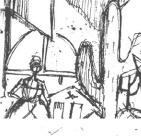
REVISTA TERRITORIALIDADES









UMA PERSPECTIVA DA ASSISTÊNCIA TÉCNICA EM ARQUITETURA A PARTIR DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS TERRITÓRIOS POPULARES

A perspective of technical assistance in architecture from the family health strategy in popular territories

http://doi.org/10.17648/revistaterritorialidades-v1n1-9

Flavia Garofalo Cavalcanti

Universidade São Francisco (USF) E-mail: flavia.garofalocavalcanti@gmail.com Orcid: orcid.org/0000-0001-7299-468X

RESUMO

Este artigo discorre sobre a interseção entre o campo da saúde e o campo da arquitetura, enxergando, nesse cruzamento, a possibilidade de aplicação da Lei de Assistência Técnica. O trabalho surge como fruto do encontro de uma agente comunitária de saúde e uma arquiteta em uma favela da zona norte do Rio de Janeiro. Tendo a mediação como definição de sua profissão, o Agente Comunitário de Saúde tem na visita domiciliar o principal suporte para o conhecimento do território e, além disso, para estabelecer relações de confiança, extrapolando o seu papel de representante de uma instituição. A riqueza de sua atuação advém de sua dupla condição: morador e agente. Esta condição específica, que encontramos no campo da saúde, traz possibilidades de atuação ampliada, sobretudo ao se pensar políticas intersetoriais que envolvam, entre outras, a assistência técnica em arquitetura e engenharia, conforme a Lei 11.888/2008, suscitando novas formas de agir no território para superar conhecidas limitações de projetos de urbanização e regularização de assentamentos precários.

Palavras-chave: Saúde. Favela. Agentes Comunitários de Saúde. Assistência Técnica.

ABSTRACT

This article reports on the intersection between the field of health and the field of architecture and sees in this intersection the possibility of applying the Law on Technical Assistance. This study emerges as a result of the encounter between a Community Health Agent and an Architect in a slum in the North of Rio de Janeiro. With mediation as a defining aspect of their profession, the Community Health Agent builds knowledge of the territory during home visits, which also provide the basis for building relationships of trust, extrapolating his role as representative of an institution. The richness of his performance comes from his dual condition as a resident and agent. This specific condition, which we only find in the field of health, brings possibilities for expanded action especially when thinking about intersectoral policies that involve, among others, technical assistance in architecture and engineering according to law 11.888/2008, giving rise to new ways of acting on the territory to overcome known limitations of urbanization projects and regularization of precarious settlements.

Keywords: Health. Slums. Community Health Agent. Technical Assistance.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define a saúde como um "estado de completo bemestar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade"¹. O meio ambiente de uma população é determinante para que essa condição (de saúde) seja alcançada por seus indivíduos. Há, portanto, uma dimensão individual e outra dimensão mais coletiva da saúde que estão em constante interação através do meio de vida, o território.

A promoção da saúde exige múltiplos esforços para o seu sucesso. Na década de 1990, houve, no Brasil, uma reorientação do modelo assistencial promovido pelo Ministério da Saúde com o Programa de Saúde da Família. O modelo tradicional, voltado para a cura de doenças e centrado em hospitais, foi substituído por um novo modelo com enfoque na família e no seu ambiente físico e social, tomando-o como unidade de ação, bem como na estruturação de uma equipe multiprofissional baseada em um território para ações preventivas e detecção de necessidades da população, em vez da ênfase na demanda espontânea.

Junto com o Programa de Saúde da Família, institucionaliza-se² a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Diferente dos demais componentes da equipe de saúde da família, o ACS não possui formação/graduação na área da saúde, mas ainda assim se destaca por ser morador da área de atuação da equipe. Seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade em questão. Ou seja, é quem está mais próximo ou inserido no território. Dentre as principais funções dos ACS, estão: o domínio/conhecimento do território de atuação, o cadastramento e acompanhamento das famílias, a realização de visitas domiciliares, as ações de promoção e vigilância em saúde (mediante busca ativa), a atenção e o estimulo às reivindicações da comunidade e, por fim, a integração entre o saber popular e o conhecimento técnico e especializado (BRASIL, 2009)³.

Mediação, portanto, é a palavra-chave no universo de atuação do ACS. Essa mediação se dá no seu existir cotidiano, dia-a-dia, percorrendo as ruas, visitando as famílias, indo e vindo à Clínica de Saúde, conversando com os moradores (que são seus vizinhos), aconselhando e sendo aconselhado, relacionando-se com aquela coletividade que é a sua própria comunidade. Percebe-se, então, sua dupla condição cotidiana: presente tanto no espaço social como no espaço físico. A partir do momento que veste seu colete, torna-se um agente, isto é, aquele que executa ações em prol da saúde e/ou com o aval da saúde.

O fato de o agente de saúde percorrer as ruas, cumprimentar as pessoas, conversar com elas, visitar as casas e ouvir relatos faz com que ele conheça tanto as dinâmicas públicas (referente ao espaço aberto das ruas) quanto as dinâmicas privadas (do ambiente interno da casa e de seus moradores). Ambas atravessam outros domínios para além da questão da saúde, o que faz com que o ACS estenda seu papel de mediação às distintas esferas de organização da vida social, da produção social do território.

Espalhados por diversos espaços da cidade, os agentes de saúde estão presentes, sobretudo, nos territórios⁴ populares, entre os quais podem ser incluídas as favelas. A

¹ Definição que consta no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York (19/22 de junho de 1946) e assinada em 22 de julho de 1946.

² Existiram experiências isoladas no Brasil, antes de 1997, com a inserção de Agentes Comunitários de Saúde; dentre elas, destaca-se a experiência cearense de 1987, onde, em um cenário de seca, um grupo de mulheres passou a realizar ações básicas de saúde em municípios do interior cearense. Em outros países, essa prática é mais antiga.

³ No que se refere à intersetorialidade na atuação do ACS, o Ministério da Saúde prevê o seguinte: "Você deve estar sempre atento ao que acontece com as famílias de seu território, identificando com elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde" (BRASIL, 2009. p. 26).

⁴ Território é um termo multidisciplinar que teve destaque na geografia a partir de sua renovação crítica iniciada na década de 1970 no Brasil, e que ganhou grande importância na obra de Milton Santos. O termo e sua conceituação teve, também, grande influência no debate, na prática da investigação e gestão de saúde pública no Brasil a partir da

literatura, em especial no campo das ciências sociais, tem tratado a presença do Estado nos territórios populares a partir do enfoque do controle, da violência e do papel repressivo e disciplinar do Estado (Marcia Leite, Marcelo Burgos, Luiz Antônio Machado). No que se refere à literatura do campo da saúde, o enfoque tem sido em doenças infectocontagiosas, como é o caso da tuberculose e da AIDS (Patrícia Barbosa Durovni, Vera Bornstein). De maneira geral, o papel do agente comunitário como mediador entre a comunidade e os serviços de saúde ou entre diferentes saberes (o popular e o técnico) é um consenso na literatura disponível, principalmente na área da saúde, em que diversos estudos relatam a emergência desse agente. Contudo, no que pese a importância e a contribuição desses trabalhos, percebe-se uma lacuna no que diz respeito à compreensão do papel exercido pelos agentes comunitários de saúde na organização social do território, no próprio fazer-cidade, em especial no que tange à mediação entre a comunidade e as instituições pública e privadas, para além do campo propriamente da saúde. Acreditamos que falta se deter mais nesse papel de mediação para que se possa examinar como a figura de um arquiteto pode ser significativo para a aplicação da Lei de Assistência Técnica.

