Saúde

**SEPLAN** – Secretaria do Planejamento.

**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica.

**SUS** – Sistema Único de Saúde.

**UBS** – Unidade Básica de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)</b> .....	<b>22</b>
1.1 Descentralização, desenvolvimento intra-urbano desigual e regionalização em saúde .....	22
1.2 Assistência Básica de Saúde (ABS) e território.....	29
<b>2 PLANEAMENTO INTRA-URBANO DESIGUAL E DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE</b> .....	<b>32</b>
2.1 Planejamento intra-urbano desigual.....	32
2.2 Determinantes Sociais de Saúde (DSS).....	34
<b>3 TRILHAS E MÉTODOS: A ARQUITETURA DO PERCURSO INVESTIGATIVO</b> .	<b>43</b>
3.1 Local da pesquisa: Araguaína, Tocantins.....	43
3.2 Desenho do estudo e amostragem no banco de coleta de dados.....	46
3.3 Análise dos dados .....	49
<b>4 QUANDO OS DADOS TOMAM FORMA: HORIZONTES PRELIMINARES E DIÁLOGOS</b> .....	<b>51</b>
4.1 Caracterização das Unidades Básicas de Saúde (UBS).....	51
4.2 Caracterização das áreas de atenção básica das UBS .....	54
4.3 Caracterização sociodemográfica dos territórios compreendidos nas áreas de abrangência das UBS .....	57
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>117</b>
5.1 Trabalhos futuros .....	118
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>120</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>125</b>
Apêndice 1 - Relatório fotográfico das UBS .....	125

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele contempla desde um simples atendimento ambulatorial até mesmo a procedimentos supercomplexos como o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para a população brasileira. Amparado por um conceito novo e ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, para assumir o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de cidadãos brasileiros. Além de oferecer serviços básicos como: consultas, exames e internações, o Sistema também é promotor de campanhas de vacinação e de ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos –, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros.

Foi com base nessa nova visão de saúde adotada pelo SUS que se deu início ao processo de descentralização da saúde, que deslocou o foco de uma organização predominantemente regional para uma abordagem ancorada nos territórios de vida e produção social. O território é um espaço que sempre tem um limite distinto, que pode ser político-administrativo ou resultado de uma ação de um determinado grupo social. Internamente, possui uma identidade uniforme que depende de sua construção. Tal termo trata-se de um lugar importante, porque é onde as políticas públicas sociais são promulgadas, e os cidadãos exercem seu poder de ação na criação de soluções para os problemas e as necessidades de suas comunidades locais. O território é criado por situações históricas, ambientais e sociais que se conjugam para promover condições específicas produtoras de doenças.

No âmbito desta pesquisa, o território é compreendido em duas dimensões complementares. A primeira é a dimensão institucional, definida pelos limites político-administrativos e pelas identidades territoriais reconhecidas pelo Estado, fundamentais para a organização das políticas públicas. A segunda é a dimensão técnico-operacional adotada pelo SUS, na qual o território funciona como um mecanismo de articulação entre população, serviços e necessidades de saúde, orientando o planejamento, a alocação de recursos e a territorialização da atenção básica.

Para além dos conceitos de território e descentralização, torna-se imprescindível discutir como as técnicas de apresentação e construção das Unidades

Básicas de Saúde (UBS) dialogam – ou deixam de dialogar – com as dinâmicas intra-urbanas e com os princípios estruturantes do SUS. As Diretrizes Técnicas para Apresentação de Projetos e Construção de UBS, publicadas pelo Ministério da Saúde, estabelecem parâmetros voltados à qualidade arquitetônica, à funcionalidade dos ambientes, à racionalização de métodos construtivos e à integração das unidades ao tecido urbano. Tais critérios demonstram uma preocupação em assegurar estruturas eficientes, acessíveis e capazes de responder às demandas populacionais, ao mesmo tempo em que buscam uniformizar procedimentos técnicos e acelerar a execução das obras. Contudo, embora essas diretrizes configurem um avanço normativo, impõe-se problematizar sua efetividade diante das especificidades territoriais concretas, pois a mera observância de requisitos técnicos não garante, por si só, que a UBS se insira adequadamente nas dinâmicas socioespaciais do bairro onde será implantada.

Nesse sentido, a territorialização, compreendida como processo de leitura, análise e intervenção sobre o território, suas populações e fluxos, assume papel de relevo para orientar o planejamento e a distribuição das UBS. A literatura aponta que o discurso da territorialização deveria operar como mecanismo contínuo de monitoramento, capaz de retroalimentar práticas de gestão e de avaliação do SUS, sobretudo quando articulado às universidades e instituições de pesquisa, que possuem capacidade técnica para produzir diagnósticos qualificados. Entretanto, a experiência concreta dos municípios evidencia descompassos importantes entre o discurso e a prática: a distribuição das UBS muitas vezes reflete desigualdades históricas, dinâmicas imobiliárias e padrões de expansão urbana que não necessariamente convergem com as necessidades reais da população.

No caso específico de Araguaína/TO, a territorialização das UBS evidencia dinâmicas que impactam diretamente o acesso da população aos serviços de saúde. A disposição das unidades no espaço urbano, sua relação com as centralidades, a presença de vazios urbanos, barreiras físicas e os padrões de mobilidade demonstram que o desenvolvimento desigual da malha urbana tende a refletir-se também em um acesso desigual ao SUS. Assim, a análise da territorialização, quando articulada às diretrizes técnicas de construção das UBS e às particularidades socioespaciais de Araguaína, torna-se fundamental para compreender como o atual arranjo dessas unidades interfere na efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade que estruturam o sistema de saúde brasileiro.

Ao examinar a saúde de uma população, é necessário compreender seu território básico. Isso porque o território funciona como um mecanismo de interação população-serviço no nível local, também, fornecendo informações sobre os problemas de saúde da população e quaisquer serviços que possam ajudá-los.

O território de um profissional de saúde não é apenas uma grande área; é também um lugar com muitas outras características, é uma área que deve ser visualizada por profissionais de saúde e gestores na tentativa de solucionar problemas específicos de saúde de uma determinada população. Essas questões incluem problemas específicos de saúde, de demografia, de epidemiologia, de sistemas administrativos, de avanços tecnológicos e de sistemas políticos. Desse modo, este território é um local onde se podem observar as tendências sociais, culturais e tecnológicas.

Essas diversas características que influenciam, na saúde, são a premissa base da saúde urbana, que, por sua vez, compreende fatores que impactam na saúde, incluindo até aqueles que não tem origem no campo da saúde. O conceito de saúde urbana acrescenta que, para as populações que vivem em ambientes urbanos, a saúde pode ser influenciada por determinantes globais, nacionais e locais (CAIAFFA, 2015).

Associado a esse conceito, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que em si são os fatores sociais, econômicos, culturais e etc. que influencia nos problemas de saúde (CNDSS, 2008). Nota-se que saúde urbana e DSS estão diretamente ligados, e eles formam uma base teórica para discussão de saúde pública.

É nessa toada que surge a necessidade dos estudos sobre a temática, em que se insere a importância dos indicadores sociodemográficos, evidenciados pelo IBGE (2009).

Os indicadores ora apresentados evidenciam as múltiplas realidades sociais presentes no País, das quais a saúde constitui uma faceta, e contribuem para a formulação de políticas e programas que visem à melhoria das assimetrias em saúde, em consonância com as diferenças demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. (IBGE, 2009).

Relacionando saúde urbana e indicadores sociodemográfico que surgem as diversas faces do contexto social, facilitando evidenciar a vulnerabilidade dos grupos populacionais e os fatores que estes impõem sobre a sociedade. A importância de tal

pesquisa se dá na relação aos aspectos acima citados, possibilitando levantar resultados e questionamentos sobre diversas causas sociais do território urbano.

No contexto da saúde urbana, a análise de indicadores sociodemográficos permite identificar variadas dimensões do tecido social, evidenciando condições diferenciadas de acesso, exposição a riscos e capacidades de resposta entre os grupos populacionais. É nesse cenário que surge conceito de vulnerabilidades, entendido como o conjunto de fragilidades sociais, econômicas, ambientais e institucionais que ampliam a suscetibilidade de indivíduos ou comunidades a adoecer e a enfrentar dificuldades no acesso aos serviços essenciais, incluindo a saúde. Tais vulnerabilidades não se limitam às condições materiais, mas abrangem também fatores territoriais, como precária infraestrutura urbana, segregação socioespacial, limitações de mobilidade e desigual distribuição de equipamentos públicos.

Portanto, a relevância deste estudo decorre exatamente da articulação entre esses elementos, ao relacionar saúde urbana, indicadores sociodemográficos e o mapeamento das vulnerabilidades no território. Esse enfoque possibilita identificar desigualdades, compreender como elas se expressam na dinâmica intra-urbana e levantar evidências sobre causas sociais que impactam o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Ao incorporar a noção de vulnerabilidade no desenho metodológico, amplia-se a capacidade analítica de captar as especificidades locais e de problematizar como diferentes grupos populacionais são afetados pelas condições urbanas e pela distribuição das Unidades Básicas de Saúde no município.

Com o plano central de conhecer os territórios de saúde e suas relações, ainda que aproximadas com os indicadores sociodemográficos, promoveram-se a identificação e a discussão dos indicadores, a influência destes no contexto dos territórios da saúde e, por fim, a suas ligações com as vertentes de vulnerabilidades dos territórios estudados.

Os arranjos selecionados para a realização da pesquisa em questão foram os serviços de atenção básica de saúde e a ligação com os indicadores sociodemográficos do local. Como efeito instigador, construção analítica e elemento condutor da reflexão do estudo desenvolvido, denominou-se a pergunta de pesquisa norteadora: Como se comportam os indicadores sociodemográficos nos territórios de saúde das UBS em Araguaína/Tocantins, não perdendo de vista a discussão sobre desenvolvimento intra-urbano desigual?

Neste sentido, este trabalho parte da hipótese de que cada território de saúde apresenta uma configuração socioespacial própria, cujas particularidades podem ser apreendidas por indicadores como distribuição populacional, renda, escolaridade, infraestrutura urbana, tempo de deslocamento e densidade de equipamentos públicos, elementos que permitem captar condições de acesso e potenciais fragilidades que influenciam o desempenho da atenção básica. Mais do que identificar uma peculiaridade específica, busca-se compreender como diferentes combinações desses indicadores refletem situações de vulnerabilidade no território urbano, entendidas como desigualdades que afetam a capacidade da população de usufruir plenamente dos serviços de saúde. Assim, em vez de afirmar previamente a existência de um serviço primário de qualidade ou de sua insuficiência, esta pesquisa propõe analisar em que medidas tais indicadores permitem aproximar-se dessa avaliação, reconhecendo que os dados disponíveis não são suficientes para comprovar ou refutar integralmente essa relação, mas fornecem subsídios relevantes para compreender como o contexto socioespacial condiciona o acesso e a efetividade da atenção básica no âmbito do SUS.

A propósito de fundamentar e oferecer repertório teórico, selecionou-se um arcabouço teórico baseado em estudos, em pesquisas e em teorias, permitindo, assim, o alcance dos objetivos almejados.

A organização do arcabouço teórico desta pesquisa considerou a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua diretriz de territorialização, articulando-as à forma como essa política se materializa na atenção básica de Araguaína. Para isso, recorreram-se às teorias do território, notadamente as abordagens de Raffestin, Santos e Haesbaert, que compreendem o território como construção social, espaço de relações de poder e articulação entre técnica e vida cotidiana, bem como os referenciais de saúde urbana e aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que permitiram fundamentar e orientar as análises desenvolvidas ao longo do estudo.

Aprofundando na temática de territorialização, os estudos relacionados à configuração do cenário urbano, que geralmente não desempenham grandes focos nas pesquisas, uma vez que não, “não tratam o urbano como totalidade, mas sim em partes setoriais.

A busca por um estudo centrado na totalidade do espaço urbano abriu margem para diversas discussões, entre elas as dinâmicas que o compõem e o

desenvolvimento desigual de um espaço nas divisões de seus territórios. É nessa toada que as contribuições do espaço intra-urbano, abordagem essa que leva em consideração entre outros fatores, a organização, a funcionalidade e o desenvolvimento do espaço.

Dentre alguns estudos relacionado ao tema, Roberto Corrêa (1989) analisou o espaço e os processos que o moldam, gerando em sua teoria seis grandes temas, destacando-se: “a dinâmica espacial da segregação”. Tal temática traz base teórica para o estudo em questão, uma vez que suas contribuições incidem diretamente no objeto.

Conceitualmente, segundo José Pinto (2009), o espaço intra-urbano das cidades é uma interpretação conjunta, com clareza de detalhes do dinamismo das diferentes dimensões urbanas, entre elas as dimensões sociais, econômicas, saúde, educação e outros. Cabe ressaltar que o parâmetro intra-urbano é designado não somente para bairros, mas para cidades, estados, e até mesmo países.

Desse modo, o espaço se define principalmente como um conjunto das relações sociais do passado e do presente, as quais se firmam por meio de processos e de funções. De acordo com Milton Santos (1978), este é um momento do mundo, “de um modo de produção”. Ressalta-se que, para compreender o espaço urbano, é necessário analisar a composição urbana e seu crescimento, como a relação das políticas de planejamento, assim como o intra-urbano.

Segundo Villaça (1998), o espaço intra-urbano seria o estudo do arranjo intenso dos espaços urbanos. Dessa forma, o estudo do espaço urbano pode-se explicar as formas urbanas, sendo em uma dessas o caso dos bairros, onde designa as direções de crescimento, a forma espacialização urbana, a verticalização, densidades, vazios urbanos entre outros.

Nesses moldes, as relações do espaço intra-urbano possibilitaram as discussões e sustentou os objetivos da pesquisa. Para tanto, elencaram-se os objetivos, geral: Analisar a homogeneidade ou não dos indicadores sociodemográficos nos territórios de saúde das UBS de Araguaína/Tocantins, não perdendo de vista a perspectiva do desenvolvimento intra-urbano desigual; sendo os específicos: Analisar o modo como se deu a constituição das áreas de abrangência das UBS de Araguaína/Tocantins, considerando as seguintes variáveis “número de residências”, “números de habitantes”, “número de bairros atendidos” e “porte da UBS”; Identificar

zonas de vulnerabilidade socioespacial, nessas áreas de abrangência das UBS de Araguaína/Tocantins, promovendo uma leitura cruzada com os indicadores sociodemográficos; Identificar zonas de concentração e de rarefação dos indicadores sociodemográficos, de modo a mostrar como essas zonas acabam por expor as contradições na rede de política pública de saúde em Araguaína/Tocantins, considerando a maneira como a questão intra-urbana é apropriada na formação dessas áreas de abrangências das UBS

Diante dessa disposição, categorizou-se o estudo por meio do conhecimento profissional e das visões adquiridas no decorrer do tempo dedicados aos estudos no campo do planejamento urbano. Graduado em engenharia civil, no ano de 2021, assumi o cargo de engenheiro civil efetivo do município de Araguaína, lotado na secretaria do planejamento, essa condição profissional acabou por nos proporcionar uma visão multifacetada do planejamento urbano, o que agregou a visão da infraestrutura aos campos sociais.

No primeiro contato com o programa, optou-se pela junção dos aspectos de saúde às obras de engenharia da cidade em questão, o que, posteriormente, ao aprofunda-se nos estudos sobre a área, chegou-se à temática do desenvolvimento intra-urbano relacionados aos indicadores sociodemográficos de Araguaína. Para tal temática, organizou-se uma dinâmica de estrutura que proporcionasse a melhor exploração do assunto no campo das ciências sociais aplicadas.

Desse modo, foi categorizado a idealização do território de saúde, por meio de uma organização pela abrangência dos bairros em que cada UBS exerce seus cuidados e serviços. Cabe ressaltar ainda que a organização do trabalho se estrutura em 4 capítulos, sendo eles: Capítulo 1, responsável pela concepção do SUS e seus aspectos de território; Capítulo 2: Desigualdade, Iniquidades e Determinantes Sociais de Saúde; Capítulo 3: Materiais e Metodologia; e Capítulo 4: Resultados Preliminares e Discussão.

## **1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

### **1.1 Descentralização, desenvolvimento intra-urbano desigual e regionalização em saúde**

Em 1986, a efetividade do Sistema Único de Saúde no Brasil foi amplamente debatida em uma conferência nacional de saúde em Brasília, durante o processo de redemocratização do país e concomitante à construção da Constituição de 1988. A Lei Orgânica da Saúde, regulamentada pela lei 8.080/90, define objetivos, ações e princípios para o sistema de saúde. Para operacionalizar e organizar o SUS, foram criadas as NOBS (Normas Básicas Operacionais de Saúde) (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016).

Essas regras regem a forma como se dá a coordenação da gestão da saúde pública de acordo com os padrões estabelecidos pela Constituição da República do Brasil. Este documento define quais agências governamentais têm jurisdição sobre áreas específicas de competência e responsabilidades, e complementarmente, são estabelecidos critérios de compartilhamento e distribuição de recursos financeiros (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

O artigo 4º da Lei Federal nº 8.080/90 expõe o SUS como as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições da Administração Direta ou Indireta da União, dos Estados e dos Municípios. Já no artigo 199, parágrafo 1º da Constituição já era admitido que aqueles que firmam convênios ou contratos com instituições de direito público do SUS, sem deixar de lado suas regras e princípios, também integram o Sistema Único de Saúde, sendo esses entes privados que em parceria com o poder público passam a compor o SUS.

Desse modo, pode-se afirmar que o SUS abrange desde os órgãos que integram os próprios estados e até mesmo os entes municipais, incluindo também as pessoas privadas que celebram parcerias e contratos com o Poder Público para executar serviços públicos de saúde.

Segundo Aith (2007), no qual elucida que o SUS organiza-se como um sistema, composto de organização interna que se mantém equilibrada pelo direito positivo (instituído pela Constituição e com órgãos colegiados de deliberação) e representa uma situação jurídica permanente. Explica-se também que o SUS representa 75% do

Sistema de Saúde brasileiro, compondo-se em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário (conforme Quadro 01 a seguir), tendo em vistas que no setor terciário, em torno de 80% dos equipamentos são não-públicos.

Quadro 1 - Níveis de atenção do sistema de saúde

Nível de atenção	Função	Equipamento de execução
<b>Atenção Primária</b>	Porta de entrada do SUS: Consultas de baixa complexidade, cuja intervenção é a profilaxia de agravos à saúde. A educação em saúde junto à comunidade com o estabelecimento de atenção aos grupos estratégicos como Saúde na escola, visitas domiciliares, etc.	Unidade Básica de Saúde (UBS)
<b>Atenção Secundária</b>	Atendimentos às médias complexidades, com intervenção às morbidades passíveis de internações hospitalares. Nesse nível há maior custo que a atenção primária e envolve a intervenção de um serviço especializado, ora classificado como urgências.	Unidade de Ponto Atendimento (UPA); Ambulatórios de Especialidades; Hospitais de Pequeno Porte; Hospitais de Baixa complexidade.
<b>Atenção Terciária</b>	Neste nível, cuja complexidade é a maior e referência ao nível secundário, pois há o emprego de tecnologias e especialidades de maiores custos para manutenção dos sinais vitais do indivíduo atendido.	Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU); Hospitais de Alta Complexidade; Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

FONTE: SIAB (2019) – Adaptado Pelo Autor

A divisão em níveis anteriormente citadas demonstrou a nova proposta do sistema de saúde brasileiro, que reorganizou os serviços oferecidos, que antes eram descentralizados por meio do processo de regionalização. No entanto, o andar da Atenção Básica mudou isso ao centralizar os serviços e uni-los como um só (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Para entender a organização dos SUS, é necessário compreender as questões de território, espaço e região, principalmente quando esses elementos se voltam para o contexto da saúde, que por sua vez abrem discussões acerca do que cada um compreende e como se comportam no contexto social da saúde brasileira.

Inicialmente, é preciso chamar a atenção para o fato de que os territórios são diferentes dos espaços. O conceito de território implica claramente uma dimensão espacial. No entanto, no âmbito geográfico existem diferentes visões sobre a

prioridade (ou não) do espaço associado ao território (HAESBAERT, 2009). Assim, por um lado, existem pensamentos que o espaço é uma primeira propriedade, precedendo o território, como uma segunda natureza.

Território não é espaço, mas se trata de uma produção social a partir de um determinado espaço (RAFFESTIN, 1993). Por outro lado, há o argumento contrário, segundo o qual o espaço não precede o território, pois, como este, também se trata de uma produção da sociedade. O território difere do espaço pelo estagnamento no nível político (principalmente estatal) deste espaço em questão (LEFEBVRE, 1991).

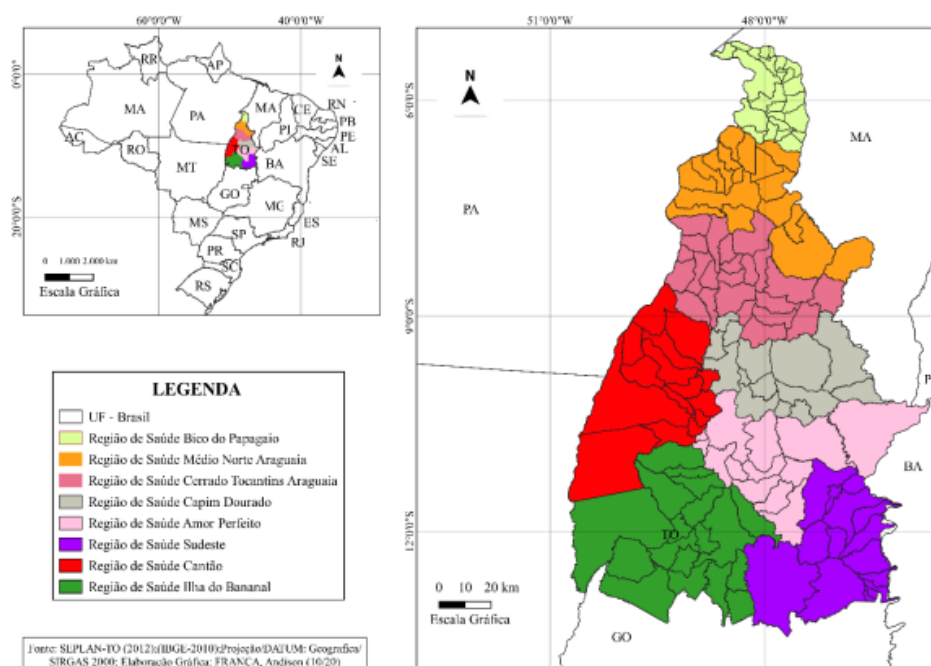
O território e a territorialidade relacionam-se com a espacialidade humana. A geografia enfatiza a materialidade do território, incluindo a interação da sociedade e do meio ambiente. Desse modo, o conceito de território pode ser entendido como um sistema geoespacial de interação entre objetos e ação - no sentido de Milton Santos (HAESBAERT, 2004). No entanto, há uma dimensão essencial no conceito de território, a política.

É seguindo tal dimensão que o território é visto mais como um sistema de objetos e atores localizados, ao contrário da visão de interações, memória compartilhada e projeções. Todavia, é o que acontece entre os atores, agentes e sujeitos do território (a exemplo do país, das classes sociais), no contexto dos processos organizacionais, comunicação e cooperação. Desse modo, o território começa a ser definido por relações políticas, lembrando que há relações entre atores, agentes, sujeitos e objetos (HAESBAERT, 2004).

Consequentemente, a regionalização já abrange um contexto macro, onde engloba o território e todas suas relações estabelecidas, que, ao contexto da saúde, envolve os diversos níveis ~~de saúde~~, ampliando os serviços para que possa incluir outros níveis de atenção como os serviços de atenção domiciliar (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Levando em consideração tal conceito, o estado do Tocantins é subdividido em regiões de saúde. Como exposto no Mapa 1 abaixo:

Mapa 1 - Mapa das Regiões da Saúde do Tocantins



**FONTE:** SEPLAN-TO (2012)

Destaca-se a região em amarelo, denominada “médio norte Araguaia”, onde tem como polo principal o município de Araguaína, recorte espacial do presente estudo. Em Araguaína, há instituições que oferecem serviços nas variadas especialidades, e advém da atenção básica à saúde, existindo 20 Unidades Básicas de Saúde distribuídas nos bairros do município, nelas atuam cerca 45 equipes de saúde da família. Também existem as instituições das gestões estadual, federal e particular, como: Hospital de Doenças Tropicais (HDT) e Hospital Regional (SEMUS, 2020).

Compreende-se que o processo de regionalização parte do desenvolvimento desigual da região, que marca as desigualdades nos territórios, e desse mesmo modo, cada região desenvolve uma necessidade de assistência, o que induz ao sistema de saúde organizar-se de forma a atender todos os territórios das regiões, utilizando-se de subdivisões.

É baseado nesses níveis de subdivisões do sistema de saúde que organizacionalmente o SUS detém eixos estruturantes, onde cinco são considerados os mais importantes: precedência da gestão pública; alcance dos direitos assistenciais dos usuários; territorialização; descentralização político-administrativa e

financiamento compartilhado entre os entes federados. Também é importante o financiamento compartilhado entre os entes federados, a fim de fortalecer a relação democrática entre o Estado e a sociedade civil. O financiamento compartilhado também ajuda a promover a participação popular, o controle social, a avaliação e monitoramento de resultados, a qualificação de recursos humanos e de informação, bem como a valorização do controle social. Por fim, o reconhecimento do território é necessário para mapear informações sobre um território, se fazendo necessário para o reconhecimento de fatores epidemiológicos, populacionais e determinantes da atenção à saúde (GONDIM; MONKEN, 2018).

O SUS preconiza diversas estratégias de territorialização como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas abordagens ajudam a criar práticas de saúde e processos de trabalho organizados ao considerar os limites do espaço. Utilizar o território como uma metáfora de gestão tem consequências drásticas para a compreensão do mundo físico.

Limita a compreensão das pessoas sobre o mundo natural a uma unidade administrativa independente, porém essa metáfora sacrifica o potencial de identificação e resolução de problemas de saúde em favor da organização de eventos e avaliação de seu acesso imediato ao cuidado. Com esta metáfora, perde-se o conceito de espaço; é substituído por uma abordagem dupla de planejamento e organização que cria limites para eventos específicos (JIMENEZ, 2011).

A ESF, que é um dos pilares da atenção à saúde no mundo, é uma significativa alternativa a esse sistema, promovendo cuidados básicos de saúde, mudando seu eixo orientador de apenas custo financeiro para eficácia global. Isso é feito através de vários métodos, sendo em primeiro lugar, utilizar características programáticas e estruturantes para criar flexibilidades únicas em cada território, em seguida, utiliza princípios do sistema único de saúde do SUS para garantir a efetividade dos princípios de saúde da Constituição de 1988. Em 1994, o Programa Saúde da Família foi oficialmente reconhecido como política pública de saúde no Brasil, onde ampliou a utilização de equipes interdisciplinares por meio da organização das ações de saúde (MEDEIROS, 2020).

O principal objetivo do programa é auxiliar as equipes de saúde da família na resolutividade dos serviços, “aproximando” o equipamento de saúde da população. As equipes de referência também auxiliam no planejamento e organização das ações de

saúde. Desde então, a ESF expandiu e implementou essa política pública de saúde em todo o mundo, tornando-se um dos principais elementos de sustentação da Atenção Básica (AB).

As diretrizes da AB afirmam que a definição de um território deve ocorrer primeiro. Este processo deve ser seguido pela definição de subsetores dentro do território, ou da base do prestador de cuidados de saúde. A participação ativa nesse processo é necessária para o bom funcionamento e planejamento das ações de saúde. Isso porque a territorialização da ESF requer mapeamento e identificação de áreas específicas, o que possibilita a programação e a criação de ações de saúde que possam ser implementadas em todo o território (LOSCO; GEMMA, 2019).

