

| 462 | PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA: SUA INSERÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE

Évelin Generoso Ferreira Fonseca

Resumo

Este artigo debate questões relativas às políticas públicas de saúde, cujo objeto é o Programa Médico de Família (PMF) instituído no município de Niterói, estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de mostrar os ganhos simbólicos e reais do PMF, sua distribuição territorial e sua integração setorial. Pesquisa qualitativa, de campo, que entrevistou 120 usuários do Programa, 11 profissionais de saúde, 2 supervisores, 1 presidente da Associação de Moradores e 1 coordenador do Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa da prefeitura de Niterói. Os resultados mostram as estratégias geográficas utilizadas para implantação do PMF e sua territorialidade no controle da situação de saúde da população, os resultados positivos no que se refere ao direito à saúde e à cidade dos usuários e a melhoria na promoção da saúde e prevenção de agravos. Porém, apontam-se as dificuldades na intersectorialidade nas ações, principalmente para encaminhar as situações que requerem atendimento em outros níveis de atenção. Conclui-se que a institucionalização do PMF pode ser considerada um marco político-social na história da saúde do município de Niterói e que se faz necessário investir no sistema de referência e contrarreferência para que os resultados sejam mais efetivos.

Palavras-chaves: território, saúde, política pública de saúde, programa médico de família.

Introdução

Este artigo debate questões relativas às políticas públicas, em especial, as de saúde, tendo como objeto uma modalidade específica que é o Programa Médico de Família (PMF) instituído no município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro.

Na geografia as políticas públicas são entendidas como uma categoria de normatização de território. No Brasil, tais políticas enfrentam o desafio de intervir na democratização do poder público, na universalização dos direitos sociais básicos e também na redução das desigualdades socioterritoriais, sem perder os vínculos com as particularidades e diversidades locais.

As políticas sociais possuem uma espacialidade e quando materializadas permite discorrer sobre estruturas geoeconômicas, geoeeducacionais, geopolíticas. Também existem ações do governo produtoras de novas configurações espaciais, denominadas políticas territoriais (Vallejo, 2005). É o caso das políticas de saúde. As ações políticas na área de saúde podem ser incluídas dentro das políticas territoriais, uma vez que os sistemas de saúde se organizam sobre uma base territorial, delimitando espacialmente suas áreas de abrangência.

A saúde é direito social básico, de todos, e dever do Estado. O texto constitucional demonstra de forma clara que a concepção do Sistema Único Saúde (SUS) se baseia na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, que resgata o compromisso do Estado para com o conforto social, principalmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando o SUS como um dos direitos da cidadania.

A saúde é uma condição básica para o exercício da cidadania do ser humano e é extremamente relevante para a qualidade de vida da sociedade. Sendo assim, o direito à saúde torna-se indispensável no âmbito dos direitos fundamentais básicos.

Em se tratando de analisar uma política pública, importa explorar “quem ganha o quê, por que e que diferença faz” (Souza, 2006, p. 24). Este é o propósito deste artigo: mostrar os ganhos simbólicos e reais do PMF, sua distribuição territorial e a integração setorial desta política pública de saúde.

Direito à Saúde e à Cidade

As políticas públicas fundamentadas no princípio da equidade devem ser priorizadas, adequando-se às necessidades dos indivíduos e das localidades onde estão inseridos, respeitando a saúde como um direito de acesso do cidadão à saúde e à cidade.

O princípio de direito à cidade busca uma maneira mais igualitária no espaço urbano, “dentro de uma visão de cidade como produto histórico e fruto do trabalho coletivo”. Esse princípio “pressupõe a adoção de uma política redistributiva que inverta prioridades relativas aos investimentos públicos e se traduz na garantia de acesso de toda a população aos benefícios da urbanização” (Ribeiro, 2003, p. 30). O direito à cidade e à cidadania pode ser compreendido como uma lógica universalizante do acesso a equipamentos e serviços urbanos, a condições de vida dignas na cidade e ao direito real a um espaço rico e diversificado culturalmente, especialmente, em uma dimensão política de participação da sociedade urbana na forma de conduzir o seu próprio destino (Grazia, 2003). Todavia, o direito à cidade aparece atualmente como utopia, um sonho cuja realização só seria possível com o crescimento da riqueza social concomitante às modificações nas relações sociais (Lefebvre, 2008).

Para que o direito à cidade não fique apenas no plano das ideias, o Estado deve retomar sua função social, assegurando a toda sociedade o acesso igualitário aos bens e serviços urbanos. Para que se atinja a justiça social deve-se permitir o cumprimento do ideal da gestão democrática da cidade, através do controle social e da participação da população

na elaboração, implantação e avaliação de políticas públicas redistributivas condizentes com suas necessidades.

Neste ínterim, destaca-se a relevância e justificativa desta investigação, uma vez que, ao se optar pela execução de uma pesquisa de campo, com método qualitativo que valorizou o protagonismo dos atores sociais que constroem no cotidiano as ações que integram o PMF, resultados serão gerados e somados ao conjunto de estratégias adotadas na avaliação de tal política, mostrando quê diferença ela faz na vida dos cidadãos que dela usufruem.