Os espaços investigados nesta pesquisa foram as favelas cariocas, tendo como estudo de caso a Favela do Jacarezinho, localizada na zona norte do Rio de Janeiro. A atenção recai justamente sobre as potencialidades dos ACS em transformações/modificações cotidianas, através dos enfrentamentos diários com as dificuldades locais. São, portanto, agentes-suportes, inseridos ao mesmo tempo na estrutura urbana e na estrutura social, capazes de articular soluções/respostas mesmo que fora de seu campo de conhecimento/ação direta (vale dizer, a saúde). Essas articulações podem ser significativas em um contexto onde melhorias habitacionais são extremamente necessárias, até mesmo para aprimorar os índices de saúde de populações periféricas.

Nesse contexto, o estudo objetivou discutir como o ACS ultrapassa suas funções institucionais (da saúde) no seu cotidiano para torna-se efetivamente um "agente urbano". Levantou-se a hipótese de que essa possibilidade é dada devido à relativa proteção que os representantes da saúde, de uma maneira geral, possuem em face da violência urbana estabelecida em regiões precarizadas das cidades brasileiras. Essa proteção torna possível o ir e vir dos agentes de saúde por espaços/limites que outras instituições (como a polícia) não alcançam. Essa proteção poderia ser explicada pelo lugar objetivo e simbólico ocupado pelo campo da saúde na estrutura social ou, dito em outras palavras, pela importância atribuída aos agentes desse campo, inclusive por aqueles que estão imersos nas lutas pelo controle violento dos territórios populares.

Na ambiguidade entre sua condição de morador e sua condição de agente público, representante de certa instituição, usufrui de uma posição privilegiada. Isso nos leva a um conceito mais ampliado de saúde, relacionado à dinâmica social e urbana da comunidade. A saúde é uma entrada para a observação/intervenção no urbano, podendo ser porta de entrada para a atuação do arquiteto em ações conjuntas de assistência técnica, conforme lei 11.888/2008, superando limitações apresentadas em projetos imediatistas de urbanização de favelas espalhados pelo território nacional. É pelo sentido do cuidar que o olhar para o território é possibilitado.

Este artigo pretendeu discutir as relações entre planejamento da saúde e planejamento urbano, buscando compreender como as práticas organizadoras do sistema de saúde são

década de 1980, com o movimento de reforma sanitária, na medida em que ultrapassou a visão de espaço como meio meramente físico, possibilitando relacioná-lo ao meio social. Uma investigação etimológica da palavra território indica o significado como "terra pertencente à" de origem latina – *terri* (terra) e *torium* (pertencente a). Portanto, podemos entender o território como cenário das relações sociais de poder, essenciais para investigar a apropriação do espaço por um determinado grupo social. Essa apropriação pode ser compreendida em suas esferas política, econômica e social. O conceito de território, nesse sentido, é essencial para a definição dos parâmetros de identificação das áreas do sistema de saúde e a aplicação de ações práticas em saúde, conforme veremos ao longo deste texto. Para aprofundamento no tema, cf.: Faria e Bortolozzi (2009).

também práticas organizadoras da cidade e devem, dessa forma, integrar processos de projeto e planejamento urbano. Através do trabalho de campo, e tendo como inspiração a etnografia⁵, procurou-se fugir de generalizações teóricas e apreender, no cotidiano de uma população específica, as práticas necessárias à produção e manutenção de seu *habitat* citadino. Entende-se que os conhecimentos exigidos/acionados no processo de trabalho do ACS são bastante complexos e diversificados e que transcendem o campo da saúde por apresentarem aspectos que estão presentes nas condições de vida da população e que exigem uma atuação/abordagem intersetorial.

SOBRE A PESQUISA

Vale dizer que escrevo como arquiteta. Foi esse título que me levou ao campo de estudo. E foi como arquiteta que fui chamada para conversar com os moradores do Jacarezinho em um evento público organizado por Agentes Comunitários da Saúde e representantes da administração municipal, no ano de 2015. Foi nessa condição, de profissional da construção civil, que se deu minha inserção no campo de pesquisa e que se iniciou a minha interlocução com os Agentes Comunitários de Saúde que ali residem e atuam. Assim, o que é escrito, aqui, é o resultado de uma reflexão crítica que tem como origem e motivação a minha experiência profissional.

A pesquisa de campo se desenvolveu entre os anos de 2015 e 2018, totalizando 3 anos de presença da pesquisadora no campo de estudos - da arquiteta na Favela do Jacarezinho. Durante esses 3 anos, a intensidade das visitas foi maior ou menor em proporção direta aos episódios de confrontos violentos entre grupos armados no território de pesquisa. Por vezes, tais confrontos duravam semanas, o que impedia a ida ao local - e, também, impedia o funcionamento regular das Clínicas de Saúde que atendiam essa população especifica. A pesquisa se deu no contato direto com um grupo de 5 ACS, tendo uma interlocutora em especial - a Flor, hoje ex-ACS. Nos encontrávamos em uma das duas clínicas que atendiam a região do Jacarezinho e, a partir de então, eu podia acompanhar o seu trabalho cotidiano. Caminhava pelo bairro em sua companhia, assistia suas conversas com moradores, os conselhos que dava e recebia, as aulas de ginástica para a Melhor Idade, o trabalho de organização do material da própria clínica, enfim, tudo o que compunha suas atividades de agente comunitária e, também, moradora daquele território. Por vezes, minha opinião técnica como arquiteta era requerida por moradores e ACS em possíveis soluções para os problemas construtivos que se apresentavam no Jacarezinho. A Flor era quem trazia esses assuntos para mim. Conversávamos muito sobre tudo, sem um roteiro pré-estabelecido (como em uma entrevista formal), mas sim como conversas abertas e francas sobre tudo o que envolvia nossos dias juntas. A recomposição dessas observações participantes foram feitas através da escrita contínua em um caderno de campo, associada a leituras e pesquisas teóricas. Ou seja, foi uma experiência que evoluiu/progrediu do isolamento da prancheta para a imersão no campo, um mergulho no fazer cotidiano da cidade, mediante processo de redescoberta do fazer da arquitetura e, também, do "ser arquiteta".

A favela do Jacarezinho é uma das 18 comunidades que integram o Complexo do Jacarezinho, na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, próxima às favelas de Manguinhos, Mangueira e Morro do Alemão. O presente estudo se concentrou na área principal desse complexo, a própria Favela do Jacarezinho, nome derivado do bairro do qual fazia parte – Jacaré –, cortado pelo rio homônimo. Segundo estimativa da Associação de Moradores local, o

⁵ A etnografia consiste em uma investigação científica própria da Antropologia, especialmente da Antropologia Urbana, que consiste na inserção social do pesquisador no campo de estudo, e na observação – participante, recolha documental e entrevistas. A observação-participante, baseada na microescala do contato pessoal, bem como sua relação com o contexto da unidade observada, foi de extrema importância para a construção desta pesquisa. Para maior aprofundamento no tema, ver: Cordeiro (2010).

Jacarezinho chega, hoje, a 90 mil habitantes. Sua ocupação se iniciou na primeira metade do século XX, mas ganhou impulso a partir de 1960 com a criação do Complexo Industrial do Jacaré, quando mais de 500 indústrias se instalaram na região. Com oferta de emprego, terrenos vagos e, ainda, a presença da linha de trem, o Jacarezinho consolida-se seguindo os moldes do subúrbio carioca: proletário e precarizado. Hoje, essa área é atendida por duas clínicas de saúde, a Clínica Renato Rocco — onde eu encontrava a Flor e a pesquisa de campo se deu mais fortemente — e a Clínica Anthídio Dias da Silveira.

