

Os serviços de saúde no estado de São Paulo – seletividades geográficas e fragmentação territorial

Eliza Almeida¹ e
Ricardo Mendes Antas Jr.²
Novembro de 2008

1. Introdução

Do ponto de vista do fortalecimento da cidadania no Brasil, a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma vitória da nossa sociedade. A luta pelo direito à saúde pública começa a se delinear já nos primeiros anos da ditadura militar, quando o governo organizou um sistema excludente, pautado em serviços que tinham no hospital privado o seu principal centro de referência. Com essa proposta, atendia-se sobretudo à parcela da população brasileira cujos chefes de família estavam inseridos no mercado formal de trabalho.

A concentração dos serviços médico-hospitalares nas frações mais dinâmicas do território brasileiro e a exclusão da maioria dos trabalhadores brasileiros e de seus familiares marcam as ações dos militares nas políticas de saúde. Nesse contexto é que se organizam os primeiros movimentos pela reforma sanitária envolvendo médicos sanitaristas e outros profissionais da saúde, universidades, igrejas, movimentos sociais.

O capítulo da Constituição de 1988 que afirma que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado é um desdobramento dessas lutas, iniciadas 20 anos antes. E os 20 anos posteriores à Constituinte exigiram fôlego ainda maior para que o SUS não se tornasse letra morta. De fato, só em 1993, após o *impeachment* do presidente Fernando Collor de Mello, é que se inicia a implantação do SUS, com a edição da primeira Norma

¹ Profa. Dra. Da Universidade Federal de Alagoas – UFAL

² Prof. Dr. Do Centro Universitário Fundação Instituto de Ensino para Osasco - UNIFIEO

Operacional Básica (NOB). O aperfeiçoamento do SUS exigiu a edição de novas normas, e é desse modo que surgem as normas NOB/96, NOA 2001/2002, proporcionando ajustes e adequações às realidades regionais do país.

A presente análise busca traçar lineamentos sobre como o SUS se espacializa no território paulista, focalizando as concentrações que se manifestam no território e suas relações com a urbanização, sem deixar de lado os condicionamentos mais gerais relacionados à formação socioespacial brasileira.

2. A estrutura organizacional do SUS no território brasileiro

O SUS é um complexo sistema organizacional que busca harmonizar uma série de variáveis que compõem a prestação de serviços de saúde para toda a sociedade brasileira. Esses serviços combinam, em grande medida, compra, uso e manutenção de equipamentos tecnológicos básicos ou sofisticados; o conhecimento científico e a prática disciplinar médica, com fomento a fundações e institutos de pesquisa; a ampliação da responsabilidade dos municípios na prestação do atendimento à população, garantindo o processo de descentralização; a transferência de recursos da União para estados e municípios; a garantia da assistência básica; a vinculação de repasses de verbas ao cumprimento de programas do governo federal para ações de saúde; mais a participação da comunidade na gestão do sistema, através dos conselhos municipais de saúde. Nas dimensões territoriais do Brasil, o sistema normativo ordenado que compreende o SUS adquire feições particulares segundo as demandas próprias a cada região do espaço geográfico.

A importância dessa política pública – que tem hoje 20 anos de existência – pode ser dimensionada quando constatamos que dos 186 milhões de brasileiros (2008),

cerca de 140 milhões dependem exclusivamente desse sistema. Para que seja possível essa ampla cobertura, o sistema emprega 86,2% do total de 1.580.546 profissionais de saúde que há no Brasil.

Outros números ainda chamam a atenção sobre os recursos humanos do SUS: tomando o território como um todo, dos 600 mil com formação na área de saúde em nível de ensino superior, 77,1% fazem parte desse sistema público. Entre os que trabalham no SUS, a proporção é de 1 formado em nível superior para cada 3 profissionais e, vale lembrar, 76,5% dos profissionais formados em medicina no Brasil atuam no sistema. Esses dados são referentes a agosto de 2008, segundo o DATASUS.

