As Práticas em Saúde Pública no Brasil (Niterói-RJ): o TERRITÓRIO e suas possibilidades

Autores: ERNESTO FARIA NETO Mestrando da Universidade Federal Fluminense (UFF), Programa de Saúde Coletiva; CARLOS DIMAS MARTINS RIBEIRO Professor da UFF; ALUISIO GOMES SILVA JUNIOR Professor da UFF

Autor principal: Ernesto Faria Neto

Endereço: Rua Humaitá, número; 229, apartamento: 901, Rio de Janeiro - RJ, Brasil. CEP:22261000. email: ernesto.faria.neto@gmail.com

Palavras-chave: Saúde Pública; Médico de Família; território; SUS; Niterói-RJ (Brasil)

- **Resumo de 100 a 200 palavras**
- O presente estudo analisa as relações entre o território assistido e as práticas em saúde na atenção primária, ancorado teoricamente no conceito do geógrafo Milton Santos. Assim, repensando as práticas de atenção à saúde desenvolvidas no Programa Médico de Família(PMF), nas dimensões: Clínica, Promoção em Saúde, atividade Gerencial, na comunidade do Preventório(Niterói-RJ). Neste estudo de caso, abordamos o histórico da cidade/bairro e o Sistema Único de Saúde, assinalando que a percepção do território enquanto totalidade, facilita a identificação do local. Em suas singularidades presentes na vida das pessoas, apontando subjetividades que não são mensuráveis em dados dos censos e estatísticas, potencializando o cuidado, responsabilização, autonomia e vínculo dos profissionais e pacientes. No entanto, o que observamos como resultados, é o uso “limitado” do território, reduzido a uma simples visão administrativa.
- **Resumo de 100 a 200 palavras numa segunda língua latina**

Les pratiques en Santé Públique au Brésil (Niteroí- RJ): le territoire et ses possibilités.

Résume

- La présente étude analyse les relations entre le territoire soigné et les pratiques dans la Santé en attention primaire appuyé sur le concept du géographe Milton Santos . En ce sens, on discute les pratiques d attention à la Santé développées au Programme Médecin Traitant (PMF en Portugais) dans les suivantes dimensions : clinique , promotion en Santé et activité de gestion dans la Communauté Préventive de Niterói ,

une ville de l état de Rio de Janeiro - Brésil. Dans cette étude de cas nous abordons l historique de ville/quartier et le Système Unique de Santé en détachant que le regard sur le territoire comme totalité invite identifier le local. Ce qui explicite les singularités vécus pour chaque personne, remarquant le subjectivité. Ce qui n'est pas mesuré dans les statistiques et qui met en relief l´attention, la responsabilité, l´autonomie et la relation entre les professionnels et les patients. Par contre, ce qui nous observons est l´usage limitée du territoire, et réduit à ne qu'une pratique administrative.

Mots-clé : santé publique ; médecin de famille ; territoire ; SUS ; Niteroi-RJ (Brasil)

INTRODUÇÃO:

> A busca de uma periodização do território brasileiro é um partido essencial para um projeto ambicioso: fazer falar a nação pelo território. Assim como a economia foi considerada como a fala privilegiada por Celso Furtado; o povo, por Darcy Ribeiro; e a cultura, por Florestan Fernandes, pretendemos considerar o território como a fala privilegiada da nação. (SANTOS e SILVEIRA, 2012, P.27)

O presente estudo de caso nasceu a partir da minha experiência, como médico residente em Medicina de Família, na comunidade do Caramujo(zona Norte de Niterói), em 2007-08. Na ocasião foi tema de minha monografia de conclusão de curso, estudava a inserção do Programa Médico de Família (PMF) no sistema de saúde de Niterói. Tratava-se de uma reflexão sobre as práticas do residente nesta comunidade, onde também ocorria o treinamento em serviço. Durante a residência em Medicina de Família da Universidade Federal Fluminense (UFF), vivenciamos a realidade da prevenção, promoção e do desenvolvimento de uma linha de cuidados aos usuários crônicos dos serviços de saúde. Além de realizarmos visitação e experimentação das

unidades de saúde de outros níveis de complexidade para melhor compreender a rede de serviços da cidade.

Como ponto de partida, tomamos a categoria “território”, de acordo com o pesquisador Milton Santos (2006, 2011, 2012), em nossas investigações sobre as práticas desenvolvidas nestes serviços de saúde. Durante minha atuação naquela comunidade, surgiram questionamentos e reflexões, os quais foram aprofundados. Assim como, neste momento, venho me deparando com antigos e novos desafios, como médico de família em outra comunidade, no morro do Preventório, no bairro de Charitas, no mesmo Programa. Tais questionamentos me fizeram propor um projeto de pesquisa para o mestrado, na tentativa de contribuir para o aprofundamento teórico do tema do uso território, pelas políticas de saúde pública, que considero de grande relevância.