O SUS E SUA RELAÇÃO COM A CIDADE, OU PROMOVER SAÚDE E FAZER CIDADE

A Constituição Federal de 1988, após amplo movimento na década de 1980 chamado Reforma Sanitária, contemplou, pela primeira vez, o setor de saúde de forma clara e efetiva, lançando as bases para estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) como prerrogativa do Estado brasileiro. Seguiu-se a esse processo a elaboração e publicação de novo aparato jurídico-institucional que pudesse dar conta da operacionalização do sistema único de saúde. Nesse contexto destaca-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), que regula as ações e serviços de saúde e dispõe sobre o SUS. Nela, encontramos a seguinte redação:

Art 3°: Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, **a moradia, o saneamento básico, o meio-ambiente**, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990, s/p, grifo nosso).

Por último, e para entrar de fato no entendimento do sistema municipal de saúde, suas funções e organização, destaca-se a Norma Operacional Básica 96. As Normas Operacionais Básicas, a partir da avaliação do estágio atual de eficiência do SUS, estão direcionadas, mais direta e imediatamente, às estratégias de operacionalidade do sistema. No ano de 1996, essa norma se deslocou para a operacionalização do dispositivo constitucional que exigia a descentralização do sistema de saúde através dos municípios, com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Isso implicou, e ainda implica, em aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato (ou melhor, "o responsável primeiro") pelo atendimento das demandas e necessidades de saúde de sua população. Essas demandas e necessidades podem (e, frequentemente, irão) extrapolar o âmbito da saúde e, com efeito, exigir medidas intersetoriais e intergovernamentais. Assim, a NOB 96 foi essencial na medida em que trilhou o caminho para que os Municípios superassem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumissem, de fato, seus respectivos papéis de gestores do SUS.

Nessa norma, estão definidos ainda os três campos de ação da atenção à saúde e que, portanto, pertencem ao escopo do SUS e, consequentemente, do município na gestão do SUS-Municipal. Esses três campos são elencados da seguinte forma:

- a) O da ASSISTÊNCIA, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar.
- b) O das INTERVENÇÕES AMBIENTAIS, no seu sentido mais amplo do termo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante pacto de interesses, normalizações, fiscalizações, etc.).
- c) O das POLÌTICAS EXTERNAS AO SETOR DE SAÚDE, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Todas as ações do SUS de promoção, proteção, recuperação e, prioritariamente, prevenção à saúde enquadram-se dentro desses três campos. Outro direcionamento importante da NOB 96 é a mudança de enfoque do modelo de atenção à saúde. Até então o modelo clínico (centrado na doença) era dominante. A norma estabelece como conduta a priorização do modelo epidemiológico — centrado no ambiente e na qualidade de vida, o que requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes entre população e corpo técnico. A esse respeito, a NOB 96 cita que:

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais. [...] O modelo vigente – assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção. O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética individual. Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde (BRASIL, 1997, p. 15, grifo nosso).

Fica claro, com o panorama de institucionalização e operacionalização do SUS feito até aqui, que o sistema de saúde é entendido pela política pública brasileira como um valor de uso coletivo, "no sentido em que se dirige não a uma necessidade particular de um indivíduo, mas a uma necessidade social que só pode ser satisfeita coletivamente" (LOJIKINE, 1981, p. 132). Nessa modalidade coletiva de consumo, há a tendência da substituição da relação direta entre proprietários de mercadorias – o médico detentor do conhecimento científico e dos instrumentos e o paciente detentor da moeda, sendo a troca uma relação direta entre esses dois indivíduos –, por uma relação mais complexa, construída com base em uma coletividade. Assim, o uso do sistema de saúde torna-se difuso, pulverizado, tanto nas construções físicas espacialmente distribuídas, quanto nos diversos corpos que compõem esse sistema, tanto de agentes de saúde (médicos, enfermeiros, ACS, etc.), quanto de usuários (pacientes, acompanhantes, idosos, crianças, gestantes, etc.).

A portaria 3.925 de 1998, lançada pelo Ministério da Saúde, publicou o manual para a Organização da Atenção Básica, objetivando a reorganização do modelo de atenção no nível municipal em consonância com a NOB 96. De acordo com tal portaria, entende-se como atenção básica "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada nos primeiros níveis de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação" (BRASIL, 1998, p. 9). A administração municipal assume, gradativamente, a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema de saúde municipal, onde se insere o conjunto de ações que caracterizam a atenção básica. Ainda, segundo a portaria, existe uma série de estratégias para operacionalizar a organização e o desenvolvimento da atenção básica. Dentre as existentes, a Estratégia de Saúde da Família, em 1998, já havia demonstrado o seu potencial em construir um modelo de saúde mais eficiente e humanizado, sendo considerado prioritário para o Ministério da Saúde.

A primeira etapa de implantação dessa estratégia começou em 1991 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁶, um novo tipo de agente que integrou

⁶ A experiência de Agentes Comunitários de Saúde é anterior à institucionalização do programa PACS pelo Ministério da Saúde. O primeiro ensaio da figura do agente comunitário foi feito entre 1974 e 1978, na cidade satélite

o corpo de profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Hoje o PACS é considerado uma transição para a implantação completa do Programa de Saúde da Família (PSF). Uma equipe de saúde da família é formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Cada equipe é responsável pelo atendimento de uma determinada comunidade, espacialmente localizada. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade de cada equipe, com uma média de 575 pessoas para cada agente comunitário.

É exigido que os agentes comunitários sejam moradores de sua própria área de atuação. A visita domiciliar (e tudo que a envolve, como percorrer o bairro a pé, conhecer os moradores, seus nomes e trajetórias) é o seu principal instrumento de trabalho. Cada agente deve ir, pelo menos, uma vez ao mês a cada casa localizada em sua área de atuação. Faz parte de sua rotina: o cadastramento das famílias, a partir do qual registram-se as variáveis que influenciam o estado de saúde, como a situação de moradia, alimentação, etc.; o mapeamento com o registro das áreas de risco dentro do território; e as ações coletivas com vistas a mobilizar as famílias a participarem no planejamento e definição de prioridades.

Cada equipe de saúde da família alocada em uma Unidade Básica de Saúde é responsável por uma região de saúde. As regiões de saúde são entendidas como:

[...] recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados no território (BRASIL, 2006, p. 19).

Cada região de saúde deve possuir ações organizadas e serviços de saúde claramente identificados. A construção do vínculo entre a população e a Unidade Básica de Saúde é possível através dessa delimitação territorial, ou seja, com a adscrição⁷ dos limites da coletividade à determinada unidade e sua equipe. Dessa forma, o território, sobre o qual uma Unidade Básica de Saúde e sua equipe são responsáveis, está para além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde; ele é o *lócus* onde se verifica a interação população-serviços no nível situado. Esse território caracteriza-se por uma população específica, vivendo em um tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua compreensão e capacidade de atuação devem ser visualizados espacialmente. A ferramenta de elaboração de mapas, com delimitação e caracterização de áreas, perante as quais as equipes de Saúde da Família vão se organizar, é chamada de "territorialização".

Assim, o território de atuação é construído por meio da implantação da Unidade Básica de Saúde/Clínica da Família (UBS/CF), bem como da vinculação das famílias e seus indivíduos através do cadastramento de um número previamente definido de pessoas e, a partir disso, da organização dos dados espacialmente⁸. É assim que o território passa a existir para o Sistema Municipal de Saúde, com uma delimitação clara e um perfil sanitário definido. Dentro de uma

de Planaltina, no Distrito Federal. Os auxiliares de saúde, assim chamados no momento, foram capacitados pelo serviço social para atividades junto às famílias; e junto com médicos e enfermeiros aprenderam conceitos básicos de saúde que, posteriormente, foram dirigidos a mães e recém-nascidos. Os mesmos promotores dessa ideia no Distrito Federal, o médico Antônio Lavor e a assistente social Miria Lavor, retornaram ao seu estado natal, Ceará, onde, em 1987, iniciaram a contratação de 6 mil mulheres para trabalharem como agentes de saúde – novo nome adotado – no sertão cearense. O sucesso na redução da mortalidade infantil, que sempre se agravava nos anos de seca, tornou o programa permanente na Secretária de Saúde do Estado do Ceará, até então empregado apenas em caráter emergencial. As avaliações feitas pelo próprio Ministério da Saúde levaram à adoção do programa para os demais estados nordestinos e, em seguida, para o restante do país (BRASIL, 2001).

⁷ "Adscrição" é um termo comumente usado no setor de saúde. Aqui, poderíamos usar também os termos "correlação" ou "condicionamento".

 $^{^8}$ Por intermédio do instrumento de "territorialização", é possível verificar onde há esgoto e onde não há, onde se localizam as moradias precárias, onde o lixo é coletado ou deixa de ser coletado, etc.

UBS/CF, cada equipe de saúde da família será responsável por uma micro área de atendimento, sendo essa uma porção do total do território adscrito àquela unidade.

A planificação dos sistemas que abrangem meios de consumo coletivos – como o sistema de saúde, a educação e os transportes coletivos, por exemplo – se dirigem à utilização de uma coletividade definida, social e territorialmente. A socialização do processo de consumo no âmbito da saúde, tendo como exemplo principal a descentralização através dos municípios com a efetivação do programa de Estratégia de Saúde da Família, substitui uma relação direta médico-paciente, por uma relação mais complexa, baseada na importância da estruturação do território, no sentido de comunidade e no conhecimento mútuo das dificuldades daquela coletividade atendida por determinada clínica. Isso permite o seu próprio reconhecimento como morador e cidadão, com histórias e direitos em comum, uma vez que os próprios agentes comunitários de saúde são moradores e integrantes dos locais de atuação.

Percebe-se que a Clínica da Família não é um espaço destinado apenas ao cuidado da saúde e do corpo individual, mas é, também, espaço de permanência, de encontro dos moradores, um espaço identitário onde os indivíduos se reconhecem entre si e enquanto coletividade. Configura, portanto, um espaço que permite e privilegia o entrosamento entre o individual e o coletivo.

Nesse sentido, entende-se a Clínica da Família e o território a ela adscrito como uma Unidade de Vizinhança. Através desse conceito, originário do urbanismo modernista do início do século XX (Rodrigo Cristiano Queiroz, Mateus Gorowitz e Vicente Quintela Barcellos), damos ênfase na relação do morador com o lugar, a partir desse equipamento público, explorado como espaço de referência no bairro e cenário de suas experiências de vida, buscando entender a construção de suas raízes com o território, tanto no âmbito afetivo como nas relações objetivas – de cuidado da saúde – às quais dá suporte.

A Unidade de Vizinhança conforma um módulo a partir do qual o planejamento de uma cidade pode ser estruturado. Seria uma área residencial com capacidade de suprir as necessidades cotidianas de seus moradores em relação ao consumo de bens e serviços urbanos princípio da autonomia. Circunscreve-se, assim, à escala da vida cotidiana, as necessidades do dia-a-dia, as "coisas que se resolve a pé". A distribuição e localização dos equipamentos de consumo coletivo são, portanto, centrais à organização da Unidade de Vizinhança, sendo responsáveis por sua autonomia enquanto provisão/abastecimento daquela localidade. Em sua formulação inicial, a escola é tomada como unidade de medida da área residencial, sendo sua área de atuação coincidente com os limites da unidade de vizinhança. Além de atribuir à escola o papel de elemento dimensionador da área residencial, planeja-se sua construção como centro comunitário, reforçando seu papel aglutinador.

A forma como a Clínica da Família vem sendo vivida (e significada) por seus habitantes e sua extensão para o bairro como um todo (através dos corpos dos agentes comunitários de saúde, incluindo o ambiente externo da rua e o interno da casa), além de organização estruturada pelo SUS no âmbito municipal (conforme visto anteriormente) possui relação direta com a concepção de Unidade de Vizinhança, explicitada acima, mas mantém com esta uma relação muito particular.

Essa relação é tida como a associação entre uma estrutura de provisão de serviços urbanos adequada/dimensionada a um certo número de moradores e a interação social, confrontando o indivíduo com a sua coletividade, sua cidade, e tornando-o efetivamente cidadão. Como bem escreveu Sérgio Buarque de Holanda (2015, p. 141): "Só pela transgressão da ordem doméstica e familiar é que nasce o Estado, e que o simples indivíduo se faz cidadão, contribuinte, eleitor, elegível, recrutável e responsável, ante as leis da Cidade".

A delimitação de um território (e o reconhecimento dessa delimitação por sua população) promove a capacidade de reinvindicação, o sentimento de apropriação do que é público como um direito e dever do Estado em relação àquele território. Tal é o caso do sistema público de saúde nas áreas de favelas do Rio de Janeiro. Entendendo saúde como um estado de

completo bem-estar físico, mental e social, as Clínicas da Família promovem encontros e reuniões entre os moradores, dando efetividade ao Plano Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro para o período 2014-2017, onde lemos:

O processo de saúde-adoecimento evidencia a saúde como resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico [...]. Nesse ponto tem relevo o conjunto de ações de promoção à saúde desenvolvidas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde [...]. Nas áreas de atuação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP), onde foram implantadas unidades de UPP Social, a intensa mobilização dos serviços da rede de atenção primária à saúde, que atuam de forma conjunta no território, contribui para a promoção da integração urbana, social e econômica dessas áreas com o objetivo de a) contribuir para promover o processo de pacificação; b) promover a cidadania local nos territórios pacificados; e c) promover a saúde e a qualidade de vida enfatizando a relevância da participação comunitária em todo o processo (RIO DE JANEIRO, 2013, p. 40).

As Clínicas de Saúde funcionaram até o ano de 2015 como ponto de ancoragem da equipe multidisciplinar que formava a chamada UPP Social. Foi através da UPP Social do Jacarezinho que fui convidada a participar, como arquiteta (portanto, como técnica) de uma mesa redonda com os moradores do local. Entre os presentes, havia ACS que atuavam no bairro. Além da promoção de eventos com a participação de profissionais externos, a UPP Social promovia reuniões mensais de moradores e representantes da prefeitura para resolver assuntos urbanos locais (a convocação e organização dessas reuniões eram feitas por ACS que assumiram integralmente essa função após o fim do programa UPP Social). Além disso, as Clínicas da Família (não todas) possuem equipamentos de ginástica destinados, sobretudo, à terceira idade, com aulas regulares dadas por profissionais de educação física. Ao redor das Clínicas encontramos, também, e com bastante frequência, um movimentado comércio local, principalmente de ambulantes e feiras que abastecem o entorno.

Não se vai à Clínica da Família somente para uma consulta com o médico; não se vai à clínica somente para retirar o resultado de um exame ou receber um medicamento. A Clínica da Família – a construção física desse equipamento, seus funcionários e amigos – é formatada por toda a coletividade que a envolve e é por ela delimitada, e por isso ela extrapola os motivos únicos da saúde, assemelhando-se à concepção de uma Unidade de Vizinhança. Nesse sentido, entende-se que não se trata apenas da estruturação de uma política de saúde, mas da construção de um equipamento urbano (sem entrar no mérito da qualidade construtiva/arquitetônica) que altera a relação com o território, ao mesmo tempo em que se constitui um artefato simbólico que, por sua vez, altera as formas de representação (criação de imagens, mudança de vocabulário, formas de se referir a um local) desse mesmo território.

