



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

PAULA BASILIO ALVES RIBEIRO

**O TERRITÓRIO-HOSPITAL:
APROXIMAÇÃO ATRAVÉS DE UM ESTUDO DE CASO**

Londrina
2020

PAULA BASILIO ALVES RIBEIRO

**O TERRITÓRIO-HOSPITAL:
APROXIMAÇÃO ATRAVÉS DE UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Líria Maria Bettioli Lanza

Londrina
2020

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA OBRA ELABORADA PELO AUTOR, ATRAVÉS DO PROGRAMA DE GERAÇÃO AUTOMÁTICA DO SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UEL

RIBEIRO, PAULA BASILIO ALVES .

O TERRITÓRIO-HOSPITAL: APROXIMAÇÃO ATRAVÉS DE UM ESTUDO DE CASO / PAULA BASILIO ALVES RIBEIRO. - LONDRINA, 2020.

130 F. : IL.

ORIENTADOR: LÍRIA MARIA BETTIOL LANZA. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL) - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL, 2020.

INCLUI BIBLIOGRAFIA.

1. TERRITÓRIO. HOSPITAIS. TERRITORIALIZAÇÃO. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. - TESE. I. LANZA, LÍRIA MARIA BETTIOL . II. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL. III. TÍTULO.

PAULA BASILIO ALVES RIBEIRO

**O TERRITÓRIO-HOSPITAL:
APROXIMAÇÃO ATRAVÉS DE UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Orientadora Dr.^a Líria Maria Bettiol Lanza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a Eliane Christine Santos dos Campos
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof.^a Dr.^a Letícia Figueira Moutinhos Kulatis
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 16 de março de 2020.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Líria, por quem nutro profunda admiração pessoal e profissional. Sempre foi um exemplo de professora e de pesquisadora. Agradecimentos sinceros por todas as palavras de incentivo, não apenas por este trabalho, mas por tantos outros momentos e motivos. Obrigada por me acompanhar até aqui e ser fundamental na minha formação, e também por compartilhar muitos momentos de alegria fora da universidade.

À Prof^a Evelyn Faquin, cuja a participação foi fundamental quando esta pesquisa ainda era uma intenção.

Às Prof^{as} Eliane e Letícia, que gentilmente aceitaram o convite para compor a banca final e pelas ricas contribuições a este trabalho.

Aos professores do Programa de Serviço Social e Política Social, por fazerem parte da minha formação acadêmica e que contribuíram indiretamente com minha pesquisa.

Agradecimentos à Fundação Araucária, pelo financiamento parcial desta pesquisa, que foi de fundamental importância para minha manutenção na universidade.

Agradeço também a todos os membros do grupo de pesquisa “Serviço Social e Saúde, formação e exercício profissional”, em especial à Julia, por todos os momentos de pesquisa, discussões, contribuições e companheirismo. Sobretudo no Projeto Migrar com Direitos, do qual me orgulho de ter participado.

Por fim, agradeço aos meus pais, minha companheira Daiane, meu irmão e aos amigos que foram fundamentais durante todo o processo. A vocês meu muito obrigada por acreditarem que seria possível chegar até o fim.

“Quem tem consciência para ter coragem
Quem tem a força de saber que existe
E no centro da própria engrenagem
Inventa a contra mola que resiste
Quem não vacila mesmo derrotado
Quem já perdido nunca desespera
E envolto em tempestade, decepado
Entre os dentes segura a primavera”

Primavera nos Dentes – Secos e Molhados

RIBEIRO, Paula Basílio Alves. **O território-hospital: uma aproximação através de um estudo de caso.** 2020. 128 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo evidenciar o território hospitalar e a suas múltiplas determinações, tendo como estudo o hospital enquanto território. Para tanto, buscou-se utilizar de um estudo de caso como pano de fundo para investigar o território em questão. O estudo de caso relata a internação de um jovem em um hospital público de nível terciário, credenciado ao SUS e vinculado também à Universidade Estadual de Londrina, sendo o hospital-escola de formação de diversas categorias profissionais inseridas nas ciências da saúde. A pesquisa tem caráter qualitativo, sendo um estudo exploratório, e os dados obtidos através de entrevistas orientadas por um roteiro semiestruturado. Assim, buscou-se identificar os elementos centrais que conformam o território hospitalar, bem como compreender as diferentes territorializações advindas dos mais distintos usos e que dão sentido a esse território. Conclui-se que o elemento do poder dentro desse território é constantemente disputado pelos diversos sujeitos inseridos no processo de saúde-doença. A perspectiva do cuidado em saúde e da humanização do cuidado são os principais fatores que podem delinear espaços de territorialização para os usuários dos serviços de saúde e suas famílias.

Palavras-chave: Território. Hospitais. Territorialização. Sistema Único de Saúde.

RIBEIRO, Paula Basílio Alves. **O território-hospital: uma aproximação através de um estudo de caso.** 2020. 128 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

ABSTRACT

This study had as objective to show the hospital territory and its multiple determinations, having as a study the hospital as a territory. Therefore, we sought to use a case study as a background to investigate the territory in question. The case study reports the admission of a young man to a public tertiary hospital, accredited to SUS and linked to the State University of Londrina, being the teaching hospital for the training of several professional categories within the health sciences. The research has a qualitative character, being an exploratory study, and the data obtained through interviews guided by a semi-structured script. Thus, we sought to identify the central elements that make up the hospital territory, as well as to understand the different territories arising from the most different uses and that give meaning to this territory. It concluded that the different subjects inserted in the health-disease process constantly dispute the element of power within this territory. The perspective of health care and the humanization of care are the main factors that can outline spaces for territorialization for users of health services and their families.

Key words: Territory. Hospitals. Territorialization. National Health Service.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização do Hospital Universitário de Londrina	74
Figura 2 – Densidade Demográfica do Brasil	98
Figura 3 – Localização dos Hospitais no Brasil	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de Leitos Hospitalares no Brasil	94
Tabela 2 – Quantidade de Leitos Hospitalares no SUS	95
Tabela 3 – Quantidade de Leitos Hospitalares não SUS	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – As abordagens conceituais do território em três vertentes básicas25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNIS	Confederação Nacional de Saúde
DPVAT	Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de via Terrestre
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HU	Hospital Universitário
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OS	Organização Social
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PMDB	Partido Movimento Democrático Brasileiro
PNH	Política Nacional de Humanização
PS	Pronto Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEDS	Secretaria da Família e Desenvolvimento Social
SEJUF	Secretaria da Justiça, Família e Trabalho
SETI	Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro Oeste
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	TERRITÓRIO: UM CONCEITO, MUITAS DEFINIÇÕES	20
2.1	ALGUMAS PERSPECTIVAS SOBRE O TERRITÓRIO EM DESTAQUE.....	23
2.2	AS CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO DE MILTON SANTOS.....	35
2.3	TERRITÓRIO E SAÚDE	41
2.4	O PODER COMO <i>LEITMOTIV</i>	48
3	O TERRITÓRIO HOSPITALAR E AS MULTIPLAS DETERMINAÇÕES	56
3.1	O TERRITÓRIO “NO” E “DO” HOSPITAL	56
3.2	A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO HOSPITAL.....	63
3.3	HU UEL –HOSPITAL ESCOLA E A REFORMA FLEXNERIANA	73
3.4	OS HOSPITAIS, CUIDADO EM SAÚDE E O DEBATE SOBRE O USO DAS TECNOLOGIAS	78
3.5	O TERRITÓRIO HOSPITALAR NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	88
3.6	A DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS SERVIÇOS HOSPITALARES.....	97
3.7	OS HOSPITAIS E A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....	104
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS	114
	APÊNDICES	123
	APÊNDICE A – Roteiro de Questões 1 (Profissional)	124
	APÊNDICE B – Roteiro de Questões 2 (Usuário)	125
	ANEXOS	126
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	127

1 INTRODUÇÃO

O conceito de território vem sendo debatido e difundido nos estudos sobre as políticas sociais e em outras áreas do conhecimento, incluindo o serviço social, as ciências humanas e sociais. Souza (2015b) nos demonstra que nos últimos vinte anos as discussões envolvendo o conceito de território ganharam status de “febre” no meio acadêmico, colocando o território como categoria central para pensar o espaço social produzido pelo homem no âmbito do capitalismo.

Assim sendo, esta retomada da utilização do conceito também esteve presente nas discussões na área da saúde, que a partir dos anos 2000 volta a utilizar-se dele em vários estudos, como os de Christovam Barcellos (2005), Márcia Gondim (2008), Maurício Monken (2008) entre outros. No entanto, dentro da saúde, a incorporação do território carrega uma história, embora recente, que é anterior ao próprio Sistema Único de Saúde. É nos meados da década de 1970 que a influência do pensamento do notório geógrafo Milton Santos (1926-2000) passa a ser pensada para a compreensão, sobretudo, das tensões sociais experimentadas no Brasil que desembocavam em uma necessária revisão da saúde enquanto política, mas também enquanto direito, conceito e modelo de atenção.

Na saúde, a epidemiologia inaugura então as aproximações entre o “território-usado” e a saúde, na tentativa de explicar as novas possibilidades de epidemias e espacialização das doenças em decorrência do acirramento do processo de urbanização e também da consolidação do capitalismo na era dos monopólios. A tarefa era superar uma epidemiologia meramente descritiva e pensar a relação entre sujeitos individuais e sociedade, o biológico e o social, sociedade e natureza na perspectiva de superar a ideia do espaço como algo meramente físico e estático.

O movimento da Reforma Sanitária brasileira foi responsável por elaborar as bases estruturantes do SUS. Ao longo dos anos 1970 e 1980 o movimento destacou, dentre outras coisas, a espacialização dos serviços de saúde no território brasileiro – demonstrando a sobre oferta em alguns lugares e ausência de serviços em outros; a excessiva centralização dos serviços de saúde; a baixa cobertura assistencial, especialmente para as camadas mais empobrecidas da sociedade e a pouca resolutividade das ações no enfrentamento das ocorrências da saúde.

Esses fatores apontados por Gondim *et al* (2008) demonstram que o então modelo previdenciário de saúde era pouco resolutivo e reafirmava as

iniquidades em saúde em todo território nacional.

Quando o SUS é deflagrado sendo a saúde um direito universal, na Constituição de 1988, adotou diretrizes que são centrais para pensar a territorialização, com destaque para a regionalização e a descentralização dos serviços e ações, o que culminou no movimento de municipalização. A partir disso, várias delimitações organizativas da política de saúde fazem alusão à questão do território, nas mais diferentes escalas, a saber: município, distrito sanitário, micro áreas, áreas de abrangência entre outras.

Todas essas delimitações, propostas no âmbito do SUS e ordenadas pelo Estado, demarcam áreas que criam territórios político-administrativos que revelam e demarcam relações de poder. Poder este, a princípio advindo do Estado, devido à sua autonomia e papel central que ocupa na regulação e criação de territórios.

Entretanto, mais que apenas incorporado como área gerencial e organizativa do SUS, o território ganha também lugar de categoria chave não apenas para gestão, mas como um importante meio de poder identificar os modos e dinâmicas de vida, as relações sociais inscritas, as relações de poder em jogo e os diversos usos a ele associado. Sendo o território a mediação entre o homem e o mundo, os sentidos da utilização do território extrapolam os limites gerenciais.

Desta forma, é mister afirmar que no âmbito da atenção primária em saúde a apropriação e discussões sobre o território estão bastante consolidadas, sendo impensável a articulação entre uma política e suas ações sem a mediação do território, pois ele passa a ser compreendido na perspectiva da integralidade em saúde, bem como nos processos de saúde-doença. Um exemplo disso é a Estratégia Saúde da Família¹ que o incorporou e aprofundou a ideia de territorialização da saúde.

No tocante às delimitações acerca do conceito de território, existe uma vasta gama de apropriações e definições: de Friedrich Ratzel (1988) aos autores contemporâneos como Rogério Haesbaert (2016) e Marcelo Souza (2012, 2015a, 2015b) temos observado que “há um território para cada geógrafo”, ou seja, o território

¹ Criado em 1994 e inicialmente conhecido como Programa Saúde da Família, passa a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família em 2006, com a criação da Política Nacional de Atenção Básica. É um dos principais recursos do SUS para a promoção da saúde na atenção básica. As equipes multidisciplinares contam com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e outros e atuam nos territórios da saúde, atendendo em média 4.000 famílias por equipe.

pode ser utilizado de acordo com a leitura de mundo do pesquisador: pode ser compreendido em suas características políticas, econômicas e culturais.

Mas, ainda que seja campo plural e diverso, nos parece que a maioria dos autores convergem em torno de um ponto em comum: a noção de território nunca vem desacompanhada da ideia de poder, seja na geografia clássica ratzeliana, cujo o poder era expresso pelo poder do Estado, seja nas correntes culturalistas onde o poder emana de múltiplos agentes. Neste sentido, as afirmações de Souza (2012, 2015a, 2015b) parecem acertadas: o território é fundamentalmente um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder.

As perguntas que devem ser feitas, as que se colocam como *leitmotiv* são as seguintes: quem domina e influencia esse território e como influencia e domina? A partir dessas perguntas, o autor nos convida a pensar uma conceituação de território que não evoque somente a ideia de território nacional, pois ele não deve ser reduzido somente à escala nacional, os territórios existem, são construídos e desconstruídos nas mais variadas escalas, seja uma escala que revele um âmbito local, seja uma escala que revele um âmbito nacional, assim como podem existir durante séculos e décadas, como durar meses ou dias.

No âmbito deste trabalho, entendemos o conceito de escala a partir da escala geográfica, que diferentemente da escala cartográfica - recurso fundamental da cartografia, que tem como pressuposto ser uma fração que indica a proporcionalidade entre o real e sua representação gráfica – é entendida como estratégia de aproximação do real, que define o campo empírico da pesquisa, ou ainda, nas palavras de Maria Laura Silveira (2004), um “zoom” do pesquisador sobre um dado território, um problema de aproximação do objeto e um alicerce de pesquisa.

O “zoom” deste trabalho se inicia na experiência da pesquisadora enquanto residente de serviço social no HU – Hospital Universitário de Londrina. É nesse espaço que começa a ter contato com a complexidade do território hospitalar e de suas múltiplas determinações.

Nesse contexto que ocorreu a internação de um jovem, que será chamado de Marcelo. Sua hospitalização ocorreu no ano de 2015 e é o “pano de fundo” para a discussão do hospital enquanto território.

Marcelo, 25 anos sofre um acidente de automóvel, dá entrada no Hospital Universitário em estado grave, necessitando de atendimento de urgência devido ao risco eminente de morte. Ao todo foram 6 meses de internação, de marco

a agosto de 2015.

O contato da pesquisadora com Marcelo e seus familiares se iniciam no Pronto Socorro, onde o mesmo ficou internado nas dependências do setor. Embora tivesse indicação para ser transferido para a Unidade de Terapia Intensiva, não havia vagas disponíveis, e por isso foi disponibilizado uma sala com suporte de UTI para ele.

A escolha pela internação de Marcelo para pensar o hospital como um território se justifica, pois, a mesma é considerada uma internação de longa permanência, que mobilizou várias áreas profissionais e mais ainda, foi capaz de configurar e reconfigurar o território da internação mediante a complexidade de sua situação que desafiou as equipes da medicina, serviço social, fisioterapia, enfermagem a gerou um campo de disputas em torno de sua situação de saúde.

Outro fator que contribuiu para o desenvolvimento desta pesquisa foi o artigo denominado “Território e Territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar”, publicado na revista científica Saúde e Sociedade, n.22 v.08 em 2013 de autoria de Sônia Maria Isabel Lopes Ferreira; Maridalva de Souza Penteadó e Milton Ferreira da Silva Júnior.

Para os autores do referido artigo, o território coloca-se como conceito complexo substantivado por vários elementos que permitem uma ampla utilização do mesmo. O que se coloca no centro de seus debates é a defesa hospital como um território.

Em sua concepção, o hospital se configura como “território de organização complexa, atravessada por múltiplos interesses, que ocupa um lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais com grande reconhecimento social (p.806)”. A defesa do hospital como território aparece em outros dois momentos:

Como território de tratamento e cura por meio de práticas interdisciplinares e intersetoriais (que) está aderido à lógica da acumulação do capital, ao incremento tecnológico e às formas de organização do trabalho utilizados na indústria (p.806-807);

O território hospitalar, como os demais territórios, é a expressão concreta e abstrata do espaço apropriado, produzido, formado em sua multidimensionalidade, pelos atores sociais que o (re)definem constantemente em suas cotidianidades, num campo de forças relacionalmente emaranhado por poderes nas mais variadas intensidades (p.813)

Em sua construção, Ferreira, Junior e Penteado (2013) se valem das prerrogativas do poder que existe dentro do hospital e que é exercido nos mais diferentes graus e por diversos atores sejam do Estado e seus agentes, dos gestores, dos profissionais e, sobretudo, dos usuários dos serviços, onde cada sujeito se territorializa a partir de sua capacidade de exercer poder. Para eles, dentro deste território-hospital se sobrepõem diversas territorialidades, entendidas para eles no sentido da territorialização associada a um uso particular atrelado à capacidade de exercer poder, assim sendo se configurando como territorialidades sobrepostas e articuladas no mesmo espaço físico.

Destacamos que esta publicação, até o momento, é a única encontrada que defende a utilização do conceito de território atrelado à escala de um hospital, e uma das poucas que problematiza o uso do conceito articulado à atenção terciária em saúde. Neste ponto, entendemos que existe uma divergência teórica entre o que apontam os autores em vista dos já consolidados estudos que considerem o hospital como instituição e ainda autores do campo da geografia que utilizam o território em escalas maiores e geralmente delimitadas pelo Estado, como é o caso da geografia clássica.

Com o propósito de aprofundar a questão e evidenciar o hospital público enquanto território estratégico no sistema de saúde brasileiro e considerando a necessidade de exploração teórica que cabe à temática, o objeto central desse estudo é o hospital enquanto um território. Desta forma, o objetivo central é de evidenciar o território hospitalar em suas múltiplas determinações e territorializações. A pergunta que orienta toda essa investigação é a seguinte: como se configura o território hospitalar?

Certamente essa pesquisa se justificou pela necessidade de destacar esse território dentro da política de saúde, bem como propor a possibilidade de outras utilizações e apropriações do conceito de território, para além das definições colocadas pelas políticas sociais, uma vez que entendemos que este é um conceito utilizado com rigidez, priorizando sempre as delimitações do Estado-Nação e as gerenciais-administrativas no âmbito do SUS.

Para atingir a finalidade da pesquisa, buscamos nos orientar pelos objetivos específicos, sendo eles: identificar os elementos centrais que conformam o território hospitalar e compreender as diferentes territorializações que dão sentido ao uso desse território.

A seguinte pesquisa é de caráter qualitativo e também exploratório, se configurando como um estudo de caso. A pesquisa qualitativa é assim explicada por MINAYO:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa [...] com um nível de realidade que não pode ser ou deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social. (MINAYO, 2008 p. 21)

Desta forma, consideramos a pesquisa qualitativa a melhor forma de efetivar uma pesquisa no campo das ciências humanas e sociais, pois esta abordagem se propõe a interpretar os fenômenos sociais, investigando sua natureza.

No que se refere ao caráter exploratório de acordo com Gil (2008) esse se caracteriza, a priori, pela complexidade pouco explorada da questão central da pesquisa, bem como também visa descrever e explicar as características e determinantes acerca de seu objeto.

O estudo de caso se baseia na hospitalização de um jovem que foi admitido no serviço hospitalar do HU Londrina. Devido ao seu longo período de hospitalização, que durou cerca de seis meses, é possível considerar esta de longa permanência. O estudo de caso, de acordo com Chizzotti (2006) é uma estratégia de pesquisa bastante utilizada que busca reunir dados relevantes sobre o objeto de estudo, pois permite alcançar um conhecimento mais amplo dentro da pesquisa.

Essa técnica de pesquisa permite a coleta sistemática de informações sobre uma pessoa particular, uma família, uma atividade, um conjunto de relações ou processo social, possibilitando conhecer como operam na materialidade.

É o caso desta pesquisa, que buscou a abordagem do estudo de caso para que a revisão de uma situação pudesse aprofundar melhor um determinado tema. Nesta situação, o “caso” em si tem uma importância subsidiária, é um apoio ou pano de fundo. São conhecidos como os estudos de caso instrumentais.

Assim sendo, esta pesquisa constitui-se em um estudo de caso, que conforme aponta Gil (2008) é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, que se volta a uma realidade particular, de forma a permitir o um conhecimento amplo e detalhado do objeto. Esta metodologia pode ser utilizada tanto em pesquisa exploratórias, quanto descritivas e explicativas.

Chizzoti (2006) identifica que o estudo de caso é adequado para o estudo sobre uma pessoa particular, uma família, um evento, uma atividade ou, ainda, um conjunto de relações ou processo social, para a melhor compreensão de como operam em um determinado contexto. Stake (1994;1995) *apud* Chizzotti (2006) define três modalidades de estudo de caso, sendo: intrínseco, instrumental ou coletivo.

Para essa pesquisa, acreditamos ser mais apropriado o uso da pesquisa de campo instrumental, pois vale-se de um caso ou situação para esclarecer uma questão real ou refinar uma teoria. O caso em si tem uma importância subsidiária; serve somente como pano de fundo, ou apoio, no sentido de auxiliar o pesquisador a compreender melhor uma outra questão.

Assim, os procedimentos metodológicos para a coleta de dados envolveram a escolha de uma amostra intencional dos sujeitos, sendo o próprio Marcelo e também um profissional do serviço social que também acompanhou a hospitalização do mesmo de sua família.

Diniz (2012) nos aponta que pesquisas com a abordagem qualitativa no campo do serviço social, e das ciências humanas e sociais devem partir de três pressupostos que fundamentam as pesquisas e possibilitam a inserção dos sujeitos como sujeitos ativos da pesquisa. São eles: o reconhecimento da singularidade do sujeito; o reconhecimento da importância de se reconhecer a experiência social do sujeito e o reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o saber como elaborar sua experiência de social cotidiana.

A priori a entrevista seria realizada também com a mãe do jovem, pois considerava-se que suas contribuições seriam relevantes para a pesquisa, entretanto, a mesma faleceu antes da coleta de dados.

O instrumental escolhido para a coleta dos dados das fontes orais foi a entrevista gravada, elaborada através de um roteiro de perguntas abertas (apêndices A e B) e capitalizadas em gravação de áudio e que foram transcritas para o tratamento dos dados.

De acordo com Gil (2008), a entrevista se coloca como uma forma privilegiada de interação entre o pesquisador e o sujeito, e é também o que aponta Minayo (2008) pois além da fala do sujeito, que é o material primordial, o pesquisador tem em mãos o elemento de relações, de práticas e subjetividades que permeiam determinado cotidiano.

Para esta pesquisa, demonstra ser o principal e mais adequado

instrumental para apreender as experiências, saberes e práticas dos sujeitos com a finalidade de compreender como os mesmos territorializam-se no hospital.

Após a coleta de dados, foi realizada a sistematização e análise dos mesmos. O método utilizado para a realização é o de análise de conteúdo (BARDIN, 2008) pois este tratamento permite analisar de forma qualitativa os conteúdos, assegurando uma descrição objetiva, sistemática e com riqueza de material. A sistematização consistirá em organizar e agrupar os dados obtidos, através de eixos previamente estabelecidos, a partir das respostas dos sujeitos. É necessário pontuar que a sistematização conta com um momento de transcrição das respostas e com a organização das mesmas em um quadro.

No que tange às análises, estas se deram em três momentos: o primeiro consistiu na escolha de materiais e formulação de hipóteses ou eixos que irão fundamentar a interpretação final, este momento também permite a leitura flutuante dos dados para aproximações sucessivas. O segundo momento consistiu, de fato, na definição das categorias analíticas, que foram organizadas a partir de conjuntos de elementos correspondentes nas falas dos sujeitos. E por último o tratamento dos resultados foi a partir das categorias analíticas e sua interpretação estará ancorada na fundamentação teórica que compõem esta pesquisa. Os eixos de análise estabelecidos foram: a lógica relacional do território; a humanização em saúde como vetor territorializador e, por fim, a territorialização e a multiterritorialização presentes.

Diante o exposto, este trabalho organizado em um primeiro capítulo dedicado à revisão teórica da categoria território, contando com a exposição das diversas conceituações a respeito do mesmo, destacando algumas que se colocam como as mais expressivas, reservando uma seção apenas com as contribuições do pensamento de Milton Santos, a seguir discutiu-se sobre a articulação do conceito de território na área da saúde e também sobre as conceituações acerca das teorias sobre o poder.

No seguinte capítulo, discorreu-se sobre o território hospitalar e suas múltiplas dimensões, trazendo a discussão para a inserção e papel que ocupa no SUS, sua construção social até o presente momento e os elementos que entendemos que configuram esse território, à luz da hospitalização de Marcelo.

2 TERRITÓRIO: UM CONCEITO, MUITAS DEFINIÇÕES

Afinal, do que se trata o território? Atualmente é um conceito amplamente difundido na política de saúde brasileira, bem como por teóricos que discutem a territorialização da saúde tal qual Monken e Barcelos (2005), Godin *et al* (2008), Mokem *et al* (2008). Partimos das afirmações propostas por Santos (1994), ao explicar que não é o território em si, mas sim os seus mais variados usos que são frutos de análise e estudo. A partir dessa indicação, sabemos então que a política de saúde faz uso deste conceito, chave e central na organização do SUS e que também utiliza os territórios, determinados pelo Estado e pelas diretrizes da política de saúde para organizar e gestar as ações em saúde.

Porém, antes de se problematizar a forma pela qual o SUS vem incorporando o conceito de território, é necessário entender que o mesmo é um dos temas mais complexos da geografia, de múltiplas definições, correntes e delimitações. Vale destacar também que o mesmo se difundiu amplamente, quase como um modismo em várias áreas do conhecimento, inclui-se aí o serviço social, o que, em certa medida, pode culminar em um uso banal e superficial do mesmo.

De acordo com Gottman (2012), além de ser um conceito geográfico, território também é um conceito político, pois é organizado e utilizado através de processos políticos envolvendo os mais diversos usos e os mais variados sujeitos que territorializam o território. Portanto, uma teoria, linha ou concepção de território que não considera a dimensão política do mesmo, para Gottman (2012) opera no vácuo.

Por ser político, entendemos que as afirmações de Souza (2012, 2015a, 2015b) sobre o conceito de território são acertadas: o que está no “centro” e o que define o território é o poder. Nesse sentido, é essa dimensão que define o perfil e o uso do território. Porém, afirmar essa característica não significa dizer que o território não comporta outras dimensões de análise.

Afirmar a dimensão do poder como a definidora dos territórios, não é, sobremaneira, afirmar que a dimensão material, econômica, cultural são menos importantes. Isto por que, conforme ainda explica SOUZA (2015b p.60),

As razões e motivações para se conquistar ou defender um território podem ser fortemente ou até primariamente de cunho cultural ou econômico; é óbvio que não são, sempre, de ordem “estritamente” política (ou ainda estratégico-militar). Aliás, a própria separação entre o “político”, o “cultural” e o “econômico”, da maneira como amiúde é feita, tem muito de cartesiana, de

artificialmente preocupada em separar aquilo que é *distinguível* mas não é propriamente *separável*. Em meio a relações sociais complexas, uma *dimensão* pode aparecer, histórico-culturalmente, como a mais importante, o que não significa que ela seja a única relevante. Em cada caso concreto, ao se examinarem os fatores por trás de processos de territorialização, descobriremos, recuando no tempo e escavando o suficiente, um emaranhado de razões e motivações. A defesa de uma identidade pode estar associada a uma disputa por recursos e riquezas, no presente ou no passado; a cobiça material não é, de sua parte, descolável do simbolismo, da cultura.

Mesmo apesar de um suposto uso banalizado do território como conceito, ainda prevalece a noção de território como espaço dotado de um substrato espacial material, delimitado pelo Estado e a ele relacionado, e que coloca os mais variados limites e fronteiras. O Estado é um dos personagens que produzem territórios e territorialidades, com grande capacidade exercer poder devido ao papel a ele atribuído dentro do capitalismo, que é o de defender os interesses da classe dominante e de manter o sistema de exploração-dominação em pleno funcionamento.

Sabemos que a origem do Estado no sistema capitalista assenta-se sobre o antagonismo das classes sociais que compõem a chamada sociedade civil. É o que nos explica Marx (2010), na obra *Glossas Críticas Marginais ao Artigo “O rei da Prússia e a Reforma Social – De um prussiano”*

O Estado e a organização da sociedade não são, do ponto de vista político, duas coisas diferentes. [...] repousa sobre essa contradição. Ele repousa sobre a contradição entre a vida pública e privada, sobre a contradição entre os interesses gerais e os interesses particulares. (MARX, 2010 p. 59-60)

A dominação da burguesia, juntamente com o processo da revolução industrial, deu à luz a um mercado mundial, que desenvolveu as forças produtivas, o comércio, a navegação. É com o estabelecimento da grande indústria e desse comércio a nível mundial que “a burguesia conquistou, finalmente, o domínio político exclusivo no Estado representativo moderno. O poder do Estado moderno não passa de um comitê que administra os negócios comuns da classe burguesa como um todo.” (MARX E ENGELS, 2007 p. 12)

Entretanto, como bem explica o autor Souza (2015b), não podemos e não devemos confundir território com o substrato espacial material que lhe confere forma (as formas espaciais, os objetos geográficos tangíveis, campos de cultivo, edificações, feições naturais), pois, ao assimilar o território apenas a essas características é *coisificar* o território, fazendo com que na qualidade de *projeção*

espacial das relações de poder, os recortes territoriais, os limites, as fronteiras podem mudar se e alterar, sem que necessariamente o substrato material, que serve de suporte e referencia material para as práticas territoriais, se altere. (SOUZA, 2015b)

Desta assimilação, utilizada principalmente pelos autores clássicos da geografia, como apresentado na sequência, decorre a ideia ainda muitas vezes difundidas associando o território como aquele espaço definido e delimitado pelo Estado-Nação. Não raro, cometem-se o equívoco de utilizar os conceitos de território e espaço geográficos como sinônimos equivalentes, deixando passar o aspecto que na verdade seria o conceitualmente o definidor: o poder. Nessa perspectiva, mais que *conter* um rio, uma paisagem, o território *seria* o próprio rio, as matas, as cadeias de montanhas e etc.

Na tradição clássica da geografia prevalecia uma explicação sobre o território necessariamente atrelada à ideia de Estado-Nação, ou seja, o território pátrio/território nacional. Milton Santos (1994) também faz essa afirmação ao dizer que a concepção de território, apenas como espaço geográfico ou como porção demarcada de terra não inclui o mais importante dos sujeitos sociais: o homem. Santos (1994, p 15) aponta que atualmente “[...] vivemos uma noção de território herdada da Modernidade incompleta do seu legado de conceitos puros”.

