

Parte I - Questões de método em espaço e saúde

Espaço e planejamento em saúde: algumas reflexões

Maria Beatriz Pragana Dantas
Ivo Ferreira Brito
Roseana Barbosa Meira
Murilo Wanzeller

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

NAJAR, AL., and MARQUES, EC., orgs. *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 276 p. História e Saúde collection. ISBN: 85-85676-52-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

ESPAÇO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE: ALGUMAS REFLEXÕES

Maria Beatriz Pragana Dantas

Ivo Ferreira Brito

Roseana Barbosa Meira

Murilo Wanzeller

Os estudos sobre a relação entre o espaço, a saúde e o planejamento têm adquirido, nos últimos anos, novos impulsos a partir dos trabalhos sobre o mapeamento dos diferenciais sociais e de morbi-mortalidade, como atesta o interesse de um número cada vez maior de pesquisadores (Ackerman et al., 1994; Jacobi, 1990).

Esse movimento tem como suporte os avanços e a disponibilidade de tecnologias de microeletrônica e de informação e têm priorizado recortes intra-urbanos. No entanto, observa-se que, apesar de prescritivos em relação ao planejamento, tais abordagens nem sempre têm confluído para a construção de propostas de intervenção no sistema de saúde. Exemplos dessa possibilidade, com o uso de geoprocessamento e medidas de diferenciais interáreas, estão nos trabalhos de Kadt & Tasca (1993).

Um dos primeiros pontos que se impõe na análise da variável espaço no planejamento em saúde é que tanto um como outro – o planejamento e o espaço – devem ser pensados como processos sociais e, portanto, relacionados ao tempo concreto em que se dão. No presente trabalho, estabelece-se como momento de análise a descontinuidade espaço/tempo, no contexto da globalização e fragmentação dos territórios (Giddens, 1991; Santos, 1994b).

Segundo nosso entendimento, esse processo mais geral articula-se contraditoriamente às transformações operadas em contextos internacionais, nacionais, regionais e/ou locais, o que

não anula a possibilidade de compreensão dos processos particulares, seja da perspectiva de como os atores sociais enfrentam as modificações operadas no espaço social, seja, ainda, como o complexo de fatores interdependentes associados às mudanças provocadas pelos rearranjos ao nível da estrutura produtiva.

Do ponto de vista do setor saúde, as transformações que, hoje, são necessárias a sua consolidação – tais como, descentralização, hierarquização e conformação de modelos assistenciais baseados na distribuição dos eventos mórbidos e dos riscos, com o apoio de sistemas de informações atuais –, muitas vezes operam sobre uma base territorial artificial, no sentido político/administrativo, ainda que, para um conjunto expressivo de setores sociais, essa configuração responda às necessidades do setor.

Este trabalho versa sobre alguns aspectos metodológicos da relação espaço saúde e planejamento, sem no entanto querer esgotar o tema. Alguns pontos críticos do atual processo de territorialização são considerados, junto com a apresentação de algumas proposições.

O CONTEXTO: REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E ESPAÇO

As transformações da sociedade urbano-industrial moderna e sua crise, nesse *fin de siècle*, têm trazido à tona um conjunto de questões relacionadas às condições de apropriação e reprodução do espaço sob as novas formas que adquire a acumulação capitalista. Estas transformações atingem diferenciadamente os grupos sociais, modificando seu hábitat natural, suas chances de vida, seus hábitos, suas redes de solidariedade e suas condições materiais de reprodução, por meio de um processo que combina características orgânicas estabelecidas com funcionalidades calcadas na competitividade, no individualismo e na exclusão.

A 'globalização' da economia projeta essa desigualdade numa escala antes jamais imaginada, deslocando o eixo de gravidade de um sistema de acumulação baseado na concentração, na padronização da produção, na divisão espacial do trabalho – onde o espaço é concebido como lugar funcional de arranjos mais ou menos homogêneos, mais ou menos especializados, segmentados, de ações sociais em uma sociedade de massa –, para um outro sistema cada vez mais artificial e heterogêneo.

Buscamos descrever de forma sintética, no Quadro 1, esse processo de desenvolvimento desigual nos países de capitalismo avançado e de capitalismo tardio.