Esse complexo sistema organizacional realizou, em 2006, 475,3 milhões de consultas, das quais 129,1 milhões (27,2%) concernem apenas ao estado de São Paulo. Já Minas Gerais, que tem aproximadamente metade do total da população paulista, participa com apenas 9,8%; o Rio de Janeiro, 9,6%; a Bahia, 6,4%; o Rio Grande do Sul, 4,9%. Essa concentração de consultas no estado de São Paulo é reflexo do elevado grau de concentração das estruturas do SUS. Dos profissionais formados em ensino superior que trabalham no sistema, São Paulo detém 25,3% do total, sendo que a concentração de médicos é ainda mais elevada: 27,2%.

As explicações dessa concentração relacionam-se ao fato de que o território brasileiro tem um alto grau de modernização seletiva, isto é, historicamente, a concentração das infra-estruturas e das firmas privilegiou o território paulista, o que acabou por configurar uma urbanização corporativa. A concentração dos recursos fiscais em mãos do governo federal desde o início da república, contrariando o princípio federativo, permitiu escolher livremente a geografização dos equipamentos coletivos, condicionando as ações atuais que reforçam essa lógica, pois os interesses corporativos em mantê-la são de grande força de persuasão nos meios políticos e sociais. Trata-se de

uma lógica em que "há, de um lado, premeditada escolha das infra-estruturas a instalar e de sua localização, com a criação de equipamentos do interesse específico de certas atividades. De outro lado, tomam-se disposições para facilitar o intercâmbio internacional e interno, mediante incentivos tanto genéricos como particulares a cada caso, que vão desde as tarifas de favor nos Correios e Telecomunicações, ao estabelecimento de linhas de crédito" (SANTOS, 1993, p. 107).

O atual complexo médico-hospitalar é tributário dessa concentração. Por isso, há que se considerar entre suas causas os capitais e a força de trabalho relacionados à indústria e aos serviços do complexo industrial da saúde (GADELHA, 2006), tais como a fabricação de produtos farmacêuticos e de aparelhos para usos médico-hospitalares e odontológicos; o comércio desses produtos e aparelhos, e a assistência médica suplementar. Em 2005, esse conjunto de setores empresariais envolviam, no território nacional, 928.494 trabalhadores e movimentavam 57,1 bilhões de reais, aproximadamente um terço do total de 181,8 bilhões das atividades relativas à saúde nesse ano (IBGE, 2008).

Desse modo, tanto o Estado – e o papel das universidades públicas aí é crucial – quanto as corporações acabam produzindo uma expansão urbana corporativa, condicionadora e também condicionada pela expansão do SUS, que investe fortemente em instalações públicas no interior do estado (complexos hospitalares, centros de pesquisa, universidades em cooperação com Estado e corporações). Os investimentos em saúde feitos pelo SUS no estado de São Paulo têm direcionado novas centralizações de empresas ligadas ao setor da saúde, colaborando, assim, para a composição de classes médias com elevado poder aquisitivo no interior do estado, o que delinea claramente o processo de urbanização corporativa apontado por Milton Santos em *A urbanização brasileira* (1993) e *Metrópole corporativa fragmentada* (1990). Como diz

o autor em *Por uma economia política da cidade* (1994), “a cidade constitui, em si mesma, o lugar de um processo de valorização seletivo. Sua materialidade é formada pela justaposição de áreas diferentemente equipadas, desde as realizações mais recentes, aptas aos usos mais eficazes de atividades modernas, até o que resta do passado mais remoto, onde se instalam usos menos rentáveis, portadores de técnicas e de capitais menos exigentes. Cada lugar, dentro da cidade, tem uma vocação diferente, do ponto de vista capitalista, e a divisão interna do trabalho a cada aglomeração não lhe é indiferente. Assim, às diversas combinações infra-estruturais correspondem diversas combinações supra-estruturais específicas” (p. 129-130).