Para Santos (1994), é necessário elucidar que no contexto da globalização, o conceito de território ganha um novo significado e uma nova compreensão. Anteriormente, a concepção era de que somente o Estado definia os lugares, através de seu poder de dominação e controle, o território era necessariamente a base do fundamento do Estado-Nação. Com isso, se privilegiou, ao longo da história, uma fonte de poder em particular e também se dificultou de empregar a palavra território sem se remeter à legitimação dessa fonte de poder.

Chauí (2000) nos explica que o surgimento do termo ‘nação’ no vocabulário político ocorre por volta de 1830 e a partir daí desdobrando em sentidos de aglutinamento dessa nação e dos princípios da nacionalidade. Para ela, a “era das revoluções” foi o ponto de partida para um perfil de Estado que associa o seu poder político a um determinado território, preferencialmente contínuo, com limites e fronteiras claramente demarcados e que age política e administrativamente nesse território e que ainda tinha como função aglutinar os habitantes e conquistar a lealdade desses ao ideário de “nação”.

Assim, o “território” por excelência, para o senso comum, mas também

para juristas, cientistas sociais e até geógrafos, conforme aponta Souza (2015b), se afirmou como aquele sobre o qual o aparelho do Estado exerce sua soberania.

Nessas condições, “emancipar” a categoria *território* e construir um conceito em que não se confundissem a projeção espacial do poder (as fronteiras e a malha territorial) e os objetos geográficos materiais, e no qual uma fonte de poder (e com ela determinadas escalas) não fosse hiperprivilegiada, exigiria um esforço de *crítica ideológica* – esforço esse que, em virtude do contexto histórico-cultural, durante muito tempo não foi nem sequer percebido pela maioria como sendo necessário ou pertinente. (SOUZA, 2015b p.63)

A partir do apontamento dessas questões, é necessário visitar as correntes de pensamento e as diferentes conceituações e autores acerca do território, que exploram e associam as concepções a partir de vários elementos de análise.

2.1 ALGUMAS PERSPECTIVAS SOBRE O TERRITÓRIO EM DESTAQUE

Haesbaert e Limonad (2007) pontuam algumas questões sobre o território, as quais são ponto de partida e pressupostos. O primeiro ponto é que é necessário fazer distinção entre território e espaço geográfico, pois eles não se colocam como sinônimos equivalentes apesar de muitos autores utilizarem como sinônimos, o conceito de espaço geográfico é muito mais amplo que o conceito de território.²

A segunda questão é que o território se inscreve enquanto construção histórica, e, portanto, social, a partir do poder e das relações de poder, sejam elas concretas ou simbólicas, que envolvem ao mesmo tempo espaço geográfico (também natural) e sociedade; o território pode também possuir uma dimensão mais subjetiva (consciência, apropriação, identidade territorial) e uma dimensão mais objetiva, uma dominação do espaço mais concreta, realizada por instrumentos econômicos e políticos.

Utilizaremos a síntese proposta por Haesbaert (2016) sobre a amplitude do conceito e quais os enfoques dados para o território. Ele explica que embora seja um dos grandes temas da geografia, por se tratar da espacialidade humana tem fôlego de discussão também em outros campos das ciências. Enquanto

²Não pretendemos entrar no debate sobre a questão da equivalência dos conceitos.

os geógrafos tendem a enfatizar a materialidade do território em suas múltiplas dimensões, a ciência política enfatiza, por exemplo, a sua construção a partir das relações de poder, na maioria das vezes relacionado à concepção de Estado.

A economia utiliza a concepção de território³ enquanto uma das bases do sistema produtivo capitalista, enquanto força produtiva; a antropologia destaca a dimensão simbólica, quando estuda sociedades tradicionais e das tribos urbanas e neo-urbanas; a sociologia dá um enfoque a partir de sua intervenção nas relações sociais e a psicologia incorpora o território nas discussões da subjetividade, identidades pessoais indo até a escala individual.

O quadro síntese abaixo, organizado por Haesbaert e Limonad (2007) para fins didáticos e analíticos agrupa as diferentes concepções de território a partir de três grandes linhas de abordagem conforme a dimensão de análise priorizada. É válido destacar que nas conceituações atuais, após o fenômeno da globalização⁴ o que encontramos hoje são distintas formas de fusões entre esses três grandes grupos.

³Haesbaert (2016) destaca que no campo da economia se utiliza muito, as vezes até privilegiando a noção de espaço. Do ponto de vista epistemológico isso pode ser pela vaguidade da categoria espaço, em vistas da maior precisão do conceito de território.

⁴ Utilizamos o termo globalização para manter a fidedignidade à exposição dos autores.

Quadro 1 – As abordagens conceituais de território em três vertentes básicas

Dimensão Privilegiada	concepções correlatas	concepção de território	territorialização		perspectiva da Geografia	exemplos de trabalhos próximos a esta vertente
			principais atores/ agentes	principais vetores		
jurídico-política (majoritária, inclusive no âmbito da Geografia)	<ul style="list-style-type: none"> Estado-nação fronteiras políticas e limites político-administrativos 	um espaço delimitado e controlado sobre / por meio do qual se exerce um determinado poder, especialmente o de caráter estatal	<ul style="list-style-type: none"> Estado-nação diversas organizações políticas 	relações de dominação política e regulação	Geografia Política (Geopolítica)	Alliès (1980) a visão clássica de Ratzel
cultural(ista)	<ul style="list-style-type: none"> lugar e cotidiano identidade e alteridade social cultura e imaginário <p>(imaginário: "conjunto de representações, crenças, desejos, sentimentos, em termos dos quais um indivíduo ou grupo de indivíduos vê a realidade e a si mesmo")</p>	produto fundamentalmente da apropriação do espaço feita através do imaginário e/ou da identidade social	<ul style="list-style-type: none"> indivíduos grupos étnico-culturais 	relações de identificação cultural	Geografia Humanística e/ou Geografia Cultural	Deleuze e Guattari (1972) Tuan (1980 e 1983)
econômica (muitas vezes economicista) minoritária	<ul style="list-style-type: none"> divisão territorial do trabalho classes sociais e relações de produção 	(des)territorialização é vista como produto espacial do embate entre classes sociais e da relação capital-trabalho	<ul style="list-style-type: none"> empresas (capitalistas) trabalhadores Estados enquanto unidades econômicas 	relações sociais de produção	Geografia Econômica	Storper (1994) Benko (1996) Veltz (1996)

Fonte: Haesbaert e Limonad, 2007

As três vertentes agrupadas por Haesbaert (2016) são: política – referindo-se à relações de espaço-poder, ou jurídico-política que é mais difundida, onde o território é visto como espaço controlado e delimitado, geralmente, mas não exclusivamente pelo Estado; cultural ou simbólica-cultural – prioriza uma dimensão subjetiva e simbólica, na qual o território é visto como produto de uma apropriação/valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido; e a vertente econômica – menos difundida, enfatiza a dimensão espacial das relações econômicas, sendo o território visto como uma fonte de recursos, lugar também que incorpora a luta de classes e também um produto da divisão territorial do trabalho.

Para a finalidade deste estudo, será priorizado trabalhar com as conceituações que partem do sentido material do território, entendendo que essas classificações são de ordem metodológica, pois os territórios expressam um conjunto indissociável de múltiplas ordens e ambas atuam em relação.

Entretanto é necessário defender que não se pode pensar uma perspectiva de território descolada do seu tempo histórico e com um olhar endógeno ao próprio território escolhido para análise. Isto porque a ordem econômica, no caso,

o modo de produção capitalista, associado ao antagonismo das classes sociais é quem produz todas as formas de originar territórios. São os mais diversos sujeitos, ou atores, nas palavras de Santos (1994) que produzem e reproduzem cotidianamente os territórios, daí o sentido de pensar o objeto de análise sendo o “uso” e não o território em si (substrato espacial material).

Os acontecimentos, as relações de poder, as subjetividades, a culturalidade, a divisão territorial do trabalho estão todas inscritas em uma ordem determinada que determina, em maior ou menor grau, com mais ou menos intensidade a formação dos territórios.

Afirmando isso, não se descarta a possibilidade do homem de se inscrever nos territórios e territorializá-los, mas sim propondo um nexo à ordem global, em crise, que se expressa também nos territórios.

Segundo Mészáros (2002) a humanidade pela primeira vez na história deve enfrentar um sistema, na forma de capital, que atinge um nível global de dominação, logo, toda a sociedade se sujeita, em todas as formas de produção e distribuição ao modo de controle do capital e ao seu dinamismo totalizador. O sistema sociometabólico do capital é, antes de tudo, um produto da história do desenvolvimento do capitalismo enquanto forma hegemônica de dominação da produção, das relações sociais entre as classes e da interação do homem com a natureza.

Mészáros (2002) então classifica o capital como a mais poderosa estrutura totalizadora de controle, por que tudo, inclusive e principalmente os seres humanos, devem se ajustar para provar a viabilidade produtiva do sistema do capital, globalmente dominante.

O sistema do capital é, na realidade, o primeiro da história que se constitui como totalizador irrecusável e irresistível, não importa quão repressiva tenha de ser a imposição de sua função totalizadora em qualquer momento e em qualquer lugar em que se encontre resistência. (MÉSZÁROS, 2002, p.97)

Por sistema sociometabólico do capital se entende uma estrutura de organização e controle, tendo como elementos constitutivos o capital, o trabalho (assalariado) e o Estado, que são materialmente formados e se inter-relacionam. É considerada uma estrutura de controle, pois, de acordo com Mészáros (2002) a evolução histórica do capital propôs uma mudança radical sobre o sistema metabólico

da sociedade, ou seja, entre o intercâmbio orgânico entre homem e natureza - que é o trabalho e o intercâmbio dos homens com os homens.

A partir dessas colocações, destaca-se as concepções sobre o território pensadas a partir das bases econômicas e políticas, ambas inscritas, conforme a divisão proposta por Haesbaert (2016), nas concepções que se enquadram no campo materialista, no sentido de materialidade.

No âmbito das problematizações que consideram a questão econômica como o motor para caracterizar o território, temos as definições que associam o território como provedor de recursos materiais naturais necessários à sobrevivência de um grupo, como os estudos de comunidades tradicionais, indígenas, tribos e nômades naturais. Determinado grupo necessita dos recursos necessários para sua própria sobrevivência. Daí nasce a concepção de território enquanto porção de terra/natureza, enquanto controle de recursos.

As ciências econômicas geralmente utilizam conceitos como espaço, espacialidade e região, e que é temerário é forçar uma interpretação do conceito. Ainda que termos como divisão territorial do trabalho, utilizado pelo campo da economia, o correto seria pensar em uma divisão espacial do trabalho.

Haesbaert (2016) defende que no campo da geografia, o geógrafo que melhor privilegia a dimensão econômica do território é o geógrafo Milton Santos, cujas as formulações defendem que é o uso (econômico, sobretudo) o definidor por excelência do território.

A grande ênfase à “funcionalização” e ao conteúdo técnico dos territórios permite incorporar a leitura de território feita por Santos numa perspectiva econômica. Devemos reconhecer, entretanto, o rico processo de ampliação e complexificação do conceito, verificado especialmente nos seus últimos trabalhos, além do fato, extremamente relevante, de o autor nos alertar para que nunca vejamos a des-re-territorialização apenas na sua perspectiva política-cultural, incluindo de forma indissociável os processos econômicos, especialmente a dinâmica capitalista do “meio técnico-científico informacional”. (HAESBAERT, 2016 p.61)

Ao destacar a conceituação de Milton Santos, Haesbaert explica que a ênfase no *uso*, que seria o objeto de análise e não o território em si mesmo, ao mesmo tempo que explicita uma dimensão econômica, pois Santos inscreve esse uso à ordem global, também estabelece uma questão discutível entre uma concepção de território como “forma” e o território usado como “conjunto de objetos e ações, sinônimo de espaço humano”, que tem proximidades com distinções formuladas por

Claude Raffestin sobre espaço e território.

No que se referem às definições jurídico-políticas do território, estas são as conceituações utilizadas por os pensadores clássicos da geografia e da ciência política e que, para Haesbaert (2003), mesmo que exista uma enorme gama de conceituações, o território ganha uma ampla tradição nas perspectivas políticas.

Na geografia política, território e territorialidade se colocam como os conceitos fundamentais das formulações teóricas. O vínculo mais tradicional da geografia é aquele que associa território a uma determinação jurídico-estatal, vinculada à noção de Estado e aos seus fundamentos materiais. O autor clássico deste discurso é Friedrich Ratzel (1844-1904)⁵ cuja concepção de território é de que o mesmo é a expressão legal e moral do Estado e sua conjunção entre um povo e o seu solo. A sua territorialidade parte do pressuposto de associação de uma identidade específica, presumindo que não existiram disparidades nesse território, pois o mesmo é agrupado e corresponde a um Estado determinado, fixo no tempo e no espaço, características passíveis de serem alteradas apenas com o uso da força.

O passado da geografia influenciado pela era ratzeliana, que teve reverberações até os meados da década de 1980, utilizava o conceito de território associado apenas à escala do território nacional, sendo este inteiriço, dividido apenas pelos limites fronteiriços com outras nações.

Os estudos mais recentes, marcados pela “redescoberta” do conceito de território e pela necessidade de explicar os fenômenos de organização sócio espacial, imprimiram um caráter de “motor”, ao impulsionar novas concepções do conceito de território. Essas novas interpretações permitiram, por exemplo, nos estudos das cidades e do ordenamento urbano, como é o caso de Souza (2012, 2015a, 2015b) visualizar as cidades em disputa, divididas entre o poder público e os mais diversos grupos.

As origens do pensamento de Ratzel estão amparadas por um determinismo biológico, de origem darwinista, interagindo com a noção de que a humanidade é produto dos espaços materiais, os “espaços vitais” atribuindo um caráter ontológico, uma relação íntima entre solo (natureza, substrato material) e Estado.

Em Ratzel, é no elo indissociável entre uma dimensão natural, física, e uma

⁵ RATZEL, Friedrich. *Géographie politique*. Paris, Editions Economica, 1988.

dimensão política (que aqui se confunde com estatal) do espaço que o território de define. Esta concepção acaba de alguma forma se aproximando daquela que, valorizando a dimensão econômica, vê o território como fonte de recursos para a reprodução da sociedade, pois é também com base nesta disponibilidade de recursos que Ratzel vai construir seu conceito. O “espaço vital” seria assim o espaço ótimo para a reprodução de um grupo social ou de uma civilização, considerados os recursos aí disponíveis que, na leitura do autor, devem ter uma relação de correspondência com as dimensões do agrupamento humano nele existente. (HAESBAERT, 2012 p.66)

Outro autor que merece destaque por suas colaborações a respeito do território é Jean Gottmann (1915-1994), que embora mantenha características jurídico-políticas em suas formulações, extrapola sua conceituação e vai além das formulações pensadas a partir das delimitações do Estado, pois para ele o território se inscreve como “unidade política” no mundo “compartimentado” da geografia. Para Haesbaert (2016), ele incorpora também uma dimensão mais idealista, ao pontuar, pela primeira vez, a ideia de movimento, e não apenas de fixação, enraizamento e estabilidade, mas ainda com forte apelo ao espaço material definido pelo Estado.

GOTTMANN (2012 p.1) assim define o território

Território é uma porção do espaço geográfico que coincide com a extensão espacial da jurisdição de um governo. Ele é o recipiente físico e o suporte do corpo político organizado sob uma estrutura de governo. Descreve a arena espacial do sistema político desenvolvido em um Estado nacional ou uma parte deste que é dotada de certa autonomia. Ele também serve para descrever as posições no espaço das várias unidades participantes de qualquer sistema de relações internacionais. Podemos, portanto, considerar o território como uma conexão ideal entre espaço e política. Uma vez que a distribuição territorial das várias formas de poder político se transformou profundamente ao longo da história, o território também serve como uma expressão dos relacionamentos entre tempo e política.

Este destaque expressa a ainda a forte relação com a ideia da materialidade como determinante para a constituição de um território, embora defenda que o território possa ser usado como abrigo e como recurso, sendo ele condicionado e condicionante para os processos sociais. Esta noção fica clara quando ele analisa como a primeira revolução industrial modificou

As relações entre as diversas seções do espaço geográfico. Por um lado, isso melhorou enormemente a tecnologia de transporte e comunicação; por outro, fomentou a especialização das diversas regiões na produção ou no consumo de uma variedade de bens. Assim, a diferenciação se desenvolveu entre países temperados e tropicais produzindo diferentes conjuntos de bens agrícolas; outras diferenciações se deram entre áreas rurais e urbanas, entre regiões ricas em carvão ou petróleo e regiões ricas em mão de obra ou capacidade tecnológica. (GOTTMANN, 2012 p.530)

Sobre os usos, ao dizer que o território é abrigo ou recurso, se refere ao quanto esse território (lido ainda muito como nação) pode ter uma “mentalidade expansionista” o que colocaria o território como recurso, o que não significa expandir os limites físicos, mas sim confiar em uma “vasta rede de relações externas” (extramuros) ou ainda entender esse território como abrigo, funcionando no que ele chama de “sistema autocontido”.

Aqui, embora parece de caráter puramente político, na verdade ele propõe uma análise do uso do território bastante atrelada à uma ideia de comércio em âmbito global (sistema capitalista), de isolamento político (e econômico) de Estados que preferem fechar as suas “porteirolas”. Devemos ter claro que a ideia de uso, aqui, é completamente diferente da ideia de uso proposta por Milton Santos, pois aqui é uso do substrato material (o território em si) para abrigo – segurança de limites territoriais, ou para recurso – “plataforma para oportunidade”.

Dando sequência aos autores da geografia que balizam sua conceituação a partir da perspectiva política, temos também Claude Raffestin (1936 – presente) e Robert Sack (1939 – presente), embora sejam autores contemporâneos, já são considerados clássicos dentro da geografia. Esses autores discutem a formação do território a partir de delimitações que são colocadas no âmbito relacional, o que inclui o poder simbólico e extrapola os limites da questão jurídico estatal.

Este sentido relacional do território diz respeito à sua concepção em termos das relações histórico-sociais, ou relações de poder, mas também diz respeito entre a relação estabelecida entre os processos sociais e o próprio espaço material. Partindo daí o território não pode ser entendido no sentido de enraizamento, estabilidade, fronteiras e fixação.

Ao afirmar o território em seu sentido relacional não se faz destaque apenas para o fato de ser definido dentro do conjunto de relações histórico-sociais, mas também no sentido de incluir uma relação complexa entre os processos sociais e o espaço material (HAESBAERT, 2016), uma vez que, conforme aponta Raffestin (1993) o território se coloca como entrave e recurso, continente e conteúdo, tudo ao mesmo tempo.

A construção de Raffestin (1993) sobre o território parte da discussão da existência de relações de poder, uma vez que o território é o espaço político por excelência, sendo que o poder não necessariamente parte da instituição do Estado. O autor utiliza as elaborações de Michael Foucault sobre o poder para caracterizar o

que ele entende por ser a natureza do poder. Para ele o poder não se detém, é exercido a partir de diversos pontos e agentes; as relações de poder não estão exteriores a outros tipos de relação, mas são imanentes a elas; o poder pode vir também de baixo pois não há binarismo entre dominador e dominado. (RAFFESTIN, 1993)

A leitura que Raffestin (1993) faz do poder colocar sua concepção de território bastante ampla, em sua afirmação que o território é a “prisão” que os homens criam para si, ou seja, o espaço produzido, criado, apropriado e é também dotado de significado no qual se projetou um trabalho, seja esse trabalho energia ou informação e que por consequência revela relações marcadas pelo poder.

O autor defende que espaço e território não se equivalem, pelo contrário, o território se coloca como uma porção de espaço apropriada e que se forma a partir do espaço. É justamente o resultado da ação de um ator sintagmático⁶, em qualquer nível, que ao se apropriar desse espaço, e exercer poder o ator territorializa esse espaço.

A sua concepção de território não distingue o território do substrato espacial material. É o que aponta SOUZA (2012 p.97)

Ao que parece, Raffestin não explorou suficientemente o veio oferecido por uma abordagem relacional, pois não discerniu que o território não é o substrato, o espaço social em si, mas sim um campo de forças, as relações de poder espacialmente delimitadas e operando, destarte, sobre um substrato referencial.

Para Souza (2012) há a necessidade de distinguir território do substrato que lhe empresta a forma, pois ao incorporar ao conceito de território o próprio substrato, é “coisificar” e “reificar” o território. Em sua visão, Raffestin (1993) reduz a ideia de espaço à ideia de espaço natural, descartando a noção de espaço social que pressupõe um espaço natural cuja a intervenção do homem, através do trabalho, o modificou. Desta forma, Raffestin quase equivale espaço social de território, o que, para Souza se colocam em outro patamar, pois nem todo espaço social é um território.

Ao defender essa suposta equivalência, embora Raffestin (1993) faça críticas à unidimensionalidade do poder na geografia política de Ratzel, ele não chega

⁶ Expressão do autor, que incorpora os mais variados sujeitos, instituições, empresas e o próprio Estado.

a romper com a velha identificação do território com seu substrato material. A diferença é que Raffestin não se restringe ao solo pátrio.

Conforme aponta Haesbaert (2016), Robert Sack propõe uma visão de território que prioriza seu nível material, utilizando muito mais a noção de territorialidade do que a de território em si. Para Sack (1986) a territorialidade se coloca como qualidade necessária para a construção de um território, sendo a territorialidade incorporada ao espaço quando este media uma relação de poder. Trata-se do controle de pessoas e/ou recursos pelo controle de uma área. Na obra de Sack (1996) a territorialidade se coloca como a expressão geográfica básica de influência e do poder, sendo que esta (a territorialidade) oferece uma ligação essencial entre a sociedade, o espaço e o tempo, sendo ainda o aparelho sobre a qual as pessoas constroem e mantêm as organizações espaciais.

Na sua concepção, a territorialidade corresponde a “tentativa, por um indivíduo ou grupo, de atingir/afetar, influenciar ou controlar pessoas, fenômenos e relacionamentos, pela delimitação e afirmação do controle sobre uma área geográfica”, chamada de território (SACK, 1986, p. 6).

Desta forma, o autor reconhece a territorialidade como uma base de poder, não a entende como um pressuposto inerente ao homem, nem muito menos à ideia de poder atrelado ao uso da força ou agressividade. Sack (1986) propõe uma teoria sobre a territorialidade, cuja a tarefa maior é descobrir os possíveis efeitos da territorialidade humana, em níveis que são ao mesmo tempo gerais e que englobam muitas formas, e também específicos para se pensar em casos particulares.

Na teoria do autor, também temos a uma ideia bastante ampla de território, que comporta várias escalas, que vai desde o nível pessoal, até o nível o internacional, nunca restringindo à escala do Estado-Nação.

Ele ainda, assim como Raffestin (1993), propõe uma visão de territorialidade eminentemente humana e social, que contrapõem os trabalhos que colocam a territorialidade humana relacionada a fatores biológicos, pois esta não é biologicamente motivada. Nesse sentido, a territorialidade está intimamente relacionada em como as pessoas usam a terra, como se organizam no espaço e como dão sentido ao lugar que territorializam.

Este uso, portanto, depende de quem está influenciando esse espaço e quem controla quem e porquê, pois a “territorialidade é uma estratégia geográfica poderosa para controlar pessoas e coisas através de um controle de área” (SACK,

1986 p.6) pois o real significado de territorialidade é ser uma estratégia humana para afetar, influenciar e controlar.

Em Sack (1986, p. 22), encontramos que a definição de territorialidade envolve três relações interdependentes: uma classificação por área; uma forma de comunicação pelo uso de uma fronteira; e uma tentativa de manter o controle sobre o acesso a uma área e às coisas dentro dela, ou às coisas que estão fora, através da repressão àquelas que estão no seu interior.

Deste modo, o território pode se tornar um instrumento utilizado em processos que padronizam as pessoas que nele se encontram, pois, os sujeitos que estão sob um determinado limite podem tender a ser vistos como iguais, pois estão submetidos a um mesmo tipo de controle interno ao território.

Sack (1986) em sua teoria da territorialidade considera também as dimensões econômicas, no sentido do uso da terra, e também uma dimensão mais cultural (significação, identidade, simbolismo), todas elas pensadas no âmbito do poder.

Haesbaert (2016, p 95-96) nos esclarece e nos relembra a multidimensionalidade do território e seu hibridismo, considerando sempre o poder com lugar central para se pensar o território.

Poderíamos dizer que o território enquanto relação de dominação e apropriação sociedade-espço, desdobra-se ao longo de um *continuum* que vai da dominação político econômica mais “concreta” e “funcional” à apropriação mais subjetiva e/ou “cultural-simbólica”. Embora seja completamente equivocado separar essas esferas, cada grupo social, classe ou instituição pode “territorializar-se” através de processos de caráter mais funcional (econômico-político) ou mais simbólico (político-cultural) na relação que desenvolvem com “seus” espaços, dependendo da dinâmica de poder e das estratégias que estão em jogo. Não é preciso dizer que são muitos os potenciais conflitos a se desdobrar dentro desse jogo de territorialidade [...] O fato de considerarmos o território num sentido amplo, multidimensional e multiescalar, jamais restringindo-o a um espaço uniescalar como o do Estado nação, não implica menosprezar suas especificidades geo-históricas, sua diferenciação de acordo com os contextos históricos e geográficos que é produzido.

Desta forma,

Fica evidente neste ponto a necessidade de uma visão de território a partir da concepção de espaço como um híbrido – híbrido entre a sociedade e a natureza, entre política, economia e cultura, entre materialidade e “idealidade”, numa complexa interação tempo-espço, como nos induzem a pensar geógrafos como Jean Gottman e Milton Santos, na indissociação entre movimento e (relativa) estabilidade – recebam esses os nomes de fixos

e fluxos, circulação e “iconografias”, ou que melhor nos aprover. Tendo como pano de fundo essa noção “híbrida” (e, portanto, múltipla, nunca indiferenciada) de espaço geográfico, o território pode ser concebido a partir da imbricação de múltiplas relações de poder, do poder mais material das relações econômico-políticas ao poder mais simbólico das relações de ordem estritamente cultural. (HAESBAERT, 2016 p. 79)

A própria concepção de território em Haesbaert (2016) está relacionada a ideia de uma dimensão espacial que se revela em processos de dominação mais concretos, sejam eles materiais ou jurídicos-estatais, seja também processos de ordem imaterial na produção das identidades, subjetividades, cultura. Ele defende a ideia de um território multiescalar e multidimensional e inclui que os movimentos dos agentes e grupos “entrando e saindo” de territórios manifesta os movimentos de territorialização e desterritorialização⁷.

O autor também parte da ideia que o poder se coloca como ponto central para pensar a existência de um determinado território. Poder, seja ele simbólico ou concreto.

Para ele hoje o mundo vive sob o domínio de novas formas de territorialização, como é o exemplo dos territórios-rede, e da combinação de uma multiplicidade de territórios que nos permite afirmar uma condição de multiterritorialidade.

As redes aparecem com um conjunto de pontos e linhas pelo qual ocorre a mobilidade técnica, funcional ou simbólica, nas construções do autor, aparecem como o contato entre duas realidades, a de aglomerado e territórios e dos processos de desterritorialização e reterritorialização. Assim o território-rede, binômio bastante trabalhado por ele, expressa o sentido de um território que tanto está na condição de estar nas redes, quanto ele mesmo é a rede, ou seja, o território é construído e se dá a partir dos nós, pontos de linhas e é articulado pela existência de múltiplas redes.

Conforme aponta Fuini (2017) compreende-se assim a configuração de uma multiterritorialidade pela possibilidade, no mundo globalizado, de se poder estabelecer processos de apropriação em pontos distintos do espaço envolvendo diferentes escalas.

⁷Rogério Haesbaert utilizada des-re-territorialização pautadas nas concepções primárias de Gilles Deleuze e Félix Guatarri, cujo a desterritorialização se constitui como linha de fuga, sair do curso, se dissolver (ou destruir) os territórios originais, e a reterritorialização se colocaria como um novo território a partir da ideia dos agenciamentos, presente em Deleuze e Guatarri (2010)

A noção de multiterritorialidade aparece como resposta (HAESBAERT, 2004) ao processo identificado como desterritorialização. Para isso, mais que discutir as perdas e o suposto desaparecimento dos territórios, o autor identifica a complexidade dos processos de (re)territorialização, o que nos coloca, enquanto humanidade, a construir territórios cada vez mais complexos e múltiplos.

Ele defende que o que muitos autores, principalmente os das Ciências Sociais, chamam de desterritorialização corresponde na verdade a uma intensificação da territorialização, no sentido de uma multiterritorialidade mesma, entendida como um processo simultâneo de criação e destruição de territórios em diferentes modalidades, múltiplas escalas e múltiplas formas de articulação territorial.

Assim, a desterritorialização para ele é, em primeiro sentido, a perda e/ou diminuição de fronteiras, bem como aumento da fluidez e mobilidade das pessoas, bens, capitais e informações. Entretanto, a ideia de desterritorialização agrega também o sentido de desvinculação ou ausência de uma “base física” minimamente estável para a sobrevivência de um grupo, acesso a direitos de cidadania, identidade sociocultural com espaços que possibilitem a identificação simbólica

Haesbaert (2016) discute a possibilidade de uma perspectiva integradora do território entre as suas variadas dimensões de análise sejam entendidas a partir da ideia do território como um híbrido, e para isso seria necessário pensar o território a partir de uma articulação em múltiplas escalas, muitas vezes do local ao global.

Portanto a concepção de território para ele é resultado de formas, forças e estratégias de dominação material e espacial, mas também de apropriação simbólica do espaço e que envolve muitas dimensões, que não só a política ou a econômica, e também engloba perspectivas escalares que vão do local ao global.

Para dar continuidade na discussão reservamos um espaço para acrescentar as contribuições de Milton Santos.

2.2 AS CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO DE MILTON SANTOS

Devido à importância da obra de Milton Santos e as suas ricas contribuições sobre a categoria território, entendemos que ao expor as concepções

deste autor dever-se-ia reservar uma seção deste trabalho específica para tratar de seus conceitos. Outro fator também é que no campo da saúde, o território-usado é utilizado com muita recorrência, sendo a base para diversos estudos e investigações.

Para Santos (2001) o território-usado para apreço como uma mediação entre o mundo e a vida social. Vivemos hoje uma interdependência dos territórios em nível global.