A produção do espaço, neste contexto, experimenta uma dualidade expressa, por um lado, no movimento geral em direção à homogeneização e integração de mercados e economias nacionais em uma lógica global, e, de outro, a recuperação da perspectiva local, de suas especificidades, a qual pode ser vista desde uma dupla abordagem: a da expressão do grau de controle sobre o espaço em termos do conhecimento de suas especificidades e funcionalidade ao movimento do capital e, ao mesmo tempo, a da reiteração do próprio, do nacional, dos modos de vida.

Essas considerações têm como objetivo trazer à baila um aspecto central, no nosso entender, da discussão do espaço: o fato de suas configurações serem expressão de processos econômicos, políticos e sociais, os quais, no contexto atual, têm levado a uma acelerada decomposição do mesmo, por um lado, e a um reordenamento e controle progressivo, de

outro, com padrões cada vez mais inequívocos de distribuição de riqueza e poder. O espaço controlado e delimitado: quem o controla impõe seus ritmos e sua lógica ao processo de organização social.

QUADRO 1 – Padrões de transformação no capitalismo industrial e implicações nos países periféricos^(*)

	Capitalismo organizado Pós-Guerra	Capitalismo desorganizado Meados da Década de 60	Economias capitalistas de desenvolvimento tardio	
			Modelo Substitutivo de Importações	Crise do Modelo
Características do Processo Produtivo	concentração da produção (monopólio e oligopólio, número menor de indústrias em número menor de regiões); divisão do trabalho: concentração e especialização; produção em massa.	dispersão da produção em setores e regiões, divisão territorial-espacial do trabalho; automação e informatização.	concentração da industrialização truncada: dispersa regionalmente (heterogeneidade estrutural); acumulação externa via setores dinâmicos, seletivos e capital financeiro; distribuição desigual.	desindustrialização (exceto o Brasil), com integração crescente ao mercado mundial; informalização do trabalho; aumento da desigualdade na distribuição.
Urbanização	metropolização: desenvolvimento de grandes cidades industriais, com acentuado processo de expansão periférica; consumo de massa.	declínio das cidades industriais e degradação do espaço urbano; desconcentração dos centros industriais para áreas periféricas ou semirurais.	urbanização desordenada e favelização; crescimento da renda do solo urbano; desvalorização da força de trabalho; miséria relativa; classes médias; concentração espacial (aglomeração).	inflexão dos centros produtivos hegemônicos (centros urbanos/periferia e cidades médias); síndrome de concentração e polarização; população urbana marginal nas ruas.
Papel do Estado	regulação em base Fordista e universalidade através de políticas de bem-estar.	regulação flexível; seletividade através de políticas neoliberais.	sistemas de proteção social fragmentados e excludentes; Estado compensador: Estados nacionais com políticas redistributivas populistas.	sistema de proteção fragmentado, residual e focalizado: Estado subsidiário, privatização das empresas estatais.
Dinâmica Demográfica	redução de taxas de mortalidade, com fecundidade constante; altas taxas de crescimento vegetativo.	decréscimo da taxa de fecundidade, com queda das taxas de mortalidade; redução do crescimento populacional, envelhecimento populacional.	altas taxas de mortalidade com altas taxas de fecundidade; alto crescimento vegetativo; padrão heterogêneo segundo regiões.	redução das taxas de mortalidade infantil, altas taxas de fecundidade, redução na taxa de crescimento vegetativo e tendência ao envelhecimento da população.

(*) Construído a partir de HARVEY (1980).

Neste sentido, o movimento interno da discussão do espaço no setor saúde se articula ao conjunto de questões colocadas pela reorganização dos serviços, por um lado, ao mesmo tempo em que tem vínculos de caráter mais mediato com o processo mais geral de reestruturação dos espaços na perspectiva da globalização da sociedade, os quais podem, inclusive, não estar operando no mesmo sentido, mas gerando contradições que acabam por entrar o processo de mudança do setor. A título de exemplo, podemos trazer a distribuição da tecnologia médica, que não tem acompanhado o processo de descentralização dos serviços, obedecendo a uma lógica distinta, concentrando-se nos grandes centros urbanos e localizados em áreas privilegiadas destes.

ENFOQUES NA ABORDAGEM DA CATEGORIA ESPAÇO

A tendência recente dos processos de reterritorialização contidos nos movimentos de descentralização, vem impondo uma demanda técnica e política no sentido de ter uma caracterização cada vez mais exata dos espaços onde devem operar as lógicas e os processos de decisão.