Uma cidade, um bairro, uma favela se faz também por suas expressões. A construção física de certo equipamento, nesse sentido, torna-se referência para uma determinada localidade. Tal equipamento passa a ser um local de encontros. Pouco a pouco, o equipamento se faz centro de algumas representações e a cidade, bairro ou favela o assimila como mais um de seus pontos significativos, a partir de onde ocorrem mudanças nos modos de representar e percorrer a urbe. E, assim, a cidade se constrói física e simbolicamente, produzindo um modo de reinvindicação e de expressão que lhe é próprio.

DENSIDADE, DEMANDA E EMERGÊNCIA: APONTAMENTOS DO TRABALHO DE CAMPO

Neste tópico, buscamos refletir sobre as relações de cuidado que se estabelecem entre profissionais de saúde e os usuários do sistema único de saúde através do programa de saúde da família ou, mais especificamente, entre agentes comunitários de saúde e moradores de favela da cidade do Rio de Janeiro. O cenário desse nosso caminhar, a Favela do Jacarezinho, tensiona

fortemente os desdobramentos desse "cuidar", tornando o trabalho de campo do agente de saúde – a visita domiciliar e tudo que a envolve –, desenvolvido em tal condição, um aspecto singular desse profissional no Brasil, especialmente no Rio de Janeiro. O cuidado é entendido, aqui, de maneira ampliada. Não se refere, meramente ao cuidado do profissional de saúde, mas leva em conta sua dimensão moral e política, envolvendo o próprio estado (em suas diversas esferas, não só a sanitária) na responsabilidade do cuidar.

O campo da saúde e suas ações de cuidado são entendidos como um dever moral do Estado, por se tratar de um "mínimo indispensável" para a realização da vida. A saúde coletiva e, especificamente, a Estratégia de Saúde da Família, representa, exatamente, esse mínimo, o estritamente necessário e, por isso, recebe o nome de atenção básica ou atenção primária em saúde. Dentro dessa cadeia de atenção básica, o último profissional que passou a compor o quadro de trabalhadores em saúde foi a figura do ACS. Na evolução do nosso sistema de saúde pública, essa é a última divisão social do trabalho que se aplica para, estabelecendo uma nova estratégia de ação (o Programa de Saúde da Família), reestruturar o SUS e sua efetividade/alcance. De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho, o agente comunitário de saúde recebe o título de visitador de saúde ou visitador de saúde em domicílio, evidenciando a centralidade da visita domiciliar como definidora de sua ocupação e transformadora de sua experiência de bairro ou de morador.

É inegável a utilidade econômica dessa nova divisão do trabalho, ainda mais considerando que essa nova categoria profissional surge na base da pirâmide dos profissionais de saúde, recebendo a remuneração mais baixa dentro da equipe e sendo a mais numerosa. Mas consideramos que o efeito moral e ético dessa divisão do trabalho supera, infinitamente, a esfera dos interesses puramente econômicos. Esse novo profissional conecta indivíduos do sistema de saúde dentro de uma institucionalidade. É ele o elo entre morador e Sistema Público de Saúde, que se traduz em morador-médico, morador-cadastro, morador-exame e outros tantos pares morador-saúde. Temos, portanto: "indivíduos ligados uns aos outros, que em vez de se desenvolverem separadamente, concentram seus esforços, são solidários, e de uma solidariedade que não age apenas nos curtos instantes em que os serviços se intercambiam, mas que se estende bem além disso" (DURKHEIM, 1999, p. 27). Isso pode ser evidenciado mais concretamente nesta nota de campo:

Segunda-feira, 8 de maio de 2017, Rio de janeiro. Ensolarado. Ponto final do 474. Encontro a Flor (ex-ACS). Saída da escola, calçada cheia de alunos e pais. Vamos caminhando em direção ao Jacarezinho, conversando. Paramos, quase que naturalmente em frente à CMS Renato Rocco, seu antigo local de trabalho, que por muito tempo foi nosso ponto de encontro inicial. Ela me pergunta se eu quero entrar na clínica, - Vamos dar uma oi para o Fernando", a resposta é imediata - Fernando foi demitido. A expressão do meu rosto denuncia meu espanto, ela finaliza - Na semana passada. Entramos na clínica. Na seção de acolhimento Flor encontra seus antigos colegas de trabalho e também de Fernando, comentam sobre sua demissão, incrédulos da decisão da gerente da clínica. Flor retira um exame seu e saímos em direção à Fiocruz, lado oposto ao que estávamos no Jacarezinho. Nossa conversa ainda gira em torno da demissão de Fernando, - Já tá faltando gente pra trabalhar, imagina agora. Não é todo mundo que tem o perfil pra ser ACS, tem que ter paciência, tem que conversar, tem que estar disposto a andar bastante. - Mas você acha que o Fernando não era assim?, pergunto. -É sim, mas as vezes ele nem sempre batia cartão, chegava atrasado porque se mudou pra Vila Isabel, ou por que no final ficava conversando... Mas eu também era assim, você achava que eu ligava pra bater cartão? Eu tava ali conversando com uma senhora me contando uma coisa importante da vida dela... eu hein!. Digo: -Mas é isso que é ser ACS não é?, -É, mas tem gente que não entende, acha que é só chegar e fazer o que tem que fazer e ir embora. Caminhamos pela Rua do Rio, em direção à Fiocruz/Manguinhos. Rio a nossa direita, construções à nossa esquerda. A medida que caminhamos seguindo o rio, a quantidade de armas e drogas aumentam. Barracas e vendedores fazem do comércio ilegal um estilo de vida. Rádios. Bermudas de time de futebol. A maioria dos imóveis, aparentemente comerciais, fechados, somente algumas garagens abertas. Flor afirma, em tom baixo:-É bom que você já vai entendendo o que é isso aqui. É como uma feira, tá vendo? Quando chegamos próximo à linha do trem, uma mancha de sangue no chão. O ar parou. Dois meninos vindo em nossa direção. Flor me abraça. Com a mão em meu ombro vamos caminhando. -Que bom que você veio me visitar, Flor diz em tom mais alto, para que escutem. Atravessamos a linha do trem. O ar volta a circular. Apesar do funk pesado que se escuta ao fundo tudo se tranquiliza. A Feira acabou. A nossa esquerda uma escola municipal, à direita o rio. Chegamos ao viaduto do metrô, passamos por baixo e atravessamos para Manguinhos. A conversa continua: -Eu achava que ia ter mais voz, que ia poder mudar alguma coisa. Pô! Eu era da saúde. Mexia meus pauzinhos, tentava, mas é difícil. E continuava: "No meu território eu não queria criança fora da escola, perguntava mesmo - não tá na aula por quê? Ah, não tem vaga? - e eu ia lá e falava direto com a diretora. Eu ia atrás. Meu território é meu território! Exclamava: -Até entrar na consulta eu entrava, acredita? Falava com o médico mesmo! Eu me mexia, ia atrás, se não tinha especialidade aqui eu procurava ali, procurava na internet, ligava pra ver se podia atender. Usava a força do meu colete. 'A força do meu colete' expressão que ficou gravada em mim. Sobre uma de suas visitas domiciliares Flor me contou nesse dia sobre o atendimento que fez a 'uns dos donos do Jacarezinho' por conta de uma trombose que tinha na perna e da sua recusa em ir ao CMS Renato Rocco e se identificar, procedimento obrigatório de cadastro de usuários. -Aí eu levei a enfermeira, usamos até nome de outra pessoa e tudo para assinar, outro RG. Eu lá me importo quem é ele ou o que ele faz?! Eu só quero é tratar a pessoa. E continua: -A gente tem que mostrar que é neutra, que não tá nem aí para o que está acontecendo, que o que interessa é a saúde, o tratamento, e assim a gente vai ganhando confiança. Ih, menina! Até confissão eu escutava, o que tinha feito, as 'tarefas' que tinha cumprido (NOTAS DE CAMPO, 2017).