O conceito de território, apontado por ele, apresenta o território como um fato social e produto da história e da transformação humana; é, ainda o espaço concreto dos homens, construído por atores sociais, como organizações, grupos e pessoas. Para o autor “[...] é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social”. (SANTOS, 1994, p. 15)

É válido destacar que Santos (1994), considera o território usado como sinônimo de espaço geográfico, e dessa forma espaço geográfico pode ser entendido como espaço usado. Logo, a construção histórico-social do território não pode se restringir em considerar o espaço como mero reflexo ou espelho da ação dos atores sociais. Santos (1979) aponta que muitas vezes o espaço não é compreendido como uma estrutura da sociedade, e sim como objeto material. O autor afirma que

Se concluirmos que a organização do espaço é também uma forma, um resultado objetivo de uma multiplicidade de variáveis atuando através da história, sua inércia (reflexo) passa a ser dinâmica. Por inércia dinâmica entendemos que a forma tanto resultado como condição do processo. As formas espaciais são ativas, e não passivas. (SANTOS, 1979 p.30).

Além de ser o lugar onde se materializa o cotidiano da vida humana e reprodução das relações sociais, o espaço usado também é caracterizado pelas disputas de poder, dominação e controle. Santos (1978) aponta o espaço como campo de forças, cuja a formação é desigual e explica que por ser desigual a evolução espacial não se apresenta da mesma forma em todos os lugares.

Para Santos (1978), o espaço não é apenas uma mercadoria, utilizada pelo capital para seus fins de acumulação e lucro. O autor defende o espaço como um instrumento de reprodução e manutenção da vida. O espaço é um fato social – fruto da ação humana através do tempo, e também é um fator, pois comporta em si o resultado de processos de ação e transformação do passado e, o mais importante, a condição para os processos do futuro.

Dessa forma, se inicia a discussão acerca do conceito de Território

pela perspectiva da totalidade sócio espacial de Milton Santos. Faz-se necessário resgatar, primeiramente, o ponto de partida de suas reflexões. Em Santos (2001) é o espaço que aparece como categoria central, mais especificamente o espaço geográfico, e é a partir deste que o autor se apropria do conceito de território, destaca a dialética de seus usos e o historiciza a partir de períodos técnicos.

Suas discussões são fundamentadas principalmente pela teoria social crítica e pelo materialismo histórico-dialético e as categorias de maior ênfase são o espaço geográfico, o território usado e o lugar. Estas seriam as três escalas conceituais para compreender a totalidade sócio espacial, que a partir de pares de categorias dialéticas trariam as bases para suas proposições, dentre as quais a de território usado.

Em tentativa de resumir o conceito de Espaço geográfico no pensamento de Santos, QUEIROZ (2014, p.156) descreve que

No pensamento de Milton Santos, o espaço geográfico é uma instância social. A natureza desse espaço é a forma-conteúdo. A sua totalidade está presente na integração entre formas, estruturas, processos e funções, como também, na inseparabilidade entre produção, distribuição, troca e consumo. Esse espaço é caracterizado atualmente pelo período e meio técnico-científico-informacional. O espaço geográfico, enfim, é a totalidade do mundo, necessária para a compreensão de outras duas escalas da totalidade: a formação sócio espacial e o cotidiano.

Por sua vez, o território é considerado como uma das dimensões deste espaço geográfico e como tal se apresenta enquanto configuração territorial. Esta é marcada pela junção e sobreposição de sistemas naturais, somados às transformações realizadas pelo homem e que faz da realidade sócio espacial uma complexidade mutua, dialética e que permite assimilações entre espaço e território.

Sua perspectiva considera que o território apresenta usos funcionais, mediados por diferentes agentes globais e locais, que privilegiam determinados espaços em detrimento de outros. As territorialidades que se formam nestes territórios materializam a apropriação social do espaço, fazendo do território um território usado, o qual é a categoria central da sua análise social.

Mesmo que a configuração territorial apresente uma dimensão material, marcada por sua existência real, é apenas nas relações sociais que se é atribuída existência social ao território. Visto por esse ângulo, a configuração territorial não é espaço, pois sua existência é apenas materialidade, enquanto que o espaço é

um híbrido, entre o físico e o social (SANTOS, 2001). As relações que ocorrem no espaço vão além das relações de territorialidades e representações sociais produto do trabalho humano (QUEIROZ, 2014).

São as complexas relações e junções entre os pares inércia e dinamismo, forma e conteúdo e espaço material e espaço social que dão a veracidade para a natureza do espaço geográfico. Mas este só será totalidade enquanto considerar a formação sócio espacial, que por sua vez é o Estado e seu território, ou seja, haverá inúmeras formações quantas forem a imensidão de sociedades e Estados que as formem. Esta visão de complexidade, totalidade e indissociabilidade entre as formas e conteúdos (estruturas, processos e função) é que permite considerar a totalidade do espaço (SANTOS, 2001) e conseqüentemente do território.

Isto porque enquanto totalidade o espaço geográfico possui partes, passíveis de explicação e com relações que também se dão no âmbito do território, visto que o território é um de seus constituintes. Desta forma pode-se considerar também o território enquanto totalidade, pois representa uma formação sócio espacial, materializada sob a forma de um país ou Estado, com fronteiras delimitadas.

Esta concepção de um território usado, sinônimo de espaço vivido é oriunda de seu funcionamento por meio da dialética das horizontalidades e verticalidades e a inserção de objetos e ações.

Milton Santos também se baseia no conceito de território de Raffestin para fazer suas proposições acerca da categoria território. Assim como em Raffestin (1993) é a partir das áreas e suas estruturas, dos lugares (pontos de uma rede) e das linhas (as próprias redes) que a categoria território se constrói e solidifica, a partir de uma gama de variáveis, que em suma trariam a sua inteireza.

O território é, portanto, constituído de partes, como

Governo, povo, soberania e território. Este é, tradicionalmente, o espaço geográfico do Estado, que também é uma totalidade. Assim, define-se a segunda escala da totalidade: a primeira escala, a totalidade dos modos de produção ou do mundo, é o espaço geográfico; a segunda escala, a totalidade da formação sócio espacial, é o Estado e seu território (QUEIROZ, 2014, p.157).

É a natureza do espaço geográfico seu ponto de partida. Este seria um conjunto de fixos e fluxos, que formar uma teia de relações (em rede) e também um conjunto complementar, contraditório e indissociável de sistemas de objetos e

sistemas de ações, em que as formas-conteúdo uniriam os processos, funções, historicidades, natureza e sociedade (SANTOS, 2001).

Milton Santos se apoia na dialética do espaço para analisar o espaço social e o espaço material. Para tal, considera que haveria horizontalidades e verticalidades, que assegurando a totalidade funcional das relações socioeconômicas, dada as hierarquias e interdependências no ordenamento global, formariam novas territorialidades segundo o período em que foram inseridos. As intencionalidades e propósitos que existem por trás das ações, mesmo que desterritorializadas, se fortalecem enquanto normas de uso e fontes de informação (SANTOS, 2001).

A densidade destas técnicas e informações representam infraestruturas passíveis de serem historicizadas. Isto porque as formas, funções e estruturas são datadas historicamente, as quais coincidem com a própria história das técnicas usadas pela humanidade. Estas formas, que é o espaço material visível (como as construções) e as materializações dos modos de produção e de agentes internos e externos é que produzem as rugosidades do território.

Nas palavras de SANTOS (2001, p.92)

Chamemos *rugosidade* ao que fica do passado como forma, espaço construído, paisagem, o que resta do processo de supressão, acumulação, superposição, com que as coisas se substituem e acumulam em todos os lugares. As rugosidades se apresentam como formas isoladas ou como arranjos. É dessa forma que elas são uma parte desse espaço-fator. Ainda que sem tradução imediata, as rugosidades nos trazem os restos de divisões do trabalho já passadas (todas as escalas da divisão do trabalho), os restos dos tipos de capital utilizados e suas combinações técnicas e sociais com o trabalho.

É a partir das rugosidades, e considerando que as técnicas correspondem a cada sistema técnico datado historicamente que Santos (2001) classifica a história do espaço geográfico em quatro períodos: o natural, o técnico, o técnico-científico e o técnico-científico-informacional. O espaço geográfico, visto pela ótica da técnica, é a materialização nos territórios do atual.

Conforme ressalta o autor (2001 p.16) a “principal forma de relação entre o homem e a natureza, ou melhor, entre o homem e o meio, é dada pela técnica. 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”. Assim, a técnica faz parte do território, é o próprio meio, são datadas e são uma das medidas de temporalidades com as quais a circulação e a divisão territorial do trabalho podem ser mensuradas.

Por esta ótica, a história dos territórios em muito se confundiria com a das formações sócio espaciais, visto que “cada espaço é recoberto por espaços anteriores” (NICOLAS, 1994, p.86-87) e que essas materialidades de tempos no espaço são as rugosidades mediadas pela técnica, herdadas de tempos anteriores. Este meio não se materializa no território em totalidade, visto que algumas regiões e lugares são selecionados, usadas e apropriadas pelos agentes modernizantes do espaço. É preciso considerar que, com a globalização, há uma propagação desigual das técnicas, que materializam rugosidades excludentes no território.

E é por isso que ao receber influências das mais abrangentes verticalidades, as técnicas podem reterritorializar lugares (SANTOS, 2001). Esta ressalva é importante porque destaca um ponto essencial das teorias de autor, que é a de que mesmo que a força do lugar sofra influências da globalização, esta também cria uma outra globalização, com novas formas de territorialidades.

Assim, ao criar a sociedade com territórios em rede, a globalização ao mesmo tempo que se dissemina, se fragmenta em territórios diversos, o que acentua a força do lugar. Daí a importância de conhecer as categorias centrais das obras de Santos, pois estas se interligam e se complementa para abrigar a categoria território.

O motor que une as diversas porções de território é, no atual período técnico-científico, a informação, numa harmonia forçada entre lugares e um motor superior que é o real detentor da informação. Esta hierarquização ocorre pela maior ou menor capacidade de incorporação de tais informações, estando situadas principalmente em grandes núcleos, empresas e Estados, e em menor eficácia em níveis inferiores.

São os lugares, unidos verticalmente e enquanto nós de uma rede, que dão suporte ao que é o território. As redes são, portanto, ao mesmo tempo técnicas e sociais, concentradoras e dispersoras, não prescindem de fixos, ao passo que articulam espaços. Sua existência se relaciona à noção de poder, pois além de privilegiar algumas hierarquizações de organizações do espaço, tem na eliminação das fronteiras as formas de apropriação do território (CARLOS, 1994). E como o tempo não cobre a totalidade do território e abrange todas as sociedades, formas de solidariedade passam a existir, dada aos tantos níveis de contradições existentes. Esses níveis são o nível mundial, o nível dos territórios dos Estados e o nível local.

E é neste contexto que o território-usado, a categoria de territorialidade central em Milton Santos, ganha força. Este é repleto de usos, visto

que abarca o espaço de vivência dos sujeitos e sociedade, e é possível pensar a sua relação com a saúde.

Desta forma, trataremos no próximo item sobre a discussão do território como conceito transversal para pensar a organização dos serviços e ações em saúde, mas também compreensão da vida social que se insere nos territórios.

2.3 TERRITÓRIO E SAÚDE

No campo da saúde coletiva, a categoria território tem uma discussão própria acerca da sua utilização e da sua apropriação pela mesma. Gondim e Monken (2008) apontam que tanto território quanto a territorialização aparecem com diferentes usos, sejam eles teóricos, práticos e metodológicos e que o tema da territorialização em saúde se destaca devido à sua importância na organização dos serviços de saúde.

A aproximação com conceito de território na saúde brasileira, conforme demonstram Faria e Bortoluzzi (2009) bem como a influência do pensamento de Milton Santos se deu a partir dos estudos da epidemiologia no entendimento do processo de saúde-doença no contexto das profundas mudanças sociais experimentadas nas décadas de 1970 e 1980 advindos do processo de urbanização e aglomeração dos centros urbanos brasileiros. É possível afirmar que a epidemiologia descritiva⁸ não mais dava conta de acompanhar os intensos processos sociais e a explicação meramente biológica do processo saúde-doença carecia de revisão. Ao mesmo passo desses acontecimentos, a geografia passava por transformação e renovação, modificando as suas bases de pensamento ao problematizar o espaço além da visão meramente física, discussão que foi incorporada pela epidemiologia.

Destaca-se também a importância do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em decorrência das ricas problematizações no campo da saúde, que dentre elas destacavam a concepção ampliada de saúde, a distribuição desigual dos serviços de saúde no território nacional bem como a necessidade de adotar princípios fundamentais, levantados pelo movimento durante o processo da

⁸ A epidemiologia descritiva pode ser entendida como o estudo da distribuição da frequência de doenças e agravos em saúde, considerando onde, quando e quem fica doente e assim podendo traçar um perfil epidemiológico das doenças.

constituente (década de 1980) e que foram parcialmente congregadas ao SUS.

Entre vários outros fatores, se tinha incumbência de superar a desigual distribuição dos serviços de saúde bem com articular um sistema que fosse capaz de combater, e não reproduzir, os padrões de desigualdades sociais, econômicas e também espaciais.

Dessa forma, a utilização do conceito de território foi incorporada às políticas sociais e ganhou mais notoriedade a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, com destaque ao movimento de municipalização de várias políticas, entre elas a saúde, sendo as diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade são centrais para pensar a questão territorial dentro do SUS, pois são esses os princípios que nortearam a municipalização. Vale destacar que as diretrizes operacionais são normatizadas e reafirmadas por meio de instrumentos legais, podemos citar como exemplo o Decreto 7.508/11 que regulamenta a noção de regiões em saúde no âmbito do SUS, propondo a articulação da rede de serviços em saúde em âmbito municipal e regional através da criação de áreas geográficas demarcadas a atender as necessidades em saúde e que levassem em consideração características culturais, econômicas e sociais da população.

A municipalização foi colocada como diretriz operacional que trazia a noção de território e a necessidade de se delimitar uma base ou área de abrangência populacional que fosse capaz de atender e dar respostas às necessidades e problemas de saúde em cada área que era definida.

De um modo vinculado às prerrogativas de implantação de um sistema articulado e hierarquizado, os municípios delimitaram áreas de atuação da saúde, definindo território políticos-administrativos para a organização dos serviços. As delimitações desses espaços em territórios corroboram para reforçar a ideia do Estado como definidor máximo dos territórios.

Conforme apontam Gondim *et al* (2008), o SUS se vale de uma variedade de nomenclaturas e divisões territoriais para operacionalizar as ações: o município, o distrito sanitário, a micro área, área de abrangência de unidades de saúde dentre outras que são conceitos utilizados com um caráter administrativo e gerencial.

Na implantação da Atenção Primária à Saúde, conforme destacam Matta e Morosini (2008), que mundialmente é entendida como uma estratégia de organização da atenção voltada para dar respostas, de forma regionalizada às

necessidades em saúde, houve a incorporação da dimensão territorial, através principalmente da Estratégia Saúde da Família.

Ela foi proposta em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, centrado no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Essas equipes então acompanham uma população definida, localizada em uma área de abrangência delimitada atuando através da promoção em saúde (PEREIRA E BARCELOS, 2006). Para os autores, o SF se ocupou de operacionalizar o conceito de território, porém sem propor uma discussão mais profunda sobre os seus múltiplos sentidos e significados.

É inegável, conforme indicam Matta e Morisini (2008) que o SF incorporou e aprofundou os processos de territorialização das equipes, bem como a responsabilidade sanitária nas áreas de atendimento delimitadas, partindo do próprio território para efetivar o direito à saúde para as populações.

A organização territorial dos serviços de saúde foi preconizada por várias iniciativas dentro do SUS, sendo elas, além do SF, a Vigilância Ambiental em Saúde, o Programa Cidades Saudáveis⁹ e a própria descentralização das atividades da assistência à saúde e da vigilância em saúde.

O SUS, portanto, incorpora o território em várias escalas de utilização, no sentido da territorialização em saúde. Para Monken e Barcellos (2005) a territorialização em saúde consiste em um dos pressupostos que orientam a organização dos processos de trabalho e das práticas em saúde, considerando-se a atuação em uma delimitação espacial previamente determinada. A territorialização neste contexto é utilizada como estratégia para organizar as atividades no âmbito da saúde, como nos exemplos acima citados.

Gondim e Monken (2008) destacam que para alguns autores, a territorialização é entendida como um processo de “habitar um território” (Kastrup, 2001, p. 215 apud Gondim e Monken 2008). Assim, habitar um território envolve um grande sentido de identificação e pertencimento, estando atento às mudanças que se apresentam nele e podendo através dele se projetar na vida cotidiana. Essa

⁹ A vigilância ambiental em saúde se caracteriza como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de alterações nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que influenciam a saúde humana, com a finalidade de criar medidas de prevenção aos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças e agravos. Já o Programa “Cidades Saudáveis” foi proposto pela Organização Mundial de Saúde, que considerava os problemas urbanos contemporâneos, considerando a dimensão das iniquidades em saúde e dos determinantes sociais em saúde, através de ações de âmbito local, inseridas nos contextos de vida das populações.

abordagem, conforme defendem, é importante para os processos formativos em saúde e do entendimento do território como lugar de vida, de relações de poder em jogo e de diversos usos presentes.

A utilização do território como categoria na saúde implica não somente em territorializar os serviços, no sentido de mantê-los próximos aos usuários, mas também de poder espacializar as situações de saúde, identificar os riscos distribuídos espacialmente, uma vez que o modo de produção capitalista gera as iniquidades em saúde e que o território, é tanto uma projeção espacial dessas como pode ser também o causador.

Monken e Barcelos (2005) ressaltam que embora amplamente difundidas no interior do SUS, essas estratégias muitas vezes reduzem o conceito de espaço, lido como sinônimo de território (GONDIM *et al*, 2008), utilizando-o de forma meramente administrativa, com a finalidade de gestar os serviços físicos em saúde, negligenciando o seu potencial em identificar problemas de saúde e propor soluções.

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção. (MONKEN e BARCELLOS, 2005 p. 898-899)

Para além das delimitações impostas pelo sistema organizativo do SUS, que define uma base territorial, deve-se ter a noção também do *reconhecimento* do território, que inclui identificar e interpretar a organização e a dinâmica de vida, o cotidiano, as relações que se inscrevem espacialmente entre vários outros aspectos que necessitam de um olhar ao território que ultrapassa a visão deste como lugar apenas gerencial.

A forma como o entendimento de território é apropriada tanto pelos técnicos, quanto pelos usuários tende a influenciar a forma pela qual esse território será incorporado nas práticas e ações, neste sentido podendo se restringir apenas ao caráter operacional.

A apropriação dos termos relacionados ao território, conforme apontam Godim *et al* (2008), desenvolveu duas correntes de pensamento: uma que

entende o território a partir de seu espaço físico, geopolítico, topográfico-burocrático e outra que busca entender o território como processo e como produto de uma dinâmica social onde os sujeitos estão em constante tensão e disputa.

Conforme apontam os autores, a primeira está claramente associada à ideia da tradicional geografia política, ainda que estabelecendo outras escalas que não sejam a do Estado Nação, como distrito sanitário, área de abrangência, mas ainda assim de forma operacional e muitas vezes impostas e a segunda, tem um viés de entender o território usado como sinônimo de espaço.

Gondim e Monken (2008) explicam essa dupla conotação que é material, no sentido das delimitações do Estado, mas que também é simbólica pois permite apropriação e identificação. Centrados na máxima que o território se delimita a partir de relações de poder projetadas no espaço, tal qual as definições de Souza (2012) e de Raffestin (1993) cujo as conceituações sobre o território circundam a discussão de poder, poder este que em sua teoria, e reforçada por Gondim e Monken (2008), emana e surge por ocasião da relação.

Tanto território, quanto territorialidade na concepção desses importantes autores (GONDIM E MONKEN, 2008) no campo da saúde coletiva na discussão da territorialização em saúde, aparecem em suas concepções num sentido bastante relacionado aos autores que discutem o território a partir de perspectivas relacionais e políticas, entretanto com uma forte conotação ao simbólico e ao cultural, no sentido de pensar o território também como identificação.

É uma concepção de território que visa também dar sentido e materialidade espacial onde este estabelece conexões e vínculos, onde também se coloca em disputa e onde também tem o Estado como um regulador do seu cotidiano a partir das delimitações das políticas públicas e sociais, que utilizam o mesmo substrato espacial material para estabelecer diferentes territórios, como é a divergência entre os territórios na espacialização dos serviços de diferentes políticas.

Monken *et al* (2008) apontam ainda que na saúde o território, e problematizada aqui, também a territorialização, podem ser entendidas como eixo transversal, pois proporcionam muitas abordagens, diversas articulações com o ambiente e com as situações em saúde, podendo ser, o uso do conceito ter diferentes aplicações.

Este ponto é fundamental pois os autores revelam o caráter multi-escalar do território e a possibilidade de pensá-lo em um contexto pouco usual até

então: vinculando-o, a princípio, na escala de um hospital. O que percebemos é que o território é bastante difundido no nível de atenção primária em saúde, sendo utilizado tanto como suporte da organização das práticas em saúde, como também suporte da organização dos serviços em saúde, território como suporte da vida da população, território que explica a produção de iniquidades em saúde e território da ação e responsabilidade compactuada (MONKEN *et al*, 2008).

Além da apreensão da categoria território e seu uso pela política de saúde, que em linhas gerais tem como objetivo aproximar os serviços da população usuária, produzir informações a respeito dessa população a partir da territorialização de informações e determinantes territoriais/geográficos para localização de eventos de saúde-doença, há também uma discussão, encabeçada por Ferreira, Junior e Penteado (2013), de que também podemos entender os hospitais de atenção terciária em saúde como território de produção de atos em saúde formados por diversos segmentos e atores sociais.

Essa aproximação proposta por eles, até o presente momento, se coloca como a única produção encontrada, no âmbito da saúde coletiva, que explora a aproximação do conceito de território à escala de um hospital.

De acordo com Souza (2012), o conceito de território geralmente é utilizado com rigidez, relacionando-o ao Estado-Nação e ao poder do Estado de gerir e criar territórios. Para ele, há a necessidade de pensar que “territórios existem e são construídos (e desconstruídos) nas mais diversas escalas” (SOUZA, 2012, p.81).

A conceituação apontada por Souza (2012, 2015a, 2015b) define o território como “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder”. Partindo desta afirmação, a pergunta que deve ser feita é: “quem domina, governa ou influencia e como domina, governa ou influencia este espaço” (SOUZA, 2015a p.86).

É o que entendem FERREIRA, JUNIOR e PENTEADO (2013) ao afirmarem que

O território hospitalar é a expressão concreta e abstrata do espaço apropriado, produzido e formado em sua multidimensionalidade, pelos atores sociais que o (re) definem constantemente em suas cotidianidades, num campo de forças relacionalmente emaranhado por saberes nas mais variadas intensidades. (FERREIRA, JUNIOR e PENTEADO, 2013 p. 804).

Os autores apontam que o para a produção de atos em saúde, os sistemas de saúde se valem da lógica territorial, o que significa que a distribuição dos serviços

de saúde utiliza como estratégia a delimitação de áreas de abrangência que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. Nesse sentido “a territorialização é o caminho para fazer o reconhecimento do território vivo” (p. 807).

Entretanto, para além desta já dada noção da incorporação da categoria território para organizar os serviços em saúde, principalmente na atenção primária, é possível considerar o território como uma importante categoria para analisar a complexa malha de poder e de tensões presentes no hospital.

Os autores atentam para a questão de que a concepção de território

Não deve ser vinculada exclusivamente à figura de um território fixo, um recurso, mas de ser concebida como algo que ultrapasse as barreiras dos territórios materiais através de relações distribuídas por toda a organização social. O poder, portanto, é relacional, pois é intrínseco a todas as relações sociais. (Ferreira, Junior e Penteadó, 2013 p. 810)

No hospital se manifestam diversas formas de exercício de poder, sejam do Estado e seus agentes, dos gestores, dos profissionais e, sobretudo, dos usuários dos serviços, onde cada sujeito se territorializa a partir de sua capacidade de exercer poder.

O Estado e as instituições tendem sempre a manter os territórios como forma de controle e poder. “Toda territorialização é uma significação do território (político, econômico, simbólico, subjetivo) e toda desterritorialização (re) significação, forma de combate à inscrição da vida [...] linhas de fuga” (Ferreira, Junior e Penteadó, 2013 p.812).

Ferreira, Junior e Penteadó (2013), explicitam que no contexto do hospital existem diversas territorialidades, que estão sobrepostas e articuladas no mesmo espaço físico, devido às diversas formas de se apropriar e de produzir um território. Assim sendo, o território hospitalar, para eles, é o local onde se concretiza o trabalho profissional dos agentes da saúde, mas também é o território dos usuários dos serviços que vão recriar e recondicionar aquele espaço, criando suas próprias mediações com o território hospital.

Entendemos que ao conceito de território cabem apropriações em diversos sentidos. Entretanto, como postulamos que o poder é questão central se faz necessário dedicar-se à questão, exposta na seção a seguir.

2.4 O PODER COMO LEITMOTIV

Embora existam diversas conceituações acerca do território, entende-se que a discussão do poder perpassa todas as definições expostas nesse trabalho. Desta forma, entendemos ser necessário problematizar algumas conceituações já consagradas nas ciências humanas.

Enquanto categoria de análise, o poder sempre teve uma centralidade nas diversas disciplinas das ciências humanas e sociais, sobretudo na ciência política, também nas ciências geográficas, temática que é inevitável para a sociologia, aparecido nos estudos antropológicos desde Malinowski¹⁰ e ganhado cada vez mais espaço nas abordagens psicológicas.

No tratamento da categoria, no entanto percebe contornos diferentes de acordo com os interesses de cada área de estudo. Para fins de sistematização e clareza na exposição dos distintos referenciais, optou-se pela seleção daqueles que notoriamente tem sido tratados como os mais referenciados no debate da sociologia, campo de maior proximidade com o serviço social. Dessa maneira, foram selecionadas as contribuições de Michael Foucault (1923-1984), Pierre Bourdieu (1930-2002) como os autores contemporâneos de destaque e Karl Marx (1818-1883) como centrais na formulação dessa exposição, bem como outros autores que embora não tenham centralidade na discussão da categoria poder, possibilitam leituras pertinentes à análise da mesma.

Conforme aponta Rosa (2017), na tradição sociológica clássica o poder é comumente compreendido como a capacidade de um determinado sujeito de impor sua vontade a outros. Max Weber (1864-1920) trata da questão no sentido de entender o poder como poder coercitivo, sendo a violência física um instrumento comum e o Estado o detentor máximo desse poder. “[...] poder significa a probabilidade de impor a própria vontade dentro de uma relação social, mesmo que contra toda a resistência e qualquer que seja o fundamento dessa probabilidade.” (WEBER, 2004, p. 175).

Uma formulação que ganhou notoriedade pelo poder enquanto

¹⁰ Nos estudos sobre o circuito Kula, documentados entre 1914 a 1918, o antropólogo destaca uma dimensão de poder presente nas relações sociais do que ele denominou de fenômeno social. MALINOWSKI, Bronislaw. Argonautas do pacífico ocidental: Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultural, 1976. 436

categoria central nas discussões são aquelas que remetem ao marxismo. Situado no seio de um pensamento moderno, Marx objetivou construir um sistema de pensamento e um método que fosse capaz de promover o conhecimento da realidade e sua transformação. Embora os detalhes de sua proposição tenham aparecido de forma mais clara com a publicação de “O Capital” (MARX, 2017), em publicações anteriores já é possível compreender quais os contornos a categoria poder viria tomar no pensamento marxista.

Em “A ideologia Alemã” (2007) Marx e Engels, ao criticarem o pensamento filosófico alemão da época, introduzem que o poder é construído no bojo da luta de classes, sendo a expressão dos conflitos e da relação contraditória entre os detentores do meio de produção e os trabalhadores. Portanto, o poder emerge das relações objetivas que se estabelecem entre os seres concretos agindo em um mundo igualmente concreto. Dessa maneira o poder nas sociedades capitalistas está invariavelmente correspondendo, em alguma medida, para a manutenção e reprodução do modo capitalista de explorar e continuar explorando através da apropriação do mais valor do trabalho.

Deter os meios de produção, no entanto não garante ao capitalista o exercício e manutenção de determinado poder. Para Marx e Engels (2007) esse poder só se torna possível por meio da consolidação de sistemas ideológicos. Esses sistemas por sua vez correspondem a uma complexa organização de ideias que tem como objetivo perpetuar as relações vigentes:

As ideias da classe dominante são, em cada época, as ideias dominantes, isto é, a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante. A classe que tem à sua disposição os meios da produção material dispõe também dos meios da produção espiritual, que modo que a ela estão submetidos aproximadamente ao mesmo tempo os pensamentos daquelas aos quais faltam os meios da produção espiritual. (MARX E ENGELS, 2007 p. 47)

Apesar de amplamente difundida, essa ideia também recebeu críticas principalmente no que tange ao seu caráter supostamente maniqueísta. O sistema ideológico não pode, segundo a ótica desses autores existir de forma independente da vida material. Segundo Therborn (2015) um sistema ideológico só pode funcionar enquanto mantenedor de relações de poder se possui bases materiais sobre as quais se sustenta. O autor, de viés marxista, cita entre essas bases a correspondência de ideia a aspectos da vida cotidiana, a simbiose entre as ideias e as crenças e/ou

aspectos culturais de outra natureza e a sobreposição entre sistemas de ideias e formas de conhecimento do mundo.

Conforme indica Backschat (2015), o território usado é abrigo e referência para a construção de valores ele também envolve a dimensão do exercício de poder. Para a autora, as análises do pensamento gramsciano apontam para à questão da força e do consenso para o exercício do poder. É através de sua teoria de Estado ampliado que explica como a classe trabalhadora deve fazer a conquista da hegemonia no âmbito da sociedade civil para assim conquistar o poder político.

A autora coloca que no capitalismo e na sociedade política o exercício de poder sempre está atrelado à questão da repressão, coerção e violência exercida pela classe dominante, utilizando dos aparelhos repressivos do Estado. Na questão da dominação dos territórios, as proposições feitas por Backschat (2015) deixam claro que a construção das territorialidades não ocorre de modo natural, mas são sim resultado das influências, disputas e interesses, portanto, de poder, que é historicamente determinado envolvendo processos de dominação.

