



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO POPULAR E PROMOÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS NA CONVIVÊNCIA COM O SEMIÁRIDO

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA NICOLAU

TERRITORIALIZAÇÃO PARTICIPATIVA E CARTOGRAFIA SOCIAL: RESSIGNIFICANDO SABERES E FAZERES NOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

EUSÉBIO – CE

JUNHO DE 2020

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA NICOLAU

**TERRITORIALIZAÇÃO PARTICIPATIVA E CARTOGRAFIA SOCIAL:
RESSIGNIFICANDO SABERES E FAZERES NOS PROCESSOS DE TRABALHO
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido, da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Ceará.

Orientadora: Profa. MS Olga Maria de Alencar

EUSÉBIO – CE

JUNHO DE 2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Escritório Técnico Fiocruz Ceará
Biblioteca Fiocruz Ceará
Gerada mediante dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N639t Nicolau, Maria Aparecida de Oliveira.
Territorialização Participativa e Cartografia Social:
Ressignificando Saberes e Fazeres nos Processos de Trabalho
na Estratégia de Saúde da Família / Maria Aparecida de
Oliveira Nicolau. – 2020.
36 f. : il. : color.

Orientadora: Profa. MS Olga Maria Alencar.
TCC (Especialização em Educação Popular e Promoção de
Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido) –
Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2020.

1. Participação Popular. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Integralidade. I. Título.

CDD – 362.1068

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA NICOLAU

TERRITORIALIZAÇÃO PARTICIPATIVA E CARTOGRAFIA SOCIAL:
RESSIGNIFICANDO SABERES E FAZERES NOS PROCESSOS DE TRABALHO
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à banca do Curso de Especialização em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz-CE como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido.

Banca Examinadora

Profa. MS Olga Maria Alencar (Presidente/Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra. Tatiana Monteiro Fiuza
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Vanira Matos Pessoa
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Ceará

Data da Aprovação: 19 de junho de 2020

EUSÉBIO-CE

AGRADECIMENTOS

Sobretudo a **Deus** pelo dom da vida, inspiração, provas evidentes de seu amor e cuidados incondicionais.

A meu esposo **Geraldo** e meus filhos **Samuel, Davi e Emanuel** pela cumplicidade, credibilidade e presença amorosa em cada uma das etapas de minha vida.

A **Fundação Oswaldo Cruz Ceará** pelo percurso formativo nas pessoas de **Vera Dantas, Ray Lima, Ana Cláudia Araújo e Gigi**. Exemplos de horizontalidade na relação educador-educando.

Gratidão especial a minha Orientadora, Mestre e amiga **Olga Alencar**, sua hombridade, parceria, dedicação e competência tornaram possível a realização desse sonho.

Obrigada a **Juliana Câmara**, atual gestora da Saúde Pública em Quixadá, pela credibilidade, liberdade cedida e apoio para realização desse curso e de todos eventos relacionados ao mesmo.

À minha enfermeira Coordenadora **Semíramis Bernardino**, seu apoio me proporcionou trilhar os passos e alcançar os objetivos propostos.

Às minhas **colegas Agentes Comunitárias de Saúde**, todos e todas **profissionais da Estratégia de Saúde da Família Centro I**. Personagens que foram o diferencial em cada uma das etapas desse processo de construção formativa/participativa.

À minha amiga e colega **Mara Natália** com que partilhei o caminhar nesse Curso de Especialização. Sua contribuição me fez acreditar que desafios existem para serem superados e que desbravar caminhos e trilhas se torna mais leves quando se tem e se pode contar com ajuda.

Às **Residentes da Escola de Saúde Pública do Ceará – Centro Quixadá**, turma 2019. De uma parceira ilimitada, sem prazo de validade, disponibilidade e potencialidade.

A todos que fazem parte do **EdPopSUS Quixadá** com menção especial à **Elisângela Pereira, Erialdo Olímpio, Gilmara Silveira, Luzia Rayanne, Eloni Sousa, Luisa Sousa, Júlia Mábia, Júlia Lima, Renata Viera e Dário Queiroz**. Resiliência, resignação e pura sinergia colorindo a vida e desenhando felicidade.

De modo sublime **a população**, aos **atores e atrizes** que estiveram envolvidos nessa construção coletiva tecendo saberes e gerando protagonismo. Vocês são prova viva de que 'transformar é não fácil, mas é possível'.

Por fim, e não menos importante, a todos e todas **Amantes da Educação Popular, principalmente aos colegas do nosso Curso de Especialização**. E a nós um lembrete de Paulo Freire: *estamos a favor da vida, da equidade, do direito, da convivência com o diferente e não da sua negação. Vivamos a nossa opção, caminhemos de modo a diminuir a distância entre o que dizemos e o que fazemos.*

*É preciso ter esperança, mas ter
esperança do verbo esperar; porque tem gente
que tem esperança do verbo esperar. Esperançar
do verbo esperar não é esperança, é espera.*

*Esperançar é se levantar, esperançar é ir
atrás, esperançar é construir, esperançar é não
desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é
juntar-se com outros para fazer de outro modo...*

RESUMO

Esse relato de experiência apresenta a Territorialização Participativa e a Cartografia Social como uma possibilidade de ressignificação da organização dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS) à luz dos princípios da Educação Popular. Bem como, aborda alguns conceitos basilares que podem contribuir para a ampliação e visibilização das percepções de território de saúde para além de um espaço geográfico previamente delimitado, com uma proposta de atenção à saúde norteada em um modelo quantitativo, biológico, fragmentado, com prevalência e foco no adoecimento, no curativismo e nos programas. Aponta para um modelo de promoção e cuidado holístico, integralizado, horizontalizado pela tecitura dos mais diversos saberes existentes no território no sentido de assegurar a participação e atuação popular no campo da saúde e dessa forma garantir a visão mais abrangente do território saúde, seus problemas, suas necessidades e potencialidades. Tem ainda como objetivo registrar um trabalho pioneiro de territorialização participativa e cartografia social que vivenciamos na cidade de Quixadá-CE, especificamente na Estratégias de Saúde da Família - Centro I, e visibilizar os resultados desse processo participativo e a construção da sistematização da experiência vivida. Ademais, visa contribuir com os saberes e fazeres no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) com vistas a aproximação da comunidade nas ações de modo a transformar as realidades e superar os problemas por meio da participação popular e de seu empoderamento.

PALAVRAS-CHAVE: Participação Popular. Atenção Primária à Saúde. Integralidade.