Neste sentido, este texto traz contribuições de minha pesquisa em desenvolvimento no mestrado na Universidade Federal Fluminense, no Programa de Saúde Coletiva.

Assim sendo, nossa intenção é situar o leitor no contexto que se insere o Sistema de Saúde Brasileiro (SUS), especificamente em Niterói. Dando seguimento, analisar a inserção da Saúde da Família nesta cidade, através do Programa Médico de Família, contextualizando a comunidade do Preventório. Por outro lado, acreditamos ser possível, conhecendo de que serviço de saúde estamos falando, trazer reflexões aprofundando o conceito de território, relacionando com as práticas em saúde na atenção básica.

Contudo, tendo em vista que o território traz em sua concepção a questão da totalidade, utilizaremos como base o geógrafo Milton Santos. E, para identificar tais práticas, abordaremos três recortes: o da Clínica (como a

ideia do atendimento em si); o da Promoção em Saúde(práticas que contemplem não só o atendimento na unidade mas na comunidade/campo) e, a Gerencial (como atividades administrativas), ancorados nos estudos de Gastão Wagner de Souza Campos. Ao mesmo tempo, contextualizando a interlocução entre o serviço de saúde e o território. Tal metodologia de pesquisa tem como objetivo facilitar e viabilizar o entendimento acerca de que produção de saúde estamos falando, tendo em vista a diversidade e complexidade dos conceitos.

O que a investigação pretende é aprofundar a discussão sobre a questão metodológica do uso do território pelo PMF, através das práticas de seus profissionais, em um estudo de caso do PMF no morro do Preventório. Trata-se de analisar as práticas desses profissionais de saúde, que vivenciam o cotidiano daqueles serviços e o possível comprometimento com um serviço de qualidade, dentro dos princípios do SUS, visando o usuário (individual e o coletivo) como o norte de suas ações.

ESPAÇO, REGIÃO, LUGAR, TERRITÓRIO

> ...quando quisermos definir qualquer pedaço do território, devemos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é o trabalho e a política (SANTOS,SILVEIRA,2012, p.247)

Apesar de o território ser marco teórico deste trabalho também é necessário cortejar com outros conceitos como espaço, região e lugar, pois tais temas trazidos da geografia colaboram em muito nas ações e planejamentos da saúde, mas são facilmente confundidos. Vale lembrar, que não temos a pretensão de esgotar aqui esta reflexão, mas contribuir para a compreensão da trabalho e seus conceitos, tendo elencado em nossa pesquisa, prioritariamente, a concepção de território, conforme Milton Santos.

Então, Santos (2006) considerar que "*As técnicas são um conjunto de meios instrumentais e sociais com os quais o homem realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria espaço".* Neste sentido, passamos a observar que o espaço, necessita da interação do homem para ser "criado".

Dentro deste contexto, o uso de objetos em determinado lugar e a ação dos mesmos vão apresentando mudanças ao longo do tempo. Logo, a unidade tempo e espaço, pode ser compreendida através da história das técnicas. A partir da noção de tempo como ação, um determinado tempo, em um determinado momento histórico, define um conjunto de ações das pessoas e de produção de algumas coisas.

Assim, podemos refletir sobre o tempo como norma, já que um determinado período se relaciona a uma certa característica espacial. Ou seja, uma sistematização das relações da técnica, com o "tempo" e com o "espaço", são fundamentais. Como Santos (2006) define *" a utilização do território pelos diversos agentes,... a cada momento, o movimento do tempo e do espaço se dão de modo unitário"* (p.52). Logo, a técnica é elemento indissociável do tempo, assim como o espaço.

O geógrafo entende o espaço como *"(...) um conjunto indissociável, solidário e também contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá (...)*"(p.63).

Neste contexto, objetos são um conjunto de elementos naturais, as ações mediadas pelo homem, em um dado momento. Portanto, o espaço passa por um processo constante e indissolúvel de interações entre sistemas

de objetos e sistemas de ações, em uma totalidade, assim como a própria sociedade que o anima (SANTOS, 2006).

Ao refletir sobre o conceito de Região, Gondim (2011) a partir de alguns teóricos como o geógrafo Vidal de La Blache define esse conceito como forma de conceber a relação entre homem e natureza, que seria variável em cada região. Tal relação ocasiona influências históricas e seria moldada pelas características físicas do local habitado, mas também pela cultura que se estabelece. Dessa maneira, o espaço-região seria formado por um mosaico de subespaços com características fisiográficas e humanas próprias, não necessariamente semelhantes aos vizinhos.

Quanto ao conceito de lugar, de acordo com Santos (2006), o lugar seria intermediário entre o Indivíduo e o Mundo, trazendo a um sentido de pertencimento. Sem estar fora do mundo: "*cada lugar é, ao mesmo tempo, objeto de uma ação global e de uma razão local, convivendo dialeticamente"* (p.339).

