

Imaginando o trabalho do agente comunitário de saúde: notas para uma discussão sobre território, saúde e cuidado

Imagining the work of community health workers: notes for a discussion on territory, health and care

Fernando José Ciello^{a,b}

 <http://orcid.org/0000-0001-8463-6150>

E-mail: fernando.ciello@ufr.br

Paulo Sérgio da Silva^c

 <http://orcid.org/0000-0003-2746-2531>

E-mail: paulosergio.silva@ufla.br

^aPrograma de Pós-graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

^bUniversidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil.

^cUniversidade Federal de Lavras, Lavras, MG, Brasil.

Resumo

O objetivo deste ensaio é apresentar reflexões sobre a tríade território-saúde-cuidado partindo da prática do/a agente comunitário de saúde, como contexto que permite visualizar a complexidade da relação. Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo produzido a partir da integração de saberes envolvendo a antropologia social e as ciências da saúde. Nesse sentido, destacamos três sessões reflexivas cujas notas propõem: em um primeiro momento, discutir sobre território e territorialização no contexto das práticas técnico-burocráticas do SUS; em seguida, discutir sobre a relação entre cuidado e medicalização, buscando pensar criticamente o processo saúde-enfermidade-atenção em correlação com o território; e, por fim, sobre o potencial do/a agente comunitário de saúde quanto ao manejo de significados e representações socioculturais na atenção prestada pelas unidades básicas de saúde. Apontamos que, mesmo a utilização de conceitos socioculturais de território demanda o reconhecimento da natureza intrinsecamente dinâmica das práticas de territorialização e que, o cuidado, igualmente, deve ser compreendido como forma de produzir e significar relações no mundo não exclusivamente relacionadas com saúde.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Território Sociocultural; Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Correspondência

Paulo Sérgio da Silva

E-mail: paulosergio.silva@ufla.br

Av. Capitão Ene Garcez, 2413. Aeroporto, Boa Vista, RR, Brasil.

CEP: 69310-000.

Abstract

The purpose of this essay is to present reflections on the territory-health-care triad, starting from the practice of community health agents as a context that allows us to visualize the complexity of this relationship. It is a theoretical-reflexive essay produced through the integration of knowledge from social anthropology and health sciences. In this sense, we highlight three reflective sessions whose notes propose: firstly, discussing territory and territorialization in the context of the technical-bureaucratic practices of the Unified Health System (SUS); secondly, discussing the relationship between care and medicalization, seeking to critically analyze the health-illness-care process in correlation with the territory; and finally, discussing the potential of community health agents in managing sociocultural meanings and representations in the care provided by primary health units. We emphasize that even the use of sociocultural concepts of territory requires recognition of the inherently dynamic nature of territorialization practices, and that care, equally, should be understood as a way of producing and signifying relationships in the world that are not exclusively related to health.

Keywords: Community Health Workers; Sociocultural Territory; Health, Primary Health Care.

Introdução

O presente ensaio resulta de diferentes contextos de atuação acadêmica e profissional na qual seus autores estão inseridos. Trata-se de uma construção a quatro mãos que toma a noção de “território” e “cuidado” como marcadores importantes nas práticas desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Nesse sentido, imaginar o processo de trabalho do/a ACS tem tomado notório lugar no Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Corpo e Saúde (GEPECS), e em níveis mais ampliados no âmbito dos Programas de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) e do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social (PPGANTS), ambos vinculados à Universidade Federal de Roraima.

Dessa forma, na condição de ensaístas, apresentamos a marca do encontro entre diferentes perspectivas, e da constatação da integração estabelecida entre a Enfermagem e a Antropologia como crucial para dar vazão à diversidade e à complexidade dos eventos que envolvem as práticas de cuidado no contexto da Atenção Básica (AB). A escolha pelo/a ACS como um nexos neste debate corresponde ao olhar que temos lançado ao binômio “território” e “cuidado” em suas nuances teóricas e epistemológicas.

Como já se sabe, o Sistema Único de Saúde (SUS) apoia-se em uma concepção de território mais arejada do que aquela que o identifica apenas como forma espacial ou geográfica. O reconhecimento de que comportamentos e perfis socioculturais-epidemiológicos se desenvolvem de modos diferentes em contextos distintos é um importante ganho para a prática de um sistema de saúde preocupado com a universalidade, a equidade e a integralidade; pois permite que a noção de saúde seja situada em um quadro mais amplo de referencialidades. Isto é, a discussão sobre território possibilita o reconhecimento de que práticas relacionadas com saúde e, portanto, também programas e políticas de saúde, quaisquer que sejam, terão diferentes expressões de acordo com os diferentes contextos em que ocorrem.

Ainda assim, no entanto, o próprio conceito de território pode conduzir a armadilhas na efetivação dos princípios doutrinários do SUS. A importância

da operacionalização da AB por meio da definição de territórios de abrangência já tem sido amplamente debatida na literatura especializada. Destacamos, de saída, a existência de um caráter pendular nessa operacionalização, ora entre uma noção de território como entidade burocrático-topográfica, ora como processo (Gondim et al., 2008).

A constatação de que dentro de um determinado território se efetivam relações complexas, em nível sociocultural, político, econômico, de saúde; bem como de que o território não se dá de modo exposto, mas que emerge como produto da ação humana, ainda não dá conta necessariamente da complexidade dos movimentos realizados pelos atores sociais. Mais do que buscar um modelo que consiga dar conta da totalidade dos fenômenos socioepidemiológicos, é importante ter em conta o extrapolemanto do humano com relação às práticas técnico-burocráticas e, portanto, com relação aos territórios imaginados no âmbito dos documentos oficiais, sobretudo quando somos convidados a pensar o protagonismo do/a ACS.