ABSTRACT

This experience report presents the Participatory Territorialization and the Social Cartography as a possibility of resignification of the practices in the work processes in Primary Health Care in the light of the principles of Popular Education. As well as addressing some basic concepts that may contribute to the expansion and visibility of perceptions of health territory beyond a previously delimited geographical space, with a health care proposal guided by a quantitative, biological, fragmented model, with prevalence and prevalence. focus on illness, healing and programs. It points to a holistic, integrated, promotion and care model, horizontalized by the weaving of the most diverse knowledge existing in the territory, in order to ensure the participation and popular action in the health field and thus guarantee the broader vision of the health territory, its problems, your needs and potentialities. It also aims to record a pioneering work of participatory territorialization and social cartography that we experienced in the city of Quixadá-CE, specifically in the Family Health Strategies - Center I, the results of this participatory process and the construction of the systematization of the lived experience. Moreover, without pretending to the unfinished, it aims to contribute with knowledge and practices in Primary Health Care with a view to bringing the community closer to actions in order to transform realities and overcome problems through popular participation and empowerment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário (a) de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ-CE	Fundação Oswaldo Cruz no Estado do Ceará
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DE LITERATURA	12
4	METODOLOGIA.....	15
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES: Sistematizando a experiência da territorialização participativa e cartografia	18
5.1	O ponto de partida: vivendo a experiência	18
5.2	As perguntas iniciais.....	20
5.3	Recuperando vivido e refletindo o experienciado	21
5.4	Os pontos de chegada	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS	33

2 INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de saúde na atenção primária ancorada em sua forma meramente administrativa, pressupõe o território como um espaço com delimitações geográficas e localização predeterminadas, negligenciando muitas vezes elementos e movimentos que identificam problemas e agravos na saúde, bem como as possibilidades das soluções e intervenções para as transformações das realidades.

No entanto, o território transcende os limites espaciais e adentra na socialização, na cooperação entre os sujeitos, reunindo assim, em sua lógica interna a interação entre as pessoas e os serviços de saúde, condicionantes e determinantes oriundos de um campo mais complexo em um eterno movimento. Razão pela qual, o território precisa ser visto com maior amplitude, considerando a sua dinamicidade, potencialidades e características gerais. “Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, histórico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza em um espaço em permanente construção” (MENDES; 1993).

Nesse sentido, emerge o reconhecimento desse território como um passo básico para caracterizar seus atores, seus agravos prevalentes, vulnerabilidades e potencialidades. Bem como, desenvolver e fortalecer os vínculos e o dialogismo entre a população e a equipe de saúde da família, devolvendo a esses o empoderamento, a emancipação na construção dos processos de cuidados da saúde, da promoção e da garantia da autonomia dos sujeitos. E dessa forma, edificar bases estruturantes e organizacionais para os processos de trabalho em direção a um modelo participativo, intersetorial que articule cuidado, prevenção e promoção. (OLIVEIRA; CASANOVA, 2008).

Enquanto Agente Comunitária de Saúde (ACS) sempre me deparei com inúmeros trabalhos de territorialização desenvolvidos em minha área de atuação, sempre obedecendo uma lógica pautada em modelos quantitativos, biológicos, geométricos, com prevalência e foco no adoecimento das pessoas. Um trabalho mecanicista limitado a levantar dados e informações tendo como sujeitos desse processo exclusivamente os agentes comunitários de saúde, enfermeiros e por vezes alguns acadêmicos ou estudantes que precisam conhecer o território saúde.

No ano de 2019 me foi oportunizado ser pós graduanda do Curso de Especialização em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz no Estado no Ceará (FIOCRUZ-CE), essa experiência nos possibilitou, dentre muitos aprendizados, a construção de um novo olhar acerca do processo de territorialização e cartografia social apontando um caminho que sinaliza melhorias da organização dos serviços e do processo de trabalho participativo junto a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Enquanto aluna deste Curso de Especialização, estivemos conduzindo o primeiro processo de territorialização participativa e cartografia social no Município de Quixadá, Estado do Ceará, especificamente no território de Saúde Centro I. Uma ação que contou com a parceria de outra educanda da especialização e diversos atores.

Essa vivência nos motivou a partilhar esse processo experienciado, a sua riqueza, complexidade e inovação, tendo em vista a possibilidade de subsidiar a (re)construção dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Inspirando práticas de saúde reorientadas na partilha e tecitura da multiplicidade dos saberes. Fomentando uma concepção de cuidado e promoção integrado, delineando uma proposta de trabalho que possibilite um olhar amplificado, híbrido, holístico do território, valorizando a participação popular, fincando raízes estruturantes no dialogismo, na autonomia dos sujeitos, no protagonismo, corresponsabilidades e possibilidades de transformação das realidades. Ou seja, a construção do processo de territorialização participativa e cartografia social priorizando a participação popular e amplificando a participação direta desses atores e de seus produtos resultantes desse processo como veículo norteador das ações de cuidado e promoção da saúde e vida na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Sem a pretensão de esgotar o assunto, nosso papel destina-se a inspirar outros territórios e agentes de transformação, em especial agentes comunitários de saúde, demais profissionais da ESF e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a que se percebam importantes e potentes de igual modo no processo de construção da promoção da saúde, da vida e da felicidade nos espaços de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o processo de Territorialização Participativa e Cartografia Social vivenciado na Estratégia de Saúde da Família Centro I, no município de Quixadá, cidade do Sertão Central do Estado do Ceará no ano de 2019.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a importância da participação popular no processo da Territorialização, Cartografia e Planejamento das ações na ESF Centro I;
- Refletir sobre as ações de intervenção e produtos resultantes da Territorialização Participativa e Cartografia Social;
- Sistematizar a experiência da Territorialização Participativa e Cartografia Social no Território de Saúde Centro I, Quixadá-Ce.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Nos últimos anos, regista-se uma vasta produção bibliográfica com ênfase no campo da saúde, com abordagens que visam fundamentar e dar suporte a conceitos relacionados a território de saúde e territorialização. Nosso ideário, a princípio, se insere na tentativa de compreender o território para além de um espaço geográfico, de um simples recorte político, administrativo e operacional do sistema de saúde. Por conseguinte, vale considerar a assertiva que se segue:

Território pressupõe a ideia de espaço e delimitação geográfica predeterminadas, mas no contexto das ações da Atenção Básica à Saúde, esse território necessita ser visto de forma ampla, contemplando a dinâmica de vida da população, com as suas dificuldades, suas potencialidades e seus referenciais culturais. Podemos compreender esse território na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde. (COSTA; VANCONCELOS, 2016, p.73).