As pessoas que vivem perto de prestadores de cuidados de saúde podem acessar facilmente ao serviço. Além disso, ter pessoas morando por perto melhora a eficácia da equipe. O SUS deve descentralizar sua atuação implementando diretrizes para a descentralização organizacional. Isso melhorará o atendimento à população em todos os níveis de atenção – atenção primária, secundária e terciária (BIANCHI, 2018).

Desse modo, os profissionais de saúde devem defender o acesso universal aos cuidados, a fim de criar um sistema saudável, conceito esse que está no cerne da atenção primária e a torna um domínio privilegiado para estratégias e ações de saúde. Por causa disso, os profissionais de saúde podem atuar como portas de entrada para seus respectivos sistemas de saúde, planejando e programando de forma descentralizada por meio de um único programa. Ativas na vida cotidiana, as práticas de saúde podem efetivamente atender às necessidades e questões da população. Sem território não se cumpre nem o papel nem a responsabilidade da população de uma região (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

Considerando a proximidade entre o território e os prestadores de saúde, torna-se fundamental o movimento entre a centralização e a descentralização, como previsto nas premissas do SUS, pelos serviços de saúde existentes nos municípios/regiões. Isso porque esses serviços são responsáveis pela saúde da população em geral. Isto é conseguido através da criação de muitos subdistritos, como departamentos, comitês, escritórios, economias e alas políticas. Isso ajuda a definir o território de cada ação individual e dá às unidades básicas de saúde um local para operar (KADRI et al., 2019).

Fazer isso é essencialmente o processo de territorializar – ou apropriar-se – locais de atenção à saúde por meio da instalação de unidades neles. Isso pode ser entendido em termos práticos como a criação de um espaço para o funcionamento das unidades básicas de saúde, ou seja, levar os equipamentos de saúde para o território. Desde a década de 1980, entende-se que a criação de planos locais para fins de saúde é fundamental para o estabelecimento de projetos de saúde efetivos.

O distrito sanitário, segundo Gondim e Monken (2018) consiste em uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e suas necessidades, e os recursos de saúde para atendê-la. É nesse cenário que ocorrem as interações população-serviço em nível local. É também o território habitado por uma população específica em tempo e espaço definidos com problemas de saúde definidos. Essas populações interagem com os gestores das diferentes unidades que prestam assistência à saúde (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Isso permite que a rede de atenção básica se adapte às diferentes realidades para que possam incorporar novas iniciativas em suas práticas de atenção à saúde, evidenciando às particularidades de cada território e as abordagens necessárias para uma atenção eficaz à região (ANDRADE et al., 2013).

A atenção à saúde no território é organizada de forma diferenciada devido à presença de divisões políticas e técnicas entre as regiões. A regionalização (recorte macro) envolve a criação de redes políticas e financeiras que apoiem as ações de saúde em cada região. Também envolve o estabelecimento de regulamentos, planejamento estratégico e iniciativas de financiamento. Essas tarefas devem ser revisadas para abordar a desigualdade no uso dos serviços de saúde, bem como promover uma abordagem mais holística dos cuidados de saúde. Isso pode ser alcançado promovendo a cooperação entre profissionais de saúde e organizações que já atuam na área (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Isso porque, sem território, a atenção básica não pode funcionar como porta de entrada do SUS, termo utilizado para designar a circulação da população por ele. O acesso aos cuidados básicos de saúde ainda está em construção, processo esse que requer a participação tanto do público quanto dos provedores de saúde para funcionar corretamente. As atribuições da atenção básica de coordenador da atenção, coordenadora da atenção e integração das ações de saúde não podem ser realizadas sem antes definir o território e prestar serviços. Esses atributos permitem que os pacientes acessem

facilmente os serviços por meio de um único ponto de entrada (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Os sistemas de saúde precisam fornecer acesso adequado aos seus serviços. Tal afirmação ocorre porque muitos fatores influenciam a forma como as pessoas acessam os cuidados, como relacionamentos interpessoais e questões organizacionais, além de outras razões, como a que as pessoas precisam atender a critérios específicos para entrar no sistema de saúde, como atender aos critérios de acesso ou exigir alocação de mão de obra. Todas essas razões influenciam a forma como as pessoas obtêm acesso aos cuidados, e a forma como os recebem é influenciada pela forma como os sistemas de saúde são administrados (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015).

## **1.2 Assistência Básica de Saúde (ABS) e território**

A perspectiva de atenção e assistência do SUS está ancorada na ABS. Esse posicionamento promove a coordenação do atendimento em vários níveis de atendimento e o acesso a atendimento ambulatorial de baixa tecnologia. A ABS também apoia a clínica de alta densidade, facilitando suas necessidades tecnológicas, bem como seu gerenciamento. Essa autonomia e participação na gestão promove a capacidade de funcionamento do sistema de saúde como um todo (GONDIM et al., 2011).

Segundo Macerata (2015), é, por meio das análises obtidas pelas APS, que há produção de dados que podem ajudar um gestor a identificar vulnerabilidades, priorizar problemas e coletar dados sobre a população. Isso lhes permite definir ações mais adequadas e identificar estratégias e atores que foram identificados durante o processo de mapeamento. Os dados também podem ser usados para entender melhor os planos operacionais quando eles são implementados no território. É tal problematização que objetiva a pesquisa em questão.

Os métodos atuais de formação territorial são evidentes no espaço circundante. É necessário considerar as diferentes áreas do território na formulação de novas estratégias. Isso deve incluir a consideração de dimensões políticas, demográficas, administrativas e epidemiológicas. Atenção adicional deve ser dada às inovações

tecnológicas e à intensidade territorial – ambas variam entre as áreas (MACERATA, 2015).

Os serviços de ABS é referido como atuação nos contextos de vida. As diretrizes da AB afirmam que a definição de um território deve ocorrer primeiro. Este processo deve ser seguido pela definição de subsetores dentro do território, ou da base do prestador de cuidados de saúde. A participação ativa nesse processo é necessária para o bom funcionamento e planejamento das ações de saúde. Isso porque a territorialização da ESF requer mapeamento e identificação de áreas específicas, o que possibilita a programação e a criação de ações de saúde que possam ser implementadas em todo o território (LOSCO; GEMMA, 2019).

Além de todo as contribuições da AB no território, é necessário também estabelecer as diretrizes da Atenção Básica. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), apresenta a sistemática utilizada pelo Marco dos Serviços de Atenção Básica. Este manual expõe a lógica utilizada pelo quadro para calcular o número de pessoas que deve servir em cada território. O Departamento de Atenção Básica afirmou que os serviços de saúde estão relacionados à clientela cadastrada em cada território. Eles também afirmaram que a rede hierárquica de trabalho do quadro é baseada na proximidade dos membros da família na escada. O Programa de Saúde da Família (PSF) cadastra e monitora até 4.500 pessoas em território que define. Além disso, operacionalmente, cada território de Saúde da Família é subdividido em subzonas para facilitar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. É o que afirma o Ministério da Saúde ao afirmar que o PSF trabalha com sua área delimitada (LINHARES et al., 2010).

A atenção à saúde no território é organizada de forma diferenciada devido à presença de divisões políticas e técnicas entre as regiões, o que pode ser alcançado promovendo a cooperação entre profissionais de saúde e organizações que já atuam na área (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

O território deve ser abordado a partir de uma perspectiva histórica e temporal para ser devidamente compreendido. Tem o potencial de reverter tendências de renda e apoiar novos fluxos de investimento por meio da criação de novas oportunidades. Muitas abordagens criativas podem ser usadas ao conceituar o território, e diferentes especialistas devem ser consultados para cada uma delas. O termo região de lugar é entendido como uma área que possui um espaço singular de fronteiras político-

administrativas. É definido pelas ações de seus habitantes, que se unem para formar uma identidade particular. Geralmente, o território possui apenas uma identidade com características uniformes. É construído através de importantes eventos históricos e ambientes que moldaram a cultura atual da região. Algumas abordagens de cuidados de saúde e planejamento de cuidados de saúde podem ser usadas para aproveitar essa ideia (JUNGES; BARBIANI, 2013).

A ABS oferece múltiplos serviços à comunidade, desde a prevenção, passando pela reabilitação e cura até qualquer demanda. Isso ocorre porque eles precisam atender às necessidades da comunidade, independentemente de quais sejam esses problemas. Eles também fornecem todos os recursos disponíveis, desde cuidados básicos até os mais avançados. Isso porque seu primeiro contato com a comunidade muitas vezes está relacionado aos serviços de saúde. Quando isso não é possível, eles prestam atendimento em outros níveis conforme a necessidade. É por isso que a missão da ABS é tão importante – para realizá-la, eles precisam trabalhar com todos na população. A estratégia de territorialização do sistema médico permite a utilização do sistema pelo cidadão, estabelecendo um perfil epidemiológico que se assemelha ao que o governo pretende abordar com a população. Essa abordagem cria acesso ao sistema de saúde por meio de uma caracterização literal da população (GONDIM; MONKEN, 2018).

## **2 PLANEAMENTO INTRA-URBANO DESIGUAL E DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE.**

### **2.1 Planejamento intra-urbano desigual**

O planejamento intra-urbano desigual refere-se à distribuição desigual de recursos, serviços e infraestrutura no âmbito de uma cidade. Isso geralmente ocorre como resultado de políticas de planejamento urbano que priorizam certas áreas em detrimento de outras, levando a disparidades socioeconômicas e de qualidade de vida. Várias razões podem contribuir para tal fato, dentre elas a especulação imobiliária, por exemplo, que pode levar a um desenvolvimento desigual, com investimentos concentrados em áreas de alto potencial econômico, enquanto outras áreas são negligenciadas. Além disso, a falta de coordenação entre os órgãos governamentais responsáveis pelo planejamento urbano pode levar a lacunas na distribuição de recursos e serviços (RAMOS, 2002).

As consequências do planejamento intra-urbano desigual são significativas; segundo Ramos (2002), as áreas negligenciadas podem sofrer com a falta de infraestrutura básica, como água potável e saneamento, aspectos dimensionados neste estudo pela escolha do objeto de pesquisa. Isso afeta diretamente a qualidade de vida dos moradores dessas áreas, levando a disparidades no acesso a serviços essenciais. Além disso, a segregação espacial e socioeconômica pode aumentar, com áreas de baixa renda se concentrando em determinadas regiões da cidade, enquanto as áreas mais ricas desfrutam de melhores serviços e infraestrutura. Essa segregação pode perpetuar ciclos de pobreza e de desigualdade, limitando as oportunidades para os residentes das áreas menos favorecidas (PINTO, 2009).

No Brasil, esse é um tema de extrema importância para o desenvolvimento e a organização das cidades. O país passou por um rápido processo de urbanização nas últimas décadas, resultando em um crescimento desordenado e desafiador em muitas regiões. Nesse contexto, o planejamento intra-urbano se torna essencial para promover cidades mais sustentáveis, funcionais e com qualidade de vida para os seus habitantes.

Uma das principais questões enfrentadas no planejamento intra-urbano no Brasil é a falta de integração entre os diversos setores envolvidos, como transporte,

habitação, infraestrutura, meio ambiente e desenvolvimento econômico. Muitas vezes, as decisões são tomadas de forma fragmentada e sem considerar o impacto global na cidade, resultando em problemas como congestionamentos, falta de acessibilidade, degradação ambiental e segregação social (PINTO, 2009).

Outro desafio é lidar com as desigualdades sociais e espaciais existentes nas cidades brasileiras. A segregação residencial e a falta de acesso a serviços básicos são problemas recorrentes, o que demanda uma abordagem inclusiva e equitativa no planejamento intraurbano. É necessário garantir o acesso universal a serviços como transporte público de qualidade, saneamento básico, áreas verdes, educação e saúde, promovendo a integração social e territorial. Além disso, é preciso considerar a preservação e a valorização do patrimônio cultural e histórico das cidades. Muitas vezes, a expansão urbana acelerada acaba ignorando a importância desses elementos, resultando na destruição de áreas de valor histórico e cultural (MARTINUCI, 2008).

Dessa forma, alguns fatores são enumerados referindo-se às disparidades, são eles:

1. Acesso desigual a serviços e infraestrutura:
  - Em muitas cidades, existem disparidades significativas no acesso a serviços básicos, como água potável, saneamento e energia elétrica.
  - Bairros de baixa renda e assentamentos informais são frequentemente negligenciados, resultando em condições precárias de vida e falta de acesso a serviços essenciais.
2. Desenvolvimento desigual de infraestrutura:
  - O planejamento intra-urbano desigual muitas vezes resulta em um desenvolvimento desigual de infraestrutura, com algumas áreas recebendo investimentos significativos, enquanto outras são deixadas de lado.
3. Segregação socioespacial:
  - A desigualdade no planejamento intra-urbano pode levar à segregação socioespacial, onde grupos sociais distintos ficam concentrados em áreas específicas da cidade.

- Isso pode resultar em bairros segregados, onde a diversidade social e a interação entre diferentes grupos são limitadas, levando à fragmentação e ao enfraquecimento do tecido social.
4. Impactos na qualidade de vida:
- As disparidades no planejamento intra-urbano têm impactos diretos na qualidade de vida dos residentes.
  - A falta de acesso a serviços básicos e infraestrutura adequada pode levar a condições de vida precárias, afetando a saúde física e mental das pessoas que vivem nessas áreas.
5. Desafios para a governança urbana:
- O planejamento intra-urbano desigual apresenta desafios significativos para a governança urbana, dificultando a tomada de decisões eficazes e a implementação de políticas públicas equitativas.
  - A falta de coordenação entre os diferentes atores envolvidos no planejamento urbano pode agravar as desigualdades existentes.

Para superar esses desafios, é fundamental a adoção de instrumentos de planejamento eficientes, como o Plano Diretor, que estabelece diretrizes e metas para o desenvolvimento urbano, e a implementação de políticas públicas integradas. A participação da sociedade civil e a transparência no processo decisório também são essenciais para garantir que o planejamento atenda às necessidades e aos interesses da população.

## **2.2 Determinantes Sociais de Saúde (DSS)**

A saúde é entendida como uma questão essencialmente voltada a fatores biológicos, o que pode ser divergida por outros como um conceito multifacetado, complexo e com diversas determinações, que se baseiam primordialmente pela forma no qual vivemos e nos organizamos. É nessas vias unilaterais que tais vertentes conceituais têm construído argumentos e propõem-se a fornecer estudos plausíveis sobre as condições de saúde das populações humanas (PORTER, 2004).

Muitos profissionais de saúde concordam com a definição vaga e generalizada de determinantes sociais da saúde, ou DSS. A CNDSS, comissão homônima da

Organização Mundial da Saúde, elabora uma definição específica de DSS. Tal definição inclui fatores culturais, econômicos, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam os resultados de saúde de uma pessoa e os fatores de risco na população. A comissão da OMS sobre DSS o define como as estruturas e circunstâncias sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham. Embora isso possa ser mais breve do que outras definições, ainda abrange muitas das mesmas ideias. A definição de um sistema social específico do estado de doença/incapacidade, ou os Sistemas Estáveis de Doenças, é importante porque permite que as pessoas entendam melhor as implicações de saúde de seu ambiente circundante (GEIB, 2012).

Esta definição também representa uma síntese parcial de uma série de outras definições, pois incorpora elementos de várias definições mais antigas. Essas definições mais antigas ganharam consenso ao longo da história devido ao fato de descreverem com precisão situações da vida real. Na virada do século XIX, as teorias miasmáticas dominaram o campo médico. Isso se deveu ao fato de que muitas pessoas estavam passando por mudanças na saúde devido à urbanização e à industrialização (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ainda sobre Buss e Pellegrini Filho (2007), durante o século XIX, destaca-se as evidências de que as condições de saúde de um grupo estão intimamente relacionadas com proporções do contexto social e ambiental em que este está inserido. Fatores como pobreza, condições de moradia, infraestrutura urbana inadequada, trabalho insalubres e outros, são fatores que cooperam negativamente para as condições que impactam na saúde de uma população.

Segundo Rosen (1994), o século XIX foi marcado pela teoria dos miasmas, que defendia que as causas das enfermidades e epidemias evidenciadas eram relacionadas as más condições do ambiente no qual inserem-se. Tal teoria reforçava ainda que algumas doenças se desenvolveriam conforme suas adaptações a condições que apenas alguns ambientes podem proporcionar. Essas doenças por sua vez visualizavam-se que o ambiente podia variar desde a temperatura à insalubridade das moradias. Tal constatação se sustentava na observação de que as doenças tinham maior incidência em ambientes insalubres.

No entanto, teorias mais recentes acabaram superando as ideias miasmáticas graças ao trabalho de profissionais de saúde pública. Esses profissionais estudaram

a contaminação da água e a segurança ocupacional, bem como doenças e doenças transmitidas por alimentos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No final do século XIX, com a evidencia das ciências biomédicas, estas passam a destacar-se na explicação dos problemas de saúde e das doenças, deixando os determinantes sociais e as causas do ambiente em segundo plano. Porém, ao deparar-se com algumas “obviedades” contidas na sociedade as teorias biomédicas não conseguiram explicar adequadamente, como exemplo os mais ricos terem melhores condições de saúde que os de terceiro mundo (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Virchow, um proeminente cientista associado a essa teoria miasmática, sabia que as ciências médicas são inerentemente sociais — elas precisam ser estudadas pelas lentes da sociedade. Ele acreditava que as mudanças nas condições sociais tinham um efeito drástico tanto na saúde quanto na doença. Isso o levou a apoiar novas pesquisas sobre essas relações. No final do século XIX, cientistas como Louis Pasteur e Robert Koch começaram a entender a relação entre bactérias e doenças. Isso levou a uma nova compreensão da saúde e da doença que mudou drasticamente a maneira como as pessoas pensavam sobre estilos de vida saudáveis e não saudáveis (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Devido a essa mudança de perspectiva, ainda segundo Souza, Silva e Silva (2013), as intervenções de saúde pública inevitavelmente se tornaram ações políticas e sociais. A criação da primeira escola americana de saúde pública foi um longo processo que envolveu muitas concepções e ideias diferentes. Em 1913, o filantropo John D. Rockefeller decidiu financiar a criação de uma escola dedicada à saúde pública. Isso provocou um amplo debate sobre o propósito da saúde pública.

Alguns a consideravam um ramo da medicina que estudava doenças específicas, enquanto outros acreditavam que deveria ser de natureza generalista e estudar as influências ambientais, econômicas e sociais na saúde. Após anos de debate, em 1916, a Universidade Johns Hopkins foi escolhida como local para a escola. Nos anos 1900, médicos e profissionais de saúde começaram a desenvolver um novo tipo de conhecimento. Este novo campo, medicina e saúde pública, foi formado por um conflito entre biologia e sociologia. Ambas as abordagens buscaram entender as condições de vida e os hábitos dos anfitriões — lares, locais de trabalho

e comunidades. Mas algumas pessoas acreditavam que a doença poderia ser melhor pesquisada em laboratório (DA SILVA; ZACARON; BEZERRA, 2019).

A criação do sistema de saúde pública na *Hopkins School of Public Health* levou a uma mudança significativa no foco dos esforços de reforma social e questões políticas para uma preocupação mais geral com a saúde pública. Isso ocorreu devido à aceitação de um modelo focado em doenças específicas e seu tratamento por meio de pesquisas médicas. A criação desse sistema também teve um efeito além das fronteiras da América. A fundação inicial da saúde pública envolveu abordagens biológicas e sociais, no entanto, o primeiro prevaleceu sobre o segundo. Isso causou uma tensão persistente entre os dois ao longo do século XX, onde a história da OMS fornece muitos exemplos dessa tensão. Em alguns períodos, abordagens individuais, tecnológicas e médicas dominaram o campo, enquanto isso, outros períodos destacaram fatores sociais e ambientais. A constituição da organização de 1948 definia a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (PERES et al., 2012).

Esse conceito era claramente distinto das definições anteriores que enfocavam a enfermidade ou ausência de doença. Conferências como a Conferência de Alma-Ata na década de 1970 e os esforços da Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde na década de 2000 ajudaram a trazer de volta a atenção para as questões sociais relacionadas à saúde. Esses eventos enfatizaram como os cuidados de saúde devem ser prestados a todos, independentemente de sua condição socioeconômica. Também nessa época, foram incentivadas campanhas contra doenças específicas por meio do uso de tecnologias de prevenção ou cura, bem como tratamentos médicos, onde ambas as abordagens públicas e privadas para cuidados médicos se tornaram mais proeminentes durante este tempo. Essa tendência continuou na década de 1980 com foco na saúde física e mudou novamente com a criação das Metas do Milênio na década de 1990. Essa mudança de pensamento resultou em uma maior ênfase no atendimento médico privado antes de retornar à ideia original de focar no bem-estar individual (GARBOIS; SODRÉ; ARAÚJO, 2014).

Quando se trata da saúde de uma população, estudar como uma determinada sociedade é dirigida ou desenvolvida tornou-se um método preferencial nas últimas décadas. Isso se deve em grande parte aos avanços extraordinários nas comunidades acadêmica e internacional. Estes desenvolvimentos são notáveis porque centram-se

na relação entre a organização e desenvolvimento de uma sociedade e o estado de saúde dos seus habitantes. Três gerações notáveis deste estudo vieram à luz. Os estudos atuais concentram-se em como a estratificação socioeconômica afeta a saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Em particular, eles examinam como as desigualdades econômicas e políticas influenciam o estado de saúde das pessoas. A maioria dos estudos atuais está voltada para a terceira geração, que busca responder à pergunta “como a estratificação econômico-social consegue entrar no corpo humano?” Esses estudos buscam compreender as causas e os efeitos das desigualdades sociais. Estudar os gradientes de saúde com base no status socioeconômico requer primeiro entender os efeitos prejudiciais da pobreza na saúde. A primeira geração concentrou grande parte de sua atenção neste assunto (GEIB *et al.*, 2010).

Compreender como diferentes sistemas de mediação interagem uns com os outros pode ajudar os profissionais a identificar intervenções viáveis. Por exemplo, entender como o PIB e outros indicadores econômicos funcionam juntos pode ajudar os profissionais a determinar o melhor momento para implementar intervenções que reduzam a desigualdade na saúde. Criar igualdade econômica e eliminar a desigualdade na saúde são duas das formas mais eficazes de eliminar as disparidades na saúde. É importante entender a diferença entre saúde individual e saúde de grupo ou população. Alguns fatores que determinam a saúde de um indivíduo não são significativos para determinar a saúde do grupo ou da população. Também é necessário examinar como fatores específicos afetam grupos e indivíduos (BARBOSA *et al.*, 2015).

Estudar os efeitos em um grande grupo é essencial para entender a saúde no nível social; entender esses efeitos nos indivíduos é igualmente importante, mas um processo mais complicado. É importante entender que os riscos à saúde estão associados a fatores individuais, como dieta, estilo de vida, histórico médico e genética. Essas diferenças explicam por que algumas pessoas no mesmo país ou classe social tendem a viver mais do que outras. Os profissionais médicos também atribuem as diferenças na longevidade entre os grupos à disposição genética, estilo de vida, fatores ambientais e outros fatores externos. No entanto, existem outras razões pelas quais os riscos à saúde variam entre países, ocupações ou classes

socioeconômicas. Algumas dessas razões incluem o grau de igualdade de renda em cada país (ALMEIDA-FILHO, 2009).

O Japão tem a maior expectativa de vida ao nascer, não porque se exercita ou fuma menos. Eles têm a maior expectativa de vida devido a ser um dos países mais igualitários do mundo. As pessoas tentam explicar a saúde estudando indivíduos e comparando seus resultados com níveis de análise. Isso faz com que as pessoas aceitem a falácia ecológica. A falácia afirma que um aumento no risco é, na verdade, uma diminuição no risco ambiental. É causada por níveis confusos de análise e pela tentativa de explicar os riscos comparando pessoas em diferentes níveis de uma hierarquia funcional. Como resultado, as pessoas pensariam que o grupo de maior risco são profissionais, atendentes ou executivos (CANUTO; FANTON; LIRA, 2019).

Funcionários de nível inferior - como profissionais, executivos ou atendentes - teriam um risco maior de 2 a 4 vezes maior do que outros grupos. As diferenças na saúde entre as populações mais ricas e mais pobres não podem ser completamente explicadas por fatores socioeconômicos como o DSS. Em vez disso, as estatísticas do estudo mostram que fatores de risco individuais, como hipertensão arterial, colesterol, tabagismo e outras tendências, explicam apenas cerca de 60% da disparidade. Os 40% restantes não têm causa, de acordo com a pesquisa. Existem várias abordagens para estudar o efeito do DSS nas disparidades de saúde. Um método enfoca os aspectos materiais da doença e da saúde – entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde devido a recursos limitados e falta de investimentos em infraestrutura comunitária (transporte, saneamento, moradia, educação e serviços de saúde). Este método surge de processos econômicos e decisões políticas (SILVA; ALMEIDA, 2009).

Os profissionais de saúde costumam usar a teoria da percepção social para explorar a relação entre as percepções de desigualdade social de uma pessoa, sua saúde física e processos psicobiológicos. Isso ocorre porque o foco nos fatores psicossociais explora como a experiência das pessoas com a desigualdade social afeta sua saúde. Além disso, os profissionais médicos usam essa teoria ao estudar a relação entre as alterações biológicas causadas pelo estresse e a saúde geral de um indivíduo ou população. Aspectos deste enfoque examinam como diferentes níveis de desenvolvimento na teia de associações entre pessoas e grupos afetam a saúde (LAMY; DE ANDRADE; MATTA, 2020).

Ainda nas ideias de Lamy, De Andrade e Matta (2020), eles também exploram as conexões entre as condições de vida e a desigualdade social percebida. As desigualdades de renda impactam negativamente os resultados de saúde. Isso se deve à erosão do chamado capital social – ou da confiança e solidariedade entre pessoas e grupos. Isso se deve ao aumento da diminuição das relações intergrupais nas sociedades (LAMY; DE ANDRADE; MATTA, 2020).

Essas desigualdades de renda causam uma diminuição no financiamento de redes de apoio essenciais, como o capital social. Isso faz com que os países invistam menos em capital humano, essencial para promover e proteger a saúde individual e coletiva. Além disso, essas desigualdades de renda também causam resultados de saúde ruins em países com baixos níveis de coesão social. Vários modelos tentam ilustrar a complexa teia de relações entre os diferentes fatores estudados por meio de várias abordagens. Esses modelos geralmente empregam um DSS organizado em camadas distintas, desde uma camada próxima, mais próxima dos fatores individuais, até uma camada distante, onde estão localizados os macrofatores (SILVA; MACHADO; FERREIRA, 2015).

Tal modelo pode ser compreendido pela ilustração de Dahlgren e Whitehead (1991), modelo esse adotado pela OMS, conforme a figura 2 a seguir:

Figura 1 - Modelo de DSS adotado pela OMS



FONTE: DAHLGREN E WHITEHEAD (1991)

Apesar da facilidade de representar o DSS com clareza gráfica e distribuição em camadas, esses modelos não pretendem fornecer detalhes sobre relacionamentos e mediações entre os diferentes níveis ou causa de desigualdades. As pessoas são a base do modelo. Seus estilos de vida genéticos, sexuais e de idade determinam suas condições de saúde. Ao seu redor estão estilos de vida e comportamentos determinados por cada indivíduo. Esses comportamentos e estilos de vida aparecem à margem do DSS, um tópico que muitas pessoas lutam para entender devido à sua natureza obscura. Na realidade, muitos desses comportamentos são motivados por fatores sociais como publicidade, pressão dos pares, acesso a alimentação saudável e espaços de lazer (HERRERO; DELUCA; FARAONE, 2020).

A terceira camada mostra a importância da situação econômica de um país. Isso pode ser afetado pela quantidade de suporte e redes comunitárias disponíveis em uma determinada região. Pessoas com comunidades fortes e sistemas de apoio têm maior bem-estar geral do que aquelas com comunidades mais fracas. Isso ocorre porque indica o quão fortemente as pessoas estão conectadas umas às outras (BARATA, 2001).

O acesso à alimentação, à educação, aos cuidados de saúde e a outras necessidades básicas também é representado por esta camada. As pessoas com baixos rendimentos ou situações de vida instáveis correm maior risco de problemas de saúde e outros problemas devido às suas condições de vida. O último nível da pirâmide tem um efeito significativo nas camadas macro da sociedade. Isso ocorre porque influencia as condições culturais, econômicas e ambientais por meio de seus efeitos culturais, econômicos e ambientais. Deve-se considerar também a enorme influência da globalização nas condições sociais, econômicas e culturais. Deve-se notar também como isso influencia na pobreza e nas condições de saúde (NOGUEIRA, 2009).

Santos, Costa e Girardi (2015) explicam que questões de desenvolvimento e justiça social estão ligadas às disparidades de saúde, que atravessam muitas áreas diferentes da vida. Um texto escrito pelo autor sobre saúde e justiça social explica que as pessoas não podem alcançar uma boa saúde apenas recebendo cuidados ou tratamentos. Todo o aspecto social desempenha um papel significativo na determinação das oportunidades de saúde de uma pessoa. Portanto, o autor afirma que entender a saúde apenas pela ótica do tratamento e da prevenção é incompleto.

Em vez disso, é importante reconhecer como as decisões de saúde afetam outras áreas da vida, incluindo perspectivas de emprego e acesso à educação.

O conceito de justiça está vinculado aos direitos humanos em nível global. É importante notar que a justiça deve incluir a obrigação moral de se opor a valores considerados aceitáveis dentro de um sistema de crença ética vigente. Por isso, as discussões sobre justiça social devem explorar tanto as instituições que promovem a justiça social quanto o papel das decisões e liberdades individuais que podem se tornar mais justas. Isso é imperativo porque ajuda as pessoas a entender melhor como funcionam as desigualdades natural e social (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

### **3 TRILHAS E MÉTODOS: A ARQUITETURA DO PERCURSO INVESTIGATIVO**

A pesquisa teve início com levantamentos bibliográficos e documentais referentes à temática, abrangendo obras teóricas sobre território (Raffestin, Haesbaert, Santos), saúde urbana (Caiaffa, OMS, IBGE), determinantes sociais da saúde (CNDSS), desigualdades intra-urbanas (Corrêa, Villaça, Pinto), além de normativas e diretrizes oficiais do Sistema Único de Saúde, especialmente aquelas relativas à territorialização, à Atenção Básica e às Diretrizes Técnicas de Projeto e Construção de UBS. Esse conjunto teórico-documental foi analisado, tabulado e articulado com base no método dialético, para sustentar as discussões desenvolvidas; no método estatístico, aplicado à organização e interpretação dos dados secundários; e no método observacional, que, por meio de registros fotográficos, permitiu apreender aspectos do objeto de estudo e sua correlação com os dados obtidos.

Para a obtenção dos dados empíricos que fundamentam o estudo, solicitou-se à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) o conjunto de informações necessárias à caracterização dos territórios das UBS de Araguaína. O órgão disponibilizou arquivos em formato PDF contendo cadastros pessoais e cadastros domiciliares, organizados por unidade, embora alguns dados não constassem no acervo municipal ou apresentassem lacunas e descontinuidade temporal, o que impossibilitou a construção de uma série histórica completa. Todo o material recebido foi submetido a um processo detalhado de tabulação em planilhas eletrônicas, agregando as informações por UBS para posterior análise dos indicadores sociodemográficos, das áreas de abrangência e das dinâmicas territoriais necessárias ao desenvolvimento da pesquisa.

O material repassado foi por meio de arquivos em PDF, sendo esses subdivididos em um cadastro pessoal e domiciliar, o que levou um trabalho de tabulação dos dados em planilha excel, agregando os arquivos por UBS a fim de proporcionar a finalidade da pesquisa.

#### **3.1 Local da pesquisa: Araguaína, Tocantins**

A presente pesquisa teve como *locus* o município de Araguaína, localizada no norte do estado do Tocantins. Responsável pelo segundo maior contingente

populacional do estado (IBGE,2018), Araguaína tem grande representatividade no cenário regional, tanto na extensão territorial, quanto na importância administrativa, comercial e nos contextos de saúde e educação. A fim de demonstrar a localização do município no estado, foi exposto no Mapa 2 o mapa de localização do município.

Mapa 2 - Mapa de localização do município de Araguaína



FONTE: SILVA (2016)

Quanto ao contingente populacional, segundo IBGE, no ano 2021 estima-se que Araguaína atinja a marca de 186.245 habitantes, o que pode ser observado a partir da Tabela 01 a seguir:

Tabela 1 - Crescimento populacional de Araguaína

	2000*	2010*	2021**	Crescimento 2010/2021	Crescimento 2000/2021
<b>Brasil</b>	169.590.693	190.755.799	213.317.639	11,83%	25,78%
<b>Tocantins</b>	1.155.913	1.383.445	1.607.363	16,19%	39,06%
<b>Araguaína</b>	113.143	150.484	186.245	23,76%	64,61%

FONTE: IBGE Cidades. Elaborado pelos autores. \* censo 2000 e 2010 (IBGE); \*\* pop. estimada 2021 (IBGE).

Observa-se que Araguaína detém um grande crescimento populacional, além de um aceleração desse crescimento nos últimos anos, que representou cerca de aproximadamente 4% em relação à década anterior. Araguaína assume atualmente um protagonismo regional, muito pelo seu destaque econômico e pelo acesso aos equipamentos urbanos (LEITE; PACÍFICO FILHO; PIRES, 2021).

Tal crescimento é propício devido à grande extensão territorial, no qual ainda assim o município apresenta uma baixa densidade demográfica, chegando a marca de cerca de 37 habitantes por quilômetros quadrados, uma vez que o grande fluxo populacional se restringe a um núcleo urbano isolado no recorte do município.

A cidade de Araguaína subdivide-se, segundo o sistema SISLOC (fonte de dados baseado no cadastro dos agentes de endemias do município), em 137 bairros, contando também com povoados de zona rural. Tal divisão demonstra uma grande segregação de um núcleo urbano isolado, o que indicia relações sociodemográficas elevadas entre as áreas.

Relacionado aos aspectos de saúde, Araguaína é considerado uma cidade polo para a região, sendo responsável pelos atendimentos de média e alta complexidade da região de saúde na qual se destaca. Com vistas à Atenção Básica, o município no ano de 2020 contava com 20 UBS em seus territórios de saúde, sendo também detentor de 45 equipes de saúde da família (SEMUS, 2020).

Em 2023, o município de Araguaína é considerado uma cidade média, não só pelo contingente populacional, mas pela representatividade que esta exerce em um âmbito regional. As dinâmicas de saúde, de educação e da economia colocam Araguaína ao posto de cidade média. Cabe ressaltar que o município tem destaque regional nas obras de infraestrutura, investimentos atenção básica de saúde e referência econômica em um contexto interestadual (MORAIS, 2014).

Como cidade média, Araguaína incide sua importância no setor comercial, além de dispor de uma rede de serviços que agregam na região, como o setor da educação, de saúde e da pecuária. Tais setores proporcionaram a cidade uma dinamicidade no movimento urbano, onde os setores terciários ocupavam os melhores locais, projetando, assim, a população para as áreas mais periféricas. Esses fatores também foram importantes para destacar Araguaína no contexto regional (SILVA, 2016).

Tal dinamicidade conferiu à Araguaína destaque no contexto amazônico, sendo referência no estado pela sua pluralidade de serviços oferecidos regionalmente. Tal

dinâmica difere-se da maioria dos estados do cenário amazônico, em que o destaque está imposto à capital, o que se difere do contexto do Tocantins, uma vez que Palmas é uma capital preponderantemente administrativa, o que impõe à Araguaína o destaque econômico, agrícola e de saúde (LEITE; PACÍFICO FILHO; PIRES, 2021).

### **3.2 Desenho do estudo e amostragem no banco de coleta de dados**

O presente estudo retrata uma pesquisa quali-quantitativa, do tipo descritiva e explicativa, com o intuito de mostrar a heterogeneidade dos indicadores sociodemográficos nos territórios de saúde de Araguaína e os elementos associados, mesmo que em uma análise “*proxy*”, visando investigar tal processo. Para descrever as heterogeneidades sociodemográficas, foram utilizados Indicadores Sociodemográficos, que podem representar relações com as condições do território de saúde. Para possibilitar tal estudo, foram utilizados como parâmetros para as análises, além dos Indicadores de Saúde, os serviços de saúde ofertados na atenção primária do sistema de saúde no município de Araguaína, como recorte espacial.

Caracterizou-se, também, como um estudo transversal, que analisou dados de um recorte temporal contínuo e delimitado aos anos de 2018, de 2019 e de 2020. Em relação ao procedimento, é uma pesquisa documental, uma vez que foram realizados levantamentos de dados secundários nas instituições de saúde, trazendo dados de características de UBS, de cobertura de bairros, de cadastros domiciliares e individuais, de composição de equipes de saúde, entre outros. Para tal evento, buscou-se junto à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) dados necessários para o estudo.

A fim de caracterizar de forma sistemática os dados obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde, elaborou-se o Quadro 2, no qual são apresentados a Dimensão, o Indicador, a Base e a Fonte das informações utilizadas na pesquisa. Os dados foram recebidos majoritariamente em arquivos PDF, originados do Cadastro Domiciliar e do Cadastro Individual das Unidades Básicas de Saúde, além de planilhas oriundas da coordenação da ESF/ACS e do sistema SISLOC. Diante da heterogeneidade dos formatos e da ausência de padronização entre unidades, foi necessário realizar um processo extensivo de tabulação: cada documento foi convertido, organizado e posteriormente inserido em planilhas eletrônicas, permitindo a consolidação das

informações por UBS e por bairro. Essa etapa incluiu a limpeza dos dados, a retirada de duplicidades, a identificação de lacunas, a compatibilização das variáveis e a reclassificação dos indicadores de acordo com as dimensões analíticas definidas no estudo.

Quadro 2 - Fonte dos dados utilizados

Dimensão	Indicador	Base	Fonte
sociodemográficos	Quantitativo de domicílios cadastrados	Cadastro Domiciliar das UBS	Secretaria Municipal de Saúde
	Situação de posse dos domicílios cadastrados	Cadastro Domiciliar das UBS	Secretaria Municipal de Saúde
	Tipo de acesso a domicílios cadastrados	Cadastro Domiciliar das UBS	Secretaria Municipal de Saúde
	Disponibilidade de energia elétrica	Cadastro Domiciliar das UBS	Secretaria Municipal de Saúde
	Abastecimento de água por rede encanada	Cadastro Domiciliar das UBS	Secretaria Municipal de Saúde
	Destino do lixo pelos domicílios cadastrados	Cadastro Domiciliar das UBS	Secretaria Municipal de Saúde
	Forma de escoamento do banheiro ou sanitário nos domicílios cadastrados	Cadastro Domiciliar das UBS	Secretaria Municipal de Saúde
	Distribuição da renda familiar por faixa de salário mínimo nos domicílios cadastrados	Cadastro Domiciliar das UBS	Secretaria Municipal de Saúde
	Caracterização dos usuários cadastrados por raça	Cadastro Individual das UBS	Secretaria Municipal de Saúde
	Caracterização dos usuários cadastrados por gênero	Cadastro Individual das UBS	Secretaria Municipal de Saúde
Caracterização dos usuários cadastrados por idade			
Caracterização dos usuários cadastrados por escolaridade	Cadastro Individual das UBS	Secretaria Municipal de Saúde	
Dados populacionais	Número de residência por bairro	SISLOC	Secretaria Municipal de Saúde
	Número de habitantes por bairro	SISLOC	Secretaria Municipal de Saúde
Assistência básica e serviços de saúde	Bairro de abrangência das UBS	Coordenação ESF/ACS	Secretaria Municipal de Saúde
	Informações das UBS e equipes	Coordenação ESF/ACS	Secretaria Municipal de Saúde
	Presença de Equipe Saúde da Família	Coordenação ESF/ACS	Secretaria Municipal de Saúde
	Equipes ESF e ESB	Coordenação ESF/ACS	Secretaria Municipal de Saúde

**FONTE:** ELABORADO PELO AUTOR(A)

Assim, o Quadro 2, estruturado com a concordância adequada entre “Dimensão” e seus respectivos conteúdos - como Dimensão sociodemográfica, Dimensão dados populacionais e Dimensão assistência básica e serviços de saúde - evidencia de maneira clara os diferentes tipos de dados utilizados e suas finalidades. Além disso, tal organização contribui para explicitar de que modo esses indicadores permitem apontar padrões de desenvolvimento intra-urbano: por meio da distribuição dos domicílios, das condições de infraestrutura (acesso à água, esgotamento sanitário, energia elétrica), das características socioeconômicas dos moradores (faixa etária, gênero, renda, escolaridade), bem como pela presença e composição das equipes da Atenção Básica. Portanto, o Quadro acima não só sistematiza as fontes, mas também demonstra o potencial analítico dos dados para expor desigualdades, heterogeneidades territoriais e zonas de vulnerabilidade ou rarefação de serviços,

elementos centrais à discussão sobre o desenvolvimento desigual do espaço intra-urbano em Araguaína.

Para complementar a sistematização dos dados e evidenciar seu potencial analítico, elaborou-se o Quadro 3, que demonstra de que modo cada grupo de indicadores contribui para identificar desigualdades intra-urbanas, padrões de ocupação do território, heterogeneidades estruturais e discrepâncias na oferta dos serviços públicos de saúde.

Quadro 3 – Relação entre os indicadores e a evidenciação do desenvolvimento intra-urbano

<b>Dimensão</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Como evidenciam o desenvolvimento intra-urbano</b>
Sociodemográfica	Quantitativo de domicílios cadastrados; Situação de posse dos domicílios; Tipo de acesso; Disponibilidade de energia; Abastecimento de água; Esgotamento sanitário; Forma de escoamento do banheiro; Distribuição de faixa etária; Caracterização por gênero, raça/cor, renda e escolaridade.	Evidenciam diferenças na infraestrutura urbana, padrões de urbanização, condições de moradia, níveis de renda e composição social dos bairros. Permitem identificar áreas com precariedade estrutural, maior densidade populacional e maior concentração de grupos vulneráveis — elementos centrais para reconhecer desigualdades intra-urbanas e padrões de segregação socioespacial.
Dados Populacionais	Número de habitantes por bairro; Bairro de abrangência das UBS.	Mostram a distribuição da população no tecido urbano, permitindo visualizar zonas de crescimento acelerado, áreas adensadas e regiões com baixa oferta de serviços. Evidenciam descompassos entre o número de moradores e a infraestrutura disponível, o que indica pressões

		desiguais sobre os serviços de saúde.
Assistência Básica e Serviços de Saúde	Informações das UBS e equipes; Presença de ESF e ESB; Composição das equipes; Cobertura assistencial por território.	Possibilitam identificar a capacidade instalada de cada UBS, mostrando onde há concentração ou rarefação de serviços de saúde. Esses dados evidenciam desigualdades no provimento de equipes, recursos humanos e cobertura territorial, apontando discrepâncias entre necessidade real e oferta de serviços — um indicador direto da desigualdade do desenvolvimento intra-urbano.

FONTE: ELABORADO PELO AUTOR(A)

Para melhor caracterização da análise, foram elaboradas tabelas e descrições dos resultados encontrados em cada indicador analisado. Também foram realizados mapeamentos nas análises com maior relevância ao estudo.

### 3.3 Análise dos dados

No tópico em questão, aborda-se de forma simplificada as análises metodológicas utilizadas na pesquisa. A princípio, de posse dos dados, estes foram tabulados, utilizando-se do programa Excel, possibilitando, assim, uma análise estatística dos dados. Para tal procedimento, utilizou-se dos benefícios do *software IBM SPSS Statistics 26*.

Também se utilizando do Excel, todos os indicadores sociodemográficos e suas variáveis foram tabeladas, proporcionando uma visão ampla dos dados e permitindo, assim, uma comparação entre os dados e entre os territórios de saúde estudados. Acerca dos territórios de saúde, também foi elaborado um mapa de divisão dos territórios de saúde segundo as UBS do município, demarcando a localização de cada UBS no mapa do recorte e os bairros no qual a mesma é responsável pela cobertura.

Após a elaboração das tabelas e das discussões, foram produzidos mapas dos indicadores com maior relevância nos resultados, a fim de traçar um contexto explicativo da vulnerabilidade no território de Araguaína. Para confecção dos mapas, utilizou-se do software livre QGIS 3.16, disponível em [https://www.qgis.org/pt\\_BR/site/about/index.html](https://www.qgis.org/pt_BR/site/about/index.html).

Para uma análise qualitativa dos dados, foram consideradas as características dos locais estudados, além dos dados estatísticos gerados, que proporcionou um panorama comparativo dos territórios de saúde. Já no caráter teórico, foram utilizadas as ideias Milton Santos, por meio dos estudos de Haesbaert (2009), nas dimensões explicativas dos territórios de saúde, Walleska Caiaffa (2015) nas explicações sobre saúde urbana e Buss e Pellegrinni Filho (2006) na categorização de Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

No método observatório, deu-se nas descrições dos relatórios fotográficos das UBS e de seus entornos, processo dado com a finalidade de caracterizar o perfil da localidade no qual a UBS está inserida, podendo categorizar o território de saúde e de suas fragilidades, com vistas a traçar um perfil de vulnerabilidade do local.

Quanto aos recortes, foi escolhido o recorte temporal de 3 anos (2018, 2019 e 2020), pois permitia uma sequência cronológica válida, mesmo que se configura como um recorte reduzido devido à falta de disponibilidade pelos órgãos de saúde de anos anteriores em uma sequência fechada, sem a presença de dados faltantes. O recorte espacial é o município de Araguaína, pois o estudo traz como foco o território de saúde das UBS da cidade, focando principalmente no contexto urbano. Tal recorte delimita um local de estudos com dados disponíveis nos órgãos públicos.

## 4 QUANDO OS DADOS TOMAM FORMA: HORIZONTES PRELIMINARES E DIÁLOGOS

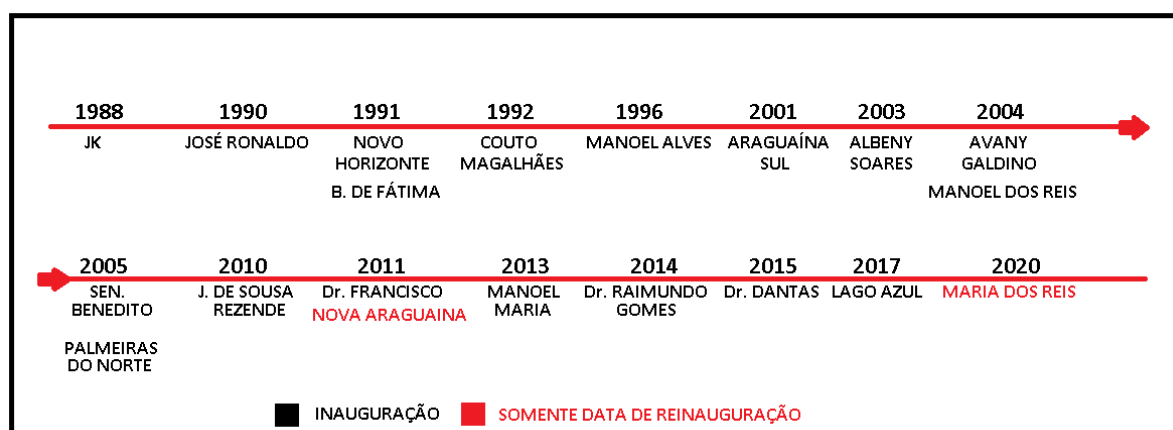
### 4.1 Caracterização das Unidades Básicas de Saúde (UBS)

#### Dados de Araguaína, Tocantins.

Tendo a primeira UBS inaugurada no ano de 1988, Araguaína passou a desenvolver-se e investir continuamente na atenção básica de saúde, obtendo, em um lapso de 32 anos, a marca de 20 Unidades Básicas de Saúde, o que, sendo disposto em média, apresenta o surgimento de uma UBS a cada um ano e meio, número considerado elevado ao comparar-se com cidades do mesmo porte, ou até mesmo cidades com um desenvolvimento mais avançado do Brasil.

Da mesma forma que se desenvolveu a saúde, equiparadamente a cidade também se desenvolveu, descentralizando o espaço urbano dos setores tradicionais centrais e proporcionando o povoamento das áreas periféricas. Nesse contínuo crescimento da cidade ligado à necessidade do amparo de saúde nas novas áreas, gerou-se uma demanda de trabalhos voltados à atenção básica de saúde, em que em resposta ocorreu o aparecimento das UBS, como mostrado na figura a seguir.

Figura 2 - Linha temporal de inauguração das UBS



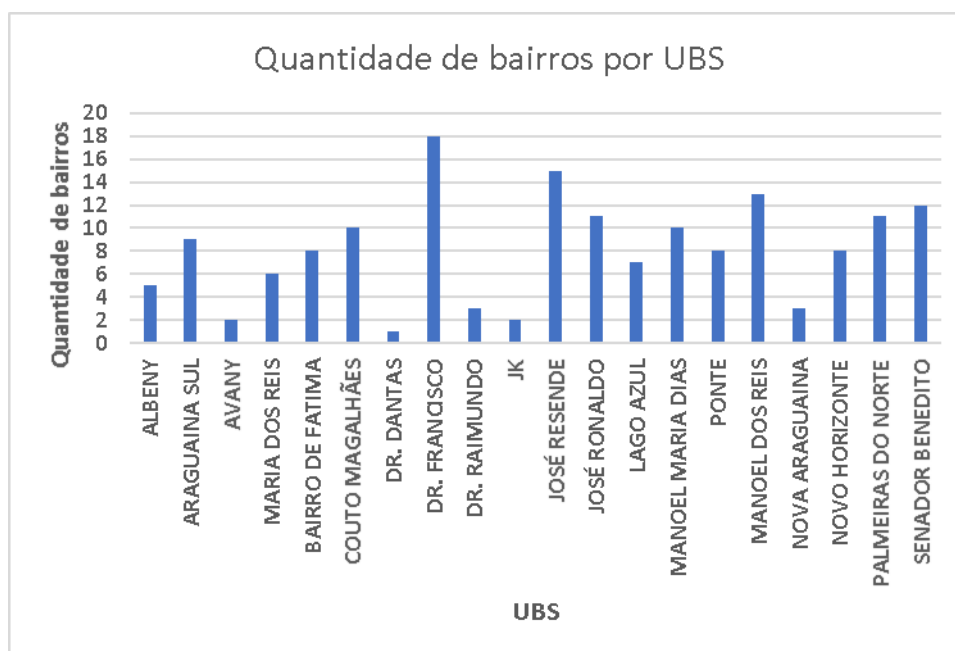
FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA (ADAPTADO PELO AUTOR).

### Distribuição das áreas de assistência básica

Com base nessa disposição linear da data de inauguração das UBS no recorte temporal e no acompanhamento destas na expansão urbana, reforça-se a ideia do desenvolvimento ligado à saúde. Com base nos relatórios fornecidos pela SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde), pode-se ter dados que fortalecem essa ligação não só com o desenvolvimento urbano, mas com o indivíduo em si e o meio social.

A disposição das UBS no município tem muito a ver com o seu desenvolvimento. Partindo da temática da regionalização da saúde, a área de abrangência das unidades básicas de saúde e as condições sociais dos bairros no qual estão inseridas tornam-se relevantes. Dessa forma, segundo o documento “Bairro de abrangência das UBS” fornecido pela secretaria de saúde do município, cada UBS responsabiliza-se pela atenção básicas de um grupo de bairros, como o disposto no gráfico a seguir:

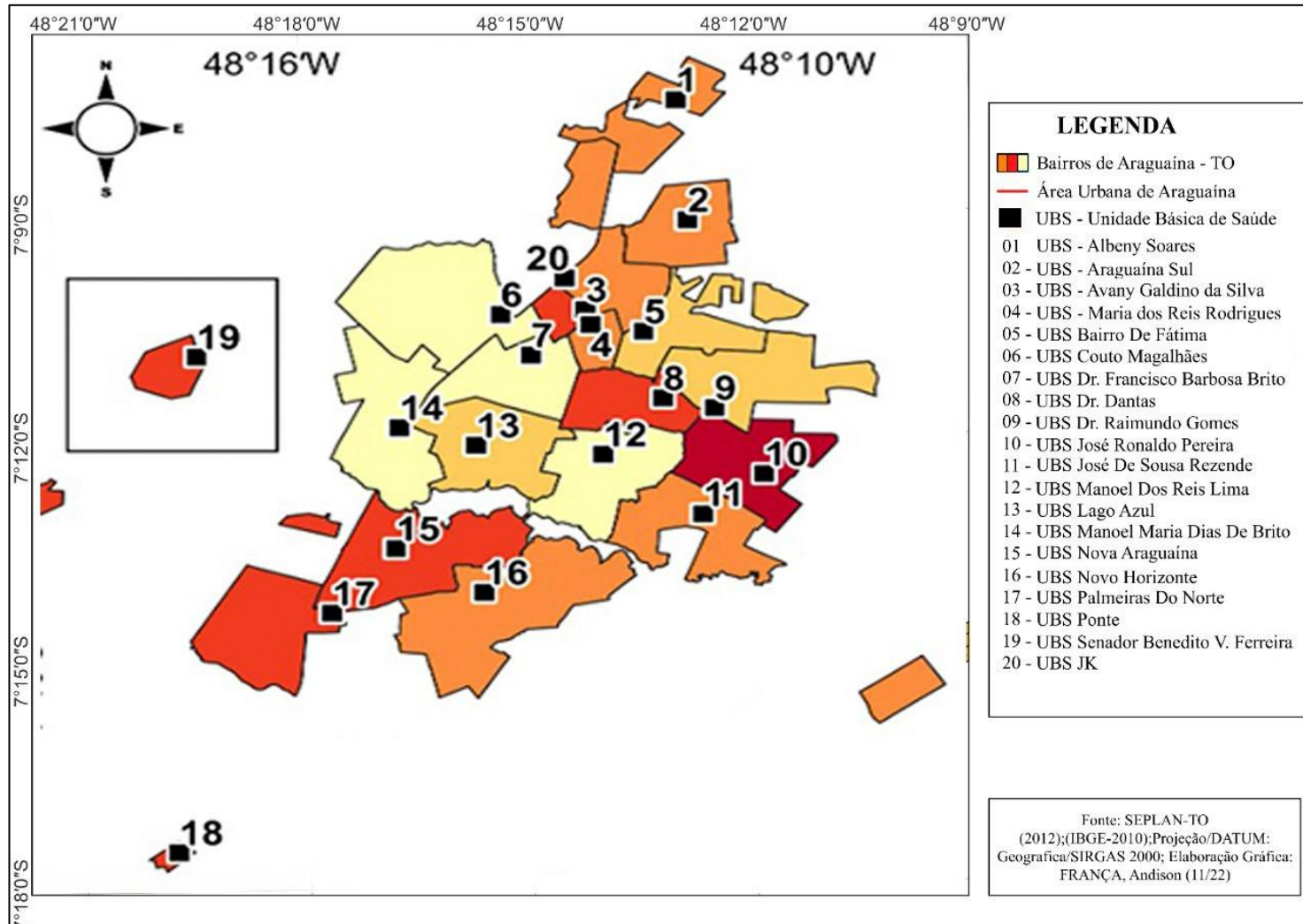
Figura 3 - Área de atenção das UBS



**FONTE:** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA (ADAPTADO PELO AUTOR).

Tal gráfico, representado na figura anterior, auxilia no entendimento do mapa das regiões de atuação de cada UBS, o que demonstra o tamanho e a localização de cada UBS perante seu território de saúde

Mapa 3 - Território de saúde abrangido por cada UBS



FONTE: DADOS SEMUS ARAGUAÍNA (ADAPTADO)

## 4.2 Caracterização das áreas de atenção básica das UBS

Conforme exposto na figura 3 no tópico anterior, nota-se que UBS abrange um território de saúde, que é subdividida em setores. Desse modo, fez-se necessária uma descrição de cada área para o melhor entendimento, o que implicou a elaboração de um quadro, com a finalidade de resumir as características de cada UBS em seu território de saúde, conforme o Quadro 03 a seguir.

Quadro 4 - Resumo das características das UBS

UBS	Número de residências	Número de habitantes	Nº Bairros atendidos	Porte da UBS
UBS Albeny Soares	5325	11931	5	3
UBS Araguaína Sul	9159	24047	9	4
UBS Avany Galdino	5616	12746	2	4
UBS Bairro de Fátima	1860	4845	8	2
UBS Couto Magalhães	3806	9642	9	2
UBS Dr. Dantas	1796	6400	1	2
UBS Dr. Francisco	4649	11136	18	3
UBS Dr. Raimundo	2879	7070	3	2
UBS JK	1559	3931	2	1
UBS José Resende	6896	17558	14	4
UBS José Ronaldo	3265	7765	11	2
UBS Lago Azul	3383	10978	7	4
UBS Ponte	707	1259	8	1
UBS Manoel dos Reis	2541	6514	13	2
UBS Manoel Maria	1703	3950	10	2
UBS Maria dos Reis	1523	3597	5	1
UBS Nova Araguaína	2882	8712	3	3
UBS Novo Horizonte	784	2155	4	1
UBS Palmeiras do Norte	4784	11145	11	3
UBS Sen. Benedito	3095	7452	12	1

FONTE: SISLOC/SEMUS (2020)

Conforme exposto no quadro anterior, as 20 UBS de Araguaína se distribuem em áreas que, para fins operacionais do SUS, são denominados territórios de saúde, entendidos aqui como recortes espaciais que articulam população, serviços e áreas de abrangência — e não necessariamente como unidades territoriais plenamente consolidadas do ponto de vista socioespacial. Os dados apresentados no Quadro 3

permitem apenas uma aproximação inicial desses territórios, ao indicar, por exemplo, o número de residências, o quantitativo de habitantes e alguns elementos referentes à estrutura e às equipes das UBS. Tais informações, embora relevantes, não constituem por si sós uma caracterização completa dos territórios, mas oferecem pistas preliminares sobre sua composição e heterogeneidade interna, servindo como ponto de partida para análises mais amplas que considerem dinâmicas urbanas, condições sociais e desigualdades intra-urbanas que extrapolam os limites quantitativos apresentados.

Relacionado ao porte das UBS e à quantidade de bairros atendidos, observa-se que alguns territórios contém um número pequeno de bairros atendidos, porém há naquele local a inserção de uma UBS de porte 3 ou 4, que impõe maior número de atendimentos, de equipes e de complexidade de equipamentos.

O contraste entre a UBS Avany Galdino e a UBS Senador Benedito evidencia uma assimetria relevante na distribuição dos serviços de Atenção Básica em Araguaína. Embora ambas se encontrem em áreas predominantemente urbanas, seus territórios de saúde apresentam configurações muito distintas. A UBS Avany Galdino, com apenas dois bairros em sua área de abrangência e classificada como porte 4 - o mais elevado do município - dispõe, em princípio, de maior capacidade instalada, maior número de equipes e melhores condições estruturais para atender sua população adscrita. Em contrapartida, a UBS Senador Benedito atende doze bairros, configurando um território de saúde muito mais amplo, heterogêneo e densamente povoado, mas é classificada como porte 1, o que implica menor estrutura física, número reduzido de equipes e capacidade limitada de atendimento.

Essa desproporção sugere que a distribuição das UBS não se orienta apenas pela demanda populacional ou pela complexidade dos territórios, mas também por fatores históricos, administrativos ou mesmo por desigualdades no processo de planejamento e expansão urbana. A discrepância entre o tamanho do território e a capacidade instalada indica um possível desequilíbrio no provimento de serviços, que pode resultar em sobrecarga assistencial, dificuldades de acesso e redução da efetividade da Atenção Básica nos territórios mais extensos e populosos. Assim, essa situação reforça a necessidade de problematizar os critérios utilizados para a definição dos portes das UBS e para a organização dos territórios de saúde, evidenciando como

a lógica intra-urbana - marcada por crescimento desigual e fragmentado - influencia diretamente a equidade na oferta dos serviços de saúde.

Por outro lado, ao observar o porte das UBS em relação ao número de usuários, identifica-se um padrão distinto: todos os territórios de saúde com população acima de 10.000 habitantes estão vinculados a UBS de porte 3 ou superior, o que está em conformidade com a Portaria nº 340/2013 do Ministério da Saúde, segundo a qual a definição dos portes se relaciona diretamente ao número de equipes alocadas e à capacidade de atendimento instalada. Essa aparente adequação, contudo, convive com contradições apontadas anteriormente, aontando um cenário que a literatura de políticas públicas denomina como tensão entre implantação e implementação. Ou seja, embora a norma estabeleça parâmetros racionais de dimensionamento das unidades, sua materialização no território não ocorre de forma homogênea, sendo afetada por dinâmicas políticas, limitações administrativas, disputas por recursos e assimetrias históricas da urbanização.

Portanto, o estado da arte sobre territorialização e Atenção Básica indica que tais discrepâncias são recorrentes em cidades brasileiras: as diretrizes são concebidas para orientar a implantação, mas sua implementação depende de capacidades locais, de processos de gestão e de condições estruturais que nem sempre se alinham ao prescrito. Assim, a coexistência entre territórios superdimensionados com UBS de baixo porte e territórios reduzidos com UBS de maior capacidade reflete tanto a complexidade do planejamento em saúde quanto as desigualdades intra-urbanas que atravessam a conformação dos serviços públicos.

Segundo a PNAB, uma ESF deve atender uma média de 3.000 usuários, podendo esse número chegar até 4.000 usuários, porém não recomendado pelos órgãos de saúde responsável. Quando é feita leitura do quadro 3 relacionado ao município de Araguaína, observa-se que há unidades de saúde que extrapolam o número de usuários permitido, ou trabalham no limite não recomendável, entre 3.000 e 4.000 usuários por equipe. A relação de usuário e de equipes de saúde pode impactar diretamente na qualidade de serviço prestado à sociedade, o que indiretamente também pode impactar nos indicadores sociodemográficos de cada território de saúde, ditando as condições sociais nas quais a população de uma comunidade está inserida.

### **4.3 Caracterização sociodemográfica dos territórios compreendidos nas áreas de abrangência das UBS**

Uma caracterização mais aproximada do território de saúde leva em conta fatores sociais e espaciais do local. Relacionado ao recorte da cidade de Araguaína, nota-se uma divisão espacial proporcionalmente equivocada das UBS no território, como visto no Mapa 01, além dos portes de cada UBS contida no território como visto no Quadro x, o que pode vir a sobrecarregar algumas áreas devido ao amplo espaço territorial e à limitação de um equipamento não centralizado e equipes reduzidas de atenção primária de saúde.

A descrição do local de moradia dos usuários pode trazer questionamentos sobre as dinâmicas urbanas e a cobertura de saúde. Baseado nos dados fornecidos pela SEMUS, elaboraram-se tabelas demonstrativas do recorte temporal (2018-2020) do cadastro domiciliar e individual da população, a começar pelo tipo de acesso aos locais de habitação dos mesmos.

Para tal caracterização, utilizou-se dois parâmetros: “Pavimento”, referindo-se a locais com alguma pavimentação, ressaltando que abrange não somente o tipo asfáltico, mas também blocos intertravados, calçamento em pedras, dentre outros. E a categoria “Chão bruto”, onde não há uma infraestrutura primária para trafegabilidade e nem adequações para fluxos de água e de esgoto.

Desse modo, elaborou-se uma tabela, contemplando os 3 anos de recorte, permitindo analisar a quantidade de moradias que tem ou não pavimentação no seu acesso. A Tabela 01 expõe sobre as condições de acesso à moradia:

Tabela 2 - Tipos de acesso às moradias

Unidade Básicas de Saúde (UBS)	Tipos de acesso	2018		2019		2020	
		N	%	N	%	N	%
Albeny Soares	Chão Batido	33	5,14%	35	5,17%	44	3,48%
	Pavimento	557	86,76%	587	86,71%	1102	87,05%
Araguaína Sul	Chão Batido	296	18,36%	299	17,03%	326	11,82%
	Pavimento	1113	69,04%	1242	70,73%	2119	76,83%
Avany Galdino	Chão Batido	38	2,14%	38	2,14%	55	1,68%
	Pavimento	1627	91,56%	1627	91,56%	3023	92,14%
Bairro de Fátima	Chão Batido	<b>731</b>	<b>90,02%</b>	<b>787</b>	<b>89,74%</b>	<b>993</b>	<b>50,98%</b>
	Pavimento	44	5,42%	50	5,70%	109	5,60%
Couto Magalhães	Chão Batido	96	7,48%	105	7,33%	123	6,35%
	Pavimento	1129	88,00%	1263	88,14%	1730	89,36%
Dr. Dantas	Chão Batido	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Pavimento	493	97,24%	555	97,03%	938	97,00%
Dr. Francisco	Chão Batido	6	0,35%	6	0,69%	55	2,14%
	Pavimento	817	48,20%	817	94,45%	2417	94,23%
Dr. Raimundo	Chão Batido	294	45,51%	298	48,22%	508	28,95%
	Pavimento	301	46,59%	313	50,65%	1145	65,24%
JK	Chão Batido	18	4,59%	18	4,39%	18	2,06%
	Pavimento	369	94,13%	386	94,15%	437	50,06%
José Resende	Chão Batido	165	44,59%	178	35,39%	532	23,60%
	Pavimento	185	50,00%	292	58,05%	1701	75,47%
José Ronaldo	Chão Batido	16	2,18%	16	2,11%	24	1,69%
	Pavimento	436	59,48%	447	59,05%	1052	73,88%
Lago Azul	Chão Batido	26	5,00%	27	3,71%	82	5,60%
	Pavimento	476	91,54%	673	92,45%	1307	89,22%

<b>UBS Ponte</b>	Chão Batido	<b>94</b>	84,68%	<b>250</b>	86,81%	<b>461</b>	83,51%
	Pavimento	9	8,11%	18	6,25%	57	10,33%
<b>Manoel dos Reis</b>	Chão Batido	<b>239</b>	50,74%	<b>308</b>	51,42%	<b>631</b>	34,92%
	Pavimento	193	40,98%	240	40,07%	1018	56,34%
<b>Manoel Maria</b>	Chão Batido	73	24,25%	142	25,00%	341	16,29%
	Pavimento	199	66,11%	362	63,73%	1596	76,25%
<b>Maria dos Reis</b>	Chão Batido	62	27,56%	62	27,56%	150	35,46%
	Pavimento	153	68,00%	153	68,00%	249	58,87%
<b>Nova Araguaina</b>	Chão Batido	9	17,31%	52	17,99%	399	31,89%
	Pavimento	38	73,08%	225	77,85%	787	62,91%
<b>Novo Horizonte</b>	Chão Batido	267	34,81%	271	34,00%	383	31,16%
	Pavimento	367	47,85%	391	49,06%	608	49,47%
<b>Palmeiras do Norte</b>	Chão Batido	188	14,55%	189	14,08%	265	12,20%
	Pavimento	1024	79,26%	1071	79,81%	1805	83,10%
<b>Sen. Benedito</b>	Chão Batido	12	6,28%	30	11,49%	105	20,59%
	Pavimento	166	86,91%	216	82,76%	374	73,33%
<b>Total</b>		<b>6202</b>		<b>7451</b>		<b>18507</b>	

---

FONTE: SEMUS (ELABORADO PELO AUTOR)

Nota-se que há uma certa superioridade na proporção dos acessos por pavimentação nos territórios abrangidos pelas UBS nos três anos do recorte temporal, porém algumas peculiaridades podem ser percebidas. A maior desproporção nos três anos ocorre na região compreendida pela UBS bairro de Fátima, tendo a respectiva porcentagem de 90,02%, 89,74% e 50,98% de acesso em “chão batido” nas residências dessa região.

A elevada taxa observada reflete diretamente as condições de infraestrutura dos bairros atendidos pela UBS Bairro de Fátima, cuja área de abrangência se insere em uma dinâmica intra-urbana marcada pela expansão periférica da cidade. Trata-se de uma região constituída por loteamentos recentes, vilas de formação acelerada e áreas anteriormente rurais que foram parceladas ou apropriadas para fins habitacionais, muitas vezes sem a devida observância das etapas de planejamento urbano. Em Araguaína, embora existam legislações municipais que regulam o parcelamento do solo, como o Plano Diretor, o Código de Obras e a Lei de Uso e Ocupação do Solo, a literatura e a própria experiência local mostram que sua aplicação é irregular, seja pela pressão por moradia, seja pela limitação de capacidade fiscal e administrativa do município.

Assim, formam-se áreas que, apesar de legalizáveis, se consolidam antes da chegada da infraestrutura básica, como pavimentação, drenagem, iluminação ou equipamentos públicos. Esse padrão, típico das periferias urbanas brasileiras, evidencia uma dinâmica intra-urbana em que loteamentos surgem mais rapidamente do que a capacidade do poder público de regulá-los e equipá-los. Conseqüentemente, os territórios de saúde vinculados a essas áreas apresentam maior vulnerabilidade e sobrecarga sobre a Atenção Básica, uma vez que a prefeitura - responsável pelo licenciamento e, muitas vezes, pelo provimento da infraestrutura - enfrenta restrições orçamentárias, entraves ambientais e limitações jurídicas e geográficas que retardam o atendimento das necessidades urbanas básicas.

Cabe ressaltar que na composição do território de saúde da UBS bairro de Fátima há o englobamento de duas áreas rurais (Caju manso e Projeto alegre), que eleva a quantidade de residências sem pavimentação e a baixa de infraestrutura necessária para o atendimento da trafegabilidade de veículos e fomentos para um bom saneamento.

Direcionando o olhar para os bairros e setores que compõem a área de abrangência da UBS Dr. Raimundo - entre eles Setor Tereza Hilário Ribeiro, Jardim Paulista, Setor Barros, Vila Azul e Setor Palmas - observa-se que, nos anos de 2018 e 2019, a proporção entre acessos pavimentados e não pavimentados era relativamente equilibrada, situando-se em torno de 50% para cada condição. Essa proporção, entretanto, altera-se de forma expressiva em 2020, quando o percentual de vias pavimentadas praticamente dobra em relação aos acessos não pavimentados.

No mesmo período, verifica-se um crescimento significativo no número de usuários vinculados à unidade, variação que pode estar associada à incorporação de novos setores ao território de saúde. Contudo, essa hipótese não pôde ser confirmada, uma vez que não há documentação oficial que registre, de maneira cronológica, as datas de inclusão, exclusão ou redistribuição dos setores na área de abrangência. Assim, no caso da UBS Dr. Raimundo, o aumento abrupto no quantitativo de usuários em apenas um ano não parece decorrer de expansão urbana ou de desenvolvimento local, já que tais transformações espaciais demandariam um período maior para se consolidar. Em vez disso, sugere-se que mudanças administrativas - como redistribuição territorial promovida pela gestão municipal - possam ter influenciado os números apresentados, ainda que não haja comprovação documental para tal afirmação.

Nos anos de 2018 e 2019, a UBS José Rezende apresentou um crescente de pavimentação em seus domínios, confirmando-se tal evolução no ano de 2020, quando passou a inserir-se entre as cinco regiões com maiores proporções de acessos com pavimentação. Observa-se que tal movimentação trouxe ao conjunto os setores compreendidos pela UBS Ponte, que, por sua vez, apresentou números discrepantes de áreas não pavimentadas em relação aos anos de 2018 e de 2019.

Tal crescimento explica-se pelo grande crescimento das áreas periféricas e rurais, uma vez que o centro urbano de Araguaína passou por uma “reforma” imobiliária, criando uma grande especulação de áreas próximas ao centro urbano, e que, por sua vez, valorizou exacerbadamente o núcleo habitacional do município, forçando as faixas com menores poderes aquisitivos procurarem áreas com menores valorizações, como os novos loteamentos de áreas *a priori* rurais, ou até mesmo em áreas atualmente constatadas como urbanas as quais estão inseridas na região compreendida pela UBS Ponte. Cumpre destacar que este estudo não realizou

levantamento específico sobre a variação do valor do solo no recorte temporal analisado; assim, a discussão apresentada refere-se às dinâmicas de expansão urbana e às lógicas de ocupação periférica descritas na literatura e observáveis nos dados sociodemográficos, não se apoiando em séries históricas de valorização imobiliária.

Em outro caso exposto nos gráficos na tabela 1, há a UBS Manoel dos Reis, que apresentou uma evolução de pavimentação de grande impacto, compreendendo, em 2018, uma porcentagem de 44,6% de acessos pavimentados, porém, em 2020, tal porcentagem saltou para 61,7%, o que tornou a região predominantemente pavimentada. Em tal região, a exemplo da UBS Ponte, predomina a região rural, porém se situa em grande parte no perímetro urbano, além de compreender locais com fluxo urbano-rural intenso, como o caso da Jacuba, região com atrativos turísticos e presença de muitas chácaras, o que proporciona prioridade na execução de uma pavimentação para facilitar tal fluxo.

Por fim, observa-se a UBS Novo Horizonte, que, por sua vez, mantém uma linearidade nos parâmetros observados. Tais parâmetros não sofreram mudanças significativas, nem relacionado à proporção de acessos pavimentados e não pavimentados, tampouco quanto à variação de usuários nessa região. A UBS referida atende apenas dois setores, sendo eles setores de baixa incidência populacional e de localização afastada do centro urbano, o que dificulta as dinâmicas de crescimento, para exigir mais fortemente uma infraestrutura básica, podendo ser essa causa a estagnação da região de saúde em foco.

Como observado, diversas áreas do município ainda não dispõem de infraestrutura urbana básica - aqui compreendida como o conjunto de serviços e equipamentos essenciais ao funcionamento mínimo da cidade, incluindo pavimentação, drenagem pluvial, iluminação pública, abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto, sistema viário adequado e oferta mínima de equipamentos coletivos. A ausência desses elementos produz cenários de maior vulnerabilidade socioespacial, uma vez que limita a circulação, compromete a salubridade, dificulta o acesso aos serviços públicos e acentua desigualdades já existentes.

Anote-se, ainda, que embora seja comum associar essas vulnerabilidades imediatamente a fatores estritamente financeiros, seu significado ultrapassa a dimensão econômica e passa a representar também um padrão de conformação

territorial: áreas sem infraestrutura tendem a se consolidar como territórios de saúde mais frágeis, sujeitos a maiores pressões assistenciais e menores condições ambientais. Essa realidade se articula diretamente com a dinâmica intra-urbana de Araguaína, marcada por processos de expansão periférica, ocupações recentes, loteamentos originados de antigas áreas rurais e um ritmo de urbanização que, muitas vezes, supera a capacidade de planejamento e investimento público. Assim, a precariedade da infraestrutura não é apenas um indicador físico do território, mas uma expressão das desigualdades intra-urbanas que estruturam o espaço e condicionam a organização dos serviços de saúde.

Para tal caracterização, elaboraram-se três tabelas sobre a renda dos domicílios cadastrados nas vinte UBS dispostas em Araguaína nos anos do recorte temporal, proporcionando uma visualização geral do local na qual estão inseridas e evidenciando um eventual padrão dos usuários que ali se encontram.

Seguem, na sequência, a Tabela 2,3 e 4 relacionando os dados de renda dos domicílios nos anos de 2018, 2019 e 2020, respectivamente

Tabela 3 - Renda por faixa de salário mínimos das residências dos setores compreendidos pela cobertura das UBS

Renda por residência 2018								
UBS	Até 1 salário	%	1 - 2 salários	%	2 - 4 salários	%	acima de 4 salários	%
UBS Albeny Soares	118	26,22%	180	40,00%	132	29,33%	20	4,44%
UBS Araguaína Sul	643	48,46%	519	39,11%	161	12,13%	4	0,30%
UBS Avany Galdino	606	47,27%	501	39,08%	160	12,48%	15	1,17%
UBS Bairro de Fátima	550	69,71%	224	28,39%	13	1,65%	2	0,25%
UBS Couto Magalhães	417	45,52%	381	41,59%	110	12,01%	8	0,87%
UBS Dr. Dantas	<b>380</b>	<b>87,56%</b>	50	11,52%	4	0,92%	0	0,00%
UBS Dr. Francisco	284	36,84%	308	39,95%	154	19,97%	25	3,24%
UBS Dr. Raimundo	101	40,56%	128	51,41%	20	8,03%	0	0,00%
UBS JK	23	35,94%	18	28,13%	22	34,38%	1	1,56%
UBS José Resende	171	60,42%	94	33,22%	18	6,36%	0	0,00%
UBS José Ronaldo	216	50,82%	141	33,18%	66	15,53%	2	0,47%
UBS Lago Azul	58	46,77%	60	48,39%	6	4,84%	0	0,00%
UBS Ponte	<b>273</b>	<b>85,31%</b>	41	12,81%	6	1,88%	0	0,00%
UBS Manoel dos Reis	408	75,70%	105	19,48%	25	4,64%	1	0,19%
UBS Manoel Maria	173	62,91%	78	28,36%	23	8,36%	1	0,36%
UBS Maria dos Reis	467	88,95%	51	9,71%	6	1,14%	1	0,19%
UBS Nova Araguaína	<b>140</b>	<b>90,32%</b>	11	7,10%	3	1,94%	1	0,65%
UBS Novo Horizonte	95	26,46%	201	55,99%	61	16,99%	2	0,56%
UBS Palmeiras do Norte	32	4,22%	522	68,87%	183	24,14%	21	2,77%
UBS Sen. Benedito	374	77,11%	52	10,72%	59	12,16%	0	0,00%

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Tabela 4 - Renda por faixa de salário mínimos das residências dos setores compreendidos pela cobertura das UBS

Renda por residência 2019								
UBS	Até 1 salário		1 - 2 salários		2 - 4 salários		acima de 4 salários	
UBS Albeny Soares	123	25,52%	193	40,04%	146	30,29%	20	4,15%
UBS Araguaína Sul	711	49,86%	544	38,15%	166	11,64%	5	0,35%
UBS Avany Galdino	606	47,27%	501	39,08%	160	12,48%	15	1,17%
UBS Bairro de Fátima	502	65,97%	243	31,93%	14	1,84%	2	0,26%
UBS Couto Magalhães	610	53,42%	406	35,55%	118	10,33%	8	0,70%
UBS Dr. Dantas	<b>471</b>	<b>88,53%</b>	55	10,34%	6	1,13%	0	0,00%
UBS Dr. Francisco	284	36,84%	308	39,95%	154	19,97%	25	3,24%
UBS Dr. Raimundo	391	72,14%	129	23,80%	22	4,06%	0	0,00%
UBS JK	113	50,22%	88	39,11%	23	10,22%	1	0,44%
UBS José Resende	288	65,90%	120	27,46%	24	5,49%	5	1,14%
UBS José Ronaldo	177	45,50%	143	36,76%	67	17,22%	2	0,51%
UBS Lago Azul	570	86,63%	80	12,16%	8	1,22%	0	0,00%
UBS Ponte	<b>121</b>	<b>51,93%</b>	103	44,21%	8	3,43%	1	0,43%
UBS Manoel dos Reis	238	56,94%	139	33,25%	38	9,09%	3	0,72%
UBS Manoel Maria	234	57,35%	129	31,62%	39	9,56%	6	1,47%
UBS Maria dos Reis	95	62,09%	51	33,33%	6	3,92%	1	0,65%
UBS Nova Araguaína	<b>153</b>	<b>67,40%</b>	60	26,43%	13	5,73%	1	0,44%
UBS Novo Horizonte	288	51,34%	205	36,54%	66	11,76%	2	0,36%
UBS Palmeiras do Norte	394	34,23%	547	47,52%	188	16,33%	22	1,91%
UBS Sen. Benedito	41	20,60%	74	37,19%	83	41,71%	1	0,50%

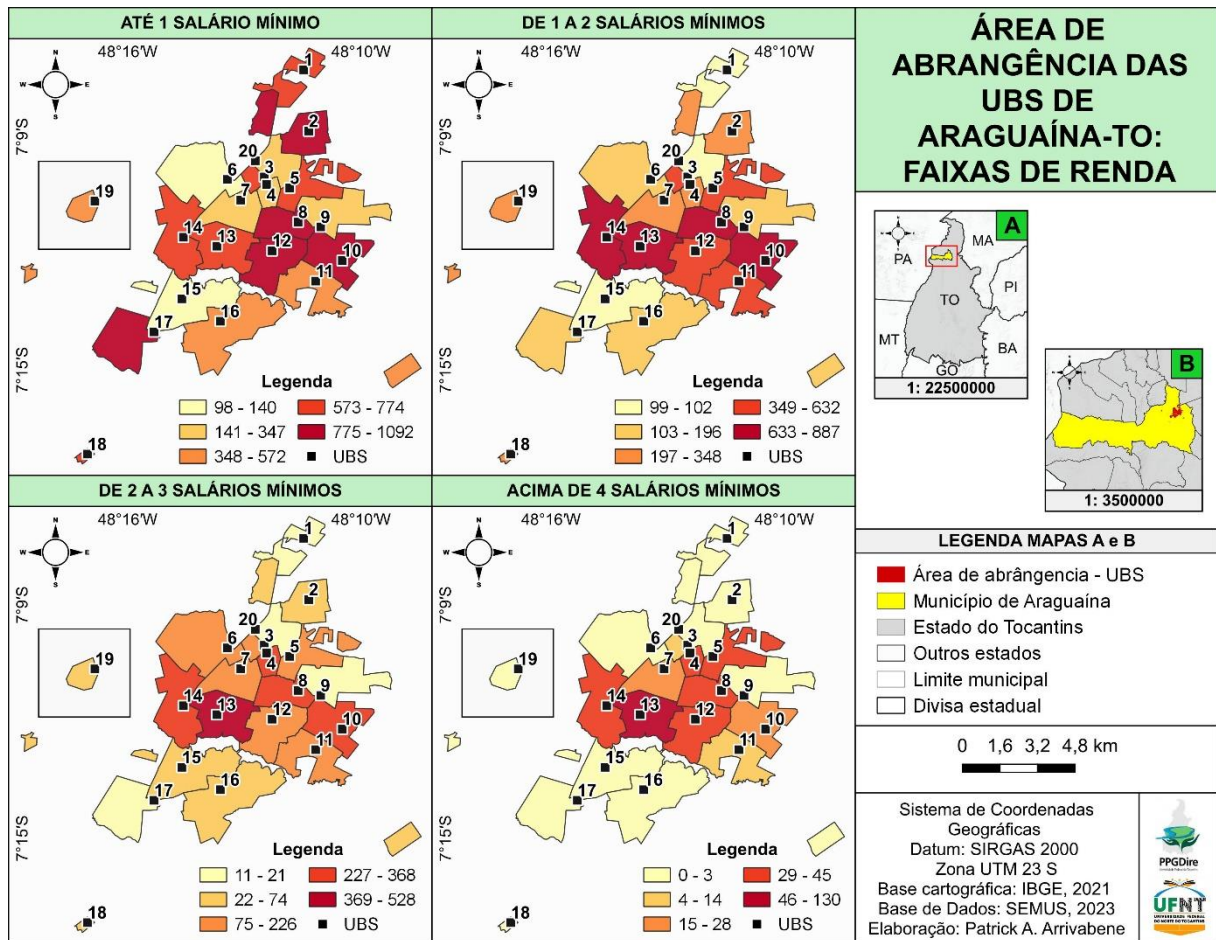
FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Tabela 5 - Renda por faixa de salário mínimos das residências dos setores compreendidos pela cobertura das UBS

Renda por residência 2020								
UBS	Até 1 salário		1 - 2 salários		2 - 4 salários		acima de 4 salários	
UBS Albeny Soares	213	23,80%	348	38,88%	289	32,29%	45	5,03%
UBS Araguaína Sul	1048	50,02%	766	36,56%	263	12,55%	18	0,86%
UBS Avany Galdino	991	43,45%	887	38,89%	368	16,13%	35	1,53%
UBS Bairro de Fátima	646	64,79%	317	31,80%	32	3,21%	2	0,20%
UBS Couto Magalhães	728	50,28%	537	37,09%	169	11,67%	14	0,97%
UBS Dr. Dantas	<b>727</b>	<b>86,55%</b>	102	12,14%	11	1,31%	0	0,00%
UBS Dr. Francisco	660	31,25%	794	37,59%	528	25,00%	130	6,16%
UBS Dr. Raimundo	941	72,38%	317	24,38%	40	3,08%	2	0,15%
UBS JK	140	52,24%	101	37,69%	26	9,70%	1	0,37%
UBS José Resende	1080	54,88%	632	32,11%	216	10,98%	40	2,03%
UBS José Ronaldo	347	37,80%	345	37,58%	198	21,57%	28	3,05%
UBS Lago Azul	1092	85,38%	165	12,90%	21	1,64%	1	0,08%
UBS Ponte	<b>222</b>	<b>52,73%</b>	181	42,99%	16	3,80%	2	0,48%
UBS Manoel dos Reis	555	43,60%	480	37,71%	226	17,75%	12	0,94%
UBS Manoel Maria	774	52,51%	476	32,29%	188	12,75%	36	2,44%
UBS Maria dos Reis	182	61,69%	99	33,56%	13	4,41%	1	0,34%
UBS Nova Araguaína	<b>572</b>	<b>70,79%</b>	196	24,26%	38	4,70%	2	0,25%
UBS Novo Horizonte	451	56,80%	266	33,50%	74	9,32%	3	0,38%
UBS Palmeiras do Norte	683	37,53%	798	43,85%	302	16,59%	37	2,03%
UBS Sen. Benedito	98	23,22%	155	36,73%	168	39,81%	1	0,24%

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Figura 4 - Gráfico da espacialização dos usuários por renda em cada território de saúde (2020)



FONTE: Autor (2025).

Ao observar as tabelas anteriores, primeiramente, percebe-se o elevado número de usuários de renda mais baixa. A classe de usuários de até dois salários mínimos compreende a maioria dos consumidores proporcionalmente ao total cadastrado no banco de dados da secretaria de saúde.

As UBS Dr. Dantas, Ponte e Nova Araguaína representam o maior número de usuários com renda familiar abaixo de um salário mínimo, número esse que acompanhou o crescimento de cadastrados. Segundo o Centro de Políticas Sociais (2014), desenvolvido pela Fundação Getúlio Vargas, a classificação de renda familiar é dividida em 5 grupos (A, B, C, D e). Segundo o quadro das áreas de abrangência das UBS, em 2018, cerca de 87,3% dos usuários pertenciam à classe E (renda familiar até um salário mínimo). Já no ano de 2019 e de 2020, a mesma classe correspondeu a 75,1% e 73,4%, respectivamente.

Quanto ao público de maior renda familiar, observa-se maior concentração na área de abrangência da UBS Dr. Francisco, o que pode ser compreendido pela composição socioespacial dos bairros atendidos, caracterizados por residências de alto padrão e por uma infraestrutura urbana de qualidade. Nesta pesquisa, considera-se infraestrutura urbana de qualidade o conjunto de serviços e equipamentos urbanos plenamente instalados e operantes - incluindo pavimentação adequada, drenagem e esgotamento sanitário eficientes, abastecimento regular de água, iluminação pública, calçamento, arborização, sistema viário estruturado, acesso facilitado ao transporte coletivo e presença de equipamentos urbanos e comunitários - elementos que contribuem para melhores condições de mobilidade, salubridade e bem-estar.

A prevalência desses atributos nas áreas atendidas pela UBS Dr. Francisco guarda relação direta com o perfil socioeconômico de seus moradores: a proporção de usuários com renda acima de quatro salários mínimos (faixa C) é de aproximadamente 4,2%, número expressivamente superior ao observado na UBS Araguaína Sul, cuja participação dessa faixa não atinge 1%. Essa desigualdade reforça como padrões de urbanização diferenciados, somados à infraestrutura de maior qualidade, configuram territórios de saúde mais favorecidos em comparação às regiões periféricas e de menor renda.

As diferenças entre os setores não se caracterizam apenas pelos fatores associados ao usuário, mas também relacionado à infraestrutura urbana, onde pode-se observar que as regiões da cidade com maior infraestrutura urbana, também, contemplam os melhores indicadores sociodemográficos. Ainda sobre as diferenças dos territórios de saúde e os índices sociodemográficos, um dos fatores de grande diferença ainda na cidade de Araguaína é o destino do lixo, que, por mais que haja uma concessão de empresa especializada para a coleta urbana, algumas regiões ainda carecem de um destino adequado para os resíduos.

Visualizando os dados expostos no cadastro domiciliar cedidos pela SEMUS, verifica-se a presença de três modalidades de destino para os resíduos, sendo elas: coleta, queima do lixo e dispensa de resíduos a céu aberto. Tais destinos estão diretamente ligados com o espaço em questão, o que abre discussões na relação dos outros parâmetros expostos anteriormente, como renda e acesso às moradias.

Para um melhor delineamento do panorama dos dados em questão, foi elaborada a tabela 5, obtendo os dados em todas as regiões de UBS no recorte temporal do presente estudo, o que incidiu na seguinte configuração:

Tabela 6 - Tipo de coleta de lixo nas áreas de abrangência das UBS

Unidade Básicas de Saúde (UBS)	Rede de Coleta	2018		2019		2020	
		N	%	N	%	N	%
UBS Albeny Soares	Coleta	598	100,00%	632	100,00%	1129	100,00%
	Queima	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Céu Aberto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
UBS Araguaína Sul	Coleta	1348	98,83%	1476	98,93%	2345	100,00%
	Queima	3	0,22%	3	0,20%	3	0,13%
	Céu Aberto	13	0,95%	13	0,87%	13	0,55%
UBS Avany Galdino	Coleta	1613	99,81%	1613	99,81%	2938	99,46%
	Queima	3	0,19%	3	0,19%	7	0,24%
	Céu Aberto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
UBS Bairro de Fátima	Coleta	494	65,87%	526	65,42%	726	99,05%
	Queima	<b>255</b>	<b>34,00%</b>	<b>277</b>	<b>34,45%</b>	<b>318</b>	<b>30,46%</b>
	Céu Aberto	1	0,13%	1	0,12%	1	0,10%
UBS Couto Magalhães	Coleta	1186	99,66%	1315	99,55%	1760	84,66%
	Queima	2	0,17%	4	0,30%	4	0,23%
	Céu Aberto	2	0,17%	2	0,15%	2	0,11%
UBS Dr. Dantas	Coleta	466	100,00%	526	100,00%	891	99,33%
	Queima	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Céu Aberto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
UBS Dr. Francisco	Coleta	788	99,62%	788	99,62%	2210	100,00%
	Queima	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Céu Aberto	3	0,38%	3	0,38%	3	0,14%
UBS Dr. Raimundo	Coleta	572	97,28%	589	97,36%	1485	99,80%
	Queima	13	2,21%	13	2,15%	14	0,93%
	Céu Aberto	3	0,51%	3	0,50%	6	0,40%
UBS JK	Coleta	364	96,81%	379	96,93%	428	95,54%

	Queima	12	3,19%	12	3,07%	12	2,69%
	Céu Aberto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<b>UBS José Resende</b>	Coleta	342	99,42%	460	99,57%	2121	99,44%
	Queima	2	0,58%	2	0,43%	6	0,28%
	Céu Aberto	0	0,00%	0	0,00%	1	0,05%
<b>UBS José Ronaldo</b>	Coleta	454	97,84%	464	97,89%	1008	99,31%
	Queima	8	1,72%	8	1,69%	8	0,79%
	Céu Aberto	2	0,43%	2	0,42%	2	0,20%
<b>UBS Lago Azul</b>	Coleta	497	100,00%	692	100,00%	1360	99,27%
	Queima	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Céu Aberto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<b>UBS Ponte</b>	Coleta	25	27,78%	48	21,72%	145	100,00%
	Queima	<b>65</b>	<b>72,22%</b>	<b>173</b>	<b>78,28%</b>	<b>261</b>	<b>64,29%</b>
	Céu Aberto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	Coleta	289	63,38%	367	65,30%	1303	83,31%
	Queima	<b>167</b>	<b>36,62%</b>	<b>194</b>	<b>34,52%</b>	<b>327</b>	<b>20,06%</b>
	Céu Aberto	0	0,00%	1	0,18%	0	0,00%
<b>UBS Manoel Maria</b>	Coleta	272	98,91%	489	99,39%	1810	84,70%
	Queima	2	0,73%	2	0,41%	3	0,17%
	Céu Aberto	1	0,36%	1	0,20%	5	0,28%
<b>UBS Maria dos Reis</b>	Coleta	169	86,22%	169	86,22%	281	97,23%
	Queima	27	13,78%	27	13,78%	63	18,05%
	Céu Aberto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<b>UBS Nova Araguaina</b>	Coleta	50	100,00%	277	100,00%	1137	94,75%
	Queima	0	0,00%	0	0,00%	5	0,44%
	Céu Aberto	0	0,00%	0	0,00%	1	0,09%
<b>UBS Novo Horizonte</b>	Coleta	391	59,33%	414	60,53%	617	99,04%
	Queima	<b>185</b>	<b>28,07%</b>	<b>187</b>	<b>27,34%</b>	<b>328</b>	<b>34,67%</b>
	Céu Aberto	83	12,59%	83	12,13%	119	11,18%
<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	Coleta	1180	99,83%	1228	99,84%	1950	81,35%

<b>UBS Sen. Benedito</b>	Queima	0	0,00%	0	0,00%	1	0,05%
	Céu Aberto	2	0,17%	2	0,16%	2	0,10%
	Coleta	160	97,56%	204	90,67%	403	99,26%
	Queima	4	2,44%	21	9,33%	32	7,32%
	Céu Aberto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

---

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

O domínio da coleta urbana é visível nos três anos em questão, porém cabe destacar a dispersão dos resíduos por queima e por exposição a céu aberto. Araguaína ainda adota a cultura de queima de lixo, o que implica que, mesmo na modernidade com coleta e ambiente regular para dispersão, muitos moradores ainda optam pela queima do lixo.

Já, nas regiões rurais, onde a coleta é indisponível, verifica-se que há uma incidência maior no descarte por queimada e na exposição dos resíduos a céu aberto. Observa-se que as mesmas regiões com dificuldades no acesso às moradias, também, não dispõem de totalidade de coleta de resíduos, o que pode justificar-se na ausência da coleta pelo fato de não haver infraestrutura adequada no acesso.

A UBS bairro de Fátima, a UBS Ponte, a UBS Manoel dos Reis e a UBS Novo Horizonte dispõem de baixa infraestrutura, uma vez que englobam setores rurais em sua região de saúde. Tais UBS se destacam em números negativos, tanto em renda, quanto em infraestrutura e em espaço. Essa conexão pode ser explicada na relação do ambiente e saúde, uma vez que cada fator social, econômico ou até mesmo ambiental se complementa tanto para benefício de uma população, quanto para agrupar variantes que incidam negativamente.

O panorama descrito mostra que, mesmo com uma coleta abrangente a toda a área urbana (segundo a empresa responsável pela concessão da coleta de lixo urbana), poucas áreas de abrangência de UBS detêm uma coleta completa, sendo apenas as áreas que contemplam setores mais novos e setores com imersão total nas áreas centrais da cidade. Desse modo, reforça-se a dispersão e a desassistência dos setores marginalizados da cidade, o que implica diretamente os indicadores elevados das áreas de assistência de saúde das UBS em representação.

Outra forma de demonstrar o desamparo das áreas afastadas do centro urbano é por meio da relação de esgoto e ambiente. Uma relação de caráter primariamente ambiental, também, envolve seus aspectos sociais, uma vez que a cadeia da saúde urbana está contida no laço que envolve os dois prismas citados.

As diversas formas de escoamento desses dejetos fortalecem as condições do meio em que a população vive, e ainda estabelecem fatores de padronização da saúde a curto, médio e longo prazo, uma vez que doenças como as infecto parasitárias estão intimamente ligadas com as condições ambientais da região em questão.

Seguindo tal relação, elaboraram-se as tabelas 8, 9 e 10 dos anos de recorte da pesquisa, elencando os tipos de escoamento de esgoto de cada região de saúde denominada pelas UBS em questão, obtendo os seguintes resultados a seguir:

Tabela 7 - escoamento do esgoto nas áreas de abrangência das UBS

	FORMA DE ESCOAMENTO 2018													
	REDE COLETO RA	%	FOSSA SEPTIC A	%	FOSSA RUDIMENT AR	%	DIRETO PARA RIO/LAGO/M AR	%	CÉU ABERT O	%	OUTR A FORM A	%	NÃO INFORMAD O	%
<b>UBS Albeny Soares</b>	76	11,84 %	493	76,79 %	10	1,56%	10	1,56 %	8	1,25%	1	0,16 %	44	11,84 %
<b>UBS Araguaín a Sul</b>	264	16,37 %	793	49,16 %	353	21,88 %	0	0,00 %	1	0,06%	4	0,25 %	198	16,37 %
<b>UBS Avany Galdino</b>	850	47,51 %	823	46,00 %	4	0,22%	0	0,00 %	2	0,11%	0	0,00 %	110	47,51 %
<b>UBS Bairro de Fátima</b>	58	7,14%	526	64,78 %	143	17,61 %	0	0,00 %	40	4,93%	6	0,74 %	39	7,14%
<b>UBS Couto Magalhães</b>	144	11,21 %	523	40,70 %	552	42,96 %	11	0,86 %	1	0,08%	2	0,16 %	52	11,21 %
<b>UBS Dr. Dantas</b>	26	5,13%	208	41,03 %	233	45,96 %	0	0,00 %	0	0,00%	0	0,00 %	40	5,13%
<b>UBS Dr. Francisc o</b>	115	13,29 %	422	48,79 %	257	29,71 %	28	3,24 %	0	0,00%	1	0,12 %	42	13,29 %
<b>UBS Dr. Raimund o</b>	37	5,73%	310	47,99 %	270	41,80 %	0	0,00 %	3	0,46%	1	0,15 %	25	5,73%
<b>UBS JK</b>	5	1,28%	31	7,91%	331	84,44 %	0	0,00 %	0	0,00%	1	0,26 %	24	1,28%

<b>UBS José Resende</b>	5	1,35%	332	89,73%	4	1,08%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	29	1,35%
<b>UBS José Ronaldo</b>	75	10,23%	62	8,46%	308	42,02%	23	3,14%	8	1,09%	0	0,00%	257	10,23%
<b>UBS Lago Azul</b>	454	87,31%	47	9,04%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	19	87,31%
<b>UBS Ponte</b>	2	1,79%	6	5,36%	73	65,18%	0	0,00%	25	22,32%	2	1,79%	4	1,79%
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	29	5,57%	419	80,42%	11	2,11%	0	0,00%	11	2,11%	1	0,19%	50	5,57%
<b>UBS Manoel Maria</b>	22	7,31%	172	57,14%	81	26,91%	2	0,66%	0	0,00%	0	0,00%	24	7,31%
<b>UBS Maria dos Reis</b>	4	1,78%	124	55,11%	80	35,56%	0	0,00%	7	3,11%	1	0,44%	9	1,78%
<b>UBS Nova Araguaina</b>	10	19,23%	15	28,85%	20	38,46%	0	0,00%	0	0,00%	2	3,85%	5	19,23%
<b>UBS Novo Horizonte</b>	13	1,69%	369	48,11%	175	22,82%	0	0,00%	125	16,30%	0	0,00%	85	1,69%
<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	272	21,04%	804	62,18%	124	9,59%	8	0,62%	14	1,08%	0	0,00%	71	21,04%

<b>UBS Sem. Benedito</b>	9	4,71%	135	70,68%	36	18,85%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	11	4,71%
--------------------------	---	-------	-----	--------	----	--------	---	-------	---	-------	---	-------	----	-------

Fonte: SEMUS (ADAPTADA PELO AUTOR)

Tabela 8 - escoamento do esgoto nas áreas de abrangência das UBS

FORMA DE ESCOAMENTO 2019

	REDE COLETO RA	%	FOSSA SEPTIC A	%	FOSSA RUDIMENT AR	%	DIRETO PARA RIO/LAGO/M AR	%	CÉU ABERT O	%	OUTR A FORM A	%	NÃO INFORMAD O	%
<b>UBS Albeny Soares</b>	76	11,23%	518	76,51%	20	2,95%	10	1,48%	8	1,18%	1	0,15%	44	11,23%
<b>UBS Araguaín a Sul</b>	304	17,30%	861	49,00%	379	21,57%	0	0,00%	1	0,06%	4	0,23%	208	17,30%
<b>UBS Avany Galdino</b>	850	47,51%	823	46,00%	4	0,22%	0	0,00%	2	0,11%	0	0,00%	110	47,51%
<b>UBS Bairro de Fátima</b>	58	6,61%	549	62,60%	180	20,52%	0	0,00%	41	4,68%	6	0,68%	43	6,61%
<b>UBS Couto Magalhães</b>	153	10,67%	549	38,28%	656	45,75%	12	0,84%	1	0,07%	2	0,14%	61	10,67%
<b>UBS Dr. Dantas</b>	28	4,90%	220	38,46%	280	48,95%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	44	4,90%

<b>UBS Dr. Francisco</b>	115	13,29%	422	48,79%	257	29,71%	28	3,24%	0	0,00%	1	0,12%	42	13,29%
<b>UBS Dr. Raimundo</b>	37	5,58%	313	47,21%	282	42,53%	0	0,00%	4	0,60%	1	0,15%	26	5,58%
<b>UBS JK</b>	14	3,41%	31	7,56%	338	82,44%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,24%	26	3,41%
<b>UBS José Resende</b>	16	3,18%	443	88,07%	4	0,80%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	40	3,18%
<b>UBS José Ronaldo</b>	76	10,04%	66	8,72%	313	41,35%	23	3,04%	8	1,06%	0	0,00%	271	10,04%
<b>UBS Lago Azul</b>	654	89,84%	47	6,46%	6	0,82%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	21	89,84%
<b>UBS Ponte</b>	2	0,69%	21	7,24%	202	69,66%	0	0,00%	48	16,55%	2	0,69%	15	0,69%
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	37	5,80%	523	81,97%	11	1,72%	0	0,00%	13	2,04%	1	0,16%	53	5,80%
<b>UBS Manoel Maria</b>	31	5,46%	194	34,15%	272	47,89%	2	0,35%	0	0,00%	0	0,00%	69	5,46%
<b>UBS Maria dos Reis</b>	4	1,78%	124	55,11%	80	35,56%	0	0,00%	7	3,11%	1	0,44%	9	1,78%
<b>UBS Nova Araguainha</b>	55	19,03%	191	66,09%	27	9,34%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,69%	14	19,03%

<b>UBS Novo Horizonte e UBS Palmeiras do Norte UBS Sem. Benedito</b>	13	1,63%	394	49,44%	177	22,21%	0	0,00%	125	15,68%	0	0,00%	88	1,63%
	319	23,75%	805	59,94%	125	9,31%	8	0,60%	14	1,04%	0	0,00%	72	23,75%
	11	4,21%	145	55,56%	87	33,33%	0	0,00%	3	1,15%	0	0,00%	15	4,21%

FONTE: SEMUS (ADAPTADA PELO AUTOR)

Tabela 9 - escoamento do esgoto nas áreas de abrangência das UBS

FORMA DE ESCOAMENTO 2020

	REDE COLETO RA	%	FOSSA SEPTIC A	%	FOSSA RUDIMENT AR	DIRETO PARA RIO/LAGO/M AR	%	CÉU ABERT O	%	OUTR A FORM A	%	NÃO INFORMA DO	%	
<b>UBS Albeny Soares</b>	217	17,14%	754	59,56%	153	12,09%	30	2,37%	10	0,79%	2	0,16%	100	17,14%
<b>UBS Araguaína a Sul</b>	505	18,30%	1351	48,97%	563	20,41%	0	0,00%	1	0,04%	4	0,14%	335	18,30%
<b>UBS Avany Galdino</b>	1741	52,87%	1252	38,02%	103	3,13%	1	0,03%	2	0,06%	0	0,00%	194	52,87%
<b>UBS Bairro de Fátima</b>	63	5,46%	620	53,77%	364	31,57%	0	0,00%	43	3,73%	7	0,61%	56	5,46%

<b>UBS Couto Magalhães</b>	244	12,60 %	620	32,01 %	966	49,87 %	19	0,98 %	1	0,05%	2	0,10 %	85	12,60 %
<b>UBS Dr. Dantas</b>	38	3,93%	306	31,64 %	552	57,08 %	0	0,00 %	0	0,00%	0	0,00 %	71	3,93%
<b>UBS Dr. Francisco</b>	834	33,83 %	781	31,68 %	698	28,32 %	31	1,26 %	8	0,32%	2	0,08 %	111	33,83 %
<b>UBS Dr. Raimundo</b>	82	4,67%	744	42,37 %	825	46,98 %	0	0,00 %	6	0,34%	1	0,06 %	98	4,67%
<b>UBS JK</b>	17	1,91%	37	4,15%	397	44,56 %	0	0,00 %	0	0,00%	1	0,11 %	439	1,91%
<b>UBS José Resende</b>	181	7,69%	1909	81,10 %	131	5,56%	9	0,38 %	3	0,13%	1	0,04 %	120	7,69%
<b>UBS José Ronaldo</b>	218	15,31 %	134	9,41%	670	47,05 %	39	2,74 %	13	0,91%	2	0,14 %	348	15,31 %
<b>UBS Lago Azul</b>	1288	84,46 %	151	9,90%	8	0,52%	1	0,07 %	0	0,00%	0	0,00 %	77	84,46 %
<b>UBS Ponte</b>	7	1,26%	111	20,04 %	348	62,82 %	0	0,00 %	51	9,21%	4	0,72 %	33	1,26%
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	174	9,18%	1333	70,34 %	187	9,87%	0	0,00 %	17	0,90%	1	0,05 %	183	9,18%
<b>UBS Manoel Maria</b>	371	17,73 %	486	23,22 %	1051	50,22 %	3	0,14 %	0	0,00%	3	0,14 %	179	17,73 %

<b>UBS Maria dos Reis</b>	13	3,07%	248	58,63 %	97	22,93 %	0	0,00 %	36	8,51%	3	0,71 %	26	3,07%
<b>UBS Nova Araguain a</b>	218	17,43 %	759	60,67 %	217	17,35 %	0	0,00 %	0	0,00%	3	0,24 %	54	17,43 %
<b>UBS Novo Horizont e</b>	22	1,79%	673	54,72 %	217	17,64 %	0	0,00 %	186	15,12 %	4	0,33 %	128	1,79%
<b>UBS Palmeira s do Norte</b>	851	39,16 %	900	41,42 %	190	8,74%	8	0,37 %	56	2,58%	0	0,00 %	168	39,16 %
<b>UBS Sem. Benedito</b>	19	3,72%	313	61,25 %	146	28,57 %	0	0,00 %	6	1,17%	0	0,00 %	27	3,72%

---

FONTE: SEMUS (ADAPTADA PELO AUTOR).

Observando tais resultados, verifica-se que Araguaína ainda apresenta baixa cobertura de coleta e tratamento de esgoto, evidenciando um processo de expansão do saneamento que ocorre de forma gradual. Embora esta pesquisa não tenha levantado dados específicos sobre custos ou impactos operacionais das obras, é amplamente reconhecido na literatura técnica de saneamento básico que a implantação de redes de esgoto em áreas urbanas já consolidadas demanda intervenções complexas no subsolo, envolve escavação de vias, interrupções temporárias no tráfego e adaptações em infraestruturas preexistentes.

De fato, tais características tornam o processo mais oneroso e potencialmente disruptivo para o cotidiano da população, se comparado à implantação em loteamentos novos, onde a infraestrutura é planejada antes da ocupação. Assim, a expansão do sistema em áreas estabelecidas exige planejamento cuidadoso, compatibilização com demais serviços urbanos e cronogramas que minimizem interferências, de modo a garantir um sistema eficiente sem comprometer o funcionamento cotidiano da cidade.

É notório que as regiões de saúde que abrangem bairros compostos de loteamentos recentes já compreendem uma quase totalidade de rede coletora, uma vez que a concessionária responsável pelo abastecimento de água e coleta de esgoto do município vincula ao pleno desempenho da infraestrutura do setor a contemplação de uma rede de esgoto, o que já indica uma projeção do plano de rede de coleta de esgoto do município.

Contudo, há alguns fatores que também podem ter relações questionadas, como o fato de a maior quantidade da população do município adotar sistemas de coletas tradicionais, como fossa séptica e rudimentar. Chama-se atenção principalmente a alta incidência de fossas rudimentares no perímetro urbano, principalmente nas áreas centrais. Tal sistema contempla método construtivo que não protege nem filtra os dejetos ao meio ambiente, o que pode ocasionar poluição das áreas, interferência de tóxicos no lençol freático e possível poluição de cursos de águas presentes no perímetro urbano.

Atualmente, a fiscalização ambiental da prefeitura já notifica e em alguns casos, passíveis de penalidades, há a imposição de multas para residências em que há rede de coleta urbana, porém há dispersão do esgoto por fossas rudimentares. Essa fiscalização ainda não ganhou fortes apoios e regularidade pelo fato de que muitas áreas da cidade ainda estão desatendidas de rede de coleta urbana. Ressalta-se ainda

que em algumas áreas há a diminuição de fossas e a presença do aumento de dispersão em rede pública, o que indica a expansão da rede de coleta de esgoto do município.

Anote-se que a fiscalização dessas intervenções supracitadas é realizada pelas equipes técnicas da prefeitura, que executam vistorias in loco para verificar a conformidade das obras e serviços de saneamento com a legislação municipal e com as normas técnicas. Quando identificadas irregularidades ou riscos ao funcionamento urbano, os fiscais emitem notificações formais - autos ou termos de intimação - nas quais o responsável é orientado a regularizar a situação dentro de prazo determinado. Caso não haja atendimento, podem ser aplicadas multas, embargos ou outras medidas administrativas.

Outro dado exposto que reclama uma atenção é a dispersão de esgoto e de dejetos a céu aberto. Percebe-se que ainda há um número considerável em algumas regiões com essa prática. Desse modo, pode notar-se que as regiões de saúde que apresentam dados alarmantes nas outras vertentes já relacionadas nas tabelas anteriormente discutidas, também, apresentam uma relevância da dispersão de esgoto a céu aberto.

A percepção do elo entre ambiente, sociedade e economia é reforçada pelos indicadores apresentados, especialmente nas regiões de saúde vinculadas às UBS Bairro de Fátima, Novo Horizonte e Setor Ponte. Essas áreas incluem bairros periféricos, rurais e caracterizados por baixa infraestrutura, entendida como a insuficiência ou precariedade de serviços urbanos essenciais - tais como pavimentação, drenagem, abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto, iluminação pública, transporte, equipamentos sociais e acesso a serviços básicos. Nessas condições, o território e a saúde tornam-se dimensões profundamente interdependentes: a configuração territorial condiciona o grau de exposição a riscos e a disponibilidade de recursos, enquanto os serviços de saúde buscam responder às demandas geradas por essas desigualdades. Assim, ambas as esferas influenciam diretamente a qualidade de vida, aqui compreendida como o conjunto de condições materiais, ambientais e sociais que permitem aos indivíduos usufruir bem-estar, segurança, acesso a oportunidades e condições adequadas de moradia, trabalho e circulação no espaço urbano.

Alguns fatores expressam de maneira direta as condições de vida de um grupo populacional, entre eles o acesso à energia elétrica e à rede de abastecimento de água. Para esses dois parâmetros, foram elaboradas tabelas a partir dos dados disponibilizados pela SEMUS. No que se refere ao acesso à energia elétrica, observa-se que apenas uma parcela muito reduzida dos domicílios permanece sem cobertura, mesmo nos territórios de saúde que apresentam maior precariedade em outros indicadores urbanos e sociais. Esse dado sugere que, embora a eletrificação esteja relativamente universalizada no município, outras dimensões da infraestrutura básica - como saneamento, pavimentação ou equipamentos públicos - continuam a se expressar de forma desigual no espaço intra-urbano.

Tal fator se dá pela necessidade atual da energia elétrica, que, mesmo com o alto preço das tarifas, ainda assim é de uso necessário da população, fazendo com o que os grupos mais carentes também acabem aderindo aos serviços das concessionárias de energia, fato esse que não ocorre com o serviço de água, que, por sua vez, ainda possibilita maneiras paralelas para o consumo da população, além de não contemplar uma cobertura municipal tão eficaz quanto aos serviços de energia.

Tal fato se dá pelas dificuldades e pelos custos de uma rede de água, que, por muitas vezes, torna-se inviável o investimento para proporcionar o serviço a poucas unidades habitacionais, o que faz com que as concessionárias transfiram os custos para o cliente para que estes arquem com as despesas para instalação de uma rede na região para atendê-lo. Essas formas de atendimento fazem com que a população carente procure outros meios, como: carro pipa, abastecimento em cisternas, recolhimento de água junto a canais e outros.

Pode-se observar, por meio das Tabelas 9 e 10, a seguir, como é a distribuição dos serviços essenciais de energia e de água, respectivamente, no recorte de três anos no município de Araguaína.

Tabela 10 - Cobertura de energia elétrica nos territórios de saúde das UBS

Unidade Básicas de Saúde (UBS)	Energia elétrica	2018		2019		2020	
		N	%	N	%	N	%
Albeny Soares	Sim	519	99,62%	550	99,64%	964	99,59%
	Não	2	0,38%	2	0,36%	4	0,41%
Araguaína Sul	Sim	1270	99,30%	1367	99,27%	1969	99,44%
	Não	9	0,70%	10	0,73%	11	0,56%
Avany Galdino	Sim	1482	98,80%	1482	98,80%	2618	99,20%
	Não	18	1,20%	18	1,20%	21	0,80%
Bairro de Fátima	Sim	583	97,82%	619	97,94%	831	98,34%
	Não	13	2,18%	13	2,06%	14	1,66%
Couto Magalhães	Sim	1043	99,05%	1164	99,15%	1471	99,26%
	Não	10	0,95%	10	0,85%	11	0,74%
Dr. Dantas	Sim	384	97,71%	432	97,74%	714	98,35%
	Não	9	2,29%	10	2,26%	12	1,65%
Dr. Francisco	Sim	746	99,07%	746	99,07%	1879	99,21%
	Não	7	0,93%	7	0,93%	15	0,79%
Dr. Raimundo	Sim	480	97,96%	489	98,00%	1278	98,16%
	Não	10	2,04%	10	2,00%	24	1,84%
JK	Sim	307	100,00%	312	100,00%	345	100,00%
	Não	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
José Resende	Sim	301	99,67%	392	99,49%	1710	99,59%
	Não	1	0,33%	2	0,51%	7	0,41%
José Ronaldo	Sim	412	99,28%	415	99,28%	915	99,24%
	Não	3	0,72%	3	0,72%	7	0,76%
Lago Azul	Sim	477	100,00%	582	100,00%	1132	99,82%
	Não	0	0,00%	0	0,00%	2	0,18%
UBS Ponte	Sim	88	95,65%	168	93,33%	342	96,07%

	Não	4	4,35%	12	6,67%	14	3,93%
<b>Manoel dos Reis</b>	Sim	425	99,07%	522	98,86%	1427	99,44%
	Não	4	0,93%	6	1,14%	8	0,56%
<b>Manoel Maria</b>	Sim	217	97,75%	394	97,77%	1464	98,99%
	Não	5	2,25%	9	2,23%	15	1,01%
<b>Maria dos Reis</b>	Sim	170	99,42%	170	99,42%	328	99,39%
	Não	1	0,58%	1	0,58%	2	0,61%
<b>Nova Araguaina</b>	Sim	42	100,00%	241	100,00%	948	99,58%
	Não	0	0,00%	0	0,00%	4	0,42%
<b>Novo Horizonte</b>	Sim	634	97,69%	654	97,76%	955	97,85%
	Não	15	2,31%	15	2,24%	21	2,15%
<b>Palmeiras do Norte</b>	Sim	1091	99,36%	1123	99,38%	1721	99,36%
	Não	7	0,64%	7	0,62%	11	0,64%
<b>Sen. Benedito</b>	Sim	138	72,25%	394	97,77%	347	100,00%
	Não	53	27,75%	9	2,23%	0	0,00%
<b>Total</b>		<b>5638</b>		<b>6683</b>		<b>14921</b>	

---

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Tabela 11 - Cobertura de rede de água nos territórios de saúde das UBS

Unidade Básicas de Saúde (UBS)	Rede de água	2018		2019		2020	
		N	%	N	%	N	%
Albeny Soares	Sim	617	96,11%	650	96,01%	1177	92,97%
	Não	25	3,89%	27	3,99%	89	7,03%
Araguaína Sul	Sim	1397	86,61%	1534	87,31%	2416	87,57%
	Não	<b>216</b>	<b>13,39%</b>	<b>223</b>	<b>12,69%</b>	<b>343</b>	<b>12,43%</b>
Avany Galdino	Sim	1698	94,91%	1698	94,91%	3121	94,78%
	Não	91	5,09%	91	5,09%	172	5,22%
Bairro de Fátima	Sim	517	63,67%	549	62,60%	765	66,35%
	Não	<b>295</b>	<b>36,33%</b>	<b>328</b>	<b>37,40%</b>	<b>388</b>	<b>33,65%</b>
Couto Magalhães	Sim	1221	95,02%	1368	95,40%	1835	94,73%
	Não	64	4,98%	66	4,60%	102	5,27%
Dr. Dantas	Sim	482	95,07%	543	94,93%	916	94,73%
	Não	25	4,93%	29	5,07%	51	5,27%
Dr. Francisco	Sim	822	95,03%	822	95,03%	2355	95,54%
	Não	43	4,97%	43	4,97%	110	4,46%
Dr. Raimundo	Sim	607	93,96%	624	94,12%	1637	93,22%
	Não	39	6,04%	39	5,88%	119	6,78%
JK	Sim	376	95,92%	393	95,85%	443	50,74%
	Não	16	4,08%	17	4,15%	430	49,26%
José Resende	Sim	347	93,78%	466	92,64%	2212	93,97%
	Não	23	6,22%	37	7,36%	142	6,03%
José Ronaldo	Sim	475	64,80%	485	64,07%	1091	76,62%
	Não	<b>258</b>	<b>35,20%</b>	<b>272</b>	<b>35,93%</b>	<b>333</b>	<b>23,38%</b>
Lago Azul	Sim	504	96,92%	710	97,53%	1395	95,22%
	Não	16	3,08%	18	2,47%	70	4,78%

<b>UBS Ponte</b>	Sim	25	22,32%	46	15,86%	202	36,46%
	Não	87	77,68%	244	84,14%	352	63,54%
<b>Manoel dos Reis</b>	Sim	322	61,80%	405	63,48%	1389	73,30%
	<b>Não</b>	<b>199</b>	<b>38,20%</b>	<b>233</b>	<b>36,52%</b>	<b>506</b>	<b>26,70%</b>
<b>Manoel Maria</b>	Sim	274	91,03%	502	88,38%	1926	92,02%
	Não	27	8,97%	66	11,62%	167	7,98%
<b>Maria dos Reis</b>	Sim	181	80,44%	181	80,44%	322	76,12%
	Não	44	19,56%	44	19,56%	101	23,88%
<b>Nova Araguaina</b>	Sim	48	92,31%	267	92,39%	1176	94,00%
	Não	4	7,69%	22	7,61%	75	6,00%
<b>Novo Horizonte</b>	Sim	408	53,19%	433	54,33%	647	52,60%
	Não	359	46,81%	364	45,67%	583	47,40%
<b>Palmeiras do Norte</b>	Sim	1202	92,96%	1250	93,08%	2043	94,02%
	Não	91	7,04%	93	6,92%	130	5,98%
<b>Sen. Benedito</b>	Sim	0	0,00%	230	88,12%	452	88,45%
	Não	23	100,00%	31	11,88%	59	11,55%
<b>Total</b>							
		<b>6820</b>		<b>8337</b>		<b>20467</b>	

---

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Com tal exposição, pode-se observar que nas questões de rede de água também estão inseridos os territórios de saúde das UBS com diferenças em outros indicadores, principalmente as UBS que atendem as partes periféricas da cidade, o que implica mostrar que há uma carência nos serviços essenciais para os bairros periféricos, o que também pode ser atrelado ao crescimento desordenado e sem planejamento.

Com o surgimento dos novos loteamentos na cidade, há uma tendência de espalhamento da área urbana em regiões periféricas, o que demanda um ordenamento das questões essenciais para as moradias. Há, atualmente, um número elevado de loteamentos e de novas residências sendo evidenciados em Araguaína, porém, quando uma área com infraestrutura é comercializada e se instala em uma região, há um movimento de habitar regiões ao entorno de tal conjunto, porém muitas vezes de forma irregular, apenas com intuito de usufruir das infraestruturas proporcionadas pelo empreendimento.

Nessa toada, a SEMUS também forneceu as condições de moradia dos usuários, que podem ser próprias, alugadas, financiadas e outros. A partir da Tabela 11 a seguir, foi feita uma adaptação para demonstrar os dados mais relevantes desse indicador, que pode trazer bases para caracterizar o perfil do território. Considere-se a Tabela 11:

Tabela 12 - Tipos de domicílio nos anos de recorte

Unidade Básicas de Saúde (UBS)	Tipos de domicílio	2018		2019		2020	
		N	%	N	%	N	%
Albeny Soares	Próprio	459	71,50%	479	70,75%	877	69,27%
	Alugado	119	18,54%	129	19,05%	242	19,12%
Araguaína Sul	Próprio	1141	70,78%	1251	71,24%	1981	71,83%
	Alugado	254	15,76%	272	15,49%	383	13,89%
Avany Galdino	Próprio	119	16,78%	1199	67,02%	2272	68,99%
	Alugado	432	60,93%	432	24,15%	675	20,50%
Bairro de Fátima	Próprio	609	76,32%	648	75,09%	879	77,17%
	Alugado	60	7,52%	68	7,88%	90	7,90%
Couto Magalhães	Próprio	971	75,56%	1077	75,10%	1438	74,24%
	Alugado	205	15,95%	238	16,60%	327	16,88%
Dr. Dantas	Próprio	435	85,80%	477	83,39%	689	71,33%
	<b>Financiado</b>	<b>47</b>	<b>9,47%</b>	<b>68</b>	<b>11,89%</b>	<b>215</b>	<b>22,26%</b>
Dr. Francisco	Próprio	546	63,12%	546	63,12%	1824	74,00%
	Alugado	255	29,48%	255	29,48%	509	20,65%
Dr. Raimundo	Próprio	467	72,29%	477	71,95%	1361	77,55%
	Alugado	128	19,81%	134	20,21%	265	15,10%
JK	Próprio	262	67,88%	277	68,56%	510	59,37%
	Alugado	76	19,69%	78	19,31%	187	21,77%
José Resende	Próprio	298	80,76%	409	81,47%	1942	82,57%
	Alugado	37	10,03%	45	8,96%	226	9,61%
José Ronaldo	Próprio	326	44,47%	334	44,12%	797	55,97%
	Alugado	130	17,74%	134	17,70%	253	17,77%
Lago Azul	Próprio	230	44,23%	268	36,81%	544	37,13%
	<b>Financiado</b>	<b>275</b>	<b>52,88%</b>	<b>439</b>	<b>60,30%</b>	<b>828</b>	<b>56,52%</b>

<b>UBS Ponte</b>	Próprio	55	62,50%	146	55,94%	309	58,86%
	<b>Cedido</b>	<b>33</b>	<b>37,50%</b>	<b>72</b>	<b>27,59%</b>	<b>151</b>	<b>28,76%</b>
<b>Manoel dos Reis</b>	Próprio	373	71,59%	454	71,16%	1400	73,88%
	Alugado	39	7,49%	51	7,99%	160	8,44%
<b>Manoel Maria</b>	Próprio	246	81,73%	473	83,27%	1598	76,35%
	Alugado	38	12,62%	65	11,44%	232	11,08%
<b>Maria dos Reis</b>	Próprio	204	92,73%	204	92,73%	347	92,29%
	Alugado	8	3,64%	8	3,64%	17	4,52%
<b>Nova Araguaina</b>	Próprio	36	69,23%	240	83,33%	1013	81,17%
	Financiado	8	15,38%	12	4,17%	65	5,21%
<b>Novo Horizonte</b>	Próprio	547	75,55%	573	77,64%	898	76,88%
	Cedido	65	8,98%	66	8,94%	118	10,10%
<b>Palmeiras do Norte</b>	Próprio	959	74,17%	1000	74,46%	1727	79,48%
	Alugado	237	18,33%	243	18,09%	313	14,40%
<b>Sen. Benedito</b>	Próprio	117	61,26%	168	64,37%	340	66,54%
	Financiado	47	24,61%	59	22,61%	45	19,37%
<b>Total</b>		<b>10846</b>		<b>13500</b>		<b>28047</b>	

---

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Observa-se que, no conjunto das áreas de abrangência das UBS, há relativa proximidade entre o número de residências próprias e alugadas, indicando que mesmo regiões mais centrais concentram um contingente expressivo de usuários que não possuem moradia própria. Essa distribuição, entretanto, não é homogênea: destacam-se os territórios das UBS Dr. Dantas, Lago Azul e Ponte, onde a presença de domicílios alugados é proporcionalmente mais elevada. Essa característica pode refletir maior instabilidade residencial, rotatividade populacional ou menor capacidade de permanência das famílias nessas áreas, aspectos relevantes para compreender o modo como a dinâmica intra-urbana influencia o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

A UBS Lago Azul e a UBS Dr. Dantas abrangem regiões compostas majoritariamente por novos loteamentos, ou seja, áreas de ocupação recente que apresentam, como consequência, um percentual elevado de residências em processo de financiamento imobiliário. Esse indicador, por si só, não caracteriza diretamente um público de baixa renda. Pelo contrário, os principais programas habitacionais vigentes no país - como o Minha Casa, Minha Vida (atualmente retomado em diferentes faixas de subsídio) e o antigo Casa Verde e Amarela - passaram, nos últimos anos, por ajustes que reduziram o volume de subsídios para as faixas de menor renda. Isso faz com que o acesso ao financiamento dependa cada vez mais da capacidade de pagamento das famílias, o que tende a limitar a adesão das camadas mais vulneráveis e a deslocar para esses novos loteamentos um perfil socioeconômico intermediário, que consegue assumir os encargos financeiros, mas ainda não dispõe de condições para adquirir imóveis à vista ou em áreas mais consolidadas da cidade.

O dado mais expressivo refere-se à UBS Ponte, que apresenta um percentual elevado de casas cedidas - residências disponibilizadas gratuitamente ou de forma temporária a famílias que, em geral, não dispõem de condições de acesso ao mercado formal de moradia. Esse indicador sugere a presença de um contingente populacional em situação socioeconômica frágil, o que se articula diretamente com a compreensão de território adotada nesta pesquisa: um espaço produzido por relações sociais, econômicas e institucionais que moldam tanto as condições de vida quanto à forma como os serviços públicos são acessados e distribuídos. Assim, a concentração de moradias cedidas, quando lida em conjunto com os demais indicadores já analisados para esse território, reforça a identificação de um contexto de vulnerabilidade, no qual

desigualdades estruturais do espaço intra-urbano se manifestam de modo mais evidente.

Com tais caracterizações, elaborou-se a Tabela 12 no intuito de verificar a cobertura de usuários cadastrados nas UBS com o quantitativo de habitantes no território de saúde (dada pelo sistema elaborado pelos agentes comunitários de saúde do município, o SISLOC), no qual essa UBS responsabiliza-se, trazendo ainda uma diferença entre as vertentes pesquisadas.

Tabela 13 - Comparativo do número de domicílios cadastrados com o número de domicílios registrados SISLOC.

Unidade Básicas de Saúde (UBS)	2020		
	N Domicílios	N residência SISLOC	Diferença
UBS Albeny Soares	1232	5325	4093
UBS Araguaína Sul	2637	9159	6522
UBS Avany Galdino	3251	5616	2365
UBS Bairro de Fátima	1153	1860	707
UBS Couto Magalhães	1934	3806	1872
UBS Dr. Dantas	967	1796	829
UBS Dr. Francisco	2465	4649	2184
UBS Dr. Raimundo	1734	2879	1145
UBS JK	852	1559	707
UBS José Resende	2329	6896	4567
UBS José Ronaldo	1156	3265	2109
UBS Lago Azul	1439	3383	1944
UBS Ponte	554	707	153
UBS Manoel dos Reis	1818	2541	723
UBS Manoel Maria	2055	1703	-352

<b>UBS Maria dos Reis</b>	423	1523	1100
<b>UBS Nova Araguaina</b>	1251	2882	1631
<b>UBS Novo Horizonte</b>	1201	784	-417
<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	2173	4784	2611
<b>UBS Sen. Benedito</b>	506	3095	2589
<b>TOTAL</b>	<b>31130</b>	<b>68212</b>	<b>37082</b>

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

A tabela anterior mostra uma diferença de aproximadamente 55% de moradias cadastrados no geral. Porém, ao analisar cada território por individualidades, observa-se que os territórios que mais apresentaram dados alarmantes nos indicadores estudados como a UBS bairro de Fátima e UBS Ponte, superando o índice de cadastrados com usuários do serviço público de saúde.

Desse modo, pode ser explicado pela população carente local, que detém única e exclusivamente dos serviços fornecidos pelo governo para se inserir em um ambiente de saúde e bem-estar, o que não acontece em setores centrais, onde há famílias de uma população com mais renda, que, por sua vez, aderem primordialmente por serviços particulares, exercendo o serviço público apenas em causas essenciais, como a questão da vacinação da Covid-19.

Dessa forma, possibilitou caracterizar um ambiente do território de saúde e o panorama geral dos usuários, o que direcionou o estudo para os indivíduos (usuários) e suas peculiaridades relacionadas aos indicadores sociodemográficos das regiões de saúde.

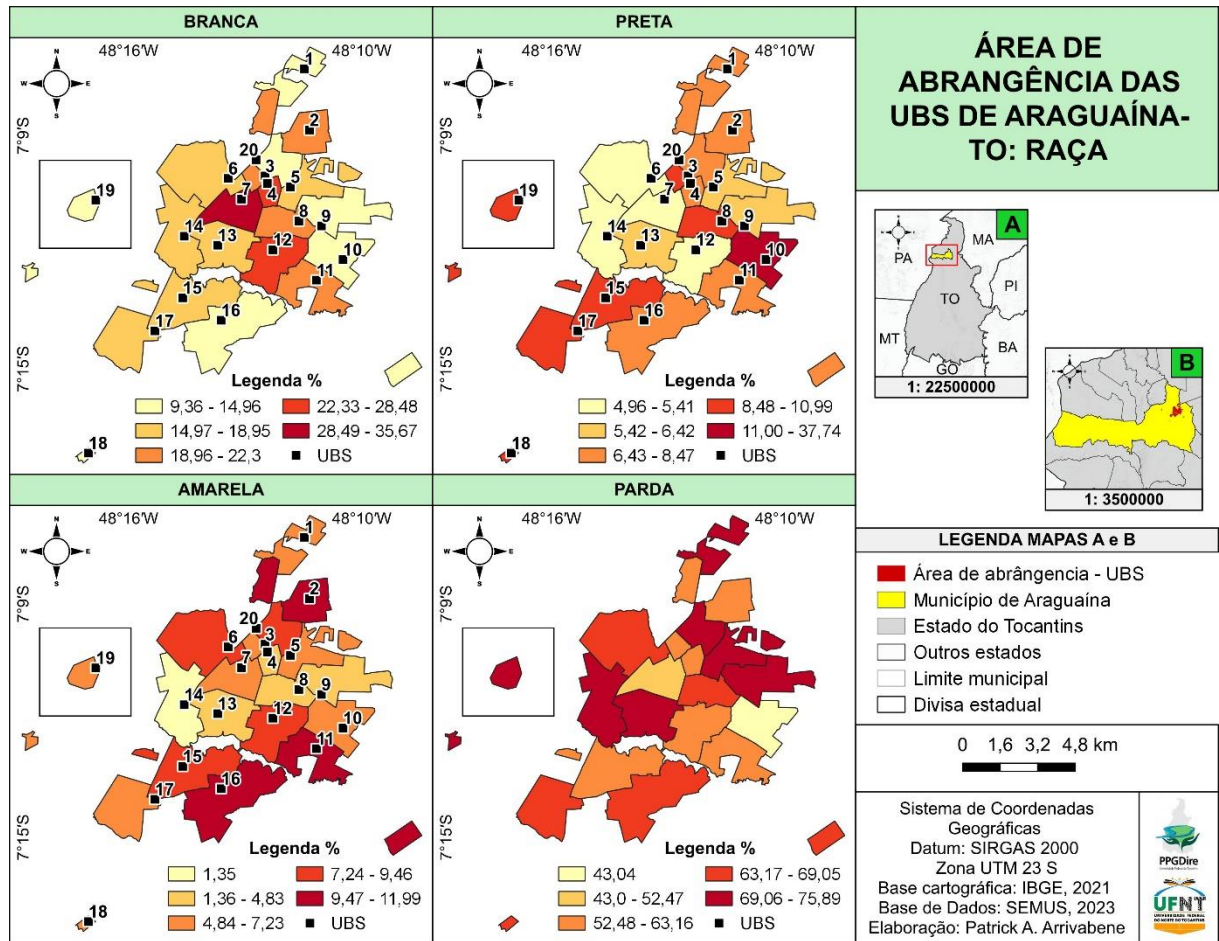
Primeiramente, elaborou-se a tabela 14 relacionada à cor (raça) dos usuários e em seguida uma figura com uma espacialização das raças sobre os territórios de saúde, o que trouxe aos seguintes resultados.

Tabela 14 - Caracterização do usuário nos territórios de saúde das UBS por raça (2020)

UBS	BRANCA	%	PRETA	%	AMARELA	%	PARDA	%
UBS Albeny Soares	808	28,48%	200	7,05%	137	4,83%	1692	59,64%
UBS Araguaína Sul	854	13,82%	397	6,42%	236	3,82%	4691	75,89%
UBS Avany Galdino	1575	21,26%	774	10,45%	295	3,98%	4749	64,11%
UBS Bairro de Fátima	526	17,55%	313	10,44%	171	5,70%	1987	66,28%
UBS Couto Magalhães	945	22,32%	400	9,45%	244	5,76%	2640	62,37%
UBS Dr. Dantas	482	14,96%	249	7,73%	224	6,95%	2267	70,36%
UBS Dr. Francisco	1474	26,28%	278	4,96%	455	8,11%	3399	60,61%
UBS Dr. Raimundo	1065	20,60%	438	8,47%	537	10,38%	3125	60,43%
UBS JK	109	18,41%	32	5,41%	8	1,35%	424	71,62%
UBS José Resende	1405	21,32%	487	7,39%	690	10,47%	3999	60,67%
UBS José Ronaldo	<b>839</b>	<b>35,67%</b>	123	5,23%	156	6,63%	1234	52,47%
UBS Lago Azul	608	14,55%	300	7,18%	501	11,99%	2764	66,16%
UBS Ponte	189	14,53%	143	10,99%	94	7,23%	875	67,26%
UBS Manoel dos Reis	765	12,70%	<b>2273</b>	<b>37,74%</b>	391	6,49%	2592	43,04%
UBS Manoel Maria	1297	16,37%	481	6,07%	514	6,49%	5617	70,91%
UBS Maria dos Reis	106	9,36%	85	7,50%	99	8,74%	843	74,40%
UBS Nova Araguaína	580	17,04%	349	10,25%	322	9,46%	2150	63,16%
UBS Novo Horizonte	346	13,93%	247	9,95%	145	5,84%	1743	70,20%
UBS Palmeiras do Norte	999	18,95%	298	5,65%	224	4,25%	3746	71,05%
UBS Sen. Benedito	205	17,24%	63	5,30%	99	8,33%	821	69,05%

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Figura 5 - Gráfico da espacialização dos usuários por raça em cada território de saúde



FONTE: SEMUS (2020).

Pode-se observar que, em todos os territórios analisados, predomina a população que se autodeclara “parda”, o que é coerente com o perfil demográfico nacional: segundo o Censo 2022 do IBGE, 45,3% dos brasileiros - cerca de 92 milhões de pessoas - são pardos, constituindo o maior grupo populacional do país. Esse padrão se intensifica no contexto regional do Norte, historicamente marcado por uma elevada presença de pessoas pardas e negras. Entretanto, ao comparar os territórios com maior concentração de “brancos” e aqueles com maior concentração de “negros”, surgem diferenciações espaciais relevantes: os territórios caracterizados por bairros periféricos e rurais apresentam os maiores quantitativos de população negra, enquanto as áreas de maior poder aquisitivo, compostas por bairros consolidados e com melhor infraestrutura urbana, concentram proporcionalmente mais pessoas brancas - respectivamente nos territórios das UBS Manoel dos Reis e UBS José Ronaldo. Esses contrastes evidenciam a dinâmica intra-urbana de Araguaína

reproduz padrões socioespaciais associados à cor/raça, reforçando desigualdades historicamente estruturadas.

Quanto às questões raciais, os dados expostos nas tabelas reforçam as vulnerabilidades nas áreas periféricas. Segundo o IBGE (2019), entre os 10% mais pobres da população brasileira, 75% deles são negros. Tal dado ainda se completa com as diferenças entre acesso a serviços essenciais, a esgotamento sanitário e educação, que puderam ser vistos nos resultados das tabelas anteriores, em que se detinha UBS com população vulnerável e de baixa renda.

O território e as vulnerabilidades não associam apenas à raça, mas também a outros fatores individuais, entre eles, a idade. Tal fator pode ser determinante para se tornar um indivíduo vulnerável, uma vez que a mesma traz consigo vulnerabilidades físicas, que podem agravar-se ainda mais quando inserida em um contexto social vulnerável.

Desse modo, elaborou as tabelas 14 a 19, no qual demonstram a faixa etária dos usuários dividido por sexo, o que permite saber em todo o recorte quais faixas procuram mais os serviços de saúde, quais estão mais vulneráveis e, ainda, se os vulneráveis se encaixam nos territórios com dados mais alarmantes.

Tabela 15 - Faixa etária dos usuários sexo feminino (2018)

<b>IDADE (Feminina) 2018</b>																
	<b>-1</b>	<b>%</b>	<b>1 - 5</b>	<b>%</b>	<b>5 - 13</b>	<b>%</b>	<b>14 - 24</b>	<b>%</b>	<b>25 - 39</b>	<b>%</b>	<b>40 - 59</b>	<b>%</b>	<b>60 - 79</b>	<b>%</b>	<b>80 +</b>	<b>%</b>
<b>UBS Albeny Soares</b>	0	0,00%	15	1,50%	97	9,67%	130	12,96%	227	22,63%	269	26,82%	196	19,54%	69	6,88%
<b>UBS Araguaína Sul</b>	2	0,10%	52	2,49%	333	15,94%	338	16,18%	497	23,79%	528	25,28%	274	13,12%	65	3,11%
<b>UBS Avany Galdino</b>	2	0,09%	51	2,33%	215	9,81%	369	16,84%	531	24,24%	536	24,46%	391	17,85%	96	4,38%
<b>UBS Bairro de Fátima</b>	3	0,27%	20	1,78%	207	18,40%	193	17,16%	323	28,71%	220	19,56%	142	12,62%	17	1,51%
<b>UBS Couto Magalhães</b>	7	0,42%	33	1,99%	212	12,81%	242	14,62%	375	22,66%	456	27,55%	266	16,07%	64	3,87%
<b>UBS Dr. Dantas</b>	10	0,99%	59	5,84%	296	29,31%	169	16,73%	291	28,81%	144	14,26%	38	3,76%	3	0,30%
<b>UBS Dr. Francisco</b>	0	0,00%	11	0,90%	129	10,57%	184	15,08%	254	20,82%	301	24,67%	268	21,97%	73	5,98%
<b>UBS Dr. Raimundo</b>	3	0,28%	17	1,58%	241	22,40%	209	19,42%	276	25,65%	217	20,17%	98	9,11%	15	1,39%
<b>UBS JK</b>	0	0,00%	5	2,65%	23	12,17%	38	20,11%	34	17,99%	46	24,34%	38	20,11%	5	2,65%
<b>UBS José Resende</b>	3	0,50%	18	3,02%	90	15,08%	117	19,60%	153	25,63%	143	23,95%	63	10,55%	10	1,68%
<b>UBS José Ronaldo</b>	1	0,15%	10	1,54%	62	9,54%	89	13,69%	147	22,62%	186	28,62%	121	18,62%	34	5,23%
<b>UBS Lago Azul</b>	12	1,37%	43	4,91%	227	25,94%	132	15,09%	307	35,09%	119	13,60%	30	3,43%	5	0,57%
<b>UBS Ponte</b>	0	0,00%	1	0,47%	34	16,11%	26	12,32%	66	31,28%	58	27,49%	26	12,32%	0	0,00%
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	1	0,18%	7	1,24%	98	17,41%	96	17,05%	134	23,80%	148	26,29%	72	12,79%	7	1,24%
<b>UBS Manoel Maria</b>	0	0,00%	133	6,65%	298	14,91%	356	17,81%	500	25,01%	442	22,11%	223	11,16%	47	2,35%
<b>UBS Maria dos Reis</b>	1	0,31%	5	1,54%	60	18,46%	40	12,31%	83	25,54%	64	19,69%	60	18,46%	12	3,69%
<b>UBS Nova Araguaína</b>	0	0,00%	2	1,23%	19	11,73%	33	20,37%	39	24,07%	42	25,93%	20	12,35%	7	4,32%
<b>UBS Novo Horizonte</b>	3	0,36%	9	1,09%	117	14,15%	134	16,20%	210	25,39%	219	26,48%	123	14,87%	12	1,45%
<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	8	0,44%	24	1,31%	250	13,61%	310	16,88%	431	23,46%	494	26,89%	249	13,55%	71	3,86%
<b>UBS Sen. Benedito</b>	0	0,00%	6	2,45%	36	14,69%	38	15,51%	77	31,43%	52	21,22%	29	11,84%	7	2,86%

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Tabela 16 - Faixa etária dos usuários sexo feminino (2019)

**IDADE (Feminina) 2019**

	- 1	%	1 - 5	%	5 - 13	%	14 - 24	%	25 - 39	%	40 - 59	%	60 - 79	%	80 +	%
<b>UBS Albeny Soares</b>	0	0,00%	13	1,23%	100	9,47%	131	12,41%	244	23,11%	278	26,33%	208	19,70%	82	7,77%
<b>UBS Araguaína Sul</b>	0	0,00%	47	2,04%	365	15,81%	366	15,85%	576	24,95%	565	24,47%	317	13,73%	73	3,16%
<b>UBS Avany Galdino</b>	0	0,00%	34	1,55%	222	10,12%	344	15,68%	536	24,43%	551	25,11%	396	18,05%	111	5,06%
<b>UBS Bairro de Fátima</b>	0	0,00%	20	1,66%	223	18,48%	207	17,15%	340	28,17%	242	20,05%	151	12,51%	24	1,99%
<b>UBS Couto Magalhães</b>	3	0,16%	39	2,14%	228	12,53%	271	14,89%	419	23,02%	496	27,25%	290	15,93%	74	4,07%
<b>UBS Dr. Dantas</b>	2	0,18%	61	5,35%	324	28,40%	209	18,32%	309	27,08%	183	16,04%	48	4,21%	5	0,44%
<b>UBS Dr. Francisco</b>	0	0,00%	4	0,33%	126	10,30%	165	13,49%	269	22,00%	305	24,94%	270	22,08%	84	6,87%
<b>UBS Dr. Raimundo</b>	0	0,00%	9	0,81%	250	22,40%	214	19,18%	283	25,36%	237	21,24%	103	9,23%	20	1,79%
<b>UBS JK</b>	0	0,00%	3	1,38%	31	14,29%	36	16,59%	40	18,43%	55	25,35%	45	20,74%	7	3,23%
<b>UBS José Resende</b>	2	0,25%	26	3,26%	114	14,30%	155	19,45%	188	23,59%	193	24,22%	103	12,92%	16	2,01%
<b>UBS José Ronaldo</b>	0	0,00%	7	1,04%	73	10,81%	84	12,44%	154	22,81%	188	27,85%	130	19,26%	39	5,78%
<b>UBS Lago Azul</b>	3	0,23%	66	5,12%	330	25,60%	217	16,83%	434	33,67%	190	14,74%	42	3,26%	7	0,54%
<b>UBS Ponte</b>	2	0,59%	4	1,17%	57	16,72%	57	16,72%	93	27,27%	84	24,63%	41	12,02%	3	0,88%
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	0	0,00%	14	2,04%	115	16,74%	113	16,45%	176	25,62%	181	26,35%	78	11,35%	10	1,46%
<b>UBS Manoel Maria</b>	2	0,09%	105	4,50%	362	15,52%	404	17,32%	601	25,77%	533	22,86%	267	11,45%	58	2,49%
<b>UBS Maria dos Reis</b>	0	0,00%	5	1,52%	61	18,54%	41	12,46%	84	25,53%	62	18,84%	64	19,45%	12	3,65%
<b>UBS Nova Araguaína</b>	8	1,38%	27	4,67%	103	17,82%	106	18,34%	136	23,53%	133	23,01%	51	8,82%	14	2,42%
<b>UBS Novo Horizonte</b>	1	0,11%	10	1,14%	120	13,64%	142	16,14%	209	23,75%	239	27,16%	137	15,57%	22	2,50%
<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	0	0,00%	30	1,55%	265	13,67%	316	16,30%	455	23,47%	511	26,35%	281	14,49%	81	4,18%
<b>UBS Sen. Benedito</b>	0	0,00%	9	2,58%	49	14,04%	50	14,33%	104	29,80%	87	24,93%	40	11,46%	10	2,87%

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Tabela 17 - Faixa etária dos usuários sexo feminino (2020)

	IDADE (Feminina) 2020															
	-1	%	1 - 5	%	5 - 13	%	14 - 24	%	25 - 39	%	40 - 59	%	60 - 79	%	80 +	%
<b>UBS Albeny Soares</b>	1	0,06%	20	1,20%	153	9,18%	214	12,85%	363	21,79%	446	26,77%	343	20,59%	126	7,56%
<b>UBS Araguaína Sul</b>	6	0,18%	65	1,91%	504	14,83%	525	15,45%	846	24,90%	863	25,40%	474	13,95%	115	3,38%
<b>UBS Avany Galdino</b>	11	0,26%	87	2,09%	416	10,00%	611	14,69%	982	23,61%	1114	26,78%	745	17,91%	194	4,66%
<b>UBS Bairro de Fátima</b>	5	0,33%	27	1,76%	252	16,38%	283	18,40%	415	26,98%	322	20,94%	197	12,81%	37	2,41%
<b>UBS Couto Magalhães</b>	5	0,22%	26	1,14%	285	12,49%	329	14,42%	539	23,63%	633	27,75%	388	17,01%	76	3,33%
<b>UBS Dr. Dantas</b>	7	0,38%	84	4,55%	482	26,12%	392	21,25%	487	26,40%	305	16,53%	73	3,96%	15	0,81%
<b>UBS Dr. Francisco</b>	16	0,50%	48	1,51%	320	10,08%	415	13,07%	667	21,01%	883	27,82%	647	20,38%	178	5,61%
<b>UBS Dr. Raimundo</b>	19	0,74%	73	2,83%	452	17,55%	467	18,13%	655	25,43%	614	23,84%	240	9,32%	56	2,17%
<b>UBS JK</b>	1	0,27%	9	2,44%	53	14,36%	63	17,07%	70	18,97%	96	26,02%	68	18,43%	9	2,44%
<b>UBS José Resende</b>	28	0,80%	132	3,78%	453	12,97%	610	17,46%	802	22,95%	941	26,93%	441	12,62%	87	2,49%
<b>UBS José Ronaldo</b>	3	0,24%	17	1,35%	124	9,83%	176	13,96%	286	22,68%	367	29,10%	281	22,28%	7	0,56%
<b>UBS Lago Azul</b>	4	0,17%	103	4,36%	591	25,00%	413	17,47%	744	31,47%	415	17,55%	78	3,30%	16	0,68%
<b>UBS Ponte</b>	1	0,11%	21	2,27%	96	10,39%	120	12,99%	152	16,45%	444	48,05%	81	8,77%	9	0,97%
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	15	0,70%	81	3,77%	310	14,42%	311	14,47%	513	23,86%	605	28,14%	269	12,51%	46	2,14%
<b>UBS Manoel Maria</b>	29	0,79%	131	3,59%	388	10,62%	688	18,83%	776	21,24%	1042	28,52%	490	13,41%	109	2,98%
<b>UBS Maria dos Reis</b>	0	0,00%	15	2,59%	92	15,86%	77	13,28%	135	23,28%	121	20,86%	113	19,48%	27	4,66%
<b>UBS Nova Araguaína</b>	15	0,82%	93	5,09%	337	18,45%	355	19,43%	447	24,47%	425	23,26%	133	7,28%	22	1,20%
<b>UBS Novo Horizonte</b>	4	0,31%	24	1,89%	179	14,07%	191	15,02%	288	22,64%	358	28,14%	190	14,94%	38	2,99%

<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	9	0,31%	58	1,98%	355	12,12%	465	15,88%	684	23,36%	811	27,70%	436	14,89%	110	3,76%
<b>UBS Sen. Benedito</b>	3	0,46%	22	3,34%	109	16,54%	82	12,44%	206	31,26%	147	22,31%	73	11,08%	17	2,58%

---

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR)

Tabela 18 - Faixa etária dos usuários sexo masculino (2018)

	IDADE (Masculina) 2018															
	-1	%	1 - 5	%	5 - 13	%	14 - 24	%	25 - 39	%	40 - 59	%	60 - 79	%	80 +	%
<b>UBS Albeny Soares</b>	0	0,00%	13	1,92%	122	18,05%	94	13,91%	138	20,41%	163	24,11%	106	15,68%	40	5,92%
<b>UBS Araguaína Sul</b>	3	0,09%	65	1,91%	504	14,85%	525	15,46%	846	24,92%	863	25,42%	474	13,96%	115	3,39%
<b>UBS Avany Galdino</b>	0	0,00%	87	2,10%	416	10,03%	611	14,73%	982	23,67%	1114	26,85%	745	17,96%	194	4,68%
<b>UBS Bairro de Fátima</b>	7	0,45%	27	1,75%	252	16,36%	283	18,38%	415	26,95%	322	20,91%	197	12,79%	37	2,40%
<b>UBS Couto Magalhães</b>	5	0,22%	26	1,14%	285	12,49%	329	14,42%	539	23,63%	633	27,75%	388	17,01%	76	3,33%
<b>UBS Dr. Dantas</b>	10	0,54%	84	4,55%	482	26,08%	392	21,21%	487	26,35%	305	16,50%	73	3,95%	15	0,81%
<b>UBS Dr. Francisco</b>	0	0,00%	48	1,52%	320	10,13%	415	13,14%	667	21,12%	883	27,96%	647	20,49%	178	5,64%
<b>UBS Dr. Raimundo</b>	3	0,12%	73	2,85%	452	17,66%	467	18,24%	655	25,59%	614	23,98%	240	9,38%	56	2,19%
<b>UBS JK</b>	0	0,00%	9	2,45%	53	14,40%	63	17,12%	70	19,02%	96	26,09%	68	18,48%	9	2,45%
<b>UBS José Resende</b>	2	0,06%	132	3,81%	453	13,06%	610	17,59%	802	23,13%	941	27,13%	441	12,72%	87	2,51%
<b>UBS José Ronaldo</b>	1	0,08%	17	1,35%	124	9,85%	176	13,98%	286	22,72%	367	29,15%	281	22,32%	7	0,56%
<b>UBS Lago Azul</b>	15	0,63%	103	4,34%	591	24,88%	413	17,39%	744	31,33%	415	17,47%	78	3,28%	16	0,67%
<b>UBS Ponte</b>	0	0,00%	21	2,28%	96	10,40%	120	13,00%	152	16,47%	444	48,10%	81	8,78%	9	0,98%
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	2	0,09%	81	3,79%	310	14,51%	311	14,55%	513	24,01%	605	28,31%	269	12,59%	46	2,15%
<b>UBS Manoel Maria</b>	0	0,00%	131	3,61%	388	10,71%	688	18,98%	776	21,41%	1042	28,75%	490	13,52%	109	3,01%
<b>UBS Maria dos Reis</b>	2	0,34%	15	2,58%	92	15,81%	77	13,23%	135	23,20%	121	20,79%	113	19,42%	27	4,64%
<b>UBS Nova Araguaína</b>	0	0,00%	93	5,13%	337	18,60%	355	19,59%	447	24,67%	425	23,45%	133	7,34%	22	1,21%
<b>UBS Novo Horizonte</b>	2	0,16%	24	1,89%	179	14,09%	191	15,04%	288	22,68%	358	28,19%	190	14,96%	38	2,99%

<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	5	0,17%	58	1,98%	355	12,14%	465	15,90%	684	23,39%	811	27,74%	436	14,91%	110	3,76%
<b>UBS Sen. Benedito</b>	2	0,30%	22	3,34%	109	16,57%	82	12,46%	206	31,31%	147	22,34%	73	11,09%	17	2,58%

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Tabela 19 - Faixa etária dos usuários sexo masculino (2019)

	<b>IDADE (Masculina) 2019</b>															
	<b>-1</b>	<b>%</b>	<b>1 - 5</b>	<b>%</b>	<b>5 - 13</b>	<b>%</b>	<b>14 - 24</b>	<b>%</b>	<b>25 - 39</b>	<b>%</b>	<b>40 - 59</b>	<b>%</b>	<b>60 - 79</b>	<b>%</b>	<b>80 +</b>	<b>%</b>
<b>UBS Albeny Soares</b>	0	0,00%	9	1,28%	125	17,81%	95	13,53%	134	19,09%	172	24,50%	118	16,81%	49	6,98%
<b>UBS Araguaína Sul</b>	1	0,06%	48	2,68%	342	19,13%	325	18,18%	426	23,83%	384	21,48%	213	11,91%	49	2,74%
<b>UBS Avany Galdino</b>	0	0,00%	35	2,16%	255	15,75%	244	15,07%	371	22,92%	336	20,75%	284	17,54%	94	5,81%
<b>UBS Bairro de Fátima</b>	0	0,00%	23	2,03%	266	23,48%	202	17,83%	235	20,74%	221	19,51%	147	12,97%	39	3,44%
<b>UBS Couto Magalhães</b>	3	0,20%	41	2,78%	243	16,45%	260	17,60%	357	24,17%	310	20,99%	210	14,22%	53	3,59%
<b>UBS Dr. Dantas</b>	1	0,13%	53	6,71%	277	35,06%	186	23,54%	122	15,44%	126	15,95%	22	2,78%	3	0,38%
<b>UBS Dr. Francisco</b>	0	0,00%	0	0,00%	141	16,63%	143	16,86%	166	19,58%	189	22,29%	149	17,57%	60	7,08%
<b>UBS Dr. Raimundo</b>	0	0,00%	9	0,77%	256	21,90%	251	21,47%	304	26,01%	226	19,33%	97	8,30%	26	2,22%
<b>UBS JK</b>	0	0,00%	5	3,25%	18	11,69%	27	17,53%	39	25,32%	31	20,13%	25	16,23%	9	5,84%
<b>UBS José Resende</b>	1	0,15%	22	3,39%	126	19,41%	120	18,49%	144	22,19%	143	22,03%	72	11,09%	21	3,24%
<b>UBS José Ronaldo</b>	0	0,00%	7	1,31%	84	15,70%	89	16,64%	102	19,07%	119	22,24%	102	19,07%	32	5,98%
<b>UBS Lago Azul</b>	6	0,64%	73	7,80%	362	38,68%	127	13,57%	183	19,55%	134	14,32%	40	4,27%	11	1,18%
<b>UBS Ponte</b>	1	0,27%	12	3,18%	52	13,79%	60	15,92%	85	22,55%	108	28,65%	54	14,32%	5	1,33%

<b>UBS Manoel dos Reis</b>	1	0,17%	22	3,74%	120	20,41%	100	17,01%	109	18,54%	134	22,79%	77	13,10%	25	4,25%
<b>UBS Manoel Maria</b>	7	0,41%	108	6,29%	378	22,00%	265	15,42%	342	19,91%	360	20,95%	206	11,99%	52	3,03%
<b>UBS Maria dos Reis</b>	0	0,00%	6	2,08%	50	17,30%	42	14,53%	71	24,57%	56	19,38%	49	16,96%	15	5,19%
<b>UBS Nova Araguaína</b>	13	2,73%	24	5,04%	104	21,85%	89	18,70%	94	19,75%	102	21,43%	40	8,40%	10	2,10%
<b>UBS Novo Horizonte</b>	0	0,00%	9	1,03%	162	18,58%	144	16,51%	160	18,35%	169	19,38%	194	22,25%	34	3,90%
<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	0	0,00%	33	2,20%	260	17,32%	281	18,72%	308	20,52%	353	23,52%	213	14,19%	53	3,53%
<b>UBS Sen. Benedito</b>	1	0,35%	13	4,55%	54	18,88%	35	12,24%	77	26,92%	56	19,58%	42	14,69%	8	2,80%

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Tabela 20 - Faixa etária dos usuários sexo masculino (2020)

	<b>IDADE (Masculina) 2020</b>															
	<b>-1</b>	<b>%</b>	<b>1 - 5</b>	<b>%</b>	<b>5 - 13</b>	<b>%</b>	<b>14 - 24</b>	<b>%</b>	<b>25 - 39</b>	<b>%</b>	<b>40 - 59</b>	<b>%</b>	<b>60 - 79</b>	<b>%</b>	<b>80 +</b>	<b>%</b>
<b>UBS Albeny Soares</b>	6	0,52%	19	1,65%	184	16,00%	161	14,00%	220	19,13%	277	24,09%	196	17,04%	87	7,57%
<b>UBS Araguaína Sul</b>	5	0,18%	91	3,36%	500	18,48%	468	17,30%	616	22,77%	596	22,03%	345	12,75%	84	3,11%
<b>UBS Avany Galdino</b>	14	0,44%	83	2,62%	469	14,81%	510	16,10%	679	21,44%	709	22,39%	546	17,24%	157	4,96%
<b>UBS Bairro de Fátima</b>	5	0,35%	46	3,21%	292	20,36%	248	17,29%	306	21,34%	298	20,78%	187	13,04%	52	3,63%
<b>UBS Couto Magalhães</b>	3	0,16%	66	3,52%	287	15,29%	341	18,17%	426	22,70%	413	22,00%	264	14,06%	77	4,10%
<b>UBS Dr. Dantas</b>	16	1,29%	82	6,62%	404	32,61%	339	27,36%	151	12,19%	201	16,22%	41	3,31%	5	0,40%
<b>UBS Dr. Francisco</b>	11	0,46%	66	2,75%	340	14,15%	390	16,24%	471	19,61%	608	25,31%	396	16,49%	120	5,00%
<b>UBS Dr. Raimundo</b>	25	0,99%	103	4,08%	493	19,52%	481	19,04%	608	24,07%	529	20,94%	220	8,71%	67	2,65%

<b>UBS JK</b>	2	0,68%	12	4,11%	42	14,38%	45	15,41%	75	25,68%	68	23,29%	34	11,64%	14	4,79%
<b>UBS José Resende</b>	23	0,77%	150	5,01%	515	17,20%	518	17,30%	682	22,77%	717	23,94%	326	10,88%	64	2,14%
<b>UBS José Ronaldo</b>	5	0,50%	30	3,00%	149	14,90%	145	14,50%	191	19,10%	241	24,10%	202	20,20%	37	3,70%
<b>UBS Lago Azul</b>	5	0,29%	121	6,96%	610	35,10%	333	19,16%	323	18,58%	251	14,44%	74	4,26%	21	1,21%
<b>UBS Ponte</b>	2	0,33%	23	3,81%	96	15,89%	112	18,54%	88	14,57%	179	29,64%	97	16,06%	7	1,16%
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	11	0,39%	92	3,28%	331	11,78%	315	11,21%	367	13,07%	1429	50,87%	207	7,37%	57	2,03%
<b>UBS Manoel Maria</b>	23	0,67%	166	4,85%	685	20,01%	540	15,77%	744	21,73%	780	22,78%	386	11,27%	100	2,92%
<b>UBS Maria dos Reis</b>	1	0,20%	10	2,03%	54	10,95%	73	14,81%	123	24,95%	118	23,94%	94	19,07%	20	4,06%
<b>UBS Nova Araguaina</b>	15	1,00%	102	6,83%	297	19,88%	301	20,15%	323	21,62%	314	21,02%	118	7,90%	24	1,61%
<b>UBS Novo Horizonte</b>	0	0,00%	20	1,67%	234	19,52%	216	18,02%	231	19,27%	248	20,68%	197	16,43%	53	4,42%
<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	12	0,53%	57	2,49%	372	16,28%	413	18,07%	466	20,39%	562	24,60%	322	14,09%	81	3,54%
<b>UBS Sen. Benedito</b>	6	1,17%	16	3,11%	107	20,82%	54	10,51%	149	28,99%	97	18,87%	68	13,23%	17	3,31%

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR).

Com a exposição das tabelas anteriores, é notório que tanto em relação ao gênero masculino, quanto ao gênero feminino, a concentração dos usuários está nas faixas etárias de 25 a 39 e de 40 a 59 anos. Tal faixa compreende em geral a população ativa da sociedade, sendo aqueles que estão em faixas de idade mais vulneráveis, como os idosos acima de 60 anos, não estão entre o público de usuários mais cadastrado.

Levando em consideração os bairros tradicionais de Araguaína e as datas de inauguração das UBS, temos como regiões em destaque as UBS JK e UBS Albeny Soares. Quanto à região de saúde da UBS JK, observa-se que há uma maior quantidade de usuários da faixa de idade entre 60 e 79 anos, caracterizando o bairro tradicional e sua comunidade com idade mais avançada.

Já a região da UBS Albeny que compreende os setores do centro e do Noroeste, bairros esse que são tidos como tradicionais, aparecem também com discrepância em relação às outras regiões o número de usuários cadastrados da faixa etária de idosos. Cabe ressaltar que há um equilíbrio entre homens e mulheres quanto ao destaque, porém, as mulheres cadastradas são em maior número.

Nota-se, também, que as idades iniciais são as com menor cobertura pelos territórios de saúde, uma vez que estas possuem um número baixo de usuários cadastrado, tanto no gênero masculino, quanto no gênero feminino. Quando se observa os territórios de saúde com dificuldades nos indicadores sociodemográficos, constata-se que a faixa etária das crianças está em evidencia, divergindo dos demais territórios de saúde.

Tal constatação se dá por causa do perfil da população abrangida, uma vez que engloba uma população vulnerável e algumas regiões rurais, que acabam traçando um padrão familiar com um número maior de filhos. Esse padrão incide diretamente no cadastro dos usuários e mostram a que as regiões de maior déficit sociodemográfico estão relacionadas ao padrão familiar, as questões de renda e local.

Outro fator relevante para traçar o perfil do usuário é a escolaridade. O nível de escolaridade pode influenciar diretamente no emprego, na renda e na qualidade de vida. Desse modo, elaboraram-se as Tabelas 21,22 e 23, que demonstram escolaridade dos usuários em cada território de saúde.

Tabela 21 - Escolaridade dos indivíduos de cada território de saúde (2018)

	GRÁFICO ESCOLARIDADE 2018												
	PRÉ ESCOLAR	%	ALFABETIZAÇÃO	%	ENSINO FUNDAMENTAL	%	ENSINO MÉDIO	%	SUPERIOR - PÓS	%	NENHUM	%	N.I.
<b>UBS Albeny Soares</b>	49	2,89 %	64	3,77 %	484	28,52 %	433	25,52 %	228	13,44 %	98	5,77%	341
<b>UBS Araguaína Sul</b>	163	4,34 %	87	2,32 %	1400	37,25 %	766	20,38 %	151	4,02%	232	6,17%	959
<b>UBS Avany Galdino</b>	110	2,87 %	142	3,70 %	1071	27,90 %	811	21,13 %	278	7,24%	229	5,97%	1198
<b>UBS Bairro de Fátima Couto Magalhães</b>	156	7,23 %	74	3,43 %	1123	52,06 %	360	16,69 %	29	1,34%	228	10,57 %	187
<b>UBS Dr. Dantas</b>	152	8,88 %	3	0,18 %	815	47,63 %	341	19,93 %	27	1,58%	87	5,08%	286
<b>UBS Dr. Francisco</b>	75	3,59 %	46	2,20 %	765	36,66 %	507	24,29 %	337	16,15 %	91	4,36%	266
<b>UBS Dr. Raimundo</b>	124	4,65 %	55	2,06 %	1438	53,98 %	585	21,96 %	54	2,03%	204	7,66%	204
<b>UBS JK</b>	10	3,01 %	9	2,71 %	112	33,73 %	63	18,98 %	14	4,22%	15	4,52%	109

<b>UBS José Resende</b>	69	6,31 %	38	3,47 %	382	34,92 %	239	21,85 %	45	4,11%	30	2,74%	291
<b>UBS José Ronaldo</b>	41	3,46 %	37	3,12 %	376	31,73 %	298	25,15 %	88	7,43%	48	4,05%	297
<b>UBS Lago Azul</b>	118	7,43 %	7	0,44 %	587	36,94 %	150	9,44%	26	1,64%	9	0,57%	692
<b>UBS Ponte</b>	14	3,08 %	11	2,42 %	267	58,81 %	72	15,86 %	10	2,20%	41	9,03%	39
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	50	4,73 %	46	4,35 %	466	44,05 %	227	21,46 %	60	5,67%	64	6,05%	145
<b>UBS Manoel Maria</b>	189	5,28 %	96	2,68 %	1414	39,52 %	814	22,75 %	253	7,07%	469	13,11 %	343
<b>UBS Maria dos Reis</b>	44	7,07 %	11	1,77 %	192	30,87 %	87	13,99 %	18	2,89%	39	6,27%	231
<b>UBS Nova Araguaina</b>	6	2,05 %	5	1,71 %	133	45,39 %	67	22,87 %	7	2,39%	34	11,60 %	41
<b>UBS Novo Horizonte</b>	51	3,60 %	60	4,23 %	326	22,99 %	191	13,47 %	38	2,68%	132	9,31%	620
<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	109	3,49 %	92	2,95 %	1255	40,21 %	692	22,17 %	260	8,33%	168	5,38%	545
<b>UBS Sen. Benedito</b>	17	3,64 %	8	1,71 %	120	25,70 %	89	19,06 %	39	8,35%	27	5,78%	167

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR)

Tabela 22 - Escolaridade dos indivíduos de cada território de saúde (2019)

GRÁFICO ESCOLARIDADE 2019													
	PRÉ ESCOLA	%	ALFABETIZAÇ ÃO	%	ENSINO FUNDAMENT AL	%	ENSIN O MÉDIO	%	SUPERIO R - PÓS	%	NENHU M	%	N.I.
<b>UBS Albeny Soares</b>	52	3,27 %	67	4,22 %	333	20,96 %	449	28,26 %	240	15,10 %	101	6,36%	347
<b>UBS Araguaína a Sul</b>	181	4,46 %	95	2,34 %	1578	38,91 %	764	18,84 %	167	4,12%	250	6,16%	102 1
<b>UBS Avany Galdino</b>	110	2,86 %	142	3,69 %	1084	28,15 %	810	21,03 %	278	7,22%	229	5,95%	119 8
<b>UBS Bairro de Fátima</b>	174	7,38 %	83	3,52 %	1182	50,15 %	451	19,13 %	34	1,44%	235	9,97%	198
<b>UBS Couto Magalhães</b>	148	4,44 %	87	2,61 %	1364	40,96 %	736	22,10 %	240	7,21%	208	6,25%	547
<b>UBS Dr. Dantas</b>	166	8,41 %	21	1,06 %	915	46,35 %	417	21,12 %	34	1,72%	119	6,03%	302
<b>UBS Dr. Francisco</b>	75	3,59 %	46	2,20 %	765	36,66 %	507	24,29 %	337	16,15 %	91	4,36%	266
<b>UBS Dr. Raimundo</b>	126	5,46 %	56	2,43 %	1055	45,73 %	595	25,79 %	55	2,38%	215	9,32%	205
<b>UBS JK</b>	11	2,93 %	10	2,66 %	122	32,45 %	70	18,62 %	18	4,79%	20	5,32%	125

<b>UBS José Resende</b>	88	6,02 %	49	3,35 %	527	36,02 %	338	23,10 %	84	5,74%	52	3,55%	325
<b>UBS José Ronaldo</b>	43	3,52 %	37	3,03 %	393	32,19 %	309	25,31 %	91	7,45%	50	4,10%	298
<b>UBS Lago Azul</b>	166	7,15 %	14	0,60 %	984	42,36 %	331	14,25 %	43	1,85%	47	2,02%	738
<b>UBS Ponte</b>	20	2,75 %	13	1,79 %	433	59,56 %	114	15,68 %	20	2,75%	62	8,53%	65
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	67	5,13 %	54	4,13 %	579	44,30 %	292	22,34 %	86	6,58%	74	5,66%	155
<b>UBS Manoel Maria</b>	229	5,52 %	98	2,36 %	1592	38,34 %	970	23,36 %	328	7,90%	475	11,44 %	460
<b>UBS Maria dos Reis</b>	44	7,07 %	11	1,77 %	192	30,87 %	87	13,99 %	18	2,89%	39	6,27%	231
<b>UBS Nova Araguainha</b>	72	6,72 %	8	0,75 %	464	43,28 %	294	27,43 %	26	2,43%	83	7,74%	125
<b>UBS Novo Horizonte</b>	57	3,33 %	60	3,50 %	577	33,70 %	216	12,62 %	43	2,51%	137	8,00%	622
<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	116	3,34 %	93	2,68 %	1306	37,62 %	942	27,13 %	281	8,09%	185	5,33%	549
<b>UBS Sen. Benedito</b>	32	4,89 %	11	1,68 %	168	25,69 %	121	18,50 %	60	9,17%	36	5,50%	226

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR)

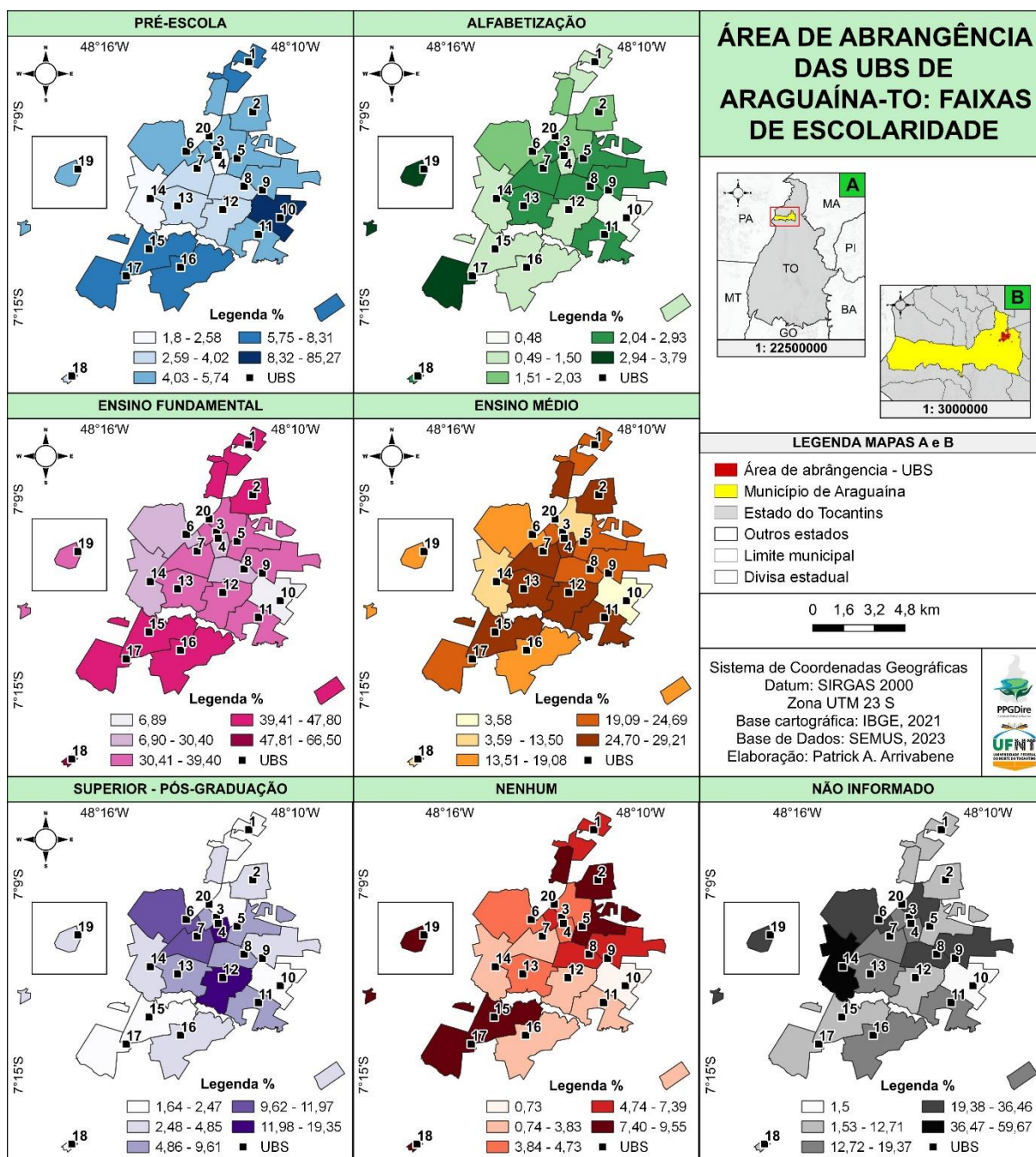
Tabela 23 - Escolaridade dos indivíduos de cada território de saúde (2020)

GRÁFICO ESCOLARIDADE 2020													
	PRÉ ESCOLA	%	ALFABETIZAÇ ÃO	%	ENSINO FUNDAMENT AL	%	ENSINO MÉDIO	%	SUPERIO R - PÓS	%	NENHU M	%	N.I.
<b>UBS Albeny Soares</b>	71	2,58%	27	0,98 %	827	30,08 %	790	28,74 %	439	15,97 %	130	4,73 %	465
<b>UBS Araguaína a Sul</b>	268	4,34%	144	2,33 %	2333	37,74 %	1324	21,42 %	300	4,85%	355	5,74 %	145 7
<b>UBS Avany Galdino</b>	219	2,96%	217	2,93 %	2251	30,39 %	1783	24,07 %	712	9,61%	460	6,21 %	176 6
<b>UBS Bairro de Fátima</b>	222	7,49%	101	3,41 %	1396	47,13 %	623	21,03 %	55	1,86%	283	9,55 %	282
<b>UBS Couto Magalhães</b>	191	4,51%	117	2,76 %	1667	39,38 %	980	23,15 %	359	8,48%	270	6,38 %	649
<b>UBS Dr. Dantas</b>	238	7,39%	33	1,02 %	1539	47,77 %	730	22,66 %	67	2,08%	238	7,39 %	377
<b>UBS Dr. Francisco</b>	174	3,10%	80	1,43 %	1829	32,61 %	1578	28,14 %	1085	19,35 %	186	3,32 %	676
<b>UBS Dr. Raimundo</b>	257	4,97%	105	2,03 %	2298	44,44 %	1360	26,30 %	204	3,95%	453	8,76 %	494
<b>UBS JK</b>	12	1,80%	10	1,50 %	134	20,09 %	73	10,94 %	20	3,00%	20	3,00 %	398

<b>UBS José Resende</b>	330	5,01%	151	2,29%	2425	36,79%	1824	27,67%	568	8,62%	234	3,55%	1059
<b>UBS José Ronaldo</b>	94	4,02%	56	2,39%	827	35,34%	665	28,42%	280	11,97%	81	3,46%	337
<b>UBS Lago Azul</b>	303	7,25%	38	0,91%	1947	46,60%	797	19,08%	124	2,97%	160	3,83%	809
<b>UBS Ponte</b>	38	3,22%	30	2,54%	785	66,47%	94	7,96%	29	2,46%	101	8,55%	104
<b>UBS Manoel dos Reis</b>	22188	85,27%	125	0,48%	1765	6,78%	932	3,58%	427	1,64%	189	0,73%	396
<b>UBS Manoel Maria</b>	407	5,14%	185	2,34%	2972	37,52%	1956	24,69%	730	9,22%	665	8,40%	1006
<b>UBS Maria dos Reis</b>	65	5,74%	23	2,03%	403	35,57%	153	13,50%	26	2,29%	50	4,41%	413
<b>UBS Nova Araguainha</b>	283	8,31%	37	1,09%	1406	41,30%	872	25,62%	84	2,47%	301	8,84%	421
<b>UBS Novo Horizonte</b>	114	4,59%	94	3,79%	961	38,70%	427	17,20%	85	3,42%	191	7,69%	611
<b>UBS Palmeiras do Norte</b>	192	3,64%	128	2,43%	1910	36,23%	1540	29,21%	480	9,10%	244	4,63%	778
<b>UBS Sen. Benedito</b>	63	5,30%	24	2,02%	328	27,59%	213	17,91%	133	11,19%	55	4,63%	373

FONTE: SEMUS (ADAPTADO PELO AUTOR)

Figura 6 - Gráfico da espacialização da escolaridade por território de saúde (2020)



Fonte: Autor (2025).

Observa-se que o grau de escolaridade dos usuários das UBS em Araguaína apresenta predominância do nível “Ensino Fundamental”, o que reflete o padrão brasileiro: segundo o IBGE (2019), cerca de 45% da população com 25 anos ou mais possui, no máximo, o ensino fundamental completo, evidenciando a concentração histórica do país nos níveis mais baixos da educação básica. Contudo, a

especialização apresentada na Figura 6 demonstra situações ainda mais críticas, como no território da UBS Manoel dos Reis, onde aproximadamente 85% dos usuários possuem apenas “Pré-escola” como grau de escolaridade. Esse cenário pode ser relacionado ao perfil dos bairros atendidos por essa unidade - majoritariamente periféricos e rurais - que tendem a apresentar maiores vulnerabilidades socioeconômicas, menor oferta de equipamentos educacionais e trajetórias interrompidas de escolarização, reproduzindo, de forma acentuada, as desigualdades estruturais associadas à dinâmica intra-urbana.

Quando vemos os bairros predominantemente urbano, com população com melhor renda e considerados tradicionais, observa-se um aumento no quantitativo de usuários com ensino superior e pós-graduação. Tal dado reforça que as áreas urbanas e centrais detêm indicadores com maiores índices, tanto de renda, de escolaridade e outros. Também pode-se constatar que as UBS que trazem os bairros com maiores poderes aquisitivos, como a UBS José Ronaldo, aproximadamente 30% da população detém de ensino superior.

Tais diferenças podem ser notadas a partir dos perfis dos territórios, principalmente ao se observar questões de emprego e de renda, que estão diretamente ligadas à escolaridade do indivíduo, ou seja, melhores condições de escolaridade implicam melhores condições de vida, passando-se por melhores renda e emprego.

Tabela 24 - Comparativo do número de usuários cadastrados com o número de habitantes registrados SISLOC.

Unidade Básicas de Saúde (UBS)	2020		
	N Usuários	N habitantes	Cobertura de registro (%)
UBS Albeny Soares	2837	11931	23,78%
UBS Araguaína Sul	6181	24047	25,70%
UBS Avany Galdino	7408	12746	58,12%
UBS Bairro de Fátima	2998	4845	61,88%
UBS Couto Magalhães	4233	9642	43,90%
UBS Dr. Dantas	3222	6400	50,34%
UBS Dr. Francisco	5608	11136	50,36%
UBS Dr. Raimundo	5171	7070	73,14%
UBS JK	667	3931	16,97%
UBS José Resende	6591	17558	37,54%
UBS José Ronaldo	2352	7765	30,29%
UBS Lago Azul	4178	10978	38,06%
UBS Ponte	1301	1259	103,34%
UBS Manoel dos Reis	4022	6514	61,74%
UBS Manoel Maria	7921	3950	200,53%
UBS Maria dos Reis	1133	3597	31,50%
UBS Nova Araguaina	3404	8712	39,07%
UBS Novo Horizonte	2483	2155	115,22%
UBS Palmeiras do Norte	5272	11145	47,30%
UBS Sen. Benedito	1189	7452	15,96%
<b>TOTAL</b>	<b>78171</b>	<b>172833</b>	<b>45,23%</b>

FONTE: SEMUS/SISLOC (ADAPTADO PELO AUTOR)

A tabela anterior mostra uma diferença de aproximadamente 45% de usuários não cadastrados no geral. Porém, ao analisar cada território por individualidades, observa-se que os territórios que mais apresentaram dados alarmantes nos indicadores estudados, como a UBS bairro de Fátima e UBS Ponte, acabam superando o índice de cadastrados com usuários do serviço público de saúde.

Tal fenômeno pode ser explicado pela população carente local, que detém única e exclusivamente os serviços fornecidos pelo governo para se inserirem em um ambiente de saúde e de bem-estar, o que não acontece em setores centrais e com uma população com mais renda, que, por sua vez, aderem primordialmente a serviços particulares, exercendo o serviço público apenas em causas essenciais, como a questão da vacinação da Covid-19.

Em relação às diferenças negativas expostas na tabela em vermelho, pode atrelar-se a bairros e a regiões não contabilizadas no senso do SISLOC, uma vez que este quantifica apenas os bairros efetivos do município, o que também não adentra às áreas rurais (no caso das duas UBS em destaque que contém cobertura em áreas rurais).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diversas relações do campo das ciências sociais fomentaram o desenvolvimento de ligações entre áreas distintas do conhecimento. Nessas ligações, houve as discussões voltadas aos objetivos da pesquisa, podendo ser atendidos em sua maioria com as discussões descritas no tópico anterior.

O estudo sobre o desenvolvimento intra-urbano desigual em Araguaína, Tocantins, a partir dos indicadores vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS), evidenciou elementos importantes para compreender como o território urbano se estrutura e como essa estruturação pode afetar, potencialmente, a relação da população com os serviços de saúde. Embora os dados levantados não permitam afirmar diretamente o nível de acesso efetivo da população às UBS, eles evidenciam desigualdades territoriais e sociodemográficas significativas entre as áreas analisadas. Tais disparidades, observadas em variáveis como infraestrutura urbana, composição populacional, escolaridade, renda, características habitacionais e dinâmica de ocupação dos bairros, indicam condições que podem influenciar - ainda que de forma indireta - a experiência e as possibilidades de uso dos serviços de saúde em diferentes partes da cidade.

Constatar que as dinâmicas sociais e urbanas do município interferem diretamente no campo de saúde da população implica que as questões de vulnerabilidade sociodemográficas são resultantes de uma aproximação desordenada. Fatores como renda, acesso à moradia e coleta dos resíduos, sempre apresentam déficit nas mesmas regiões, o que reforça ainda mais a cadeia de ligação dos indicadores sociodemográfico à saúde e, conseqüentemente, ao bem-estar.

Os resultados apontam para um conjunto de desigualdades intra-urbanas que se manifestam na forma como o território de Araguaína se organiza e distribui suas condições de vida. A análise revelou diferenças expressivas entre as áreas atendidas pelas distintas UBS, tanto no que se refere à infraestrutura urbana - como pavimentação, saneamento básico, oferta de equipamentos públicos e consolidação dos bairros - quanto aos indicadores sociodemográficos, como escolaridade, composição racial, renda e padrão habitacional.

Observa-se, ainda, uma distribuição espacial heterogênea das unidades de saúde: algumas regiões apresentam maior concentração de UBS e melhores condições territoriais, enquanto áreas periféricas, rurais ou de urbanização recente se

caracterizam por cobertura reduzida, menor presença do Estado e maior vulnerabilidade social. Essas desigualdades intra-urbanas, embora não permitam afirmar diretamente diferenças no acesso efetivo aos serviços, configuram contextos desiguais que influenciam as possibilidades de uso da rede básica e evidenciam a complexidade da relação entre território, condições de vida e organização dos serviços de saúde no município.

Por fim, é fundamental que haja um compromisso conjunto dos governantes, dos profissionais de saúde, da comunidade e dos demais atores envolvidos, visando à redução das desigualdades intra-urbanas e à melhoria do acesso aos serviços de saúde em Araguaína. Somente por meio de esforços colaborativos e abordagens integradas será possível alcançar um desenvolvimento urbano mais justo e equitativo, garantindo o direito fundamental à saúde para todos os cidadãos.

## **5.1 Trabalhos futuros**

As articulações construídas no campo das ciências sociais permitiram aproximar diferentes áreas de conhecimento, fornecendo bases teóricas e analíticas para a compreensão dos fenômenos investigados. Foi nesse diálogo interdisciplinar que se consolidaram as discussões necessárias ao atendimento dos objetivos propostos pela pesquisa, especialmente aqueles desenvolvidos no tópico anterior.

A partir das análises empreendidas, este estudo buscou desvendar como o desenvolvimento intra-urbano desigual se relaciona com os indicadores de saúde nos territórios das UBS de Araguaína, Tocantins. As considerações finais evidenciam a complexidade desse entrelaçamento e apontam caminhos promissores para futuras pesquisas que aprofundem essas relações, contribuindo tanto para o aprimoramento das políticas públicas quanto para a orientação de intervenções estratégicas no planejamento urbano e na atenção básica em saúde.

Dentre os diversos estudos complementares, uma análise longitudinal das disparidades de saúde poderia ampliar consideravelmente nossa compreensão das interações entre o desenvolvimento intra-urbano desigual e os indicadores de saúde em Araguaína. Por meio de uma análise ao longo do tempo, seria possível identificar tendências e mudanças nas disparidades e entender os fatores subjacentes a essas

transformações, contribuindo para uma visão mais completa das dinâmicas sociais e urbanas em jogo.

Outra sugestão que fortaleceria a temática é um estudo comparativo em contextos semelhantes, em que seria feita uma avaliação crítica das políticas públicas já implementadas para abordar as disparidades intra-urbanas em saúde permitiria uma compreensão mais profunda das abordagens que têm obtido sucesso e aquelas que necessitam de ajustes. Esse enfoque prático forneceria orientações valiosas para formulação e implementação de políticas futuras.

Caso intervenções políticas sejam implementadas para reduzir as desigualdades intra-urbanas em saúde, uma avaliação contínua de sua eficácia ao longo do tempo é crucial para ajustar e aprimorar abordagens futuras. Isso permitiria identificar sucessos e desafios específicos e adaptar estratégias conforme necessário.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Marta; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Prática do Psicólogo na Atenção Básica–SUS: conexões com a clínica no território. **Contextos Clínicos**, v. 10, n. 2, p. 284-299, 2017.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.
- ANDRADE, Deyvyd Manoel Condé et al. Análise do território nos estudos em atenção primária e saúde ambiental: uma revisão bibliográfica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 151-151, 2013.
- BARATA, Rita Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista Usp**, n. 51, p. 138-145, 2001.
- BARBOSA, Isabelle Ribeiro et al. As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 2, p. 79-86, 2015.
- BEZERRA, Yandra Raquel do Nascimento; FEITOSA, Maria Zelfa de Souza. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 813-822, 2018.
- BIANCHI, Pamela Cristina. Dos entrecruzamentos da Terapia Ocupacional e o território: reflexões a partir da prática profissional na atenção básica em saúde. **Revista Argentina de Terapia Ocupacional**, v. 4, n. 1, p. 40-46, 2018.
- BORDE, Elis; ÁLVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 841-854, 2015.
- BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2005-, 2006.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.
- CAIAFFA, Waleska; FRICHE, Amélia; C, Danielle. Saúde Urbana: marcos, dilemas, perspectivas e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, supl. 1, 2015.
- CANUTO, Raquel; FANTON, Marcos; LIRA, Pedro Israel Cabral de. Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3193-3212, 2019.
- DAHLGREN, Goran; WHITEHEAD, Margareth. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies. 1991.

DA SILVA, Maria Eduarda Honorato; ZACARON, Sabrina Silva; BEZERRA, Maureen de Oliveira Azevedo. Determinantes sociais da saúde e as iniquidades no Brasil: um debate necessário. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019**. 2019.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yonna. **Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa**. 2010.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yonna. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. (2a Ed). Porto Alegre, RS: Editora Artmed.2010.

FIGUEIREDO, Daniella Santa et al. Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 943-951, 2019.

GARGARELLA, Roberto. **Las teorías de la justicia después de Rawls: um breve manual de filosofía política**. Barcelona: Paidós, 1999.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; ARAUJO, Maristela. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1173-1182, 2014.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 363-370, 2010.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 123-133, 2012.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?**. 2011. Tese de Doutorado.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. O uso do território na Atenção Primária à Saúde. In: **Atenção primária à Saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa**. 2018. p. 143-176.

HERRERO, María Belén; DELUCA, Gerardo; FARAONE, Silvia. Desigualdades sociais, iniquidades e doenças negligenciadas: sífilis congênita na agenda internacional da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

JIMENEZ, Luciene. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 129-139, 2011.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosângela. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Revista bioética**, v. 21, p. 207-217, 2013.

KADRI, Michele Rocha El et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

LAMY, Renata de Lourdes Ribeiro Franco; DE ANDRADE, Carla Lourenço Tavares; MATTA, Gustavo Corrêa. Iniquidades sociais e saúde bucal: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 63, 2020.

LINHARES, José Henrique et al. Sistema de informação em fisioterapia na atenção básica no território dos terrenos novos no município de SOBRAL-CE. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 9, n. 1, 2010.

LOSCO, Luiza Nogueira; GEMMA, Sandra Francisca Bezerra. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. *Interface-comunicação, saúde, educação*, v. 23, 2019.

MACERATA, Iacã Machado. Traços de uma clínica de território: intervenção clínico-política na atenção básica com a rua. **Niterói: UFF**, 2015.

MACERATA, Iacã; SOARES, José Guilherme Neves; RAMOS, Julia Florêncio Carvalho. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 919-930, 2014.

MARTINUCI, Oséias da Silva. Circuitos e modelos da desigualdade social intra-urbana. 2008. 146 f. **Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista**, Faculdade de Ciências e Tecnologia, 2008.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Psicologia, saúde e território: experiências na Atenção Básica. *Psicologia em Estudo*, v. 25, 2020.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 2020.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Determinantes, determinação e determinismo sociais. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009.

OLIVEIRA, Elisângela Costa de et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Escola Anna Nery*, v. 21, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Determinantes sociais de saúde. **SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**, v. 1, n. 20, p. 09, 2009.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família LIA/The territory in family health program. *Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 2, n. 2, 2006.

PERES, Karen Glazer et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de saúde pública*, v. 46, p. 250-258, 2012.

PIMENTEL, Adriana Miranda; DA COSTA, Maria Tereza Baraúna; DE SOUZA, Fernanda Reis. Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 22, n. 2, p. 110-116, 2011.

PINTO, José. As diversas escalas de análise do espaço metropolitano: o espaço intra-urbano e intra-metropolitano. *Boletim Goiano de Geografia*, v. 29, n. 2, p. 57-70, 2009.

PORTER Richard. **Das tripas coração: uma breve história da medicina**. Rio de Janeiro: Record; 2004.

PRATA, Nina Isabel Soalheiro dos Santos et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, p. 33-53, 2017.

RAMOS, F. R. Análise espacial de estruturas intra-urbanas: **o caso de São Paulo. – São José dos Campos**: INPE, 2002.

RIBEIRO, Helena; VARGAS, Heliana. Urbanização, globalização e saúde. **USP**, n.107, p. 13-26, 2015.

RODRIGUES, Euzilene da Silva; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saude e sociedade**, v. 21, p. 599-611, 2012.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp; Hucitec. 1994.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, p. 387-406, 2010.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3547-3552, 2015.

SANTOS, Milton. Por uma geografia nova. São Paulo: **HUCITEC**, p. 132, 1978.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar et al. Território na atenção básica. **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**, 2016.

SILVA, Janmille Valdivino da; MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; FERREIRA, Maria Angela Fernandes. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2539-2548, 2015.

SILVA, Juliana Guimarães et al. Promoção da saúde: possibilidade de superação das desigualdades sociais. **Rev. enferm. UERJ**, p. 421-425, 2008.

SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. s217-s226, 2009.

SILVA, Roberto. **Urbanização pela migração em Araguaína - TO**. 2016.

SILVA, Reila Freitas; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.

SOUZA, Ândrea Cardoso de; AMARANTE, Paulo Duarte; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1677-1682, 2019.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 44-56, 2013.

SOUZA, Thiago Santos de; VIRGENS, Liliam Silva das. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, p. 292-301, 2013.

SUDAM. Cidades Intermediárias / **Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia**. – Belém, 2019.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, v. 2, p. 183-206, 2012.

TREVILATO, Graziella Chaves et al. Anomalias congênitas na perspectiva dos determinantes sociais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00037021, 2022.

VILLAÇA, Flávio. Espaço intra-urbano no Brasil. São Paulo: **Studio Nobel**, 1998.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/ Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 20, p. 229-240, 2015.

## APÊNDICE

### Apêndice 1 - Relatório fotográfico das UBS

#### 1 – UBS JK



## 2 – UBS Albeny Soares



## 3 – UBS Araguaína Sul





#### 4 – UBS Avany Galdino





**5 – UBS Couto Magalhães**



**6 – UBS Dr. Raimundo**



**7 – UBS José de Souza**



## 8 – UBS Manoel dos Reis



**9 – UBS Manoel Maria**



**10 – UBS Nova Araguaína**





## 11 – UBS Palmeiras do Norte





**12 – UBS Senador Benedito**





**13 – UBS Vila Aliança**