Dentro da lógica global, esse conceito pode trazer conflitos, mas o autor sinaliza que o mundo passa a existir como "objeto único", evoluindo a partir da capacidade de um agir sobre o outro. Ou seja, nas interrelações entre as pessoas localmente, neste momento das tecnologias da informação. Deste modo, a reciprocidade humana, que inclue esses objetos técnicos, gera uma individualidade generalizada. Apesar dessa individualidade, se produz a interação humana no espaço, gerando identidades locais.

Logo, ao pensar no "mundo como espaço" identificamos os homens e suas ações (no lugar), como ator necessário. Mais uma vez citando Santos (2006, p.230): "*O universal é o Mundo como Norma, uma situação não*

espacial, mas que cria e recria espaços locais; o particular é dado pelo país, isto é, o território normado; e o individual é o lugar, o território como norma".

Do ponto de vista teórico, portanto, o território pode ser entendido como uma ordem local, na qual a população e a adjacência dos objetos neste território interagem, constituindo-o. Neste sentido, o produto da dependência recíproca entre local, homem e objetos se expressa através do território.

Ao mesmo tempo, a interdependência entre esses elementos é que funda a escala do cotidiano, tendo como parâmetros a socialização, a vizinhança, suas relações, a intimidade e a cooperação. Trata-se da reterritorialização, na qual o global e local vivem juntos em uma dinâmica do localmente vivido, em contínua (re)transformação. Conforme Santos (2006, p.231), "*Cada lugar é, ao mesmo tempo, objeto de uma razão global e de uma razão local, convivendo dialeticamente"*

Portanto, o *"território é a grande mediação entre o Mundo e a sociedade nacional e local, já que em sua funcionalização, o "Mundo" necessita da mediação dos lugares, segundo as virtualidades destes para usos específicos"* (SANTOS, 2006, P.336).

A obra em tela considera o espaço como a totalidade que contém uma coleção de lugares e territórios. O conceito de território permite então, explicar tanto o papel do contexto quanto do espaço social, em sua diversidade e singularidade, caracterizando o território como "*vivo*" (SANTOS, 2006, 2011, 2012). Portanto, o território não é imutável, ou somente sofrendo alterações físicas do tempo/clima.

Outra autora, Gondin (2011), se refere ao território incorporando dimensões a sua materialidade, afirmando que este carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural, e um componente material, de natureza, econômico-política. Trata-se de analisar a concepção de território em seu deslocamento do campo político para o cultural; das fronteiras entre os coletivos humanos aos limites do corpo e, do afeto entre as pessoas em um movimento de identificação. Enfim, em um movimento de re-significarmos a ideia de mundo, tendo em conta as diferentes territorialidades.

Abaixo, uma afirmação de Santos (2011), que corrobora a pertinência do uso metodológico da categoria território:

> O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser entendido como território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade....O território é fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida...è o território usado que é uma categoria de análise."(p.47)

A LUTA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No Brasil, assim como em outros países, o momento histórico foi definindo a proposta de modelo de saúde. No período colonial, a atenção à saúde da população era fundamentada em casas de apoio, como Santas Casas, financiadas por igrejas /ou filantropia, com o objetivo de cuidar "dos pobres". No final do século XIX e início do XX, movidos por interesses econômicos, o Estado passa a "lutar" contra as endemias locais, montando campanhas de intervenção que existem até os dias de hoje (SILVA JUNIOR E ALVES, 2007).

Os autores acima também analisam o desenvolvimento de uma política pública nas décadas de 1920, 30, 40, ampliada em 1950, devido à industrialização. Em 1920, são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão

(CAPS), para tentar garantir questões de saúde e aposentadoria. Em 1930, são pensadas unidades de saúde para atender alguns programas específicos, como tuberculose e os CAPs se transformam em Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPS), disponibilizando para cada tipo de trabalhador uma rede de serviços de saúde (paga pelos próprios, por categoria profissional). Tal modelo tem suas bases no relatório de Flexner, que em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá, em uma medicina baseada na doença.

Em 1940/50, se mantém este modelo, ampliando uma prática individualista centrada em hospitais e na doença. Com o crescimento do modelo dos IAPS, tendo cada categoria uma ampliação de rede hospitalar e o Estado investindo em programas de doenças específicas em unidades para "pobres". Em 1964, com o governo militar, se promove a unificação dos IAPS, criando o Instituto Nacional de Previdência Social- INPS, mantendo o foco na assistência individual (SILVA JUNIOR E ALVES, 2007).

A seguir, na década de 1970, em meio a crise desse modelo, com gastos enormes e eficácia reduzida, centrado em hospitais, serviços de alta densidade tecnológica e focado em doença, se iniciam movimentos repensando o modelo, com foco na atenção básica, principalmente.