Haesbaert (2007) indica que os territórios estão imersos em relações de dominação e/ou apropriação que vão desde a dominação político-econômica mais concreta e funcional, até a dominação mais subjetiva, que é cultural e/ou simbólica. Assim os processos de dominação e/ou apropriação devem ser tratadas em sua multiplicidade de manifestações, que se colocam também, na visão do autor como existência de vários poderes que envolvem diversos sujeitos (tanto quem sujeira, como aquele que é sujeitado) “Portanto, todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois as relações de poder têm no espaço um componente indissociável tanto na realização de "funções" quanto na produção de "significados".” (HAESBAERT, 2007 p. 23)

Haesbaert (2007) propõe a construção de um “tipo ideal” de territórios, classificando em dois vieses: o território de dominação “funcional”, ligadas à questão da materialidade, e outro chamado território de dominação “simbólica”. Embora o território tenha uma dimensão material, ele aponta que há também uma questão imaterial, entendida também como territorialidade.

A territorialidade, no nosso ponto de vista, não é apenas "algo abstrato", num sentido que muitas vezes se reduz ao caráter de abstração analítica, epistemológica. Ela é também uma dimensão imaterial, no sentido ontológico de que, enquanto "imagem" ou símbolo de um território, existe e pode inserir-se eficazmente como uma estratégia político-cultural, mesmo que o território

ao qual se refira não esteja concretamente manifestado (HAESBAERT, 2007 p. 25)

Aqui vale apontar as colocações de Pierre Bourdieu que direciona críticas à análise de poder marxista denunciando o seu caráter privilegiado sobre as funções políticas dentro dos sistemas simbólicos, que são assim entendidos:

Os sistemas simbólicos são instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento que cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica) dando o reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam contribuindo assim para a submissão inconsciente dos dominados. (BOURDIEU, 1989, p.11).

Segundo esse autor, a centralidade da análise nos aspectos políticos não permite à crítica desvelar as disputas que ocorrem no interior no campo simbólico. Dessa maneira, o poder deve ser visto principalmente enquanto disputa inserida dentro de um determinado campo, e que toda a forma de violência simbólica ocorre nessa esfera com desdobramentos na vida dos sujeitos.

Para Bourdieu (1989 p. 15) “o poder simbólico, poder subordinado, é uma forma transformada, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legitimada, das outras formas de poder (...)”. Por isso, compreender como se estabelece essa violência é de fundamental importância para o entendimento de como as relações de poder são estruturadas na sociedade atual.

Desta forma, o poder simbólico em Bourdieu (1989) é fundamentalmente um poder de construção da realidade, poder esse que detém os meios para conferir sentido imediato ao mundo, instituindo valores, classificações de hierarquia e conceitos que estão nos sujeitos de forma aparentemente espontânea e natural. O poder simbólico não se utiliza da força física ou econômica para acontecer, e por isso mesmo, passa “despercebido”, pois se reproduz nas relações de poder sem que os sujeitos possam compreender a sua dimensão.

Assim, vemos diferentes classes sociais em uma disputa eminentemente simbólica para impor um modelo de mundo que atenda aos seus interesses. Os sujeitos estão sempre em disputa, com vistas a controlar várias formas de poder e de capital.

Conforme aponta Rosa (2017), um conceito é basilar para a apreensão de como se dá e se mantém a dominação entre as distintas classes é o

habitus. Habitus diz respeito às disposições adquiridas de forma inconsciente que permitem os exprimirem seus juízos de valores, suas crenças que orientam os sujeitos em suas práticas cotidianas. Habitus é um “[...] princípio gerador de práticas objetivamente classificáveis e, ao mesmo tempo, sistema de classificação (*principium divisionis*) de tais práticas.” (BOURDIEU, 2006, p. 162). O que permite as condições de alguém se inserir no mundo é um sistema de crenças herdados e adquiridos – os capitais que correspondem à fração de classe na qual o sujeito está inserido.

Bourdieu (1989) introduz a noção de capital simbólico que, ao contrário do capital econômico que se encontra objetivado, os capitais simbólicos estão incorporados nos sujeitos e assim condicionando a forma este se coloca e vê o mundo.

Desta forma, a classe dominante que detém o capital econômico é a quem vence uma disputa pela “hierarquia dos princípios de hierarquização”, podendo dominar tanto através da sua própria produção simbólica, como através de ideólogos (professores, artistas, intelectuais) que servem aos interesses da classe dominante.

Há na perspectiva deste autor um substancial deslocamento da análise se comparada com as proposições marxistas: para estes o poder deve ser entendido de forma primária como resultante das forças objetivas de organização da vida material, sendo o sistema ideológico um resultante deste aspecto. Para aquele, o sistema que emerge dos distintos capitais possui uma importância equiparada, senão superior, às suas origens, pois transfiguram-se em formas de poder diferentes.

Aqui, cabe acrescentar a noção de poder defendido por Foucault. Contrapondo-se a corrente marxista, esse autor não compreende o poder enquanto uma relação que emerge de uma disputa entre as classes. Para Foucault (1979) o poder não é algo que se tem, portanto não pode pertencer a uma classe específica. Para ele, o poder só é possível enquanto exercício.

Se poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considera-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais que uma instância negativa que tem por função reprimir. (FOUCAULT, 1979 p.8)

Para ele, o poder não tem uma natureza e essência claras, pois não há, em suas concepções algo unitário e global denominado poder, mas múltiplas

formas, heterogêneas em constante mudanças, pois o poder é, antes de tudo, uma prática social historicamente construída, presente em todas as relações.

Assim, o poder é exercido nas mais variadas formas e em diversos pontos da sociedade, ganhando assim uma capilaridade que extrapola até mesmo as delimitações do Estado. No que refere ao poder do Estado, Foucault (1979) entende o mesmo como um instrumento que articula um sistema de poderes, contrapondo as delimitações marxianas sobre o Estado e sua capacidade de poder na reprodução do sistema ideológico. O autor se contrapõe de forma bastante clara a noção marxista de poder enquanto poder exercido em termos de aparelhamento do Estado. Suscitando o debate para a necessidade de entender “a forma como ele (o poder) se exercia concretamente e em detalhe, com sua especificidade, suas técnicas e suas táticas”

Foucault não ficou ileso das críticas sobre seu conceito de poder. Bourdieu, enquanto um desses críticos argumenta que a concepção de poder foucaultiana constantemente se atém aos aspectos de coerção mais conhecidos, ignorando o peso da violência simbólica

E é aí que me divirjo de Foucault, e gostaria de estabelecer um contraste com o importante conceito de disciplina que ele tem. A disciplina, pelo menos em francês, aponta para uma coisa externa. A disciplina é imposta por uma força militar: tem-se que obedecer. Em certo sentido, é fácil rebelar-se contra disciplina, por que se tem consciência dela. Mas, na verdade, creio que, em termos de dominação simbólica, a resistência é muito mais difícil, pois é algo que se absorve como o ar, algo pelo qual o sujeito não se sente pressionado; está em toda a parte e em lugar nenhum e é muito difícil escapar dela. (BOURDIEU, 2013 p. 270)

Uma contra crítica dirigida ao conceito de poder proposto por Foucault também pode ser encontrada na proposta de Therborn (2015) que apesar de não se dirigir explicitamente ao filósofo francês, defende o uso do conceito de ideologia para entender as relações de poder. Segundo ele, é insustentável a crítica de que as relações de poder não estão condicionadas à luta de classes. Nas sociedades em que prevalece a contradição entre capital e trabalho, o poder vai emanar quase em sua totalidade desta relação. Em sociedades cuja a organização material representa outro modelo as relações de poder vão corresponder a outras formas. (THERBORN, 2015).

Mészáros (2014) reforça que o poder não só se efetiva pela ideologia como encontra nesta sua forma mais aprimorada de existência. Para ele “ a ideologia não é ilusão nem superstição de indivíduos mal orientados, mas uma força específica de consciência social, materialmente ancorada e sustentada” (p. 65). Nesse sentido,

destaca a importância de considerar o poder enquanto resultado de um sistema ideológico nas sociedades de classes, que se faz na práxis e na relação contraditória que se estabelecem entre os sujeitos.

Freire (2015), em sentido análogo dirá que entender a relação entre opressores e oprimidos só é correta se colocada sob o prisma de seres da práxis. Portanto, essa relação depende em sua origem do opressor que “prescreve” e do oprimido que “segue as prescrições”. Portanto, reforça, mesmo que em outro sentido de estudo, a concepção sobre a qual entender o poder fora das relações estabelecidas na sociedade de classes é tarefa infértil.

Enquanto categoria central na discussão de território, o poder precisa ser entendido como poder exercido, não há dúvidas. No entanto, é preciso ir além, recorrendo à concepção de que esse poder emerge das formas concretas de organização da vida social, e pode extrapolar seus limites no sentido de perpetuar-se em formas ideológicas, simbólicas e dispersas em diversos sentidos. Por isso, a contribuição desses autores torna-se salutar para o andamento do trabalho, compreendendo que alguns destes conceitos trazem elementos significativos, reservando suas respectivas limitações.

Neste sentido, entendemos que as contribuições de Pierre Bourdieu sobre o poder simbólico nos auxiliarão para poder compreender as relações de dominação no âmbito do hospital, dada a dimensão simbólica das mesmas. As características do poder em Bourdieu podem evidenciar as relações assimétricas inscritas no hospital, principalmente no que se refere entre os usuários dos serviços de saúde e os profissionais, destacando o poder médico já explicado por Carapinheiro (1991). Neste sentido, o hospital pode ser entendido como um campo, que contém um sistema de regras, hierarquias e princípios que são definidos a partir de conflitos e tensões.

Nos estudos da saúde coletiva, não raro, principalmente aquelas que se referem ao hospital, são encontradas as concepções de poder baseadas nas proposições de Foucault, como é o caso de Catão (2011), Ornellas (1995), ao abordar o poder disciplinar e de dominação do corpo doente, bem como nos mecanismos de disciplinamento.

As proposições de Foucault (1979) também parecem ter bastante reverberação nos autores da geografia política, tal qual Raffestin (1993), que constrói sua noção de território a partir do poder foucaultiano pontuando as principais

características das construções do filósofo francês em toda a sua obra “Geografia do Poder”. Entende-se então que a categoria poder é fundamental nesta discussão, uma vez que é consenso nos estudiosos do território, em maior ou menor medida, que o poder tem centralidade e que os territórios se constroem a partir das relações de poder e das disputas em diversos níveis.

A partir do exposto sobre a categoria território e o traçado teórico que a envolve, será desenvolvido a seguir os elementos que constituem o hospital enquanto território. A pergunta que se faz é: o que nos permite afirmar que o hospital é um território? Para tanto, conforme já exposto, será utilizado um estudo de caso escolhido por entender que o mesmo agrupa e perpassa as ideias que queremos destacar nas análises que seguem.

Para tanto, o território hospital será apresentado em três perspectivas: os seus sentidos e/ou significados; sua organização enquanto tal e os seus diferentes usos. Essa organização já foi utilizada anteriormente por Lanza e Faquin (2018) e auxiliarão na apresentação do território hospitalar.

3 O TERRITÓRIO HOSPITALAR E AS MULTIPLAS DETERMINAÇÕES

Nesta pesquisa, o hospital coloca-se à priori, como instituição complexa e multifacetada, que ocupa um lugar essencial nos serviços e também para a produção do cuidado em saúde. Devido à estas questões, e diversas possibilidades de análise que comporta o hospital, elegeu-se destacar alguns pontos, no interior deste trabalho, que no nosso entender merecem fôlego por se tratarem de assuntos importantes no âmbito hospitalar, e que também se colocam como balizadores das ações, práticas profissionais e processos.

A partir das contribuições dos sujeitos dessa pesquisa, foi possível também identificar elementos que corroboram para delimitar o hospital enquanto território inserido na lógica territorial da política de saúde brasileira, mas que, por si só, tem uma dinâmica própria de usos e relações de poder que dão “forma” e constituem esse território de maneira particular e singular.

Portanto, neste capítulo será tratado os pontos centrais que dão identidade ao território hospitalar, tanto no que se refere às prerrogativas do SUS e nas questões internas do hospital, pontuando a experiência da hospitalização de Marcelo.

3.1 O TERRITÓRIO “NO” E “DO” HOSPITAL

Marcelo, aos 25 anos sofre um acidente de automóvel, dá entrada no Hospital Universitário em estado grave, necessitando de atendimento de urgência, devido ao risco de não sobreviver. Segundo o mesmo: “Eu fiquei 6 meses internado. Fiquei 2 meses na UTI, 15 dias em coma. No total foram 6 meses, entrei em março de 2015 e sai em agosto de 2015.” (SUJEITO B, 2018).

Se tratando ser o HU um hospital de nível terciário, de atendimentos de alta complexidade e hospital referência na 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, situações como esta fazem parte do cotidiano deste território e para quem está na “linha de frente” dos atendimentos do Pronto Socorro, são até, em certa medida, esperadas devido ao porte do hospital.

Uma das primeiras afirmações a ser feita é que esse território tem em um de seus aspectos centrais a manutenção da vida, mas que convive cotidianamente

com a morte. É parte da rotina acompanhar da equipe de atendimento averiguar os óbitos, informar e orientar os familiares quando ocorre o falecimento de algum usuário

Em condições ideais, o hospital deveria ter condições físicas e materiais de prestar o melhor atendimento e tratamento que for possível aos usuários de seus serviços. No caso de Marcelo, ao dar entrada no hospital e feitos os primeiros atendimentos, a indicação da equipe médica era de encaminhá-lo diretamente à Unidade de Tratamento Intensivo. Porém não havia vagas na UTI do hospital para que o paciente pudesse ser atendido adequadamente e por isso ficou alguns dias em uma sala do Pronto Socorro que tinha todos os equipamentos de suporte de UTI, uma UTI improvisada.

Neste ponto, e dada às condições de precariedade experimentadas pelos serviços do SUS, não raro, o cotidiano do Pronto Socorro era de abrigar os “leitos virtuais”, pacientes que ficavam alocados nos corredores da unidade, geralmente em estados menos críticos de saúde, aguardando as devidas acomodações.

Marcelo foi encaminhado à UTI após alguns dias, após muitos pedidos e insistência da família. Neste ponto, destacamos o primeiro ponto de inflexão sobre a territorialização desse sujeito no espaço hospitalar. De acordo com SOUZA (2015b p.102):

Uma territorialização ou desterritorialização é, sempre e em primeiro lugar, um processo que envolve o exercício das relações de poder e a projeção dessas relações no espaço, espaço que, vou repetir, também é, simultaneamente, enquanto substrato material e lugar, uma referência e um condicionador das próprias práticas de poder.

Aqui notamos que a família pôde exercer certo poder de influenciar e de intervir nesse espaço. Considera-se que há aqui uma quebra, um choque entre a face institucional do poder de determinar quem tem prioridade no atendimento da UTI, claro considerando o estado de saúde dos pacientes, e entre a mediação da família para garantir, sobretudo, a vida de Marcelo.

O que observamos é que embora haja, de acordo com Merhy e Cecílio (2003) uma racionalidade nos mecanismos de autoridade, linhas de mando, regras escritas e formalizadas e também não formalizadas, o hospital é o lugar também de forças instituintes que permitem, segundo os autores, criar graus de certa liberdade, de complexas e fluidas redes de contratualidades, de negociações, e por isso, campos

de possibilidades.

Se percebe o hospital como um território cuja das relações estabelecidas permitem certo nível de negociação, entre os profissionais e seus pares, entre as famílias e os profissionais. Principalmente no que se refere à questão do cuidado em saúde. Neste ponto, concordaremos com Merhy e Cecílio (2003) quando afirmam que a profissão que faz a gestão do cuidado em saúde dentro das unidades hospitalares é, preferencialmente a enfermagem. Isso significa dizer que a enfermagem tem um lugar de poder, e de certa forma, o monopólio da gestão do cuidado e também gestão de algumas regras à cerca do cuidado.

Como exemplo disso citamos o controle que é feito em relação aos horários de visitas das unidades e a quantidade de visitantes, bem como o fluxo dos mesmos nas enfermarias. Quem estabelece esses parâmetros é a instituição e as pessoas devem se identificar na portaria central do hospital, recebem um adesivo de identificação e estão liberadas para as visitas. Entretanto, quem tem o poder de decidir sobre qualquer situação que fuja às regras nesse sentido são os enfermeiros chefes das unidades. Quando algum médico necessita falar com algum familiar ou visitante em horários diferentes dos de visita, essas pessoas só serão autorizadas a entrar no prédio da instituição mediante uma autorização por escrito do enfermeiro chefe da unidade que está internado.

Há uma rigidez nesse sentido: os funcionários da portaria geralmente seguem as regras de forma estrita, é uma questão levada seriamente entre os profissionais do hospital, principalmente aqueles na linha de frente do cuidado em saúde. Entretanto também se coloca como uma questão negociável em algumas situações, necessitando, às vezes, da intervenção de outras categorias profissionais, como por exemplo o serviço social, que era constantemente chamado a intervir nessa questão. Havia uma “divisão” desse poder por parte da equipe de enfermagem. Quando havia a necessidade de revisão da regra era solicitado uma avaliação dos assistentes sociais, que funcionada como uma validação à solicitação das famílias. O sujeito de pesquisa “A” identifica essas linhas de quebra como “estratégias de sobrevivência”, conforme a fala que segue:

“Acho que era necessário eles (os familiares) criarem estratégias de sobrevivência mesmo, naquele espaço de poder, que a gente fala né. Então assim: flexibilizar um horário de visita, íamos lá e: “olha precisa flexibilizar esse horário para essa mãe”. A partir dos argumentos, nós também

ajudávamos ali, a gente conseguia. A questão da sobrevivência daquela família. Inclusive para dar o melhor para o seu familiar. [...] As próprias negociações que tinham, acho que em qualquer relação existe isso. Existia bastante da sensibilidade da enfermagem. Não víamos muito entroncamento em relação a isso, mas muitas vezes tivemos que intervir para dar... até para fortalecer um pouco mais o argumento daquela família. ” (SUJEITO A, 2018).

Marcelo também relatou que durante a sua internação a mãe foi autorizada a acompanhá-lo, mesmo que, pelas normas do hospital, e por lei, quem tem direito à acompanhantes são pessoas idosas, crianças e adolescentes, parturientes, pessoas que estão sendo atendidas no pronto-socorro, durante o tempo do atendimento inicial.

Ela ficou comigo só depois que eu fui para a enfermaria. Daí ela ficava do meu lado, pra me ajudar tomar água, pegar as coisas né. Porque o pessoal do Hospital às vezes você pede só que eles estão muito “corrido”, não conseguem fazer as coisas. Ela ficava o tempo todo. Ela ia de manhã e voltava embora só a noite. Só não dormia lá, porque ela não conseguia. Agora que eu lembrei que no tempo na UTI ela não podia ficar lá não. (SUJEITO B, 2018)

O que se identifica também é que quando um paciente hospitalizado demanda atenção redobrada e cuidados intensivos, não raro os familiares são convocados à ficarem acompanhando os doentes, não apenas pela companhia e os já comprovados efeitos que a presença de acompanhantes trazem aos pacientes, mas também participam da rotina dos procedimentos do cuidado: alimentação, banhos, controle de remédios entre outros.

Esse ponto escancara a sobrecarga de trabalho vivenciada pelos profissionais das equipes de atendimento das enfermarias, principalmente. É uma conta que não fecha e que, com certeza tem impacto direto na questão da humanização e da territorialização dos usuários, suas famílias e também os profissionais.

Entende-se que não é possível promover níveis satisfatórios de humanização do cuidado se o componente vivo dos processos de trabalho em saúde está vivenciando situações de precarização cada vez mais acirrados. E esta é uma realidade que, inclusive, gerou paralizações e greves por parte dos funcionários do HU durante o ano de 2015. Consideramos que este é um reflexo dos constantes ataques que a política de saúde e o direito universal à saúde sofrem e o constante jogo que o mercado e o próprio Estado imprimem para a saúde pública. Neste sentido,

o sujeito A avalia os impactos e consequências para um hospital público de alta complexidade, em relação aos interesses do mercado.

Acho que de uma forma geral, um pouco mais ampla em relação à questão da Saúde Pública, sabemos que ela concorre né (com o mercado). Essa Saúde Pública não chega nem a concorrer, mas ela coexiste com a Saúde Privada, que é uma indústria. A Indústria Farmacêutica, a Indústria de Saúde no país. Ela tem um item na Constituição que permite a complementaridade dessa Saúde Privada. Então temos essa questão para questionar: “se existe um Mercado para isso, para quê que essa Saúde será de qualidade?”. [...] A coexistência da Saúde Pública com a Complementar - entre aspas: “Privada”- ela é um elemento que temos que considerar. Ela é um problema que é coerente com esse sistema que vivemos. Tudo que passamos dentro do Hospital público, que enxergamos com os olhos- depois quando trabalhamos lá dentro e vemos- é consequência desse tipo de relação. E a todo momento vemos as pessoas sendo empurradas para isso. (SUJEITO A, 2018).

Ainda, em especial os hospitais universitários convivem com um processo sistemático de sucateamento e de privatização. Um exemplo é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a EBSEH, criada através da Lei nº 12.550 de 2011 pelo próprio governo federal com a finalidade de administrar instituições públicas federais de ensino, pesquisa e extensão vinculados à saúde, o que inclui os hospitais universitários federais e hospitais nas três esferas de governo, que basicamente é a transformação de instituições públicas operando nos moldes das instituições privadas, mudando essas atividades para atividades econômicas.

Essa empresa tem autonomia para gerenciar como quer os serviços de saúde de hospitais a quais esteja comandando, inclusive fazer contratos de trabalho através da CLT, altamente precarizadores, fazer contratos e terceirização de atividades-fim, além também que ter um impacto negativo direto na formação de diversos profissionais da área saúde, não apenas da medicina. (ANDREAZZI, 2013).

Embora não seja a situação experimentada pelo HU em relação à presença de EBSEH, vários profissionais, principalmente enfermeiros e técnicos em enfermagem eram contratados através de processos seletivos simplificados, com alta rotatividade de profissionais e com grande volume de trabalho. Essa questão foi indicada pelos dois sujeitos, de formas diferentes. Marcelo conta que “na enfermagem tem poucos funcionários, tem duas meninas para atender 10 pessoas” (SUJEITO B, 2018). Ele se refere à enfermagem masculina, lugar onde ficou a maior parte de sua hospitalização. A enfermagem masculina comporta, teoricamente cerca de 40 pessoas, porém quase sempre operava acima deste número. Mediante isso, conforme dito,

dependendo da condição de saúde do paciente, os familiares eram chamados a participar das rotinas cotidianas de cuidados da enfermagem, não somente na masculina, mas em outras também.

A fala do sujeito A nos atenta para o fato que entendermos o hospital como um território que, como todos os outros, de acordo com Santos (2001) se relacionam com a ordem global entendendo que as informações, as normas, as técnicas operam em redes. A questão da precarização do trabalho na esfera hospitalar é um reflexo do sucateamento da política de saúde e as interferências do mercado, como bem identifica o sujeito A em sua fala:

Tem a EBSEH também. Temos relatos da interferência das Fundações dentro das próprias Universidades. Estávamos no Hospital Universitário, então tínhamos ameaça da EBSEH, ameaça das Fundações, da Unimed - concorrendo com uma portinha lá dentro do HU- das próprias relações de poder dentro do Hospital. Dentro do Hospital tínhamos os servidores. Passou por dois momentos de paralisação lá. Víamos claramente as reivindicações salariais, as reivindicações de condições técnicas de trabalho, mínimas! Que não se tinha lá. E sabemos que tem uma relação de intervenção do poder de Estado. (SUJEITO A, 2018)

O nível de atenção terciário é o mais atrativo para o mercado, visto seus procedimentos de alto custo, demonstrando ser uma atividade altamente rentável e à ser, cada vez mais explorada pelo mercado e pela indústria médica. O fato é que os hospitais universitários se inserem diretamente na temática da privatização do SUS, uma vez que, conforme já apontado por Paim *et al* (2011) indicavam que em 2011, 69,1% das instituições hospitalares de nível terciário do Brasil eram instituições oriundas do setor privado.

Assim, podemos afirmar que o território hospitalar, sobretudo o público, é altamente influenciado por relações políticas que incidem diretamente nas relações de poder em seu interior e que delimitam e dão o tom dos acontecimentos “intramuros” do hospital.

É o que nos mostra a seguinte fala

Eu enxergo o Hospital como um local realmente de relações de poder, porque ele está inserido num sistema um pouco maior na verdade. Não podemos enxergar o Hospital isolado da sociedade de classes. Então as relações que a gente vive dentro do Hospital refletem as relações sociais e materiais da sociedade. Então o Hospital tem mesmo essa característica. Podemos perceber tanto a disputa de poder dentro da instituição e também ela em disputa com instituições maiores. Como a questão do Estado e do Município né, porque era uma instituição do Estado e recebia verba do Município. Esses

conflitos, essas relações de poder vão se subdividindo dentro do Hospital. (SUJEITO A, 2018).

O sujeito nos sinaliza que as relações de poder dentro de um hospital público são oriundas, primeiramente, pelas relações materiais da sociedade, mas também políticas, pois há uma série de poderes em disputa que acabam delimitando a forma como os poderes se desdobram no espaço do hospital.

No sentido das territorialidades e dos usos do território, esses fatores são determinantes, pois entende-se que ali naquele território se sobrepõem uma série de territorialidades que influenciam e são influenciadas mutuamente, e que também são influenciadas em relação às redes: que comportam vários agentes que “operam” diferentes níveis de influência nesse território.

Apreendendo que as territorialidades estão em um movimento de constante conflito, a territorialização dos usuários, familiares e as diversas categorias profissionais de trabalhadores se baseiam, obviamente nas relações internas que configuram relações de poder, mas também são delineadas pelas relações que são impressas entre a sociedade civil, Estado e mercado.

Entretanto, embora essa questão “exterior” seja determinante, cada território imprime sua relação com a lógica global, influencia e é influenciado a partir da configuração da sua própria trama de relações.

O hospital é um criador de territorialidades, para dentro de si, mas também para fora de si. Um exemplo disso pode ser pontuado ao observar o bairro ao entorno do HU e como a iniciativa privada vai moldando-se para servir, de certa forma, à uma “extensão” do hospital. Temos farmácias, lanchonetes, lojas especializadas na “moda branca” (jalecos e roupas brancas para os profissionais da saúde), hospedarias, condomínios residenciais para estudantes, pois o HU funciona em anexo ao Centro de Ciências da Saúde da UEL, agências especializadas em orientações para requerimento do seguro DPVAT, pontos taxi e moto-taxi entre outros. O entorno vive e respira a presença de um hospital que orienta a territorialização inclusive do mercado em âmbito local.

A partir dos apontamentos sobre a hospitalização e alguns aspectos do território hospitalar, considera-se importante pontuar aquilo que, no entendimento desta pesquisa, delimita o hospital enquanto território exposto em alguns conceitos que foram identificados como fundamentais para subsidiar e compreender o território hospitalar, a respeito das questões que dão materialidade e sentido para tal.

3.2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO HOSPITAL

Atualmente entendemos os hospitais como o lugar preferencial do exercício da medicina, enfermagem e outras profissões na área da saúde, espaço onde a prática médica, de acordo com Ornellas (1995) definiu-se como instituição hegemônica do cuidado, e lugar de acolhimento e tratamento de doentes até a sua conformação contemporânea de organização da produção e consumo de serviços médicos, da assistência à doença, e principalmente do cuidado em saúde.

Para a compreensão do hospital como espaço pautado pela existência de relações de poder e de disciplinamento, deve-se ter em mente que o modelo de hospital que conhecemos hoje é resultado de uma construção social e histórica de práticas hospitalares anteriores.

Ornellas (1995) explica que as formas pelas quais a sociedade, em cada tempo histórico, elabora os modos de ver a doença e a saúde, envolvendo as crenças, valores e sentimentos que circundam sobre a origem das mesmas, bem como a forma de lidar com elas, seja nos tratamentos, prevenções e saberes envolvidos nessas práticas ocorrem no mesmo processo em que se organizam os modos de produção e de organização da vida social ao longo da história humana.

As práticas hospitalares podem ser observadas na história da humanidade desde a Grécia e a Roma antiga. Até se constituir no hospital contemporâneo, de complexa organização e lugar de exercício de poder, muitas foram as formas de entender as causas das doenças, e mais ainda, de entender o sujeito doente.

Uma marca que acompanha as instituições hospitalares, desde antes de Cristo, como na China e no Egito, onde há registro de hospedarias e hospícios é de ser um lugar de isolamento, lugar para a prática da exclusão dos chamados loucos, peregrinos, e também velhos e crianças. Além disto, também vai se configurando durante a história como o lugar de exclusão não apenas desses sujeitos, mas com a marca de ser um lugar destinado para a prática da caridade e assistência aos pobres.

Durante a baixa idade média até o renascentismo o hospital era, em sua natureza, o lugar da assistência aos pobres, doentes e outros sujeitos, cujos os princípios que regiam a hospitalidade à essas pessoas estavam relacionadas ao cristianismo e as ações eram vinculadas às igrejas e mosteiros, onde os estabelecimentos hospitalares eram construídos aos arredores (CATÃO, 2011).

Isto se deu em grande parte pelo advento do monoteísmo cristão, conforme apontam Carvalho e Buss (2009), sob o qual recaía a responsabilização pelos males e doenças, pois as doenças eram consideradas punições pelos pecados cometidos e por afrontas aos rígidos mandamentos divinos.

Os autores nos ajudam a pensar a questão dos determinantes sociais em saúde e a evolução deste entendimento durante os séculos, pois a forma pela qual cada sociedade cuida de seus doentes (e a própria evolução deste cuidado) está diretamente relacionada à forma como se enxergava a origem das doenças. Não se trata apenas de pensar no hospital enquanto instituição isolada, mas sim no contexto em que o cuidado em saúde era manejado.

Podemos explicar a presença e atuação da Igreja no cuidado desses sujeitos a partir da “*Poor Law*”, a conhecida “Lei dos Pobres” Elizabetana, promulgada na Inglaterra, no ano de 1601, decorrente crescimento populacional experimentado pelo Europa durante o século XVI, que acirrou a condição paupérrima da população. O êxodo rural e a concentração nas áreas urbanas desencadearam uma série de epidemias e pragas, associadas ao fenômeno do pauperismo.

A lei era então destinada aos sujeitos entendidos como desempregados ou incapazes de se empregar. O papel da Igreja era justamente o de controlar as populações miseráveis, como uma espécie de inspetores dos pobres. Ficava a cargo das paróquias então “tomar conta” dos desprovidos, abrigando-os, colocando-os em postos de trabalhos. É neste contexto que surgem que se instalam as instituições hospitalares relacionadas às práticas cristãs.