Método

Participaram da pesquisa 120 usuários, cuja amostra compôs-se por moradores do Morro do Preventório e de parte de Charitas atendidos pelo PMF, profissionais de saúde dos módulos desse Programa no Preventório, dois supervisores e o Presidente da Associação de Moradores e do Coordenador do Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa (NEPP), da Prefeitura de Niterói.

A composição da amostra foi aleatória, sendo os convites feitos nos momentos das consultas agendadas e nos atendimentos de emergência. As mulheres foram as mais frequentes, sendo a maioria da amostra feminina. A participação foi voluntária, sendo-lhes garantidos os direitos às informações sobre a pesquisa e a autonomia no processo.

Incluíram-se usuários na faixa etária entre o adulto jovem e idoso que participassem do PMF em um dos módulos do Preventório. Como a técnica de coleta de dados foi a entrevista, os mesmos deveriam ter a comunicação verbal preservada, sendo excluídos aqueles que não atendessem a tais critérios e que ainda tivessem déficits cognitivos.

Sobre os profissionais, do total de 12, foram entrevistados 11, entre médicos e auxiliares de enfermagem. Incluindo-se o Coordenador do NEPP, os usuários, os profissionais de saúde e a Associação de Moradores, 135 pessoas foram entrevistadas.

A identificação dos depoimentos foi feita com código alfanumérico, sendo que, de 1 a 11 referem-se aos profissionais de saúde (PS); as letras a e b identificam os supervisores; e os usuários estão codificados pelo sexo Feminino e Masculino (F, M), a idade e o setor do PMF no Preventório ao qual pertence.

As questões do instrumento abordaram o quanto a população do Morro do Preventório conhece o PMF e seus serviços, como de dá sua participação, sua satisfação com

os serviços no intuito de se acessar suas opiniões sobre melhoria nas condições de saúde com a implantação do PMF, o atendimento às necessidades de suas famílias e o que pode ser melhorado no atendimento nos módulos e na saúde municipal de um modo geral. A relação dos profissionais de saúde com os usuários do Programa e com a Associação de Moradores e as ações desses profissionais, dos usuários e da Associação de Moradores enquanto sujeitos do PMF também foram objeto de investigação.

Resultados e Discussão

Uma política pública de saúde: o caso do PMF

O PMF foi criado em Niterói no ano de 1991, com foco na atenção primária de saúde, sustentado no conceito de distritalização da saúde, onde o território é dividido em setores. Em Niterói, o município foi separado em distritos sanitários onde cada um é responsável por cuidar dos seus recursos e dos seus problemas, criando práticas adequadas para a realidade na qual está inserido. Essa divisão visa unir a clientela ao serviço e à equipe de saúde, esperando-se que a equipe se torne referência para as comunidades nos assuntos ligados à saúde.

As ações deste programa primam por práticas preventivas, educativas e transformadoras, de acordo com a Declaração de Alma-Ata e da Carta de Ottawa. Primam pela qualidade de assistência à saúde e não pela quantidade de pessoas atendidas, propiciada pelo trabalho de ação preventiva.

O novo modelo de saúde propiciou maior agilidade ao sistema de saúde e permitiu ao governo municipal dirigir esse modelo conforme as necessidades locais. Para gerenciar e integrar a nova rede de saúde municipal foi criado o Fundo Municipal de Saúde em 1989 e, em seguida, a Fundação Municipal de Saúde em 1992, responsável pela gestão dos recursos e pela política do setor de saúde.

Com a descentralização do SUS, as unidades de saúde que antes eram responsabilidade da União e do Estado foram assumidas pelos municípios. A Prefeitura de Niterói assumiu várias unidades de saúde completamente distintas e desintegradas.

O objetivo da criação do PMF era de que servisse como canal de entrada preferencial para os estabelecimentos de maior complexidade na oferta de serviços de saúde no município e diminuir o excesso de pessoas internadas nos hospitais. Buscava-se com a

criação desse Programa oferecer à população das áreas de risco social e ambiental a oportunidade de acesso aos recursos de saúde e de assistência integral e continuada.

O território é a principal premissa da organização do processo de trabalho do PMF (através do qual busca-se a vigilância da saúde nas áreas onde os módulos foram instalados). Possibilitando a realização do PMF nas áreas mais pobres de Niterói construíram-se edificações de porte médio com uma arquitetura simples, os chamados módulos (Oliveira; Mizubuti, 2007).

O PMF possui 29 módulos, todos consolidados com abrangência de áreas expostas a perigos sociais e ambientais da cidade. Desde cedo, mostrou boa capacidade de resolver os problemas de saúde primários dos habitantes, através da metodologia da referência-contrarreferência, onde o paciente poderia circular no sentido vertical e horizontal, recorrendo a procedimentos mais amplos e complexos, até alcançar o topo da rede de saúde: os hospitais com capacidade para internar e tratar (Oliveira; Mizubuti, 2007).