É a visita domiciliar que fornece o enredo principal a partir do qual os acontecimentos que marcam suas trajetórias vão surgindo e ganhando significado. É através dessas visitas que eles são levados ao território e que esse território se torna seu, efetivamente, onde suas experiências profissionais se tornam vínculos, não só entre pessoas, mas entre pessoas e instituições, sejam elas públicas ou privadas. A visita domiciliar, portanto, é uma categoria fundamental para se compreender o processo de socialização e construção da identidade profissional desse grupo de agentes da saúde. A referência a ela é uma constante nas narrativas que aqui serão apresentadas, porquanto vêm carregadas de significados.

A visita domiciliar, hoje, é similar às viagens ao interior do país dos primeiros sanitaristas brasileiros do início do século XX – assim como a favela estaria para o sertão de antigamente, essas duas grandes manchas cinzas, sem informações precisas. A visita pontua toda a trajetória desses agentes e está presente em todo o desenvolvimento de sua carreira. E, assim, é tomada como uma das marcas distintivas do processo de socialização do profissional (CUNHA, 2008).

Porém, a visita domiciliar não acontece de forma unilateral. Para que sejam realizadas de forma exitosa, é necessário haver sempre algum tipo de acolhimento e recepção por parte do morador. É necessário haver reciprocidade em fazer a visita e receber a visita – cuidar e deixar ser cuidado. Adentrar na casa de alguém é ser convidado por ela e aceitar o convite. Nesse sentido, a categoria "visita domiciliar" adquire um contorno mais complexo, na medida que a hospitalidade é reservada não a todos, mas àqueles que nos querem bem e no momento adequado; e assim assume "a forma de um ritual em que o anfitrião e o hóspede se manifestam um para o outro" (CUNHA, 2008, p. 143).

Muitas vezes, é preciso saber operar com uma determinada etiqueta que não se conhece, ou se conhece mal. É preciso interpretar o código local para que se possa operar com ele. Além disso, é necessário também que aquele que chega se faça reconhecer como parceiro daqueles que o acolhem. Essa condição básica que instaura a relação de reciprocidade que lhe garantirá a imediata proteção e respeito ao estrangeiro, assim como a continuidade da relação (CUNHA, 2008, p. 143).

Mais adiante, Cunha continua a respeito da formação dos primeiros sanitaristas brasileiros:

[...] o fato de serem identificados como funcionários do governo responsáveis pela aplicação de medidas de Saúde Pública parecia facilitar as coisas nesse sentido. Esses aspectos mostravam-se favoráveis à sua conveniente recepção. Além disso, eles eram facilmente identificáveis. Uma regra básica em todos esses serviços de Saúde Pública dizia respeito exatamente à forma de apresentação desses funcionários. Os guardas eram obrigados a usar uniforme durante a jornada de trabalho. Quanto aos médicos, estes não tinham propriamente um uniforme mas usavam sempre terno, geralmente branco (CUNHA, 2005, p. 153).

APLICAÇÃO DA LEI DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA JUNTO À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A interseção entre o campo da saúde e o campo da arquitetura ainda é pouco explorado pelos profissionais de ambos os lados. Pouco se conversa e pouco se experimenta no âmbito das políticas intersetoriais. A dificuldade de implementação e de efetividade da lei 11.888/2008 poderia ser minimizada ao se experimentar um conceito ampliado de saúde que pudesse congregar agentes comunitários de saúde e técnicos da área de arquitetura e engenharia no enfrentamento de situações urbanas que acarretam a diminuição dos níveis de saúde de uma determinada população.

Indo além do papel institucional conferido pelo cargo de ACS, principalmente através da fala/conversa que constitui sua principal forma de negociação cotidiana, esses agentes representam, em muitos casos, o primeiro contato da população com a noção de cidadania e direitos, onde o respeito ao ser humano e à sua integridade física é posto em primeiro plano.

"Fazer o bem sem olhar a quem" foi uma das frases que ouvi da Flor (ex-ACS) a respeito do seu trabalho, quando a indaguei sobre a dificuldade de se atender certas pessoas/pacientes mais relutantes ou de trato mais delicado, como jovens integrantes do comércio ilegal de drogas. Sua principal forma de atuação e negociação é o diálogo. Assim ela consegue uma espécie de "licença" para entrar e atuar nos mais diversos ambientes da favela e, também, fora dela. O seu uniforme, o colete onde os dizeres SUS e Agente Comunitário de Saúde, escrito em branco num fundo azul, são bem legíveis, como um escudo que a protege e abre portas. Certa feita, Flor me disse: "uso a força do meu colete", em referência direta ao reconhecimento desse perante a "sociabilidade violenta" na qual está imersa.

Seu colete e sua palavra são instrumentos de mediação, constituintes de seu saber-poder. Sendo a saúde o único setor das políticas públicas que admite esse agente, suas possibilidades de tradução se multiplicam, ao mesmo tempo em que se tornam diminutas as chances de efetivação de ações fora do campo da saúde, no planejamento urbano ou na educação, por exemplo. "A verdade é que a gente é importante, mas é segunda linha, né. O ACS é pra pobre e pobre não interessa ao governo". Foi essa a afirmação da Flor sobre a sua posição. Essa capacidade de observação e tradução da demanda, mas ao mesmo tempo o posicionamento na base da pirâmide, leva, muitas vezes, ao sentimento de inoperância, de possibilidades frustradas que se dão no próprio nível de desarticulação das políticas públicas.

Há, por parte dos ACS, uma vontade/tentativa de cumprir com os dois campos de ação em atenção à saúde para além do primeiro elencado na NOB 96, que se restringe à assistência médica. Conforme a norma, esses campos são "Intervenções Ambientais" e "Políticas Externas ao Setor de Saúde". Porém, suas possibilidades de efetivação ainda se encontram aquém da capacidade de tradução do ACS. A respeito de um problema de vazamento de esgoto em uma das ruas da favela, afirmei, quando solicitada a resolver a questão, que a situação deveria ser encaminhada à Região Administrativa (RA) do bairro (similar à subprefeitura) para a verificação e manutenção da rede pública; a ACS com quem eu conversava me respondeu em tom de desânimo "Eu já fui lá, menina, já fiz de tudo, daqui a pouco sou eu lá com um balde tirando aquele esgoto".

Os agentes comunitários de saúde possuem em comum um papel social, mas também um endereço (de trabalho e moradia) singular na cidade do Rio de Janeiro – territórios populares,

principalmente favelas. Constroem, dessa forma, um universo de atuação e sociabilidade próprio, rico e de muitas frustrações devido ao alcance limitado de suas ações. Seus papéis ganham densidade à medida que costuram uma sociabilidade própria do cuidar no bairro, que se viabiliza e encontra seu sucesso na antítese à sociabilidade violenta que domina o contexto urbano naquela localidade. "Sociabilidade, como figura em dicionários da língua portuguesa, é, por sua vez, uma 'característica do que é sociável, um 'prazer de levar a vida em comum', uma 'inclinação a viver em companhia de outros', uma 'aptidão para viver em sociedade', uma 'socialidade'" (SIMÕES, 2009, p.4).