Seja em um mapeamento para o estudo da atuação dos/as ACS atuantes na AB, seja no desenho de pesquisas de campo envolvendo antropólogos/as e enfermeiros/as, tem se tornado crucial extrapolar o espaço dos territórios conforme descritos pelas instituições públicas de saúde. Frequentemente as práticas dos sujeitos os colocam em contato com diferentes instâncias, fazendo-os frequentar de diferentes maneiras os espaços de saúde. Nessa perspectiva, a ideia de indivíduo como sujeito da razão, centrado, dotado de identidade fixa, deu lugar a uma forma de sujeito mais aberta e instável no contexto da pós-modernidade demandando que também as instituições públicas passem a lidar com essa complexidade de movimentos (Hall, 2006).

É precisamente nestas linhas reflexivas preliminares que imaginamos a potência das ações protagonizadas pelo/a ACS e destacamos a necessidade de sua valorização no âmbito das práticas de territorialização do SUS. Reconhecemos que o/a ACS, por pertencer ao território, é considerado um ator social fundamental na aproximação da população com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Da maneira como entendemos, a figura do/a ACS é compreendida como ator social que possui maior estabelecimento de vínculos e capacidade de

identificar as demandas necessárias da população no interior dos territórios circunscritos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Brasil, 2018a).

Mais do que isso, se considerado dentro desta problemática mais ampla dos distintos processos de territorialização, o/a ACS pode revelar-se crucial para mobilizar dispositivos (in)formais de cuidado presentes no território, bem como as próprias redes de saúde, em direção a práticas mais atentas aos modos como os sujeitos circulam pelos lugares, e, quiçá, se entendida a importância deste diálogo mais aproximado com a população, para o próprio avanço do SUS.

A primeira sessão levanta discussões sobre a noção de território e de territorialização, resgatando sua polissemia, mas também a necessidade de que ela seja imaginada no âmbito de suas correlações com o extravasamento das práticas burocráticas de definição de território. Na segunda sessão, por sua vez, nos preocupamos com a relação entre cuidado e medicalização, buscando pensar criticamente o processo saúde/enfermidade/atenção em correlação com o território. Na última sessão, buscamos reunir discussões que apresentam o potencial do/a ACS de contribuir para o uso de significados e representações socioculturais na atenção prestada pelos serviços de saúde.

Assessões são intituladas “Notas Reflexivas”, por entendermos que ao problematizar a correlação entre saúde, território e cuidado nos embrenhamos em um terreno complexo, principalmente por estarmos sugerindo que tais vetores não estão tão claramente delimitados ou isolados nas situações sociais como se imaginaria. Assim, mais do que sessões onde se podem encontrar conceitos acabados, cada estação reúne apanhados teórico-reflexivos com objetivo de gradativamente apresentar a prática do/a ACS na relação estabelecida com a tríade território, saúde e cuidado.

Primeira nota reflexiva: processos de territorialização e a permanência do território

Refletir sobre o conceito de território em íntima relação com as práticas dos ACS é um trabalho complexo. São muitas as representações disponíveis nas diferentes abordagens desse aparentemente simples vocábulo, desde aquelas mais estáveis,

como nos apanhados políticos e institucionais sobre fronteiras e sobre a nação, até aquelas mais abertas, como as que se encontram debatidas, por exemplo, no âmbito do que se chama de filosofia da diferença (Deleuze; Guattari, 2011; Deleuze; Guattari, 2010).

Pensar a utilização da noção de território especialmente para o campo da saúde também representa difícil empreitada, dada a grande quantidade de debates já produzidos a esse respeito e em razão das grandes implicações que seu uso guarda para a (re)organização dos processos de saúde no SUS. No centro desse contexto gerencial e político, é necessário atentar-se às formas como o ACS representa o território em que habita e (des) envolve ações em saúde junto à comunidade.

Em outras palavras, mesmo que no contexto dos documentos técnicos da saúde a noção de território seja tensionada para produzir pressupostos operacionais mais atentos a conteúdos socioculturais; ainda permanecerão outras representações a seu respeito, pois toda política é também praticada em situações reais. É importante ter em conta, assim, que a delimitação de termos e conceitos nos textos dos cadernos de AB, dos manuais, das leis, dos projetos, não determina de modo inequívoco as interpretações e a circulação que esses conteúdos terão junto aos seus sujeitos e espaços de destino e atuação. A prática da territorialização no SUS, nesse sentido, convive com a multitude de representações para além daquela definida nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde.

A conceituação predominante de território nesse sentido por vezes ainda é aquela que repousa na ideia de espaço adscrito, físico, imutável, duradouro, restrito a uma área geográfica, que define com clareza hábitos, linguagens e comportamentos sociais no qual o ACS tem uma atuação específica junto às famílias. O desafio reflexivo apresentado está em superar esta representação engessada de território. Para isso, é necessário olhar para o ACS em sua integralidade, reconhecer as dimensões psicossociais que emergem na sua inter-relação com o dinâmico ambiente sócio-físico-cultural e (re)conhecer o desenvolvimento de suas ações comunitárias (Bezerra; Feitosa, 2018).

Segundo Barth (1998), a abordagem da variação cultural como um resultado da descontinuidade

territorial, isto é, de que as culturas variam de acordo com o grau de distanciamento entre elas, sempre marcadas por fronteiras bem definidas, resultou na produção do argumento de que cada agregado humano necessariamente constitui *uma* cultura, ocupa *um* território, demarca fronteiras fixas de modo não problemático, entre outros essencialismos. Conceber os grupos sociais como agregados de significado autocontido coloca uma infinidade de problemas, por exemplo, aos estudos das situações socioculturais em que se percebe, entre outras coisas, a permanência de fronteiras culturais mesmo em circunstâncias em que as fronteiras geográficas ou políticas talvez já não mais existam.