3. Urbanização corporativa e seletividades geográficas do SUS

A universalização do sistema de saúde público no Brasil e seu funcionamento enfrentam enormes desafios, sabidamente ligados às disparidades econômicas, culturais e socioespaciais e também ao predomínio de interesses privados sobre os públicos, freqüentemente considerados de modo desarticulado. Disso decorre o retrato da saúde veiculado nos meios de comunicação, que conduz a uma visão de caos generalizado e total falência do sistema público de saúde. Filas nos pronto-socorros, falta de médicos, dificuldades para marcar consultas, aparelhos quebrados, pacientes tratados de maneira desumana fazem parte do cotidiano vivido por muitos brasileiros, mas também é verdade que desse sistema depende a maioria da população e não é em qualquer parte do território que tais deficiências são crônicas. O acesso aos equipamentos e serviços de saúde varia em cada porção do território, mormente nas regiões metropolitanas, que concentram a maior parte dessas estruturas, onde o acesso ao sistema é mais rápido, mas o uso dos equipamentos e serviços é mais lento. Essa situação se explica pela relação

entre o número de equipamentos e o total da população concentrada nas regiões metropolitanas. A universalização da saúde, nesse sentido, tem sido uma ferramenta importante no combate aos problemas decorrentes dessas desigualdades.

Mas, para que a universalização se concretize, é preciso que a sociedade brasileira se aproprie do SUS, que pressione os poderes por políticas públicas efetivas, ainda que ferindo interesses de multinacionais do setor farmacêutico, de indústrias de equipamentos médico-hospitalares, de hospitais privados e empresas privadas de medicina. A própria formação dos profissionais da saúde oferecida nas universidades prioriza a especialização em detrimento da formação de médicos generalistas e está pautada na medicina curativa, não na preventiva – o que em muito se tem revelado funcional aos interesses corporativos.

A medicina preventiva, ao impedir que o corpo adoça precocemente, contraria investimentos vultosos em equipamentos tecnológicos sofisticados, materiais específicos para o complexo hospitalar e a própria expansão do sistema hospitalar. Citamos aqui duas importantes campanhas de prevenção em que o governo federal vem atuando com vistas a atenuar impactos no SUS:

- o combate ao tabagismo: "Entre 1996 e 2005, houve mais de 1 milhão de internações atribuíveis ao tabagismo (...) As internações atribuíveis a todos os grupos de enfermidades (câncer, DIC, influenza e pneumonia) custaram um total de R\$ 1,1 bilhão (preços de 2005)" (IGLESIAS, 2007, p. 52-53);

- campanha contra acidentes de trânsito: "Quanto às internações no Sistema Único de Saúde (SUS), dados de 2006 indicam que foram 123.061, ao custo de R\$ 118 milhões. A maioria das internações (41.517) ocorreu por atropelamentos, seguidos pelos acidentes com motociclistas (34.767)" (Ministério da Saúde, 2007, p. 2).

Há, no entanto, um amplo conjunto de doenças que não são alvo de campanhas intensivas do Estado, para as quais não há políticas de prevenção, que, se fossem implementadas, poderiam transformar profundamente a relação da população com o SUS, que hoje é um sistema encarregado de cuidar das doenças, administrando-as, e raramente é capaz de eliminá-las ou preveni-las.

Um sistema assim construído acaba por favorecer setores econômicos que se desenvolvem em torno da lógica da administração da doença. Temos, portanto, um pesado sistema que funciona em direção contrária à da prevenção e que draga os recursos na direção dos interesses corporativos, em duplo sentido: em favor das corporações empresariais do setor que têm interesse na expansão hospitalar do SUS e da corporação médica, que tem vários interesses ligados à divisão do trabalho específica na medicina, que hoje é de grande complexidade e extensa complementaridade entre as especialidades, dependendo, por isso, de verbas para pessoal, instalações físicas e institucionais, além das pesquisas de ponta. Numa medicina assim altamente tecnologizada, há a geração de demandas convergentes com os interesses corporativos empresariais, realimentando um ciclo de necessidades. A medicina preventiva não excluiria a medicina curativa, no entanto, esta última, pelas razões mencionadas, tem ganhado no braço de ferro sobre as disposições dos orçamentos públicos.