A maior parte dos bairros contém pelo menos um módulo do programa. Embora sua cobertura tenha aumentado desde sua fundação, esse número ainda não é suficiente para atender à população mais necessitada do município.

Existe a perspectiva de aumento do número de módulos, mas antes é preciso delimitar as áreas prioritárias, fazer acordo com as associações de moradores e ter a aprovação da Prefeitura. (Supervisora a).

É preciso reorganizar a rede de saúde pública de Niterói para permitir a implantação de mais módulos na cidade, pois os outros níveis da rede, principalmente o secundário, não dão conta de atender a toda a demanda que se forma no nível primário a partir das Unidades Básicas de Saúde, entre elas os módulos do PMF. (Coordenador do NEPP)

O programa tem como finalidade oferecer serviços de saúde primários por meio de equipes de saúde que atendem a um “pequeno” número de famílias em cada área considerada de risco social pela Prefeitura. Isto permite que tais equipes conheçam seus pacientes, o local onde moram, as condições físicas, sociais e ambientais de suas residências, além das condições de saúde de cada família.

O PMF organiza-se em Grupos Básicos de Trabalho (GBT), de acordo com a distribuição territorial das Policlínicas Regionais e estas, por sua vez, encontram-se submetidas à divisão político-administrativa municipal. Essa partilha tem como critério preferencial o fluxo viário, a cobertura dos serviços de saúde e a acessibilidade dos usuários às Unidades de Saúde. Em média, cada GBT possui 27 equipes de saúde adicionada de

equipe multidisciplinar de supervisão técnico-metodológica, dos quais integram supervisores nas áreas de saúde do adulto e do idoso, saúde da criança e adolescência, saúde da mulher, saúde mental, saúde coletiva, enfermagem, serviço social e de um coordenador de área (Rocha, 2008).

O município de Niterói possui 110 equipes de Saúde da Família, distribuídas nos módulos do Programa na cidade. Cada um desses módulos possui entre 2 e 6 equipes de saúde, cada qual composta por um médico generalista e um técnico de enfermagem. Cada dupla atende em média 300 famílias (1.300 pessoas). Cada módulo tem um auxiliar de limpeza e um vigia noturno, moradores da comunidade. Não há funcionário com função administrativa, ficando esta a cargo da equipe básica. Em 2008, o PMF prestou serviços de saúde a aproximadamente 130.000 moradores de Niterói, em torno de 32% da população do município. (Rocha, 2008). Atualmente, a cobertura populacional alcança 173.000 usuários.

O Programa cobre 80% das áreas de risco da cidade. O objetivo é atender pelo menos 40% da população de Niterói, porque 50% da população possuem plano de saúde; então, cobrir 40% já seria um número razoável (Coordenador do NEPP).

A jornada de trabalho das equipes básicas, compostas por médico e técnico de enfermagem, é de 40 horas semanais. Os profissionais se dividem entre o trabalho de atendimento nos módulos e o de campo, realizado periodicamente com o propósito de: atender aos moradores com dificuldade de locomoção, catalogar os novos moradores das comunidades, verificar as condições socioambientais dos territórios e intervir, além de ampliar o mapa existente da área sob seu domínio.

A meta do Programa é que cada equipe visite todas as famílias sob sua responsabilidade pelo menos uma vez ao ano. “Este direcionamento obrigaria o médico a um maior contato com o contexto social e cultural da vida da comunidade que assiste” (Favoreto, 2007, p. 117), permitindo “uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social” (Apratto, 2007, p. 41).

Para proporcionar um atendimento diferenciado foi preciso adaptar as equipes para um novo tipo de cuidado com a saúde, baseado na relação com comunidade, onde a equipe deve estar atenta não só aos problemas de saúde dos pacientes, mas aos problemas sociais e ambientais enfrentados por eles, pois estes são considerados determinantes no processo saúde-doença.

Cada família é atendida sempre pela mesma equipe básica de saúde, responsável por seu setor. Como os profissionais de saúde estão inseridos nos locais de moradia de seus pacientes, há possibilidade de maior relação entre eles, além dos profissionais terem a oportunidade de conhecer melhor o ambiente em que vivem seus pacientes, podendo acompanhar a saúde das famílias e realizar ações preventivas.

Os médicos do Programa de Niterói não residem no local onde trabalham, mas há preferência pela contratação de técnicos de enfermagem que sejam moradores das áreas onde os módulos estão instalados, facilitando a intermediação entre as comunidades e o Programa. O contrato de trabalho segue as normas da Consolidação das Leis de Trabalho, implicando na ausência de estabilidade no emprego, com remuneração superando a praticada no funcionalismo público da saúde deste município.

As equipes de saúde básica são acompanhadas semanalmente por uma equipe de supervisão multidisciplinar (clínicos, pediatras, enfermeiros, assistente social entre outros) para receberem capacitação permanentemente. As equipes de supervisão são responsáveis pela avaliação do atendimento nos módulos e da qualidade do serviço prestado pelas equipes básicas.