De acordo com Polany (1980), o termo pobre era praticamente o significado de “povo comum”, e aí estavam incluídas quase todas as classes de pessoas e trabalhadores, menos as classes fundiárias (proprietárias), o clero e os membros da nobreza. O termo significava

Todas as pessoas que passavam necessidades e o povo em geral, se e quando sofriam necessidades. Naturalmente isto incluía os indigentes, mas não apenas eles. Os velhos, os enfermos, os órfãos deviam receber cuidados numa sociedade que proclamava haver lugar para qualquer cristão em seu âmbito. Acima de todos, porém, estavam os pobres capacitados, a quem poderíamos chamar de desempregados, presumindo que poderiam ganhar a vida com seu trabalho manual, se pudessem encontrar emprego. A mendicância era severamente punida; a vagabundagem era ofensa capital, em caso de reincidência. (POLANY, 1980 p.98)

É justamente deste perfil a que se refere Ornellas (1995), ao

classificar os hospitais como o lugar dos doentes e de outros sujeitos menos referenciados. Isto se dá porque as instituições hospitalares comandadas pelas igrejas tinham um público bastante específico, enquanto os doentes das classes dominantes eram tratados, cuidados e assistidos em domicílio.

Somado ao fenômeno do pauperismo das classes pobres da Europa, temos, em termos de paradigma de pensamento, uma herança deixada pelo renascentismo que foi a impulsão do pensamento racional. Com isto as epidemias da época passaram a ser pensadas e observadas sistematicamente, na tentativa de se explicar os fatores de contágio de grande número da população, atribuindo-se à insalubridade dos ambientes físicos a origem das epidemias e contágios (Buss e Carvalho, 2009).

É válido destacar que neste período o exercício da medicina e a existência de instituições hospitalares não estavam correlacionadas, pois a atividade médica durante toda a Idade Média e até o século VXIII era uma prática não hospitalar, ou não nosocomial. O hospital regido pelas igrejas não era, de forma alguma, um meio de cura, era o lugar destinado à morte. De acordo com Ornellas (1995) o principal personagem do hospital até o século XVIII não era o doente a ser curado, e sim este sujeito pobre que está morrendo e precisa de salvação e os agentes trabalhadores desses ambientes praticavam a caridade para salvação das almas.

De acordo com Foucault (1979) este sujeito é alguém que precisava ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se devia promover os últimos cuidados, mas sobretudo uma pessoa que devia ser separada e excluída. Portanto o hospital tinha a função essencial de tanto recolher esta pessoa e a ela proporcionar uma morte “digna”, mas principalmente retirá-la do convívio com os outros pois oferecia um perigo. A missão do hospital é estritamente espiritual e não médica.

Essas características permanecem até meados do século VXIII, com destaque, de acordo com Foucault (1979) e Catão (2011), a um modelo de hospital geral que atendia inicialmente doentes, loucos, prostitutas e se transformou em um modelo misto de instituição de assistência aos pobres, exclusão social e transformação espiritual a esses personagens e com a ausência de uma função médica.

Ornellas (1995) aponta que ocorreu também neste período um movimento de laicização das instituições hospitalares, mas que basicamente mantinham as características de estabelecimentos mistos: abrigos de assistência

promovendo a segregação de grupos populacionais considerados perigosos à vida das cidades e hospedaria a portadores de moléstias repulsivas ou contagiosas. Para ela

Hospitais e lazaretos, hospícios, penitenciárias, estabelecimentos de educação e abrigo, convertem-se em instâncias de controle individual funcional, passando a operar em dois níveis concomitantes – o da divisão binária: puro/impuro sadio/doente- que, segundo Foucault, caracterizou a importância do controle exercido sobre todos os aspectos relativos à permanência (ORNELLAS, 1995 p.34)

Mais do que apenas estabelecimentos de abrigamento e exclusão, tem-se a renovação das funções hospitalares, que passaram ser também o lugar do disciplinamento, pois o movimento de crescimento das cidades, as migrações, o aumento do comércio e dos fluxos populacionais demandou o aumento do leque de serviços prestados pelos hospitais. Renovou-se a função desta instituição, que agora incluía o total confinamento dos doentes, como no caso dos lazaretos.

De acordo com Ornellas (1995), essa função disciplinar é o cumprimento de um papel social ocupado por essa instituição perante a sociedade e o mercado, mas ainda, o lugar onde os doentes poderiam ser observados, vigiados, medidos. É neste ponto também que as práticas clínicas se convergem para os hospitais, pois a observação sistemática somada à ampliação do conhecimento científico deu lugar para o exercício da medicina, levando os médicos ao interior das instituições hospitalares.

No período do século XVIII a Europa viveu uma série de transformações econômicas, demográficas, sociais e políticas que culminaram em um novo reordenamento populacional urbano. Na Inglaterra temos o início da Primeira Revolução Industrial e na França, em 1789 ocorre a tomada da Bastilha dando início a Revolução Francesa. Bravo (2013) aponta que as mudanças ocorridas são geradas por um novo avanço das forças produtivas que impulsionaram o capitalismo industrial com a produção em massa, decorrentes da metalúrgica, da fundição à carvão e da máquina a vapor que determinaram o aparecimento da maquina fatura.

Todas essas mudanças acirraram ainda mais o êxodo rural e a concentração das populações nos centros industriais – pois o advento da indústria necessitava cada vez mais de mão de obra, bem como também o fenômeno do pauperismo da incipiente classe trabalhadora europeia, cujo o processo de exploração

da força de trabalho acirrou a precarização das condições de vida das populações, agravando também a condição de saúde das mesmas.

Frente a esses acontecimentos, os nosocômios Europeus começaram a ser enxergados como um instrumento terapêutico e disciplinador quando se organizaram visitas e observações sistemáticas para a definição de um programa de reforma hospitalar, o que Foulcault (1979) chamou de uma “noso-política”.

Ao se referir sobre uma política de saúde no século dezoito, o autor se refere não necessariamente a uma política relacionada somente aos Estados monárquicos, mas de múltiplas *polícias* de saúde, ou formas de lidar com os problemas médicos da sociedade na passagem da idade moderna para a idade contemporânea executadas por diversos sujeitos, como os grupos religiosos (como por exemplo os Quakers); associações de socorro e beneficência (paróquias e sociedades filantrópicas); sociedades científicas que tentaram organizar os saberes e números sobre os fenômenos da morbidade que atingiam a Europa. Carvalho e Buss (2009) também apontam para o surgimento dessas *polícies* de saúde, medidas coletivas e individuais, e ao fim do século VXIII as políticas públicas voltadas à saúde desenvolveram-se de maneira mais organizada e sistemática.

Desta forma, articula-se o avanço da

Saúde pública com o processo de industrialização da Europa Ocidental, principalmente Inglaterra, França e Alemanha, registrando estreita relação entre o desenvolvimento do capitalismo (industrialização e urbanização) e o desenvolvimento da saúde pública, tentando minorar os malefícios à saúde provocadas pelo desenvolvimento do capitalismo (CARVALHO E BUSS, 2009 p.144)

Uma das características que delimitam os hospitais no marco do século VXIII é o encontro da clínica com o ambiente hospitalar. O exercício da medicina não era vinculado às práticas nosocomiais. Os hospitais tornaram-se campo da medicina social principalmente pelo avanço do saber médico, que conforme apontou Bravo (2013) passa pela forma como as doenças são entendidas, vinculando a questão da saúde às condições de vida e próprio avanço do conhecimento científico neste campo.

O nascimento da clínica, para Onellas (1995), acompanhado do surgimento de novas técnicas de diagnóstico e da transformação da arte de curar em ofício conduzem o exercício da medicina para dentro dos estabelecimentos

hospitalares, lugares privilegiados para observação dos doentes. Com isto, os portadores dos saberes médicos são transportados para dentro do hospital.

De acordo com Ribeiro (1993 p.25) a convergência entre a clínica é uma das principais características deste novo modelo de hospital, pois o mesmo se tornou

Um lugar invulgar para o ensino e a pesquisa médica. Embora lugar de atuação de cirurgiões e médicos, ele começa a ter outras missões que transcendem a de cuidar do doente. Campo fecundo de experiências diversas, ele passava a ter paulatinamente, uma nova missão: a de incorporar tecnologias, a princípio artesanais, e no século seguinte, industrialmente produzidas.

Para Ornellas (1995), o hospital definiu-se como o lugar onde além de os doentes serem tratados, eles também poderiam ser sistematicamente observados, a causas de suas doenças descobertas, recebendo tratamento e alcançando a cura. Essa sistematização da observação não envolveu apenas o olhar ao doente, mas também permitiu estabelecer um controle no próprio ambiente hospitalar, controlando temperaturas; mudanças arquitetônicas; número e distribuição de leitos; observação de taxas de mortalidade, qualidade da água e ar, entre outros. Surge então o olhar sobre este ambiente como uma máquina de cura, que pode produzir cura se observar uma série de práticas e fazeres. De acordo com Foucault (1979, p.107) “é a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização”.

Isto ocorre pois surge o entendimento de que além de se observar o doente e sistematizar os conhecimentos acerca da doença, havia a necessidade também de controlar o ambiente hospitalar em si, ou seja, inserir mecanismos de controle e disciplina para o espaço físico. Antes disso, conforme explica CATÃO (2011 p.103)

O estabelecimento hospitalar se revelou como uma organização ultrapassada em vários aspectos, tendo em vista que apresentava uma arquitetura que difundia a doença no seu interior sem evitar que ela se propagasse no ambiente exterior, sendo ele mais um foco de morte para as cidades onde se encontrava situado do que um agente terapêutico para a população. Além do mais, a dificuldade de encontrar vagas aliadas às exigências impostas àquelas pessoas que precisavam de internamento, como também o precário tratamento médico ali exercido faziam do nosocômio um instrumento inadequado; até mesmo a assistência que era patrocinada pelas estruturas hospitalares para com os pobres no máximo permitia a sobrevivência de alguns deles, sendo que isso determinava o crescimento de seu número e o

prolongamento de suas enfermidades, com todos os efeitos do contágio que delas poderiam resultar.

Em suma, é a introdução da disciplina e dos mecanismos disciplinares no espaço nosocomial, e também os avanços dos saberes e práticas médicas; avanços do entendimento sobre os determinantes sociais da saúde - que no século VXIII apontavam para as condições de vida das populações como as grandes causadoras das doenças; a necessidade de garantir a manutenção e reprodução da força de trabalho dos centros urbanos que redefine o papel dos hospitais e define a introdução de uma medicina hospitalar.

O início da incorporação da disciplina dos hospitais ocorre a partir da reorganização dos hospitais militares e marinhos a Europa, e não dos hospitais civis. Este movimento ocorre, pois, as instituições hospitalares marítimas eram, de acordo com Foucault (1979) um lugar de desordem econômica, utilizado por traficantes de mercadorias, objetos preciosos, matérias raras, especiarias entre outros, trazidos das colônias. Com as consequências das regulações econômicas advindas do mercantilismo, as instituições hospitalares marítimas e militares se tornaram o ponto de partida para a reorganização hospitalar.

É válido destacar que não foram as práticas da medicina que impulsionaram a transformação do ambiente do hospital, mas sim a introdução de mecanismos disciplinares, e de um conjunto de mecanismos de exercício de poder que, conforme já exposto, eram destinados tanto ao controle dos doentes, quanto ao controle dos espaços físicos.

Para Foucault (1979) a disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos, onde estes precisam ser constantemente vigiados e registrados a partir de um conjunto de técnicas, que convergem com os saberes médicos e com estes se alinham e proporcionam a transformação do hospital em um espaço privilegiado para o exercício do poder.

Outro autor que nos oferece suporte para entendermos o hospital como lugar privilegiado para a existência das relações de poder, chave central para poder pensar e problematizar a relação entre o conceito de território na escala hospitalar, é Goffman (1961 p.11), ao identificar as instituições hospitalares como instituição total.

Ele define as instituições totais como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados

da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Essa ideia do fechamento ou o caráter total da instituição é simbolizado pelas barreiras ou falta de acesso ao mundo extramuros das instituições. Essa proibição não diz respeito somente às regras administrativas e restrições ao contato externo, mas também a um conjunto de limitadores que estão expressos nas estruturas físicas das instituições totais, como muros altos, portas fechadas, cercas, etc.

Os hospitais se enquadrariam como instituições totais por se inserirem em um grupo de estabelecimentos pensados para cuidar de pessoas que são consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, como por exemplo, de acordo com Goffman (1961) os sanatórios, lazaretos, hospitais psiquiátricos. Uma das características é justamente o controle institucional sobre a vida das pessoas. As atividades diárias são monitoradas e estabelecidas em horários, em um sistema de regras formais explícitas, cujo a equipe de funcionários tem papel fundamental na manutenção deste sistema e são parte dele, pois integram a instituição e são representantes diretos dela, habilitados para exercer poder institucional.

Trata-se de pensar a existência não apenas de uma pujança profissional, mas um modelo de instituição que é pensada, organizada e estruturada para domínio e o controle daqueles que nela se encontram. Quando pensamos em hospitais públicos, por exemplo, esses correspondem aos mecanismos de poder característicos das instituições hospitalares, mas também das delimitações dos modelos de saúde as quais atendem, às delimitações estatais e a um conjunto de normas e regras estabelecidas na política de saúde.

Um elemento para ser destacado diz respeito ao que pode ser classificado como uma disputa entre a assistência em saúde e o cuidado em saúde dentro do território hospitalar. Configurando o que se entende ser um dos pontos centrais do debate aqui apresentado, estão em contraposição modelos distintos de ideal de saúde e de direito à saúde.

O que está no cerne dessa disputa é a centralização do poder do médico na orientação das práticas profissionais na assistência em saúde. Embora a literatura já tenha discorrido sobre esta centralização, (Ornellas, 1995; Carapinheiro, 1991), sobretudo nas práticas hospitalares, essa questão se mostrou ser um ponto importante na pesquisa e que caracteriza a disputa de poderes entre as profissões no

âmbito hospitalar.

De acordo com Lopes (1994) a corporação médica comandou a visão do corpo humano como força de produção e trabalho nos meados do séc. XIX. Com o desenvolvimento do capitalismo, havia a necessidade de domesticar e adaptar o operariado para a nova disciplina fabril. Aos médicos foi e é atribuído o poder de decidir e controlar o corpo – na doença, na vida e na morte. Toda a fisiologia humana e as etapas da vida têm uma especialidade médica correspondente. Logo, saúde e doença dependem, em teoria, sempre da intervenção médica, que historicamente correspondeu a uma interpretação biomédica do homem e da natureza, que é por sua vez reducionista e prioriza uma visão mecanicista do homem, reduzindo-o assim ao *status de mero paciente*.

O modelo biomédico de atenção à saúde expressa o caráter centralizador na figura do médico, que influencia e organiza as práticas de outros profissionais dentro e fora do âmbito hospitalar. Mais do que expressar uma determinada forma de gerir a doença, expressa também um entendimento sobre o que é a saúde e seus determinantes.

NOGUEIRA (20--, p.60) bem explica

A direcionalidade técnica tem atualmente uma natureza coletiva, porque um conjunto de categorias e de indivíduos procuram agir coerentemente compartilhando os conhecimentos científicos contemporâneos. Contudo, sabemos que uma determinada categoria, não algumas mas uma única, controla o processo de trabalho a partir de sua autoridade técnica e social: os médicos. Mesmo quando não são proprietários dos meios de produção – donos de clínicas e de hospitais – os médicos têm a faculdade de comandar o ato técnico em saúde, no que se diferenciam os demais trabalhadores.

Destacamos a fala de um dos sujeitos, na época trabalhador da política de saúde que acompanhou a hospitalização de Marcelo que colabora com esta percepção:

Estamos dentro de uma Instituição de saúde, onde tem os profissionais da Medicina que estabelecem uma relação de poder sobre qualquer um outro ali. E hoje nossa sociedade tem uma valorização dessa profissão (SUJEITO A, 2018).

Mas mesmo com essa tendência, o que se percebe é que a predominância da gestão biomédica da doença encontra barreiras e limites, que são delimitados por questões internas do cotidiano e do dia-a-dia hospitalar e pela adoção

do modelo de atenção em saúde pelo SUS. Pensar saúde, na forma como se configura enquanto direito universal que tem a prerrogativa de integralidade, hoje, é compreender que sua dimensão extrapola os limites da prática clínica. O modelo de atenção em saúde preconiza um entendimento ampliado do processo saúde-doença, diferenciando-se de doença x cura, prevenção x tratamento.

Durante o período de internação de Marcelo, por mais de uma vez, ocorreram situações em que o mesmo tinha condições clínicas de alta e a equipe médica solicitava-a. Não era possível pelas necessidades que ele e sua família tinham e teriam no momento de sua alta. Embora estável clinicamente, apto à alta médica e devendo ser liberado para o retorno até sua casa pois corria o risco de contrair uma infecção hospitalar, sua alta “total” dependia de fatores que ultrapassavam a gestão da doença e do corpo.

Sua saída do hospital dependia do treinamento de seus familiares para o cuidado cotidiano, a adaptação de sua casa para sua nova condição e vida e o acesso a serviços de saúde externos ao hospital, como o Serviço Municipal de Internação Domiciliar e o acompanhamento da equipe do Estratégia em Saúde da Família. Estabeleceu-se uma disputa profissional entre o quadro de médicos e enfermeiros contra a equipe do serviço social e de fisioterapia. O fato é lembrado pelo sujeito A (2018):

“Batemos de frente com a equipe médica em vários momentos. A equipe médica não entendia essas reivindicações que a família tinha e era um parecer contrário também ao da equipe da Fisioterapia. E dentro do Hospital foi essa a maior disputa [...]”. E no momento da alta, precisamos fazer a reclamação para o Ministério Público, solicitando que ele tivesse uma condição de tratamento regular na casa. Ele tinha indicação da fisioterapia para fazer fisioterapia pulmonar todos os dias. A equipe de internação domiciliar era uma parceira do Hospital, que a gente sempre pedia e eles iam lá no Hospital fazer uma avaliação”.

Neste ponto, pode ser considerada a condição da multi territorialidade. Retomando Haesbaert (2004) que indica essa possibilidade, aqui visualizam-se distintos processos de territorialização ocorrendo em escalas variadas. Temos a territorialização do ponto de vista da escala do SUS – em que deve garantir a integralidade no atendimento desde usuário; também na escala gerencial – há um leito que precisa ser desocupado pois o usuário tem condições clínicas e alta; há também a escala da família – que territorializa o hospital na medida em que se coloca como cuidadora de uma pessoa debilitada, precisando apreender minimamente os

cuidados básicos e também ter condições físicas e materiais para tal. Por isso demanda da estrutura hospitalar e de sua equipe um lugar nesse processo – lugar em que disputa e reivindica o futuro e a vida pós-internação.

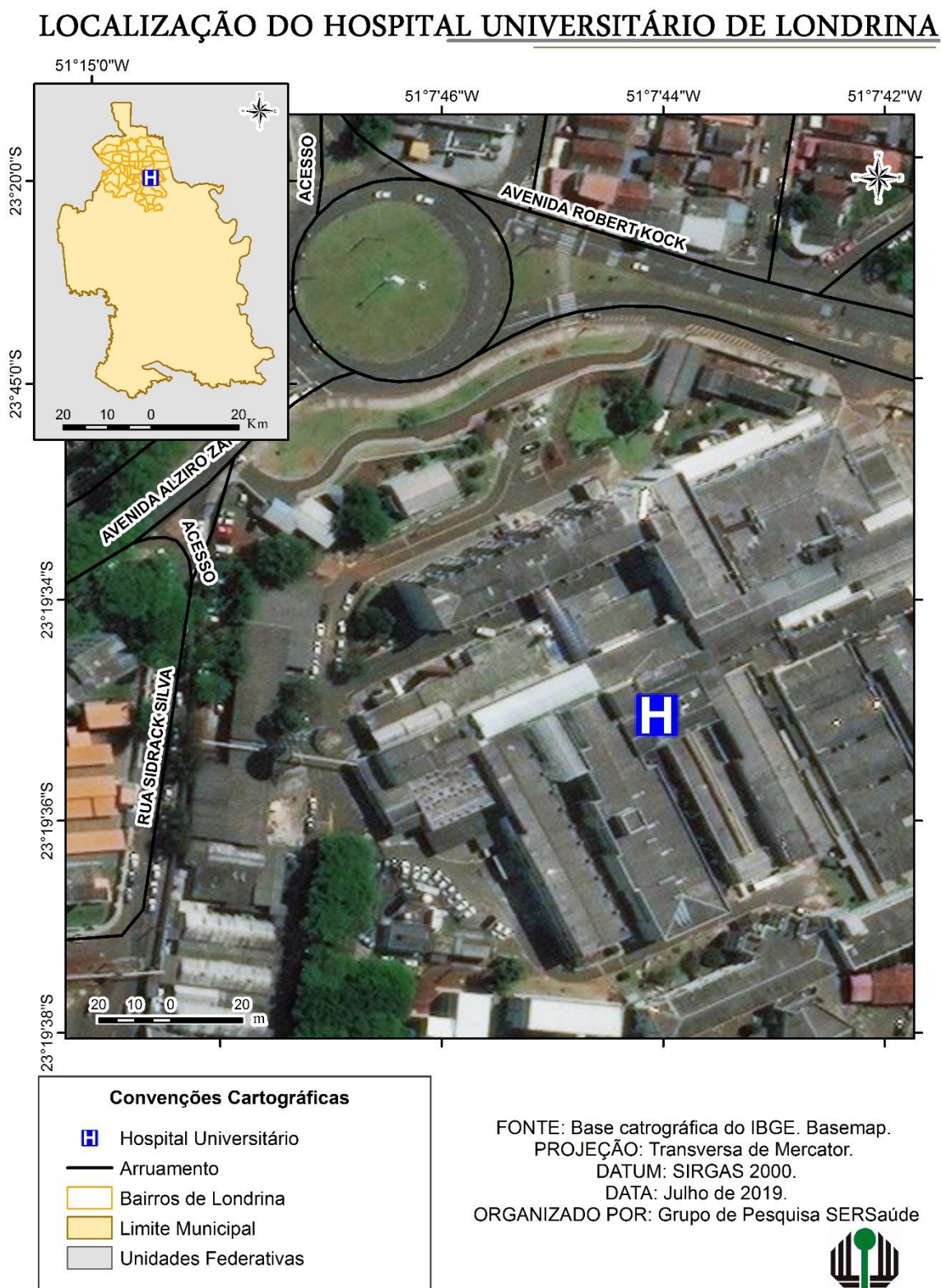
Carapinheiro (1991) em uma análise faz um recorte para o monopólio de poder que é exercido pela profissão médica, em detrimento às outras profissões da área de saúde, e como as práticas hospitalares convergem para atender o regime disciplinar do poder médico. A autora define o poder médico como um “poder técnico-científico” pela acumulação de saberes, competências e a legitimação social da profissão, que a permite tratar doentes, estudar as doenças e inovar em processos de diagnóstico e tratamento. Para ela o fato de este capital técnico científico ser apenas acumulado por médicos faz com que se transforme em um capital simbólico quando entra em contato com o saber banal do doente, traduzindo-se então em uma autoridade moral e social, muitas vezes indiscutível no campo da saúde.

3.3 HU UEL – HOSPITAL ESCOLA E A REFORMA FLEXNERIANA

O HU UEL é o principal hospital público de nível terciário da cidade de Londrina e da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. É credenciado ao SUS e também faz parte de várias redes de atenção em saúde. Além de estar inserido do sistema público de saúde, se diferencia dos outros hospitais da cidade e da regional por ser um hospital escola. Dentro da estruturada universidade, é o maior órgão suplementar, administrativamente é vinculado à reitoria e academicamente ao Centro de Ciências da Saúde.

É no ano de 1970 que a universidade assina um convênio com o Pronto Socorro Municipal, e no ano seguinte, em 1971 o mesmo é ativado como hospital universitário, em local cedido pela Sociedade Evangélica de Londrina, no centro da cidade. Em 1975, é transferido para as edificações do Sanatório Noel Nutels, na região oeste da cidade, onde permanece até hoje no mesmo endereço, conforme a representação cartográfica abaixo:

Figura 1 – Localização do Hospital Universitário de Londrina



Fonte: Elaborado pela própria autora, 2019

Dentro do SUS, onde atende exclusivamente, é o Centro de

Referência Regional, sendo o único hospital de grande porte do norte do Paraná. É referência no atendimento de alta complexidade em várias áreas, como nos atendimentos de urgência e emergência; de gestantes e recém-nascidos de alto risco; tratamento de queimados; transplantes de córneas e medula óssea; nas clínicas de ortopedia, cardiologia clínica e cirúrgica; neurocirurgia; tratamento de pacientes portadores de moléstias infecciosas.

A instituição do hospital-escola da UEL ocorre na mesma época em que o ensino universitário no Brasil era reformulado, em 1968, no governo da ditadura militar. A partir disso, o modelo de ensino da medicina no Brasil foi fundamentado no modelo flexneriano. Esse novo paradigma na educação médica brasileira, de acordo com Neves, Neves e Bitencourt (2005) prezou por uma grande especialização profissional, baseando-se até então em um modelo moderno de educação que priorizou o tecnicismo e o cientificismo biológico em detrimento de uma perspectiva humanizada.

Em 1910 Abraham Flexner publica o documento *“Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”*, mais conhecido como o relatório de Flexner, que de acordo com Pagliosa e Da Ros (2008) é considerado uma das mais importantes formulações sobre a reforma da educação médica e da medicina. Alvo de críticas contrárias e favoráveis, o fato é que este documento foi responsável por inúmeras mudanças na formação médica em muitos países. O relatório representa a consolidação do que se nomina por “medicina científica”, reivindicando, à época, o *status* científico do saber médico, que deveria necessariamente se afinar com as descobertas e avanços científicos.

A proposta consistia em uma reformulação dos cursos de medicina, com a implementação de um currículo de formação de duração de quatro anos, sendo os dois últimos exercidos dentro dos hospitais, onde o ciclo clínico de ensino deveria dar-se fundamentalmente nas instituições hospitalares, que se colocam como um local privilegiado de estudo e de transmissão de conhecimento.

Nas palavras do próprio Flexner: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença. Os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX.

Às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades. (PAGLIOSA E DA ROS, 2008 p.496)

Assim, alguns elementos estruturais passaram a organizar o processo de trabalho médico, sendo eles: o mecanicismo; o biologicismo; o individualismo; a especialização; a tecnificação do ato médico e a ênfase na medicina curativista (AGUIAR, 2003), que, dado ao já explicitado lugar privilegiado que ocupava a profissão, teve profundas reverberações em uma reorganização dos hospitais.

Estabelecendo relações entre a medicina científica e a indústria da saúde (doença), Aguiar (2003) afirma que às tendências ao uso massivo de tecnologia e da especialização médica presentes no relatório flexneriano permitiram uma impulsão à indústria de equipamentos médicos, medicamentos e insumos, criando assim um verdadeiro mercado voltado à assistência médica e para o lucro, que pode ser também chamado de “complexo médico-industrial”. Este mercado influenciou significativamente os hospitais, pois enquanto instituições fundamentais na formação acadêmica da profissão, foram pano de fundo e receptáculos do complexo.

Mas não é apenas no âmbito institucional que as mudanças foram ecoadas. A estreita relação entre a medicina e a indústria médica projetou a saúde como um bem a ser alcançado e mantido através do uso de procedimentos e medicamentos (AGUIAR, 2003).

No tempo presente, a estrutura hospitalar moderna é um campo fundamental para a produção e reprodução do saber na área da saúde, instituição que representa não apenas o poder médico, mas também que comporta as tecnologias mais avançadas em saúde, reunindo também uma maior complexificação dos conhecimentos especializados em saúde.

O HU, embora ofereça seus serviços exclusivamente ao SUS, se insere neste processo, sendo hospital escola não apenas do curso de medicina, mas de uma gama de profissionais em formação, em residências profissionais, especializações *lato-sensu*, campo para pesquisas de mestrado e doutorado. De fato, é a estrutura organizacional e hierárquica do sistema único de saúde brasileiro que garante a formação e especialização de diversos sujeitos, que também fazem uso deste território.

Além de se constituir como território “da” e “na” política de saúde, é território da educação e profissionalização de inúmeros sujeitos. Este elemento é

certamente relevante no cotidiano hospitalar: temos professores, estudantes, residentes de inúmeros cursos; profissionais que atuam no cuidado em saúde; profissionais da gestão; da manutenção; usuários e familiares. Todos esses sujeitos imprimindo, a partir da sua experiência única, usos distintos deste território.

Mais que isso, estão disputando não um poder unitário que delinea esse território, mas sim poderes existindo, coexistindo e entrando em conflito constantemente. Obviamente, esses usos são controlados e limitados, mediante à construção social das instituições hospitalares e, neste caso, às delimitações do SUS, da formação universitária e da própria universidade.

Catão (2011) ao analisar a estrutura hospitalar moderna alerta para a complexidade desta organização, destacando que é possível interpretar as suas instâncias burocráticas ao modelo weberiano do tipo ideal de instituição burocrática¹¹. Para ele, os estudos neste campo são bastante consolidados. Entretanto, embora o hospital possa ter algumas características que se assemelham ao tipo ideal de Weber, também se diferem muito deste modelo.

Para o autor, coexistem dois princípios de autoridade, um advindo da administração e burocratização do espaço hospitalar e outro que está relacionado ao corpo médico, que de acordo com Carapinheiro (1991) exercem um papel central nas relações de poderes dentro do hospital, que muitas vezes ultrapassa a própria hierarquia administrativa da instituição hospitalar.

De fato, os hospitais apresentam boa parte dos aspetos estruturais que caracterizam as instituições totais, como o isolamento do doente; o agrupamento físico dos enfermos; a regulação e programação da vida dos doentes, que os coloca sob constante vigilância, a partir de uma lógica centrada, à princípio, na doença e na cura. Para Catão (2011), isso se expressa no próprio processo de admissão hospitalar, que por meio de um conjunto de procedimentos reduzem os sujeitos à condição de paciente, ou de um corpo que porta uma doença e que deve submeter-se a lógica institucional e às relações de poder advindas não somente da organização hospitalar, mas também do poder que circula a profissão médica.

¹¹ O tipo ideal Weberiano pode ser considerado uma generalização da realidade social, cujo pelo qual é possível analisar diversos fatos reais à luz do modelo ideal, criando um modelo teórico analítico. Para Weber, o tipo ideal burocrático, ou seja, as instituições burocráticas são permeadas pela especialização das funções; formalismo e hierarquia de autoridade; sistema de normas e prevalência da impessoalidade. Nas instituições burocráticas o formalismo da burocracia é expresso na organização do trabalho e na hierarquia. (WEBER, 1982)

Entende-se que as transformações ocorridas ao longo da história na instituição hospitalar são demandadas pelo processo de transição da sociedade e da organização da vida social, bem como impulsionadas pelo processo de acirramento do próprio capitalismo. Não há como não estabelecer relação entre os modelos de saúde existentes e as instituições hospitalares, pois essas estão, ao mesmo tempo, ocupando um lugar de condicionamento, bem como são condição para a reprodução dos mesmos.