No estado de São Paulo, a confluência dos interesses corporativos assume proporções significativas, influenciando, inclusive, no processo de urbanização – por isso a denominamos *urbanização corporativa*. Se tomarmos como parâmetro as empresas de fabricação de aparelhos e instrumentos para usos médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais e de aparelhos ortopédicos, as empresas de fabricação de produtos farmoquímicos, as empresas de fabricação de medicamentos para uso humano e as empresas de fabricação de materiais para usos médicos, hospitalares e odontológicos,

anotaremos um total de 1006 unidades (RAIS – Atlas de competitividade da Indústria Paulista, 2008). A metrópole paulistana, com 412 dessas empresas, Ribeirão Preto, com 68 delas, e Campinas, com 36, são as três cidades que mais concentram esse tipo de empresa, mas há mais concentrações significativas em todo o estado, conforme mostra o mapa 1.

Mapa 1

Mapa 1

Uma das causas da urbanização corporativa é o fato de essas cidades concentrarem os serviços hospitalares de alta complexidade³ (mapa 2), pois são mais exigentes em relação à manutenção e à renovação tecnológica e recebem maiores volumes de investimento por parte do SUS, garantindo, via de regra, vultosos lucros

³ Os serviços hospitalares de alta complexidade incluem as seguintes especialidades: centros de alta complexidade em oncologia com radioterapia e/ou quimioterapia; cirurgia cardíaca, marca-passo, cardioversor desfibrilador implantável, marca-passo multi-sítio; laboratório de eletrofisiologia; tratamento endovascular; implante coclear; programa de assistência ventilatória não invasiva aos portadores de distrofia muscular; tratamento da epilepsia; gastroplastia; tratamento de lábio palatal; unidades de cuidados especiais em queimaduras; ortopedia.

para os investidores privados. É possível perceber, conforme o mapa 2, que a lógica que preside a localização dessas empresas está relacionada com as cidades que concentram os complexos hospitalares expressos pela disponibilidade de equipamentos de alta complexidade e que ambos (empresas e complexos hospitalares) estão fortemente vinculados aos principais eixos viários do território paulista.

Mapa 2

Copyright 2014
por [nome do autor]

As concentrações de médicos no estado (mapa 3) apresentam um padrão semelhante às concentrações dos serviços de alta complexidade e principalmente das indústrias ligadas aos complexos hospitalares. Esses dados, associados, ressaltam o aspecto corporativo da urbanização paulista, posto que há uma forte cooperação entre profissionais, empresários e instituições cujo objeto de interesse comum é a saúde transformada em setor econômico. Todos estão, assim, bastante vinculados e

dependentes do SUS e de seus planos de expansão no âmbito da tecnologia e dos recursos humanos.

Mapa 3

Qualidade e a
expansão
em saúde pública

O processo de expansão do SUS, associado às dinâmicas que se desenrolam nos demais setores econômicos dinamizados pelas práticas sociais correspondentes⁴, acaba por transformar gradativamente as funções e as estruturas que, num movimento conjunto, conduzem a própria urbanização para uma lógica socioespacial inédita. É assim que “o arranjo espacial das cidades muda, tanto pelo seu tamanho consideravelmente aumentado, como pela sua localização mais dispersa. Mudam, sobretudo, suas funções. As cidades são os elos de uma cooperação e de uma regulação que se devem dar em escala nacional, a serviço das atividades com dimensão nacional, isto é, as grandes empresas e o Estado. Por isso, devem ser localmente equipadas para o

⁴ A educação e a expansão das universidades públicas e privadas, mais a constituição de redes de pesquisa e ensino, por exemplo, reúnem um quadro igualmente complexo que interfere efetivamente na urbanização corporativa.

exercício dessa vocação ‘nacional’, indispensável à realização do modelo nacional adotado” (SANTOS, 1993, p. 108).

As atividades não-hegemônicas são, em geral, relegadas ao arranjo "espontâneo" do mercado e muitas acomodações sociais e econômicas ocorrem conforme os condicionamentos oriundos das rugosidades do espaço geográfico⁵. Já as atividades centrais são programadas pelo poder político de modo a atender aos interesses do próprio Estado e também aos das corporações.

As localizações mais interessantes ao capital e ao Estado, mas também aos segmentos de classe média corporativos (em termos de especialidades profissionais) com poder de influência na formação da opinião pública, são levadas em conta na hora da geografização dos investimentos públicos. “A maior parte da evidência que temos sobre grupos de decisão, barganha, controle do governo central, democracia, burocracia e similares, indica também que *qualquer* organização social, econômica e política que obtém qualquer permanência é suscetível de cooptação e subversão por grupos específicos de interesse. Numa democracia constitucional isso usualmente é desempenhado por pequenos grupos bem organizados de interesse que acumularam os recursos necessários para influenciar os tomadores de decisão” (HARVEY, 1980, p. 93).