No setor saúde, especificamente, busca-se, com cada vez mais rigor e variedade de ferramentas, conferir precisão e exatidão às avaliações e diferenciais de risco entre áreas geográficas, seja em escala de municípios ou regiões, seja em termos de 'novos territórios' – os Distritos Sanitários – e, dentro deles, as microáreas.

Essa lógica de organização dos serviços, a partir da configuração espacial, opera em pelo menos dois sentidos: o primeiro como racionalidade técnica, que visa um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis – eficiência e eficácia; o segundo, político, articula-se à representação dos interesses em conflito.

No entanto, mais além desses componentes, esse movimento de territorialização não está imune aos mecanismos de esvaziamento da vida cotidiana, a partir das tendências fragmentadoras e individualizadoras da economia de mercado, aumentando, assim, as carências de ordem material e espiritual, que têm como expressão as violências, o aumento da pobreza e com ela as desordens emocionais, a anomia e a heterogeneidade nos padrões de morbi-mortalidade.

A noção de espaço pode ser recuperada a partir de diferentes abordagens no campo da saúde e do planejamento, ainda que reconhecendo-se a influência de outras disciplinas da área social na configuração desses enfoques.

Na área da saúde, o modelo da história natural da doença estabelecia uma abordagem causal em que o meio ambiente agrupava o conjunto de fatores relacionados ao espaço, os quais, em interação com o hospedeiro e o agente etiológico, levavam ao surgimento, ou não, de doenças. Esse enfoque operava uma naturalização do espaço, no qual se localizavam os 'inimigos externos' a serem combatidos e fundamentou o planejamento normativo (Uribe Rivera, 1989).

A evolução desse modelo, ainda dentro do paradigma da multicausalidade, dá-se no resgate de uma concepção que tenta definir o processo saúde-doença como resultante da interação

dinâmica entre os indivíduos e uma rede de fatores causais, o modelo ecológico, que vem a tomar o espaço dentro da mesma perspectiva já descrita.

Partindo dessa perspectiva e de sua articulação com o social, o espaço foi sendo pensado segundo a noção de anéis concêntricos de agregação e desagregação, onde os atores são vistos como elementos de desajuste na estrutura, trazendo à cena a problemática da desordem e da marginalidade urbana e social.

A primeira grande ruptura com essa concepção do espaço é a marxista (Lefebvre, 1978; Castells, 1981; Lipietz, 1988), que enfatiza a noção de classes sociais para explicar os movimentos e a organização do espaço urbano em sua relação com o processo de acumulação capitalista. Ademais, deriva desta noção o caráter político das lutas e movimentos que se travam pela melhoria das condições de vida. Esta tendência pensa a questão do espaço a partir da crítica da economia política do espaço urbano.

Tal abordagem vem superando seu viés determinista, a partir de novos aportes metodológicos, e tem ampliado sua capacidade explicativa em relação às crises espaciais do modo de produção capitalista; delas, tomamos as abordagens realizadas por Harvey (1993), Giddens (1991) e Santos (1994a, 1994b).

Em uma perspectiva diferente da abordagem anterior, mas complementar, Bourdieu vê o espaço de forma multidimensional, ressaltando nele os estilos de vida e os hábitos como componentes dos sistemas de ações (Bourdieu, 1979).

Segundo esse autor,

(...) o espaço social é um espaço multidimensional, conjunto aberto de campos relativamente autônomos, quer dizer, subordinados quanto ao seu funcionamento e às suas transformações, de modo mais ou menos firme e mais ou menos direto ao campo de produção econômica: no interior de cada um dos subespaços, os ocupantes das posições dominantes e os ocupantes das posições dominadas estão ininterruptamente envolvidos em lutas de diferentes formas (sem por isso se constituírem necessariamente em grupos antagonistas). (Bourdieu, 1979)

Esses componentes – estilos de vida e hábitos – têm demonstrado seu poder explicativo em algumas enfermidades, como a Aids, onde os padrões de comportamento têm assumido papel importante no controle da transmissão. Neste sentido, as aproximações aos grupos de risco com o objetivo de investigar e modificar essas pautas têm se baseado em um mapeamento de territórios de circulação e interação entre atores individuais e coletivos.