A partir desses apontamentos, a discussão segue do ponto de vista dos sentidos e significados deste território, pensando na produção do cuidado em saúde e o uso das tecnologias em saúde. Considerando o território hospitalar a partir das determinações e do contexto do SUS.

3.4 Os HOSPITAIS, CUIDADO EM SAÚDE E O DEBATE SOBRE O USO DAS TECNOLOGIAS

Atualmente, as definições, tanto as inscritas no aparato legal, quanto na ciência convergem para destacar o hospital enquanto instituição complexa. Do ponto de vista do SUS e conforme a portaria nº 3390/13 do Ministério da Saúde que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no Âmbito do Sistema Único os hospitais são assim definidos:

Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência ao usuário com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações em seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e de ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013 p.02)

Várias são as instituições em saúde que definem o conceito de hospital e seus objetivos. De acordo com a OMS, o hospital se caracteriza como

Todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Na prática essas instituições agregam uma série de funções que a caracterizam como as organizações mais complexas do setor Saúde. (BRASIL, 2011 p.6)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) o objetivo essencial das instituições hospitalares é o de atender os usuários da forma mais adequada, sendo o hospital considerado como “um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final” (BRASIL, 2002, p. 17).

Para MERHY e CECÍLIO (2003, p. 133)

Uma vez assumido que o hospital é ‘sistema’, podemos dizer que ele é também ‘estrutura’, ou, usando as indicações de Carapinheiro, tem uma reconhecível racionalidade (do tipo racional-legal) com seus mecanismos de autoridade, linhas de mando, regras escritas e formalizadas típicas das organizações que se aproximam da burocracia de tipo ideal weberiano. Mas, se o hospital é estrutura e, portanto, burocracia, ordem, e lugar de reprodução, ele é, também, lugar de forças instituintes, de marcantes graus de liberdade para a ação dos atores institucionais, de negociação e construção de complexas e fluidas redes de contratualidades, de conflitos, de configuração de coalizões e grupos de interesse e disputas e, por tudo isso, campo de possibilidades em que se propagam outros sentidos e direções.

Entendemos que todas essas convergências conceituais se relacionam pelo fato do hospital reunir os recursos mais especializados, as tecnologias mais densas, com alta especialização do componente vivo do trabalho, cuja a coordenação envolve um grande número de pessoas que garantam que o mesmo funcione 24 horas por dia, sete dias por semana, de segunda a segunda.

O hospital, portanto, opera suas atividades de forma contínua e ininterrupta, e ainda é um espaço produtor do cuidado em saúde, entendendo que a questão do cuidado vai além das complexas questões técnico-institucionais e científicas necessárias para garantir a oferta dos serviços *full time*, geralmente ligadas a um modelo biomédico de saúde.

Embora exista dentro do SUS um modelo de atenção definido, há um descompasso entre o cuidado em saúde e o modelo biomédico, pois pode prevalecer dentro das instituições hospitalares a organização da atenção em prol do modelo biomédico, em detrimento do cuidado em saúde. Esse privilégio orienta as práticas hospitalares e profissionais dentro do âmbito hospitalar e também delimita este território, podendo dar a ele uma perspectiva de não territorialização, principalmente para os usuários dos serviços hospitalares e seus familiares.

Essa foi uma questão observada dentro do HU Londrina. No caso desse território, essa é uma contradição presente no cotidiano, fato que foi observado por um dos sujeitos ao destacar que em geral prevalecia uma perspectiva biomédica

do processo saúde-doença.

Alguns profissionais a gente via que tinham mais sensibilidade em relação aos casos, que poderiam sentar e discutir mais a fundo, que valorizavam a nossa forma de ver. E de que em algum momento, víamos que tinham interesse maior em relação à questão dos estudos de caso. Sentavam lá e faziam mesmo uma avaliação técnica em relação àquela situação, de forma a humanizar o atendimento (SUJEITO A, 2018)

A humanização do cuidado, que será tratada mais adiante, dentro de um hospital público como o HU, deveria estar presente de forma evidenciada, considerando que é, dentro do SUS, uma diretriz de trabalho primordial. A fala do sujeito nos esclarece que esta, em modo geral, não foi a regra.

Por cuidado em saúde entende-se ser a prática do cuidado, ou ainda mesmo o cuidado em ato. Para Pinheiro (2008), o cuidado está diretamente relacionado a um modo de agir que é produto de um determinado modo de vida, delineado por aspectos políticos, históricos, sociais, culturais, que se traduzem em práticas e espaço e de ação de sujeitos para com outros sujeitos.

Ou seja, quando falamos em cuidado, ou o que se entende por cuidado em uma determinada sociedade devemos ter em mente que o mesmo é fruto do seu correspondente tempo histórico; ainda pode-se dizer que o ato de cuidar é um ato político e também de exercício de poder.

No bojo do cuidado em saúde, se insere justamente os processos de trabalho, uma vez que se faz necessário que o componente vivo do cuidado em saúde esteja atuando na perspectiva do cuidado, pois é por meio dele que se promove o cuidado aos usuários. A questão do poder fica clara na fala de Marcelo, relatando sua passagem pela UTI

Na UTI tinha uns enfermeiros que eram muito “furreco” (sic). Eles eram em 6 enfermeiros, de dia era bom. Agora de noite, eles faziam turnos que dormiam 3 e depois dormiam mais 3. Os 3 primeiros dormiam da meia-noite às 3 horas da manhã, depois os 3 primeiros acordavam e os outros 3 iam dormir das 3 horas às 6 da manhã. Isso eu achava errado, por que nós estávamos ruim para caramba e daí tinha pouco. Lá como tinha 12 leitos era um enfermeiro para cada dois pacientes. Daí quando alguém passava mal de noite, que estavam três dormindo, ficava corrido para eles. E às vezes você pedia alguma coisa para eles fazerem e aí eles ficam nervosos. Uma vez eu mesmo estava quase morrendo lá, que eu usava traqueo (traqueostomia), eu dei um sinal para o homem, e ele falou assim: “Eu não vou aspirar você agora não. Eu vou aspirar todo mundo, depois eu aspiro você”. Aquele dia eu achei que iria morrer. Eu falei: “Meus Deus, acho que agora eu vou morrer”. Mas daí depois ele foi lá e aspirou eu, deu tudo certo. Tem as pessoas boas que me acolhiam bem, mas tinha as pessoas ruins também. (SUJEITO B, 2018)

O cuidado em saúde envolve não apenas um nível de atenção, ou um procedimento técnico, é uma ação integral que tem significados. Pode-se afirmar então que esses significados dados através do ato de cuidar são também correspondentes a um determinado modelo de saúde, ou ainda a forma como a saúde é entendida em um determinado contexto. O modelo de saúde adotado, pode, portanto, influenciar diretamente na forma do cuidado e também na territorialização e uso do território.

A dimensão do cuidado comporta múltiplas territorialidades, pois é atravessada por fatores que lidam não apenas com o modelo de saúde, mas também no processo de trabalho, condições de trabalho, relações de poder e ingerências do mercado no ataque ao direito universal à saúde.

PINHEIRO (2008 p.112) coloca que

‘Cuidado em saúde é o tratar’, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento - em grande medida fruto de sua fragilidade social - , mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. O ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida.

O modelo biomédico, que tem orientado as práticas e o conjunto de profissões no campo da saúde, se apoia em meios diagnósticos para encontrar doenças, tratamentos, tecnificar o trabalho e se afastou da dimensão do cuidado, em que os usuários não necessitam apenas de diagnóstico e tratamento, mas sim acolhimento, escuta em suas demandas e necessidades.

O cuidado em saúde, portanto não deve se restringir a competências e tarefas técnicas, pois o cuidado em si pressupõe uma relação que extrapola o saber profissional e o uso das tecnologias em saúde, mas que coloca também o outro, seus saberes, desejos e necessidades em escuta e em consideração.

Este olhar sobre a dimensão relacional do cuidado envolve pensar a saúde pelo seu conceito ampliado, sendo a mesma, resultado dos determinantes sociais e indo além dos aportes biológicos.

Marcelo considera que o fato de ter sido internado no HU fez diferença entre viver ou morrer. De fato, sua internação mobilizou recursos técnicos e científicos

de alta complexidade. Entretanto, a questão do cuidado é um elemento fundamental na territorialização dos usuários. Ela influencia de fato no uso do território pelos pacientes.

Eu acho que a pessoa tinha que ser mais humana. Tem muita gente que trabalha não por amor, mas pelo dinheiro. Acaba sendo... a pessoa fala que não gosta, daí trabalha de mal jeito. Não trabalha por amor, trabalha por dinheiro. Eu acho que tinha que fazer uma entrevista com as pessoas que entram lá e ver as que realmente quer trabalhar. Porque as que não querem... Muitas vezes eu via as mulheres lá, eu ia no Hospital e precisava das coisas, mas as mulheres ficavam conversando, esperava passar, depois quando desse vontade nelas é que elas iam me atender, ver o que estava acontecendo. (SUJEITO B, 2018)

No ambiente hospitalar o cuidado integral em saúde pressupõe, conforme Cecílio e Merhy (2003) o esforço de uma abordagem completa, holística, de cada pessoa portadora de necessidades em saúde, que por um período determinado necessita de cuidados hospitalares. É pensar um modelo de cuidado que seja usuário-centrado, prevendo a responsabilização no cuidado ao usuário dos serviços, o entendo como portador de direitos, envolvendo também o hospital e os profissionais a serem resolutivos, responsivos, demandando não apenas os conhecimentos técnicos e científicos, os recursos e o uso das tecnologias, mas proporcionando acolhimento e vínculos (GUEDES E CASTRO, 2009).

O cuidado em saúde então, de acordo com Merhy (2002) se caracteriza também por ter, como já mencionado, um componente de poder, há então no ato de cuidar, o encontro entre o profissional de saúde e o usuário, um acontecimento de ordem micropolítica. Isto porque nesse encontro uma parte intervém na outra.

Entretanto, quando se trata de pensar o cuidado no espaço hospitalar, Cecílio e Merhy (2003 p. 02) destacam que o mesmo é multidisciplinar e que por isto a questão do exercício do poder não está apenas na relação que se estabelece entre usuários e profissionais de saúde, mas também está presente nos diversos mecanismos de poder que envolvem o cuidado em saúde.

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias

de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital.

O hospital é um espaço altamente profissionalizado, onde o componente vivo do trabalho comporta grande especialização, reunindo uma grande diversidade de profissionais que possuem não só uma formação acadêmica diferente, mas também ocupam uma posição hierárquica diferente no espaço ocupacional, e além disto, compreendem o processo saúde-doença de formas diferentes.

Pensando isso, o processo do cuidado dentro do âmbito hospitalar é delimitado não apenas pelo modelo de saúde, mas também pela posição e capacidade de exercer poder de um determinado profissional de saúde sobre outro.

Essa questão aparece nas falas dos sujeitos, sendo essa uma percepção comum aos dois:

Estamos dentro de uma dentro de uma Instituição de saúde, onde tem os profissionais da Medicina que estabelecem uma relação de poder sobre qualquer um outro ali. E hoje nossa sociedade tem uma valorização dessa profissão, sabemos que é uma das profissões mais antigas e tal. Mas que os doutores da Medicina, assim como os doutores do Direito, os doutores da Engenharia Civil são profissões historicamente valorizadas dentro do nosso país. Então dentro do hospital não ia ser diferente né! [...] . Até não entendíamos muito, porque o chefe do setor é sempre da enfermagem. Então era o enfermeiro que era o chefe das alas lá, da masculina e da feminina, eram sempre os diretores. Eram enfermeiros, mas quem que mandava mesmo em cada paciente, né?! (SUJEITO A, 2018)

Quem tem mais poder são os médicos. Porque as enfermeiras e os técnicos só fazem o que os médicos mandam. Se você precisa de um remédio para dor, para dormir, eles não te dão. “Só posso passar pra você o que está prescrito”. Acho que são os que tem mais poder lá, pois são eles que prescrevem tudo. (SUJEITO B, 2018)

Muitas vezes a decisão de uma determinada categoria profissional, como a da medicina, pode não considerar alguns aspectos da vida dos usuários do serviço de saúde e de suas famílias.

Mas isso não significa dizer que as outras profissões não exercem também poder, embora esse estava constantemente em disputa. As pressões em relação às altas hospitalares, por exemplo, eram movimentadas pela necessidade de

desocupar um leito para que outra pessoa pudesse ocupar, uma demanda colocada do ponto de vista gerencial. Entretanto, cuidado em saúde pressupõe um conjunto de intervenções que vão além do tratamento propriamente dito.

Neste sentido, se enxerga que muitas vezes, para realizar suas intervenções profissionais, os assistentes sociais, por exemplo, teriam que tencionar os campos de disputa, tencionar as relações de poder e até mesmo propor e quebrar essas relações, construindo novas. Mesmo que se mantivesse a noção de censo comum de que os médicos “mandam”, não raro, as intervenções de outros profissionais colocam isto em xeque. O sujeito “A” pontua isso como uma necessidade de provar constantemente a importância de uma determinada categoria profissional naquele território.

Carapinheiro (1991) considera o hospital uma organização moderna que ocupa um lugar no sistema de saúde que reflete à própria posição do sistema perante a sociedade. O hospital repercute e traduz as opções políticas, as orientações, as estruturas de poder e a relação de forças entre os grupos detentores de poder. Para ela, este ancora processos sócio históricos das diferentes profissões da área de saúde, entretanto é associado e simboliza o poder médico institucionalizado, sendo o hospital moderno o lugar histórico da prática médica hegemônica.

Quanto ao uso das tecnologias em saúde, o hospital também é o lugar onde se localiza, com maior densidade, o uso das tecnologias duras em saúde, sem, contudo, deixar de ser o lugar onde ocorre também o consumo das outras tecnologias. No momento atual, o hospital tem sido palco de grandes avanços tecnológicos e científicos, com o emprego de tecnologias cada vez mais sofisticadas. Entretanto, o cuidado em saúde não ocorre apenas no consumo e emprego do avanço tecnológico em forma de máquinas modernas e avançadas, mas ocorre sobretudo na questão relacional.

Por tecnologia, entendemos ser todo o conjunto de conhecimentos e ferramentas acumulados e aplicados em um determinado ramo de atividade, que se põem no processo de transformação da natureza. Na saúde, o uso das tecnologias não diz respeito apenas à máquinas e conhecimento, mas também de uma tecnologia relacional, que acontece mediante a interação entre o usuário e o profissional de saúde, e que se coloca enquanto importante componente do cuidado em saúde. (MOTA, NOVAES E SCHRAIBER, 2008)

Para além dos instrumentos e conhecimentos técnicos, há um outro lugar, lugar de relações que, conforme indicam Franco e Merhy (2003) se configuram como fator fundamental na produção do cuidado em saúde. Para eles, o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende o trabalho vivo em ato.

Dessa forma,

O trabalho em saúde, que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando a produção do cuidado [...] É um processo de produção que opera com altos graus de incerteza porque apesar de haver regularidades na produção social e biológica dos adoecimentos, agravos e desconfortos, existe também uma importante singularidade (que é também biológica, social, cultural) do usuário (os diagnósticos em saúde são aproximações, quase nenhum caso “é de livro”; as reações dos corpos às intervenções terapêuticas também são extremamente variadas, inclusive farmacologicamente falando). (FEUERWERKER, 2014 p. 39)

Mota, Novaes e Shcraiber (2008) apontam que no campo da saúde é possível observar uma tendência em reduzir a questão das tecnologias apenas em equipamentos, principalmente no que tange a equipamentos médicos. Desta forma, além dos equipamentos, devem ser considerados também as ações e conhecimentos que os colocam (os equipamentos e máquinas) em movimento: os saberes e os procedimentos. Desta forma, o emprego das tecnologias em saúde deve considerar os recursos materiais e imateriais dos processos de trabalho, sem, contudo, confundir essas duas dimensões.

Isto porque, conforme apontam Pires (1996) e Merhy (2002) embora o trabalho em saúde (e logo o processo de trabalho) se difira de outros trabalhos no setor de serviços, não deixa de ser influenciado pelas mudanças tecnológicas e dos modos de gestão dos processos de trabalho. Embora o setor de serviços não tenha características típicas do setor industrial, não deixa de sofrer as refrações das organizações produtivas hegemônicas, como por exemplo o taylorismo e o fordismo.

Os processos de reestruturação produtiva sempre estão acompanhados por uma transição tecnológica, mas Pires (1996) esclarece que embora ocorra a entrada de equipamentos e o adensamento das tecnologias remanescentes dos outros setores da economia, na saúde não se anulam momentos singulares do trabalho, insubstituíveis pela presença de equipamentos, como a dimensão típica do ato de cuidar.

Merhy (2002) analisa o emprego de tecnologias no processo de

trabalho na saúde, pensando não apenas nas refrações da reestruturação produtiva de outros setores, mas propõe uma análise que problematiza as tecnologias em três patamares: as tecnologias leves, as leve-duras e as duras. Neste sentido, apontam também a questão do trabalho vivo e do trabalho morto no processo.

Fazendo alusão às delimitações marxianas sobre o processo de trabalho, temos uma identificação do trabalho vivo e do trabalho morto, onde o trabalho vivo entraria no emprego das tecnologias leves e leve-duras. Trabalho vivo é o trabalho criador, o trabalho mesmo. O trabalho vivo, na perspectiva de Feurwerker e Merhy (2003) refere-se ao trabalho em ato, ao trabalho criador que possibilita a fabricação de um novo produto. Por trabalho morto se compreende todos os produtos-meios, como ferramentas e matérias primas, que são, na verdade, resultado de outros processos de trabalho.

As tecnologias em saúde então se 'dividem' em dois grupos: as tecnologias-saberes e as tecnologias-equipamentos. Os equipamentos são a expressão tecnológica do emprego dos saberes, ou, na definição de Merhy (2002), os equipamentos são concretamente a tecnologia dura, expressão das tecnologias leve-duras.

As tecnologias duras então são aquelas que já estão inscritas nas máquinas e equipamentos, levam esse nome pois já estão, a priori, programadas para resultar em um produto determinado. Por exemplo, uma máquina de raio-x (trabalho morto), que produzirá uma imagem a ser analisada por um profissional de saúde para a finalidade da produção do cuidado. Para que as tecnologias duras possam ser parte do processo de trabalho, por não possuírem razão instrumental em si, dependem da intencionalidade do trabalho vivo em ato. Ainda são consideradas tecnologias duras, de acordo com Merhy (2002) as normas e estruturas organizacionais.

Logo, para colocar em funcionamento os equipamentos, insumos, instrumentos materiais, o componente vivo do trabalho em saúde emprega as tecnologias leve-duras, ou ainda as tecnologias saberes. Esses saberes são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, os saberes técnicos profissionais.

Há ainda uma tecnologia relacional, a tecnologia leve, que diz respeito a construção de vínculos, acolhimento, a gestão como forma de governar os processos de trabalho. Essa questão determina que, um dos principais, se não o principal componente do processo de trabalho em saúde é seu fator relacional, pois a

finalidade, o produto final, que é a produção da saúde e do cuidado em saúde não ocorre sem o trabalho vivo e sua interação com o usuário desse produto.

Entende-se então que o uso do território, por parte dos profissionais da esfera do cuidado é permeado pelo movimento das tecnologias em saúde. A priori, o ambiente hospitalar é o lugar do uso massivo de tecnologias duras. Elas são necessárias à produção do cuidado, porém são limitadas. Um dos elementos que dá a o território hospitalar a condição de território é justamente o movimento estabelecido entre o aparato tecnológico, os profissionais e usuários.

O uso do território hospitalar está intimamente relacionado à forma como ocorre o emprego das tecnologias em saúde, sobretudo às leves.

Santos (2001) esclarece que o movimento dos fluxos depende dos fixos. Isso é, ao mesmo tempo em que o território comporta uma tecnosfera (tecnologias-duras) comporta também uma psicoesfera (tecnologias-leves). “Ao mesmo tempo que se instala uma tecnosfera dependente da ciência e da tecnologia, cria-se, paralelamente, e com as mesmas bases, uma psicofesfera” (Santos, 2001 p.256). É justamente a psicofesfera que comporta as ideias, crenças, paixões. Para o autor, é lugar da produção de um sentido diretamente relacionado à tecnosfera.

Entendemos que a psicoesfera no território hospitalar pode influenciar os sentidos dos usos de todos que se territorializam.

Na saúde, o consumidor do produto final do processo de cuidado se relaciona diretamente com o trabalhador e a qualidade deste produto final depende do estabelecimento desta relação. Por isso afirmação que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo.

O trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves como em uma dobra: de um lado, como um certo modo de governar organizações, de gerir processos, construindo seus objetos, recursos e intenções; de outro lado, como uma certa maneira de agir para a produção de bens/produtos; sendo uma das dimensões tecnológicas capturantes que dá a "cara" de um certo modelo de atenção [...] para compreender os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde, portanto, deve tomar-se como eixo analítico vital o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras [...] a tecnologia em saúde, dividida em tecnologia leve, leve-dura e dura, permite expor a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo pelo morto, e vice-versa, no interior dos distintos modelos technoassistenciais em saúde, e até mesmo a configuração tecnológica de um certo processo produtivo em saúde, um certo modo de produzir o cuidado; (MERHY, 2002, p 50)

Desta forma, os hospitais devem responder à função de atender às

condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas de saúde, e para tanto devem ter densidade tecnológica compatível com a função que exercem.

Além dessas questões, aos hospitais públicos, ainda se apresenta o desafio de lidar com a questão da saúde como direito universal, considerando não apenas o fator da produção do cuidado em saúde, as relações de poder e os interesses do mercado presentes, mas de garantir também a universalidade, a equidade e a qualidade no atendimento aos usuários do SUS. A efetivação da política de saúde global faz parte de um complexo jogo de interesses que não são apenas econômicos, mas também políticos e culturais (CECÍLIO E MERHY, 2003).

Lembrando que o dentro do SUS os hospitais ocupam um lugar determinado dentro do princípio da hierarquização, atendendo um nível de atenção específico e que deve atender a uma série de regras expressas em portarias e em outros aparatos jurídicos-estatais.

A partir das pontuações sobre o cuidado em saúde e o debate sobre o uso das tecnologias, a seguir serão localizados os hospitais no contexto do SUS, enquanto instituição que ocupa um lugar demarcado dentro da hierarquização do sistema de saúde e que tem fundamental papel na atenção terciária.

3.5 O TERRITÓRIO HOSPITALAR NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Entende-se o SUS como um sistema de serviços de saúde (PAIM, 2008) sendo este o fruto do movimento da reforma sanitária, (PAIM,2008; BRAVO,1996), movimento que é concebido como uma reforma social que articula mudanças não apenas no setor saúde, mas que tem o direito à saúde como a questão central e que alcançou amplo setores de sociedade e diversos movimentos sociais em prol desta luta.

Conforme aponta Paim (2008), a saúde no Brasil, durante o século XX era pautada em um modelo marcado pela dicotomia entre uma saúde pública parca e a assistência médico-hospitalar privada. De um lado as ações e campanhas sanitárias e de outro, uma medicina liberal, privada (através das empresas médicas), previdenciária e filantrópica.

O modelo de saúde adotado privilegiava a medicina previdenciária, que surgiu no Brasil na década de 1930, através da criação dos Institutos de

Aposentadorias e Pensões e que foram unificados no período de ditadura através do INPS, em 1966, mas que preservava o acesso à saúde como um direito estrito vinculado ao trabalho formal, e que foi um grande campo para o estabelecimento do mercado médico e o privilegiamento do setor privado, onde os problemas relacionados à saúde deveriam ser resolvidos pelo aparato tecnocrático, próprio da privatização. (BRAVO, 1996).

A ênfase estava em uma prática médica curativista, individualista e assistencialista, organizada através de um padrão hospitalocêntrico, onde o Estado brasileiro financiou hospitais privados, movimento este que estava em compatibilidade com o avanço do capitalismo e dos interesses do setor privado.

É então na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que surge a proposta de reestruturar o setor saúde em um sistema único que compreendesse a saúde como direito universal e dever do Estado. Após este importante marco, uma das conquistas do movimento sanitário foi a influência no processo da constituinte, no qual a saúde é deflagrada como direito universal na Constituição Federal de 1988, uma das maiores conquistas dos sanitários brasileiros.

Desta forma, o SUS é reconhecido como uma política pública construída pelos movimentos populares e sistematizado a partir das seguintes diretrizes (BRASIL, 1988) (PAIM, 2008): a) atendimento integral, com ênfase nas ações preventivas sem prejuízo das ações assistenciais; b) participação da comunidade; c) descentralização com direção única em cada esfera governamental.

Além de diretrizes o SUS conta também com princípios sendo estes de caráter doutrinários e organizativos (VASCONCELOS E PASCHE, 2006). São classificados doutrinários aqueles princípios que dizem respeito aos valores gerais que são defendidos no âmbito do SUS e que conferem legitimidade ao sistema, sendo eles: universalidade, equidade, integralidade e direito a informação. Os princípios organizativos expressam a forma como se organizarão, em todo o território nacional, os serviços e ações em saúde e que imprimem uma racionalidade ao sistema, sendo: regionalização, hierarquização, descentralização, integralização e o controle social.

Destaca-se os princípios da hierarquização e regionalização, que expressam que os serviços e ações em saúde devem ser organizados em crescentes níveis de complexidade (baixa, média e alta) e divididos em níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e que devem estar dispostos espacialmente em áreas delimitadas, que são organizadas especialmente a partir de critérios

epidemiológicos e da espacialização das situações de saúde. Esses princípios foram reafirmados no decreto nº7508 de 2011, decreto esse que além de regulamentar a LOS também dispõe sobre as regiões em saúde.

Para Quinellato (2009), a hierarquização como princípio do SUS foi pensada justamente para funcionar em uma lógica completamente contrária ao modelo hospitalocêntrico implantado no Brasil antes da Constituição Federal.

O modelo hospitalocêntrico referido está no centro de um modelo curativista de atenção à saúde, centrado na medicina previdenciária e que tinha nos hospitais, o centro de toda a atenção em saúde. Esse modelo correspondia justamente à medicalização da vida social brasileira no período ditatorial, que além de privilegiar o setor privado na oferta dos serviços, agudizava a questão saúde em todo o território nacional.

Bravo (1996) explica que a medicalização da vida social foi imposta tanto na saúde pública quanto na previdência social. Para ela, o setor saúde assumia características capitalistas com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior e que eram trazidas ao Brasil, na mesma proporção em que, no período de governo militar, as ações de atenção coletivas em saúde eram abandonadas. “Considera-se que a redução dos gastos em saúde pública foi uma decisão política e não se pautou por indicadores sociais; implantou-se um novo padrão de estrutura do setor saúde, cuja a ênfase era a medicina previdenciária.” (BRAVO, 1996 p.31)

Para a concretização deste modelo de saúde previdenciária o governo dos militares fez inúmeras concessões ao mercado, com o financiamento a hospitais privados e credenciamento para compra de serviços e convênios com empresas do ramo médico. A área da saúde era controlada por valores como o controle da força de trabalho e lucratividade.

A hierarquização e regionalização operam em uma lógica completamente contrária ao setor saúde anterior ao SUS, porque prevê que a saúde seja organizada em outra lógica e em outro modelo de atenção. Prevê a proximidade dos serviços de saúde com a população usuária, prevê serviços em níveis compatíveis com a complexidade dos agravos em saúde, com portas de entradas para o sistema de saúde definidas, além de prever a organização de redes de saúde, que garantem uma maior articulação entre os níveis de atendimento.

De acordo com Matta e Morosini (2008) a atenção primária no Brasil

incorpora os princípios da reforma sanitária e geralmente é a porta de entrada no SUS, atuando na perspectiva de pensar a prevenção à saúde, comportando as unidades básicas de saúde, serviços como Estratégia de Saúde da Família, Consultório de Rua, Programa Agentes Comunitários em Saúde, todos operando com a lógica da proximidade dos serviços aos usuários. Na atenção primária localizam-se os serviços de menor complexidade e com o emprego de tecnologias em saúde menos complexas. Este nível de atenção também organiza os fluxos dos demais serviços de saúde que compõem as redes de saúde, em todos os graus de complexidade.

Já a atenção secundária é constituída pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, sendo a densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. Os serviços ofertados neste nível de atenção comportam alguns atendimentos de urgência e emergência, serviços médicos especializados, apoio diagnóstico e terapêutico. As Unidades de Pronto Atendimento se localizam neste nível de atenção, bem como hospitais de clínicas básicas, hospitais gerias, consórcios intermunicipais de saúde.

Por fim, localizam-se os hospitais de alta-complexidade no nível terciário em saúde, que comporta a maior densidade tecnológica em saúde e que também é o nível de atenção com maior permeabilidade do mercado de serviços médicos. Na atenção terciária estão os serviços que designam o maior grau de especialização da força de trabalho bem como procedimentos de alta tecnologia e alto custo.

Com destaque a atenção terciária e aos serviços hospitalares no Brasil elenca-se uma reflexão sobre a instituição hospitalar, localizada nos marcos do sistema único de saúde.

Todas essas orientações, princípios e diretrizes estão expressos nos principais marcos legais do SUS, que compreendem os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1998; a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90); a Lei que Regulamenta a Participação da Comunidade na Gestão do SUS (Lei 8142 /90); O Decreto nº 7508 /11 que regulamenta a Lei 8080/90 e dispõe sobre a organização do SUS em regiões de saúde e ainda a portaria nº399 /06 do Ministério da Saúde, que divulga o Pacto Pela Saúde, que consiste em um conjunto de reformas pactuadas entre os entes federados para promoção de melhorias na gestão e oferta de serviços.

No que se refere aos componentes do SUS, partimos das reflexões de Paim (2008), na qual indica que os componentes fundamentais do SUS se referem

ao financiamento; gestão; organização; infraestrutura e modelo de atenção. Para esta pesquisa, daremos destaque à infraestrutura do SUS para melhor localizarmos o lugar que os hospitais ocupam no Sistema Único de Saúde.

Nos dados apresentados por Paim (2008) é defendido que a infraestrutura do SUS é ainda considerada insuficiente, no que se refere aos estabelecimentos, serviços, equipamentos e de pessoal em saúde, principalmente nas regiões do Norte e do Nordeste brasileiro, considerando um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais.