Esses agentes, apesar do pouco tempo de sua constituição como figura reconhecível no bairro (menos de uma década), constroem uma memória coletiva e uma identidade pública através das quais emana o seu saber-poder. A esse acolhimento, presente nos dois sentidos paciente/morador e ACS/morador e, também, ACS/morador e paciente/morador, desenvolve-se cotidianamente, com o fluxo do ir e vir, com o encontro nas ruas, os cumprimentos e, principalmente, com as visitas domésticas, a vivência, uma terapia que se forma a partir do observar, escutar e traduzir. Sobre esse processo afetivo, certa vez Flor me disse: "sou eu que tenho que olhar e perceber que aquilo lá é um problema, que não tá certo, não tá bom, e ai levar pra clínica, ver o que se pode fazer".

Percebe-se, então, esse duplo movimento: uma Clínica de Saúde e sua equipe de saúde da família que demarca e se responsabiliza por um território, que "acolhe" um território, e um território que identifica e reconhece aquela clínica e sua equipe como sua, como seu refúgio, e que, portanto, "acolhe" também a clínica e seus representantes. "Assim, este tipo de acolhimento [...] consiste em uma sociabilidade que é, ela mesma, uma técnica, um método, um modo de proceder" (SIMÕES, 2009, p. 12).

O que se observou com o trabalho de campo é que esse método de proceder dos agentes comunitários de saúde, a sociabilidade intrínseca à sua posição, pode estar associada à presença continuada de um profissional habilitado da construção civil para a identificação e resolução de melhorias habitacionais, efetivando o direito à moradia adequada de forma alternativa à construção de novas unidades habitacionais. Nesse sentido, a arquitetura e o urbanismo, se entendidos como parte dos serviços públicos, integralizando a promoção à saúde no atendimento às famílias de baixa renda, pode transformar o quadro geral da inadequação domiciliar no Brasil.

Cabe, aqui, uma distinção entre os conceitos "déficit habitacional" e "inadequação domiciliar", correspondentes às situações familiares distintas, porém, ambas constituintes do quadro geral da precariedade habitacional brasileira. Com déficit habitacional, entende-se a ideia mais imediata da necessidade da construção de novas moradias⁹. Por outro lado, a inadequação domiciliar representa problemas na qualidade de vida dos moradores, ou seja, não está relacionada ao dimensionamento do estoque de habitações, mas a suas especificidades internas que acarretam diretamente a diminuição do bem-estar físico e mental do seu ocupante¹⁰. Este estudo destaca a dimensão da inadequação domiciliar como alvo da ação direta de uma política intersetorial entre o campo da saúde e do planejamento urbano. Foi tal dimensão que se refere à concepção ampla de moradia, que possibilitou a entrada e continuidade da pesquisadora no campo de estudo, como arquiteta capaz de realizar melhorias habitacionais demandadas por seus próprios moradores e traduzidas pelos ACS.

⁹ Entre os componentes que constituem estatisticamente o déficit habitacional, estão: domicílios improvisados e coabitação familiar (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2018).

¹⁰ Entre os componentes que constituem estatisticamente a inadequação domiciliar, estão: carência de infraestrutura urbana – energia elétrica, abastecimento de água com canalização interna, rede geral de esgotamento sanitário ou fossa séptica, coleta de lixo regular pelo menos duas vezes por semana –, adensamento excessivo de domicílios urbanos (medido a partir do número de moradores por dormitório), ausência de banheiro exclusivo, cobertura inadequada e inadequação fundiária urbana (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2018).

De acordo com os dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE em 2015 e elaborados pela Fundação João Pinheiro (FJP), entre os critérios de inadequação domiciliar analisados no ano de 2015, o Brasil contava com 7,2 milhões de domicílios carentes de pelo menos um tipo de infraestrutura urbana, o que corresponde a 12,3% dos domicílios particulares permanentes urbanos do país¹¹. A região Nordeste apresenta o pior desempenho nesse critério em 2015, com 3,07 milhões de domicílios com carência de, pelo menos, um serviço de infraestrutura. Em seguida, está a região Sudeste, com 1,194 milhões de domicílios. Contrariando as expectativas, o Sudeste é a primeira região do pais em números absolutos de domicílios com ausência de banheiro de uso exclusivo, sendo um total de 71.521 casos. Essa região também é a primeira em números absolutos de adensamento excessivo¹², com um total de 520.598 mil casos.

Desse modo, partimos do pressuposto que a discussão do tema habitacional possui forte interface com outras questões, notadamente com o setor de saúde. É inadequado uma abordagem setorial que busque reduzir a complexidade do habitat a um déficit habitacional *stricto sensu*. É inadequado exigir projetos de arquitetura e urbanismo somente às construções novas. Temos a urgência de uma profunda revisão no universo profissional dos arquitetos e da construção e de aplicação de políticas habitacionais em consonância com outros serviços públicos. É preciso, nessa medida, entrar nas casas e melhorá-las; não basta aos arquitetos e engenheiros ater-se tão e somente ao espaço público. É preciso enfrentar a dimensão domiciliar, do espaço privado das casas, como uma dimensão que compõe o quadro geral de saúde e o quadro geral urbano do país. Se nos atermos somente ao índice de adensamento excessivo de domicílios do Sudeste, temos 520.598 casas que precisam de reformas de ampliação; somente na cidade do Rio de Janeiro, esse número, em 2015, é de 182.726 casos-casas-famílias que precisam de mais espaço e que farão, ou estão fazendo, essa melhoria, muito provavelmente sem o acompanhamento técnico necessário.

Estamos tratando do conceito de melhorias habitacionais que corresponde a todas as intervenções que visem a transformação das condições de habitabilidade do espaço construído, tais como: ampliação da unidade, melhoria das condições de iluminação e ventilação, melhoria das instalações hidrosanitárias, correção de patologias construtivas, conexão das unidades às redes públicas de infraestrutura (principalmente em relação ao esgotamento sanitário). Apesar do índice de inadequação domiciliar apresentado pela FJP não levar em conta todos os aspectos sob os quais arquitetos e engenheiros podem intervir de forma a melhorar as condições de habitabilidade de uma família, ele nos dá uma grandeza desse universo sobre o qual não há nenhum programa público que se desenvolve de forma continuada e sistemática.

Temos a disponibilidade de profissionais de direito de forma pública e continuada, com as defensorias; temos a disponibilidade de profissionais da saúde de forma pública e continuada, com o SUS; temos a disponibilidade de transporte urbano de forma pública e continuada, entre diversos outros serviços públicos, mas não temos uma estrutura pública de provisão de serviços que garanta o acesso à boa técnica construtiva de forma pública e continuada à população mais pobre de nossas cidades.

De acordo com a FJP, a faixa de renda de até três salários mínimos é a responsável por uma média de 60% dos domicílios com pelo menos um tipo de carência de infraestrutura, índice que chega a quase 80% dos domicílios na região Nordeste do país. Se nos atermos aos domicílios

¹¹De acordo com a FJP, no critério de inadequação domiciliar, estão excluídos os domicílios rurais, pois entende-se que a adequação da moradia rural compreende outros aspectos. Este índice refere-se, portanto, apenas aos domicílios urbanos do país.