Esta forma de conceituar o espaço não só permite identificá-lo na sua relação com os atores sociais – o que de certa forma rompe com a tradição de vê-lo como algo estático e naturalizado em relação ao tempo e à ação social –, como também permite compreender os diferentes arranjos e posições dos grupos sociais em luta pela conquista do território.

Harvey, a partir da leitura das categorias espaço e tempo, conclui que nem uma nem outra “podem ter atribuídos significados objetivos sem se levar em conta os processos materiais e que somente pela investigação destes podemos fundamentar de maneira adequada os nossos conceitos daqueles [espaço e tempo]” (Harvey, 1993).

Dessa forma, não somente se articula o espaço ao conjunto de processos que se dão no seu interior, como também se estabelece a impossibilidade de defini-lo e dotá-lo de atributos *a priori*.

As perspectivas atuais de análise têm colocado em pauta diferentes concepções da categoria espaço no que diz respeito a sua operacionalização: lugar, território, espaço, área são recortes que, freqüentemente, são assumidos como sinônimos ou pelo menos como termos equivalentes.

Santos (1994b), trabalhando a noção de território, define-o: “O território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado”. Assim, recupera a relação de continuidade entre os conceitos – espaço e território – e, ademais, define o espaço em virtude dos processos que o integram e que o constituem: processos sociais, interações, atores.

Nessa perspectiva, o autor define o espaço como o conjunto composto de sistemas de objetos e sistemas de ações, indissociáveis, solidários e também contraditórios e que ocorrem de forma intencional.

Os sistemas de objetos são representados pelo modo como a estrutura material da sociedade adquire sentido, podendo significar a combinação dialética dos processos relacionados com a composição orgânica do capital, percebida nos nossos tempos através da unicidade técnico-científica e sua fragmentação espacial, colocadas em ação em tempos produtivos praticamente simultâneos, expressos por objetos técnicos, os quais conformam sistemas e não mais coleções. Os sistemas de ações, por sua vez, são representados nos fluxos, nas relações e práticas sociais que imprimem vida à matéria, mediados por sistemas de comando cada vez mais externos aos mesmos, alimentados pelas novas bases de informação e automação.

A característica atual dos sistemas de objetos é o fato de, mais que nunca, seu funcionamento obedecer a discursos especializados, elaborados em razão de uma lógica externa, regulando as ações que são exercidas através dos mesmos, segundo essa lógica. “Os sistemas de objetos são cada vez mais artificiais e os sistemas de ações são cada vez mais estranhos ao lugar” (Santos, 1994a).

Assim, ainda de acordo com o autor, ao proporcionar uma determinada fluidez aos processos, os sistemas de objetos o fazem de uma forma cada vez mais virtual, porque a fluidez real é produto das ações humanas. É essa fluidez – a das ações humanas – que constrói o espaço, ainda que se tenha que considerar, nessa relação, a mediação imposta pelas características próprias dos lugares, tais como as de natureza climática e geológica, entre outras.

Os sistemas de objetos e sistemas de ações compõem o espaço e possuem modos de funcionamento que definem processos de articulação entre áreas ou territórios: as horizontalidades e verticalidades.

As horizontalidades serão o domínio da contigüidade, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais. (Santos, 1994b)

As horizontalidades se configuram a partir de elementos externos – ou não –, a serviço de sistemas hegemônicos – ou não –, em uma perspectiva local, contígua, contínua. As verticalidades relacionam-se à idéia de redes que relacionam pontos distintos do espaço, não-contíguos, impondo a perspectiva dominante à configuração dos lugares e às articulações horizontais.

As relações entre os lugares se dão, no caso das horizontalidades, através de novos padrões de produção que implicam inflexões espaciais, tais como, por exemplo, a dissolução e degradação das áreas centrais das regiões metropolitanas e as tendências recentes de transferências de plantas industriais para áreas rurais. No caso das verticalidades, essas relações estão estabelecidas por modos de regulação, induzindo o surgimento de novas formas de consumo público e privado.

À luz destes elementos, impõe-se uma aproximação à teoria e prática do planejamento em saúde que aponte para as possibilidades de articulação do mesmo com as leituras do espaço, tendo em vista o papel central que essa categoria assume no processo de reordenamento do setor saúde.

PLANEJAMENTO, ESPAÇO E PODER

A visão do planejamento econômico foi absorvida setorialmente, na saúde, através do método desenvolvido pelo Centro de Estudos de Desenvolvimento (CENDES), da Universidade da Venezuela. Sua lógica principal para estabelecer prioridades assentava-se no conceito de Capacidade Potencial Produtiva (C.P.P.), em relação aos custos da utilização dos recursos. Esse modelo tinha sua racionalidade dada pela ideologia do desenvolvimentismo, configurado no dualismo estrutural e centrado nos pólos de desenvolvimento, apoiado no Estado como o ator planejador central.

As críticas a essa visão de planejamento em saúde, em especial as formuladas por Mario Testa (1992) e Carlos Matus (1993), trazem como contraposições fundamentais ao modelo normativo:

- a perspectiva dialética da relação entre o econômico e o político, o que prevê a categoria poder como um recurso essencial e escasso, tendo em vista a eficácia da ação;
- a idéia de que o Estado é um entre as diferentes forças político-sociais que têm capacidade para intervir e interagir ante a realidade social, complexa, com possibilidade de conflito;
- a necessidade da ação estratégica, tendo em vista a concepção dialética dos momentos, atuando numa concretude situacional.

Na perspectiva de resgatar o planejamento de sua suposta neutralidade, poderíamos defini-lo a partir da idéia de “cálculo situacional sistemático que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação” (Matus, 1993:19), incluindo a possibilidade de se entender os movimentos espaço-temporais desde suas contradições gerais no cotidiano.

Neste sentido, os problemas e necessidades sociais devem ter uma dimensão recursiva no seu enfrentamento, a qual, ainda de acordo com Matus (1993), implica abordar esses problemas em espaços diferenciados: problemas circunscritos a espaços singulares, particulares e/ou gerais. Nessa abordagem, a noção de espaço aproxima-se daquela expressa no pensamento de Santos, que o vê como resultado da interação entre sistemas de objetos e sistemas de ações.

A tradução destes conceitos para a prática do planejamento incorpora a idéia de ação. Mas não de uma ação qualquer. O planejamento a vê como resultado de práticas sociais, dotada de conteúdo e sentido estratégicos. Na relação entre o interno e o externo, entre o local e o global, o particular e o geral, recupera-se a idéia de realidade em movimento, e da relação – antagônica ou não – entre atores sociais, na conformação dos limites à ação de planejar. Assim, tomam-se em consideração as relações de forças entre os diversos atores sociais, no sentido da construção de viabilidade para determinadas ações. A visualização destas relações torna-se mais objetiva quando as mesmas são representadas através de sistemas de informação e de técnicas de processamento de imagens.

Um elemento a ser ressaltado neste modo de planejar é que o espaço é visto como um sistema aberto de relações e, em consequência, onde as decisões se dão em um contexto de incertezas.

Fica pouco claro, ainda, o que motiva o surgimento da orientação atual que tem propiciado a redescoberta do espaço no âmbito do planejamento em saúde. Temos a hipótese de que tal movimento se articula com o processo mais geral de fragmentação e globalização, com o retorno do território, ao mesmo tempo em que os imperativos colocados pela Reforma Sanitária e a necessidade de uma racionalidade para construção do Sistema Único de Saúde jogam na arena técnica e política a construção de um espaço (novo território?) de atuação, o Distrito Sanitário.

A construção desta nova proposta de espacialidade na saúde ocorre simultaneamente ao processo mais geral de profundas crises políticas e sociais, e que muitas vezes expressam diferentes e contraditórias proposições em relação às reformas do setor saúde, cada uma delas trazendo no seu bojo diferentes concepções de justiça social e de representação no espaço.

Vilaça (1993) faz referência a três possíveis vias de organização espacial do setor saúde, a saber: a topográfico-burocrática, que corresponde à desconcentração e um mero rearranjo das unidades de saúde; a opção construtivista, que pressupõe uma certa racionalidade administrativa baseada na centralização e no controle através de sistemas de planejamento normativo; e por último, a proposta do distrito sanitário que prevê uma concepção de espaço processual e apoia-se na idéia de justiça social distributiva.

A definição de Distrito Sanitário, segundo essa concepção, vai mais além do recorte territorial – apesar de ter nele sua concretude – e tem as práticas sanitárias e sua mudança como os elementos centrais em sua configuração. O Distrito Sanitário torna-se o norteador de um projeto que toma por base “(...) o coletivo, atuando sobre grupos populacionais definidos em função de critérios demográficos (sexo, idade), socioeconômicos (formas de inserção nas atividades produtivas) e culturais (hábitos e estilos de vida)” (Vilaça, 1993).

No entanto, tal possibilidade não é ainda um dado constitutivo da racionalidade que hoje impera nas visões que têm tomado a categoria (ou variável) espaço como critério distributivo (Harvey, 1980). Apesar de reconhecer que os imperativos de ordem prática para a organização dos serviços de saúde impõem uma abordagem ‘utilitária’ da categoria espaço, não podemos deixar de reconhecer que se faz necessária a recuperação do conceito segundo abordagens mais integrais, com vistas a superar o risco de torná-lo vazio de seus sentidos.

Na tentativa de contribuir para a reflexão dos limites e dificuldades que hoje o processo de distritalização enfrenta, procuramos operacionalizar os conceitos desenvolvidos por Santos (1994a), na matriz configurada a seguir:

QUADRO 2 – Sistemas de objetos e sistemas de ações / suas relações na área da saúde^(*)

DISPOSIÇÃO DO ESPAÇO			
	Horizontalidades	Verticalidades	
PRODUÇÃO DO ESPAÇO	Sistemas de Objetos	compreendem áreas contíguas de produção, as estruturas físicas dos equipamentos urbanos: saneamento, rede assistencial, estruturas de lazer, abastecimento etc. Inclui serviços locais de saúde e os distritos.	centros de decisão localizados à distância: burocracia estatal, organizações financeiras internacionais, centros de decisão das empresas multinacionais, organismos de cooperação internacional bilaterais e multilaterais.
	Sistemas de Ações	movimentos sociais, organizações de defesa dos usuários, organizações não-governamentais, organizações independentes de trabalhadores e empresários etc.	regras, normas, instituições, programas de saúde, conselho de saúde, partidos políticos, corporações profissionais etc.

^(*) Inspirado em SANTOS (1994b).

Apesar de a síntese do quadro reduzir seu alcance conceitual, ele permite sistematizar as categorias fundamentais para a compreensão da articulação do planejamento em saúde com a dimensão espacial.

Os sistemas de objetos em sua disposição horizontal compreendem a estrutura produtiva, as infra-estruturas e equipamentos urbanos, as habitações, os “vazios urbanos” e os recursos naturais e ambientais etc. Por essa via, torna-se possível compreender sua dinâmica de implementação e sua distribuição desigual, que muitas vezes aparecem como áreas e manchas de produção especializada, como por exemplo, as regiões onde se localizam as montadoras e as indústrias de autopeças; ou ainda como espaços de exclusões, tais como são as favelas, os cortiços e as periferias urbanas das grandes cidades.

Na área da saúde, este tipo de disposição pode ser representado pela ‘homogeneidade e especialização’ da produção de tecnologias de ponta nas áreas de diagnósticos, tratamento e insumos; ou ainda, pela sua distribuição desigual no espaço, dinâmica que também se observa na distribuição dos equipamentos urbanos neste setor.

No caso das disposições verticais, a lógica dominante é a dependência de lugares à distância, que conformam centros de comando. Como exemplo, temos o sistema financeiro interna-

cional, a matriz das empresas multinacionais, os centros de produção de conhecimento tecnológicos, os aparelhos do Estado etc.

O que é importante ressaltar aqui é que, em função das transformações produzidas pelas inovações tecnológicas e a flexibilização desta produção, os sistemas de objetos tornam-se cada vez mais artificiais e os sistemas de ações, mais entrelaçados.

Em contrapartida, os sistemas de ações na disposição horizontal expressam e representam espaços de construção de identidades e de interesses solidários ou contraditórios entre si. Nesse processo, estabelecem-se relações que solidificam os vínculos no interior da sociedade civil, em perspectivas que podem ser, ou não, contra-hegemônicas.

Os sistemas de ações, quando vistos do ângulo das verticalidades, dizem respeito às normas, regras e processos de controle, regulação e decisão, que apoiadas em uma racionalidade técnico-burocrática, conduzem ao estranhamento cada vez maior dos sistemas de ações em relação ao lugar. Retomando aqui as considerações que Matus (1993) faz no capítulo 11 ("Processo de produção social") de seu livro, percebemos a complexidade do entendimento das questões anteriormente abordadas em razão das possibilidades de ação nos diversos espaços hierarquicamente distribuídos e planos situacionais, o que nos remete não apenas ao entendimento da totalidade de sua representação estrutural, mas também em níveis operativos das ações nos espaços singulares. Para o autor, a solução do ponto de vista da tomada de decisão, em relação aos problemas, viria de um híbrido que vinculasse os espaços singulares destes aos diferentes níveis de complexidade ao qual pertencem.

Ademais, assumindo a não-aleatoriedade da produção do espaço, mas sim as intencionalidades e racionalidades que o configuram, o desenho dos planos pode apreender a realidade sobre a qual pretende intervir, em toda sua complexidade.

Nesse sentido, o movimento interno da discussão do espaço no setor saúde se articula ao conjunto de questões colocadas pela reorganização dos serviços, por um lado, ao mesmo tempo em que tem vínculos de caráter mais mediato com o processo mais geral de reestruturação dos espaços na perspectiva da globalização da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem do espaço, que se coloca para o setor saúde como instrumento para a construção do projeto de Reforma Sanitária, possui alguns componentes que merecem ser equacionados:

- O setor saúde não é constituído apenas pelas unidades de prestação de serviços nos diferentes níveis – local, regional e nacional –, mas à luz do processo de reestruturação produtiva, na nova ordem da acumulação capitalista, compreende um complexo industrial e tecnológico de amplitude internacional integrado à ordem mundial. Assim, o processo de distritalização em curso não pode perder de vista essa dimensão, já que a mesma impõe padrões de distribuição espacial de tecnologias, os quais têm influência sobre as decisões que se assumem no nível local.

- A área de abrangência tem sua lógica de estruturação centrada nos elementos constitutivos da rede assistencial – as unidades de saúde. Estas são assumidas como a referência básica em razão da qual se desenham os fluxos de usuários, suas procedências, e se estabelecem os limites da base territorial, mais especificamente das áreas de abrangência de cada unidade de saúde. Esse recorte, se tomado de uma perspectiva isolada, corre o risco de limitar-se ao conceito de demanda por serviços de saúde, esquecendo que outros territórios importam ao setor, como, por exemplo, as fábricas, os espaços de circulação de grupos de risco para doenças sexualmente transmissíveis etc.
- Os recortes espaciais têm sido privilegiados como aproximações à medida das iniquidades; trata-se de recortar o espaço, revê-lo e esquadrihá-lo, identificando e delimitando os grupos postergados. Esse mapeamento das doenças e das “chances de vida” tem demonstrado ser de bastante utilidade como insumo para os processos decisórios. No entanto, tal abordagem pode traduzir a busca da equidade apenas na perspectiva da utilização dos já escassos recursos. Ademais, pode ter como derivação o estabelecimento de pontos de referência, de limites a atingir, para lograr o bem-estar das comunidades. Vale lembrar a possibilidade de, nessa construção espacial, a definição desses pontos de referência vir a ser um momento de resgate da contra-ordem, da construção de saúde como um direito.
- A perspectiva da focalização das ações e políticas voltadas para os grupos postergados identificados a partir de recortes espaciais, entre outros, coloca um questionamento sobre os rumos da reforma sanitária: significa, essa focalização, um avanço no sentido da universalização ou significa, a longo prazo, a inviabilização de um sistema equânime e universal garantido pelo Estado? É importante reiterar a necessidade de aprofundar discussões sobre conceitos como a discriminação positiva, que podem contribuir na construção de alternativas à proposta de focalização, na implementação das políticas distributivas.
- O espaço vem a ser diagramado e dissecado no interior do processo de reordenamento do Sistema Único de Saúde – rede pública – que mais e mais vem se configurando como a alternativa dos excluídos e postergados. Esse Sistema não vem a se concretizar como representação de um projeto de universalização, mas não deixa de enfatizar a perspectiva de equidade. O território assim delimitado expressaria a segmentação que já se coloca de fato e que é anterior a ele, mas que recorta e normatiza os fluxos para essa população, que passa a ter definidos seus limites de circulação e acesso às unidades de saúde.
- Um outro lado destas considerações que merece atenção especial é o que diz respeito à disponibilidade de tecnologias de informação e de imagens para os estudos dos eventos de morbi-mortalidade. No entanto, há que se ressaltar a forma como elas vêm sendo incorporadas pelo sistema de saúde, expressas em acesso desiguais e na falta de recursos humanos capacitados para o manejo das mesmas. Ressaltamos, porém, que tais limitações não devem servir de justificativa para o imobilismo, inviabilizando a construção de sistemas de informações locais.

Os aspectos levantados anteriormente buscam reportar algumas das inquietações surgidas no decorrer da elaboração deste artigo, tendo caráter introdutório, devendo ser retomados em momentos posteriores.

Nunca se viveu no sistema capitalista um processo tão intenso de fragmentação espacial e de exclusão da humanidade do convívio no espaço, a partir de recortes normatizadores do seu uso, tornando o migrante em estranho, o excluído em elemento alheio ao lugar, o homem, em geral, em uma função de fluxos determinados. Tal processo reveste-se de uma perspectiva tão avassaladora que, mais que nunca, se assiste a uma diferenciação social, exclusão que tem sua expressão maior nos usos e possibilidades de uso do espaço, como dimensão da sobrevivência do homem. Seu raio de ação já não diz respeito apenas à periferia e às fronteiras do sistema, mas é hoje uma realidade que exclui, expulsa e aliena contingentes significativos das populações nos países centrais.

Desse modo, a construção dos “nossos territórios”, os da construção do Sistema Único de Saúde, não pode alhear-se dessa perspectiva mais geral – sob pena de “unificar sem unir” – e levantar novas fronteiras, ao invés de garantir a equidade e universalidade no acesso aos serviços e à qualidade de vida necessária à dignidade humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERMAN, M. et al. Saúde e Meio Ambiente: uma análise de diferenciais intra-urbanos enfocando o município de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 28(4):320-325, 1994.
- BOURDIEU, P. *O Desencantamento do Mundo: estruturas econômicas e estruturas temporais*. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- CASTELLS, M. *A Questão Urbana*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
- KADT, E. & TASCIA, R. *Promovendo a Equidade: um novo enfoque com base no setor saúde*. São Paulo-Salvador: Hucitec-Cooperação Italiana, 1993.
- GIDDENS, A. *As Conseqüências da Modernidade*. São Paulo: Ed. Unesp, 1991.
- HARVEY, D. *A Justiça Social e a Cidade*. São Paulo: Hucitec, 1980.
- HARVEY, D. *A Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Loyola, 1993.
- JACOBI, P. Hábitat e saúde na periferia. *São Paulo em Perspectiva*, 4:121-130, 1990.
- LEFEBVRE, H. *El Derecho a la Ciudad*. Barcelona: Península, 1978.
- LIPIETZ, A. *O Capital e seu Espaço*. São Paulo: Nobel, 1988.
- MATUS, C. *Política, Planejamento & Governo*. Tomo I, Brasília: Ipea, 1993.
- SANTOS, M. O meio técnico-científico e a urbanização no Brasil. *Espaço & Debates*, 25:58-62, 1988.
- SANTOS, M. A metrópole: modernização, involução e segmentação. In: VALLADARES, L. & PRETECEILLE, E. *Reestruturação Urbana, Tendências e Desafios*. Rio de Janeiro: Nobel/Iuperj, 1990.

- SANTOS, M. *Metrópole corporativa fragmentada – o caso de São Paulo*. São Paulo: Nobel-Secretaria de Estado da Cultura, 1990.
- SANTOS, M. *Técnica Espaço Tempo – globalização e meio técnico-científico informacional*. São Paulo: Hucitec, 1994a.
- SANTOS, M. O retorno do território. Território, Globalização e Fragmentação. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A. & SILVEIRA, M. L. (Orgs.). São Paulo: Hucitec-Anpur, 1994b. p.15-20.
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas-Abrasco, 1992.
- URIBE RIVERA, F. J. Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. In: URIBE RIVERA, F. J.; TESTA, M. & MATUS, C. (Orgs.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez-Abrasco, 1989.
- VILAÇA MENDES, E. *O Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