Os problemas que a noção de território faz emergir para a análise social são diversos, sobretudo quando olhamos para diferentes controvérsias e eventos críticos da vida contemporânea. Como se explicaria, por exemplo, a clareza com a qual sujeitos definem seus pertencimentos sociais, políticos, culturais, mesmo quando deixam de fazer parte do território geográfico ao qual eventualmente pertenceram, como nas situações de mobilidade humana que o mundo moderno tem enfrentado? Como se explicaria, ainda, a coexistência de tão distintas manifestações culturais mesmo internamente, em um único território político? A ideia de que um território, portanto, reúne um conjunto homogêneo de manifestações culturais é bastante problemática e merece atenção quando se coloca em pauta a figura do ACS.

Essas composições abrem espaços para dialogar com a atividade do ACS no território; sobretudo quando são afetados no cotidiano do trabalho com a falta de acesso às famílias representado pela limitação de visitas domiciliares (VD) no encontro de casas fechadas, precárias condições de infraestrutura do território, dificuldade na mobilização comunitária junto aos serviços de saúde e participação popular no SUS. Ao mesmo tempo, há que se reconhecer também no interior de suas práticas a expressão de sentimentos de amor, amizade, vínculo em relação às famílias e utilidade no acompanhamento do cuidado em saúde das pessoas no território (Bezerra; Feitosa, 2018).

Especificamente no campo da saúde tornou-se bem conhecida a utilização dos trabalhos de

Milton Santos (1998) para problematizar a noção de território. Em seus conceitos estão contidos os modos como as pessoas utilizam d(o) território, e não ele em si mesmo, como se fosse entidade dissociada dos agentes sociais. Decorre disso que adotar o território como conceito útil para a saúde envolve também assumir a dinâmica territorial, uma vez que, conforme sugere o autor, em um território ocorrerão sempre novos delineamentos e representações do espaço habitado, envolvendo sua funcionalidade, sua ocupação, as ações humanas possíveis, os sujeitos que o integram, entre outras questões.

A evocação de memórias autorais sobre a utilização do território pelo ACS abre passagem para reflexões inacabadas que considere os seus espaços e dispositivos como elementos integradores na dinâmica de cuidado. Nesse sentido, é útil considerar que para os ACS os igarapés, praças, hortas comunitárias, casas de ervas medicinais, floriculturas, escolas, centros de ensino de dança, igrejas, centros espíritas, casas de rezadeiras e benzedadeiras conformam um dinamismo no território útil para produção de cuidado em saúde.

Em consonância aos achados de natureza empírica realizados no contexto amazônico, percebemos nos encontros cotidianos e nas falas dos ACS a importância de outros atores sociais presentes nos espaços territoriais e que prestam cuidado. Esses, muitas vezes, estão mais próximos e mais acessíveis às pessoas, sendo mais bem aceitos do que o cuidado biomédico, que tem um modo formal e racional de pensar o saber-fazer saúde. As formas tradicionais de manutenção da vida são singulares e fazem parte do cotidiano das pessoas, que estão presentes no território. Também em nossas “andanças” pelos territórios com os ACS percebemos que as chamadas práticas tradicionais de cura se conformam de diferentes formas, tais como: “puxar”, massagem, chás, “garrafadas”, rezas, trazendo alívio aos “quebrantos” e aconchego às pessoas (Feichas; Schweickardt; Lima, 2019).

Diga-se que estes espaços, dispositivos e atores sociais são responsáveis em produzir um dinamismo territorial capturado e utilizado pelos ACS quando encontram com as pessoas e as famílias no rastreo de necessidades em saúde. Essas acepções sobre a dinâmica existencial do território são inferidas a

partir de experiências vivenciadas pelos autores em oficinas de produção de mapas falantes com os ACS nas UBS e de experimentações reais nos territórios durante atividades extensionistas na atenção básica no contexto do extremo norte do Brasil, Roraima, Boa Vista.

Em continuidade, outra discussão importante sobre território, diz respeito a sua expressão política para o espaço de um país, contrariando a ideia de que existe uma hierarquia entre espaço e território e que o território é uma categoria apolítica. O território não existe, assim, sem um processo de territorialização, de apropriação e de referencialidade com o espaço (Santos; Silveira, 2009). A redução do território ao conceito de espaço, portanto, é temerária para o campo da saúde, pois induz à compreensão do território como um mero recurso para a gestão administrativa ou para a gestão física dos espaços de saúde. Sendo assim, é necessário ampliar o uso do território não somente no sentido da delimitação de unidades e hierarquias de ação, mas também no sentido do seu potencial teórico para aprimorar a compreensão dos processos de saúde nele experienciados (Monken; Barcellos, 2005).

No contexto das práticas de territorialização do SUS, o território é enfatizado pela sua possibilidade de representação de questões sociopolíticas, onde se possa averiguar a interação entre a população e os serviços de saúde. Tais práticas são pensadas como processos ativos empregados pelo SUS na direção de constantemente reconhecer as “condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência” (Gondim *et al.*, 2008, p. 12).

Está claro que a territorialização, portanto, é uma prática central na efetivação das políticas do SUS e na conformação de práticas realizadas pelos ACS no âmbito da AB, mas indicamos que elas podem acabar funcionando, também, como reforçadoras do território como noção segundo a qual uma população ocupa certos lugares, com certos perfis socioculturais e epidemiológicos, obscurecendo a dimensão dinâmica da territorialidade e dos processos de territorialização.

De acordo com Merhy *et al.* (2019, p. 74), a mobilização do território configura, junto a outras categorias, um conjunto de valores e de forças que são capazes de agenciar subjetividades no contexto do sistema de saúde. Se presa a uma noção de

“território adscrito”, os grupos sociais passam a ser conhecidos também como lugares “físicos”, que podem ser conhecidos sem a participação efetiva do outro. Esse modo de visualização do território captura e agencia as subjetividades, condicionando-as a que respondam para apenas aquilo que o sistema é capaz de olhar. Como veremos mais adiante, a atuação mais próxima dos sujeitos pode revelar modos de movimento entre múltiplas representações sobre a vida, que podem ou não estar descritos nos rótulos do sistema de saúde sobre sua população adscrita.