Desta forma, novos programas surgem com a Reforma Sanitária: temos o PIDAS (Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde), que em 1981 foi implantado, envolvendo vários departamentos da Faculdade de Medicina e outras Escolas, como, Enfermagem, Serviço Social e Nutrição. Tal programa desenvolvido em Comunidades e Unidades de Saúde de Niterói e São Gonçalo, serviu de base para o desenvolvimento de novas metodologias

de ensino, articuladas às demandas locais. Ao mesmo tempo, contemplou o envolvimento de outras áreas de conhecimento como, Engenharia, Educação e outros, numa perspectiva de trabalho intersetorial. Tais ações influenciaram a definição da política de Extensão Universitária da UFF, através da Pró-Reitoria de Extensão, que passou a incorporar a valorização das Ações de Integração ensino-serviço-sociedade (SILVA JUNIOR ET AL, 2006).

A partir da década de 1980, começa a ser desenhado o SUS através destas experiências na atenção primária, em municípios como Niterói, servindo de base para a Reforma Sanitária, que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Posteriormente, ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90. (SILVA JUNIOR E ALVES, 2007).

A nova Constituição Federal prevê além de um atendimento universal, uma atenção centrada no indivíduo e no coletivo. Assim, a ideia de atenção integral passa a ser uma diretriz, onde o paciente passa a ser visto em suas dimensões biológicas, culturais, sociais, psicológicas. A promoção em saúde, observando as condições de vida de cada lugar atendido, passa a não valorizar o risco de adoecer, mas a ideia de vulnerabilidade, não valorizando a doença, mas o indivíduo coletivo (AYRES, 2004).

Na década de 1990, as iniciativas das cidades avançam para uma estratégia de atenção primária como o PMF. Assim como Niterói, em outras cidades surgem propostas semelhantes. Como a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde (Silos); as Cidades Saudáveis ou Saudecidade e o Movimento em Defesa da Vida. Segundo Silva Junior e Alves (2007), esses programas têm algumas diretrizes, a saber:

- A noção de território não é compreendida apenas do ponto de vista Território-nação, mas como território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história
- A ampliação da percepção dos trabalhadores sobre os usuários, compreendendo-os nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais resultam no desenvolvimento de ações que articulam a promoção de saúde, a prevenção dos agravos, a cura e recuperação de indivíduos ou coletividades doentes e a vigilância à saúde (Integralidade em Saúde)

O que se observa é a tendência a um processo de municipalização. De acordo com Gondin (2011):

> Com os avanços obtidos pelo intenso processo de descentralização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas do SUS 01/93 e 01/96 milhares de gestores municipais emergiram como atores políticos afirmando sua responsabilidade sanitária e novos elementos foram agregados para o amadurecimento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde (p.114).

Dentro desta perspectiva, com o fortalecimento dos municípios, a gestão passa a ter controle local com repasse de verba do governo federal, crescendo a autonomia (em tese) dos municípios. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS), traça o que é hoje a Estratégia da Saúde da Família (ESF), a partir do Programa da Saúde da Família (PSF), visando entregar a atenção primária à administração das prefeituras.

NITERÓI, PREVENTÓRIO E PMF

Niterói participa ativamente ao longo do processo de consolidação do SUS, cidade com um significado importante, tanto histórico como político, para o estado do Rio de Janeiro (RJ). Em particular na Região Metropolitana II, que é formada por sete municípios, representa 6,18% do território do estado e 11,89% da população estadual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Desta forma, o Programa Médico de Família em Niterói se torna um estudo de interesse público, tendo em vista que este modelo de atenção é um experimento na cidade há mais de 20 anos. Tal fato justifica analisar uma das principais vertentes para seu sucesso, ou seja, a necessidade do uso do território, dentro da perspectiva de totalidade.

O PMF em Niterói, teve como modelo o programa cubano de atenção à saúde e foi desenvolvido com o objetivo de atender às necessidades de saúde dos usuários das áreas com indicadores sociais mais comprometidos. Contudo, a configuração do programa se baseou no Projeto das Ações Integradas de Saúde (Projeto Niterói), vigente de 1982 a 1987. Durante o processo de municipalização e construção dos Distritos Sanitários, constituindo uma rede municipal de saúde inspirada na estratégia de Atenção Primária. (MASCARENHAS, 2002).

A seleção de áreas para a implantação do modelo foi norteada pelas Associações de Moradores e por fatores de risco locais. As microrregiões encontram-se em bairros, com populações em riscos social, biológico, epidemiológico e ambiental. Também foi levada em consideração a renda familiar, as condições de trabalho, de subsistência, os problemas de saúde identificados nas pessoas e na coletividade, a estrutura sanitária, a demografia e, conseqüentemente, o risco de adoecer.

Após essa primeira fase, foi necessário setorizar um espaço específico, com um número de casas programado, atendendo aos princípios do PMF. Após delimitar a região de atendimento, foi iniciado o cadastramento, o primeiro contato com as famílias individualmente. Assim, são gerados os prontuários e se iniciam as ações administrativas, de promoção da saúde e de atendimento clínico.