Um exemplo que corrobora com esta afirmação é quando comparamos o número de profissionais de medicina do último levantamento da demografia médica no Brasil. De acordo com Scheffer (2018) os dados de janeiro de 2018 apontam o país contava com 452.801 médicos em todo o território nacional, sendo a média brasileira de 2,18 médicos para cada mil habitantes.

O documento mostra que há uma desigualdade na distribuição de médicos pelo território nacional. Apesar de a média nacional ser de 2,18 por 1000, existem capitais e centros urbanos brasileiros cuja a concentração chega a ser de 12 médicos por mil, como por exemplo Vitória, no Espírito Santo (SCHEFFER, 2018).

O Sudeste, mantendo a tendência das análises anteriores, é a região brasileira com a maior concentração de médicos, que atualmente é de 2,81, contra 1,16 no Norte e 1,41 no Nordeste. Alguns dos Estados chegam a ter a proporção de menos de um médico para cada mil habitantes, como é o caso de Rondônia, Acre, Roraima, Amapá, Tocantins, Piauí e Sergipe (SCHEFFER, 2018).

Quando se compara as porcentagens de médicos e de população por região (ou estado) com os números do conjunto do País, as desigualdades são mais visíveis. Por exemplo, na região Sudeste, onde moram 41,9% dos brasileiros, estão 54,1% dos médicos, ou mais da metade dos profissionais de todo o País. Na região Norte ocorre o oposto: ali moram 8,6% da população brasileira e estão 4,6% dos médicos. No Nordeste vivem 27,6% dos habitantes do País – mais de 1/4 de toda a população – e ali estão 17,8% do conjunto de médicos. (SCHEFFER, 2018 p.45).

Já no que se refere aos serviços hospitalares, em 2002 o Brasil contava, de acordo com Paim (2008), com 7.397 hospitais, sendo 4.809 instituições privadas e 2.588 instituições públicas, demonstrando o perfil de privatização dos serviços de atenção terciária, sendo apenas 31% dos leitos hospitalares pertencentes ao setor público. Para Paim (2008), há uma extrema dependência do SUS em relação

ao setor privado, pois a grande maioria dos leitos hospitalares são ofertados pelo mercado, a preços altos, tornando o Estado refém da iniciativa privada, e enfraquecendo a garantia de uma política que cuide da saúde de todos, individual e coletivamente.

Sendo o HU UEL um hospital 100% público, o mesmo talvez não esteja inserido diretamente nesta lógica da dependência do setor privado, mas certamente vivencia os reflexos da disputa do mercado pelo setor saúde.

Assim, o território hospitalar se delimita a partir de um contexto global e local, onde o direito à saúde e o SUS sofrem um constante ataque. A consequência desse campo de disputas condiciona o uso do território e as territorialidades. Em uma fala, analisando esse contexto, o sujeito A trata sobre isso:

Essa Saúde Pública não chega nem a concorrer, mas ela coexiste com a Saúde Privada, que é uma indústria. A Indústria Farmacêutica, a Indústria de Saúde no país. Ela tem um item na Constituição que permite a complementaridade dessa Saúde Privada. Então temos essa questão para questionar: “se existe um Mercado para isso, para quem que essa Saúde será de qualidade?”. Não existe sentido! Estamos coerentes com o sistema que a gente vive. A coexistência da Saúde Pública com a Complementar - entre aspas: “Privada”- ela é um elemento que temos que considerar. Ela é um problema que é coerente com esse sistema que vivemos. Tudo que passamos dentro do Hospital público, que enxergamos com os olhos- depois quando trabalhamos lá dentro e vemos- é consequência desse tipo de relação. (SUJEITO A, 2018).

A falta de investimentos em infraestrutura reflete o descompasso da política de saúde em considerar as diferenças geográficas, as mudanças demográficas, o acirramento da urbanização e os novos perfis epidemiológicos. Neste sentido também os usuários têm “pago altas taxas de maus tratos e desumanização nos serviços de saúde, estatais e privados” (PAIM, 2008 p.100), indicando a necessidade de melhorias no financiamento, gestão, infraestrutura e organização dos serviços, para assim assegurar o direito à saúde de forma integral.

Se tratando da atenção terciária e hospitalar, visto que este nível de atenção em saúde inclui a realização de procedimentos e tratamentos de alto custo, o privilegiamento do setor privado é uma característica marcante e que demonstra a forma como este nível de atenção em saúde pode ser uma atividade bastante lucrativa para a indústria médica e hospitalar, cuja a fonte de financiamento provém dos recursos da política de saúde brasileira.

Em estudo mais recente, Paim *et al* (2011) demonstram que na atenção terciária em saúde os procedimentos são realizados predominantemente por prestadores de serviços privados contratados e hospitais públicos de ensino, que são pagos com recursos públicos e que operam com valores próximos ao do mercado. Os dados apresentados por eles indicam que no ano de 2011 o Brasil possuía 6.384 hospitais, sendo que 69,1% dessas instituições eram provenientes do setor privado. Sobre a oferta de leitos hospitalares, os leitos ofertados pelo poder público representam pouco mais de 35%, e o restante fica a cargo dos serviços contratados e conveniados.

A Confederação Nacional de Saúde¹² aponta que atualmente existe no Brasil pouco mais de 400.000 mil leitos hospitalares, sendo que deste montante, 301.461 são leitos do SUS.

As tabelas abaixo nos indicam a distribuição desigual dos leitos hospitalares pelo Brasil, números que indicam as diferenças de quantidade de leitos por região, principalmente na região norte do Brasil. Os valores de referência das tabelas são de agosto de 2018.

Embora a grande maioria dos leitos hospitalares sejam leitos do SUS, o poder público é responsável por ofertar apenas 30% deste total, sendo que os municípios são responsáveis por 21%, os Estados 8% e a União 1%.

Tabela 01 – Quantidade de Leitos Hospitalares no Brasil

Região	Quantidade existente
TOTAL	437.529
1 Região Norte	31.975
2 Região Nordeste	115.704
3 Região Sudeste	179.549
4 Região Sul	73.002
5 Região Centro-Oeste	37.299

Fonte: MS/CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (2018). Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>

¹² Dados disponibilizados no endereço eletrônico da instituição: <http://www.cnsaude.org.br>

Tabela 02 – Quantidade de Leitos Hospitalares do SUS

Região	Quantidade SUS
TOTAL	301.467
1 Região Norte	24.716
2 Região Nordeste	92.426
3 Região Sudeste	109.367
4 Região Sul	50.918
5 Região Centro-Oeste	24.040

Fonte: MS/CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (2018). Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>

Tabela 03 – Quantidade de Leitos Hospitalares não SUS

Região	Quantidade Não SUS
TOTAL	136.062
1 Região Norte	7.259
2 Região Nordeste	23.278
3 Região Sudeste	70.182
4 Região Sul	22.084
5 Região Centro-Oeste	13.259

Fonte: MS/CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (2018). Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>

Os dados apresentados por Paim *et al* (2011, p.26) também indicam esta direção ao apontarem que os municípios controlam quase um quarto dos hospitais públicos do país, e isso tem um impacto na oferta, pois

Após a descentralização, foram criados vários novos hospitais, com uma média de 35 leitos cada. Como resultado, cerca de 60% dos hospitais possuem 50 leitos ou menos. Esses hospitais novos e de menor dimensão – sobretudo municipais e privados com fins lucrativos – tendem a ser menos efetivos e eficientes que os hospitais maiores. (PAIM *et al* 2011 p. 26)

Para os autores, os desafios da assistência hospitalar no Brasil incluem o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da segurança dos pacientes, o acesso dos mesmo a cuidados abrangentes e a relação com os outros níveis de atenção, principalmente a atenção básica.

No que se refere aos outros níveis de atenção, primária e secundária, a oferta dos serviços pelo setor privado diminuiu drasticamente, principalmente na atenção básica, cuja as unidades são basicamente públicas, bem como as unidades

de emergência (UPA). Esta diferença da presença do mercado está justamente na questão dos lucros que podem ser obtidos da doença x saúde. Promover a saúde de forma integral é um investimento cujo o retorno não está relacionado ao lucro direto, mas sim em melhoria de qualidade de vida da população. Basicamente, o modelo dos determinantes sociais em saúde proposto na 8ª Conferência de Saúde não é lucrativo para o mercado, pois em teoria visa justamente evitar a doença.

A chamada “indústria da doença”, conforme já exposto, engloba o modelo médico hegemônico, o complexo médico-industrial cujo modelo de saúde não prevê evitar a doença, e sim trata-la sob as leis que regem o mercado e que orientam a lucratividade. Entram neste jogo os planos de saúde privados, a indústria farmacêutica, laboratórios, e empresas médicas de variados segmentos. Farias (2016) esclarece em matéria jornalística, se baseando em dados do IBGE, que em 2015 o setor privado da saúde foi o único que não teve queda em seus rendimentos, e pelo contrário, cresceu 3% referente ao ano anterior. “Os números da administradora de planos de saúde Qualicorp são claros: a empresa obteve lucro de R\$ 61,4 milhões só no último trimestre de 2015, apresentando um avanço de 224% em relação ao mesmo período de 2014.” (FARIAS, 2016 p.01)

Não obstante, ainda existe a questão da dupla porta de entrada dos serviços hospitalares, fenômeno discricionário praticado em estabelecimentos hospitalares universitários, filantrópicos e os controlados por OSs e OSCIPs que estão credenciados aos SUS, ofertando serviços públicos, mas que também atendem clientes particulares e usuários dos planos de saúde.

Para o usuário do SUS, o pior serviço, para os clientes da indústria da doença atendimentos melhores e mais ágeis. Utilizando-se da estrutura mantida pelo SUS, os estabelecimentos ofertam serviços médico-assistenciais de melhor qualidade aos pagantes.

Considera-se essa prática um ataque direto ao SUS, pois essas instituições hospitalares são mantidas com o aporte orçamentário da saúde pública e se utilizam dessa estrutura para ofertar serviços privados. Como por exemplo no Estado de São Paulo, em 2011, o então governo lançou decreto estadual que permitia a disponibilização de 25% dos leitos de hospitais públicos estaduais, que eram geridos por organizações sociais, para atendimentos particulares e de planos de saúde. O então decreto estadual, de nº 57.108/2011 foi suspenso por liminar na justiça, ação promovida pelo Ministério Público do Estado de São Paulo e alvo da resolução

nº445/2011 do Conselho Nacional de Saúde, posicionando-se contrário à prática pretendida no decreto.

De acordo com Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), os interesses do mercado circundam a saúde desde antes da Constituição Federal de 1988, pois sempre esteve em jogo a disputa de projetos distintos e antagônicos sobre o setor saúde. O movimento de retrocessos e ataques à política de saúde não nasceram agora, no atual governo de Michel Temer, estão postas há muito, com destaque a contrarreforma brasileira apontada por Behring (2008).

Entretanto, os anos de 2017 e 2018, sob a gestão do governo ilegítimo de Temer, a saúde vem sendo novamente atacada e entregue aos interesses do mercado. Os autores destacam três documentos organizados pelo PMDB que apresentam as principais propostas do partido: “Agenda Brasil”, “Uma Ponte para o Futuro” e “Travessia Social”. Expresso nessas propostas estão, alguns pontos voltados ao SUS, sob o argumento do ajuste fiscal, a ideia de desonerar o Estado brasileiro na oferta de uma saúde pública e universal.

A argumentação é centrada ideia da necessidade de redução do sistema de saúde, pautando como o principal problema do SUS a má gestão, propondo então política focalizada em uma parcela mais pobre que não teria como arcar com os custos de planos de saúde, aumentando assim a cobertura dos planos. Com o nome de “Plano de Saúde Acessível”

Além disto, orquestrando o acirramento da contrarreforma, temos o congelamento do orçamento público com as políticas sociais por vinte anos, que foi implementada através da PEC 95/2016, o que estimula a privatização não clássica, ou indireta da saúde. Só na pasta da saúde, conforme apontam Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) a estimativa é de uma perda estimada em R\$ 654 bilhões de reais nesse período de 20 anos.

Mediante isto, sabemos que o a lógica privada orienta a oferta dos serviços privados conveniados ao SUS, que embora se submetam às especificações do Estado para participarem da política pública de saúde, são regidos pelas orientações do mercado, e sob essa lógica o modelo do cuidado em saúde é constantemente ameaçado pela privatização do SUS, movimento em curso. A próxima seção, ao destacar a distribuição espacial dos serviços hospitalares também destaca a permeabilidade do mercado na atenção terciária em saúde.

3.6 A DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS SERVIÇO HOSPITALARES

De início, podemos destacar que a concentração dos hospitais acompanha os índices da densidade demográfica do Brasil, cujo a maior concentração de pessoas encontra-se nos Estados e municípios próximos das regiões litorâneas, onde também estão localizados os grandes centros urbanos e as maiores cidades do país.

Observa-se nos mapas que quanto mais se está no interior, menor é o número de concentração de pessoas por km² e também diminui a quantidade de hospitais, conforme observamos nas cartas abaixo:

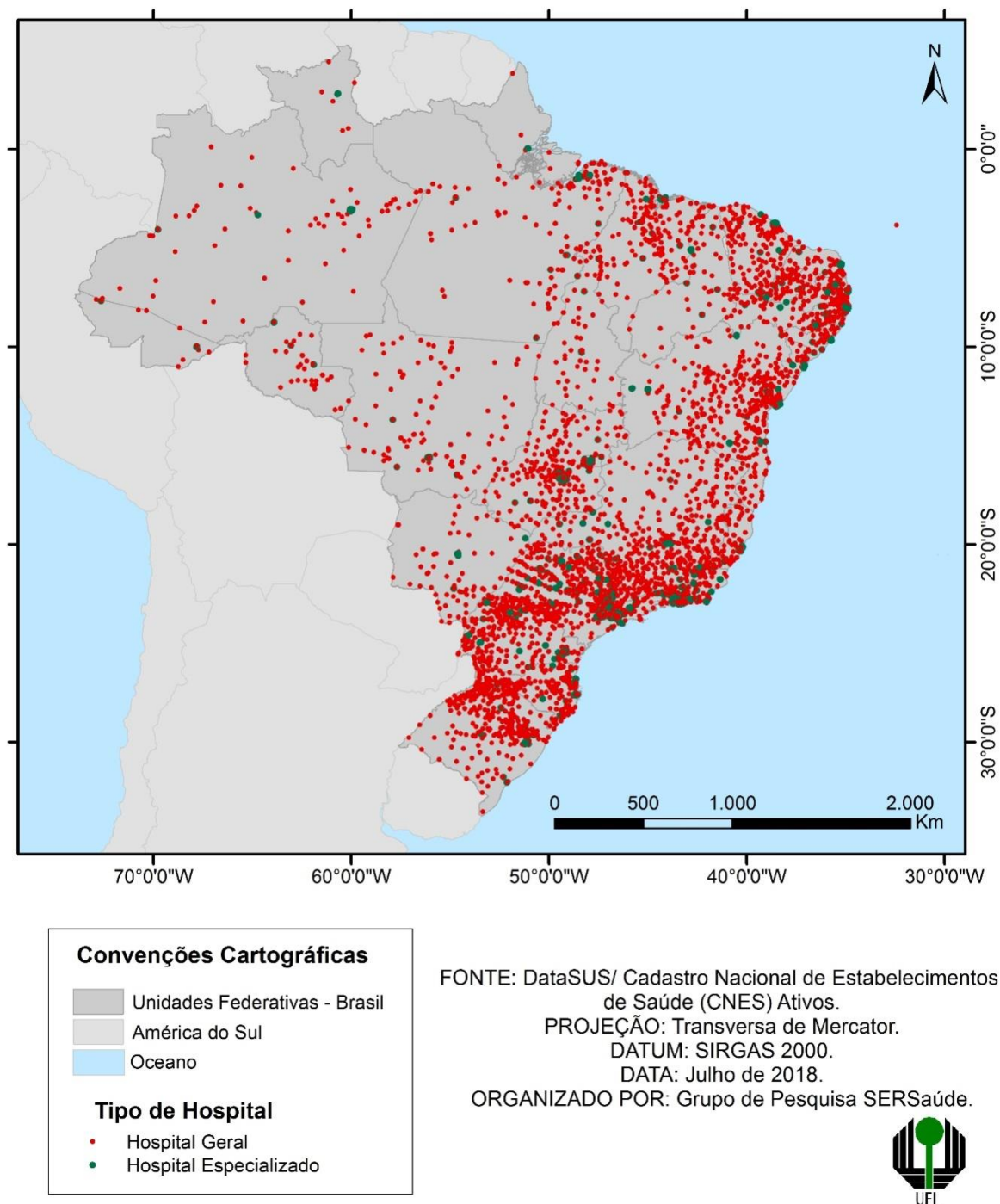
Figura 2 – Densidade Demográfica do Brasil em 2010



Fonte: IBGE (2018) Censo Demográfico de 2010. Disponível em <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/territorio/densidade-demografica.html>

Figura 3 – Localização dos Hospitais no Brasil

LOCALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS NO BRASIL



Fonte: Elaborado pela própria autora, 2018.

Santos e Silveira (2001) explicam que uma das principais

características do Brasil é ser um país de uma grande extensão territorial, cujo as conquistas da terra, ainda no período de domínio português, ocorreram no sentido do litoral para o interior e se estabilizam durante o século XX. O que orientou este movimento, conforme indicam os autores foram os ciclos econômicos experimentados pelo Brasil e que conseqüentemente culminam no privilegiamento de algumas áreas em detrimento de outras.

Em consequência desse movimento desigual de territorialização do território brasileiro, temos áreas altamente desenvolvidas, que dispõem de um grande acúmulo histórico, com a presença de rugosidades e também de um processo mais acelerado do meio do meio técnico-científico-informacional, influenciado e orientado sobretudo pela crescente internacionalização do capital mundial e pelos organismos financeiros internacionais.

Sobre o meio técnico-científico-informacional entende-se, a partir das reflexões de Santos (2001) que o mesmo se inicia no período após a 2ª Guerra Mundial, entretanto acirra-se a partir da década de 1970, onde começa a ter mais presença também nos países periféricos.

O meio técnico-científico-informacional, na obra de Santos (2001), corresponde ao período atual na qual a humanidade encontra-se no que diz respeito à sua relação com a natureza e a transformação da mesma- em âmbito global e conseqüentemente da produção do espaço e do uso do território, tendo inicialmente a introdução da técnica, que diz respeito à emergência do espaço mecanizado com a introdução dos objetos e sistemas e a valorização do meio técnico perante os objetos culturais. Este fenômeno era limitado, pois eram poucos os países e regiões em que o progresso técnico poderia instalar-se, concentrando-se principalmente nos países da Europa ocidental.

O meio técnico científico marca então a profunda relação entre ciência e técnica, interação essa que ocorre sobre a égide do mercado, que graças à ciência e à técnica, combinadas, transforma-se em um mercado global. Com a incorporação da informação, toda técnica, além da técnica em si, é informação. “A ciência e a tecnologia, junto com a informação estão na base da produção, da utilização e do funcionamento do espaço e tendem a constituir o seu substrato” (SANTOS, 2001 p.238). Pode-se falar de uma cientifização e de uma tecnicização da paisagem, cujo a informação é o vetor principal e fundamental do processo social e do território.

A princípio eram apenas as grandes cidades tidas como portadoras

das técnicas, mas este processo também se interiorizou, e seguindo a expressão de Santos (2001, p. 239) “o meio técnico-científico-informacional é a aparência geográfica da globalização”. A informação e as finanças passam a ser questões importantes e fundamentais para a vida cotidiana. Santos e Silveira (2001) afirmam que desse ponto de vista, podem se distinguir lugares, ou áreas onde a informação e as finanças têm maior ou menor influência, ou ainda, onde o mercado tem mais poder e está mais presente.

No caso da concentração dos hospitais nos grandes centros, ainda que aparentemente obedeça a regra simples de maior densidade populacional e conseqüentemente maior oferta de serviços, está também e principalmente relacionado à forma como cada região e território estabelece com a ordem global do mercado, e também dos organismos internacionais, como por exemplo as orientações do Banco Mundial para a saúde brasileira¹³, que evidenciam a relação de permeabilidade do mercado em determinados pontos do globo. A maior ou menor presença de serviços de saúde também corresponde ao quanto um território pode não apenas consumir, mas também do quanto o mercado pode se inserir, conquistar e comandar territórios.

Isto tem impacto na espacialização e oferta de leitos hospitalares, visto que a grande maioria é ofertada pelo mercado, ainda que os leitos sejam para o SUS, combinando assim não apenas demanda x oferta, mas também o poder do mercado, os espaços que mandam e os espaços que obedecem. Santos e Silveira (2001) denominam de “espaços luminosos” aqueles que mais acumularam densidades técnicas e informacionais, ficando assim mais aptos a atrair atividades mais capitalizadas, com maior tecnologia e maior informação e circulação de informação. Assim os espaços onde essas características não se encontram, ou são parcas, seriam os lugares opacos.

As reflexões acima reforçam a ideia do hospital enquanto instituição noção está que descrita pelos documentos oficiais que normatizam a atenção

¹³ Relatório chamado “Um Ajuste Justo”, lançado pelo Banco Mundial em novembro de 2017, que prevê uma série de recomendações para os gastos públicos da saúde brasileira. O relatório está disponível através do link <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised-1.pdf>. A ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) lançou uma interessante análise sobre o documento, que pode ser encontrada no link <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/saude-publica-continua-na-mira-do-austero-banco-mundial-por-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/32393/>.

hospitalar no Brasil. Os hospitais então são situados como instituição detentora de algumas dimensões que se interpõem e se articulam, sendo elas: financeira, política, organizacional, assistencial, dimensão de ensino e pesquisa e ainda uma dimensão social. Essa classificação das dimensões do conjunto hospitalar está expressa no documento do Ministério da Saúde - HumanizaSUS que versa sobre a atenção hospitalar e a necessidade de se pensar o papel dos hospitais na rede de atenção em saúde com vistas a redefinição das ações da rede hospitalar no Brasil, uma vez que os hospitais não se constituem instituições à parte dos outros serviços de saúde e outros níveis de atenção. (BRASIL, 2011).

Dando ênfase na dimensão assistencial, a mesma se relaciona ao modo pelo qual o hospital organiza e disponibilizada a tecnologia do trabalho desenvolvido no âmbito hospitalar, o que

Põe em questão o modelo clínico e seus desdobramentos na moderna medicina tecnológica, espaço de fragmentação do objeto de trabalho (doença e doentes) e divisão técnica do trabalho médico em especialidades e subespecialidades. O desafio é resgatar a integralidade do cuidado ao indivíduo, promovendo a rearticulação do trabalho parcelado, ao tempo em que se promove a humanização do cuidado, em verdade uma requalificação das relações entre equipe de saúde e usuários do sistema, com base em valores como respeito às singularidades e defesa dos direitos dos usuários. (BRASIL, 2011 p.12)

Os hospitais também estão inseridos nas redes de atenção em saúde, as RAS, estabelecidas por diretrizes colocadas pela portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. As RASs se constituem em arranjos organizativos dos serviços e das ações no âmbito do SUS, abarcando as diferentes densidades tecnológicas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão que buscam garantir a integralidade no cuidado em saúde. O sentido de implementação das RASs é a de melhorar a qualidade e eficiência da gestão do SUS nos territórios regionais, sendo a implementação da RAS a estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e também aperfeiçoar o funcionamento do SUS.

As Redes de Atenção estruturam-se também para enfrentar uma condição de saúde específica por meio de um ciclo completo de atendimento, visando garantir desta forma a integralidade do cuidado em saúde, pensando em um sistema cooperado de atenção que estabelece fluxos de referência e contra referência dos serviços de saúde e os níveis de atenção (MENDES, 2011).

Para isto, elas são compostas por pontos de atenção, como por

exemplo: os domicílios, unidades básicas de saúde, unidades ambulatoriais especializadas, centros de apoio psicossocial, residências terapêuticas e demais serviços. O hospital, por sua vez pode abrigar distintos pontos da RAS em uma mesma instituição, como: ambulatório de pronto atendimento, unidade de cirurgia ambulatorial, centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia entre outros. Os serviços de atenção terciária em saúde, na qual estão localizados os hospitais, se diferenciam dos outros pontos das redes de atenção justamente pelas suas densidades tecnológicas e pela capacidade de atender à mais de um ponto de atenção e a mais de uma rede de atenção em saúde.

Os hospitais no âmbito do SUS se constituem como um conjunto de pontos de atenção, cujo a missão e os perfis assistenciais devem ser definidos de acordo com o perfil demográfico e epidemiológico da população, levando em consideração o desenho da RAS em âmbito regional, vinculado a uma determinada população com uma base territorial definida. (BRASIL, 2013). Enquanto integrantes das redes de atenção, os mesmos atuarão de forma articulada a outros níveis de atenção, com destaque para a atenção básica que tem a função de coordenar o cuidado e ordenar as redes de atenção. Além da assistência, os hospitais constituem-se como espaços de educação, formação do componente vivo do trabalho, pesquisas e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS.

Para Mendes (2011), os hospitais que operam como integrantes de alguma rede de atenção desempenham funções diferentes em relação aos hospitais inseridos nos sistemas fragmentários de atenção em saúde, isto ocorre, esclarece o autor, porque as RASs são centradas na poliarquia, o que é incompatível com o hospitalocentrismo que marca os sistemas fragmentados.

O fato de um hospital compor diversas redes de atenção faz com que ele seja complexo, tanto no que se refere ao uso das tecnologias dura, tanto alta especialização do componente vivo do trabalho em saúde e também pelas questões políticas dentro das redes e regiões.

Quando se pensamos nas RASs, não podemos excluir a noção de regiões em saúde, estabelecidas pelo decreto nº7508 de 2011 que define região em saúde como

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com

a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b p.1)

Nesta perspectiva organizacional e racional de pensar as regiões em saúde como estratégia para estabelecer tanto uma porta de entrada preferencial para o SUS, sendo esta a atenção primária, também se pensa na espacialização dos serviços e estabelecimento de fluxos de continuidade para que as redes em saúde possam ter funcionalidade.

A lógica das regiões em saúde visa garantir acesso e resolutividade aos agravos em saúde, pensando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, organizados em redes de atenção.

Portanto, podemos entender um único hospital como um ponto de nó de várias redes de atenção em saúde, que além de ser aporte na dimensão da atenção terciária em saúde, também está constantemente recebendo usuários de outros municípios, para atender a questão da regionalização dos serviços de saúde.

Na próxima seção, discutimos a humanização em saúde no contexto dos hospitais, pois entendemos que a partir da mesma existe a possibilidade de superação de ações desumanizadoras em decorrência das relações de poder que são presentes neste território, entendendo a humanização como aspecto importante para a territorialização dos usuários e suas famílias.

3.7 OS HOSPITAIS E A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

A humanização em saúde se coloca como um conceito que é utilizado com a perspectiva de propor uma transformação nos modelos de atenção e gestão salientando a necessidade de estabelecer uma nova relação entre usuários e trabalhadores da saúde. Embora o SUS tenha se colocado como política pública universal a partir da Constituição Federal de 1988, muitos arranjos foram pensados desde a promulgação, no sentido de fortalecer a saúde e lutar contra a fragmentação histórica no setor saúde em relação aos níveis de atenção, fragmentação dos processos de trabalho, fragmentação das redes, a questão do acesso dos usuários aos serviços, a questão relacional dos profissionais e dos usuários e as condições de trabalho dos trabalhadores, e a necessidade de se pensar em estratégias a fim de superar algumas questões são abordadas através do viés da humanização do

cuidado.

Atualmente o SUS conta com uma Política Nacional de Humanização, denominada HumanizaSUS, que foi iniciada em 2003 com a perspectiva de colocar em prática os princípios que orientam a saúde pública brasileira em todos os níveis de atenção em saúde, visando principalmente o cuidado em saúde e a qualificação desse cuidado. A demanda por pensar a humanização na saúde pública é fruto da XI Conferência Nacional de Saúde de 2000, cujo um dos temas era justamente essa pauta. Entre os anos de 2000 e 2002 foi executado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, que mais tarde se desdobrou em uma política voltada para todos os níveis de atenção.

É válido destacar que antes de ser instituída uma política nacional, várias ações e programas foram pensados e executados colocando em pauta a questão da humanização, conforme apontam Bevenides e Passos (2005a), sendo muitas dessas voltadas principalmente à atenção terciária e ao âmbito hospitalar, lugar onde, aparentemente a questão da humanização se colocava de forma mais latente, cobrada principalmente pelos usuários do SUS, conforme os autores indicaram.

Dessa forma, a PNH está diretamente relacionada ao processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em saúde. Visando minimizar as ações desumanizadas pela tecnocracia e, muitas vezes, pelo privilegiamento das tecnologias duras em saúde em detrimento das outras, visa propor uma articulação entre gestores, profissionais e usuários, na tentativa de estimular novas forma de cuidar bem como de organizar o trabalho em saúde.

A humanização na saúde então se volta para a construção de práticas comprometidas com a produção da saúde, o que envolve também mudanças nos sujeitos que constroem essas práticas. (PEREIRA E BARROS, 2008)

Para tanto, estabelece princípios que são: a transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão, bem como também atua através de diretrizes que norteiam o trabalho em todos os níveis de atenção: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador; defesa dos direitos dos usuários.

A PNH ainda conta com um portal colaborativo, cujo endereço eletrônico é <http://www.redehumanizasus.net> que é concebida como uma rede social para trabalhadores, gestores e usuários do SUS, que promove troca de experiências,

boas práticas na saúde, material de estudo, propostas de atividades, discussões entre os participantes da plataforma.

Conforme apontam Bevenides e Passos (2005b), a PNH vem como resposta para algumas questões que se colocavam como entrave para a garantia de uma saúde pública universal, como a discussão das condições de trabalho dos trabalhadores da saúde; a falta de articulação entre os níveis hierarquizados de atenção em saúde; a discrepância de atendimento, principalmente nas entidades vinculadas ao SUS que prestavam serviços à saúde pública; a insatisfação dos usuários de saúde em relação à qualidade do atendimento e ainda a necessidade de organizar e sistematizar o que seriam as práticas humanizadas no âmbito da saúde.

Como política, a humanização deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Era principalmente o modo coletivo e co-gestivo de produção de saúde e de sujeitos implicados nesta produção que deveria orientar a construção da PNH como política pública. Esta orientação importaria mudanças no modelo de atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. O projeto da PNH foi afirmar a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso (Campos, 2000), o que faz com que se altere o padrão de atenção no sentido da ênfase no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos. (BEVENIDES E PASSOS, 2005b p.562)

Desta forma, o debate de uma política pública de humanização na saúde em saúde impôs pensar o enfrentamento de um *modus operandi* fragmentado e fragmentador, marcado por uma lógica centrada no tecnicismo e no especialismo, de cunho técnico-burocrático presente nas ações em saúde e na compartimentalização/individualização taylorista dos processos de trabalho. (BEVENIDES E PASSOS, 2005a).