¹² O adensamento excessivo considera apenas os domicílios (casas e apartamentos) próprios. Os alugados são incorporados ao cálculo do déficit habitacional. Caracteriza situação em que o número médio de moradores no domicílio é superior a três por dormitório. O número de dormitórios corresponde ao total de cômodos que servem, em caráter permanente, de dormitório para os moradores do domicílio. Assim, incluem-se também os cômodos que, mesmo não sendo feitos para tal fim, cumprem essa função, como cozinhas e áreas de serviço.

sem banheiro de uso exclusivo, a faixa de renda de até três salários mínimos corresponde à cerca de 90% das ocorrências em quase todas as regiões do Brasil. No cadastro de famílias feito nas Clínicas da Família no momento de adscrição de determinado território à uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, o componente renda familiar é registrado. Logo, o cruzamento de dados, espacialmente localizados, é possível. É nesse ínterim que defendemos a presença de uma equipe de arquitetura e engenharia na forma de um escritório público de assistência técnica alocado diretamente dentro de uma Clínica da Família e trabalhando em relação direta com ACS. Entende-se que um programa de assistência técnica para o projeto e a construção de melhorias habitacionais no ambiente das favelas só é possível com a presença continuada dos profissionais da construção civil no território, no próprio local onde a necessidade se espacializa de fato, sendo a estrutura de distribuição das Clínicas da Família o lócus ideal para a presença deste escritório público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que é central no debate conduzido por este artigo são as relações entre os seres humanos e o seu meio de vida. Central, também, no movimento de reforma sanitária e, posteriormente, no movimento de reforma urbana. Esses movimentos trouxeram a categoria "território" para o centro das investigações das práticas em saúde e das práticas urbanas, respectivamente. Na saúde, os determinantes sociais reificados na construção física do espaço urbano passaram a configurar perfis territoriais que revelam a prevalência de determinadas enfermidades em populações especificas de uma cidade. Esses perfis territoriais identificados pelos Sistemas Municipais de Saúde passaram a orientar a distribuição espacial das UBS/CF nos municípios brasileiros. Perfis territoriais de maior necessidade, notadamente, as favelas cariocas, passaram a receber um maior número de unidades de saúde e, consequentemente, de agentes de saúde, alterando a circulação de usuários do SUS no âmbito da atenção básica, dentro da cidade, alterando, ainda, as formas e significados que a própria favela tem para seus moradores. Somado a isso, a experimentação das Clínicas da Família como Unidades de Vizinhança, como relatado na segunda seção deste trabalho, constata como as práticas organizadoras do sistema de saúde são, também, práticas organizadoras da cidade.

Ressalta-se que a assistência técnica, assim como a assistência em saúde, não se limita à técnica propriamente dita. Nesse sentido, a fragmentação da cidade, entre espaços incluídos no processo de valorização do capital e espaços excluídos do mesmo, fragmenta igualmente os sujeitos que a compõem, bem como os coletivos que estão presentes nesses diversos espaços. A possibilidade de atuação de um agente que se contraponha à essa fragmentação – um agente que se some à multiplicidade de atores que vivem dinâmicas desiguais e, dessa forma, não se percebem como uma coletividade e/ou como detentores de direito, como são os ACS – abre alternativas à implementação e enraizamento de políticas públicas nos processos cotidianos, alterando as relações entre as pessoas e entre essas e o poder público.

Nessa perspectiva, a assistência técnica em arquitetura e urbanismo não constitui única e exclusivamente de técnica, mas também, uma assistência política de apropriação e reapropriação da cidade e de seus espaços urbanos comuns. Ao transformar o ambiente construído à sua volta, o ser humano transforma a si mesmo, seus hábitos, sua rotina e suas referências. Não se projeta apenas uma casa, mas uma casa em uma cidade.

A boa técnica construtiva tem caráter emancipatório é papel fundamental na promoção da qualidade e desenvolvimento humano. Casas que não promovem o convívio familiar, que não oferecem espaços para reunião da família, brincadeira das crianças e local de estudo, não criam boas condições de desenvolvimento pessoal, familiar e coletivo. É esse o caráter político-emancipatório que o ambiente construído da casa e da cidade deve fornecer ao seu habitante. É essa a ideia que associa, de maneira tão próxima, habitabilidade e participação; é essa a ideia que a Assistência Técnica pode promover no ambiente das favelas, principalmente, se estiver

relacionado à promoção da saúde, entendendo a promoção da saúde como promoção do direito à cidade.

Dessa forma, a mediação/tradução estabelecida através dos ACS ganha nova dose de importância. Quando esse agente é encarado como um "implementador de políticas públicas", ou seja, aquele que mediante suas interações com os moradores é capaz de concretizar, de tornar realidade, de enraizar políticas públicas, sejam elas medidas no âmbito da saúde ou da habitação, esse agente ganha outro grau de importância na comunidade. É essa a importância que identificamos como a ampliação de suas capacidades de interação/articulação, chamando o de um "agente urbano".

E este olhar para o local, para seu cotidiano, para seus saberes e suas práticas significa olhar para a sociedade civil e sua interação com o Estado. Neste sentido, a ideia de políticas públicas territorializadas passa necessariamente pela incorporação daqueles que promovem a interação entre Estado e sociedade, ou seja, os implementadores de políticas públicas. A consideração destes implementadores nos auxilia a compreender como as políticas incorporam as dinâmicas locais, já que estes atores podem construir processos de mediação entre os usuários, a sociedade civil e o Estado. [...] No nosso estudo, ainda, consideramos que o projeto de mediação dos agentes implementadores se dá a partir de dois movimentos: 1) estes agentes levam as ideias, práticas e ações das políticas públicas para público beneficiário, 2) estes agentes trazem as ideias, informações e necessidades do público beneficiário para dentro do aparato estatal (LOTTA, 2012, p. 214, grifo nosso).

Por fim, acreditamos que, para a implementação de forma sistêmica e continuada da Lei de Assistência Técnica dentro do cenário das favelas brasileiras, é preciso considerar o arquiteto e o engenheiro dentro do aparato estatal em contato direto com os implementadores de políticas públicas da saúde, que são os ACS, configurando uma política intersetorial através do planejamento da saúde e do planejamento urbano. O que a análise da atuação dos ACS proporcionou, a partir do trabalho de campo realizado no âmbito desta pesquisa, foi a constatação de que a prática das políticas públicas varia de acordo com fatores relacionados ao cotidiano de sua implementação. Somente a relação dos agentes com o território, com as pessoas e com as suas vivências é capaz de enraizar as práticas das políticas públicas, que se retroalimentam nesse próprio enraizar-se.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- _____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34p.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988.
- _____. **Diretrizes Operacionais Pactos pela Vida, em defesa do SUS e da Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84p.
- CORDEIRO, G. As Cidades Fazem-se por Dentro: Desafios da Etnografia Urbana. **Cidades, Comunidades e Territórios**, Lisboa, n. 20/21, p. 111-121, 2010.
- CUNHA, N. **Viagem, experiência e memória**: narrativas de profissionais da saúde pública dos anos 30. Bauru, SP: Edusc, 2005.

- DURKHEIM, E. **Da divisão do trabalho social**. Tradução Eduardo Brandão. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **R. RA´E GA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Déficit habitacional no Brasil 2015**. Diretoria de Estatística e Informações. Belo Horizonte: FJP, 2018.
- HOLANDA, S. B. As razões do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- LOJKINE, J. O Estado Capitalista e a Questão Urbana. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- LOTTA, G. **Saberes Locais, Mediação e Cidadania**: O caso dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, p. 201-222, 2012.
- RIO DE JANEIRO. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. 112p.
- SIMÕES, S. Cuidar do Ser: sociabilidade feminina e hermenêutica em um conjunto habitacional da zona sul do Rio de Janeiro. *In*: FLEISCHER, S.; TORNQUIST, C.; MEDEIROS, B. (org.). **Saber cuidar, saber contar**: ensaios de antropologia e saúde popular. Florianópolis. UDESC: Editora, 2009.

INFORMAÇÕES DA/O AUTOR/A

Flavia Garofalo Cavalcanti

Mestre em Planejamento Urbano e Regional, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPUR/UFRJ). Professora da Universidade São Francisco (USF), São Paulo.

E-mail: flavia.garofalocavalcanti@gmail.com

Orcid: orcid.org/0000-0001-7299-468X Lattes: lattes.cnpq.br/9966222925613947

Recebido em 29/02/2020 Aceito em 26/06/2020