Em complemento à prática da territorialização como uma forma de reconhecer as condições de saúde, entendemos, portanto, que seria necessário também investir na compreensão dos processos de territorialização como formas dinâmicas e afetivas por meio das quais as pessoas ocupam espaços, não somente no sentido geográfico, mas no sentido dos pertencimentos e das relações que constroem com os diferentes elementos constituidores de suas subjetividades.

Nessa lógica, importantes atributos dos ACS a ser destacados em nota teórica e reflexiva sobre o território diz respeito ao vínculo, acolhimento, respeito e o sentir-se responsável pelas famílias. O bom encontro com o outro, aqui ampliado para os espaços e dispositivos, aparecem, portanto, como grandes potencializadores da ação profissional e da vinculação com o território, capaz de promover uma implicação positiva com o trabalho e o território (Bezerra; Feitosa, 2018).

Isto é, adotar uma concepção de territorialização menos associada com sua dimensão física e espacial, e mais com os extravasamentos que decorrem desse processo de “habitar um lugar”. Não é suficiente reconhecer que os territórios estão em permanente construção se suas abordagens caminham mediante a cristalização de características entendidas como típicas para que possa agir o sistema de saúde. Apesar de a territorialização funcionar como uma forma de movimentar as práticas em saúde, tensionando as formas mais engessadas de território, o que salta também aos olhos são as ambiguidades e os desafios inerentes a esse modo de organização do processo de trabalho do ACS em torno da produção de cuidado. Isso abre passagem para entrarmos na

segunda nota que entrelaça reflexões sobre a tríade território-cuidado-vida.

Segunda nota reflexiva: território, cuidado e medicalização da vida

As questões que indicamos anteriormente podem ficar mais evidentes quando pensamos na dimensão do cuidado em saúde e defesa da vida. Se, por um lado, a territorialização é uma estratégia importante para fortalecer o contato do ACS com a população, por outro ela também busca potencializar os recursos utilizados pelos serviços de saúde, ampliando o número de pessoas atingidas por suas práticas. O território, igualmente, ainda que busque expressar uma dimensão sociopolítica das relações humanas em determinado espaço, também aparece no SUS como representação da complexa rede de unidades e divisões territoriais, que expressam distintos planos gerenciais e hierárquicos, bem como as diferentes responsabilidades distribuídas ao longo da rede básica de saúde (Gondim *et al.*, 2008).

Em boa parte dos documentos orientadores de práticas de saúde, quando se estuda sobre território e territorialização no SUS, os termos de ordem repousam nas ideias de “mapeamento” e de “delimitação”; “definição de áreas de abrangência” e “identificação de perfis”. A todo momento as práticas de territorialização caminham com a definição inequívoca de um espaço no qual poderão atuar as equipes de saúde, e, aqui, é lançado luz na atuação do ACS. Para nós é evidente que tais práticas contribuem para ampliar a oferta de serviços de saúde e garantir a equidade, a integralidade e a universalidade do SUS. Ao mesmo tempo, no entanto, chamamos atenção para a concepção implícita de cuidado que repousa aí e como ela também pode acabar contribuindo para a medicalização da vida social.

Isso ocorre porque muitas vezes o ACS, na sua atuação territorial, além de focar o controle de doenças na relação com as pessoas, é colocado diante de situações de vulnerabilidade e risco social, que podem desencadear uma condição de sofrimento ético-político e torná-lo passivo e indiferente às necessidades e subjetividades circulantes na sua realidade comunitária (Bezerra; Feitosa, 2018).

O fato é que a noção de cuidado que impera nas práticas da territorialização é aquela que compreende os sujeitos como correlações imediatas de seus territórios. Ainda que no bojo do reconhecimento das distinções dos territórios sociais e de sua natureza processual, frequentemente alguns desses contextos acabam sendo reificados em torno de categorias tais como “urbano”, “rural”, “líquido”, “vulnerável”, “pobre”, “inseguro” ou outras, o que acaba hipostasiando esses lugares como espaços homogêneos e replicáveis de relações. Isso resulta em uma atenção menor dos ACS aos próprios modos como representações de diferentes ordens circulam e como as subjetividades são multiplamente constituídas em referência também aos diferentes territórios ocupados pelas pessoas.

Nesse âmbito, podemos entender a definição dos territórios como formações discursivas, não totalmente dessemelhantes de outras práticas do campo biomédico, no sentido de que buscam estabelecer, com certo “conjunto de regras e de regularidades, determinadas no tempo e no espaço, as condições de exercício da função enunciativa” (Foucault, 2017, p. 144). Percebe-se, ainda, a insistência do paradigma técnico em concentrar no ACS uma visão hospitalocêntrica dominante desagregada da atenção sobre o ser humano e sua relação com o território. Isso faz emergir, do ponto de vista do cuidado, desafios para as práticas de cuidar por eles protagonizadas, a saber: padronização dos territórios, desconhecimento dos movimentos da vida comunitária e a microárea de atuação dos colegas da equipe; a ausência de articulação com outras políticas sociais como assistência social, educação, segurança e as redes informais do território como instituições religiosas e organizações não governamentais (Faria; Paiva, 2020).

Nesse entendimento, quando se define um determinado território sob a rubrica de “urbano”, “rural”, “vulnerável”, há um conjunto de comportamentos, discursos e práticas que se busca circunscrever, nomear e legitimar. O serviço de saúde aprende a esperar e a ver este perfil na população adscrita, e a população, por sua vez, é abordada e atendida sob o signo, enfim, da ruralidade, da urbanidade, da vulnerabilidade, entre outros. As práticas de cuidado que emergem daí, portanto,

acompanham esse processo de circunscrição. As práticas discursivas dos ACS engendram, por fim, também uma política de reconhecimento, que exclui aquilo que não é capaz de nomear e circunscrever.