Para isso,

A humanização como política pública de saúde deve estar efetivando, no concreto das práticas de saúde, os diferentes princípios do SUS. Uma política se orienta por princípios, mas está comprometida também com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação de realidade. Se a humanização não pode ser tomada como um princípio, mas se propõe como política, é porque sua efetividade não se faz enquanto proposta geral e abstrata. (BEVENIDES E PASSOS, 2005a p.392)

Para se efetivar como política, a humanização passou por enfrentamentos de duas ordens, a primeira se relaciona a um desafio conceitual, de primeiro pensar e estabelecer o que é a humanização, considerando a necessidade

de revisar e reavaliar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas, e um segundo desafio, de ordem metodológica, que envolve como fazer a humanização.

Neste ponto, a humanização se coloca como dimensão pública da política de saúde, uma vez que vem reafirmar os pressupostos do SUS levantados desde o movimento sanitarista e serve como estratégia para efetivar valores defendidos no âmbito do direito à saúde. As práticas humanizadas mudam a forma de produzir saúde, mas para isso necessita do envolvimento de profissionais, gestores e usuários, que mobilizados e conscientes são capazes de estabelecer novos padrões de pensar a saúde.

Mas afinal, do que se trata o conceito de humanização? Para pensar neste termo é necessário, conforme apontam Pereira e Barros (2008), entender que não existe uma imagem ideal e definitiva de homem, pois a humanidade é uma tarefa inconclusa. Na gênese do conceito de humanização, o homem para o qual as políticas de saúde são pensadas, expressam o homem comum, o homem concreto.

Desde modo, o homem é tirado de uma posição de abstração e distanciamento das realidades concretas e é entendido mediante a sua complexidade e singularidade. “Humanização, assim, em sua gênese, indica potencialização da capacidade humana de ser autônomo em conexão com o plano coletivo que lhe é adjacente” (PEREIRA E BARROS, 2008 p.244)

Para tanto, entendemos que este homem concreto vive em uma sociabilidade que não permite a sua plena realização enquanto ser humano, por estar inserido em processos civilizatórios característicos do modo de produção capitalista, cujo o mote é a exploração do homem pelo próprio homem, expressos em grupos que dominam e os que são dominados, em aqueles que exploram e são explorados.

Embora não exista, neste modo de sociabilidade, propor uma ampla autonomia aos homens comuns, sem que exista de fato um novo modo de organizar a sociedade economicamente e socialmente, a humanização na saúde centra-se nesse homem como um sujeito de direitos expressos, cuja saúde deve estar no centro das ações, mas o entendendo como um corpo doente, portador de doença, mas compreendendo-o como ser capaz de interagir em seu processo de saúde.

Coloca-se ainda como possibilidade política de alterar uma lógica utilitária da saúde, que produz sujeitos cerceados e fragmentados, entendendo esse movimento como um processo amplo, demorado e complexo.

No âmbito hospitalar, a discussão da humanização está diretamente

relacionada ao uso das tecnologias, principalmente das tecnologias ditas duras. O avanço da tecnologia certamente oferece à saúde a possibilidade de estabelecer diagnósticos e tratamentos cada vez mais precisos, e não há como discordar neste sentido. Entretanto, de acordo com Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003) a tecnologização da vida e da área da saúde ampliou em muito a assimetria do poder e do conhecimento, tornando as relações no âmbito da saúde, completamente desiguais, principalmente entre usuários e os profissionais da saúde.

O sujeito B (2018) aponta essa questão com clareza ao relatar uma situação em que foi malculado nas rotinas hospitalares, e teve que passar por um procedimento desnecessário por conta disso. O tratamento humanizado, para ele, tem influência direta: “A pessoa quando é tratada bem, ela se sente bem. Quando é tratada mal, se sente mal” (SUJEITO B, 2018). Assim, destaca-se o quanto o componente relacional é importante para a territorialização dos usuários. Embora sejam sujeitos ativos dos usos que imprimem nesse território, estar hospitalizado já é, por si só, uma condição de fragilidade e vulnerabilidade. “Hospital é ruim, não é bom não. Ninguém gosta de hospital, a gente vai só porque precisa mesmo”.

O âmbito hospitalar ainda expressa a permeabilidade do mercado, cujo a metodologia da humanização permite fazer escolhas: continuar mercantilizando a saúde a doença ou de fato oferecer cuidado, acolhimento e acesso a direitos? Nesse sentido, entende-se que também é possível optar por um modelo de saúde e defendê-lo, e defender também a saúde enquanto direito irrestrito e universal.

Logo, esse território também se constitui pela ausência de elementos estruturais e organizacionais que desembocam em uma perspectiva de não-humanização, conforme segue:

Mas assim, a gente vê um hospital superlotado, com poucos recursos, pouquíssimos recursos né! Víamos o pessoal improvisando muito, muita gente nos corredores, falta de material. Ouvíamos muita gente reclamando de tudo. A ouvidoria era cheia, que era do lado do Serviço Social, então víamos que tinham muitos problemas assim do dia a dia mesmo. Sabemos que a saúde pública, de uma forma geral, é precarizada, é sucateada. Então sabemos que todas essas relações que poderiam favorecer o atendimento humanizado, é... esse elemento da questão da saúde pública interfere diretamente. Então não é só por culpa dos profissionais, pois existe todo um esquema que desfavorece esse tipo de atendimento. [...] Mas sabemos que até as condições de trabalho dos profissionais afeta esse tipo de possibilidade. (SUJEITO A, 2018)

Não são apenas elementos internos que determinam a ocorrência ou

não do atendimento humanizado, mas é um conjunto de questões, que de forma articulada, contribuem para fazer do hospital um território onde a perspectiva humanizadora deve ser constantemente resgatada.

O sujeito A também destaca o quanto, pelo menos naquele período de sua experiência, não havia um parâmetro para o trabalho humanizado. Os profissionais que se colocavam neste movimento eram motivados por motivos outros, e não por uma diretriz de atendimento. Mas que, para além das questões internas, não se pode descolar o HU de um contexto de sucateamento das políticas sociais, sobretudo as da saúde. Humanização no atendimento requer também relações de trabalho humanizadas e que permitam aos profissionais trabalharem em condições que favoreçam o exercício do cuidado e da humanização.

Pasche (2011) indica algumas questões concretas de mudanças que podem orientar práticas humanizadas no âmbito hospitalar, que estão diretamente relacionadas à gestão do cuidado e da saúde. Ele destaca questões que reúnem um conjunto de pressupostos teórico – metodológicos.

A inclusão das finalidades da instituição e/ou do setor/área (seus objetivos finalísticos que legitimam e justificam sua existência) nos processos de reorganização do trabalho dos profissionais e equipes, ampliando a construção de sentido às práticas de saúde (afinal, se trabalha para quê?);
A gestão compartilhada do trabalho envolvendo todos os sujeitos que compartilham situações singulares de trabalho, o que favorece a recriação dos processos de gestão do trabalho a partir de definições mais coletivas sobre os modos de fazer e de organizar o trabalho;
A horizontalização da estrutura organizacional e, conseqüentemente, das relações de poder (tendência de “achatamento” das organizações), e o acionamento da função de matriciamento especializado como garantia de acesso aos trabalhadores das unidades/setores de referências técnicas;
O entendimento de que todo trabalho em saúde se sustenta em determinados modos de conversação (TEIXEIRA, 2003) e interação (PEDUZZI, 2001; 2007), que reafirmam ou retificam modos de comunicação mais ou menos potentes para a produção de trabalho em equipe;
A compreensão de que as organizações de saúde conformam realidades hipercomplexas, produtoras de uma grande variabilidade de conexões internas invisíveis e muitas vezes opacificadas, o que pressupõe a necessidade de construção de linhas dialógicas e espaços coletivos para a produção de consensos internos;
Tomar o adoecimento humano como fenômeno complexo, o que exige ação articulada e integrada entre múltiplos territórios de saberes e práticas;
Acolher a diversidade, a pluralidade e a multiplicidade social e subjetiva dos sujeitos em relação como requisito e insumo para a composição de projetos terapêuticos (não reduzir os sujeitos à sua dimensão biológica, nem tampouco infantilizá-los com atitudes piedosas e não acionadoras de sua potência renormalizadora da vida);
Compreender que a produção de saúde se afirma como um projeto de produção e ampliação da autonomia com o outro (usuário, família, comunidade);
Compreender que o cuidado em saúde é sempre singular e sua capacidade

de produzir e qualificar a vida decorre da qualidade dos encontros entre os sujeitos. (PASCHE, 2011 p.37-38)

Essas mudanças indicadas por ele permitem inferir que as questões apontadas como características de uma atenção desumanizada têm estreita relação com as formas de organizar e de gerir os processos de trabalho, bem como, conforme aponta o autor, defende-se que essas alterações serão mais resolutivas e efetivas quando são capazes também de se alterar a lógica da organização do poder no âmbito hospitalar.

Isso implica em propor um necessário enfrentamento e questionamento sobre o *modus operandi* das instituições hospitalares, sabidamente verticalizadas e piramidais. Pressupõe-se a diminuição e/ou dissolução do poder gerencial administrativo que muitas vezes se segregam da dimensão do cuidado, bem como também propor uma reavaliação do modelo biomédico, que proporciona ao saber e fazer da profissão da medicina a organização dos processos de trabalho centrados em sua posição hegemônica de poder.

Entendemos que os pontos levantados nesta seção nos oferecem subsídios para problematizar a utilização do conceito de território no âmbito dos hospitais, sobretudo os públicos, que estão inseridos no círculo do direito à saúde.

Todas as noções aqui apontadas sobre os hospitais estão, necessariamente, direta ou indiretamente, relacionadas à questão dos modos de organizar o cuidado em saúde, que como já foi indicado, expressam valores políticos e são atos políticos em si.

Os modos de cuidar, de manejar as tecnologias em saúde e a própria incidência dessas tecnologias, a gestão dos processos de trabalho e da articulação com a PNH indicam elementos que podem ser ações territorializadoras e territorializantes, por conter elementos de poder de várias espécies, advindas do mercado, da política de saúde, das instâncias administrativas, das profissões e também dos usuários dos serviços.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões postas nesta pesquisa nos permitem afirmar que o hospital se coloca como um território a ser considerado importante dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro. Assim como as outras escalas territoriais já utilizadas e incorporadas pelo SUS, a dinâmica deste território tem direta correlação entre o processo de saúde doença e também está hierarquicamente vinculado ao direito sobre a saúde.

Obviamente, este não é o território da promoção da saúde, da saúde básica e primária, onde os modos de vida e a espacialização das ocorrências em saúde se formam e ocorrem, mas é o território primordial onde deve ocorrer o resgate do atendimento humanizado em saúde, visto que o mesmo é um fator fundamental de territorialização tanto dos profissionais quanto dos usuários dos serviços hospitalares.

Se faz essa relação, sobretudo, pelo uso das tecnologias que é incorporado a esse território, onde as tecnologias leves podem estar enfraquecidas ou deixadas em segundo plano quando o modelo biomédico é o prevalente. É sobretudo a questão relacional e as mediações entre os sujeitos e o espaço – dotado de rugosidades, no caso do HU UEL - que se desenha o território hospitalar.

Assim, o hospital é o território especialmente do cuidado em saúde, sendo esse cuidado também fruto da dialética do território 'da' e 'na' saúde, expressando seus sentidos organizacionais e exercício de poder que disputam constantemente esse cuidado.

Entende –se então que a disputa pelo modelo de atenção em saúde é uma das principais características desse território, pois além da produção da atenção em si, existe uma relação antagônica entre o modelo biomédico e o modelo adotado pelo SUS, o do cuidado em saúde. Logo, é esta antagonia que coloca em movimento as disputas relacionais deste território.

Do ponto de vista dos usuários e suas famílias, os mesmos anseiam por um território que seja capaz de proporcionar, mesmo na situação adversa de uma internação de longa permanência, um local de sentimento de acolhida. Assim, também colocam e imprimem o seu uso e a sua disputa nesse território. A hospitalização de longa permanência permite conhecer as diferentes equipes e se relacionar com elas, a modo de fazer da estadia forçada menos sofrível; permite conhecer as regras e

fluxos de organização e assim negociá-las.

Existe de fato a necessidade de que alguns sujeitos se adequem às normas institucionais, pois eles não as ditam – e que são definidas pelo Estado, pelo SUS, pelo mercado, pela universidade, pela gerência do hospital, por algumas profissões. Mas como mediar a necessidade de se manter um serviço de alta complexidade funcionando de forma ininterrupta e também considerar as necessidades ímpares dos sujeitos, famílias e diversos usuários? As regras precisam ser barganhadas e negociadas o tempo todo nesse território, denotando também a permeabilidade necessária em uma rígida estrutura.

Assim se destaca a condição multiterritorial, cuja dialética envolve diferentes poderes e diferentes usos. Entendemos que o território investigado nessa pesquisa é fruto deste processo dialético que envolve as determinações geográficas e demográficas; as determinações de um Estado e conseqüentemente de uma política social organizada e articulada em níveis hierárquicos; das profissões capazes de, dentro do ambiente hospitalar, exercer controle e poder, mas sobretudo é fruto do uso dos usuários e famílias. Sujeitos que temporariamente tem a capacidade de transformar esse território pois são mais de corpos doentes, são e estão ativos no hospital.

A dialética do território hospitalar é portando dotada de usos pautados pelos sentidos, significados e organização (seja institucional, seja pelo Estado). Logo o que nos permite afirmar que o hospital é um território para a saúde é que nele há a existência de diferentes relações de poder, que estão a todo momento reconstruindo e redesenhando esse território. Relações essas oriundas das disputas de classes da sociedade capitalista, que são tanto internas quanto externas.

Esse território também se adapta fisicamente às faltas de condições ideais de atendimento, como a UTI improvisada que atendeu Marcelo. Isso está no jogo externo das relações de poder em torno do financiamento e manutenção dos serviços de saúde.

A presente pesquisa permitiu afirmar a necessidade de evidenciar o que poderíamos chamar de “elo fraco” nesta disputa pelos territórios, que são os usuários dos serviços de saúde. Não apenas na escala hospitalar, mas nas outras escalas adotadas pelo SUS, há outros sujeitos que tem uma maior capacidade de determinar a existência dos territórios, sujeitos típicos do sistema capitalista: as grandes corporações e os Estados. Embora, nas outras instâncias da atenção em

saúde, sobretudo a primária, a discussão sobre o território para além dessas determinações globais já esteja avançada, é ainda um movimento em construção.

Se tratando então da escala hospitalar, onde há muito se estuda os poderes presentes e pouco se fala da capacidade de também disputar e usar o território do ponto de vista dos sujeitos de direitos do SUS, existe e se abre um campo de possibilidades investigativas acerca do território hospitalar.

Por fim, acreditamos que se inicia, com essa pesquisa, um leque de possibilidades exploratórias quanto à categoria território dentro da política de saúde. Os territórios 'da' e 'na' saúde sempre se reconfiguram, uma vez em que o direito a saúde é disputado como mercadoria e essa condição se acirra no contexto brasileiro, a dinâmica do território hospitalar tende a cada vez mais se desumanizar. Pautar um território do ponto de vista dos usuários e suas famílias, que preze pela perspectiva do fortalecimento do direito universal é cada vez mais necessário, uma vez que a realidade e seu movimento não se esgotam.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. 2007. 136 f. Dissertação de Mestrado (Medicina) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2007.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado**. *in* Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.37, n.02, p 275-284, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/16.pdf>> Acesso em: 19 jan. 2020.

BACKSCHAT, Tânia Maria da Silva. **Território-usado e saúde em pequenas cidades**. 2015. 161 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social). Universidade Estadual de Londrina. Londrina. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008. 304p.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BETTINELLI, Luiz Antonio; WASKIEVICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar**. *in* Revista o Mundo da Saúde. São Paulo, v. 27, n. 2, p.231-239, 2003.

BEVENIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização da Saúde: um novo modismo?. *In* **Revista Interfaces – Comunicação, Educação e Saúde**. Niterói, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005a. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>> Acesso em: 13 out. 2018.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *In* **Ciência e Saúde Coletiva**. Niterói, v. 10, n.03, p 561-571, 2005b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300014&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 13 out. 2018.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

_____. **A distinção: crítica social do julgamento**. Porto Alegre: Zouk, 2006.

_____. A doxa e a vida cotidiana: uma entrevista. *In* ZIZEK, Slavoj (org). **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2013. 337p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal, 2010.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de set. de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República**

Federativa do Brasil, Brasília, D.F., 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dez. de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 28 dez. 1990.

_____, Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108p.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fev. de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 22 fev. 2006.

_____. Portaria nº 4.279 de 30 de dez. de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 30 dez. 2010.

_____, Ministério da Saúde. **Cadernos de Humaniza SUS**. 3.ed. Brasília: Editora MS, 2011. 267p.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de jun. de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 28 jun. 2011b.

_____. Portaria nº 3.390 de 30 dez. de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção em Saúde (RAS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 30 dez. 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996. 352p.

_____, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2013. 264p.

_____, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218>> Acesso em: 25 out. 2018

CARAPINHEIRO, Graça. Poder Médico e poder administrativo no cotidiano hospitalar. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra-PT, n.33, Out. 1991. Disponível em: <<https://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/33/Graca%20Carapinheiro%20-%20Poder%20Medico%20e%20Poder%20Administrativo%20no%20Quotidiano%2H>

ospitalar.pdf> Acesso em: 22 ago. 2018.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. A natureza do espaço fragmentado. *In*: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia; SILVEIRA, Maria Laura. (Orgs.). **Território Globalização e Fragmentação**. 4ed. São Paulo: Editora Hucitec. 1994. p 191- 197

CARVALHO, Antônio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 141-166.

CATÃO, Marconi do Ó. **Genealogia do Direito à Saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 244 p.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. *In*: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araújo. (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2003, p.197-210.

CHAUÍ, Marilena. **Brasil: o mito fundador e a sociedade autoritária**. 1ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo - Coleção História do Povo Brasileiro, 2000. 104p.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

DINIZ, Tânia Maria Ramos Godói. O Estudo de Caso. *In* Martinelli, Maria Lucia (org). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. 2 ed. São Paulo: Veraz, 2012.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Revista RA'E GA – O Espaço Geográfico em Análise**, Curitiba, v.17. 2009. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995>> Acesso em: 22 out. 2018.

FARIAS, Leandro. Indústria da doença: lucro vertiginoso. **Le Monde Diplomatique Brasil**, Brasil, ed.107. 2016. Disponível em: <<https://diplomatique.org.br/industria-da-doenca-lucro-vertiginoso/>> Acesso em: 13 jul. 2018.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, Ana Cristina de Souza.; GOMBERG, Estélio. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 175p.

FERREIRA, Sônia Maria Isabel Lopes; PENTEADO, Maridalva de Souza; SILVA JÚNIOR, Milton Ferreira da. **Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar**. *In* Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 804-814, sep. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76478/80213>>. Acesso em: 29 set. 2016

FOULCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 24.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979. 432p.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves, apontando mudanças para os modelos assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, Set/Dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000176&pid=S0080-6234200900020001800015&lng=pt> Acesso em: 03 mar. 2018.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 59 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FUINI, Lucas Labigalini. O território em Rogério Haesbaert: concepções e conotações. **Geografia, Ensino & Pesquisa**, v.21, n.1, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/geografia/issue/view/1038>> Acesso em: 27 out. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas. 2008.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite; Revisão de Antenor Celestino de Souza. São Paulo: Editora Perspectiva. 1961. 316p.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Maurice. (Orgs.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.327-255

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em saúde. *in* PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA, Júlio César França (org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p 392-399.

GOTTMAN. Jean. A evolução do conceito de território. **Boletim Campineiro de Geografia**, Campinas, v.2, n.3. 2012. Disponível em <<http://agbcampinas.com.br/bcg/index.php/boletim-campineiro/article/view/86>>. Acesso em 21 de set. 2018.

GUEDES, Heloísa Helena da Silva; CASTRO, Maria Monteiro de Castro. Atenção Hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v.12, n.1, Jan/Junho. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10035>> Acesso em: 23 ago. 2018).

HAESBAERT, Rogério. Da desterritorialização à multiterritorialidade. *In* **Boletim Gaúcho de Geografia**. Porto Alegre, v.29, n. 01, p11-24 jan-ju 2004. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/bgg/article/view/38739/26249>> Acesso em: 10 set. 2017.

_____. Dos múltiplos territórios a multiterritorialidade. In: I Seminário Nacional sobre Múltiplas Territorialidades, 1., 2004, Porto Alegre. Anais... Porto Alegre: UFRGS, 2004. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>> Acesso em: 10 set. 2017.

_____. Território e Multiterritorialidade: um debate. *In GEOgraphia*, v.9, n, 17, p19-46 2007. Disponível em <<http://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13531/8731>> Acesso em: 09 set. 2017.

_____. **O mito da desterritorialização**. 10.ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil. 2016. 396p.

HAESBAERT, Rogério; LIMONAD, Ester. O território em tempos de globalização. *In Espaço, Tempo e Crítica*. Niterói, v.15, n.2, p 39-52 ago 2007. Disponível em <<http://www.ligiatavares.com/gerencia/uploads/arquivos/6477dd13d45c1917f9e8147345657e7e.pdf>> Acesso em: 16 mai. 2018.

LANZA, Líria Maria Bettiol; FAQUIN, Evelyn Secco. A lógica territorial na Política de Saúde. *In Alves, Lanza e Amaral (orgs). A lógica territorial na gestão das Políticas Sociais*. Londrina: EDUEL, 2018

LOPES, José Carlos Cacau. **Saúde e Cidadania: do que estamos falando?** São Paulo: Raiz da Terra LTDA, 1994.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política: livro 1: o processo de produção do capital**. 2 ed. São Paulo: Boitempo Editorial. 2017

_____. **Glosas Críticas Marginais ao artigo “O rei da Prússia e a reforma social”: de um prussiano**. Tradução de Ivo Tonet. São Paulo: Expressão Popular, 2010, 14p.

MARX, Karls; ENGELS, Frierich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

_____. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Expressão Popular, 2008, 46p.

MATTA, Gustavo Côrrea; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. *in PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA, Júlio César França (org). Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p 44-50.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília-DF: Organização Pan-Americana de Saúde. 2011. 549p.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo**. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. 192p.

MERHY, Emerson Elias. CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.64, Mai/Ago. 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/coordenacaohospitalar.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

_____. **O poder da ideologia**. São Paulo: Boitempo, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e**

criatividade. 27. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, Mai/Jun, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024>. Acesso em: 07 mai. 2018.

MONKEN, Maurício; *et al.* O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Maurice. (Orgs.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.

MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Mauricio. (Orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.237-255.

MOTA, André ; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; SCHRAIBER, Lilia Blima. Tecnologias em saúde. *in* PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA, Júlio César França (org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p 382-392.

NEVES, Nedy M. B. C.; NEVES, Flávia B. C. S.; e Bitencourt, Almir G. V. **O Ensino médico no Brasil: origens e transformações**. *In* Gazeta Médica da Bahia. Bahia, v. 75, n. 02 jul-dez, p.162-168, 2005.

NICOLAS, Daniel Hiernaux. Tempo, espaço e apropriação social do território: rumo à fragmentação na mundialização? *in*: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia; SILVEIRA, Maria Laura. (Orgs.).**Território Globalização e Fragmentação**. 4ed. São Paulo: Editora Hucitec. 1994. p 85-101.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O Trabalho em Serviços de Saúde**. *In* SANTANA, José Paranaguá (coord). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. p. 59-63, 20--.

ORNELLAS, Cleusa Panisset. **Instituição e doença: a trajetória dos leprosários, sanatórios e hospícios**. 1995, 256p. Tese de doutorado (Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1995.

_____. Os hospitais: lugar de doentes e outro sujeitos menos referenciados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Curitiba, v.51, n.2, Abr/Jun, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71671998000200007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 set. 2017

PAGLIOSAI, Fernando Luiz; DA ROSII, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. n.32, v.4, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12>> . Acesso em:

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. *In* MATA, Gustavo Côrrea (org). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz/EPSJV, 2008. p 91-122.

PAIM, Jairnilson Silva; *et al*, . Saúde no Brasil: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *In The Lancet*, Reino Unido, v.377, n.9779, Mai. 2011. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext)> . Acesso em:

PASCHE, Dário Frederico. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. *In* Ministério da Saúde. **Cadernos de Humaniza SUS**. 3.ed. Brasília: Editora MS, 2011. p 30-50.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. **Hygeia Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.2, n.2, jun, 2006. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847>> . Acesso em:

PEREIRA, Eduardo Henrique Passos; BARROS, Regina Duarte Bevenides de. Humanização. *in* PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA, Júlio César França (org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p 243-248.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. *in* PEREIRA, Isabel Brasil. LIMA, Júlio César França (org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p 110-114.

PIRES, Denise. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contextos das transformações atuais da esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas**. 1996, 347p. Tese de doutorado (Sociologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1996.

POLANY, Karl. **A grande transformação: as origens de nossa época**. Rio de Janeiro: Campus, 1980

QUINELLATO, Luciano Vasconcelos. **A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista**. 2009. 73 f. Dissertação (Mestrado em International Management) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2009.

QUEIRÓZ, Thiago Augusto Nogueira. Espaço geográfico, território usado e lugar: ensaio sobre o pensamento de Milton Santos. **Revista Para Onde?**, Porto Alegre, v.8, n.2, 2014. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/paraonde/article/view/61589>>. Acesso em:

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Editora Ática, 1993. 270p.

RIBEIRO, Herval Pina. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993. 135p.

RATZEL, Friedrich. **Géographie politique**. Paris: EditionsEconomica, 1988.

ROSA, Tiago Barros. O poder em Bourdieu e Foucault: considerações sobre o poder simbólico e o poder disciplinar. *in* **Rev. Sem Aspas**, Araraquara, v.6, n.1, p. 3-12, jan./jun. 2017. Disponível em <<https://periodicos.fclar.unesp.br/semaspas/article/view/9933>> Acesso em: 22 out.

2018.

SACK, Robert. **Human Territoriality: its theory and history**. Cambridge: Cambridge University Press. 1986.

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia Nova: da crítica a geografia a uma geografia crítica**. 2ed. São Paulo: HUCITEC-EDUSP, 1978. 288p.

_____. **Espaço e sociedade**. 1ed. Petrópolis: Vozes, 1979.

_____. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia; SILVEIRA, Maria Laura. (Orgs.). **Território Globalização e Fragmentação**. 4ed. São Paulo: Editora Hucitec. 1994. p.15 -20.

_____. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4.ed. São Paulo: Editora EDUSP. 2001. 269p.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 16. ed. Rio de Janeiro: Editora Record. 2001. 500p.

SCHEFFER, Mario. **Demografia médica no Brasil - 2018**. 1.ed. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.

SILVEIRA, Maria Laura. Escala geográfica: da ação ao império? *In Terra Livre*. Goiania, v.2, n. 23, p87-93 jul/dez 2004. Disponível em <<http://www.agb.org.br/publicacoes/index.php/terralivre/article/view/195/179>> Acesso em 15 mai. 2018.

SOUZA, Marcelo Lopes. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná Elias; CORRÊA, Roberto Lobato; GOMES, Paulo Cesar da Costa. (orgs). **Geografia: Conceitos e Temas**. 15.ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil. 2012. p.77-116.

_____. **Os conceitos Fundamentais da Pesquisa Socio-Espacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil. 2015a.

_____. Território da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental. In: SAQUET, Marcos Aurelio, SPOSITO, Eliseu Savéiro. (orgs). **Território e Territorialidades**. 2.ed. Rio de Janeiro: Consequência Editora. 2015b. p. 53-68.

THERBORN, Goran. **La ideologia del poder y el poder de la ideologia**. Madrid: Siglo XXI, 2015.

VASCONCELOS, Cipriano.; PASCHE, Dário. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza Santos; MINAYO, Maria Cecilia de Souza; AKERMAN Marco; DRUMOND JUNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006. p.531-562.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. v. 2. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília: São Paulo:

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Questões 01 (Profissional)

- 01 – Você enxerga a presença de relações de poder dentro do hospital?
- 02 – Durante a sua experiência profissional, você vivenciou algum conflito relacionado às disputas de poder? Consegue relatar algum episódio durante a internação de Marcelo?
- 03 – Essas disputas interferem na hospitalização? Como?
- 04 – Do ponto de vista do HU ser um hospital público, inserido no contexto do SUS, esta questão afeta o período de hospitalização?
- 05 – Do seu ponto de vista, é possível considera que os usuários hospitalizados e suas famílias criam vínculos (Com a equipe, entre si, com a instituição)?
- 06 – Os usuários e suas famílias criam estratégias/mediações durante o período de hospitalização?
- 07 – A partir da sua experiência profissional, defina como você entende a instituição hospitalar. Qual a leitura que faz deste lugar?

APÊNDICE B

Roteiro de Questões 02 (Usuário)

- 01 – Como foi seu período de hospitalização? Quanto tempo durou? Pode relatar?
- 02 – E nesse tempo, você se sentiu acolhido? Por quem?
- 03 – Você acredita que se tivesse sido hospitalizado em um hospital privado, sua hospitalização seria diferente?
- 04 – Sabemos que hospital é um lugar cheio de regras e normas. Quanto a isso, acredita que algo possa ser diferente? Cite exemplo.
- 05 – Você criou vínculos com alguém dentro do hospital? Se sim, foi importante?
- 06 – Pode citar, ou se lembra, de alguma situação de conflito entre profissionais?
- 07 – Quem você acredita que tem mais poder dentro do hospital?
- 08 – O que é o hospital para você?

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“O CONCEITO DE TERRITÓRIO E A ESCALA HOSPITALAR”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa que trata sobre a aproximação do sobre **“o conceito de território e a escala hospitalar ”**, a ser realizada em **“Londrina - PR”**. O objetivo da pesquisa “compreender o hospital como um território que comporta uma rede de relações de poder”. Sua participação é muito importante e ela se daria através de uma entrevista previamente agendada, com um roteiro de questões pré-estabelecido pela pesquisadora, onde ainda será utilizado o recurso de captação de áudio para futura transcrição e análise dos dados.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e para futuras publicações e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados através da pesquisa são o de aprofundar a utilização que o Sistema Único de Saúde faz da categoria território, geralmente associada apenas à atenção primária, e problematizar a sua utilização em outros níveis de atenção em saúde.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá contatar a pesquisadora responsável: Paula Basílio Alves Ribeiro, através dos telefones (43) 98411-XXXX e (42) 3460-XXXX e ainda através do e-mail paulabasilioar@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo

