

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE**

ROBERTA LIA DE MORAIS CAMPOS

TERRITÓRIO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
aproximações entre o pensamento decolonial, o urbanismo e a
saúde coletiva na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde

SÃO PAULO
2022

FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Campos, Roberta Lia de Moraes

Território e promoção da saúde: aproximações entre o pensamento decolonial, o urbanismo e a saúde coletiva na atuação dos agentes comunitários de saúde / Roberta Lia de Moraes Campos — São Paulo, 2022.
75 f.

Orientador (a): Maria Izabel Sanches Costa

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Territorialização 2. Promoção da saúde 3. Decolonialidade I. Costa, Maria Izabel Sanches

CDD: 362.10981

ROBERTA LIA DE MORAIS CAMPOS

TERRITÓRIO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
aproximações entre o pensamento decolonial, o urbanismo e a
saúde coletiva na atuação dos Agentes Comunitários de
Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto de Saúde, para obtenção do título de
Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Maria Izabel Sanches Costa

SÃO PAULO
2022

Dedico este trabalho

A todas as mulheres que cruzaram meu caminho, caminharam e caminham comigo.

A todos aqueles de quem a vida foi tirada antes da morte.

A todos cujas mortes poderiam ser evitadas.

A todas as vítimas da COVID-19.

A nós, que ainda resistimos!

Agradecimentos

Agradeço a todas aquelas que me ensinaram o que verdadeiramente dá sentido à vida: compartilhar. Compartilho aqui um pouco do bom que cada um me ensinou durante este ano.

Primeiramente ao Arthur, por me ouvir e refletir em si meus próprios pensamentos, sem nossas tantas dúvidas e grandes ideias eu nunca teria chegado até aqui. Obrigada por um dia ter me mostrado esse edital e por seguir junto!

À Marina, Thiago e Lumi, por darmos mais um passo juntos nessa caminhada. Quando a gente pensa que vai ficar fácil, a gente percebe que não conheceu o difícil. Obrigada por ser a fresta de mundo real que me lembrava do online ser só uma fase.

Ao Hamilton, por se inquietar comigo neste e em outros cantos. Sem você teria menos emoção. Obrigada por não me fazer explodir.

Ao Marcos, Jaque, Mônica, Fabi e Lígia, pelas discussões e pelo compartilhar de ideias confusas que deram vazão a tantos pensamentos e deixaram fluir para assentar. Vocês foram o pontapé inicial, a beleza no caos necessário para me encontrar. Obrigada.

À Izabel, por ser mais do que uma orientadora, ser um ombro amigo, uma escuta aberta e um olhar atento. Você me ofereceu o espaço que eu precisava para crescer. Tem muito de vocês aqui, pelas minhas mãos e meus ouvidos, você nutriu o que havia de mais sincero nas minhas ideias. Obrigada por cada conselho, cada sugestão e cada palavra, sem você esse trabalho não seria possível. Que um dia a gente ainda dê concretude a esses encontros, presencialmente.

A todos e todas as outras colegas do IS, vocês engrandeceram meu mundo. Aos poucos, tampamos as rachaduras e chegamos lá. Que a gente sempre veja a luz no fim do túnel e não desista dessa luta diária que é fazer saúde no Brasil de 2022! Obrigada por tanto, ficam em haver os momentos que não compartilhamos no bar da esquina, vou cobrar!

Ao Instituto de Saúde - IS, pela possibilidade de realização do trabalho. A todos os pesquisadores e funcionários que se dedicaram plenamente durante todo o curso, fornecendo o necessário ao meu aprendizado.

À minha família, por ser a base de tudo, por me apoiarem incondicionalmente. Sem vocês NADA disso seria possível. Em especial ao meu pai, que talvez encontre aqui meus argumentos mais sólidos, meus motivos mais sinceros e minhas maiores inquietações.

À Luiza, por estar presente do primeiro ao último dia. E a todas as minhas amigas por segurarem minha mão, e me lembrarem quem sou quando nada faz sentido! Sempre!

À Ju, por enxergar comigo novos mundos possíveis. Sejamos sempre abertura e expansão! Que a gente nunca deixe de seguir e sonhar com tudo o que há. Você me faz ter fé. Amo-te.

“Muita coisa importante falta nome”

- *Guimarães Rosa; Grande Sertão: Veredas.* -

Resumo

O presente trabalho objetiva analisar a influência do território na promoção da saúde e no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, através de práticas que estejam de acordo com as necessidades de saúde da população, ressaltando a importância da territorialização da saúde. Compreender os territórios e as lógicas que os determinam é considerar os determinantes sociais do processo saúde-doença, trazendo uma análise multidimensional ao âmbito da saúde. Desta forma, propõe-se aproximar o pensamento decolonial, o urbanismo e a saúde coletiva, à medida que todas essas formas de pensar propõe um olhar integral ao território, considerando a influência de diversos aspectos na vivência dos espaços urbanos e na promoção da saúde e de um mundo mais saudável a todos. Percebe-se a urgência de questionar as formas de organização dominantes e o pensamento hegemônico que estruturam a sociedade e busca-se no ACS uma possibilidade de ação, valorizando suas vivências do território e seu papel político na comunidade e no trabalho e considerando o lugar que este profissional ocupa como uma abertura para mudanças dentro do sistema de saúde e na comunidade. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é compreender como a atuação destes profissionais é influenciada pela forma de organização dos territórios e como diferentes vivências destes espaços possibilitam uma abertura para mudanças na lógica do SUS. Para isso, foram realizadas entrevistas com 6 ACS do município de Franco da Rocha, as quais foram analisadas qualitativamente através de eixos temáticos, que visavam compreender a influência do ambiente físico, da organização política e da influência econômica sobre o fazer cotidiano destes profissionais. A partir disso, conclui-se que existem muitas contradições na forma como o sistema de saúde se organiza, tanto em relação às políticas governamentais que o regulamentam, quanto em relação às práticas cotidianas dos profissionais. Percebe-se grande desvalorização do fazer dos ACS, como resultado de uma supervalorização do saber científico e da imponência de uma lógica capitalista e produtivista orientada por números e dados, mais do que pelas necessidades reais e pelas vivências do território. Por fim, defende-se que para mudanças sejam feitas é necessário fortalecer laços comunitários e estratégias locais, as quais baseiam-se no conhecimento do território e na vivência que a comunidade tem deste, contrariando lógicas de dominação e opressão que pré-estabelecem necessidades e fazeres.

Palavras-chave: Territorialização; Promoção da Saúde; Decolonialidade.

Abstract

This project aims to analyze the influence of territory on health promotion and the work of Community Health Agents, through practices that are aligned with the population health needs, highlighting the importance of health territorialization. Understanding the territories and the logics that determine them is considering social determinants of the health-disease process, bringing a multidimensional analysis to the health field. Thus, we propose to bring together decolonial thinking, urbanism, and collective health, as all these ways of thinking suggest looking at the territory as a whole, considering the influence of various aspects in the experience of urban spaces and the promotion of health and a healthier world for all. We realize the urgent need to question the dominant forms of organization and the hegemonic thinking that structure society, and we seek in the health agents a possibility of action, valuing their experiences in the territory and their political role in the community and at work, and considering the place this professional occupies as an opening for changes within the health system and the community. Thus, the objective of this work is to understand how the performance of these professionals is influenced by the way territories are organized and how different experiences of these spaces enable an opening for changes in the logic of the SUS. To this end, interviews were conducted with 6 ACS in the municipality of Franco da Rocha, which were analyzed qualitatively through thematic axes, which aimed to understand the influence of the physical environment, the political organization and the economic influence on the daily practice of these professionals. From this, it was concluded that there are many contradictions in the way the health system is organized, both in relation to the governmental policies that regulate it, and in relation to the daily practices of the professionals. A great devaluation of the work of community agents is perceived, as a result of an overvaluation of scientific knowledge and the imposition of a capitalist and productivist logic guided by numbers and data, rather than by the real needs and experiences of the territory. Finally, it is argued that for changes to be made it is necessary to strengthen community ties and local strategies, which are based on knowledge of the territory and the community's experience of it, countering logics of domination and oppression that pre-establish needs and doings.

Keywords: Territorialization; Health Promotion; Decoloniality.

1 - Introdução

A criação da carreira dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Atenção Básica ocorre tendo em vista a construção de um cuidado mais territorializado, ou seja, mais condizente à realidade das comunidades em questão. No entanto, dentro da concepção de saúde ainda vigente, pouco se discute sobre o que de fato constitui esse território e qual a função do ACS dentro dele, considerando que este ocupa tanto um lugar técnico, do saber científico, quanto um lugar dentro da comunidade, do saber prático. Sendo um profissional que tem muito contato com a realidade da área em que atua e que se constitui a partir dela, “ou seja, não existe um agente comunitário de saúde a priori, mas ele se constitui agente a partir de suas vivências no cotidiano de trabalho que, por sua vez, é contextualizado sócio-historicamente” (PUPIN e CARDOSO, 2008, p. 162 apud LOTTA, 2010, p.176).

Da mesma forma que devemos considerar os ACS enquanto sujeitos sócio-históricos, que se constituem a partir do território e das lógicas em que estão inseridos, também é necessário que façamos o mesmo com os determinantes de saúde e com as análises dos territórios, à medida que todos estes aspectos são influenciados pelas estruturas sociais e econômicas vigentes na sociedade. A saúde coletiva - visão que servirá de base para as análises aqui apresentadas - busca analisar o processo saúde-doença de forma integral, considerando que à medida que a sociedade se transforma, a saúde também o faz (BRASIL, 2018, p.9). À medida que a saúde é resultado dos modos de organização da sociedade e do trabalho, “o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo” (Idem, 2018) operando em processos de cura, guiados pelos sintomas.

Diante disso, a análise multidimensional dos territórios em que as práticas de saúde se estabelecem torna-se essencial, bem como a necessidade de fortalecimento das ações dos ACS e da análise de suas funções na promoção da saúde e na territorialização das práticas é reiterada. Busca-se valorizar o conhecimento empírico e o saber prático desses profissionais, considerando que eles podem ser complementares ao saber do técnicos, geralmente muito valorizados dentro da equipe. Essa forma de olhar os ACS contribuiria para a diminuição da invisibilidade que estes profissionais sofrem por estarem em um lugar de elo entre o Estado e a comunidade, pertencendo a ambos lugares e exercendo a função de conciliar interesses distintos. Essa invisibilização, no entanto, acaba recaindo também sobre o território, dado que o ACS traz consigo um conhecimento que provém das vivências que têm no próprio local de atuação, o que contribui para que os equipamentos de saúde tornem-se meros reprodutores de

um pensamento biologicista e das lógicas dominantes que regem a metrópole. Cabe ao campo da saúde coletiva, então, a missão de “influenciar a transformação de saberes e práticas de outros agentes, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica que funcionam os serviços de saúde em geral” (CAMPOS, 2000, p.225), de questionar o quanto é possível produzir um cuidado territorializado para além da demanda espontânea dentro da organização do sistema de saúde tal como está.

Um cuidado à saúde guiado pelo princípio da integralidade, como é o que ocorre no Sistema Único de Saúde (SUS), propõe que sejam considerados aspectos para além dos biológicos e físicos na análise da situação de saúde, além de propor um foco maior à promoção da saúde, ao invés da cura e do tratamento, que visam a ausência de doenças. A própria Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), defende a importância de análises transdisciplinares, com a

“possibilidade de de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.” (BRASIL, 2018, p.10)

Diante desta forma de análise, não podemos desconsiderar a mentalidade capitalista machista e racista que ainda domina e organiza a sociedade contemporânea. É necessário compreender o processo de trabalho e a geração das necessidades, assim como o modo que as pessoas se constituem a partir de suas vivências no espaço e das lógicas hegemônicas que se estabelecem na constituição das cidades, das comunidades, etc. Busca-se conciliar a construção de movimentos que visam a promoção da saúde, com o fortalecimento comunitário e a valorização da cultura local. Para isso, recorre-se ao pensamento decolonial e a outras maneiras de ver o mundo, outras possibilidades de existência e compreensão da vida, proposta por povos que há tempo resistem e se estruturam de maneiras mais coletivas, solidárias e ecológicas.

Uma das ideias centrais onde é possível identificar essa forma de pensar é no Bem Viver (ACOSTA, 2016), obra em que o autor apresenta o *buen vivir* como uma alternativa ao sistema vigente, ao propor o fim de uma lógica produtivista guiada pela noção do desenvolvimento, base do capitalismo, proposta pelos países desenvolvidos para que outros lugares busquem chegar a seu alcance.

“Negamos inclusive nossas raízes históricas e culturais para modernizar-nos imitando os países adiantados. Assim, negamos as possibilidades de uma modernização própria. O âmbito econômico, visto a partir da lógica da acumulação do capital, domina o cenário. A

ciência e a tecnologia importadas normatizam a organização das sociedades. Neste caminho - de mercantilização implacável - aceitamos que tudo se compra, tudo se vende. Para que o pobre saia de sua pobreza, o rico estabeleceu que, para ser como ele, o pobre deve agora pagar para imitá-lo: comprar até seu conhecimento, marginalizando suas próprias sabedorias e práticas ancestrais” (ACOSTA, 2016, p.52)

O autor aponta a necessidade de superar a lógica do desenvolvimento, que se apresenta deslocada da natureza e dos processos naturais que deveriam ser respeitados. Ele traz a necessidade de uma alternativa que trabalhe com outra noção de bem estar e de saúde, considerando a necessidade da preservação da Natureza para a promoção do bem estar e de sociedades mais igualitárias, mais enraizadas. Tal proposta se apresenta como uma alternativa das periferias, das populações marginalizadas e oprimidas que resistem a opressões e lutam por direitos há anos, defendendo noções de coletividade, respeito e solidariedade, sendo um conceito que tem em suas bases as mobilizações e rebeliões populares (ACOSTA, 2016). Além disso, foca nas práticas econômicas solidárias, nas quais se baseia o desenvolvimento sustentável também defendido da política de promoção da saúde, aparecendo como uma proposta de fortalecimento comunitário e de cuidado coletivo, à medida que propõe redes interdependentes e articulação intersetorial.

Essa forma de articular diferentes instituições e saberes retoma a ideia de um contato maior com a natureza, com, com a terra e a ancestralidade, que têm como base a valorização de saberes locais, que consideram diversas características do ambiente ao pensar em formas mais saudáveis de viver em sociedade. Tais modos de pensar e entender o mundo surgem a partir de um pensamento não compartimentalizado - que estabelece ligação direta entre a preservação ambiental, o bem estar, o desenvolvimento sustentável e a construção de redes com a saúde - de uma visão ampliada e integral, a qual parece a única alternativa possível à destruição. Pensar a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, como propõe a Constituição brasileira, não será possível enquanto não se alterarem as bases do sistema de saúde, o qual atualmente enxerga a saúde como índices de sucesso, baseados na lógica de produção, que transforma indivíduos e problemas sociais em números. Alterar a visão de saúde que se constituiu a partir do pensamento capitalista, a partir de lógicas que valorizam os saberes locais e pensam nas possibilidades de fortalecimento do próprio território, é fortalecer um pensamento decolonial, à medida que a colonialidade propõe a destituição de saberes locais, através da imposição de um modo hegemônico de organização.

O Sistema Único de Saúde brasileiro, apesar de propor algo que caminhe nessa direção, através dos princípios da equidade, universalidade e integralidade, baseados em uma visão ampliada da saúde, que considera a construção do cuidado a partir das necessidades da

população, etc. ainda é refém da lógica de uma sociedade capitalista , guiado por uma concepção de saúde hegemônica, que compreende a saúde enquanto a ausência de doenças, sendo baseada no conceito da cura, do conhecimento especializados, de profissionais técnicos e da produtividade como índice de sucesso para a aquisição de mais recursos financeiros.

A implementação do Programa Saúde da Família (PSF), neste sentido, caminha em outra direção ao propor a centralidade dos ACS neste programa, considerando a necessidade de promoção da saúde e de territorialização das demandas e necessidades. No entanto, apesar de serem propostas análises e ações territorializadas, pouco se considera de fato o território, à medida que este aparece, na maioria das vezes, apenas como organizador para as ações de cadastramento e mapeamento de demandas de saúde orgânicas. Pouco se trata da configuração dos espaços, das lógicas que organizam o território, de como a organização urbana auxilia ou não na promoção da saúde e na atuação do agentes comunitários, a partir de uma abordagem transdisciplinar, que considera a influência de diversos fatores no processo de trabalho e na forma de organização econômica e social.

O referencial da saúde coletiva, o qual considera a saúde como resultado de um processo de produção, perpassado por práticas sociais e relacionado às necessidades sociais (CAMPOS, 2000), retoma a importância da análise contextualizada da situação de saúde das comunidades, trazendo como componente fundamental o olhar para os processos históricos aos quais as comunidades, os trabalhadores e os territórios foram submetidos. Frantz Fanon (1968), em sua obra “Condenados da Terra” traz como ponto central a necessidade de olhar o processo de colonização do território, à medida que pensar no Brasil é pensar em um território colonizado, no qual a idolatria ao pensamento europeu reina. O mundo colonial é um mundo compartimentalizado, dividido, as cidades são esquadrinhadas, separadas, cada uma no seu canto, a idolatria das elites por esse tipo de pensamento, reproduz essa lógica no cotidiano e até mesmo nas práticas de saúde: ter sucesso e estar bem significa cada um ter a sua casa, seu espaço, seu plano de saúde individual. Não à toa as comunidades consideradas mais vulneráveis pelos ACS são aquelas que possuem poucos bens materiais, e por isso, muitas vezes adotam novas maneiras de viver e ocupar o espaço público. Nos bairros mais vulneráveis, há mais pessoas ocupando as ruas, as casas são mais próximas e a noção de intimidade muitas vezes é outra, é mais comum encontrarmos formas mais comunitárias de estar no mundo Essa população parece carecer de mais cuidados e atenção, o que permite que constituam uma relação mais próxima com os agentes de saúde, criando vínculos mais profundos que conferem aos profissionais mais autonomia e maior possibilidade de ação e intervenção nos territórios.

Nesse lugares onde o público e o privado parecem se misturar, nas casas sem portão, nas ruas sem sobrenome, em vielas estreitas, recorrer ao Estado parece a única solução ao desamparo e a atuação do agentes de saúde chega em bom momento, “os ACS conseguem levar serviços de saúde para os domicílios dos usuários e conseguem fazer o Estado estar presente” (LOTTA, 2010, p.257), no entanto por também fazerem parte da comunidade em que atuam, as ações deste profissionais também aparece como uma possibilidade de construção conjunta, de quem conhecem e se reconhece na comunidade. No entanto, nem sempre essa posição ambivalente do agente comunitário permite fortalecer lógicas locais, dado que estes profissionais também fazem parte do sistema de saúde e têm sua profissão regulamentada de acordo com algumas regras, tendo que focar no cadastro e em outras ações que contribuem com a equipe de saúde, de acordo com as necessidades do próprio serviço, muitas vezes suprindo lacunas deixadas pela administração.

Trazer o pensamento decolonial para pensar na constituição dos serviços de saúde e fundamentar a visão da saúde coletiva é pensar a partir das periferias, considerando a importância do enraizamento comunitário em lugares afastados da centralidade do mundo, que foram colonizados e marginalizados. É lutar por práticas de saúde que sejam baseadas em necessidades reais da comunidade, considerando o processo histórico e social que as constitui, para isso é preciso compreender o processo de trabalho em que se inserem estes profissionais, além de considerar suas vivências pessoais como processo constituinte de sua relação com a comunidade e com o território em que atuam. Também buscaremos compreender a importância do ambiente e das vivências urbanas no processo de superação das desigualdades sociais e econômicas, levantando quais alternativas possíveis de ação existem dentro da área da saúde para que isto ocorra.

Não é possível desconsiderar, nesta análise, o quanto as lógicas de pensamento hegemônicas moldam os espaços urbanos, contribuindo para a segregação e para a reprodução de desigualdades. O direito à cidade e à saúde é garantido apenas para grupos específicos, que possuem determinadas características e os quais reproduzem, a partir de seus pensamentos, da forma como circulam na cidade e se engajam nas lutas políticas, a lógica de dominação vigente. A partir da intersecção entre o pensamento da saúde coletiva, da política de promoção da saúde, do planejamento urbano e da teoria decolonial, buscaremos compreender a importância da territorialização para a promoção da saúde, considerando que o território produz e reproduz certas lógicas, que influenciam na formulação de práticas de saúde e na própria organização dos serviços e da atenção.

Tem-se aqui como hipótese de que não é possível ver mudança no modelo de atenção,

como proposto pela ESF, sem que exista um movimento de base forte e revolucionário, que tenha como objetivo questionar as lógicas hegemônicas de pensamento dominantes hoje em dia. Existem as ideias e as estratégias, no entanto, poucas estão refletidas na formulação das políticas e nas ações dos profissionais de saúde, à medida que se submetem a um sistema já consolidado que impede a expansão de determinadas formas de pensamento.

Sendo assim, esta pesquisa tem por objetivo analisar a atuação dos ACS, com base no modelo da Atenção Básica de Franco da Rocha, de modo a analisar as estratégias de cuidado no território.

1.a. Contextualização Histórica e Revisão de Literatura

Pensar sobre o uso do território pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) envolve pensar quem são esses ACS, qual o papel que desempenham - tanto na comunidade, quanto no serviço de saúde - e quais as políticas que regulamentam sua profissão, além de ser necessário compreender a influência das alterações na legislação em seu trabalho, considerando as mudanças no contexto político e econômico ocorridas no país e no mundo desde a estruturação do sistema de saúde, na década de 1980. Os ACS tiveram sua profissão regulamentada a partir do PACS, programa que ganhou visibilidade em 1991, devido a iniciativas regionalizadas que aconteceram no nordeste brasileiro para o combate à fome e à desnutrição infantil. Mediante pressões internacionais para a consolidação de ações de combate a doenças infecto contagiosas presentes principalmente na época da infância e da gestação (MILANESI, 2017, p.102), iniciou-se um programa no Ceará que contava em grande parte com a proximidade da comunidade e apoiava-se na corresponsabilidade das famílias para a construção do cuidado dos pacientes.

O envolvimento dos moradores locais e das pessoas próximas tornou possível que as intervenções fossem mais bem sucedidas, uma vez que os próprios moradores passaram a se sentir responsáveis por quem estava ao seu lado, fortalecendo a rede de cuidado local. A partir de um conhecimento prévio da comunidade, os agentes conseguiam contribuir com o planejamento e as práticas de saúde de forma muito efetiva. A promoção dessas ações chamou a atenção devido ao grande sucesso e ao baixo custo que tinham, o que conferiu muita efetividade ao programa, fazendo com que essas experiências passassem a ser então reproduzidas em outras localidades e dando origem, em 1994, ao Programa de Saúde da Família (PSF), como parte da tentativa de coordenar as ações a nível nacional e reorganizar a atenção à saúde a partir de uma lógica mais descentralizada e capilarizada. A implementação

deste novo programa resultou na criação de departamentos que conseguissem coordenar a atenção básica baseado nesses princípios, mas que também pudessem superar a dificuldade de verticalização que tinha se estabelecido, tornando possível a criação de uma rede nacional que apresentasse uma organização centralizada, mantendo a regionalização como suas características principais.

Essa crescente estrutura que se estabeleceu buscava consolidar o PSF como organizador da Atenção Básica no país, expandindo suas lógicas para diferentes regiões. No entanto, apesar do esforço para centralizar e organizar a atenção primária no país, desde o início a Estratégia Saúde da Família tem atuação muito diversa, considerando que diferentes aspectos são valorizados de maneiras distintas a depender da região, do vínculo estabelecido entre a própria equipe de saúde e outros profissionais do Sistema Único de Saúde ou entre a comunidade na qual o serviço se insere.

“essa diversidade de experiência da ESF nas cidades brasileiras é especialmente resultante da variedade do tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de empoderamento comunitário.”
(ANDRADE et al., apud MILANESI, 2017, p.110).

Pensando na influência do empoderamento comunitário e da possibilidade de fortalecimento de redes locais no processo de territorialização, pode-se observar que a medida que elas reproduzem formas de organização já pré-existentes no território e nas cidades, elas também são produtoras de outras formas de viver. Neste sentido, construir práticas que estejam de acordo com as necessidades de cada espaço e de cada população se faz necessário e é isso que a ESF pretende fazer. Desde sua concepção, confere-se grande centralidade ao território e à construção de vínculo comunitário (MILANESI, 2014), tendo o ACS como seu ator principal, como o “elo” entre o serviço e a comunidade, um dos braços do sistema de saúde que se estende aos usuários. Este pertencimento às duas esferas, muitas vezes é tão importante quanto incômodo, considerando que a forma de organização do serviço de saúde, apesar de buscar alinhamento com o território em que se insere, nem sempre permite à comunidade moldá-lo de acordo com suas necessidades.

O paradigma da descentralização aparece como um grande desafio, mas também uma grande potencialidade na organização da atenção básica e das estratégias de cuidado, à medida que propõe que o serviço tenha um certo grau de especificidade, se adequando a necessidades da comunidade a que pertence, mas que ainda mantenha similaridades com as demais ações de saúde ao longo do país. “Não se trata de não reconhecer as diferenças loco-regionais, ao contrário, trata-se de compreender essas diferenças em seus nexos com os

processos gerais de produção” (DUARTE, 2016, p.34), a autora ressalta a importância da compreensão das particularidades territoriais ao discorrer sobre as influências do modo de produção e organização capitalista nas sociedades. Este mesmo desafio se estende às práticas em saúde e à organização do SUS, bem como ao trabalho dos ACS.

Os ACS, apesar de ocuparem posição central na política da Atenção Básica e serem responsáveis pela questão do território, muitas vezes acabam tendo que ceder a cobranças da administração e realizar funções que não lhes pertencem. Estes profissionais são tidos muito mais como moradores da comunidade, dotados de um saber prático e popular, do que como técnicos, integrantes da equipe de saúde. O fato de não terem necessariamente uma formação de nível superior, científica, dentro de um sistema guiado pela lógica da especialização e da compartimentalização dos saberes, coloca o agente na posição de profissional menos qualificado, implicando em sua desvalorização dentro da equipe e do serviço. Não à toa, muitas vezes os ACS são considerados “quebra galhos”, suprimindo carências organizacionais do sistema e realizando tarefas administrativas e burocráticas, o que gera muito desgaste nos profissionais, que já são sobrecarregados com suas próprias funções.

Isso ocorre, devido ao fato de que nas ações dos ACS existe um deslocamento na lógica de funcionamento e a centralidade é dada ao território, à medida que este se constrói de acordo com a vivência que tem nos espaços e com a forma que circula por eles. O cuidado é planejado a partir do território, conforme a percepção das necessidades que se dá na circulação dos agentes pelo espaço, em que este busca compreender as particularidades da vivência comunitária, para além daquela em que se insere cotidianamente, fora do trabalho. Dada a importância destes profissionais para o estabelecimento da ESF, sua desvalorização e sobrecarga podem acarretar no enfraquecimento da estratégia, à medida que as características dos ACS lhes tornam profissionais especialistas no território e que todas as ações da atenção básica devem ser planejadas de maneira territorializada.

Essa noção de território e territorialização que tratamos aqui, estão de acordo com a noção de território proposta por Milton Santos (2012), de que a configuração territorial, geográfica, tem uma existência material própria, mas sua existência social só existe através das relações sociais (SANTOS, 2012). Para compreender essas configurações, precisamos compreender o processo de habitação dos espaços, à medida que para conhecer um território é necessário habitá-lo, explorá-lo, tornando-o seu. Movimentar-se pelo território é também movimentar seus fluxos políticos, afetivos e interativos (CECCIM, 2005), de modo que tornar o território parte do serviço de saúde é considerar seus fluxos e suas lógicas dentro das redes de horizontalidade e verticalidade que se espalham por todo território nacional conferindo

ampla cobertura de saúde. Esse modo de organização do sistema de saúde busca dar conta das particularidades das comunidades sem perder de vista a necessidade de organização e coordenação das ações em âmbito nacional, seguindo os princípios base do sistema de saúde em todo o território nacional, como pressupõe a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica que regulamenta o SUS.

A formação dessas redes de serviço são guiadas por estes princípios fundamentais e buscam construir estratégias que supram as necessidades de cada território e de cada população. A noção de equidade, por exemplo, se baseia justamente na ideia de que é necessário pensar o cuidado de acordo com as necessidades da população que está sendo assistida, dando mais suporte a quem mais precisa, sendo necessário tratar desigualmente os desiguais, de forma que cada um possa receber a atenção que necessita. Para compreender essas necessidades, é preciso entender quais são os processos sócio-históricos que determinam a condição de vida e de habitação nos territórios, considerando que estes são decorrentes justamente da vida em sociedade, sendo relações sociais projetadas no espaço, mais do que espaços concretos em si (Souza, 1995, p.87). Considera-se, assim, que o território se constitui a partir de inúmeras lógicas, que contêm aspectos econômicos, políticos, sociais e também culturais, sendo um conceito muito complexo e multideterminado.

Não é possível, portanto, desconsiderar a tríade econômica, política e social que encontra nos processos de globalização e mundialização formas de expandir o pensamento hegemônico, consolidando modos de organização social e do trabalho delineados pelo neoliberalismo. Este, se exprime tanto na forma de ocupação das cidades quanto no acesso ao sistema público de saúde, de modo que compreender essa relação entre indivíduos, espaços e modos de produção só é possível ao considerarmos a relação dialética existente entre homem, natureza e processo de trabalho, explicitada por Mendes-Gonçalves em sua obra “Saúde, Sociedade e História”, na qual o homem é considerado produto e criador da natureza através do processo de trabalho, sendo este construído a partir de carecimentos coletivos da sociedade e se constituindo enquanto um processo sócio-histórico (MENDES-GONÇALVES, 2017). Esta forma de compreender o espaço urbano está intimamente ligada aos modos hegemônicos de pensamento e organização social, do mesmo modo que a relação dos indivíduos com o sistema de saúde também é delineada pelo lugar que eles ocupam na cidade e na sociedade, à medida que seus processos de subjetivação ocorrem em determinados contextos. De maneira análoga, a relação dos ACS com o território e a comunidade local também é guiada pelas lógicas de organização do território, que faz com que alguns espaços sejam acessados com mais facilidade do que outros, explicitando as disparidades entre bairros. A falta de

infraestrutura em bairros mais vulneráveis influencia diretamente na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no acesso aos serviços públicos, reproduzindo lógicas de exclusão e reforçando disparidades já existentes nos territórios.

Para compreender a relação entre diversos atores no território, faz-se necessário entender como operam as estruturas de poder nele presentes e como estas foram criadas ao longo do tempo. Recorre-se à teoria decolonial, através das análises de Frantz Fanon (1968) sobre o território e sua composição na época da invasão colonial. Em sua obra “Os condenados da Terra” (FANON, 1968), o autor explicita o contraste existente entre esses dois mundos, da metrópole e da colônia, a partir da análise das violências que perpassam esse processo de dominação e exploração vivenciado nos países do Sul global. Esta lógica de reprodução econômica e social vincula a noção de raça e divisão do trabalho de maneira direta e íntima, de forma que explicita disparidades já estabelecidas durante o primeiro contato entre esses povos, à medida que nas regiões então subdesenvolvidas os países apresentavam grande ausência de infraestrutura, enquanto as nações europeias cresciam às custas da população nativa superexplorada (FANON, 1968). Esta forma de ocupação e exploração ocorre até hoje no Brasil, onde muitas populações originárias têm seus territórios tomados em nome do desenvolvimento, por aqueles que buscam o lucro através da dominação e não o bem-estar daqueles que habitam o território a priori.

O autor segue relatando como essa forma de divisão do trabalho e das riquezas expõe as fragilidades do mundo dividido entre colonos e colonizadores, à medida que são os primeiros os responsáveis pela sustentação da lógica que os oprime. Percebe-se então que “o confronto fundamental que parecia ser o do colonialismo e do anticolonialismo, até mesmo do capitalismo e do socialismo, perde logo sua importância” (FANON, 1968, p. 78) e que a maior necessidade passa a ser a distribuição das riquezas e a criação de lógicas próprias que contemplem as necessidades dos países subdesenvolvidos, considerando valores e métodos próprios, independentes e originários. No entanto, para que seja possível um desenvolvimento mais autônomo desses povos, é necessário que se questionem as lógicas hegemônicas, sobretudo o capitalismo, que tem no desenvolvimentismo sua crença central, não permitindo aos povos oprimidos alterar pressupostos já pré-estabelecidos pelos países chamados “desenvolvidos”. Estas noções de desenvolvimento e produtividade são pilares centrais da organização imposta pelos países do Norte global àqueles que não seguem o mesmo modelo de desenvolvimento e que, portanto, são considerados países ainda em desenvolvimento. A partir disso, criam-se estereótipos e crenças comuns de algo almejado por todos: o progresso, a partir do qual se identificam práticas exploratórias e colonizadoras existentes até hoje.

Esta noção desenvolvimentista foi institucionalizada em 1949, com o discurso de Harry Truman, no qual ele afirma a necessidade dos países que dominam avanços científicos e progresso industrial de auxiliar as regiões subdesenvolvidas para que as pessoas tenham seu sofrimento aliviado (ACOSTA, 2016), produzindo “mais alimentos, mais vestimentas, mais materiais para suas casas [...]” (Idem, p.44). Transforma-se então o desenvolvimento em uma meta global, um imperativo a todos os países, conceito guia na geração de muitos outros conflitos e lutas, como por exemplo a Guerra Fria, na qual buscava-se a todo custo afirmar quem era o país mais desenvolvido, com mais tecnologia e, conseqüentemente, mais poder de dominação. Cria-se assim o Terceiro Mundo, sendo seus membros “instrumentalizados qual peões no xadrez da geopolítica internacional” e sendo as comunidades e as sociedades reordenadas para adaptar-se ao “desenvolvimento” (ACOSTA, 2016, p. 47). Em nome dessa crença os países centrais passam a interferir com mais frequência na organização das regiões mais periféricas e “subdesenvolvidas”, ultrapassando limites e impondo um novo funcionamento que muitas vezes desconsidera as necessidades locais, impondo uma lógica externa que prejudica o desenvolvimento local e a saúde das comunidades mais vulneráveis.

Romper com essa lógica de funcionamento, torna necessário questionar alguns conceitos como: a noção de desenvolvimento e produtividade, a tentativa de homogeneização dos espaços e a supervalorização do conhecimento técnico-científico e especializado. A noção de Bem Viver que traz Alberto Acosta (2016) em sua obra, vai na direção oposta desses conceitos, reiterando a importância de pensar em formas de alterar os padrões implementados a partir da lógica colonial da exploração da natureza e das culturas locais. Busca, assim, ser uma alternativa ao desenvolvimento, não se apoiando nas lógicas vigentes e criticando veementemente a concepção de mundo baseada no capitalismo. O *bem viver* se apresenta como uma possibilidade de experimentar outros mundos, se aplicando a todas as populações originárias e seus territórios, assim como aos grupos que constituem a periferia social global; enquanto filosofia de vida é um projeto libertador e tolerante que soma histórias de luta, resistência e propostas de mudança, colocando-se como ponto de partida para a construção democrática da sociedade (Idem, 2016, p. 29).

Tornar essa proposta possível requer maior valorização da terra, da natureza, do conhecimento dos povos originários e das culturas locais. Além disso, é necessária organização, movimento de base e luta política, tendo em vista a construção conjunta de caminhos possíveis que façam sentido para toda a população. Pensar na natureza, neste contexto, torna-se estratégia de luta política, visando fortalecer o âmbito coletivo e comunitário e desafiando as lógicas dominantes do liberalismo, do Estado e do Capital

(ACOSTA, 2016). Assim como o adoecimento e a alienação são estratégias de dominação, podemos entender a promoção da saúde como posicionamento revolucionário, à medida que significa promover espaços mais saudáveis, nos quais a natureza, as diferentes culturas e necessidades são respeitadas.

A análise do processo saúde-doença se dá a partir da dimensão sócio-histórica e econômico-política de constituição dos indivíduos e sociedades, bem como ocorre com a análise do processo de habitação, dado que ambos refletem a forma que os sujeitos habitam o mundo, sendo aspectos fundamentais da vida em sociedade. À medida que propõe uma visão ampla sobre a saúde, considerando seus diversos aspectos e múltiplas expressões, torna-se possível traçar um paralelo entre a saúde coletiva e o pensamento decolonial - centralizado nas concepções dos povos originários - ambos têm como ponto central a crítica ao universalismo dos saberes, defendendo olhares mais abrangentes para a sociedade e para os territórios, defendendo a compreensão do processo saúde-doença a partir de seus determinantes sociais e das problemáticas estruturais criadas pelo pensamento hegemônico. É necessário pensar como o colonialismo, o racismo e o machismo afetam a saúde de determinadas populações mais do que outras. Para isso, é preciso deixar de lado a concepção de saúde organicista, tal como afirmam Paim e Almeida Filho (1998), a saúde coletiva visa "a superação do biologicismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico" (p. 310).

Entender a saúde enquanto parte constituinte de processos e dinâmicas sociais, sendo mais um componentes das relações de poder e pertencimento, torna possível ampliar as formas de pensar na promoção da saúde, considerando por exemplo o uso dos espaços, as diferentes formas de habitação, de apropriação da natureza e de bem estar como elementos que também contribuem para a saúde. O próprio conceito de promoção da saúde é definido pela capacidade das pessoas e comunidades modificarem determinantes da saúde para sua própria qualidade de vida, o que chama atenção para o protagonismo conferido aos indivíduos, que devem ser ativos na mudança de sua comunidade. Esta concepção subsidia a necessidade de políticas intersetoriais na área da saúde, na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) os “modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (Brasil, 2018, p.17) são incluídos como determinantes e condicionantes da saúde, sendo aspectos com grande influência no bem estar global. “Para melhorar as condições de saúde de uma população são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos no interior dessas sociedade e intensificação de políticas sociais” (BUSS, 2010), dessa forma percebemos a importância do território para a compreensão da

organização social dentro e fora do sistema de saúde, bem como a necessidade de se repensar lógicas que devem ser modificadas tendo em vista uma nova forma de ocupação e organização do território e uma nova concepção do que é saúde e de qual a função desempenhada pelos equipamentos de saúde nas comunidades. Compreender a forma de organização da sociedade e dos territórios passa pela necessidade de pensar nos processos históricos que influenciaram a organização urbana, como é o caso do colonialismo, que suprime a cultura e as características locais tendo em vista a imposição de uma cultura e ideais externos.

Não é possível pensar no trabalho dos ACS e na sua relação com o território sem antes considerar esse panorama em que os agentes estão inseridos, principalmente considerando sua maior atuação e permeabilidade costumam ser maiores em territórios mais vulneráveis, composto majoritariamente pela população negra. Não é possível pensar sobre a saúde neste contexto sem pensar na urgência da decolonialidade, de alternativas mais sustentáveis e comunitárias, de modos de vida que rompem com o produtivismo imposto aos serviços de saúde. O papel central da produtividade que guia o sistema de saúde e pauta as práticas de seus profissionais é a expressão do modo de produção capitalista, que culmina em uma lógica de reprodução inesgotável, que leva os profissionais à exaustão, por terem que produzir cada vez mais e melhor. Desconsidera-se o ambiente natural e a quantidade finita de recursos existentes, nota-se um descolamento da natureza e necessidades reais da população em nome da produtividade, da acumulação do capital e da geração de riquezas.

No entanto, esta é uma contradição dos serviços de saúde, cujas diretrizes pressupõem a centralidade dos indivíduos e de suas necessidades. Apesar do SUS ter em sua formulação princípios que contribuem para a valorização de estratégias locais e comunitárias, como a descentralização, regionalização, territorialização, alta capilaridade, dentre outras, nem sempre as ações desenvolvidas pelos profissionais dentro dos equipamentos vão nessa direção. Comumente pode-se perceber o quanto os serviços de saúde ainda mantêm uma lógica produtivista e hierárquica, na qual o saber técnico e científico é muito mais valorizado que o saber prático e a visão hegemônica da saúde supera os pressupostos estabelecidos por uma visão menos biológica como a da saúde coletiva, por exemplo. Defender a importância do processo de territorialização, da atuação dos ACS e da análise da conjuntura econômica, política e social como elementos organizadores das ações em saúde, é lutar contra uma forma de organização dominante e cristalizada que culmina, muitas vezes, na precarização de serviços e na reprodução de desigualdades e é isso que o SUS se propõe a fazer, a partir da territorialização das práticas em saúde, ainda que estas enfrentem inúmeros problemas

organizacionais e operacionais, à medida que sua estrutura é submetida a desigualdades e iniquidades delineadas pela tríade econômico-política da globalização, da mundialização e do neoliberalismo (GONDIM e MONKEN, 2009)

“O ponto de partida para a reorganização do sistema local de saúde brasileiro foi redesenhar suas bases territoriais para assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção. Nesse contexto, a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regional” (Teixeira et al., 1998 apud GONDIM e MONKEN, 2009)

Alberto Acosta (2016), propõe uma forma de construir políticas a partir do território, trazendo o conceito do *bem viver* como uma alternativa ao desenvolvimento, sendo um espaço construído a partir de outras lógicas, que não negam a existência de conflitos, mas que buscam não exacerbá-los à medida que quebra com essa “interminável competição entre seres humanos” (Idem, 2016, p.76), em busca de uma reconstrução que desarma a “meta universal do progresso em sua visão produtivista e do desenvolvimento enquanto direção única” (Ibidem, 2016, p.69). Repensar a forma de progresso e modernização que nos guia consiste em questionar as imposições do Norte global, de países ricos e já supostamente desenvolvidos que se tomam como modelo de organização, consiste repensar como nos portamos perante alguns processos históricos e às lógicas de dominação social e econômica, dado que a descolonização é um processo histórico, não acontece de uma hora para outra e não acontece de forma passiva, é necessário questionar, reconstruir as ações e repensar as políticas. No mundo colonizado, para que mudanças tão fundamentais sejam propostas, primeiro é necessário reconhecer como foi seu processo de estruturação e quais as relações de poder em jogo. Frantz Fanon (1968), descreve em sua obra o processo de colonização da terra, explicitando diferenças e semelhanças na forma que colonizados e colonizadores se organizam e dominam os espaços.

Em uma das passagens de sua obra, o autor conta sobre as mudanças provocadas no mundo dos colonizados por aqueles que vinham da metrópole, afirmando que “a história que escreve não é portanto a história da região por ele saqueada, mas a história de sua nação no território explorado, violado e esfaimado” (FANON, 1968, p.38) e explicitando esse choque entre culturas, de um mundo cindido, dividido e organizado, que objetiva a dominação de um mundo pré-existente, mais fluido e comunitário, ao mesmo tempo mal afamado, desorganizado. “se nasce não importa onde, não importa como. Morre-se não importa onde, não importa de quê. É um mundo sem intervalos, onde os homens estão uns sobre os outros,

as casas umas sobre as outras. A cidade do colonizado é uma cidade faminta, faminta de pão, de carne, de sapatos, de carvão, de luz.” (Idem, 1968, p.29).

Neste mundo desordenado não parece ser possível falar sobre saúde utilizando apenas termos técnicos da biologia, assim como não o é no Brasil, onde situações como essa se reproduzem diariamente. Em consonância com a concepção da saúde coletiva, é necessário pensar na fome, enquanto questão da área da saúde, pensar no saneamento básico e condições dignas de moradia, na construção de bases familiares e comunitárias que sirvam de suporte para aqueles que pouco sabem de suas origens. As políticas devem ser pensadas a partir daqueles que mais necessitam do Estado e que são justamente aqueles negligenciados, que têm corpos abjetos, dos quais a morte já não importa, pois não têm condições dignas de vida. É preciso pensar em um sistema de saúde que dê dignidade de viver a todos, garantindo condições básicas para uma vida saudável

“Saúde tem a ver com bem-estar físico, mental e espiritual. É algo básico que precisamos para viver e conviver em sociedade. É algo que nos dá movimento. Algo tão básico, mas com um acesso, por vezes, tão difícil. Em uma sociedade onde temos que trabalhar, trabalhar e trabalhar não somos bem vistos quando precisamos, simplesmente, parar para nos olharmos e nos cuidarmos, então vejo que saúde também tem a ver com a oportunidade de termos uma boa qualidade de tempo, que deveria ao longo de toda a nossa vida.” - G

Além de propostas de reorganização financeira e econômica dos territórios, de mudanças nas macroestruturas que guiam a vivência nos espaços, é necessário também pensar nas necessidades da população e em formas de fortalecer espaços possíveis de convivência, nos quais seja possível fortalecer a comunidade, o sentimento de pertencimento. Neste processo os ACS ocupam um papel central, de modo que conseguem fazer política nas ruas, promovendo pequenas mudanças na lógica de funcionamento dos territórios e implementando não só ações, mas também ideias, as redes locais auxiliam no fortalecimento de vínculo entre os ACS e os usuários “o que, por sua vez, acaba contribuindo para o exercício de práticas de controle e orientação” (LOTTA, 2010, p.244). Por isso a importância da formação dos agentes comunitários enquanto agentes políticos, profissionais críticos e politizados, que compreendem seu papel enquanto implementadores de políticas e de elos que vinculam a população ao serviço. O processo de territorialização em saúde proposto pelo SUS busca fortalecer esta lógica na medida que confere centralidade ao território no processo de organização e coordenação das ações de saúde, pressupondo descentralização e a regionalização, além do desenvolvimento de ações comunitárias e participação social, que possam servir de base para a construção de planos de cuidado a partir das necessidades do

território e da comunidade em questão. Estas estratégias perpassam a necessidade de territorialização, de considerar não só indicadores demográficos e epidemiológicos, mas também equipamentos sociais, dinâmicas e fluxos locais e identidades culturais que constituem o espaço (DUARTE, 2016).

Propõe-se aqui, portanto, discutir a experiência dos Agentes Comunitários de Saúde no território, considerando que ambos são pontos centrais de Estratégia Saúde da Família, que se propõe organizadora do Sistema Único de Saúde. Para isso, define-se território a partir de uma visão de saúde que considera os determinantes sociais do processo saúde-doença, não deixando de lado os processos sócio-históricos em que os seres humanos se inserem, bem como as lógicas de produção vigentes, em especial o capitalismo e outras formas hegemônicas de pensar e produzir a cidade que dominam atualmente - e problemas estruturais da sociedade que reproduzem desigualdades, como o machismo e o racismo, por exemplo. Esta noção de território e de territorialização, que não se limita à dimensão técnico-científica e sim se amplia a reorientação de saberes e práticas de saúde, está contida no Dicionário da Educação Profissional em Saúde, produzido pela Fiocruz, a qual determina que o território não é apenas físico ou geográfico, mas é também trabalho e localidade. “O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho” (CECCIM, 2005, p.983), sendo responsável por estruturar hábitos, além de influenciar significativamente na dinâmica dos lugares, no âmbito cultural, econômico, social, etc. Essa definição baseia-se em Milton Santos (2005), que traz a noção de território a partir da análise do processo de globalização e transnacionalização dos espaços, propondo que a realidade do território atualmente é ser interdependente, à medida que essa lógica da globalização e do capital, busca homogeneizar os espaços e até a natureza hoje é histórica, à medida que tem seu valor local relativizado em vista de outros processos e usos (SANTOS, 2005).

“é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social. [...] O que ele tem de permanente é ser nosso quadro social de vida. Seu entendimento é, pois, fundamental para afastar o risco de alienação, o risco de perda de sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro” (2005, p.255)

O autor ainda traz a ideia da organização do território que acontece a partir de horizontalidades e verticalidade, ou seja, a partir de proximidade territoriais e ou políticas, propondo que, enquanto as horizontalidades são domínios compostos por lugares vizinhos que têm uma contiguidade territorial, as verticalidades tratam de pontos distantes, ligados por processos sociais. A partir dessa definição, é possível perceber a centralidade dos processos sociais e econômicos na constituição dos territórios, bem como a centralidade deste último no

uso dos espaços e na (re)produção das desigualdades. Pensar em lógicas que tornem possível a diminuição das desigualdades e a superação de formas de pensamento já obsoletas é essencial e urgente, possibilitando novos modos de organização e utilização dos espaços urbanos, visando a promoção da saúde e de formas de vida mais sustentáveis e equalitárias.

“As intensas mudanças econômicas e políticas, decorrentes das verticalidades - mundialização do capital e o modelo neoliberal de organização do Estado - trouxeram impactos negativos sem precedentes na organização dos territórios, nas estruturas produtivas e sociais dos países em desenvolvimento, desenhando um cenário de profundas desigualdades sociais, com a exclusão de parcela significativa da população ao direito à vida e à cidade” (Tavares e Fior, 1993; Antunes e Alves, 2004 apud Gondin e Monken, 2009)

Acosta (2016), busca trazer atenção para a urgência das questões territoriais ao se pensar na superação das desigualdades, através da necessidade de descolonização e despatriarcalização nesse processo, bem como da superação do racismo, profundamente enraizado em nossas sociedades. Pensando nas contribuições que a área da saúde pode dar a esse processo, tem-se a ideia de humanização, da qualidade de atenção e de reorientação de saberes e práticas, que não devem limitar-se à dimensão técnico-científica do diagnóstico e terapêutica (CECCIM, 2005) e nem ao pensamento médico hegemônico que ainda é predominante nos serviços de saúde e até mesmo na organização da Atenção Básica.

1.b. O território nas atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde Apesar da centralidade da Atenção Básica na organização da rede de serviços e da grande importância conferida ao território na formulação da Estratégia Saúde da Família e na estruturação da AB durante a década de 90, é possível perceber contradições na formulação das políticas, que ainda têm grande influência de uma concepção hegemônica de saúde, centrada no modelo biomédico. A Lei 11.350 de 2006, que regulamenta a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde e explicita suas atribuições, pouco fala sobre a importância do território para esta profissão, trazendo-o mais como um conceito organizador de outras ações do que enquanto aspecto central na constituição de espaços, costumes e práticas. No entanto, vale ressaltar a valorização de uma concepção de saúde muito vinculada à promoção e prevenção, o que fica explicitado nos termos abaixo:

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares

ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

§ 1º Para fins desta Lei, entende-se por Educação Popular em Saúde as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS.

§ 2º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, é considerada atividade precípua do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação, a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para a busca de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública e consequente encaminhamento para a unidade de saúde de referência.

Apesar da importância explícita conferida às ações de promoção da saúde baseadas no referencial da Educação Popular em Saúde, nota-se ainda a centralidade dada a ações pontuais realizadas com parcelas específicas da população que já são pré-determinadas, majoritariamente de acordo com situações de saúde específicas, como por exemplo é o caso da atenção dada às gestantes e lactantes, tal como expressas abaixo nas atividades exclusivas:

§ 3º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, são consideradas atividades típicas do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural;

II - o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde;

III - a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional;

IV - a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento:

a) da gestante, no pré-natal, no parto e no puerpério;

b) da lactante, nos seis meses seguintes ao parto;

c) da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura;

- d) do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde, em conformidade com o previsto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);
- e) da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos e motivando sua participação em atividades físicas e coletivas;
- f) da pessoa em sofrimento psíquico;
- g) da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas;
- h) da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal;
- i) dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças;
- j) da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças;

V - realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento: a) de situações de risco à família;

b) de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde;

c) do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação;

Não se pode desconsiderar as necessidades específicas apresentadas por determinados grupos, no entanto, também deve-se considerar outros aspectos na determinação deles, como por exemplos características psicossociais e, sobretudo, territoriais buscando entender onde se localizam essas pessoas e quais os processos de subjetivação envolvidos na experiência que elas têm com o território, dado que todos esses aspectos têm grande influência na percepção dos espaços e na forma com que as relações se constituem na comunidade, uns com os outros e com os espaços que habitam.

Neste sentido, a última cartilha que regulamenta a profissão dos ACS caminha em outra direção, apresentando determinações extremamente técnicas, guiadas por uma concepção de saúde e cuidado biomédicas, que valorizam os transtornos orgânicos acima de tudo. É possível perceber uma grande diferença entre a formulação das políticas que rege a concepção do trabalho dos ACS e as normativas que organizam a sua implementação, o que implica em conflitos na atuação e na organização dos serviços de saúde e dos profissionais que compõem a Atenção Básica.

2 - Justificativa

O referido projeto se justifica pela importância de discutir o conceito de território para

a área da saúde coletiva, tendo em vista que este trata da relação entre processos sociais e econômicos que permeiam as relações dos indivíduos com os espaços em que habitam. De maneira análoga, o campo da saúde coletiva analisa as práticas de saúde em articuladas às práticas sociais e às necessidades da sociedade, tomando como ponto fundamental a grande influência dos processos sociais e econômicos na constituição destas relações, trazendo ainda a noção de promoção da saúde como conceito chave. Este, reforça a necessidade da visão ampliada para a saúde e para o território, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença. Considerando os ACS como profissionais especialistas no território e ressaltando a importância das práticas de saúde territorializadas, busca-se compreender como as características do território e os modos de organização hegemônicos influenciam no acesso aos serviços públicos na promoção da saúde.

3 - Objetivo

Analisar como a atuação dos ACS no território é influenciada pela forma de organização do trabalho e da cidade, buscando compreender como diferentes vivências do território podem contribuir para a construção de uma ação em saúde mais territorializada.

4 - Metodologia

A partir de uma revisão bibliográfica e de entrevistas individuais, buscou-se compreender como os diferentes agentes de saúde circulam pelo território, assim como quais são as particularidades de seus olhares e como estas afetam tanto a circulação dos profissionais pelo território, quanto o acesso da população atendida aos serviços.

Foram selecionados então 6 ACS com características diversas, sendo o grupo composto por: 4 mulheres e 2 homens; 2 pessoas pretas, 2 pardas, 1 indígena e 1 branca; 5 heterossexuais e 1 homossexual. Em relação à idade, a variação foi de 26 a 42 anos, tendo duas das agentes 30 e 31 anos, outras 40 e 41 anos. Além disso, quatro dessas pessoas trabalhavam na UBS há 5 anos, enquanto as outras duas entraram há 2 anos. Seguindo os critérios do edital, todos os profissionais residem no município de atuação e a maioria é responsável por uma área próxima à que residem.

Considerando as diferentes características de cada um dos profissionais, entende-se que eles têm vivências diferentes do território e, conseqüentemente, o percebem de maneiras distintas. Buscou-se, então, realizar entrevistas com cada um dos ACS tendo como objetivo

investigar como é a percepção que eles têm do lugar em que estão e quais são os fatores que a influenciam, a fim de compreender como essas diferentes visões podem moldar a forma que estes profissionais percebem as demandas de saúde e como se dá esse acesso ao serviço pela comunidade.

As entrevistas foram realizadas no formato online com a utilização da plataforma Google Meet e tiveram uma duração aproximada de 30 minutos, foram gravadas e transcritas. Utilizou-se um roteiro semi-estruturado que guiou a conversa e abriu a possibilidade para aprofundar e explorar novas questões que emergiram. Segue abaixo o roteiro utilizado nas entrevistas:

- Qual seu nome?
- Você pode me falar sua idade?
- Gostaria de compartilhar sua orientação sexual? É do público LGBTQIAP+? - Você se considera de qual raça/cor?
- Há quanto tempo você mora no bairro? Nasceu ou cresceu aqui?
- Você se sente pertencente a essa região? Como?
- Você participa de alguma associação da comunidade? Seja ela de moradores, ou da igreja, etc?
- Há quanto tempo você trabalha como ACS?
- Como você se tornou ACS? O que te chamou atenção neste trabalho? - Como você definiria seu campo de trabalho?
- Você acha que tem autonomia para realizar seu trabalho? Dá um exemplo. - Como é trabalhar aqui? O que você gosta no seu trabalho?
- Como é um dia típico de trabalho como ACS? Cite 3 características principais de um ACS.
- Você acredita que as vivências que tem na sua comunidade, seu conhecimento de vida sobre o (território/região), sobre as famílias podem contribuir no seu trabalho? Como? - Você sente que características suas (raça, gênero, idade, etc) influenciam na forma que você circula pelo espaço ou na relação com as pessoas? Como?
- Você sente que as características da cidade influenciam nessa circulação? Você deixa de frequentar algumas ruas, bairros, etc devido à infraestrutura que eles têm? - Qual você acha que é a coisa que mais influencia o trabalho do ACS atualmente? Quais são as maiores barreiras para esse trabalho? E os maiores facilitadores?
- Quais são os lugares onde você mais circula? Sente que acaba indo onde tem mais demandas médicas ou vai para todos os lugares da sua área?
- Você acredita que a pandemia alterou sua relação com o espaço em que circula? De que maneira?
- Qual você diria que foi a situação mais marcante que você já viveu no trabalho? Por que você escolheria essa situação?
- Se a gente fosse desenhar um mapa de Franco da Rocha, o que não poderia faltar nele?
Você poderia desenhar um mapa para mim? E me enviar no wpp?

Cabe ressaltar que não houve adesão à última pergunta, sobre o envio do mapa da cidade, portanto, este material não pode complementar a análise.

Após as entrevistas procedeu-se à etapa da análise de conteúdo. Inicialmente foi elaborado um framework (Anexo 1) com a finalidade de sistematizar as respostas e classificá-las em eixos temáticos. Tendo em vista que o objetivo da pesquisa é analisar a percepção dos ACS sobre o território, definiu-se como as seguintes unidades de registro temáticas: território, organização espacial, desigualdades e rotina de trabalho. Por fim, a análise de conteúdo foi dividida em três tópicos: a. O território enquanto espaço habitado, formas de ocupação e planejamento; b. A reprodução de desigualdades a partir da organização espacial da cidade e do sistema de saúde; c. Influência do modelo econômico e do modo de produção vigente nas ações de saúde e do território. Cada um destes tópicos serão apresentados no próximo item.

6 - Resultados e Discussão

Considerando a importância do planejamento urbano na organização das cidades e no acesso aos equipamentos públicos e aos serviços de saúde, busca-se aqui discutir a importância do território na promoção da saúde a partir de três eixos de análise: a. Influência do modelo econômico e do modo de produção vigente nas ações de saúde e no território; b. O território enquanto espaço habitado, formas de ocupação e planejamento; c. A organização política da vida urbana e suas reverberações no sistema de saúde

a. Influência do modelo econômico e do modo de produção vigente nas ações de saúde e no território

O sucesso econômico das nações européias foram construídos com base na mão de obra escravizada, no “suor e no cadáver dos negros, árabes, índios e amarelos” (FANON, 1968, p.77) o que provocou grande dependência das nações colonizadas, as quais atualmente compõem os chamados países subdesenvolvidos, economicamente dependentes. Essa noção de

desenvolvimento, no entanto, está de acordo com um ideal construído pelos países do Norte global, e foi em nome dela que inventou-se o Terceiro Mundo, na época da Guerra Fria, “em nome do ‘desenvolvimento’, os países centrais ou desenvolvidos - nossos grandes referenciais - lançaram mão de operativos de interferência nos assuntos internos dos países periféricos ou subdesenvolvidos” (ACOSTA, 2016, p.47). Foi construído, assim, um ideal que desconsidera e desconhece as lutas e os sonhos dos países subdesenvolvidos, tratando-os como meras peças no cenário internacional e na dominação territorial imposta pelas potências colonizadoras, recorrendo novamente a Fanon, é possível afirmar que

“O regime colonial cristalizou circuitos, e a nação é obrigada, sob pena de sofrer uma catástrofe, a mantê-los. Talvez conviesse recomeçar tudo, alterar a natureza das exportações e não apenas o seu destino, reinterrogar o solo, o subsolo, os rios e - por que não? - o sol. Ora, para tanto precisa-se de capitais, de técnicos, de engenheiros, de mecânicos, etc.” (FANON, 1968, p.80)

Para que seja possível construir um modelo econômico que considere as necessidades de cada sociedade, em especial dos países desfavorecidos pela política internacional e pelo passado colonial imposto, cabe irmos ao resgate de outras lógicas econômicas, que se inspiram em princípios de solidariedade, formas de reciprocidade que regem a economia de alguns povos e nacionalidade indígenas, por exemplo. Essa mesma lógica poderia ser então, aplicada a outros âmbitos, como “educação, saúde, transportes e outras funções que geram bens públicos e comuns que não se produzem e regulam por meio da oferta e da demanda”, considerando que nem todos os atores da economia agem movidos pelo lucro (ACOSTA, 2016). Faz-se necessário cuidar das riquezas locais e construir formas de construir autonomia a partir das possibilidades oferecidas pelos território em questão, é necessário romper com a lógica vigente nas cidades, caracterizadas por "fluxos de mercadoria, pessoas e capital em ritmo cada vez mais acelerado, rompendo barreiras e subjugando territórios” (ROLNIK, 1988, p.2).

Essa forma de produção se exprime também na organização do sistema de saúde, sendo possível observar ações muito individualizadas que somadas à alta produtividade acabam caminhando para uma direção oposta à do fortalecimento comunitário. A supervalorização do conhecimento científico e da lógica da especialização também reproduzem formas coloniais de dominação, à medida que esses saberes são considerados superiores e capazes de construir soluções independentemente da especificidade dos problemas e das necessidades. Sendo assim, a autonomia dos ACS junto à população, no seu fazer cotidiano, se apresenta como uma ação anti hegemônica. A valorização desse saber

comunitário pode dar a ver a potência local dos territórios, possibilitando a construção de ações mais adequadas e coerentes. No entanto, nem sempre isso encontra espaço para se expressar e observa-se o quanto a gestão e o próprio sistema, da forma que foi planejado, limitam o fazer dos agentes de saúde.

“Eu sinto que é um trabalho muito importante. Eu acho que um dos mais primordiais para a UBS. [...] Eu não gosto, por exemplo, do agente de saúde ser muito quebra galho. Eu não gosto da falta de reconhecimento. [...] Na hora que não tem ninguém pra ficar lá, eles chamam a gente. Você é meio que obrigada a ficar, se a gente não vai a gente é meio perseguido. Isto me deixa muito desmotivada.”- M

“Olha, vou ser bem sincera, é um trabalho de formiguinha, a gente não tem muito recurso, a gente acaba às vezes buscando os nossos próprios recursos para poder atuar, eu acho que poderia ser uma profissão mais valorizada, mas a gente acaba sendo meio que um tapa buraco do setor administrativo. [...] Autonomia em relação aos pacientes e a forma como eu acho melhor trabalhar, sim. Mas às vezes a gente se sente um pouco amarrado, porque acaba sendo usado para cobrir outros setores que não tem funcionário suficiente”” G.

“[Sou] bastante cobrada, mas reconhecida [...] insalubridade a gente não recebe, folga também a gente não recebe, nem do dia do aniversário e nem abono que é igual ao estatutário” - R.

A fala dos Agentes reafirma a diferença na relação estabelecida com a comunidade e com o serviço em si. Observa-se que grande parte deles reconhece a importância de seu trabalho e reafirma a falta de reconhecimento por parte de outras pessoas, em especial da própria gestão, que muitas vezes acaba tratando esses profissionais como quebra galhos, como profissionais que não exercem uma função tão fundamental, por não tem uma formação técnica, por não basear-se nessa lógica hegemônica da especialidade, da necessidade de obter a cura para as doenças, etc. Pelo contrário, no trabalho dos ACS identifica-se uma lógica mais comunitária, de promoção da saúde através do contato com o território e da percepção de necessidades de saúde reais, que se exprimem no cotidiano e só podem ser percebidas por estes profissionais, que vivenciam o espaço, compartilhando de lógicas locais construídas a partir da vivência e da participação comunitária, que delinea o espaço de acordo com as necessidades de quem nele habita.

Cuidar das pessoas é também cuidar dos territórios, tendo em vista a garantia de todos os direitos básicos para uma vida digna

“que assegure saúde, alimentação e nutrição, água potável, moradia, saneamento básico, educação, trabalho, descanso e ócio, cultura física, vestimenta, seguridades social e outros serviços sociais. Todos estes direitos, para que sejam cumpridos, exigirão ajustes na distribuição da riqueza e da renda, já que não podem ser garantidos apenas com subsídios aos grupos marginalizados” (ACOSTA, 2016, p.195) .

É nesta concepção que está o encontro entre o *bem viver*, a saúde coletiva e a

territorialização das práticas em saúde, na necessidade de considerar o contexto político social e econômico ao se pensar nas práticas de saúde, à medida que se considera os seres humanos como seres históricos e sociais. Neste sentido, tomar como categoria central a reprodução social é reconhecer

“o conjunto de vida social caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma em que transformam a natureza, pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de consciência e organização que alcançam” (CAMPAÑA, 1997, p.133 apud CAMPOS, 2012, p.120).

Reitera-se aqui a indissociabilidade da vida social e das transformações na natureza e no ambiente, de forma que compreender as formas de reprodução social envolve compreender a relação com os espaços e com o território. Sendo assim, é de grande importância para um sistema de saúde centrado na lógica da promoção e da prevenção, que seus profissionais conheçam o território em que estão inseridos, de forma que consigam compreender a forma coletiva de viver que define uma cidade e que consigam também transitar em meio a comunidade, estabelecendo vínculos e possibilitando novas aberturas para exercer o cuidado. Nas falas do agentes de saúde é possível identificar algumas brechas para que repensemos as práticas em saúde, considerando que a ação dos agentes representa não só a intervenção do sistema de saúde na comunidade, mas possibilita também a construção de práticas que se dão a partir da própria comunidade e da percepção dos moradores locais de suas necessidades. Isto porque o agente de saúde também tem sua vivência própria da comunidade e suas demandas enquanto morador, bem como já possui vínculos pré estabelecidos que permite maior proximidade com a população, para além do âmbito de trabalho.

“É um trabalho que eu gosto, um trabalho que fica na rua, você dialoga bastante com as pessoas, com os pacientes [...] mas às vezes a gente não tem uma qualidade boa de trabalho, mas o que a gente tem, a gente desenrola, vai para cima. [...] Para mim é um trabalho ótimo, só não é valorizado como deveria ser, mas é um ótimo trabalho.” - X.

“ACS tem que ter paciência, muita paciência, gostar de ouvir, gostar de ajudar e aquilo que eu falei, é uma missão. [...] É uma coisa que não é mecânica, entendeu? Muitas vezes depende de você ter força de vontade. [...] É uma coisa que você se entrega de coração, porque é um trabalho muito de doação, é um trabalho de formiguinha que eu imagino até que não seja muito percebido pela sociedade. [...] O agente de saúde tem essa função, é aquela pessoa que eu vou falar porque sei que posso confiar, que vai ficar entre a gente [...]” - A.

A autonomia em relação aos pacientes chama a atenção, bem como a vinculação que os agentes parecem ter com os moradores quanto mais tempo de trabalho têm na comunidade. No entanto, esse vínculo não aparece sempre como algo positivo, como é o caso de uma das

ACS que relata se sentir insegura e imobilizada perante algumas situações, principalmente nos casos de violência doméstica, devido ao fato de ser mãe solteira, com dois filhos, tornando-se um “alvo fácil” para possíveis agressores. Ela relata que o fato dessas pessoas saberem onde ela mora dificulta que ela possa agir em determinadas situações, devido à fragilidade de sua situação. Ainda, essa questão da intimidade aparece novamente na fala de outra agente de saúde, que diz que o fato das pessoas a requisitarem muito acaba prejudicando sua dinâmica dentro de casa e com seu marido, ela conta que após seu casamento sentiu mais dificuldade com os inúmeros pedidos que a comunidade faz para ela fora de seu horário de trabalho, chegando a restringir o seu uso do celular para que conseguisse ter mais privacidade. Além disso, outro ACS traz a questão do vínculo como uma barreira ao pensar em situações onde algo acontece com os pacientes, gerando sofrimento também para o profissional

“É uma barreira que às vezes a gente acaba se familiarizando mais com a pessoa e isso acaba comprometendo um pouco, afetando um pouco o psicológico, essa é uma grande barreira” - L.

Ainda assim, a autonomia e a intimidade construída pelos ACS com a comunidade quase sempre são relatadas de maneira positiva, como sendo situações muito gratificantes, que fazem o trabalho valer a pena. Outro aspecto que aparece com frequência nas entrevistas é a importância do trabalho desses profissionais em aproximar as pessoas do sistema de saúde, através da circulação pelo território e das visitas domiciliares, práticas cotidianas dos agentes que muitas vezes parecem não ter sua importância reconhecida frente a outras questões técnicas e burocráticas, como por exemplo a quantidade de cadastros feitos, etc. Na fala de uma das entrevistadas, L., é possível perceber como a cobrança excessiva e a falta de assistência que ela sente em seu trabalho acabam sendo predominantes em relação ao prazer que ela sente por realizar este serviço.

“Estou em uma fase que estou meio desanimada com a área do agentes de saúde, porque eu acredito que pela gestão atual não temos reconhecimento, nem por parte da prefeitura e muito menos pelo Governo Federal. [...] É a gente que traz os pacientes, a gente que conhece os pacientes, mas o que importa para a gestão municipal é a verba que vem, então eles não dão muita importância para o nosso trabalho e sim para números.”

Cabe aqui observar também o quanto a proposta de uma Atenção Básica que tenha como ponto central a ação dos ACS no território é uma proposta que vai contra uma lógica colonizadora reproduzida pelo próprio sistema de saúde, de profissionais que pressupõem já ter conhecimento prévio acerca das necessidades de saúde da população, buscando soluções técnicas para problemas que são não só biológicos, mas também sociais e que apenas

reproduzem a visão de que saúde é a negação da doença. A influência desta concepção de saúde centrada no modelo biomédico pode ser percebida na fala de G., que cita essa diferença na valorização dos médicos em detrimento dos ACS, ao ser perguntada sobre as maiores barreiras e os maiores facilitadores de seu trabalho

“Eu acho que o maior facilitador somos nós mesmos, um ajudar o outro, por exemplo. E eu acho que a administração dificulta, a gente não tem muito respaldo, é o básico do básico. Eu acho que poderiam valorizar mais a gente, ver que o nosso trabalho é importante, porque a sensação que eu tenho aqui é que ser médico e enfermeiro é importante, agora a gente é um agente de saúde, sendo que aqui também tem gente formada, não que isso seja importante, mas a gente também tem nosso valor.” - G.

Outras agentes ainda complementam contando da dificuldade de ter um trabalho integrado e uma rede de assistência que funcione e dê respaldos aos agentes de saúde, citando não só questões organizacionais mas também questões relacionadas à própria dificuldade de circulação dos agentes pelo território, devido à falta de passe livre e à grande quantidade de morros na cidade de Franco da Rocha, por exemplo

“As barreiras são, às vezes, a gente querer ajudar mais, tentar fazer mais e não conseguir porque falta estrutura. É uma rede que tem que funcionar, mas não funciona. Às vezes a gente fica sem médico na área. A minha área mesmo está sem médico. [...] Ir pra rua eu gosto porque dá uma sensação de liberdade quando a gente sai daqui [...] É cansativo porque tem muito morro onde a gente mora, então você acaba cansando.” - R.

“O que dificulta, às vezes, é consulta mesmo. Por exemplo, aqui agora tem um sistema que abre a agenda do médico nos primeiros dias do mês e às vezes a gente quer marcar uma consulta para um paciente, mas a gente não consegue porque já lotaram os dias. Então isso impacta um pouco, além da gente não ter muito reconhecimento também, a gente é muito usado na UBS. [...] Poderia facilitar muito se a gente tivesse o passe livre de ônibus, pra gente ir até a área de trabalho e depois voltar” - M.

A lógica de acumulação de riquezas e bens rege nossa sociedade de tal maneira que um sistema de saúde que é público e tem como objetivo promover o acesso à saúde a todos os indivíduos, por não gerar lucro, acaba sendo desfinanciado e sucateado, tornando-se mais uma forma de reprodução de desigualdades, à medida que a saúde se torna mais um bem a ser consumido. É pensando na influência do modelo econômico sobre a organização dos serviços públicos que não podemos deixar de considerar esses fatores ao pensar sobre a estrutura do SUS e, especialmente, da AB, bem como na forma que os territórios e a própria formação de centros urbanos são também influenciados pelo sistema capitalista. Como já vimos, a noção de território aqui utilizada pressupõe que os espaços são constituídos por fatores socioeconômicos, ambientais, políticos e culturais. A saúde deve ser considerada como algo

proveniente de um conjunto de práticas sociais, analisada de forma coletiva, a partir da construção comunitária.

"Em qualquer forma de organização social futura em que a humanidade mais rica do homem passa a expressar-se, uma das bases objetivas dessa riqueza será sempre dada pela possibilidade de cura das doenças, além do seu controle e além da diminuição do sofrimento individual provocado por elas. Entretanto, é muito diferente que a necessidade disso seja vivida como algo a ser satisfeito exclusivamente através do consumo individual, ou que, alternativamente, seja vivida como conjunto de práticas que, ultrapassando o consumo de um serviço, implica uma postura ativa e mediatamente social em relação ao andamento humano da vida." (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.367)

Considerar o território como elemento de análise de fenômenos coletivos é essencial quando se trata de espaços urbanos, dado que "morar em cidades implica necessariamente viver de forma coletiva" (ROLNIK, 1988, p.7) e que esses espaços muitas vezes são reprodutores das lógicas hegemônicas. Para que superemos essa desigualdade precisamos pensar em novas formas de planejamento, fundamentadas na descolonização, na despatriarcalização, na superação do racismo e no cuidado com o território (ACOSTA, 2016), *o bem viver* aposta na construção de relações de produção, intercâmbio e cooperação baseados na solidariedade, não na acumulação do capital ou na perseguição de um ideal de desenvolvimento, com o qual estamos acostumados. "Nosso mundo tem de ser recriado a partir do âmbito comunitário" (Idem, 2016, p. 26) e para isso é necessário compreender que a questão que enfrentamos é política e para tal não se pode esperar uma solução "técnica".

b. A reprodução de desigualdades a partir da organização espacial da cidade e do sistema de saúde

Primeiro, analisaremos o território enquanto espaço habitado, buscando compreender quais suas características físicas e ambientais que mais influenciam na circulação e no acesso dos profissionais de saúde e da população aos serviços de saúde, além de entender como a forma que a comunidade lida com a natureza influencia sua visão de mundo e seu comportamento em relação ao cuidado com o ambiente. Para isso, recorreremos ao pensamento decolonial, mais especificamente ao conceito do *bem viver*, o qual se baseia na vivência de povos indígenas andinos e amazônicos. Nesta perspectiva o ser humano é compreendido como parte constituinte da natureza, que vive em comunhão com outros seres e, portanto, se equipara a eles, não sendo mais importante, mais potente ou digno de dominar

outros povos se utilizando da natureza apenas enquanto recurso.

Esta forma de compreender o ser humano o aproxima de outros seres, tornando mais viável a construção de um mundo comum e coletivo, baseado na ideia da comunalidade e construído de forma igualitária, de acordo com as necessidades de cada um. Pensar no ACS, nesta construção, possui papel fundamental de articulador, de modo que tem um conhecimento profundo sobre sua área de atuação e consegue identificar necessidades e potencialidades da comunidade. Essa noção do profissional enquanto elo é muito comum, no entanto, esse papel é desempenhado com o objetivo de vincular a comunidade ao sistema de saúde e não o de facilitar a criação de vínculos entre os próprios moradores da comunidade, como poderia ocorrer considerando a importância das redes de apoio entre a própria população, para além do serviço de saúde. Essa possibilidade de vinculação dos indivíduos uns com os outros contribuiria para o serviço dos agentes, à medida que uma comunidade enraizada, com senso coletivo tende a cuidar mais do espaço em que habita e se preocupar mais com aqueles que pertencem ao grupo, através do cuidado coletivo.

Nas falas dos entrevistados, é possível perceber o quanto a visão deles sobre a cidade se altera a partir do momento que eles passam a circular por ela como profissionais da saúde, muitos deles inclusive afirmam que passaram a “conhecer mais o bairro depois de atuar como agente de saúde”, ou que “conheceu a população depois de trabalhar como ACS”. Ainda, afirmam que agora “são mais conhecidos” e têm “mais contatos”, o que chega a alterar suas rotinas e obrigar que saiam antes de casa pois sabem que serão parados na rua a caminho do trabalho. A ACS 1 chega a dizer que foi apenas com a “facilidade de acessar as pessoas, por estar perto, que teve noção do quanto a comunidade é carente, de quantas crianças são abandonadas pelas famílias, pelo Estado. Foi a partir do seu trabalho como ACS que ela sentiu que passou a ter a possibilidade de enxergar o espaço como um todo”. A partir dessa fala é possível identificar as aberturas que o trabalho na comunidade possibilita, inclusive para que o espaço possa ser visto não mais de maneira tão fragmentada, sendo apenas uma região habitada por indivíduos que possuem cada um a sua casa, os seus costumes, etc.

Buscaremos aqui, subsídio para a ideia de que fortalecer a construção conjunta de um território e cuidar da terra é também cuidar da saúde, à medida que considerar o cuidado com o outro e consigo de forma integral, é pensar não só no bem estar físico e orgânico, mas é também pensar no ambiente em que essas pessoas estão inseridas, na forma que elas se organizam e se reproduzem, nas estruturas que organizam a sociedade em que vivem, dentre outros aspectos. Pensar na clínica ampliada desta forma, portanto, é pensar em uma forma não colonizada de promover o cuidado, podendo estar aberto às demandas que vêm do outro. É

possível pensar nos ACS como profissionais que de fato colocam em prática essa forma de cuidar e promover saúde, dado que são eles que circulam pelo território, conhecem a população e guiam o seu trabalho de acordo com essas percepções que desenvolvem em seu fazer cotidiano.

De acordo com isso, é possível perceber uma enorme disparidade colocada pelos ACS no que diz respeito à organização do espaço urbano. Os bairros onde é percebida maior vulnerabilidade são classificados como bairros onde os ACS têm mais acesso e mais liberdade de atuação, justamente por serem bairros com maior demanda de saúde e com menos infraestrutura.

“A questão do saneamento básico, que eu percebi que não tem, o esgoto que ele cobram, vem na minha conta, na dos moradores próximos, mas não tem esgoto na região de fato. Tem a questão da escola, da proximidade do todo, porque tudo vem para o ACS, a gente recebe notificação do Conselho Tutelar, a gente recebe notificação do CRAS [...] A gente vê o todo, não é só questão de saúde, a gente vê a questão ao todo.” - L.

Ao questionar os profissionais acerca da infraestrutura da cidade, buscamos compreender o quanto a forma de organização dos espaços pode influenciar a circulação dos próprios agentes de saúde, reproduzindo uma lógica excludente, que retira a população mais vulnerável do centro (da cidade e do cuidado). Este questionamento possibilitou que os ACS contassem um pouco mais sobre as mudanças que têm percebido no território, considerando não só mudanças sociais e econômicas, mas também alterações no espaço urbano que refletem uma estrutura de poder que se reproduz no uso dos espaços e do território, um exemplo disso são as reformas das ruas, feitas somente na parte central da cidade, onde moram as pessoas importantes, como afirma uma das agentes de saúde no trecho citado acima.

Essa mudança realizada pela prefeitura na região central foi reafirmada ainda por outro ACS, A., que afirma a importância da revitalização dos espaços e da construção de novas opções de lugares onde as pessoas possam frequentar, como por exemplo o museu, o parque, etc.

“Essa última administração que teve aqui em Franco rolou muita obra, deu um boom no centro, deu uma melhorada em Franco em geral, eu não tenho nenhum partido e nem nada, é uma visão geral mesmo. [...] Tem toda uma cena cultural que está rolando, está tendo um

cuidado legal com a cidade e na questão do bairro acho que pode ter mais melhorias sim, de repente até pode ter mais uma UBS, porque a da Vila Josefina atende muita gente.”

No entanto, é necessário ter uma visão crítica dessas ações, lembrando que de modo geral os espaços públicos de qualidade acabam se concentrando quase sempre nas regiões centrais, onde há maior concentração de poder econômico e onde, no geral, as pessoas possuem condições de vida mais favorecidas, tendo assim menos demandas de saúde, como os profissionais mesmo reiteram.

É possível perceber ainda o quanto as características dos bairros influenciam na percepção de demandas por parte dos agentes de saúde, por exemplo, nos bairros onde a população é mais vulnerável é possível perceber maior demanda de trabalho dos agentes e maior pedido de assistência por parte da UBS. X, afirma que *“Se sente mais seguro até em bairros onde ele é melhor recebido, onde ele pode trabalhar mais. Esses lugares são onde as pessoas têm mais demanda, ao contrário dos lugares onde as pessoas têm mais convênio, que às vezes rejeita o cadastro e não é tão receptivo por não sentir tanta necessidade.”* em consonância com R., que também diz que *“[na] Rua Vitória, comunidade, pessoas usuárias, um lugar onde as pessoas a acolhem bem. Busca ir acompanhada por outra ACS, principalmente em lugares onde elas sentem mais perigo.”*

Tem-se, nessa organização territorial, um mecanismo de reprodução da lógica capitalista vigente, à medida que as pessoas com mais privilégio são novamente favorecidas, através da proximidade de equipamentos de saúde, da moradia no centro da cidade que permite amplo acesso aos espaços públicos, com ruas asfaltadas, saneamento básico garantido, etc. A análise dos espaços, em especial, do espaço urbano, nada mais é do que uma análise política e social também, à medida que é necessário superar “uma visão de espaço como plano cartesiano ou como página em branco, no sentido de incorporar a dimensão do social (LEFEBVRE, 1976) produzida por interações sociais, múltiplas e em contínua mudanças. O espaço é, então, uma dimensão constitutiva das políticas” (MASSEY, 2005 apud MARQUES, 2017, p.3), ainda pode-se dizer que analisar o território é analisar também as dimensões políticas do viver em sociedade, à medida que, de acordo com Marques (2017) as políticas do urbano traçam trajetórias no espaço e “nesse caso o ‘onde’ define o ‘quem’, beneficiando grupos localizados que se empoderam pela espacialização própria da política, gerando mecanismos de retornos crescentes ainda mais fortes do que em políticas não espacializadas” (p.8). Pensar na disposição dos equipamentos de saúde, é pensar também nas lógicas de organização do espaço urbano, de maneira que organizar a atenção básica sendo

guiada pelo princípio da equidade requer que as necessidades de saúde da população e dos territórios sejam consideradas como prioridade. Um exemplo disso pode ser encontrado na fala dos ACS quando eles propõem que sejam construídas mais UBS nas regiões mais vulneráveis, uma vez que são nesses locais que as demandas mais aparecem e que os profissionais sentem maior autonomia no trabalho *“Deveria ter mais UBS, pois essa UBS atende uma área muito grande. Mais agentes de saúde também.”* A.

A fala de A. reafirma também a necessidade de um sistema com alta capilaridade, através do qual o acesso à saúde seja de todos, visando maior integração de determinadas populações não só ao sistema de saúde, mas à sociedade de maneira geral. Ao falar de populações marginalizadas é preciso pensar a margem de que estão essas pessoas, o que as coloca no lugar em que estão e quais são as maneiras possíveis de construir uma lógica menos excludente. Iniciando pela organização do ambiente urbano, é necessário descentralizar os equipamentos de saúde e educação, de forma que o acesso e a mobilidade seja garantido ao maior número de pessoas possível, evitando que o acesso daqueles que moram nas periferias e em bairros mais afastados seja difícil, com transportes coletivos ineficientes, tarifas altas e longos períodos de deslocamentos, como é o que acontece na maioria das metrópoles atualmente, provocando restrições à circulação de pessoas periféricas, que no geral são não brancas e provém de classes sociais mais baixas.

L. em sua fala traz a necessidade de uma educação que seja ampla e da instalação de serviços que promovam saúde e educação de maneiras diversas, como é o caso dos parques, clubes, etc.

“ Não tem grupos na comunidade, não tem igrejas, bem escola, eu acho que o que falta mais é escola, então eles tem que andar, sempre se deslocar de um bairro para o outro e para as crianças isso é distante, não tão distante, mas estamos falando de um bairro que só tem morro. [...] Falta escola, falta mais ginásio esportivo, mais centros educacionais que tem várias atividades para mulheres. [...] As crianças aqui não tem muito o que fazer, então eles ficam mais na rua, a gente vê que as mães trabalham muito, não têm esse olhar 24h na crianças e eu acho que tudo começa pela educação, para mudar a questão do bairro, mudar a cabeça das pessoas em questão de política, tem sim que começar pela educação”

Essa visão ampliada da saúde e a necessidade de construção de mais espaços onde todos possam frequentar é reafirmada por G. em sua fala, exposta a seguir

“Eu acho que poderia ter mais equipamentos de saúde, mais equipamentos de lazer,

principalmente, acho que mais equipamento de lazer seria bem legal. O parque que a gente tem é no centro, nem sempre é fácil de ir, quem tem carro fica mais fácil, mas quem depende de condução fica mais difícil por conta do deslocamento, por conta do valor também. Poderiam distribuir mais. [...] Poderia ter mais coisas que tira as pessoas da rua, porque quando você anda você vê muita gente que não tem muita perspectiva e fica lá. [...] Vier para gente que não tem muito dinheiro não é tão fácil, me dá uma sensação de vazio e não é justo também, as pessoas têm que viver com dignidade”

Considerando que o processo saúde-doença é um processo histórico, marcado por problemáticas estruturais reproduzidas em âmbito social e ainda, que não são apenas fenômenos físicos ou biológicos, mas também sócio-culturais, deve-se observar que as necessidades de saúde são compostas também por necessidades que vão para além do trabalho e de ações que visem superar a desigualdade, trata-se de subsistência, proteção, afeto, lazer, criação, identidade e liberdade (PAIM, 2008, p.166). Como traz Vaitsman (Idem, 2008) uma concepção de saúde ampliada deve pensar no indivíduo em sua singularidade, na relação com outros, na forma como este indivíduo se organiza tanto no trabalho quanto no lazer, ou na falta que tem dele. Esta ideia reforça a concepção de saúde proposta pelo campo da saúde coletiva, à medida que considera os determinantes sociais e as necessidades de cada indivíduo, considerando-o como produção de seu contexto histórico.

Essa concepção de saúde está retratada na fala dos ACS quando eles explicitam o quanto a infraestrutura da cidade influencia na organização social e econômica da população, reafirmando o quanto a garantia de necessidades básicas aparecem como aspectos que podem contribuir ou não para a promoção da saúde. Aspectos como moradia, educação, lazer e saneamento compõem a base para uma vida saudável. Ainda, a fala de outras duas ACS apontam o quanto a própria circulação dos profissionais da saúde é influenciada também por estes fatores estruturais, de forma que os bairros centrais onde há maior concentração de renda, são os que apresentam menor demanda e nos quais algumas ACS sentem mais segurança de circular. Tanto M. quando R. afirmam que essa área de atuação delas é muito tranquila e que sentem mais dificuldade de ir para bairros mais afastados, nos quais a população é mais “humilde”, onde há maior circulação de drogas e onde o acesso é mais complicado, por ser uma região de muito morro. Ao serem perguntadas se as características físicas dos bairros influenciam sua circulação, ela dizem

“Na minha área não é muito comunidade, na minha área é um pessoal mais tranquilo. Digo assim, que não tem muito agravante, como muito usuário de drogas, muita adolescente

gestante” - M.

“ Quando eu me sinto insegura, chamo outro ACS para ir junto comigo. Na minha área não acontece muito, é mais gente que eu conheço, mas tem áreas por perto que sim, é complicado.” - R.

Um fato que chama atenção é que os ACS que vivem nessas regiões de maior vulnerabilidade não demonstram insegurança em circular por esses espaços, pelo contrário, são justamente as pessoas que afirmam se sentir mais confortáveis nesses bairros, devido à alta receptividade e demanda expressa pela população. Esse é um exemplo da importância de fortalecer estratégias e vínculos dentro da própria comunidade, que é o que busca fazer a ESF através da imposição do pré-requisito que o ACS deve morar dentro de sua área de atuação, à medida que é justamente esse (re)conhecimento maior da comunidade e o vínculo que constituem por serem moradores que diferencia este profissional e o torna especialista no território.

Ter o ACS, então, como um profissional que além de vincular a comunidade com o sistema de saúde, consegue fortalecer esse vínculo dos moradores entre si, confere a este profissional uma potência transformadora muito grande, à medida que fortalecer o vínculo das pessoas com o lugar onde moram para que elas se sintam enraizadas e, assim, também responsáveis por aquele espaço pode ser uma das principais maneiras de fortalecer redes dentro da própria comunidade, de modo que a lógica da centralidade existente nas cidades possa ser quebrada. O modelo de cidade existente atualmente - o qual muitas vezes é reforçado pela localização dos serviços públicos na região central - é guiado pela lógica dos automóveis, no qual a classe média, majoritariamente branca, ganha maior autonomia e velocidade de circulação por ter fácil acesso a esses veículos, desprezando estratégias coletivas inclusive no transporte. “O pacto de vida e morte com os automóveis e o desprezo pelo transporte coletivo de massa, aliados ao modelo de cidade concentrador, impõem a imobilidade para o conjunto da sociedade” (ROLNIK, 2019), pensar em mobilidade é pensar em segregação, de forma que se faz necessário considerar essas especificidades territoriais ao pensarmos em novas maneiras de organizar o espaço urbano tendo em vista a promoção da saúde. Isso só é possível ao considerarmos a saúde de maneira ampliada, influenciada por toda a estrutura social, ambiental e política em que o indivíduo se insere, saber das condições de saneamento básico, moradia, conservação ambiental, poluição das águas é saber sobre determinantes do processo saúde-doença.

Cabe pensar no próprio exemplo de Franco da Rocha, cidade dormitório na qual grande parte da população trabalha em São Paulo e, portanto, tem que ficar horas no

transporte público, no trânsito, muitas vezes não conseguindo vivenciar a própria comunidade. Um dos ACS, A. diz de sua experiência enquanto um trabalhador de São Paulo que morava em Franco da Rocha e tinha que se deslocar para trabalhar todos os dias, ele conta que foi só ao virar Agente de Saúde que ele conseguiu de fato conhecer melhor a comunidade onde vive, passando a viver nela o dia todo. É possível perceber, ao longo da entrevista, o quanto essa mudança parece ter influenciado na visão que A. tem sobre a comunidade, à medida que ele vai contando de diversas ideias que sua equipe vêm tendo para fomentar atividades culturais na comunidade, como uma batalha de rimas que acontece embaixo de um viaduto e que ele e outro colega de equipe se interessaram, por acreditarem também que fomentar outros espaços para além daquilo que já existe no sistema de saúde pode ser uma iniciativa coerente com a ideia de uma clínica ampliada e de atenção integral, fomentada na rede de Atenção Básica.

“Porque é o seguinte, com essa coisa de você na correria, não dá para você realmente conversar com as pessoas, estou falando correria assim, de quem trabalha lá para São Paulo, estuda e tudo mais, não dá para você conversar e conhecer. Agora não, agora realmente eu estou na rua, estou conversando com as pessoas [...] eu estou falando muito do contato olho no olho, entendeu? O nosso trabalho é muito assim, sabe?” - A.

A vida assim, como descrita por A. chama atenção por diversos aspectos, tanto pela falta de tempo e de vivência na comunidade, que possivelmente provoca um descolamento em relação ao espaço habitado, dificultando a criação de laços tanto com o ambiente quanto com as outras pessoas que dele compartilham. Pensando então, que a participação da vida urbana é um dos pontos cruciais para a sobrevivência humana, como traz Gonçalves Filho (1998) ao dizer sobre a importância da experiência em comunidade para o processo de pertencimento e enraizamento, ele ressalta o quanto “a sobrevivência humana é profundamente dependente de possibilidades de participar da vida da cidade, da vida do trabalho e da vida de casa, como também é profundamente dependente da possibilidade de relacionamento com qualidades, com significados, com o interior das coisas; das pessoas, dos ambientes, das paisagens. (p.16)” trazendo a importância da participação na vida da cidade para a construção de vínculos e laços com o território. Essa discussão é muito presente na área da psicologia ambiental, que busca compreender como o socioambiente afeta o bem-estar dos indivíduos, utilizando-se de conceitos como enraizamento, percepção do espaço e do tempo, tendo o primeiro como sentido central a noção de identificação, pertencimento a algum lugar (TERKELLI, 1995).

Para além da identificação com a comunidade, outro aspecto importante do

enraizamento é a vinculação com o próprio espaço, que pode promover maior cuidado e sensação de pertencimento e apego a ele, alterando significativamente dinâmicas já pré-estabelecidas. É importante considerar a historicidade dos processos e a indissociabilidade da relação entre homem, natureza e trabalho, no qual “o homem aparece aí como produto e criador da natureza através do processo de trabalho, e como produto e criador do processo de trabalho através da natureza” (MENDES-GONÇALVES, 1998, 318) e, sendo assim, considerar que na relação entre pessoas e ambiente “o ambiente tanto determina a pessoa quanto é por ela determinado, ou, mais precisamente, que ambos constituem uma unidade de análise, não sendo possível separá-los (Altman & Rogoff, 1991 apud Svartman e Massola, 2016, p.295).

Partindo desse pressuposto, considera-se aqui o ambiente enquanto determinante do processo saúde-doença, portanto, as alterações ambientais e territoriais influenciam diretamente na promoção do bem estar e na situação de saúde das comunidades. Desta forma, reitera-se a importância de políticas territorializadas, bem como análises territorializadas de fenômenos de massa, como foi o caso da pandemia de COVID-19, por exemplo. Tomando como exemplo este caso, vale ressaltar como aspectos territoriais influenciaram o desenvolvimento da pandemia desde o começo até agora, seja devido à exploração ambiental e ao desequilíbrio ecológico, que possivelmente deram origem ao vírus, ou devido à forma que as características da cidade e de determinados territórios contribuíram para a reprodução de desigualdades, de forma que pessoas em maior situação de vulnerabilidade socioeconômica se expuseram muito mais durante este período. É necessário racializar a pandemia, assim como também é necessário fazê-lo com os territórios e as condições de saúde, dado que vivemos em uma sociedade na qual o pensamento hegemônico dominante é pautado em uma lógica capitalista, machista, racista, de acumulação do capital e exploração da natureza enquanto recurso infinito.

Retomando a ideia do pensamento decolonial e da proposta do *bem viver* podemos dizer que a forma que a saúde coletiva propõe pensar, a partir de uma análise sócio histórica dos determinantes do processo saúde-doença, está em consonância com uma proposta que “se apresenta como uma oportunidade para construir coletivamente uma nova forma de vida [...] o Bem Viver é, essencialmente, um processo proveniente da matriz comunitária de povos que vivem em harmonia com a Natureza” (ACOSTA, 2016, p.24), retrata princípios e ideias de povos marginalizados, de diversas nacionalidades indígenas que vêm resistindo ao processo de colonização que já dura há muito tempo. Novas propostas devem ser criadas a partir da construção comunitária, da vivência coletiva dos espaços, de cidades mais integradas e

descentralizadas, que sejam compartilhadas por todos, uma integração de diversos núcleos comunitários bem entrosados e consolidados, na qual seja possível promover saúde no dia a dia, através de diversos âmbitos. Tais sociedades tratariam não mais de sujeitos segmentados, definidos por doenças ou condições já pré-estabelecidas, mas sim de coletivos, de modos de estar e compreender o mundo mais harmônicos e, enfim, saudáveis.

“Em questão de centro, aqui é muito bom, em oito anos mudou muita coisa, tem o Parque do Juquery, tem um espaço legal e cultural, tem o parque, a área de lazer, mas tudo isso centralizado no centro. Está ótimo, já teve um avanço lá, só que agora ele tem que expandir isso para os bairros, porque assim, para mim falta muito incentivo para a molecada. Sinto falta da escola da família no final de semana, na minha época era uma coisa muito presente, reunia muitas crianças que iam jogar bola, ia conhecer as coisas, é uma coisa que muda a infância de muita criança. Agora eu não vejo mais isso.” - X.

Na fala de alguns ACS, como X. é possível perceber o quanto a lógica de organização das cidades, ainda muito centralizadas, contribuem para a reprodução de desigualdades, excluindo as periferias de muitas possibilidades, como o acesso a museus e centros esportivos. Nota-se que alguns territórios não recebem investimento por serem compostos de pessoas e corpos que servem apenas como mão de obra, mas que não têm direito pleno à saúde e outras necessidades básicas. L., conta que em algumas regiões que atende a população nem tem esgoto encanado, mas ainda assim paga por ele, porque a prefeitura não se interessa pela justiça, mas sim pelo dinheiro, pela exploração de povos já em situação de vulnerabilidade. Diante de situações assim, não se pode negar a existência de um colonialismo interno no Brasil, mecanismo este que torna as periferias produtoras de matéria prima, fonte de mão de obra, como se pode perceber em Franco da Rocha, cidade que concentra grande parte dos trabalhadores de serviços essenciais da capital.

A proposta do *bem viver*, explicita essa lógica de exploração colonial, originária, além de trazer a centralidade para a questão da natureza enquanto fonte de recurso esgotável, que deve ser cuidada e preservada. Focaliza-se como a comercialização dos recursos naturais na época da colonização auxiliou na construção de uma lógica econômica baseada na exploração de alguns territórios, a qual reproduz relações de poder vigentes que pregam uma noção de desenvolvimento centrada na dominação de alguns povos e nacionalidades. Trataremos agora, então, da influência do modelo econômico e do modo de produção vigente nas ações de saúde e do território, pensando como essas lógicas influenciam no fazer cotidiano dos profissionais de saúde e na própria forma de gestão e organização do SUS.

c. A organização política da vida urbana e suas reverberações no sistema de saúde

Chegamos então ao nosso terceiro eixo de análise, o qual busca analisar como a dimensão política da vida urbana e da organização do sistema de saúde contribui para a reprodução de desigualdades ou para uma nova forma de organização vigente, considerando o planejamento das cidades e a implementação de novas políticas como elementos centrais que influenciam o acesso à saúde.

A concepção da saúde coletiva que traz os determinantes sociais como ponto central de análise do processo saúde doença, implica uma noção de saúde e sociedade pautada nas relações políticas, dado que são as formas de organização territorial e social que moldam as relações. As políticas criam e alteram os espaços urbanos (MARQUES, 2017, p.3), à medida que o cotidiano da cidade é organizado através dela. Rolnik (1988) afirma que “desde sua origem cidade significa, ao mesmo tempo, uma maneira de organizar o território e uma relação política”, sendo o espaço urbano definido por um conjunto de fluxos, distâncias e relações que dão sentido ao coletivo e operam sobre ele a todos os momentos. A forma de organização urbana e o aspecto político desta organização, assim como o econômico e o ambiental, estão envolvidas neste mecanismo de produção e reprodução social que é a cidade. Sendo assim, analisar tais componentes é propor uma análise integral de determinantes sociais que afetam a vida daqueles que habitam o espaço.

Ao considerar aspectos políticos na promoção da saúde e na manutenção de lógicas que tenham como objetivo a redução das desigualdades e a diminuição do abismo existente entre a classe média alta e as periferias, é preciso dar centralidade às ações dos ACS, que aparecem como importantes agentes políticos, sendo responsáveis pela mediação entre Estado e usuários do serviço (LOTTA, 2010, p. 253). , à medida que “os ACS conseguem levar serviços de saúde para os domicílios dos usuários e conseguem fazer o Estado estar presente” (LOTTA, 2010, p.254). O trabalho destes profissionais, os torna especialistas no território, característica essencial para a organização das práticas de saúde quando se trata de um sistema de saúde regido por princípios como a equidade, integralidade e universalidade. Administrar e governar demandam um recorte territorial, uma redefinição de espaços em relação aos quais se constroem identidades, bem como entender a implicação dos recortes territoriais feitos, além de como estes envolvem diversos atores (MARQUES, 2003).

A identificação dos agentes de saúde com a comunidade à que pertencem, permite maior mobilidade a eles, bem como maior permeabilidade das políticas, de modo que a implementação destas baseia-se em processos de negociação, barganhas e alterações, moldando-se a valores e interesses do público envolvido (LOTTA, 2010). A importância da

atuação destes profissionais é reafirmada ao pensarmos no conceito de discricionariedade, o qual envolve a liberdade para tomar decisões dentro de um conjunto de regra já pré estabelecido e parece ser fundamental para a promoção da equidade, dado que são os profissionais que circulam pelo território aqueles que detêm maior conhecimento sobre ele e, portanto, os que melhor conseguem identificar as necessidades da comunidade e promover ações de saúde que estejam de acordo.

No entanto, ao mesmo tempo que esses profissionais conseguem perceber as particularidades e necessidades de cada indivíduo e território, a forma de organização e a sobrecarga característica do sistema de saúde, não permite que os indivíduos sejam tratados a partir de suas particularidades, o que faz com que suas identidades, vivências e necessidades acabem sendo traduzidas em números e cadastros. Os indivíduos são retirados do núcleo de planejamento do cuidado, de modo que as ações passam a ser planejadas de acordo com número e cadastros impessoais, que desconsideram a historicidades dos indivíduos, deixando de lado uma visão de saúde ampliada e retornando à cura e aos tratamentos biomédicos, em busca da cura e da produtividade. Reitera-se então, a importância de um sistema de saúde que não seja organizado a partir de lógicas de produção, mas sim a partir de uma lógica comunitária, que tenha como objetivo dar conta das especificidades de cada contexto e que valorize a importância do território e dos ACS. Tal proposta está de acordo com o que propõe Acosta (2016) ao defender iniciativas comunitárias, fundamentadas em práticas de comércio local, economia solidária, no exercício da democracia e da cidadania, as quais constituem o *bem viver* em “um bem público, com um grande poder integrador, tanto intelectual como político” (ACOSTA, 2016, p.171).

“as transições propõem a revalorização das identidades culturais e o critério autônomo das populações locais, a interação e integração entre movimentos populares e a incorporação econômica e social dos povos, que devem deixar seu papel passivo no uso de bens e serviços coletivos e converter-se em propulsores autônomos dos serviços de saúde, educação, transporte, etc.” (Idem)

Reafirmar essa necessidade de construção local e comunitária é reafirmar também a importância da territorialização nos processos de saúde, dado que existem “relações estreitas entre o nosso padrão de produção dos espaços urbanos, as condições de vida dele advindas” (MARQUES, 2003, p. 705). A própria Política Nacional de Promoção da Saúde traz em seu documento a importância de promover o desenvolvimento sustentável, a partir do apoio de iniciativas estaduais e locais, do fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais, do apoio ao envolvimento de esferas não-governamentais e do reconhecimento do território

através de metodologias que permitam uma análise integral (demográfica, política, social, cultural, etc) deste como instrumento de organização dos serviços de saúde (Brasil, 2018, p. 38).

A integralidade enquanto diretriz do SUS propõe uma assistência à saúde que considera o indivíduo dentro de um contexto social e cultural, transcendendo práticas curativas. Esta quebra é fundamental para a saúde coletiva, que também propõe análises multidimensionais e transdisciplinares para as práticas de saúde, pautadas no conceito de determinação social das doenças e no materialismo histórico como fundamento epistemológico desta análise. Essa visão integrada do mundo e do conhecimento também está de acordo com a proposta decolonial, da construção do conhecimento a partir da participação comunitária e da transversalidade do conhecimento, Fanon (1968) explicita em sua obra algumas diferenças entre o mundo dos colonizados e dos colonizadores, definindo este segundo como um mundo compartimentalizado, segmentado, no qual se classificam pessoas e coisas sob a influência de um regime econômico e social que visa a acumulação de riquezas e a distinção social entre indivíduos. O autor propõe então uma distensão da forma de análise marxista, defendendo a consideração de aspectos raciais junto aos econômicos, o autor afirma

“nas colônias a infraestrutura econômica é igualmente uma superestrutura. A causa é consequência: o indivíduo é rico porque é branco, é branco porque é rico. É por isso que as análises marxistas devem ser sempre ligeiramente distendidas cada vez que abordamos o problema colonial.” (FANON, 1968, p.29)

Reitera-se, assim, a necessidade de analisar o processo de colonização e descolonização como fenômeno multidimensional, que afeta a inserção e participação de uma população que foi racialmente marginalizada, tendo que ocupar lugares mais precários, com menos acesso à infraestrutura básica. Não à toa “o desemprego ou a carência de serviços de educação ou saúde os atingem com muito mais força” (ACOSTA, 2016, p.147) e esta população acaba demandando mais atenção dos próprios ACS, como foi possível perceber nas entrevistas. Esta segregação é percebida com muita facilidade quando analisamos a grande demanda de saúde presente em territórios periféricos, majoritariamente compostos pela população negra, como é o caso do município de Franco da Rocha.

As falas de três entrevistados reiteram que a relação com o posto de saúde é um reflexo das demandas do território devido a suas condições sócio-econômicas. É neste sentido que L afirma “*Os bairros mais carentes são os que mais procuram o posto, os mais nobres não procuram porque a maioria das pessoas tem plano de saúde (...) Áreas mais carentes têm mais demanda, mais famílias na pobreza, mais grávidas*”. R., em consonância com a L. frisa que a “*população mais carente precisa mais do posto*”.

Nota-se que nessas regiões com alta demanda nem sempre a população têm suas necessidades básicas supridas, e ainda que alguns destes locais sejam hoje dotados de água, luz e equipamentos públicos, eles “ainda são marcados por precariedades - presentes na má qualidade dos serviços públicos, na escassez de urbanismo, na falta dos artefatos urbanos ainda por fazer ou obter - e por um estigma territorial persistente” (ROLNIK, 2019, p.266). É possível dizer que configura-se uma nova geografia da pobreza e da vulnerabilidade social, o que certamente afeta a condição de saúde da população. Ao analisarmos o município, também é possível reparar na maneira que o relevo de morros faz com que alguns agentes de saúde tenham maior dificuldade de acessar determinadas áreas, influenciando assim, no vínculo que a comunidade estabelece com as profissionais e, por conseguinte, com o próprio serviço de saúde. Alguns ACS citam o quanto o relevo da cidade torna o trabalho cansativo, fazendo com que alguns agentes não circulem por toda sua área de atuação. Ambas, *M.* e *R.*, frisam em sua fala o quanto a falta de auxílios por parte da administração prejudica o trabalho no que diz respeito à circulação pelo território e ao acesso a determinados bairros.

“Poderia facilitar ter o passe livre para ir até a área de trabalho, mas a diretoria não liga” - R.
“Sensação de liberdade em ir pra rua, mas cansaço devido à quantidade de morros na cidade” M

Essa percepção evidencia o quanto o modelo neoliberal guia a organização dos serviços, transformando tudo em bens de consumo e propondo um modelo de sucesso específico, que se dá através do domínio das melhores técnicas e serviços. O bem-estar e a saúde passam, então, a ser aquisições individuais, “a consciência da necessidade do serviço individual de assistência, vivida praticamente como coisa que adquirida na maior quantidade possível resultará na ‘maior’ - não seria lógico dizer ‘melhor’ neste contexto - saúde possível para o adquirente, e só para ele, é solidária da má consciência diante da antinomia que necessariamente então se põe” (MENDES-GONÇALVES, 2017, p.367). Esta lógica neoliberal de organização, que domina os mesmos os serviços de saúde, aparece como produto de um “modelo desenvolvimentista e socialmente perverso, que resultou na consolidação de uma das sociedades mais desiguais do mundo, em que a maioria da população não têm atendidas necessidades básicas” (ROLNIK, 2019, p. 267).

Lógicas hegemônicas de funcionamento e dominação são reproduzidas no território, à medida que populações marginalizadas, já em maior situação de vulnerabilidade acabam sendo mal assistidas, devido à superlotação dos equipamentos de saúde e ao subfinanciamento do sistema. Os interesses econômicos que regem o mercado e as políticas e reproduzem lógicas de dominação e exploração social são pautados em formas de pensamento dominantes

- capitalistas, racistas, coloniais e patriarcais - que desconsideram as riquezas e as particularidades dos territórios, buscando impor um determinado modelo de saúde, hegemônico. Tem-se assim, que a única forma de quebrar essa lógica perversa, é a partir do fortalecimento de redes comunitárias, de análises coletivas que propõem soluções de acordo com cada região e suas necessidades. Essas iniciativas coletivas, de modo geral, acabam surgindo a partir da periferia, de povos que já há tempos resistem e defendem outras formas de entender e estar no mundo, a própria ideia do *bem viver* surge como uma proposta periférica que se constitui “sobretudo a partir de baixo e a partir de dentro, com lógicas democráticas de enraizamento comunitário” (ACOSTA, 2016, p. 74). De maneira análoga, Fanon (1968) também traz a importância da luta política que é travada por aqueles que são excluídos da cidade, citando a força das massas e a importância do espaço urbano para a mobilização política dos trabalhadores, a partir da criação de sindicatos que aparece como “um novo elemento de pressão sobre o colonialismo” (1968, p.100).

Quanto maior a participação popular e mais democrático o processo de tomada de decisão, maiores as chances de construção de um sistema de saúde que consiga abarcar diferentes populações e necessidades, por isso tamanha importância é dada para a participação social no SUS. O princípio de universalidade que o rege, determina que todos tenham acesso ao sistema de saúde, no entanto, além de acessar é necessário que todos tenham suas necessidades supridas de acordo com aquilo que precisam, como enfatiza o segundo princípio, de equidade, junto a eles temos a noção de integralidade, a qual complementa os três princípios fundamentais do SUS, defendendo uma visão que vai além do corpo biológico e que considera aspectos sociais na análise dos determinantes do processo saúde-doença. Esta noção de saúde baseia-se na concepção de saúde defendida pela Saúde Coletiva, sobre a qual Jairnilson Paim disserta em sua obra (2008), nela o autor também trabalha com a concepção de saúde ampliada, a qual considera não só as relações de classe, mas também outros fatores como gênero, cor, idade, etc. (PAIM, 2008, p. 166). Ele também defende que “o entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica, permitia alargar os horizontes de análise e intervenção sobre a realidade.” (Idem, p.165), trazendo novamente a importância de análises multidimensionais. Essa necessidade é evidenciada na fala de uma das ACS quando perguntada sobre o que significa saúde para ela.

“Na minha concepção saúde tem a ver com bem-estar físico, mental e espiritual. É algo básico que precisamos para viver e conviver em sociedade. É algo que nos dá movimento. Algo tão básico, mas com um acesso, por vezes, tão difícil. Em uma sociedade onde temos

que trabalhar, trabalhar e trabalhar não somos bem vistos quando precisamos, simplesmente, parar para nos olharmos e nos cuidarmos, então vejo que saúde também tem a ver com a oportunidade de termos uma boa qualidade de tempo, que veria existir ao longo de toda a nossa vida” - G.

A territorialização dos processos de saúde está de acordo com estas proposições, à medida que a análise do território se dá em diferentes aspectos por sua composição acontecer de forma muito complexa. Propor um cuidado construído com bases nas formas de organização específicas do território - e não já pré-estabelecido a partir de formulações teóricas e burocráticas - é propor um cuidado não colonial, que não pressupõe necessidades, mas as analisa a partir de percepções e experiências daqueles profissionais que pertencem à comunidade e vivem o cotidiano daquele ambiente. Somente a partir da experiência é possível conhecer um território, bem como sua influência no processo saúde-doença e na estruturação da sociedade e das lógicas espaciais ali constituídas, por isso os ACS têm um papel central no processo de formulação de políticas. A circulação dos agentes de saúde em sua área de atuação contribuem imensamente para este processo, permitindo que os profissionais sejam “pontes, por estarem na fronteira entre seu grupo social e os grupos que conseguem conectar” (LOTTA, 2010, p.173). É essencial que o território seja de fato um aspecto central na prática dos profissionais de saúde e na organização da Atenção Básica, à medida que a própria política de promoção da saúde traz a importância da análise territorial e da consideração de aspectos de desenvolvimento sustentável, da organização de ambientes saudáveis e, principalmente, da articulação intersetorial.

Para que isso aconteça, “entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade” (PNPS, 2010, p. 15), são necessárias mudanças estruturais no sistema e na forma de organização social, bem como na lógica econômica que rege a sociedade, tendo em vista que o sistema de saúde da forma que é constituído submete-se à lógica capitalista vigente. É cobrada enorme produtividade, os ACS devem cadastrar, entregar números e resultados o tempo todo - muitas vezes se distanciando de suas funções no contato com a comunidade - dado que isso influencia diretamente no financiamento das UBS.

Durante as entrevistas, diversos agentes disseram que o mais importante para a gestão são os números, o que implica em um processo de precarização do trabalho, em detrimento da produtividade. Além disso, eles relatam uma desvalorização muito grande do trabalho dos ACS dentro do serviço, não sendo raras as vezes que são tidos como “quebra-galhos”, tendo que assumir funções que não os competem. Nesses relatos, percebemos o tamanho da

disparidade existente entre a forma que o sistema foi idealizado e como as práticas de saúde ocorrem de fato. Enquanto a legislação reafirma a importância dos ACS para a estruturação da AB e para a organização dos fluxos e serviços, na prática estes profissionais acabam assumindo mais uma função de morador da comunidade do que profissional da unidade, o que os invisibiliza e enfraquece. Não é possível negar que as mudanças políticas que aconteceram no país desde o período de efervescência democrática em que o SUS foi idealizado - na década 80 - até de ascensão de um governo de ideologia fascista como o atual, influenciaram muito no modo de funcionamento do sistema e na valorização de seus profissionais, dado que “a política cria e altera o espaço urbano ao influenciar a maneira pela qual os habitantes vivenciam o cotidiano da cidade. A implementação local das políticas sociais, por exemplo, gera fluxos espaciais de agentes públicos e usuários” (MARQUES,2018, p.3).

A legislação de que regulamenta o surgimento do PSF e a atuação dos ACS, bem como a que define as diretrizes e princípios do SUS exprimem um pensamento que está de acordo com a área da saúde coletiva e com a territorialização das ações, indo de encontro à Política Nacional de Promoção da Saúde. No entanto, estas muito diferem dos manuais vigentes que orientam as práticas dos agentes de saúde e dos gestores, que tomam o território apenas enquanto conceito organizador de outras ações, não considerando toda sua complexidade e as particularidades de cada região. As dificuldades de conciliação existentes entre o fazer político e prático confere aos ACS grande dualidade, à medida que eles representam o Estado e as políticas por ele implementadas, mas também fazem parte da comunidade, o que lhes confere um duplo pertencimento (LOTTA, 2010) Este papel que ocupam, de elo entre a comunidade e o serviço é tão importante quanto desafiador, dado que parecem existir diferenças substanciais entre as necessidades da comunidade e as necessidades do Estado e do sistema; a primeira geralmente está de acordo com o desenvolvimento local, o fortalecimento comunitário e a vivências do território, se exprimindo de modo mais coletivo; já a segunda parece voltada a ações mais individuais, guiadas pela produtividade, que seguem um modelo desenvolvimentista e são regidas pelo pensamento neoliberal. Saúde e bem estar parecem tornar-se bens de consumo, meras estatísticas que determinam ou não o sucesso da atenção.

As dificuldades enfrentadas por estes profissionais parece ser proporcional ao quanto a especificidade de suas funções é essencial para a integralidade dos serviços, à medida que estes profissionais têm como foco a promoção da saúde através de sua circulação pelo território, pautando-se em uma visão de saúde ampliada, multideterminada.

“por estarem inseridos na comunidade e criarem uma conexão com o Estado, os Agentes

Comunitários de Saúde garantem que as políticas de saúde não se restrinjam à ideia de saúde como cura de doenças, mas sim, que a promoção de saúde esteja ligada à promoção de ambientes e situações melhores para as pessoas” (LOTTA, 2010, p. 257)

Nos pautando nesta perspectiva de saúde, observamos a grande complexidade do processo saúde-doença, percebendo a necessidade de análises multidimensionais, pautadas na transdisciplinaridade, na multiprofissionalidade e na pluriculturalidade, dado que só assim seriam possíveis novas configurações e modelos de sociedade. Esta forma de análise leva em consideração o contexto histórico em que os indivíduos estão inseridos, considerando aspectos políticos, econômicos e sociais, o que é necessário dado que as práticas de saúde dos ACS estão intimamente ligadas ao território e que este reflete lógicas de funcionamento complexas, sobre as quais a Atenção Básica e o sistema de saúde se organizam.

Considerando as imensas desigualdades no contexto brasileiro, a construção de práticas e políticas que sejam direcionadas à equidade e ao combate a desigualdade só pode ser pensada a partir de estratégias de envolvimento comunitário e da participação ativa da população. “O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária” (Brasil, 2010, p.13), considerando o envolvimento de diferentes áreas do conhecimento na condição de saúde das comunidades, tem-se que a participação da própria comunidade no planejamento de ações e práticas de saúde é o que possibilita um contato mais próximo das situações que essa população experiencia. Dessa forma, dar mais centralidade aos ACS é também colocar a comunidade no centro das políticas, trazendo as necessidades da população para dentro do serviço de saúde, o que permite aos profissionais desenvolver ações e análises territorializadas que permitem maior contato com a área que atuam, ainda que grande parte de seu trabalho se concentre dentro do equipamento de saúde.

A maior proximidade dos indivíduos com o território têm um papel importante na formação de redes, na formação de opinião, nas percepções do território e no próprio processo de subjetivação da comunidade. “O espaço, assim como acontece com as instituições, produz ao mesmo tempo em que é produzido pela sociedade. Essa dialética é intrínseca, visto que o espaço é uma das dimensões da vida (e, portanto, da sociedade)” (MARQUES, 2018), por isso, cuidar dos espaços é também cuidar dos indivíduos, de modo que a saúde está intimamente ligada às lógicas do território, à forma com este se constitui e se reproduz. O fortalecimento de ações locais, de estratégias comunitárias e do cuidado coletivo está intimamente ligado com formas originárias de compreender o território, com a conexão com a

natureza e o cuidado dos espaços, de modo que fortalecer o enraizamento comunitário é promover o cuidado e a saúde integralmente.

Por fim, cabe ressaltar que um dos momentos em que a necessidade de territorialização em saúde ficou mais evidente foi durante a pandemia COVID-19, que teve início em março de 2020. Tivemos no Brasil uma das piores políticas de enfrentamento à pandemia, guiada por um presidente negacionista e pela enorme instabilidade do Ministério da Saúde. Tudo isso, ao considerar que temos um dos melhores sistemas de saúde pública do mundo, com enorme capilaridade e potencial de atender populações e demandas muito heterogêneas, parece incabível. No entanto, pudemos perceber uma série de erros na condução da pandemia que culminaram em mais de meio milhão de óbitos acumulados em um período de quase dois anos. A ausência da coordenação de ações por parte da Atenção Básica, promoveu uma centralização muito grande dada aos hospitais no combate à pandemia, tal ação está de acordo com uma visão de saúde hegemônica, que busca o tratamento e a ausência de doenças, em detrimento da promoção da saúde e da prevenção.

Durante todo este período foi possível ver governantes encontrarem soluções para o problema através de medidas imediatas de grande popularidade, que nem sempre são as mais efetivas, como por exemplo o aumento de leitos de UTI, ao invés do endurecimento de medidas sanitárias. Buscou-se tratar um problema que não é só sanitário, mas também econômico, social e ambiental, através de tratamentos médicos e biológicos, que não fortaleceram a intersetorialidade, nem contribuíram para a integralidade do cuidado. Lidar com uma doença para a qual não existe cura, escancarou o quanto esta lógica curativa, que busca sempre o tratamento e nunca a prevenção, não se sustenta. Pelo contrário, pode-se perceber que a falta de um pensamento integrado, que se preocupa com diversos aspectos da vida dos usuários e trabalhadores da sociedade prejudicou o enfrentamento à pandemia também através da falta de aderência da população a ações que poderiam contribuir para a prevenção do contágio.

A pandemia escancarou o quanto a preservação do meio ambiente, o enraizamento comunitário e a circulação pelas cidades e espaços públicos estão relacionadas ao bem estar e à saúde, de modo que o aumento de diagnósticos de saúde mental aumentou de forma expressiva, bem como a demanda por atendimentos psicológicos. Além disso, a falta de um monitoramento eficaz, que levasse em consideração as condições sociais, financeiras, de estrutura e habitação, fez com que as análises da pandemia fossem muito enviesadas, o que não permitiu o cuidado adequado à população mais afetada. O LabCidade (Laboratório Espaço Público e Direito à Cidade) da FAU-USP, publicou no início da pandemia um

mapeamento feito a partir da base de dados do Ministério da Saúde, em que era possível fazer um monitoramento adequado dos casos de COVID-19, através da localização dos infectados a partir do CEP. Isto permitiu que se fizesse uma análise territorializada da pandemia, na qual seria possível analisar condições de moradia e a distribuição da contaminação, uma vez que condições de habitação precárias foram relacionadas com maior probabilidade de contração da doença, devido à precariedade das condições sanitárias e muitas vezes, ao não suprimento das necessidades básicas.

Algumas estratégias territorializadas de enfrentamento à pandemia são citada como possíveis a partir dos mapas produzidos, essas estratégias têm como foco o fortalecimento de coletivos locais, dentre outras alternativas de abordagem coletiva, como é o caso da regulamentação do uso de transportes coletivos e outras ações relacionadas ao uso de espaços público

“o reforço da política dos agentes de saúde, articulados com organizações e coletivos locais que atuam no combate direto à pandemia com informações precisas dos casos por logradouro; repasse de recursos financeiros, logísticos e infraestrutura para organizações e coletivos locais, especialmente aqueles que já possuem um mapeamento das necessidades locais; regras especiais para diminuir o contato no comércio de uma determinada região; adequação dos percursos da mobilidade urbana nos locais com maior concentração de passageiros e próximos a focos de contaminação” (Marino et al, 2020)

Tomar atitudes de combate e contenção do contágio da pandemia, implica em agir a partir da ponta, em ações diretas com as comunidades, tendo como foco a atenção primária e a prevenção de doenças. Tais ações só poderiam acontecer a partir de um pensamento intersetorial, que levasse em consideração diferentes aspectos da vida e das necessidades da população. A forma que a pandemia foi conduzida explicita, assim, o enfraquecimento da atenção primária e o papel secundário que os territórios assumem no planejamento de ações de saúde, demonstrando o quanto são necessárias mudanças na forma com que os serviços se estruturam. Pensar a importância do território a partir do viés político, é pensar em maneiras de fortalecer o engajamento comunitário e a luta das bases, como engajar politicamente as massas de trabalhadores, como dar maior centralidade ao território e ao trabalho dos agentes de saúde, tudo isso sem desconsiderar que “a implementação de boas parte das políticas públicas tem como expectativa geral acesso universal em contexto de altas desigualdades e heterogeneidades, combinado com restrição de recursos” (LOTTA e COSTA, 2021, p. 76) e que esta experiência cotidiana dos ACS com as vivências comunitárias e com a escassez de recursos poderia ter nos auxiliado no enfrentamento de uma das situações mais críticas de toda a humanidade.

A valorização desta visão do todo que os ACS possuem através do contato pessoal e profissional com os usuários do sistema, bem como o fortalecimento de ações locais que visassem expandir o conhecimento sobre a doença e as formas de prevenção, seriam cruciais no combate mais efetivo à pandemia. Estratégias que colocam a comunidade no centro do cuidado não têm como objetivo apenas frear o contágio, mas também agir sobre outras consequências trazidas pelo distanciamento social, promovendo acolhimento e auxiliando as pessoas no combate à exaustão e outros transtornos relacionados à saúde mental que foram intensificados pela situação de urgência que vivenciamos. Durante as entrevistas com os ACS foi possível observar o quanto a dinâmica das visitas foi modificada, gerando maior afastamento dos profissionais em relação aos usuários, no entanto, ainda assim alguns agentes mostraram o quanto o contato mais íntimo, através do *whatsapp* permitiu que eles mantivessem o contato com a comunidade, conseguindo auxiliar em algumas questões ainda assim, principalmente no que diz respeito ao acesso à informação e até no combate às *fake news*, que afetaram muito a implementação de ações.

“A gente nem sabia de algumas demandas, mas foi coisa que a gente viu que pelo fato de não ter as visitas, prejudicou muita gente. [...] Na minha área a demanda de atendimento médico aumentou 100%, por conta de ter ficado suspenso.” - L.

“Na verdade a gente ficou muito mais restrito dentro da UBS, ajudando em outras coisas aqui. Mas no meu caso, como quase todo mundo tem meu whatsapp foi tranquilo, eu conseguia resolver. [...] Depois veio a cobrança dos números, os tais que a gente tem que ter os cartões do SUS, para os lá de cima que sempre querem números, isso afetou bastante. A gente tem que dar uma aceleradinha e correr atrás dos números.” - M.

“Ano passado a gente estava na conscientização na rua, a gente entregava máscara, andava com álcool em gel e tudo mais, entregava panfletos para conscientizar o pessoal do que estava rolando, porque as pessoas por não terem informação muitas vezes acaba, por não procurarem a informação certa. E você vê que as fake news interferem muito [...] as fake news acabam afetando muito e dificultando nosso trabalho.” - X.

7 - Conclusão

Considerando a indissociabilidade de aspectos políticos, econômicos, sociais e ambientais na análise dos processos de saúde e de ocupação dos espaços urbanos, fica nítida a importância de reconhecer o processo saúde-doença e o processo de urbanização como sócio-históricos, de modo que não se pode dissociar as análises territoriais ao pensar nas práticas de saúde. Essa ligação entre ambos os processos faz com que a compreensão da complexidade de diferentes territórios, a especificidade de suas culturas e o reconhecimento das necessidades inerentes a cada comunidade tornem-se aspectos essenciais a serem considerados no planejamento de ações para a promoção da saúde.

A complexidade dessas análises e processos de subjetivação e organização está explicitada na elaboração das políticas e na própria idealização do SUS, que surge em um contexto de virada democrática, com princípios que visam promover a universalidade, integralidade e equidade, contribuindo para a superação de desigualdades e iniquidades. No entanto, desde o princípio foi possível perceber inúmeras contradições e necessidades distintas na forma como o sistema se estruturou, o que se torna ainda mais controverso considerando as mudanças governamentais e as novas políticas implementadas a posteriori, que nem sempre estão de acordo com os princípios e diretrizes do sistema. O que torna as ações em saúde ainda mais complexas do que já são, que passam a ser influenciadas não só por diferentes concepções e visões, mas também por ações que caminham em direções muitas vezes opostas.

Percebe-se então a necessidade de lutar contra políticas neoliberais que impõem o desenvolvimentismo e a produtividade acima do bem estar dos trabalhadores e da necessidade de práticas territorializadas, que consideram as comunidade locais e preconizam a elaboração o planejamento de ações que estejam de acordo com as demandas, um cuidado construído em conjunto. Tal visão é defendida pela saúde coletiva, que considera a saúde para além do bem estar físico e biológico, ressaltando a importância do olhar para a saúde a partir de outros aspectos, como o desenvolvimento sustentável, o planejamento urbano, a luta por direitos e segurança. Cabe à área da saúde, então, auxiliar na articulação de ações intersetoriais, a partir de uma visão de saúde que serve de base para a estruturação do SUS. No entanto, essas ações não parecem compatíveis com a lógica que domina o sistema atualmente, de modo que a construção dessas ações de acordo com as necessidades comunitárias só será possível a partir da luta por mudanças, que passa pela articulação de profissionais usuários e de todas e sociedade.

Cabe a essas mobilizações questionar as lógicas dominantes que organizam a forma de habitação e de convivência atualmente. Levamos conosco cotidianamente heranças coloniais, reproduzindo lógicas opressoras, machistas, racistas, normativas, impostas pelo longo processo de dominação vivido no Brasil e em outros países do Sul Global. Questionar essas formas hegemônicas e dar centralidade a outros tipo de conhecimento se faz necessário para que seja possível caminhar em direção à solução de problemas que há muito tempo se apresentam. No âmbito das práticas de saúde, na organização do sistema e na coordenação da atenção básica, é necessário dar mais centralidade aos profissionais que realmente vivem e conhecem a comunidade, como foi proposto pela estratégia de saúde da família quando de sua idealização. Valorizar os ACS dentro da UBS é valorizar o território, formas não colonizadas

de construir o cuidado e o conhecimento, que não propõem o conhecimento a priori, que não se rende à dominação da técnica e do saber científico, mas também dá espaço ao saber prático, às vivências e experiências de indivíduos que estão no território.

Essa forma de agir, no entanto, deve ser contra hegemônica, mas também libertadora, de forma que permita ao profissional autonomia sobre seu próprio fazer. Vale ressaltar a importância da formação política e comunitária neste processo, à medida que é também característica marcante da forma de produção capitalista a alienação dos trabalhadores do próprio processo de trabalho. Pode-se perceber a influência dessa formação política mais engajada no fazer dos profissionais durante a entrevista com os ACS, as profissionais que demonstraram maior engajamento com questões políticas e sociais foram as que mais criticaram o modo de organização do sistema de saúde. Apontando a necessidade de alterações na lógica vigente e grande vontade de se engajar nessas mudanças, além de uma visão ampliada para a saúde e para a importância do trabalho dos agentes de saúde.

Sendo assim, faz-se necessário incentivar o pensamento crítico e o engajamento político na formação dos agentes de saúde, mais do que ressaltar a importância de uma formação especializada que contribui para uma visão muito compartimentalizada do mundo e da saúde. A busca pela valorização de outros saberes vai de encontro a concepções originárias defendidas por povos indígenas, como é o caso do *bem viver*, que propõe uma visão de mundo mais integrada, baseada na conexão com a terra e nos saberes ancestrais, provenientes de organizações coletivas e do maior contato com a natureza. Percebe-se assim a consonância existente entre o pensamento decolonial e a proposta da saúde coletiva, à medida que ambas nascem a partir de um movimento latino americano que contraria a visão eurocêntrica do mundo e do conhecimento, bem como o pensamento higienista adotado pela saúde pública - focada no tratamento e na cura, em detrimento da promoção e prevenção.

O cuidado com a natureza, a formulação de propostas a partir das vivências e experiências do território e a necessidade de reorganização dos espaços urbanos, através do planejamento contra-hegemônico caminham nesta mesma direção, defendendo outros modos de pensar e construir saber. Assim como o sistema de saúde, a cidade e as lógicas que se estabelecem nos espaços urbanos também reproduzem desigualdades e iniquidades, moldando políticas habitacionais, mobilidade urbana que contribuem para a segregação de populações em maior situação de vulnerabilidade, que de modo geral se concentram em regiões mais periféricas, com menos recursos.

Não é à toa que os dados demonstram que esses bairros são aqueles percebidos como os mais demandantes pelo agentes de saúde. Ao mesmo tempo, também são as regiões mais

receptivas, que oferecem aos profissionais maior abertura para o planejamento de ações que buscam reduzir as desigualdades. Esta forma de agir e perceber o território fortalece a construção de redes locais e vínculos comunitários, com o objetivo de permitir a essas populações maior autonomia em relação à sua própria saúde e a formas possíveis de inserção na sociedade e no sistema econômico, busca-se empoderar esses indivíduos, garantindo condições básicas e necessárias para que eles possam construir formas de viver e estar no mundo que façam mais sentido e sejam, assim, mais saudáveis. Colocar o indivíduo no centro do cuidado significa ouvir suas demandas e moldar o conhecimento adquirido previamente à situação específica, de modo que exista uma construção conjunta que permite aos usuários pensar sobre suas formas de ocupar o espaço, de lidar com o meio ambiente e cumprir determinadas funções.

Fortalecer a comunidade, a produção local e o desenvolvimento através de ações coletivas é agir de acordo com as potencialidades e necessidades do território e da população, questionando lógicas hegemônicas que visam o lucro e a acumulação de capital. Pensar no bem estar e na saúde coletiva não é possível sem antes pensar em formas de questionar e quebrar com essas lógicas impostas, é necessário pensar de forma crítica e agir de forma política, tendo ciência dos processos e das particularidades que permeiam as ações e a organização social. É necessário considerar os determinantes sociais no processo saúde-doença, à medida que todos estamos situados em um processo sócio-histórico. Falar das nossas formas de habitação, saneamento básico, direito à moradia, meio ambiente, planejamento urbano, rede de apoio e autonomia é falar sobre saúde. Portanto, a defesa do SUS e a promoção da saúde só será possível a partir do fortalecimento comunitário, de ações intersetoriais e de movimentos de base, da mobilização das periferias e das massas em favor de mudanças estruturais na sociedade - na forma de organização social, econômica, política e ambiental - as quais podem ressoar a todo o sistema de saúde e a outros âmbitos através dos agentes de saúde, lhes tornando o elo central da organização dessas ações.

Por fim, cabe ressaltar a necessidade do agente de saúde ser para a atenção básica o que esta se propõe a ser para o sistema de saúde, coordenadora das ações e práticas em saúde, pois só assim será possível construir uma saúde coletiva de acordo com as necessidades e demandas do território e de todas suas particularidades. Essa é a única alternativa possível a todos os processos de destruição que estamos vivenciando - do meio ambiente, de populações vulneráveis, de possibilidades de existir de outros modos, etc. - a única possibilidade de construção de um mundo realmente saudável, sustentável, mais justo e menos desigual, onde todos tenham acesso a direitos básicos, como já deveria ser há muito tempo.

Referências

ACOSTA, A. **O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos**. São Paulo: Editora Elefante, 2016.

ALMEIDA FILHO N. e PAIM J. S. 1999. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. **Cadernos Médicos Sociales**, n. 75:5-30. *apud* CAMPOS, Gastão W. D. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Saúde Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, SP, v.5, p. 219-230, 2000.

Altman, I., & Rogoff, B. (1991). World views in psychology: Trait, interactional, organismic and transactional perspectives. In D. D. Stokols & I. Altman (Orgs.), **Handbook of environmental psychology** (pp. 7-40). Nova Iorque: Wiley. *apud* MASSOLA, Gustavo Martineli; SVARTMAN, Bernardo Parodi. Enraizamento, tempo e participação na Psicologia Ambiental. **Estudos de Psicologia (Natal)**. Natal, 2018. v. 23, n. 3, p. 293-305.

ANDRADE, L. O. O.; BEZERRA, R. C. e BARRETO, I. C. H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Rev. de Adm. Públ.**, Vol. 39, n.2, p. 327-349, 2005 *apud* MILANESI, Pedro V. B. **Caminhos e possibilidades de ação do psicólogo junto aos agentes comunitários de saúde: uma compreensão fenomenológica**. 2017. Dissertação (doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.

AYRES, José R. & SANTOS Liliana. **Saúde, Sociedade e História**. São Paulo-Porto Alegre: Hucitec Editora; Rede Unida, 2017

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Disponível em: [Lei nº 11.350 \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, Gastão W. D. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Saúde Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, SP, v.5, p. 219-230, 2000.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10(4), 975-986, 2005 *apud* GONDIM, Grácia M. M.; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2009.

DUARTE, Ligia S. **Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014)**. 2016. Dissertação (doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

FANON, F. **Os Condenados da Terra**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A., 1968.

GONDIM, Grácia M. M.; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em [Territorialização em Saúde \(fiocruz.br\)](http://Territorializacao-em-Saude(fiocruz.br)). Acesso em 28 outubro 2021.

GONÇALVES FILHO, José Moura. A memória da casa e a memória dos outros. **TRAVESSIA - revista do migrante**. São Paulo, 1998. n. 32, p. 17-24.

GONÇALVES, Ricardo B. M. Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: **Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades**. 1992. p. 53-53.

63

GONÇALVES, M. V. **Viver a Cidade, Morrer na Cidade**. 2020. LabCidade - Laboratório de Espaço Público e Direito à Cidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: [Viver a Cidade, Morrer na Cidade - LabCidade \(usp.br\)](http://Viver-a-Cidade,Morrer-na-Cidade-LabCidade(usp.br)). Acesso em: 05 janeiro 2022.

LEFEBVRE, Henri. (1976), Espacio y politica. Barcelona, Península *apud* MARQUES, Eduardo Cesar Leão. Em busca de um objeto esquecido: A política e as políticas do urbano no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, 2017. v. 32.

LOTTA, Gabriela S. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família**. 2010. Dissertação (doutorado) - Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LOTTA, Gabriela; COSTA, Maria Izabel Sanches. Uso de categorizações políticas e sociais na implementação de políticas: contribuições teóricas e analíticas. **Revista de Sociologia e Política**. São Paulo, 2021. v. 28.

MARINO, A. **Para combater a covid-19, é preciso entender exatamente onde ela está.** 2020. LabCidade - Laboratório de Espaço Público e Direito à Cidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: [Para combater a covid-19, é preciso entender exatamente onde ela está - LabCidade \(usp.br\)](#). Acesso em: 20 dezembro 2021.

MARQUES, Eduardo Cesar Leão. Em busca de um objeto esquecido: A política e as políticas do urbano no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** São Paulo, 2017. v. 32.

MARQUES, E. Como estudar as políticas do urbano. In: MARQUES, E. **As políticas do urbano em São Paulo.** São Paulo: SciELO-Editora, 2018, p.13-43.

Massey, Doreen. (2005), For space. Nova York, Sage *apud* MARQUES, Eduardo Cesar Leão. Em busca de um objeto esquecido: A política e as políticas do urbano no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** São Paulo, 2017. v. 32.

MASSOLA, Gustavo Martineli; SVARTMAN, Bernardo Parodi. Enraizamento, tempo e participação na Psicologia Ambiental. **Estudos de Psicologia (Natal).** Natal, 2018. v. 23, n. 3, p. 293-305.

MILANESI, Pedro V. B. **Caminhos e possibilidades de ação do psicólogo junto aos agentes comunitários de saúde: uma compreensão fenomenológica.** 2017. Dissertação (doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

NAJAR, Alberto L.; MARQUES, Eduardo C.. A sociologia urbana, os modelos de análise da metrópole e a saúde coletiva: uma contribuição para o caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva,** São Paulo, SP, v. 8, p. 703-712, 2003.

PAIM, Jairnilson S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão crítica.** Editora Fiocruz, 2008.

ROLNIK, R. **Guerra dos lugares: a colonização da terra e da moradia na era das finanças.** São Paulo: Boitempo Editorial, 2017.

ROLNIK R. O que é cidade? In: ROLNIK R. **O que é cidade?** São Paulo: Editora Brasiliense – Série Primeiros Passos, 1988. 84 pg.

SANTOS, Milton. O retorno do território. **OSAL: Observatorio Social de América Latina,** Buenos Aires, v.6 n.16, jun. 2005. Disponível em: [OSAL 16 \(clacso.org.ar\)](#). Acesso em: 01 novembro 2021.

SANTOS, Milton. **O espaço da cidadania e outras reflexões** / Milton Santos; organizado por Elisiane da Silva; Gervásio Rodrigo Neves; Liana Bach Martins – Porto Alegre:

Fundação Ulysses Guimarães, 2011.

SOUZA, M. A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: Ana Maria Girotti Sperandio. (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. 1ª ed. Campinas: IPES Editorial, v. 2, p. 57-77, 2004. *apud* GONDIM, Grácia M. M.; MONKEN, Maurício. **Territorialização em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, 2009.

TAVARES, M. C. & FIORE, J. L. **(Des)ajuste global e modernização conservadora**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

Terkenli, T. S. (1995). Home as a Region. **Geographical Review**, 85(3), 324-334. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/215276> *apud* MASSOLA, Gustavo Martineli; SVARTMAN, Bernardo Parodi. Enraizamento, tempo e participação na Psicologia Ambiental. **Estudos de Psicologia (Natal)**. Natal, 2018. v. 23, n. 3, p. 293-305.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para a sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, S. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 139-156. *apud* PAIM, Jairnilson S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão crítica**. Editora Fiocruz, 2008.

VIANA, Nildo; SOARES, Cassia B.; CAMPOS, Célia M. S. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: SOARES, Cassia B.; CAMPOS, Célia M. S. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole, 2013. p. 107-142.

Anexo 1

Entrevista do	Gênero	Raça/Cor	Idade	Orientação Sexual	Tempo no Bairro	Associação ou Igreja?	Tempo como ACS	Relação com o território
L.	Feminino	Preta	31 anos	Hétero	28/29 anos	Não	5 anos	
A.	Masculino	Branco	42 anos	Hétero	30 e poucos anos	Umbandista, não participa de associação de moradores, mas conversa com lideranças, ativistas, trabalha no terreiro	2 anos e 5 meses	Cuida da área que cresceu, grande coincidência e missão que a vida deu. Mergulho no território e outra forma de conhecer o território a partir da vivência dos ACS. Agora conhece mesmo, sabe da realidade das pessoas, conversa com os moradores. Necessidade das pessoas de conversar e serem ouvidas.
G.	Feminino	Indígena	30 anos	Lésbica	30 anos	Não	5 anos	Sentimento de pertencimento
R.	Feminino	Parda	41 anos	Hétero	40 anos	Não	5 ano e meio	sensação de pertencimento
M.	Feminino	Parda	40 anos	Hétero	40 anos	Era testemunha de Jeová	5 anos	Sente pertencente, gosta de trabalhar
X.	Masculino	Preto	26	Hétero	14 anos	Não tem nenhum grupo comunitário na região	2 anos e alguns meses	Bem acolhido, trabalho maravilhoso principalmente onde já conhece. Confiança das pessoas da região por conhecerem ele e saberem que ele é ACS.

Por que virou ACS?	Dia típico como ACS	Influência de características pessoais	o que mais influencia?
Área da saúde, já tinha feito curso de auxiliar de enfermagem. Gosta de ter contato com os pacientes na rua, e impossibilidade de solucionar dentro da UBS, os pacientes são so números		Ser mulher influencia, tem sensibilidade diferenciada para algumas situações. Ser mulher, mãe solo, faz com que ela e atente mais a algumas situações. Pessoalmente e prefere trabalhar em lugares mais afastados, mais carentes, por se identificar mais com esse público.	o que mais influencia? o que mais influencia?
Concurso público sem nem saber o que era. Presente da vida. Vontade de começar logo e proximidade de uma Agente mais velha, mais próxima da comunidade. Encantamento pela proximidade dos pacientes, a possibilidade de cuidar. Muito feliz no que faz, ênfase no contato com pacientes.	Fica umas horas fio esperando as pessoas.	Não influencia a circulação, não percebe nenhum tipo de barreira. De forma geral algumas pessoas não são tão receptivas, não tratam muito bem. A grande maioria recebe muito bem, com carinho.	
Período de desemprego e oportunidade de concurso pela prefeitura, não sabia o que era o trabalho do ACS. Foi conhecendo a profissão a partir da prática.	Trabalho de campo, na rua, serviço domiciliar, de vez em quando faz o cadastro. Cobrança por cadastros. Preenchimento de fichas. Checagem de exame dos paciente. Trabalho que não é difícil, mas é cansativo.	Pessoal a conhecia pelo sobrenome, por conhecerem o pai dela. Influência total das características pessoais, resguardando em relação a sexualidade. No trabalho fora do posto ela se resguarda mais, por ser mais reservada e também por buscar se proteger, devido a suas características. Dificuldade de estabelecer vínculos ao perceber que lida com alguém mais preconceituoso.	
não sabia o que era, gosta do trabalho por ajudar as pessoas	Sei para consultas, acompanhamento de acamados, mas também outros trabalhos dentro da UBS, recepção, retirada de guia. Cansativo estar na rua	Não tem muita influência. Todos respeitados, trabalham da mesma maneira	Falta de benefícios, vontade de mudar de área
Não sabia o que era ACS, aceitou o trabalho por ser concursada e pela proximidade da casa. ACS por amor às pessoas, não pela profissão	Trabalho muito importante, primordial para a UBS por trazer os casos. Grande necessidade de cadastros para receber verba. Entrega de guias nas ruas.	Não tem influência de raça, cor, idade, nada. Influencia conhecer as pessoas, mas não outras características pessoais e influência do trabalho, de atender bem os pacientes, sempre ir atrás de suprir as necessidades, etc.	
Interesse pela área da saúde. Não sabia exatamente o que era o trabalho do ACS, mas viu uma possibilidade de entrar logo na área da saúde, podendo ajudar as pessoas, fazer algo a mais por elas, etc.	Antes da pandemia: café e ida para a rua, diálogo grande com os pacientes, principalmente os mais necessitados. Afastamento durante a pandemia, mudança no jeito de tratar o paciente. Dificuldade de dominar a área, devido ao afastamento das ruas.	Depende da área, na área dele não influencia muito, mas acredita que influencia mais pelas pessoas não identificarem que é um ACS. Receio das pessoas de abrir a porta para um desconhecido.	

Barreiras e facilitadores	Como é a circulação?	Influência da pandemia
A falta de médicos dificulta, a falta de estrutura devido ao governo. Faltam funcionários, nessa área está sem médico atualmente. Satisfatório é conseguir ajudar os pacientes, facilitar a burocracia, de fato ajudando a população, especialmente as mais carentes. A barreira e o facilitador que a proximidade dos pacientes e do bairro podem ser.	Igualmente pelas casas, a maioria é hipertenso e diabético (uns 80%). Vai mais pela demanda, quando os pacientes precisam ela vai, quando é solicitada.	As visitas diminuíram. Muitas coisas aconteceram com eles nesse período e agora, no retorno às visitas, é possível ver a falta que um acompanhamento mais próximo fez. Por exemplo um paciente que está quase em período terminal de hanseníase e os Agentes não tinham essa informação. A suspensão dos atendimentos médico causou grandes filas e agora superlotação nos atendimentos
Não tem nenhum problema de circulação nos bairros. Na favela o público solicita mais, pede mais coisas.	Prioridades nas pessoas que precisam. Gestantes, recém nascidos, acamados, domiciliados e outras pessoas que precisam muito de assistência. Passa mais nesses lugares, mas busca circular em todos os cantos. Deixa de ir em casas onde as pessoas não usam o serviço público. Ainda assim ele passa em todos os lugares.	Não parou nenhum dia na pandemia. Medo. Mudança em relação às visitas, que antes eram feitas dentro da casa de maneira muito mais íntima e passaram a ser só do portão.
Facilitador são os próprios ACS se ajudando. Troca de experiências. Barreira é a administração. Falta de respaldo, desvalorização. Enxergar o trabalho do ACS como algo importante também. Médico e enfermeira são importantes, ACS são "só" agentes. A ralé.	Atuação em bairros mais abastados, população não demanda tanto, consegue se cuidar mais. Atuação maior nos espaços da comunidade. Grande presença de hipertensão e diabetes. Muita entrega de pedidos médicos, sai muito da UBS por isso. Gosta de sair quando não está muito calor, gosta de ver as situações na rua, etc.	
Vontade de ajudar mais, mas a rede não funciona. Área azul da UBS sem médico, médico da UPA cobrindo. Sensação de liberdade em ir pra rua, mas cansaço devido à quantidade de morros.	Circulação em casas que precisam mais, acamados, gestantes, lactantes. Mas acaba circulando bastante por conta das guias, que são levadas.	Pandemia não permite que agentes entrem nas casas, mas o contato se mantém com os pacientes. Pausa nas visitas, de 2 a 3 meses.
As consultas dificultam o trabalho, porque a agenda do médico lota e não podem ser marcadas novas consultas. Poderia facilitar ter o passe livre para ir até a área de trabalho. ACS pedem o passe livre mas a diretora de saúde não liga.	Circulação igualmente, mas preferência a lugares onde ela sabe que as pessoas têm alguma demanda específica. Pessoas mais carentes requisitam mais os ACS.	Não afetou muito porque os pacientes tem o wpp dela. Afetou o trabalho ela ficar só na UBS, precisam ter números, precisaram correr atrás dos números e foram mais sobrados.

<p>Barreira é o contato mais próximo com o paciente, que torna o ACS mais familiarizado e afeta no vínculo, quando algo acontece com esse paciente. Facilitador é o tablet, porque ele facilita o acesso às informações e auxilia na melhora dos atendimentos de saúde.</p>	<p>Não dá para ter uma frequência igual em todos os lugares. Pacientes acamados, necessidade de atendimento semanal vs pacientes que estão melhores. Peso maior para aqueles que precisam de mais cuidados.</p>	<p>Maior distância física dos pacientes, ligada até à falta de conscientização do que é a pandemia. Impossibilidade dos ACS entrarem nas casas, influência desse contato mais próximo. A unidade desfalca devido a pandemia, divisão no trabalho na rua com trabalho dentro da UBS.</p>
---	---	---

Situação marcante vivida	Região em que é Agente	Relação com outras ACS
<p>Paciente que apanhava do marido, tinha prendido fios no teto pois pensava em se matar. Atualmente ela não consegue mais aproximação com essa mulher, porque o marido não trabalha mais fora e agora a ACS não tem acesso à família mais. Situação de uma criança que não comia há 3 dias, tinha medo do pai, que era usuário de drogas. As ACS acionaram o conselho tutelar mas a família acabou mudando de bairro e a UBS também não teve mais contato</p>	<p>Não atua exatamente onde mora, mas ao lado. Vila Bazu, vila Irma, vila Rosalina, companhia fazendo Belem</p>	
<p>Situação marcante logo nos primeiros dias, no segundo dia que estava trabalhando foi fazer uma visita com dois enfermeiros para verificar os sinais vitais de uma criança que acabou falecendo, com meningite. A perda de diversos pacientes devido a COVID.</p>	<p>Vila Josefina, onde atua e onde cresceu. Associação cultural. Casa de capoeira, mestre velho. Jardim Santa Filomena, Vila Josefina.</p>	

<p>ACS se unirem para dar uma cesta básica a uma família que não tinha condições de comer.</p>	<p>Atuação em um bairro diferente do seu. Atua no Jardim Cruzeiro, Vila Rosalina. Ela mora na Vila Josefina.</p>	<p>Vários encontros entre ACS, capacitações no começo. Reuniões na praça da saúde. Formação sobre doenças, para passar para os pacientes</p>
<p>Paciente veio a óbito em sua frente há 2 meses. Falta de preparo para lidar com a situação. Paciente com câncer terminal.</p>	<p>Trabalha onde reside, 10 a 15min da UBS. Vila Bazu, 5 ruas.</p>	<p>Costume de ir junto com outra ACS, vontade de ir juntas e descontração</p>
<p>Amiga com COVID foi internada, ficou um tempo, era ACS, mas não pode voltar para as atividades. Nunca recebeu nenhum auxílio da prefeitura. Afeta a relação com a administração porque poderia ter sido com ela. Desmotiva muito levar os números até a diretoria, ter que correr atrás do trabalho dessa mulher que não pode mais fazer o trabalho. Cobrança extrema.</p>	<p>Início da atuação no Jardim Cruzeiro. Pedido pelo vale transporte e mudança para Vila Rosa e Vila Olinda, onde mora. Rua Vitória é comunidade</p>	<p>Decisão de ir em dupla para lugares mais perigosos</p>
<p>Conscientização nas ruas no começo da pandemia, desespero de um homem contando do carregamento de máscaras que viria contaminado com o vírus. Descoberta do poder das fakenews, a dificuldade que elas causam no trabalho.</p>	<p>Não atua exatamente onde mora, mas ao lado. Vila Bazu, vila Irma, vila Rosalina, companhia fazendo Belem</p>	

Como define o trabalho? Tem autonomia? O que gosta?	Vivência e conhecimento sobre o bairro contribui?
<p>Desanimada com o trabalho de ACS, falta de reconhecimento. Falta recurso, valorização. Gostaria de reconhecimento por parte do governo federal e estadual. O ACS tendo papel muito importante em trazer os pacientes para a UBS. A importância só é dada para os números e os cadastros no sistema. É necessário produtividade. Influência dos mais médicos que acabou, a área da UBS sem médico. Muita cobrança e pouca assistência.</p>	<p>Facilidade de acessar as pessoas por estar perto, noção do quanto a comunidade é carente. Crianças abandonadas pelas famílias, pelo estado, dificuldade de encarar a realidade, que acaba sendo mais conhecida a partir do trabalho como ACS. Oportunidade de enxergar o espaço como um todo</p>
<p>ACS tem que ter paciência, gostar de ouvir e ajudar. É uma missão, não é uma coisa mecânica, tem que se dedicar. É necessário entrega. Trabalho de formiguinha, muitas vezes não é tão percebido pela comunidade. Aproximação, abertura para o outro. Confiança. Trabalhar fazendo o bem. Gosta por poder conversar com as pessoas, receber, cuidar. Fazer as pessoas se sentirem em casa, andar na rua e trazer as pessoas para a UBS, o braço para puxar a pessoa, acolhê-la. Autonomia para lidar com os pacientes, apoio de outros profissionais, da equipe.</p>	<p>Sai de casa antes porque sempre é parado na rua. Vivências contribuem, mas a experiência de ACS é nova, agora ele é mais conhecido, tem mais contato com as pessoas. "O cara do posto" é uma referência. Ser agente de saúde é ser uma ferramenta também, para as pessoas poderem procurar, para divulgar a informação.</p>
<p>Trabalho de formiguinha, sem muito recurso, muitas vezes busca os próprios recursos para poder atuar. Falta de valorização na profissão. Tapa buraco do setor administrativo. Tem autonomia em relação aos pacientes, à forma que é melhor trabalhar, mas sensação de estar amarrada à instituição, fazendo serviços burocráticos. Encaixar a rotina de trabalho nos serviços internos. Gostoso o contato com as pessoas.</p>	<p>Passou a conhecer mais o bairro depois de atuar como agente de saúde. Aproximação dos outros vizinhos. O conhecimento do bairro contribui para o trabalho, possibilidade de conhecer as particularidades das famílias e dos indivíduos. Ser conhecida na área facilita o trabalho.</p>
<p>Não é reconhecido o trabalho, muita cobrança e pouco reconhecimento. Vontade de receber insalubridade, passe livre, etc. Gosta das pessoas, de ajudar os pacientes. Autonomia com os pacientes</p>	<p>Mora 9 anos na área. Conheceu a população depois de trabalhar como ACS, vantagem. Conhecer a profissional, mas também invadir um pouco a privacidade. Relação gostosa com esses pacientes. Mistura de limites entre moradora e ACS</p>
<p>Não gosta do trabalho, mas se acostumou. Dificuldade no começo. O contato frequente com os pacientes, gosta dessa parte, gostava muito do contato com as pessoas de SP. Não gosta de ser muito quebra galho. Falta de reconhecimento! Verba dada aos médicos, ao invés dos ACS. Cobrança extrema</p>	<p>Fica mais fácil atuar como ACS conhecendo o bairro, já sendo conhecida pelas pessoas. As portas ficam mais abertas para os pacientes, facilidade na resolução de problemas. Conhecimento das pessoas. Conhece o bairro a partir da atuação como ACS</p>

<p>Trabalho que gosta, diálogo com pacientes. As vezes não tem qualidade boa de trabalho. Não é valorizado como deveria ser. Vontade de que o profissional fosse mais valorizado, por ser o elo mais forte do SUS, extrema importância. Dificuldade de ter que cobrir a companheira. Total autonomia em relação aos pacientes, acesso a enfermeira, à médica, etc. Grande envolvimento com os pacientes, diálogo próximo. Intimidade com os pacientes, contato muito próximo.</p>	<p>Conhecimento e vivências não afetam muito. Pacientes respeitam o horário de trabalho, as pessoas sabem respeitar. Surgem várias pessoas que conhece, as vezes atrapalha. Facilita o conhecimento do que acontece na área. Contribuição das pessoas nas ruas, facilidade de acesso as informações, as pessoas respeitam o momento de trabalho.</p>
---	--

Catcterísticas da Cidade	o que não pode faltar no mapa de FR?	Características da região onde atua
<p>Não tem saneamento básico, o esgoto é cobrado mas não existe o serviço. Investimento na cidade só onde moram as pessoas "importantes", pouca coisa chega até os bairros mais periféricos, apesar de ter sido asfaltados. Tem pouco mercado, é distante da escola, tem pouco acesso às coisas.</p>	<p>Não tem grupos da comunidade, não tem igreja, não tem escola. O acesso é difícil, é preciso se deslocar de um bairro para o outro em lugares que só tem morro. Deveria ser facilitado o acesso às escolas. Deveria ter mais ginásio esportivos, mais centros educacionais com atividades para mulheres. Isso geraria mais mobilização na comunidade. As crianças não têm o que fazer, ficam mais na rua. As mães trabalham muito, não conseguem olhar para os filhos o tempo todo. "Para mudança política tem que começar pela educação" O que o políticos querem é que as pessoas fiquem cada uma no seu canto, com outras formas de educação, escola, esporte, isso influenciaria bastante.</p>	<p>10 ruas, 5 no bairro mais carente e outras 5 no bairro melhor é onde mora.</p>
<p>A administração fez muitas obras, especialmente no centro de Franco. Todas as pessoas podem ir no parque, no museu, etc. Advento de outro centro cultural, de mais uma UBS. Nunca sentiu nenhum problema na circulação.</p>	<p>Deveria ter mais UBS, pois essa UBS atende uma área muito grande. Mias agentes de saúde também. A situação melhorando agora, independentemente dos partidos que estão no poder.</p>	<p>Atende uma favela e um bairro asfaltado. Na favela as pessoas são mais carentes de informação, de carinho</p>

<p>Influenciam totalmente. Em regiões com poder econômico maior ela sente mais segurança, em relação a ruas mais afastadas, mais humildes, onde há maior circulação de drogas, por exemplo.</p>	<p>Poderiam ter mais equipamentos de saúde, mais equipamentos de lazer, principalmente. O parque é no centro, nem sempre as pessoas têm fácil acesso, ela mesma não vai devido ao fato de ser longe. Mais biblioteca, coisas que tirassem as pessoas das ruas. Percepção de muitas pessoas na rua, que estão um pouco sem perspectiva. "Viver para gente que não tem muito dinheiro nem sempre é fácil, da uma sensação de vazio. As pessoas merecem viver com dignidade e esperança."</p>	<p>Bairro abastado, com menos pessoas carentes. Áreas mais carentes tem mais demanda, mais famílias na pobreza, mais gravidas</p>
<p>Insegurança de ir em algum lugar, vai junto com outro ACS. Conhece a região, sua área é muito tranquila, mas em outras áreas o acesso é mais complicado</p>	<p>UBS não pode faltar, nem escolas, são o mais importante. Vontade de ter um AME na cidade, para fazer mais exames para as mulheres, mais rápido, etc. Homens não passam em consultas. Homens só quando bem idosos, "coisa de homem".</p>	<p>Não é um bairro com pessoas carentes, tem mais pessoas idosas, mas não tem muita demanda. Muito idosos, muitas mortes dos pacientes na pandemia.</p>
<p>Rua Vitória, comunidade, pessoas usuárias, um lugar onde as pessoas a acolhem bem. Busca ir acompanhada por outra ACS, principalmente em lugares onde elas sentem mais perigo. A decisão parte das próprias ACS.</p>	<p>Tem parques, academia para os idosos, que ajudam bastante as pessoas. Problema da concentração dessas coisas no centro. Academia, parque, coisas que podiam ajudar mais a sociedade.</p>	<p>Não é muito comunidade, embora tenham comunidades perto. Pessoal mais tranquilo, sem tantas demandas, agravantes, como uso de drogas e adolescentes gestantes</p>

<p>Se sente mais seguro até em bairros onde ele é melhor recebido, onde ele pode trabalhar mais. Esse lugares são onde as pessoas tem mais demanda, ao contrário dos lugares onde as pessoas tem mais convênio, que as vezes rejeita o cadastro e não é tão receptivo por não sentir tanta necessidade.</p>	<p>O centro tem muita coisa, reforma do Juquery, mudanças na cidade que foram centralizadas no centro da cidade. Necessidade de ampliação de mudanças nos bairros, falta de incentivo pra molecada. Escola da família aos finais de semana (possibilidade de jogar bola em outras escolas, outros lugares, quando a escola ficava aberta e tinham várias atividades, principalmente esporte e atividades tecnológicas). Necessidade de abrir possibilidades para as crianças saírem das ruas. Incentivo a interação entre pares, conhecimento de outros lugares, ampliação da rede de suporte, etc.</p>	<p>Área de muita ladeira, alocação para substituir outra ACS. Pedago carente, pessoas mais necessitadas da UBS. Lugar onde costuma ir mais, super bem recebido, sentimento de maior possibilidade de atuação. Trabalho mais elaborado.</p>
---	---	--

Relação com os bairros mais e menos estruturados	Ponto mais marcantes/chamativo na entrevista.
<p>Os bairros mais carentes são os que mais procuram o posto, os mais nobres não procuram porque a maioria das pessoas tem plano de saúde</p>	<p>Identificação com as família mais carentes e as pessoas que atende. Facilita o acesso, principalmente a assuntos que as vees as mulheres nem comentariam com os médicos, por exemplo.</p>
<p>Atende uma favela e um bairro asfaltado</p>	<p>Valorização dos pontos de cultura e associações de bairro. Descolamento político.</p>

<p>Regiões mais carentes procuram mais, pessoas de bairros mais abastados acabam pedindo mais exames, coisas mais básicas. EM ambos os lugares ela é bem recebida, alguns poucos pacientes acabam não sendo muito receptivos.</p>	<p>A influência do pai militante, indígena. Vontade de se sentir acolhida também pelas pessoas, fortalecimento de vínculos com algumas famílias. Não foi uma pessoa aldeada, dificuldade de se reconhecer como indígena, pela falta de etnia. Lida pela sociedade como uma pessoa branca, autodeclaração por uma questão de facilidade. Vontade de poder dizer que é indígena. Pertencimento ao território, identificação com a "brasilidade". Dificuldade de lerem seu nome por uma falta de contato com as origens e a língua indígena, apagamento das tradições. Conexão com o trabalho de ACS, noção de comunidade, do que é de todas. No trabalho de agente também é assim.. união das pessoas, preocupação umas com as outras.</p>
<p>Relação com o posto muda de acordo com as necessidade. População mais carente precisa mais do posto.</p>	<p>Mulheres procuram mais as UBS, a maioria delas, as que tem convenio fazem o acompanhamento pelo convenio mas pegam o remedio no posto. Encontram mais mlheres nas visitas domiciliares.</p>
<p>Pouca demanda, sabe rápido devido ao fato das pessoas saberem seu whatsapp. Pessoas mais carentes pedem mais, tem menos estruturas, mães não levam filhos nas consultas, etc. Muitas vezes pedem mas não vêm.</p>	<p>Tem verba da prefeitura, mas muitas vezes não são chamados novas ACS e não são contratadas pessoas, a cobrança fica extrema em quem trabalha. Verba não é repassada. Números, números</p>
<p>Didática melhor nas áreas mais carentes, trabalho melhor. Ofefecimento maior onde as pessoas são mais encontradas. Lugares onde as pessoas não usam o SUS não são receptivos ao ACS. Muitas vezes essas pessoas nem são encontraram, pois saem para trabalhar.</p>	<p>A importância da identificação como ACS, o colete como um símbolo do trabalho. A relação próxima com os pacientes, bom e ruim. A falta de incentivo para crianças, fácil acesso a biqueiras. Concentração de crianças na praça, lugar muito pequeno, falta espaços para se divertir.</p>