Uma particularidade do PMF é sua gestão. A Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Niterói tem uma relação contratual, na forma de cogestão, com as associações de moradores, previsto no Decreto Legislativo 17/92-DO RJ, 16 de agosto de 1992. As associações pagam o salário das equipes de saúde, com verba da Prefeitura, auxiliam a Coordenação do Programa na administração da carga horária dos funcionários, agendam as férias dos médicos e dos técnicos de enfermagem, observam o atendimento nos módulos e encaminham os problemas e reivindicações da população e dos profissionais de saúde à Coordenação, representando a comunidade no Programa.

As associações também podem indicar profissionais para trabalhar nos módulos e propor sua demissão. Porém, quem contrata os profissionais é a Coordenação do Programa, através de seleção, e a demissão só ocorre após avaliação técnica dos profissionais de saúde pelas equipes de supervisão (Mascarenhas; Almeida, 2002; Mouzinho, 1999). Para um técnico de enfermagem participar do processo seletivo do PMF, precisa de uma carta de indicação da Associação.

Senna; Cohen (2002) explicam que a coparticipação da Associação de Moradores com a FMS possibilita maior controle das equipes básicas de saúde, mas esse “poder” nem sempre é bem visto pelos profissionais de saúde. Apesar dos relatos sobre conflitos entre presidentes de associações de moradores com a gerência do PMF e com as equipes básicas de

saúde, esta parceria foi bem sucedida na maioria das comunidades que receberam módulos do Programa (Goulart, 2002).

A ligação da Associação de Moradores com o PMF foi pensada como um mecanismo de ação social. Até hoje essa questão é discutida, porque é problemática. Existe incompreensão dos presidentes das associações e do profissional da saúde. É um desafio para o profissional ter um líder comunitário fiscalizando seu trabalho. (Coordenador do NEPP)

Observa-se que o PMF pode ser uma baliza político-social em Niterói, pois em 20 anos de atividades obteve grandes avanços sociais. Mostra disso é que enquanto a taxa de mortalidade infantil em Niterói era de 10.4 em 2004, no Estado do Rio de Janeiro era de 14.19. Já no Brasil, nesse mesmo período, a taxa era de 22.0 (Prefeitura de Niterói, 2010). Em 1991, ano em que o PMF foi criado em Niterói, a expectativa de vida estimada ao nascer, em ambos os sexos, era de 68.7 anos e subiu para 78.4 em 2008, observando-se aumento de 9,7 anos em 17 anos.

Estratégias geográficas para a implantação do PMF, sua intersectorialidade e alguns resultados

Uma característica do PMF é sua dimensão espacial. Sua implantação pode ser considerada como uma “estratégia geográfica” consciente, a qual funciona por seletividades, escolhendo criteriosamente os focos de sua ação, beneficiando o segmento da população e área geográfica consideradas de maior vulnerabilidade social e ambiental.

As mudanças no modelo de prestação de serviços à saúde viabilizaram novas dinâmicas às relações, com a emergência de conflitos, contradições e mediações necessárias. Pensar nessas categorias tornou-se imprescindível na construção de um novo paradigma de saúde em Niterói, fazendo emergir o território como “conceito básico da responsabilidade sanitária e também da vinculação dos usuários aos serviços de saúde, estabelecendo o sentimento de pertencer ao espaço de intensas trocas sociais, econômicas, culturais, ambientais e biológicas” (Vasconcelos, 2007, p. 11).

O Programa não atende a todos no município, mas apenas aos que residem em “área de risco” ou os “excluídos sociais”, aqueles que residem em espaços com indicadores sociais mais comprometidos, como os que vivem em encosta de morro, em locais sem rede de infraestrutura básica e pessoas em situação de vulnerabilidade, como: grávidas, crianças menores de dois anos, idosos, hipertensos, diabéticos.

Todavia, “a não extensão do atendimento a todos os moradores do município não se configurou propriamente como exclusão, mas como privilégio aos mais necessitados” (Mouzinho 1999, p.17).

Ao ser criado, o Programa tinha como finalidade dar visibilidade a essa população vulnerável ao adoecimento. Para conseguir controlar essa população e a doença as equipes trabalham a promoção e prevenção, antes do agravo da doença, evitando que piorem e tenham que buscar um nível de maior complexidade na rede de saúde. Outras ações nos territórios devem ser feitas para melhorar a auto-estima do doente como a erradicação da violência, o acesso à moradia, ao saneamento básico, aos instrumentos sociais.
(Coordenador do NEPP)

Evidencia-se que há uma estratégia política/social e geográfica nas ações do PMF. Em função das estratégias de efetivação de direitos, o governo municipal delimita e classifica espaços mais necessitados de infraestrutura básica, de certa forma territorializando-os. Com isso, a Prefeitura define seu “foco” de atuação. O território torna-se um espaço de relações de poder, porque para que sejam escolhidas áreas para receber módulos do PMF é preciso um gasto de energia e informação (Raffestin, 1993). Destaca-se que a relação entre o Estado e o poder se manifesta através do PMF e sua relação com os territórios onde ele está presente. Por meio do aparato da saúde, o Estado consegue certo controle da população e dos recursos disponíveis.