Aqui, fazemos uma pausa para perguntar: seria então função do SUS tratar de todas as particularidades e especificidades da população? Talvez não se trate de separar a população entre tendências majoritárias ou minoritárias a todo o tempo, definindo um território pelas tendências mais regulares e aparentes. Mas tomar a diversidade como ponto de partida na produção de estratégias de territorialização e de cuidado; tomá-la desde o princípio como um nexo para compreender as formas de viver e os modos de cuidado.

O desafio é, sempre, compreender que os recursos sociais, humanos, políticos, ambientais, geográficos distribuídos pelo território compreendem tudo aquilo que pode vir a integrar as perspectivas únicas e singulares dos sujeitos. Mas que, também, os sujeitos habitam uma variedade de territórios na vida contemporânea, com os quais constroem sentidos e conferem significados às suas ações e que merecem atenção pelo ACS nas vivências territoriais.

Uma outra questão neste debate remete necessariamente aos (des)encontros estabelecidos entre antropologia médica/da saúde e epidemiologia. Podemos observar anteriormente o modo como o discurso do campo da saúde não deixa de se apoiar em concepções sociopolíticas. De maneira particular, o caso do encontro entre a antropologia médica e a epidemiologia expressa uma concordância em torno do caráter dinâmico do processo de saúde-enfermidade-atenção (Menéndez, 1998). Apesar dos diversos pontos de convergência existem, contudo, algumas dissonâncias importantes a serem consideradas, com relação principalmente à medicalização dos comportamentos e as representações sociais.

Em continuidade, Menéndez (1998, p. 74), exemplifica essa situação ao debater a categoria do “estilo de vida”. Ainda que a epidemiologia e a antropologia médica se apropriem da ideia de condições de vida como significativas para compreender os processos de saúde e doença, as duas utilizam esse arcabouço conceitual de modo distinto. Para uma – a antropologia –, o estilo de

vida apareceria como um conceito holístico, e para a outra – a epidemiologia –, o estilo de vida apareceria como “comportamentos de risco”.

Para a antropologia, o “estilo de vida” corresponderia a uma busca por compreender os diferentes níveis por meio dos quais se articulam as doenças (individual, coletivo, subjetivo, político, entre outros), buscando ver nos sujeitos-grupos-comunidades, expressões de processos sociais mais ampliados. Para a epidemiologia, por outro lado, o “estilo de vida” é esvaziado desse traço compreensivo, preferindo-se adotar a intervenção no nível do indivíduo e na causação biológica do agravo, tomando o sociopolítico apenas como acessório na descrição, sem qualquer correlação explícita com a doença.

Ainda ancorados em Menéndez (1998, p. 75), tomamos como exemplificação o hábito de fumar. Ele não pode ser separado das “condições globais em que o sujeito produz sua vida”, pois “é o contexto global que está em jogo através do estilo de vida”. Em estudo epidemiológico britânico, complementa o autor, fumantes homens de classe baixa têm maior risco de morrer, comparativamente aos homens de extratos superiores. Neste caso seria o pertencimento de classe o condicionante do hábito. No caso dos britânicos, como não é tão diferente de outros lugares no mundo, inclusive no Brasil, a convivência masculina em bares conforma um pertencimento social. A persistência do hábito está bem arranjada com um conjunto de significados que podem ser sondados nas condições de classe e de pertencimento. Tais hábitos “expressam a maneira de estar no mundo, a identidade cultural e a diferenciação social”.

Situação comparável pode ser encontrada no Brasil. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), a porcentagem de fumantes de tabaco a partir de 18 anos e que recebe renda de até 2 salários mínimos equivale a aproximadamente 83% da amostra. Destes, por volta de 32%, equivalente à maior porcentagem dentre as demais faixas salariais, percebem renda de 1/2 a 1 salário mínimo. Quanto aos que recebem entre 3 e mais de 5 salários mínimos, a porcentagem é de apenas 8%. Considerados em sua significação mais ampliada, esses dados podem sugerir que, também no Brasil, o corte de classe, ainda que o salário não seja o

único elemento a se considerar neste âmbito, é um condicionante importante quanto ao hábito do fumo de tabaco.

O que ocorre na esteira desses dados, no entanto, é a total desconsideração das estratégias de cuidado da população adscrita em termos dos significados atribuídos por exemplo, neste caso, ao fumo. É preciso considerar que todo grupo social utiliza critérios de prevenção e de cuidado diante dos padecimentos que lhes acometem, o que implica que há representações e práticas culturais associadas ao processo saúde-enfermidade-atenção nos grupos sociais. Ainda que reconheça tais representações, a epidemiologia tende a situá-las no lugar do risco, imaginando “as representações e práticas da população como fatores que incidem negativamente sobre sua saúde; as percebem como um saber basicamente a modificar” (Menéndez, 1998, p. 75).

Bom, considerar as representações das práticas de cuidado produzidas pelo ACS para além do lugar de “entrave” ao sistema de saúde é, portanto, essencial para produzir formas de cuidado à vida que efetivamente dialoguem com a pluralidade que emerge dos territórios. De acordo com Merhy *et al.* (2019, p. 75), ecoando essa mesma questão, os modos de viver nos territórios produzem, sim, sofrimentos, situações de má adaptação, decorrente de situações ambientais e econômicas, mas também produzem “potências e modos próprios de relações que precisam ser reconhecidos e trabalhados em sua singularidade. Singularidade que ‘as ações coletivas’, majoritariamente de educação e orientação, não conseguem contemplar”.

A compreensão rápida do termo territorialização pode levar, assim, à limitação dos serviços de saúde, sobretudo se sua atuação está pautada em definições já pré-concebidas (Monken; Gondim, 2008). Ademais, essa restrição poderá refletir na própria limitação dos ACS quanto às diferentes práticas presentes no território, dificultando a amplitude da práxis pulsátil em um lugar inabilitado de sua compreensão. Pois, se os serviços se encontram restringidos em determinada área, a aceitação da diversidade dos cuidados já presentes não será passível de adesão. Com esses pensamentos, incorporamos uma terceira nota em torno do processo de trabalho do/a ACS no contexto da AB, disposta a seguir.

Terceira nota reflexiva: imaginando o/a agente comunitário/a de saúde, AB e cuidado

Neste terceiro pilar reflexivo, estamos interessados/as em aprofundar os diálogos postos sobre o/a ACS, seu papel diante das noções de território e cuidado que ventilamos nas duas notas anteriores; bem como seu crucial protagonismo para o funcionamento da AB. Uma primeira nota deve ser feita, portanto, sobre o lugar que o/a ACS ocupa nas redes de assistência à saúde, começando pelo próprio funcionamento da AB, que é frequentemente considerada a porta preferencial de contato com os usuários, e o local de diálogo das redes de atenção (Amaral et al., 2021).

Digamos então que AB pode ser interpretada, no entanto, de diferentes maneiras: como um programa restrito aos serviços; como o nível de atenção responsável pelo primeiro contato com a população; ou ainda como um serviço abrangente, tomado como um contexto de produção de ações em saúde pública e serviços clínicos para toda a população (Giovanella; Mendonça, 2012).

A AB no sentido ampliado possui em sua composição atributos essenciais: longitudinalidade, integralidade e coordenação. Como resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com a saúde coletiva brasileira, identificam-se na própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) elementos que refletem na construção de uma AB orientada para as necessidades das famílias e comunidades a partir da oferta de serviços e ações necessários aos seus territórios (Brasil, 2017).

É na AB que estão situadas as UBS, consideradas o principal serviço da rede de assistência à saúde. Para que sejam ofertados cuidados na UBS, por sua vez, são necessárias estratégias que contemplem as necessidades da população do seu território, seja por meio da ESF ou da disposição de equipes da Atenção Básica (eAB). A ESF possui o papel de reorganizar o processo de trabalho da AB com vistas a solucionar a situação de saúde individual e coletiva nas especificidades e dinâmicas do território (Brasil, 2017).

Neste contexto está inserido como peça-chave o/a ACS, que se ocupa do desenvolvimento de atividades de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos no território, educação em saúde,

a partir da realização de VD periódicas. A utilização desse espaço tem por finalidade a estimulação participativa da população e a identificação de usuários capazes de fortalecer a integração com a equipe de saúde da UBS (Brasil, 2017). Além disso, o/a ACS é responsável por desenhar o mapa do território, o que auxilia a equipe no acompanhamento das famílias e fortalece a necessidade de sua atividade no íntimo contato com a população ali presente (Lima et al., 2021; Brasil, 2018b).

A VD é a central atividade do/a ACS, realizada no mínimo uma vez por mês de acordo com as necessidades das famílias no território de abrangência (Giovanella et al., 2021). A partir dela, o/a ACS identifica problemas de saúde e situações de vulnerabilidade, e por estarem em contato direto com o cotidiano das famílias nos territórios, são capazes de detectar variadas situações, exercendo um papel fundamental no acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde (Lima et al., 2021).

Em territórios remotos, a VD realizada pelos/as ACS se torna o único contato da população com os serviços de saúde. Sua realidade os insere em meio a diferentes demandas que permeiam questões não apenas familiares, mas também sociais, por vezes invisíveis ao serviço de saúde. Com efeito, a atuação do/a ACS por meio das visitas configura momentos de fortalecimento do vínculo nas relações e de valorização da saúde junto às famílias (Giovanella et al., 2021; Lima et al., 2021).

Este panorama da presença do/a ACS nos mostra não só a centralidade deste ator para a realização das atividades desempenhadas pela AB, mas também o alto grau de responsabilidade que é depositado em suas tarefas. Ele é amplamente reconhecido como um elo na articulação entre serviços, equipes de saúde, famílias, usuários e territórios.

O lugar do/a ACS é, de fato, muito especial, pois efetivamente pode mobilizar conceituações mais abrangentes sobre cuidado em saúde e, simultaneamente, também aspectos mais concretos e cotidianos do modo como a atenção em saúde e o cuidado são vividos pelas pessoas. O fato de que as atribuições do/a ACS seguem sendo tensionadas na direção de bem alimentar as redes de saúde com informações cada vez mais precisas sobre o território, inclusive provocando discussões sobre a necessidade de sua profissionalização e da

incorporação de novas atribuições (Brasil, 2006; Brasil, 2020; Mélo et al., 2021), parece sombrear, no entanto, um ponto central, e que está na agenda das políticas de saúde no Brasil desde seu princípio: a dificuldade do sistema em efetivamente dialogar com os usuários.

O que há, assim, de central no trabalho desempenhado pelo/a ACS, que motiva inclusive as reiteradas reflexões sobre seu papel, suas atividades, sua profissionalização? Mais do que seu trabalho, o que a existência da figura do/a ACS evidencia e coloca em pauta é a importância de um lugar para o diálogo com os usuários do SUS.

A ênfase nesse papel aglutinador do/a ACS, por assim dizer, expressa também uma urgência por novas formas de considerar e incluir os usuários no sistema de saúde, considerando que se trata precisamente de um sistema idealizado para pensar saúde de modo ampliado. Como comentamos anteriormente, tratar-se-ia de um lugar para viabilizar que a dimensão do usuário de fato possa vir a produzir algum impacto nos modos como se pensa o cuidado no contexto das UBS e nos espaços de controle social.

Além disso, consideramos que o papel do/a ACS deveria ser menos focado naquilo que ele consegue “coletar” sobre a população adscrita, e mais sobre os processos de compreensão sobre o território e os processos de territorialização dos sujeitos, de tal forma a ser continuada pela UBS. As atividades de educação em saúde e acolhimento que realiza por meio de VD contam, assim, como uma forma de representar o modelo de cuidado praticado e podem mesmo produzir vínculos duradouros entre usuários e unidades de saúde.

Mas é necessário que o/a ACS seja visto como um componente importante da rede que deve estar comprometida com a continuidade do atendimento e com o planejamento do cuidado de forma integrada à realidade territorial. O que ocorre, de outro lado, no entanto, é a dificuldade de reconhecimento, por parte dos serviços, de que as dimensões subjetivas integram igualmente as estratégias de produção de saúde pelas pessoas. É um engano imaginar que a saúde é terreno exclusivo do Estado ou do sistema de saúde. Essa incapacidade de diálogo e de reconhecimento do território como campo em que se processam múltiplas formas de vida reflete

na dificuldade de implementação dos saberes territoriais existentes nas práticas das unidades de saúde (Merhy *et al.*, 2019).

Ainda falando sobre o universo da AB e voltando a imaginar o trabalho do/a ACS como um nexo dentro de um conjunto de relações, cabe também pontuar as concepções de cuidado que emergem do uso feito com aquilo que é captado nas práticas de territorialização. Especialmente na ESF, de acordo com Merhy et al. (2019, p.75), verifica-se uma utilização dos dados como forma de culpabilizar as práticas de cuidado e as concepções de saúde que emergem dos sujeitos, tornando a territorialização totalmente avessa à sua proposta inicial de funcionar como metodologia de mediação e de conhecimento dos usuários do sistema.

Para a concretização de um lugar de efetiva escuta e diálogo, de potencialização das práticas de territorialização, cabe necessariamente refletir sobre o cuidado. Os achados de um estudo etnográfico sobre cuidado infantil podem iluminar um detalhe importante nesse sentido. Durante uma visita de campo, uma pesquisadora observa um momento de preparação da vó com sua neta, para ir à escola. Dentre os dilemas desse momento de preparar as crianças para saída de casa apresenta-se a situação de, como dizem as autoras, “dominar a natureza da neta”: A avó reconhece a neta como muito *retada*, resultado da personalidade do pai e do avô, e diz que a menina não aceita ser cuidada do jeito correto, ser penteada, pois ir para a escola com o cabelo solto expressaria uma natureza ruim. E reforça, dizendo: “A gente já não tem nada, então a gente não pode ser porco” (Bustamante; McCallum, 2014, p. 686).

O que é destacado a partir do relato é a correlação estreita entre projetos pessoais de construção da pessoa e as noções de cuidado. O que é oferecido para a neta está em consonância com o que a avó imagina como noção de pessoa, mediada por questões de classe e relações de poder (Bustamante; McCallum, 2014). Em toda circunstância em que acontece o cuidado, portanto, há concepções e valores implícitos de construção da pessoa, que são levados a cabo pelos sujeitos em suas relações. O cuidado, portanto, não é um fenômeno exclusivo do universo da saúde, mas também um modo de produzir e significar relações no mundo.

O reconhecimento dessa natureza do cuidado é central para a produção de um vínculo com os usuários do sistema de saúde, pois o encontro entre ACS e sujeitos não será então mediado exclusivamente pelo discurso da doença ou pela coleta de dados, indo ao encontro do que Menéndez (2009) chama de práticas de autoatenção, isto é, as estratégias empregadas pelos sujeitos para dar conta de seus próprios adoecimentos.

Para manter essa relação é necessário que o/a ACS, mediado pelas construções de vínculos, entenda o contexto em que pretende produzir suas ações em saúde e esteja aberto a essa percepção das relações sociais. Em outras palavras, não há como simplesmente pensar que a população aceitará o que é proposto sob a rubrica do “mais correto” ou do “científico”, pois trata-se subjetivamente de corpos atravessados por relações sociais multivariadas, viveres singulares, estratégias próprias de cuidado e de atenção.

O fato é que quando a comunicação do/a ACS com os usuários é centrada majoritariamente na doença, as percepções de cuidado tornam-se enviesadas e captam apenas aquilo que inicialmente o sistema consegue dar conta de observar, sem abertura para as diversidades e os modos criativos com que as pessoas efetivamente praticam saúde. Pode-se hipotetizar que, em se tratando do acesso ou adesão ao serviço de saúde, essa dificuldade de diálogo gera grandes prejuízos aos serviços de saúde.

Baseado no exposto, avistamos um ponto de parada capaz de considerar o protagonismo do/a ACS na AB fundamental para a construção de práticas saudáveis no território, sobretudo pela viabilização do acesso às políticas e serviços da UBS. Sua capacidade vai além das suas atribuições técnicas no âmbito da vigilância à procura da ampliação do olhar para necessidades reais e potenciais das famílias no território, mas é necessário reimaginar seu trabalho sem romantizações e sem heroísmos, redistribuindo a responsabilidade pela produção de um SUS mais atento aos viveres a todas as instâncias deste mesmo sistema e não somente ao ACS (Pedebos; Rocha; Tomasi, 2018).

Um ponto de parada: (in)conclusões imaginadas para intensificar investigações

Com a certeza de que existem muitas indagações sobre a tríade “território-saúde-cuidado”, realizamos

uma breve parada nas construções de notas dialogadas entre a Antropologia Social e a Saúde. Temos em mente que a integração entre-disciplinar, ou seja, que corre por dentro do encontro da Antropologia com a Enfermagem, configurou-se como uma potente rota para imaginar e imaginar novamente o trabalho do/a ACS; sobretudo quando em sua natureza as notas evocam memórias autorais na produção de mapas falantes, fornecem pensamentos, pistas investigativas, reflexões, exemplificações, questões e hipóteses que escapam o que habitualmente é encontrado nos manuais e documentos de natureza técnica da AB.

A busca de fundamentos para imaginar o cuidado em saúde protagonizado pelo/a ACS, junto às famílias, grupos sociais e comunidades amplia a ideia de território como local de atuação dos serviços de saúde em uma área geográfica fisicamente limitada; para imbricar na existência dos próprios seres humanos, espaços e dispositivos sociais que carregam consigo modos de conceber o processo saúde-doença, mantêm pluralismo cultural e apresentam fluxos afetivos vibrantes de pertencimento nos lugares em que são assistidos.

Sendo assim, essa pausa é também inacabada. Isso ocorre porque fomos alimentados por dimensões que emergem como relevantes no processo de (re)imaginar a atuação do/a ACS de forma interdisciplinar, considerando a correlação entre cuidado e processos de territorialização. A ideia de territorialização construída parte da noção de que pensar o território não é somente coletar informações, mas buscar um processo de compreensão das diferentes formas de pertencer como válidas ao modelo de atenção da UBS e das múltiplas formas de cuidado como integrantes das práticas de saúde e atenção da população no interior do SUS.

Dessa forma, o SUS se apresenta como um nexo dos processos de territorialização a que se referem as políticas de saúde, no sentido de que o que ele mobiliza por meio das unidades, redes, documentos orientadores de práticas; também contribuem para a definição da realidade social. Conceitos e formas discursivas como as que se encontram circunscritas no âmbito das muitas siglas do sistema de saúde (ESF, APS, ACS, UBS entre outras) instituem o social, não apenas o significam (Foucault, 2014). Essas instâncias não apenas retiram informações

sobre o território, mas também passam a integrar os processos de territorialização, com relação aos quais os sujeitos passam a construir suas necessidades e subjetividades. Isto é, a própria implantação de unidades e a construção de suas diferentes áreas de influência contribuem para a forma como os sujeitos passam a interagir com o espaço ao redor, tamanha sua responsabilidade com esses contextos.

(In)conclusivamente acreditamos na condição de ensaístas que este manuscrito abre passagem para análises críticas e reflexivas sobre o saber-fazer do ACS considerando a sua atuação no âmbito dos territórios. Acredita-se que esta zona conceitual de inseparabilidade do cuidado-saúde-território seja pauta prioritária para gestores, profissionais e conselheiros de saúde. Nessa orientação, espera-se que este ensaio auxilie no avanço das discussões assistenciais, gerenciais bem como na proposição de emergentes perspectivas investigativas considerando as formações discursivas do termo território.

Assim, esperamos ter podido demonstrar que existem nuances quanto ao uso de uma abordagem sociopolítica do território. Se, por um lado, reconhece-se na construção das práticas de territorialização do SUS a mediação sociopolítica-cultural-econômica, ao mesmo tempo se acabam cristalizando imagens do território que hipostasiam relações de permanência, regularidade e de homogeneidade, que podem dificultar ainda mais o estabelecimento de vínculos e o acolhimento dos sujeitos atendidos pelo SUS. Buscamos reiterar que no bojo da utilização de abordagens sociopolíticas do território, há armadilhas intrínsecas que podem conduzir a ainda novos processos de medicalização da vida e, ao contrário do que se buscava, à diminuição do diálogo com as pessoas usuárias do sistema de saúde. O desafio, portanto, de praticar a territorialização ainda permanece, não discordando, evidentemente, de que esta é uma estratégia revolucionária e uma metodologia importante para garantir o acolhimento da diversidade no sistema público de saúde.

Referências

AMARAL, V. S. et al. Os nós críticos do processo de trabalho na atenção primária à saúde: uma pesquisa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v. 31, n. 1, p. 1-20, 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310106

BARTH, F. Grupos étnicos e suas fronteiras. In: POUTIGNAT, P.; STREIFF-FENART, J. *Teorias da etnicidade*. São Paulo: Unesp, 1998. p. 187-227.

BEZERRA, Y. R. N.; FEITOSA, M. Z. S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 23, n. 3, p. 813-822, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018233.00292016

BRASIL. *Guia Política Nacional de Atenção Básica: Módulo I - Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102502>>. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, 9 jun. 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 04 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 17 abr. 2018b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm>. Acesso em: 04 jun. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 21 set. 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 04 jun. 2023.

- BRASIL. Portaria nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*: Brasília, 9 dez. 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ms-n-3.241-de-7-de-dezembro-de-2020-293178860>>. Acesso em: 04 jun. 2023.
- BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v. 24, n. 3, p. 673-692, 2014. DOI: 10.1590/S0103-73312014000300002
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Tradução: Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011. v. 2.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Tradução de Luiz Orlandi. São Paulo: Editora 34, 2010. v. 1.
- FARIA, C. C. M. V.; PAIVA, C. H. A. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, Supl. 1, p. 1-23, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-soloo251
- FEICHAS, N. M. L.C.; SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. S. Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre os saberes em um território de Manaus. In: SCHWEICKARDT, J. C.; EL KADRI, M. R.; LIMA, R. S. *Atenção básica na região amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.
- FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2014.
- GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da estratégia saúde da família no Brasil: o que nos mostram as pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 26, n. Supl. 1, p. 2543-2556, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.1.43952020
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-546.
- GONDIM, G. M. M. et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al (Org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-255.
- HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>> Acesso em: 27 jun. 2023.
- LIMA, J. G. et al. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia Brasil. *Caderno Saúde Pública*. v. 37, n. 8, p. 1-17, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00247820
- MÉLLO, L. M. B. D. et al. Agentes comunitários de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface Botucatu*. v. 25, n. Supl. 1, p. 1-17, 2021. DOI: 10.1590/interface.210306
- MENÉNDEZ, E. L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998, p. 71-93.

MENÉNDEZ, E. L. *Sujeitos, saberes e estruturas*: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*. v. 43, n. esp. 6, p. 70-83, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S606

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300024

MONKEN, M.; GONDIM, G. M. M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.).

Dicionário de educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2008. p. 392-399.

PEDEBOS, L. A.; ROCHA, D. K.; TOMASI, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde em Debate*. v. 42, n. 119, p. 940-951, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811912

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. *Território: Globalização e fragmentação*. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 15-20.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2009.

Contribuição dos autores

Os autores contribuíram igualmente na concepção da proposta, redação, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, integridade de todos os componentes conceituais presentes no ensaio e aprovação final do manuscrito.

Editores: Ivia Maksud; Paula Gaudenzi

Recebido: 01/07/2023

Reapresentado: 26/07/2024

Aprovado: 23/01/2025