Ratificando e ampliando esse entendimento PESSOA *et al.* (2012, p. 2254) nos dizem que:

(...) é essencial discutir a concepção de território que ancora a política de saúde, entremeando-a ao contexto social, econômico, político, cultural e ideológico, bem como propor metodologias analíticas participativas de base territorial, considerando que a leitura integrada do espaço social necessita de uma visão de território, concebendo o espaço como um híbrido entre sociedade e natureza, entre política, economia e cultura, e entre materialidade e “idealidade”, numa complexa interação tempo-espaço.

Dessa forma compreendemos a importância do reconhecimento desse território com vistas a caracterizar a população, seus problemas de saúde, seus agravos, potencialidades, perfil, como também resultados dos serviços de saúde, fortalecimentos de vínculos entre os profissionais e a população e a participação destes nos processos de trabalhos na ESF, uma vez que os serviços devem dialogar com as necessidades dos usuários do serviço na Atenção Primária à Saúde (APS). “O ponto de partida desse processo é a territorialização do sistema de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município, segundo a lógica de

relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde”. (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p.902). Sob a égide que territorializar implica romper com modelos tradicionais e inserir participação comunitária. Esta não se restringe meramente a elaboração de mapas ou a um passeio pelo território com os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), com um olhar mecanicista focalizando áreas de riscos, apontando vulnerabilidades, quantificando doenças e agravos (PESSOA *et al.*, 2012, p. 2254).

Porém, construir possibilidades organizativas e gerenciais dos serviços incluindo a população no processo de territorialização e no planejamento das ações por meio do diálogo e da interação entre os profissionais da estratégia de saúde da família e a comunidade. Propiciando corresponsabilidades, protagonismo, autonomia e mudanças. “Não se pode estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. Mudar é difícil, mas é possível” (FREIRE, 1996, p. 79).

Dessa forma é imprescindível que haja a aproximação entre os sujeitos que promovem a saúde, ou seja, entre a comunidade e profissionais da saúde. Para que se possa conhecer e reconhecer o território em suas múltiplas dimensões e percepções. “E para conhecer é preciso partir dos níveis de percepções em que se encontram as pessoas, a população, e com eles ir avançando e transformando” (TORRES, 1987, p. 82). No sentido da construção de uma atenção integral, que está para além dos programas com focos e recortes fragmentados, que agrupam as pessoas em criança, idosos, mulheres, trabalhadores, gestantes e se limitam a uma mera estratégia organizativa e gerencial dos serviços, excluindo a participação popular, e uma visão híbrida do território, desprezando as múltiplas parcerias, não sedimentado o compromisso ético-sanitário da equipe com a população e a corresponsabilidade dos sujeitos nos cuidados com a saúde e promoção da mudança. (PESSOA *et al.*, 2012, p. 2254).

É preciso considerar que o atual modelo dos serviços na atenção primária à saúde ainda está norteado em moldes tradicionais, onde “a forma de arranjo das ações de saúde permanece pautada nos programas, nos aspectos biológicos, priorizando o enfoque na doença, no risco, gerando assim fragmentação das ações sem êxitos na organização e operacionalização das práticas de vigilância da saúde nos serviços” (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009, p. 932).

Vale abalizar a produção cartográfica como uma estratégia importante de organização dos serviços dos processos de trabalhos e suas práticas na atenção primária à saúde, onde a técnica de construção do mapa se dá de forma coletiva e tenha como produto um mapa que permite a visualização espacial, a partir do olhar dos diversos atores presentes no processo de territorialização e na comunidade. Um mapa falante, vivo, que expresse, por meio, de sua representação artística coletiva as percepções tanto da equipe de estratégia de saúde da família, quanto da população. Não obedecendo a um modelo tradicional e estático.

Seguindo dessa lógica, na cartografia, a construção de mapas permite a captação da complexidade presente no campo e nos dados produzidos, que falam dos encontros entre os mais diversos atores. Nessa perspectiva, a cartografia é um modo de mapear a realidade, de acompanhar os processos de produção, de possibilitar o acompanhamento dos movimentos, dos percursos e intensidade os sujeitos que compõem a complexa produção de cuidados em saúde. (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013, p. 203).

Esse processo de construção de mapa deve ser antecedido pelo dialogismo, debate, problematização, partilha dos saberes e das experiências acumuladas pela comunidade e profissionais de saúde, num contexto “onde não existe saber mais ou saber menos, apenas saberes diferentes” (FREIRE, 1987). E deve ser utilizado como ferramenta potente para nortear o planejamento das ações na atenção primária à saúde por imprimir a realidade da população e adotar uma metodologia que se fundamenta num eterno processo de construção e reconstrução, “utilizando-se da noção de devir como uma abertura do inacabado” (DINIS, 2008, p. 358).

Autores ratificam que as técnicas participativas utilizadas para delinear e definir a percepção do território, de seu espaço geográfico são ferramentas potentes para a partilha do conhecimento e contribuem diretamente para agregar novas informações, que muitas vezes não são percebidas, visibilizadas pelos profissionais que fazem parte da equipe de saúde da família, ou não estão presentes na base da dados oficiais. Adotando essa perspectiva, inferimos que o território precisa ser desvelado pelos profissionais e a comunidade além das áreas adstritas e dos problemas emergenciais. Que não procure apenas identificar as causas das causas dos problemas de saúde, mas principalmente identificar e mergulhar nos processos históricos que geram os problemas de saúde coletiva. (PESSOA *et al.*, 2012, p. 2255).

Nesse contexto, legitimizar essas ações implica em fomentar e incentivar sistematicamente a participação popular nos processos da organização dos serviços, pressupondo o fortalecimento das relações que se estabelece no universo das práticas cotidianas à luz da perspectiva popular, constituindo ainda, bases para o protagonismo e ações de transformações às situações-limites das realidade e buscando a superação da consciência ingênua rumo ao inédito viável. (PULGA, 2014, p. 124).

Embasados nestes pressupostos vimos apresentar uma territorialização participativa e a construção coletiva da cartografia social, com vistas ao empoderamento da população nos processos de trabalho, visibilizando a visão da comunidade e a sua participação do planejamento na Estratégia de Saúde da Família – ESF.

5 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de nosso processo de territorialização participativa, que culminou em uma produção cartográfica coletiva, realizada no território de saúde Centro I, cidade de Quixadá-Ce. Uma vivência que possibilitou a participação popular e a interação da comunidade com a equipe multiprofissional e intersetorial, imprimindo uma proposta inédita no modelo de territorialização e cartografia social do município de Quixadá - CE.