Para se inserir nessas localidades da cidade a Prefeitura estabelece uma parceria com a Associação de Moradores dos locais. De acordo com o Coordenador do NEPP, essa estratégia foi pensada como um mecanismo de ação social. O líder comunitário eleito legalmente detém o controle dos profissionais da saúde e intermedeia o Programa e a Comunidade.

A Associação trouxe um olhar diferencial, conhece as expectativas da população com a equipe de saúde. Em alguns casos, cai na assistência. O lado positivo é que nas áreas mais violentas ela protege as equipes. O negativo é a impotência da ferramenta comunitária, os movimentos são muito frágeis, pouco participativos. Há também a Associação clientelista, que arruma um “jeitinho” para conseguir atendimento mais rápido para a família ou conhecidos.

Nas declarações, a supervisora b alude que: *Essa parceria geralmente dá certo, às vezes a Associação confunde um pouco os papéis. Como contrata os profissionais e administra o funcionamento das unidades, acha que é patrão e acaba extrapolando o poder.*

Para o poder ser exercido de fato, é necessário o envolvimento de atores e a definição dos dominadores e dos influenciados no espaço. Dessa maneira, as práticas de saúde do PMF são definidas através das relações de poder (Souza, 2007; 2009). Tais relações possuem múltiplos comportamentos, pois os interesses dos atores envolvidos no Programa em questão são variáveis. Nem todos os moradores são assegurados pelo Programa, havendo certo privilégio, justificado com base em argumentos territoriais e sociais. Nesse caso, o território pode ser pensado enquanto processo, “onde estão explícitas as relações que se estabelecem entre atores num espaço geofísico determinado, espaço este de pactuação e conflito em torno de interesses e necessidades” (Mascarenhas; Almeida, 2002, p. 86).

O que sustenta fundamentalmente o trabalho é o vínculo que se cria entre profissionais e usuários, viabilizando a construção de uma relação de confiança, de modo que possa conhecer as reais necessidades e problemas de saúde da população. Neste ínterim, “a intersetorialidade é a cooperação entre setores, sendo o caminho possível para responder às questões que interferem diretamente na saúde, favorecendo a participação da população e a promoção da saúde” (Mascarenhas; Almeida, 2002, p. 86).

Outro aspecto a ser considerado tem a ver com as especificidades da prática médica. Como conceitos estratégicos, o PMF escolhe a prática política e o conhecimento sanitário como forma de propiciar a consciência sanitária. Deve-se trabalhar no controle de danos (medicina curativa), de riscos (prevenção) e de causas, “trabalhando a partir de determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais, estimulando uma intervenção social organizada na busca permanente de ações intersetoriais capazes de criar condições propícias para a promoção de saúde”. (Hübner; Franco, 2007b, p. 13)

A ênfase no processo educativo para a transformação da qualidade da saúde e a adoção de critérios de intervenção voltados para uma perspectiva controladora das ações sociais inicia-se sobre o corpo biológico, estende-se ao espaço urbano, organiza-se dentro do Estado e alcança o corpo do trabalhador, sendo o corpo uma realidade biopolítica e a medicina uma estratégia. (Foucault, 1989).

A medicina é uma estratégia biopolítica, mas a delimitação do espaço sobre o qual incide o Programa revela uma estratégia geopolítica intencional. Portanto, essa dimensão também deve ser considerada no trabalho.

É preciso repensar o território, a geografia, as condições do território, trabalhar os determinantes de adoecimento, as condições de vida, moradia e saneamento para obter saúde. A visita domiciliar objetiva intervir no ambiente, descobrir que riscos aquele espaço cria e o que pode fazer para minimizar esses problemas. Tem que ter criatividade para criar métodos que mudem algo, sem preconceito. Os pacientes devem ser responsáveis. É preciso levantar a autoestima do usuário para seu autocuidado, para ficar mais vaidoso em cuidar de seu habitat. (Coordenador do NEPP)

O médico e o técnico de enfermagem possuem funções sociais importantes nos territórios onde se encontram os módulos do Programa. Realizam trabalhos nos módulos, nas visitas domiciliares e participam de reuniões com os moradores. O médico tem a função de mediador entre o Estado (Prefeitura) e os moradores da localidade em que trabalha, enquanto os técnicos de enfermagem medeiam as relações entre os médicos e a população atendida estabelecendo um elo entre as localidades de “risco social” e a rede de saúde municipal.

Nas consultas o profissional faz o trabalho de prevenção. Nos trabalhos de campo, cadastram novos pacientes e fazem intervenções no território, tais como: orientam os moradores a fecharem as caixas d’água, fiscalizam construções em áreas de risco, verificam se as famílias têm água tratada e caso não as tenham, os orientam a fervê-la. Quando identificam lixo na comunidade acionam a Associação de Moradores e a Companhia de Limpeza para resolver o problema. Com a ajuda da Associação atuam no reflorestamento de algumas áreas.

Os técnicos de enfermagem responsabilizam-se por apaziguar as situações da comunidade, selecionam os que precisam ser atendidos pelo médico quando este não tem condições de atender a todos, sendo os demais atendidos pela enfermagem.

O PMF possui um mapa, elaborado pelos profissionais de saúde, de cada área onde está implantado como forma de viabilizar sua atuação nessas localidades e organizar suas ações. Cada setor da unidade básica é responsável pela ampliação e remodelamento do mapa da sua área. O mapa tem o sentido prático de orientar os profissionais em suas visitas. No entanto, este instrumento permite certo controle de determinados pontos do território, do contato com a população-alvo do Programa e das relações que esta mantém com o espaço habitado e vivido.

Hübner; Franco (2007a) afirmam que no decorrer do tempo os profissionais de saúde entendem os hábitos da comunidade na qual atua e as normas em vigor nesse espaço.

O diagnóstico da localidade vai além das questões geográficas e sanitárias, compreendendo o ser humano e suas relações no seu microambiente familiar e comunitário no conjunto das condições do processo saúde-doença.

Os profissionais fazem o campo e acompanham as mudanças ocorridas nesses territórios (Rocha, 2008). A finalidade do mapa é permitir aos profissionais de saúde o desenvolvimento do processo de territorialização, definindo as áreas mais necessitadas de atenção e os locais com maiores riscos sociais e ambientais. Dessa forma, definem-se medidas de proteção e intervenção nos territórios das localidades onde o Programa se encontra.

Esta organização do processo de trabalho amplia a esfera de ações das equipes de saúde no território para além de ações focadas a grupos prioritários e a pacientes acamados. Ao contrário de uma visão estática de determinado território geográfico, muitas vezes é no trajeto de campo que as equipes percebem as mudanças dinâmicas que ali se instalam (Rocha, 2008).

Os moradores não são objetos passivos e os territórios das áreas menos abastadas da cidade de Niterói que receberam o PMF ganham o sentido de uma rede de relações sociais (Souza, 2007). Esse conjunto de relações que se expressam no PMF pode ser definido, em um dos seus significados, como territorialidade (Souza, 2007). A prática territorial dos profissionais de saúde demarca uma territorialidade que talvez não coincida exatamente com as delimitações espaciais espontâneas dos moradores das áreas onde o Programa foi implantado e aquelas definidas por outros atores com presença relevante nessas localidades, como a Associação de Moradores.

A territorialidade pode ser manifestada de várias formas, em diversos contextos sociais, e as formas mais comuns são as políticas territoriais (Sack, 1986). A territorialidade humana relaciona-se ao controle de uma determinada área, podendo ser explicada como uma estratégia espacial para atingir, influenciar ou controlar recursos e pessoas. Na saúde, como os recursos são escassos, é preciso criar estratégias para melhor alocar os serviços e os profissionais para atender a demanda. Pela distribuição dos equipamentos de saúde no espaço geográfico o Estado obtém controle da área e, como estratégia, a territorialidade pode ser ativada potencializando o efeito da política de saúde, e desativada privando áreas do seu acesso ou até mesmo não garantindo acesso pleno à saúde. Desta forma, “a territorialidade para os seres humanos é uma poderosa estratégia para controlar pessoas e coisas através do controle de áreas” (Sack, p. 01). E isto se vê no PMF de Niterói, uma vez que este se localiza nos territórios onde reside a população mais pobre, sendo seu controle feito a fim de promover a saúde e prevenir os agravos a esses grupos (Hübner; Franco, 2007 b, p. 13).

A organização do processo de trabalho centrado na vigilância à saúde tem sua principal premissa no princípio da territorialidade (Mendes, 1993). As equipes precisam inserir-se no território, estimulando a organização comunitária, e junto com essa população, buscar parcerias intersetoriais na perspectiva de melhores condições de vida e saúde. Estimular a participação popular como prática política faz parte da rotina do PMF de Niterói, sem desconsiderar a importância das dimensões da prevenção dos agravos e da assistência à saúde.

Nesse ínterim, o Programa deveria ser a porta de entrada para os outros níveis de atenção, mas não consegue escoar as demandas de todos os usuários para realizar exames e cirurgias, e por esse motivo torna-se a única porta de acesso dos usuários. Dessa forma, a saúde fica limitada ao atendimento básico:

Demora em torno de 2 anos para marcar uma referência, um oftalmologista; um exame de maior complexidade, como uma mamografia. Isso porque a rede não funciona como rede, não há intercomunicação! (PS 1)

Há fragilidades devido à falta de informatização da rede de saúde, ao déficit de profissionais e ao pensamento médico, ainda voltado para a cura da patologia e não para a linha do cuidado. Para o Coordenador, os níveis da rede de saúde devem caminhar juntos, contudo não é isso que ocorre:

Uma reorganização dos outros níveis da rede, sua informatização e a contratação de novos especialistas podem aumentar a oferta de serviços e um maior acesso dos moradores de Niterói à saúde. (Coordenador do NEPP)

A rede de saúde de Niterói possui uma central de vagas, onde todas as unidades básicas enviam referências (transferências para um estabelecimento especializado onde se realizem consultas, exames, tratamentos e cirurgias). Quando o PMF foi pensado como modelo de saúde para o município de Niterói, seus usuários teriam prioridade de atendimento na rede de saúde. Todavia, *o PMF foi instituído paralelamente a rede e se sente traído por isso. (PS 3)*

A rede de saúde não se comunica bem. Os médicos do PMF não recebem da rede a contrarreferência dos seus pacientes, para fazer o devido acompanhamento. Essa dinâmica é importante para garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades.

Todos esses fatores reunidos prejudicam a continuidade da atenção básica e conduzem às pessoas a se utilizarem de recursos pessoais para conseguirem acesso:

Muitos não conseguem marcar rapidamente a consulta numa policlínica ou às vezes no próprio módulo e recorrem ao “jeitinho”, a outros meios, burlam os caminhos e conseguem atendimento, conhecem alguém que trabalha no hospital ou um político. (PS 3).

Segundo a PS 5, *Se tivesse uma rede de saúde unificada, teríamos uma boa rede básica com suporte nos outros níveis.*

A falta de informatização da rede de saúde municipal dificulta a marcação de consultas e de exames e até mesmo o preenchimento de guias de referência e contrarreferência. Através da informatização da rede, o próprio médico do PMF poderia verificar os locais e dias disponíveis para marcar um exame ou a consulta com um médico especialista da rede. Para conseguir marcar uma consulta o profissional do PMF precisa encaminhar uma referência para a central de vagas e aguardar uma resposta, que pode durar meses e os pacientes cobram por uma solução:

O usuário me vê como uma parede que dificulta o acesso dele a outros centros, porque pra ele ser encaminhado ele precisa passar por aqui. (PS 3)

A população usuária do Programa e os profissionais de saúde reconhecem que todos esses problemas afetam a qualidade do atendimento nos módulos:

Eu era bem atendido no hospital X, agora preciso de encaminhamento. Pra mim, piorou. (F, 50 anos, Setor 004).

Os exames demoram, tinha que ter mais especialidade. Aqui é só preventivo. Quando é emergência tem que levar em outro lugar, porque aqui não tem recurso. (F, 26 anos, Setor, 002)

Estou com um mioma há 4 anos. Não consigo fazer os exames. (F, 30 anos, Setor 006)

Preciso encaminhar uma paciente que está com mioma há 4 anos, já está com referência, mas não consegue fazer a cirurgia. Ela está em estado terminal. Só o PMF não garante o acesso pleno à saúde, tem que ter o apoio da rede. (PS 7)

Apesar de algumas deficiências e da não efetividade em termos de intersetorialidade, o PMF avançou na assistência primária e no resgate da cidadania da população mais empobrecida da cidade. Ainda assim, não garante o pleno acesso à saúde, porque o acesso dos usuários é limitado ao nível primário e a rede de saúde de Niterói não consegue dar vazão aos pacientes aos níveis de maior complexidade da rede de saúde.

Conclusão

A criação do SUS decorreu em virtude da reforma na saúde do país e se pretendia um sistema de atendimento completo, universal e gratuito, onde todos os pacientes deveriam receber os mesmos cuidados sem custo, de acordo com suas necessidades e especificidade. O SUS, descentralizado, está estruturado em rede onde se articulam as esferas de poder Municipal, Estadual e Federal. Essas esferas são interdependentes, mas não significa que estejam subordinadas, devendo ser compreendidos isoladamente o comportamento de cada parte. Os serviços de saúde seguem a lógica da territorialização como forma de planejamento das unidades de atenção à saúde e contam com a participação da sociedade na sua gestão.

Sem dúvida, o SUS é uma das políticas sociais mais abrangentes e distributivas por proporcionar a milhares de brasileiros o acesso à saúde, através do aumento da rede de serviços públicos, dos programas de promoção da saúde e de prevenção de seus agravos.

Mas o modelo de atenção à saúde hegemonicamente adotado é ineficaz, tanto pelo acesso quanto pelos impactos alcançados, devido a sua centralidade num forte aporte tecnológico de alto custo, de cunho intervencionista e curativo. As incipientes políticas públicas brasileiras mostram uma tendência ao desvio dos recursos públicos para o consumo privado de serviços de saúde, via isenções fiscais. Pode-se encontrar unidades de saúde tecnologicamente semelhantes aos países mais ricos, mas há outras bastante precárias em recursos humanos, materiais e financeiros.

Objetivando a efetivação do direito do cidadão à saúde e à cidade é necessário um esforço político para que o Sistema de Saúde funcione como o planejado. A rede de saúde deve funcionar como uma rede efetivamente integrada, onde se possa ter acesso aos demais níveis, sem precisar burlar o sistema. Para tanto, as esferas Federal, Estadual e Municipal devem estar inteiramente articuladas, tornando-se real.

No PMF, a territorialização é feita durante os trabalhos de campo dos profissionais de saúde, através dos quais identificam e analisam as condições de saúde e do meio em que vivem as famílias. Através do atendimento, esquadriham as necessidades de saúde dos usuários, estabelecem prioridades de ação e de intervenção, definindo os encaminhamentos para os demais níveis de atenção da rede de saúde municipal.

Os elementos constituintes do espaço servem de suporte para o entendimento da vigilância de saúde de Niterói baseada no território, ao se considerar os sistemas de objetos e

ações – fixos e fluxos da interação entre o usuário do PMF com os equipamentos que fazem parte da rede de saúde de Niterói. Entre os elementos fixos desta rede se pode citar: as residências dos usuários, os módulos do PMF, as unidades básicas de saúde, as policlínicas e os hospitais. Por esses objetos fixos passam os fluxos de usuários, de profissionais de saúde e de recursos materiais e financeiros.

Com base nos resultados apresentados, salienta-se que a institucionalização do PMF pode ser considerada um marco político-social na história da saúde do município de Niterói. E, ainda, aponta-se a importância de se investigar mais aprofundadamente as redes de saúde. Entender a complexidade e a funcionalidade dos elementos que integram tais redes, e como deveria se dar o sistema de referência e contrarreferência é uma importante via de análise para que se possa melhor compreender os sucessos e os fracassos dos Programas que integram a política de saúde no Brasil.

Referências

APRATTTO, PAULO CAVALCANTE JÚNIOR. Rompendo o silêncio e suas barreiras: a questão da violência contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói. Dissertação de Mestrado. Universidade Estácio de Sá, 2007.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. A Narrativa na e sobre a Clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde. Tese de doutorado em Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: Microfísica do poder. 8ª ed. Rio de Janeiro. Editora Graal, 1989.

GOULART, F. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? Tese Doutorado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2002.

GRAZIA, G. de. Reforma Urbana e Estatuto da Cidade. In: Ribeiro, L. C. Q. e Cardoso. A. L. Reforma Urbana e Gestão Democrática: promessas e desafios do Estatuto da Cidade. Rio de Janeiro: Revan: FASE, 2003.p.53-69.

HÜBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. F. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. Revista de Saúde Coletiva, v.17, no 1, 2007a.

HÜBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. F. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. Programa Médico de Família: 15 anos. Publicação comemorativa, 2007 b.

LEFEBVRE, Henri. Espaço e política. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2008.

MASCARENHAS, M. T. M.; ALMEIDA, C. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, Vol. 26, n. 60, p. 82-102, jan./abr. 2002

MENDES, E.V. et alli. Território: Conceitos Chave. In: Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1993, p. 166-169.

MOUZINHO, G. M. P. Programa Médico de Família: mediação e reciprocidade. Dissertação de Mestrado em Antropologia e Ciência Política. UFF, 1999.

RIBEIRO, L. C. de Q.; CARDOSO, A. L. (Orgs). Reforma Urbana e Gestão Democrática: promessas de desafios da Cidade. Rio de Janeiro: Revan: FASE, 2003.

OLIVEIRA, M. P. de; MIZUBUTI, S. Do local ao global: jogo político, paisagem e construção de uma nova identidade para a cidade – Niterói, RJ, Brasil. In: XI Encuentro de Geógrafos de América Latina, Bogotá. Geopolítica, globalización y cambio ambiental: retos em el desarrollo latinoamericano. Universidad Nacional de Colombia, 2007.

RAFFESTIN, C. Por uma Geografia do Poder. São Paulo: Ática, 1993.

ROCHA, P. C. X. da. A violência contra a criança no ambiente intrafamiliar em comunidades adscritas ao Programa Médico de Família de Niterói/RJ. A violência contra a criança no ambiente intrafamiliar em comunidades adscritas ao Programa Médico de Família de Niterói/RJ. Dissertação de Mestrado em Saúde da Família. Estácio de Sá, 2008.

SACK, R. D. Human Territoriality. Cambridge: University Press, 1986.

SENNA, M. de C. M.; COHEN, M. M.. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, V.7, n.3, p.523-535, 2002. Acesso em 20/08/2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13029.pdf>.

SOUZA, M. J. L. de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: Castro, Iná Elias de, et al. (orgs). Geografia: Conceitos e Temas. 10ª ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2007.

SOUZA, M. J. L. de "Território" da divergência (e da confusão): Em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental. In: SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO,

Eliseu Savério. (Org.). Territórios e territorialidades: Teorias, processos e conflitos. 1^a ed. São Paulo e Presidente Prudente: Expressão Popular, 2009.

VALLEJO, Luiz Renato. Políticas Públicas e Conservação Ambiental: Territorialidades em Conflito nos Parques Estaduais da Ilha Grande, da Serra da Tiririca e do Desengano(RJ). Tese de doutorado pelo Programa de Pós Graduação em Geografia. Universidade Federal Fluminense, 2005.

VASCONCELLOS, M. C. Compreendendo o caráter estruturante do Modelo de Medicina Familiar em Niterói. Programa Médico de Família: 15 anos. Publicação comemorativa, 2007.