A equipe básica era formada por médicos generalistas e auxiliares de enfermagem, uma dupla para cada território adscrito, trabalhando 40 horas semanais na comunidade, divididas em atendimento no consultório dos módulos (unidade de atendimento); atividades de campo – visitas domiciliares,

visitas hospitalares e ações de educação em saúde e, participação em educação continuada (programada pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa da Prefeitura). O médico atua como generalista, buscando a atenção integral continuada e setorizada aos indivíduos e suas famílias, com ênfase na promoção e prevenção em saúde, no diagnóstico precoce e tratamento. O trabalho técnico é supervisionado semanalmente por uma equipe de supervisão formada por ginecologista, clínico geral, pediatra, profissional de saúde mental, assistente social, enfermeiro e sanitarista. (MASCARENHAS, 2002 e SENNA, 1995)

Naquele momento, novas práticas foram assinaladas pelo PMF:

- *adscrição de clientela*, num espaço-geo-físico local, onde a equipe identificava grupos populacionais em situação de risco, no próprio processo de aproximação e conhecimento da comunidade;
- criação de uma *nova relação entre os serviços de saúde e os usuários*, desenvolvendo uma prática sanitária responsável e que influenciasse os níveis de saúde de uma determinada população;
- *integralidade das ações*, facilitando o acesso da população ao serviço e encaminhamento aos demais serviços (MASCARENHAS,2002)

A organização popular, representada pelas Associações de Moradores, reconhecidas oficialmente pela Federação de Associação de Moradores de Niterói (FAMNIT), constitui parte necessária na formulação do convênio entre estas e a Prefeitura Municipal de Niterói (SENNA, 1995). No convênio foram estabelecidos dois níveis de gerência, compostos pela Fundação Municipal de Saúde (Superintendência de Atenção Ambulatorial e Saúde Coletiva) e pela representação comunitária (liderança das Associações de Moradores), sendo estes responsáveis, através do Decreto Legislativo nº 17/92-DO RJ, 16 de agosto de 1992, pela co-gestão do Programa junto com a Prefeitura Municipal. Cabe às Associações de Moradores a contratação dos recursos humanos necessários, pagos com repasse de verbas do município e contratos de

trabalho regidos pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), consolidando conforme nossas observações, um convênio de trabalho frágil.

O PMF recebe os recursos do Ministério da Saúde, por estar em concordância com as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família(ESF). Desde 2010, vem sendo incluídos novos atores na equipe, agentes comunitários e enfermeira, porém a população adscrita sofreu aumento. Assim, a equipe básica, que antes atendia entre 1000 e 1200 indivíduos, passou a atender entre 2000 e 2500 pessoas, uma média de 700 a 900 famílias, por um médico, uma técnica de enfermagem, dois agentes comunitários. Além de uma enfermeira para cada 4000 pessoas, que atende duas equipes.

Em 2013, no início de um novo governo na prefeitura, através da Portaria (04 de janeiro) publicada em Diário Oficial da cidade FMS/FGA Nº 14/2013 se define uma equipe provisória. Com o intuito de manter esta aproximação com o ESF, evoluindo para um novo formato de contrato e financiamento dos profissionais de saúde. Porém não há, a princípio, mudanças quanto à concepção do uso do território, sendo mantido os limites restritos às atividades burocráticas, em detrimento à concepção do *território vivo* de Milton Santos.

Quanto ao território pesquisado, a Comunidade do Preventório, situa-se no bairro de Charitas, que tem estreita história com o início da assistência pública em Niterói, a partir de 1851. A principal construção da região servia para abrigar doentes contagiados por febre amarela, cólera e varíola. Trata-se do Hospital da Enseada de Jurujuba, localizado na praia de Charitas. Dois anos depois, passou a se chamar Hospital Marítimo Santa Isabel até 1898, recebendo doentes que vinham do Rio de Janeiro – então capital do Império - e

do estrangeiro, a bordo de navios. Neste mesmo ano, o hospital mudou de nome para chamar Paula Cândido, em homenagem ao professor que o fundou.

Em 1909, com a febre amarela em declínio, graças ao combate travado pelo higienista Oswaldo Cruz, o hospital parou de receber doentes e, alguns anos depois, foi transformado no Preventório Paula Cândido, onde ficavam crianças que precisavam se prevenir da tuberculose. O prédio foi também uma escola de enfermagem e educandário. Essa construção ainda existe, ao lado da principal subida do Morro, e é conhecida como Casa da Princesa, onde funcionava a Fundação para a Infância e a Adolescência (FIA), hoje em obras para, possivelmente, abrigar um instituto para idosos(WHERS, 1984).

No Preventório, no que se refere ao contexto político, observamos influências e ações que envolvem o Estado, as relações entre os moradores, o tráfico de drogas e os empregadores dos profissionais de saúde do PMF. Assim, assinalamos as relações que envolvem a figura do presidente da associação de moradores, que além do seu cargo, ocupa a posição de "empregador" dos médicos de família.

O TERRITÓRIO E AS PRÁTICAS DE SAÚDE

Na consolidação do SUS se observa que a concepção de território passa a ter importância. A ideia de espaço-região começa a ser construída na reforma sanitária, com os distritos sanitários. Em seguida, através do espaço-território, chegamos a esse momento de território-processo:

> Portanto, as respostas/intervenções de saúde devem ser territorializadas, por se entender que os indivíduos e os grupos sociais buscam os serviços de saúde de acordo com a percepção que têm acerca de suas necessidades e dos problemas de saúde em sua interação diária com o território(GONDIN, 2011,p.88)

Ainda sobre esta relação território/saúde:

> ...e apóia-se primeiro, na reflexão de que países que estruturam seus sistemas de saúde em base territorial são mais eficazes,eficientes e equitativos a exemplo da Suécia, Finlândia, Inglaterra, Cuba e Costa Rica (MENDES 1993:166); segundo, nas concepções da geografia crítica de Milton Santos que situa o território como 'território usado', lugar da interação pessoa-mundo, da "*interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade e o seu uso, o que inclui a ação humana*" (SANTOS E SILVEIRA, 2001: 247 in GONDIN,2011,p.188).

Com base neste pensamento, o presente texto analisa um programa que toma o território nacional como unidade, apesar de tantos conflitos (desigualdades sociais e pressões mercadológicas), o que se revela de grande importância para o campo da saúde. Neste sentido, a pesquisa acredita que para potencializar as possibilidades de eficácia do PMF é necessário considerar o território dinâmico.

Enfim, o estudo assinala que o território pressupõe relações de poder. Logo as áreas definidas de abrangência dos serviços de saúde não podem estar limitadas a um conceito político-operativo. Trata-se de um território para além da extensão geográfica, que reflita as práticas politico-culturais-sociais locais, a fim de caracterizar um espaço de atendimento em constante construção. (Santos, 2006 e Barcellos, 2008)

Ao mesmo tempo, a investigação em curso, analisa as práticas em saúde no contexto da valorização do homem e sua cultura, uma prática em que o sujeito passa a ser central e a doença secundária. Ou seja, o doente é investigado e não a doença, sendo que este não é aquele enfermo em geral, mas um Sujeito concreto, consciente, social e subjetivamente construído. Assim, não se basearia em técnicas pragmáticas para inserir saúde no enfermo, da valorização do paciente como ator principal, consciente de seus problemas e seus direitos, e que compreende seu papel como cidadão (CAMPOS, 2003).

O pesquisador Emerson Merhy (2004), parte do princípio que todo trabalhado inserido na saúde apresenta potenciais de intervenção na prática em saúde, nos processos de produção da saúde e da doença, marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um auxiliar de serviços gerais.

Sobre o tema, Ayres (2001) assinala que o que move o encontro desejante dos sujeitos e seu mundo, não se traduz de modo restrito ao êxito técnico. Logo, se faz necessário nas práticas de saúde, agregar ações para um cuidado comprometido com o outro e suas subjetividades. Da mesma forma, Campos (2011), analisa que na prática em saúde, as características próprias do ser humano, exigem capacidade reflexiva e de tomada de decisão durante o processo de trabalho ou de intervenção.

Portanto, ao pensar o “território”, se desvela o cotidiano e as relações homem/meio, como ato necessário da clínica. À “clínica tradicional”, devem se somar “outros saberes, outras práticas”, no intuito de uma mudança das ações clínicas atuais, com resolutividade e eficácia (TENÓRIO, 2001).

Deste modo, ao analisar nosso objeto de estudo devemos enfatizar, segundo Gastão Wagner (2003), a relação dialética entre Sujeito e Doença, gerando um campo de responsabilidades para a prática clinica entre paciente e profissional da saúde. Tendo em vista que esta clínica não é única, ela tem de ser diversificada e interdisciplinar com relações horizontais, entre profissionais e enfermo, a fim de garantir uma Clínica interessada na “integralidade dos Sujeitos”.

Para investigarmos o território em seu diálogo com a Clinica Ampliada, vamos subdividir a mesma em três dimensões (gerencial, assistência, promoção), tendo em vista a sua complexidade e a sua abrangência. Assim, utilizaremos a ideia de assistência/clínica, pensando o atendimento individual dos profissionais e dos usuários; a gerencial, refletindo a prática dura de limites e adscrição de atendimento, questões administrativas; e, por fim, de promoção à saúde no contexto da população geral cadastrada e seu meio e os benefícios para a prática coletiva da Clínica.

Ao analisar a promoção em saúde, temos que avançar para além da observação dos “riscos” sociais, como problemas no meio ambiente, urbanização inadequada, pobreza extrema, violência, drogas, doença endêmicas, etc. Trata-se de enfatizar ações intersetoriais, procurando respostas que colaborem com a população, refletindo a partir do local e dos seus objetos, interagindo com os moradores e através dos mesmos, utilizando os aparelhos possíveis para enfrentar seus problemas. (CAMPOS ET AL, 2004)

Trata-se de avançar para uma ideia de vulnerabilidade, entendendo este conceito como resultado da interação de um conjunto de variáveis que determina a maior ou menor capacidade de os sujeitos se protegerem de um agravo, constrangimento, adoecimento ou situação de risco. (OLIVEIRA, 2010)

Dando seguimento, Oliveira (2010), afirma que a percepção do território muito contribui para a gerência e planejamento das ações de saúde, complementando que quando não há envolvimento do profissional com a organização dos serviços e na viabilização dos mesmos no território, os resultados são desresponsabilização ou adoecimento dos sujeitos envolvidos.

Unglert (1999), analisa ainda que não se pode abandonar a noção gerencial, onde os espaços político-jurídico e político-administrativo sejam ignorados. Contudo é imprescindível a apropriação do poder pelos atores sociais em seu cotidiano, somente assim o trabalho vai construir identidade com os usuários e, desta forma gerar responsabilização entre estes e o serviço de saúde. Como se observa nesta citação da autora: "*O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde,...,para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adstrita*"(p.222).

Sobre a dimensão da clínica, cabe ainda destacar a questão do vínculo:

> é o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário (MERHY, 1997, p. 138, IN SILVA JUNIOR E MASCARENHAS, 2004).

Nesta linha, Campos (2003) reforça que para a prática de uma clínica com qualidade é necessário o fortalecimento de vínculos entre paciente, famílias e comunidade com a equipe e, com alguns profissionais específicos que lhes sirvam de referência. Logo, o papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se coloca sob nosso cuidado, mas é também o de ajudar os outros a se ajudarem. As práticas em saúde enfrentam o desafio de construir estas relações com alteridade, em estimular a capacidade das pessoas vivenciarem suas realidades, em uma troca sincera com o profissional em busca de qualidade de vida, independente de presença ou ausência de agravos.

Nesta mesma percepção e mesclando as diferentes dimensões, Mascarenhas (2002), ao refletirem acerca do PMF, entendem também que a proposta do PMF está fundamentada na construção de um modelo estruturado em “três pontos: TERRITÓRIO, VÍNCULO E INTERSETORALIDADE”.

Outros autores, como Roseni Pinheiro e Madel Therezinha Luz (2007), também contribuem ao conceituar as práticas em um serviço de saúde semelhante ao pensamento de Milton Santos (2006,2011,2012). Quando refletem sobre a prática profissional e os serviços de saúde, caracterizando os serviços de saúde como um “cenário vivo”. Assim, a luz da reflexão proporcionada por esta leitura, é possível fazer uma interlocução com a questão do território, que também é considerado imutável, em permanente transformação, assim como o serviço de saúde.

Deste modo, o território do paciente passa a ter uma relevância na relação com o serviço e com sua metodologia de funcionamento, caracterizando uma possibilidade de entendimento do promover saúde a partir do espaço vivido pelo profissional. (PINHEIRO E LUZ, 2007)

Por fim, a investigação entende que valorizar a atuação da população e identificar o território como “vivo”, é estar em consonância com o artigo 198 (Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988). Este artigo determina que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com a participação da comunidade e com a atenção integral, como suas diretrizes.

Ao longo do texto, para facilitar uma melhor compreensão, construímos um quadro (abaixo), sobre algumas possibilidades das práticas em saúde.

DIMENSÕES DA PRÁTICA EM SAÚDE DA CLÍNICA AMPLIADA	CONTRIBUIÇÕES DO TERRITÓRIO
1. CLÍNICA	Alteridade com o cotidiano da área de responsabilidade em prol da construção de vínculo, Estimular o autocuidado, valer-se da educação em saúde para aumentar a capacidade das pessoas serem terapeutas de si mesmas. Considerar cada grupo como agentes de saúde de sua própria família e de sua própria comunidade.
2. PROMOÇÃO DE SAÚDE	Noção de território processo em uma concepção mais dinâmica mais próxima dos sujeitos, em uma abordagem que os determinantes e as relações com a saúde são: Social, cultural e histórico e subjetivo; Jurídico-político; Área de risco; de vulnerabilidade; Espaço de troca; Espaço de conflito.
3. ATIVIDADE GERENCIAL	*Adscrição de clientela*, num espaço-geo-físico local de para atender grupos prioritários – puericultura, cobertura vacinal, avaliação de crescimento e desenvolvimento, vigilância nutricional; mulheres – exames preventivos, planejamento familiar, pré-natal; *adultos* – gerências, hipertensão arterial e *diabetes mellitus* através de protocolo de assistência, cobertura vacinal.

Trata-se de um quadro-resumo de contribuições possíveis do território, dentro de uma prática comprometida com a Clínica Reformulada/Ampliada. Estas relações não são estáticas, já que no processo de trabalho acontecem trocas entre as dimensões que estão atuando. Tal apresentação visa facilitar o entendimento de uma metodologia de trabalho, na qual o usuário está no centro das decisões/condutas.

Assim, acreditamos que pensar o paciente como norteador das ações individuais e coletivas dos serviços de saúde potencializa o cuidado dos pacientes crônicos, entre outros. Ao mesmo tempo, otimiza os custos, tendo em vista, que para estas ações não são exigidos grandes aportes financeiros, já que se trata de mudança de comportamento e não apenas de aplicação de recursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas políticas públicas desenvolvidas em cidades, como Niterói, contribuem para a reflexão sobre a metodologia de trabalho do SUS, como a descentralização e a universalização, enquanto uma proposta de atenção

integral com participação social. Por outro lado, a investigação desvela uma padronização de ações que reduzem o território aos seus aspectos administrativos, em uma atuação “coadjuvante”, deixando de incluir o cotidiano e as relações de poder dentro destas comunidades para pensar ações locais.

De forma preliminar, através de consulta à literatura pertinente, documentos da cidade, recuperação histórica e conceituação dos marcos teóricos, observamos que há uma tentativa frágil e pouco sistematizada de percepção do conceito de território, que consta em Constituição Federal. O que ainda se observa é uma preocupação maior com normas e compromissos epidemiológicos, centrados em parâmetros de doenças e/ou grupos específicos, pautados em ideias de risco, seja na base da implantação do modelo ou na ação em si.

Por fim, encerro com o poema de Carlos Drummond de Andrade, “Crônica das Favelas Nacionais”, no sentido de repensarmos as políticas públicas nas comunidades, considerando o território VIVO.

... Um som de samba interrompe tão sérias indagações,
e a cada favela extinta ou em um bairro transformada,...,
outra aparece, larvar, rastejante, insinuante,
de gente que qual gente: amante, esperante, lancinante,
O mandamento da vida explode em riso e ferida.
Carlos Drummond de Andrade, in Souza e Silva (2011, p.209)

BIBLIOGRAFIA

Ayres JRCM. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde**. Interface (Botucatu). 2004; vol.8, n.14: 73-92.

Ayres, JRCM. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*. 2001; vol.6, n.1: 63-72.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Participar para Conhecer** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

Campos GWS. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec; 2003.

Campos G.W.S.; Barros, R. B.; Castro, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e saúde coletiva**. 2004; vol.9, n.3: 745-749. [acesso em 03/03/2013]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141312320040003000025&script=sci_arttext

Campos GWS **A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte.** *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2011 [acesso em 10/06/2013]; vol.16, n.7: [7]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141312320110008000002&script=sci_arttext

Barcellos C. Problemas Emergentes da Saúde Coletiva e a Revalorização do Espaço Geográfico. In: Barcellos C, Miranda AC, Moreira JC, Monken M (Org). **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janero: Fiocruz; 2008: 43-55

Gondim GMM. **Territórios da atenção básica**: múltiplos, singulares ou inexistentes [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.

Merhy EE O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. **SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da saúde; 2004: 110-139.

Oliveira G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2ªed. São Paulo: HUCITEC; 2010.

Pinheiro R, Luz MT. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais**: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos, RA (Org.). **Construção**

da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO; 2007.

Santos M et al. **Território, territórios**: ensaios sobre ordenamento territorial. 3ª.ed. Rio de Janeiro: Lamparina; 2011.

Santos M, Silveira ML. **O Brasil:** território e sociedade no início do século XXI. São Paulo: Editora Record; 2012.

Santos M. **A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção**. 4º ed. São Paulo: Edusp; 2006.

Senna MCM. **Municipalização e controle social:** o Programa médico de família em Niterói [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 1995.

Silva Junior A, Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, CORBO ADA (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007: 27-41. [acesso 28/10/2011. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26.

Silva Junior A, PIRES AC, MARINS JJN, TOMASSINI, HBC. **As experiências de articulação universidade-serviço-sociedade em Niterói/RJ**. Cadernos da ABEM; 2006: 49-53.

Silva Junior A, MASCARENHAS MT. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc; 2004: 241-257.

Silva JS. Crônica das Favelas Nacionais. In: Santos M et al. **Território, territórios**: ensaios sobre ordenamento territorial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina; 2011: 209-230.

Tenorio F. **A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.

Unglert CVS. Territorialização em Saúde. In: Mendes EV (Org.) **Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do**

Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1999: 221-225.

Wehrs C. **Niterói Cidade-Sorriso**: a História de um Lugar. Rio de Janeiro: Editora Vida Doméstica; 1984.