Optamos por uma abordagem qualitativa, por entender ser o método que se dedica ao estudo das representações, dos níveis mais profundos das relações sociais, da historicidade, oralidade, das crenças, das percepções, múltiplas opiniões e interpretações que os sujeitos fazem de seus modos de vida, sentimentos e pensamentos para além das fronteiras da tecnicidade. (MINAYO, 1996, p. 21).

As estratégias adotadas na realização da experiência foram em grande parte norteadas pelo Curso de Especialização em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis em Convivência com o Semiárido, realizado pela FIOCRUZ-CE, em 2019, ampliada e/ou readequadas a realidade do território onde se deu o experimento. A saber: reuniões de planejamentos, mobilização, realização de

oficinas, análise dialogada e coletiva do território, reconhecimento dos elementos que ameaçam e promovem a saúde e a vida no território, construção/confeção coletiva de um mapa falante e cartografia do território Centro I, sistematização de experiência de um elemento força e a elaboração/realização de um plano de intervenção de uma das ameaças a saúde e a vida no território.

Salientamos que na condução dos processos tivemos como primazia os princípios político-pedagógico da Educação Popular, defendendo a participação e a valorização dos sujeitos, a afetividade, a criatividade, a problematização, a autonomia individual e coletiva, ampliando significados, valorizando o saber popular, produzindo reflexões críticas, dialogando e acolhendo.

A Educação Popular, portanto, traz um referencial caracterizado pelo diálogo entre os sujeitos, (...) pela compreensão integral de ser humano como sujeito constituído por várias dimensões (...). Nessa perspectiva busca promover a participação dos sujeitos sociais, incentivando a reflexão, o diálogo e a expressão da efetividade, potencializando a sua criatividade e a sua autonomia. (PULGA, 2014, p. 129).

Para a construção do relato de experiência e suas reflexões, optamos pelo método de Sistematização de Experiência de Oscar Jara Holliday (2007). O qual corrobora com a citação que se segue com vistas a definição desse método:

A palavra sistematização, utilizada em diversas áreas, quer dizer principalmente **classificar, ordenar ou catalogar dados e informações** – “*organízalos em sistemas*”. Esta é a definição mais comum e difundida desta terminologia. Contudo, no campo da Educação Popular e no trabalho em processos sociais, utilizamos o termo num sentido mais amplo. Referimo-nos não só a compilar e ordenar dados e informações, mas também a obter aprendizagens críticas a partir das nossas experiências, como tal, não dizemos apenas “*sistematização*”, mas sim “*sistematização de experiências*”. (HOLLIDAY, 2007, p. 6) grifos do autor.

Segundo este autor “as experiências são processos históricos e sociais dinâmicos: estão em permanente mudança e movimento. São processos complexos onde intervém uma série de fatores objetivos e subjetivos que se interligam”. Holliday ao citar Diego Palma nos esclarece que “a sistematização inclui-se nessa ampla corrente que busca compreender e tratar com o qualitativo da realidade e que se

encontra em cada situação particular”. (HOLLIDAY, 2006, p. 16, *apud* PALMA,1992, p. 13).

Essa proposta metodológica nos sugere os seguintes passos: O ponto de partida: viver a experiência; as perguntas iniciais; Recuperação do Vivido; Reflexões de Fundo e os Pontos de chegada. (HALLIDAY, 2007, p.19-20).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES: Sistematizando a experiência da territorialização participativa e cartografia

6.1 O ponto de partida: vivendo a experiência

O processo de territorialização participativa e cartografia social a que se destina este relato, ocorreu de fevereiro a junho de 2019. Nesse percurso nosso principal desafio foi o de (re)construir a territorialização e cartografia do território de saúde Centro I em Quixadá, ancorada, sobretudo, numa ação educativa participativa transformadora.

Nossa vivência enquanto agente comunitária de saúde vinha comprovar nitidamente que até o presente momento, todas as tentativas de territorializar e cartografar esse território seguiram métodos tradicionais, mecanicistas e estáticos, norteados por processos de trabalhos verticalizados. E que nem mesmo tínhamos a clareza do conceito, significado e objetivos de uma territorialização e cartografia.

O passo inicial foi o de desbravar caminhos para sensibilizar os atores que gerenciavam e coordenavam as ações na atenção primária à saúde, e a partir daí ir agregando novos sujeitos até chegar ao alcance do objetivo central, a saber, a garantia da participação popular nesse processo de construção do conhecimento, desvelado e orientado a partir de um modelo participativo e integralizado.

Nesse sentido, CAMPOS contribui com a seguinte assertiva:

O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais de saúde. (CAMPOS, 2003, p.).

Nessa perspectiva, provocamos um diálogo com a Coordenação da Atenção Primária a Saúde, Coordenação da Estratégia de Saúde da Família Centro I e Gestora da Secretaria de Saúde. Cabendo registrar que a nossa proposta de trabalho

educativa participativa foi muito bem acolhida e revelou um profundo encantamento a esses atores. O que nos possibilitou pactuar, de imediato, a realização do processo de territorialização participativa e cartografia social no território Centro I.

Seguimos com uma reunião com a Equipe de Saúde da Família Cento I, na residência de uma Agente Comunitária de Saúde para a construção de um plano de ação da territorialização e cartografia. No ensejo, refletimos acerca da proposta para realizarmos uma territorialização participativa em nosso território de saúde e a construção de um mapa vivo, elaborado de forma coletiva a partir de uma oficina de educação popular.

A ideia seria a oficina, porque recentemente a equipe havia feito visita no território e atualizado os dados referentes aos agravos e doenças, com o intuito de realizar sua territorialização. Porém, as reflexões deste encontro, revelaram outra forma de saber e fazer territorialização e cartografia, e se percebia a importância da participação popular nesse processo. A oficina foi compreendida como o espaço ideal para a aproximação dos atores, do dialogismo, da troca de saberes e da construção coletiva dos produtos. Cabendo considerar que:

A metodologia participativa é aquela que permite a atuação efetiva dos participantes no processo educativo, valorizando os conhecimentos e experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para os problemas que emergem de suas vidas. (PULGA, 2014, p. 129).

O passo seguinte foi a confecção dos convites e depois partimos para a mobilização dos atores, para isso contamos com a contribuição de todas as agentes de saúde da Estratégia de Saúde da Família Centro I. Salientando que esses convites foram feitos de forma artesanal, em coletividade em formato de mãos em diversas cores para agregar a ideia da diversidade, acolhimento e valorização da participação popular.

A etapa da mobilização foi desafiadora, pois a comunidade apresentava muita



resistência para participar da oficina, demonstrando não acreditar na possibilidade de ser ela potente e indispensável nos processos de construção dos trabalhos junto a Estratégia de Saúde da Família, pelo ineditismo da proposta, pois nunca havia sido convidada a integrar no planejamento, reflexões e reuniões dessa natureza. Mesmo frente a essas adversidades a força tarefa pôde colher seus frutos.

6.2 As perguntas iniciais

Nossas principais inquietações residiam no anseio em refletir de forma coletiva sobre o atual modelo de territorialização participativa e cartografia adotados na Atenção Primária à Saúde e subsequentemente pela Estratégia de Saúde da Família Centro I em Quixadá-CE. E assim, incitar os atores para (re)construir à luz de uma abordagem metodológica participativa o processo de territorialização e cartografia, guiados numa ação-reflexão, crítica, híbrida e holística do território. Sob uma nova ótica, agora com uma visão desprovida de preconceitos, como um olhar de quem está contemplando algo pela primeira vez, deixando as coisas aparecerem como são, “lembrando o olhar de uma criança, olhar que vê o mundo com uma mistura de estupefação, admiração, estranhamento e curiosidade insaciável, dissolvendo a ordem estabelecida do convencional e do habitual mediante o espaço lúdico da reinvenção” (DINIS, 2008, p. 355).

Havia ainda uma provocação e que nos reportava à reflexão no produto. Para que territorializar e cartografar o território Centro I? A proposta de delinear uma nova construção era motivadora. Mas, depois? Vamos fazer o quê com os produtos desse trabalho? Daí os atores refletiram e pactuaram que os resultados dessa produção coletiva apontava para a importância de realinhar a fala dos mapas, de fazer uma leitura mais aproximada da realidade de seu território e até mesmo nortear o planejamento das ações junto a estratégia de saúde da família, por entenderem que os produtos refletiam, diziam das realidades presentes no território.

Reconhecer o território sob a responsabilidade dos trabalhadores de cada setor como estratégia para o planejamento de suas ações já está suficientemente proposto, o que tem se apresentado como desafios são os

métodos utilizados para o processo de desvelamento do território. (PESSOA *et al.*, 2012, p. 2254).

Daí urge a utilização de técnicas participativas atreladas ao uso das informações definidas nesse processo para orientar o planejamento e fundamentar a realização das ações na atenção primária à saúde por estarem dialogando e desvelando as necessidades da comunidade.

6.3 Recuperando vivido e refletindo o experienciado

A nossa oficina pedagógica de territorialização participativa e cartografia social aconteceu dia 12 de fevereiro de 2019, no Salão Paroquial João Paulo II. Esse evento contou com a presença das Agentes de Saúde da equipe Centro I, enfermeira coordenadora e cirurgiã dentista da Estratégia de Saúde da Família da equipe Centro I, coordenação da atenção primária à Saúde do Município de Quixadá, lideranças religiosas, usuários do SUS, acadêmicos de nutrição, artistas populares, técnica de saúde bucal, auxiliar de serviços gerais, atendente de consultório médico e de enfermagem, representantes dos agentes de combate as endemias, educadores populares e pós graduandas da FIOCRUZ – CE.



Nos acolhemos na roda com cirandas populares e prosseguimos com o Círculo de Cultura¹ com o tema Territorialização Participativa e Cartografia Social. O texto

¹ As Autoras Vera Lúcia Dantas e Ângela Maria Bessa Linhares em um dos capítulos no II Caderno de Educação Popular, publicado em 2014 (p. 73 – 75), nos apresentam a definição que se segue para Círculo de Cultura: Sistematizados por Paulo Freire os Círculos de Cultura estão fundamentados em uma proposta pedagógica, cujo caráter radicalmente democrático e libertador propõe uma aprendizagem integral, que rompe com a fragmentação e requer uma tomada de posição perante os problemas vivenciados em determinado contexto. Para Paulo Freire, essa concepção promove a horizontalidade na relação educador-educando e a valorização das culturas locais, da oralidade, contrapondo-se em seu caráter humanístico, à visão elitista de educação. Tendo como princípios metodológicos o respeito pelo educando, a conquista da autonomia e a dialogicidade, os círculos de cultura, tais como foram sistematizados por Freire, podem ser didaticamente estruturados em momentos tais como: a investigação do universo vocabular, do qual são extraídas palavras geradoras, a tematização e a problematização.

utilizado para as reflexões iniciais foi o das autoras Vanira Pessoa, Raquel Rigotto, Fernando Carneiro e Ana Cláudia Teixeira, intitulado 'Sentidos e métodos de territorialização na Atenção primária à saúde'².

As reflexões estavam permeadas pelo desejo de construir um conceito de territorialização, buscando compreender a diferença entre territorialização tradicional e a participativa e o que é cartografia social. Sempre procurando estabelecer uma conexão com a realidade da comunidade e o modelo adotado anteriormente pela Estratégia de Saúde da Família Centro I. Dialogamos ainda sobre novas propostas de construções de mapas e acordamos em elaborar coletivamente dois mapas para o território Centro I. O primeiro um mapa vivo e falante³ que expressa os fatores que promovem a saúde e vida no território e fatores que ameaçam a saúde e a vida. Para o segundo mapa, o coletivo decidiu confeccionar em equipes o dividiu por segmentos temáticos, depois o montaram de forma participativa, como quem costura uma colcha de retalhos.

A dialogicidade fluía e desvelava que as experiências de territorialização e produção cartográfica até então adotadas pela equipe não refletiam em sua essência anseios da população e as suas percepções de território e que sempre fora realizado exclusivamente pelos profissionais da saúde. Mas, a construção participativa possibilitava a inserção do olhar da comunidade e que além de amplificar a visão do território, essa nova proposta caminha na contramão de modelos estáticos, mecanicistas e engessados. Os sujeitos ali presentes se percebiam livres para opinar, valorizados e envolvidos em um processo horizontalizado de leitura de mundo, reflexão e problematização.

As potencialidades desse momento são muito bem descritas por Vera Dantas e Ângela Linhares:

² Texto contido nas Bibliografia desse trabalho.

³ A ideia do mapa falante vem do entendimento de território e de lugar como espaço do cotidiano, vivo, pulsante em constante transformação. O espaço de levar a vida. O Mapa Falante pode ser potente instrumento para fazer a leitura da realidade a partir de suas múltiplas dimensões, no ambiente escolar, a partir da decisão política da gestão da escola em se trabalhar com a questão da saúde sob um novo olhar. Dessa forma se propõe ousar compreender e interpretar a saúde para além do modelo biológico, da racionalidade dos números e do critério de verdade da exatidão. (PEKELMAN; SANTOS, s.d)

Na etapa seguinte o coletivo elegeu dentre os elementos que promovem a saúde e a vida no território um item para sistematização de experiência e um outro entre os fatores de ameaça para construção e realização de um projeto de intervenção. A ideia era a de registrar sistematicamente a experiência, visibilizá-la e assim fomentar as práticas positivas de promoção e cuidados que estavam acontecendo no território e por sua vez, por meio do projeto de intervenção, transformar a ameaça em uma potencialidade, em um elemento força.

Continuamos agora em subgrupos onde cada uma das equipes produziram parte do mapa obedecendo temas sugeridos pelos presentes (saúde, educação, turismo, cultura, economia, lazer, esporte, etc.). Em seguida



reagrupamos todos na roda e fomos tecer novamente os saberes e costurar nosso mapa participativo. Nele identificados por meio de legenda as potencialidades e as ameaças a saúde e a vida no território, bem como a ameaça a ser trabalhada no projeto de intervenção e a potencialidade a ser sistematizada. Desta feita, a leitura do território representada de forma artística permitindo a mobilidade das peças, quando se fizer necessário.

Culminamos esse encontro pedagógico refletindo sobre a experiência ali vivenciada e compreendemos que o mesmo nos trouxe inúmeros benefícios principalmente no que se refere ao empoderamento do povo junto as ações na ESF Centro I. No entanto, poderia ter sido mais produtivo se outros atores estivessem presentes, pois sentimos a falta da médica da ESF, de representantes do poder executivo e legislativo, e de outros membros e lideranças da comunidade. Embora tenham sido convidados não estavam ali presentes. O que levou ao entendimento de que precisamos trabalhar com mais afinco a mobilização e sensibilização dos sujeitos e realizar com mais frequências atividades com essa metodologia participativa, afetiva e humanizada, com vista a devolver o empoderamento à população e aos agentes políticos-administrativos à participação nos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

6.4 Os pontos de chegada

Não vamos afirmar que atingimos a linha de chegada, vamos apenas dizer que esse percurso nos possibilitou colher alguns frutos em nosso caminhar. Dentre muitos a produção cartográfica coletiva, artística e a construção participativa da territorialização. Nesse ponto, o que nos chama a atenção é a boniteza de sentir a sinergia da interação entre os mais diversos atores, a troca de saberes entre a população e os profissionais de saúde. O desvelar do território para além de um espaço delimitado, por meio da metodologia e princípios da educação popular, os sentimentos e subjetividades dos sujeitos e de suas leituras de mundo sendo impressos e visibilizados.

PEDROSA (2007, p. 16) corrobora com a seguinte citação:

A Educação Popular como processo e relações pedagógicas emergentes de cenários e vivências de aprendizagens que articulam as subjetividades coletivas e as relações de interação que acontecem nos movimentos sociais, implicando na aproximação entre os agentes formais de saúde e população, diminuindo a distância entre a assistência que representa intervenção pontual sobre a doença em um tempo e espaço determinados, e o cuidado, que significa o estabelecimento de relações intersubjetivas em tempo contínuo e espaço de negociação e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro.

A reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica. Aqui é importante a disponibilidade da escuta e fala dos atores que se põem em relação, cada qual portanto uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de reciprocidade e cooperação.

Um outro aspecto que cabe a nossa alusão está na construção do mapa falante, vivo. Um mapa que expressou a visão do coletivo sobre as forças e ameaças a saúde e a vida no território, fruto do dialogismo, da arte e criatividade. Um momento muito potente, alegre e participativo. E seu ápice propiciou a eleição de elementos para a sistematização de uma experiência vivenciada pela ESF Centro I, a saber o projeto Saúde no Beco⁴ e a construção coletiva de um projeto de intervenção que

⁴ Um projeto de iniciativa de uma Universidade Filantrópica em Quixadá, sob a coordenação de uma das professoras do curso de fisioterapia em parceria com seus alunos e alunas e a direção de

resultou na criação de uma sala de cuidados dentro da UBS Centro I. Que tinha como ideia inicial apenas atender aos pacientes que com hábitos de procurar cuidados médicos e de enfermagem semanalmente como única alternativa de cuidados da saúde. Esse projeto de intervenção possibilitou a criação de um espaço terapêutico chamado Ser Cuidado (R)⁵, que, após a sua reunião de planejamento participativo realizada na UBS em maio de 2019, realinhou seu foco para além de atender aos pacientes, inserir a equipe de profissionais Centro I, no entanto o projeto cresceu ao ponto de ser mais uma estratégia de todas as equipes do Bairro Centro e com possibilidades de alcançar outros territórios do município por ter, também, despertado o interesse da gestão da saúde pela sua proposição e metodologia de cuidados com e para as pessoas.

Ainda sobre a Sistematização de Experiência é importante registrar que ela possibilitou de imediato a visibilização do Saúde no Beco⁶. Suas etapas construtivas pede a participação de vários atores e um produto final, o que chamou a atenção de muitos que por ali passaram pelo Projeto e da imprensa local, da Gestão Pública da Saúde e da comunidade. Muitos só tomaram conhecimento desse trabalho a partir da nossa sistematização, principalmente aqueles que não residem no território Centro I.

Outro ponto que merece a nossa menção especial se refere ao convite da gestão para que nosso trabalho de territorialização participativa e cartografia social seja socializado pelas demais Equipes de Saúde da Família no Município de Quixadá.

uma ACS do Território de Saúde Centro I. Que tem como objetivo cuidar da vida de forma integralizada, atendendo hoje mulheres adultas e assistindo essas pessoas em um beco no Bairro Herval em Quixadá, todas as quarta-feira pela manhã. Realizando atividades nos mais diversos segmentos e orientadas pelos princípios da Educação Popular.

⁵ Um projeto que tem como objetivo ser cuidado e cuidador simultaneamente. Uma sala de cuidados que fez uso de diversas práticas de cuidados em diversos momentos. Das técnicas e práticas mais utilizadas podemos elencar: escalda pés, musicoterapia, massoterapia, reflexologia e aromaterapia. Que contou com a colaboração expressiva das Residentes Multiprofissionais/NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

⁶ Saúde no Beco é um Projeto que se dedica aos cuidados às pessoas idosas e seus familiares, idealizado por uma professora do curso de fisioterapia de uma Universidade Filantrópica do município de Quixadá-CE e uma Agente Comunitária de Saúde do Bairro Herval - Quixadá-CE. As atividades acontecem todas as quartas-feiras, pela manhã, em um Beco no bairro acima descrito. Suas ações são norteadas pela educação popular, integralidade e visão holística dos sujeitos. Realizam ações de cuidados à saúde com vistas a autonomia dos participantes, a redução de danos e agravos das doenças e principalmente da promoção da saúde, da vida e da felicidade.

Sua agenda positiva registra atividades interdisciplinares e multiprofissionais trabalhando de forma dinâmica e criativa assuntos nos mais variados temas por meio de atividades lúdicas, físicas e/ou artísticas.

Cabe enfatizar que a nossa experiência de construção coletiva possibilitou a participação direta das ACS nos processos de planejamento das ações juntos a ESF Centro I, o que, em parte, quebrou a verticalização das ações nos processos de trabalho. Pois grosso modo, as ações na Atenção Básica à Saúde chegam prontas para a execução, cabendo seu planejamento ao grupo gestor da Secretaria de Saúde do Município. Porém, após o processo de territorialização participativa, logo que a coordenação da ESF Centro I recebe esse planejamento partilha em reunião as Agentes Comunitárias de Saúde e outros profissionais da UBS. E a partir daí essas ações são readequadas e muitas outras são incorporadas considerando as necessidades da população respeitando as sugestões contidas nos produtos da territorialização. Indicando dessa forma que partimos de uma prática de trabalho centralizadora e distante da comunidade à uma estratégia de reorientação nos processos de trabalho, ainda distante do modelo ideal, mas avançando em sua formatação participativa.

Por considerarmos o movimento e a dinamicidade da vida e de seus ciclos, ratificamos que essa experiência nada mais é do que o espelho do inacabado. Onde o ponto de chegada torna-se num ponto de partida. E que nos é posto cotidianamente o desafio da não conformidade com a iniquidades e da espera pelo outro, mas provocar e agregar-se com outros no tempo presente, retirando do ontem as lições e criando bases edificantes para a construção de um mundo mais humanizado, justo e igualitário. Eis o desafio maior: *esperançar sempre*.

Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos. (FREIRE, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atual cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) aponta para um modelo verticalizado, evidenciando a fragmentação das ações de cuidado, assentado na concepção e prática biologizante e curativista, focado na dimensão da doença, seus agravos e cura. Indicando a necessidade de uma abordagem globalizante da saúde e ações de promoção e prevenção participativas, com uma configuração guiada pela superação das raízes estruturantes das iniquidades em saúde, que possibilite articular ações de promoção, de prevenção de agravos e as assistenciais, através da apreensão ampliada das necessidades do território.

A Estratégia de Saúde da Família Centro (ESF) Centro I em Quixadá-CE experienciou um processo de territorialização participativa e de integração da comunidade na (re) organização dos serviços de saúde. Uma vivência pioneira no município por registrar a participação popular, por desvelar coletivamente uma releitura de território, territorialização e cartografia social. Imprimindo como produto final mapas vivos e um plano de ação/intervenção participativo, flexível e aproximando da realidade do território. Construídos à luz dos princípios da educação popular, absorvidos como ferramentas estratégicas potentes e norteadoras na construção do planejamento e na organização dos serviços.

Resultou ainda, na visibilização das ações da ESF Centro I ao construir a Sistematização de uma de suas Experiências e, simultaneamente implantou ações de cuidados e promoção da saúde ao inaugurar a primeira sala multiprofissional terapêutica do município, um espaço denominado: 'Ser Cuidado (R)'. Fomentando, assim, possibilidades de cuidados à saúde para além das fronteiras dos consultórios médicos e desconexa do assistencialismo e curativismo. Resultou ainda, na aproximação das Agentes de Saúde e de outros profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Centro I, propiciando a garantia da participação e apropriação das Agentes Comunitárias de Saúde no planejamento, organização e execução nos processos de trabalho.

É relevante consideramos que, essa construção coletiva de novos conceitos e do modo de territorialização e cartografia, embora inacabada, desvelou uma tecitura de saberes e práticas, que ressignificaram a atenção à saúde por fazer uso de uma

proposta horizontalizada, participativa e com vínculos mais aproximados entre os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidade Básica de Saúde (UBS) e a comunidade e dessa forma favorecendo a construção de um cenário que não fragmenta as ações de saúde e os sujeitos, mas que promove a articulação das estratégias e das ações, sinalizando respostas mais aproximadas da realidade dos usuários do SUS. Bem como, o entendimento de território para além de um espaço geograficamente delimitado e de um processo de territorialização restrito apenas ao levantamento de dados e agravos relacionados ao adoecimento e quantitativo de famílias do território.

A territorialização participativa e a cartografia social mostraram-se como instrumentos capazes de estimular os sujeitos a desenvolver, com leveza, reflexões críticas sobre o perfil do território. Seu desenho e redesenho em um eterno movimento de construção/reconstrução, de chegada/de saída. Isso por verbalizar a dialética da vida do e no território.

É importante ressaltar que não existe um padrão preestabelecido ou método prescritivo para realizar territorialização e cartografar no território. A nossa intenção é a de contribuir esclarecendo que as ações de saúde precisam ter como referência os interesses e as necessidades das pessoas e de suas realidades, as quais não são fragmentadas, mas resultado do entrelaçamento de condicionantes e determinantes sociais, fazendo uso de uma visão holística dos atores.

A experiência nos mostrou, ainda, a reapropriação de espaços que favoreceu aos participantes a identificação de recursos e de tecnologias leves⁷ (de fácil execução), acessíveis, potentes e resolutivas. Aqui nos referimos ao dialogismo, a amorosidade, a arte, a inventividade, a reciclagem, a escuta, a mobilização social, a

⁷Nossas observações têm concluído que, para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que se tem verificado como fundamental para a produção do cuidado. Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de 'trabalho vivo' em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem, na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intersessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. (MERHY, 2003, p. 318).

criticidade, a alegria, a autonomia e o bem que faz em fazer bem um trabalho, ou se seja o fazer não só para o outro, mas principalmente construir com o outro.

Isso nos remete a importância de registrar que muitas das justificativas do inexecutável reside na afirmativa dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao ratificarem cotidianamente que não inovam ou não realizam ações efetivas de promoção e cuidados, por não terem acesso a recursos e tecnologias suficientes, dado a baixa condição de logística, de recursos para operacionalizar as ações na Atenção Primária à Saúde (APS) .

É de fácil compreensão que o modelo que se impetra na ESF construiu limítrofes e edificou fronteiras cada vez verticalizadas e distantes da lógica da integralidade. Com práticas radicalmente comprometidas com programas e geram a fragmentação do ser humano, tanto daqueles que compõem a equipe de saúde, quanto dos usuários dos serviços. Nesse sentido, não é raro identificarmos o arvorar da cientificidade e das tecnologias duras⁸, onde os profissionais da saúde desenvolvem mecanisticamente ações fincadas em uma proposta biologizante e tecnicista que insiste em atuar autocraticamente nesse cenário, preservando sua zona de conforto e agindo como se fossem os principais protagonistas na saúde.

Dessa fora, se tornam, embora não se percebem, míopes. Pois, inferem um modelo distante da comunidade, onde cada profissional trabalha exaustivamente dentro de sua especialidade, de seu universo. Onde os planejamentos são em conjunto, mas projetando atividades pensando no outro, nos programas, nas metas, no adoecimento, nunca, ou raramente com o outro, com a comunidade e sem inserir nesse processo uma diversidade maior de profissionais. Não legitimando às pessoas do território o empoderamento a que lhe é devido, com uma visão limitada, trilham caminhos se distanciando gradativamente da participação popular e da interface entre o saber científico e o popular.

Nossa vivencia trouxe à tona a necessidade de voltar ao nascedouro do Programa Saúde da Família (PSF), atual ESF. De valorizar os diversos saberes presentes no território, das realizações de ações de saúde que tenham como

⁸ As tecnologias inscritas nos instrumentos, identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado. (MERHY, 2003, p. 318).

inspiração os interesses dos usuários em suas realidades, com equipes que se percebam parte integrante da comunidade e que envolvem os membros dos territórios nos processos de trabalho. Apta a não esperar por grandes aparatos tecnológicos, mas pronta a se lançar ao desafio da construção coletiva.

Minha experiência enquanto ACS me incita a algumas provocações no que se refere as nossas práticas na saúde. Partindo do pressuposto de que todo ato em saúde é dotado de significado, a bem de quem estamos atuando em nossas comunidades? Somos cotidianamente cobrados (a) a apresentar dados, números, a realizar cadastros domiciliares e das famílias. Somos instigadas a enumerar doenças, agravos, gerar notificações. Como parte integrante da comunidade, somos protagonistas em nosso território. Não estamos nós atuando a favor desse modelo fragmentado, curativista e biológico?

Do ponto de vista das políticas públicas de saúde, não estamos contribuindo para fortalecer a separação entre o social, o cultural, a religiosidade (etc.) e a saúde, dessa forma contrariando o princípio da integralidade? Nossas atividades estão articuladas na lógica da participação popular, da valorização dos saberes, ou temos alavancado a valorização do saber médico, científico? Temos exigido a nossa participação na construção das ações, dos planejamentos, ou temos atuado como meros funcionários de chão de fábrica, de linha de produção? Inertes, absorvendo e executado ações previamente planejadas, atuando roboticamente sem romper com o paradigma do assistencialismo, do curativismo, do atendimento dos consultórios focado na cura?

Nosso modo de territorializar e cartografar tem seguido apenas o percurso do tradicional, do estático, delimitando espaços geográficos e os sujeitos presente no território ou temos procurado ultrapassar os limites edificados e adentrado nas realidades e nas necessidades de nossas comunidades, gerando protagonismo e autonomia?

Nossa vivência de territorialização participativa e cartografia social viva aqui descrita, evidenciou um caminho para a ressignificar das práticas de saúde na atenção primária. Tendo como passo inicial o conhecer o território, as múltiplas e diversas faces de seu povo, suas potencialidades e dinamicidade. E que a principal ferramenta

para se delinear o trajeto, está ao nosso alcance, não é outra se não o quer caminhar, por meio de um itinerário coletivo.

Ratificamos que não existe padronização ou modelo prescritivo, seja qual for a configuração adota pela equipe para territorializar e cartografar o território, ela precisa estar delineada no processo da escuta, do dialogismo, do protagonismo, da autonomia, da corresponsabilidade e da valorização dos sujeitos e das suas potencialidades. E que a territorialização não pode e não deve, sob nenhum aspecto, delimitar espaços, se dissociando do olhar holístico, híbrido do ser, edificar fronteiras. Ela deve construir pontes, adentrar e conhecer os espaços por meio da multiplicidade dos olhares, saberes e fazeres. Agindo assim estaremos alavancando possibilidades de transformação das realidades e redução das iniquidades. E pode perfeitamente ser acolhida como um mecanismo e uma estratégia de (re) alinhamento nos processos de trabalho da ESF.

Utopia? A quem diga que sim. Eu ousar viver o esperar!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de Educação Popular em saúde**. 1ª. Edição, 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 73, 74, 75, 124, 129.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 2, 2003, pp. 569-584 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. p. 574.

CIDAC; HOLLIDAY, Oscar Jara. **Sistematização de Experiências**: aprender a dialogar com os processos. Creative Commons, Rio de Janeiro, 2007, p. 6, 19-20.

COSTA, Thainá Cordeiro; VASCONCELOS, Thiago Brasileiro. **Processo de Territorialização da residência multiprofissional na cidade de Quixadá/CE**: relato de experiência. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. V 15, nº 1, Salvador, 2016, p. 73,

DINIS, Nelson Fernandes. **A Equizoanálise: um olhar oblíquo sobre os corpos, gênero e sexualidades**. *Sociedade e cultura*. 2008. Volume 11. N 2. p.355, 358

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes e fazeres à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. p. 79.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987

_____. **Pedagogia da Esperança**. São Paulo: Paz e Terra; 2014, p.110,111

_____. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1997.

HOLLIDAY, Oscar Jara. **Para Sistematizar Experiências**. Tradução de Maria Viviane V. Rezende. 2. Ed. Revista. – Brasília: MMA, 2006, p. 16.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. **A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde.** Revista Tempus - Actas de Saúde Coeliva. 2014. P. 203

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro; ABRASCO; 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento – Pesquisa qualitativa em Saúde.** São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 4ª. Edição. p. 21.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves.** Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003

MONKEN, Maurício; BARCELLOS Chistovam. **Vigilância em Saúde e Território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Caderno de Saúde Pública, 21. 2005. Rio de Janeiro. p. 902.

OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. **Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica.** Ciência & Saúde Coletiva, 14 (3), 2009. p. 930, 932.

PEKELMAN, Renata; SANTOS, Alexandre André dos. **TERRITÓRIO E LUGAR - ESPAÇOS DA COMPLEXIDADE.** Disponível em <http://186.193.48.66:23200/curso1/8-biblioteca/pdf/texto01_territorio_e_lugar.pdf>. Acesso em 06 de janeiro de 2020.

PESSOA, Vanira Matos. *et al.* **Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 18 (8), 2013. p. 2253 – 2261.

TORRES, Rosa Maria (Org.). **Educação Popular: Um Encontro com Paulo Freire.** Edições Loyola. São Paulo – SP. 1987. p. 82.