Pode-se perceber assim o caráter sistêmico da urbanização corporativa ou, em outros termos, que a urbanização corporativa é tributária de uma *lógica* do sistema produtivo contemporâneo alimentada por diversos segmentos sociais imbuídos da cultura do consumo moderno. Este último não se qualifica mais só pela aquisição de bens de interesse individual ou familiar, mas também da tecnologia avançada de que as

⁵ Rugosidades do espaço geográfico são conjuntos de formas socialmente criadas pelas divisões de trabalho pretéritas e que permanecem no presente, geralmente com novas funções. Como essas formas que resistem são diferentes em cada porção do território, os condicionamentos dinamizam as novas estruturas, iguais a princípio, mas com particularidades regionais em seus funcionamentos. Ver Milton Santos *Por uma geografia nova*. São Paulo: HUCITEC, 1978.

atividades hegemônicas hoje são bastante exigentes. “Essas atividades *centrais* se dispõem em rede e sistema, interessando à totalidade dos núcleos urbanos, não importa onde estejam localizados. É nesse sentido que podemos falar de uma *urbanização corporativa*” (SANTOS, 1993, p. 109). De modo que o SUS, ao definir as centralizações dos equipamentos e instituições de saúde, re-hierarquiza o sistema urbano, define áreas de influência e periferias, enfim, valoriza o espaço de determinadas cidades que exercerão regulação e influência política sobre as demais. O sistema urbano contemporâneo atual é uma rede de cidades, mas há nós da rede mais importantes que outros.

4. Espaços luminosos e espaços opacos no estado de São Paulo

A lógica da urbanização corporativa cria novas centralidades e não é capaz de cobrir o território de modo homogêneo, como mostram os mapas 1, 2 e 3, o que acaba por gerar um padrão concentrador de infra-estruturas, firmas, instituições e pessoal qualificado. Esse processo conduz à formação de *espaços luminosos* e *espaços opacos* no território paulista, conforme a oferta e o acesso aos serviços de saúde. Isso também se revela na maioria dos setores econômicos, pois cada centralização geográfica de um setor induz outras concentrações, já que os aparatos produtivos instalados reforçam a cooperação capitalista mais estreita, sendo a localização geográfica um elemento não negligenciável nas vantagens competitivas. “Espaços luminosos [são] aqueles que mais acumulam densidades técnicas e informacionais, ficando assim mais aptos a atrair atividades com maior conteúdo de capital, tecnologia e organização. Por oposição, os subespaços onde tais características estão ausentes seriam os espaços opacos. Entre esses extremos haveria toda uma gama de situações. Os espaços luminosos, pela sua

consistência técnica e política, seriam os mais suscetíveis de participar de regularidades e de uma lógica obediente aos interesses das maiores empresas” (SANTOS e SILVEIRA, 2001, p. 264).

Estamos, portanto, diante de um processo de criação e re-criação do meio, isto é, do espaço geográfico como um produto socialmente construído. A cada período histórico a sociedade transforma, num esforço coletivo, o meio onde ela vive e se reproduz: por vezes temos o meio natural modificado em meio artificializado, mas freqüentemente a sociedade procura refuncionalizar o meio já produzido, valendo-se de sistemas técnicos e organizacionais mais recentes, regulando o território para cumprir funções e necessidades emergentes. Esses re-equipamentos do território para atender às novas demandas, com sistemas modernos que unem técnica e ciência, estão sintonizados com o presente (e mesmo com o futuro próximo) e produzem um novo meio, o *meio técnico-científico-informacional* (SANTOS, 1996, p. 190), correspondente ao período de globalização que atravessamos.

A difusão do meio técnico-científico-informacional se dá seletivamente no território brasileiro, pois a expansão de um meio como esse exige grandes inversões de capitais e não consegue se expandir em todas as direções e em igual ritmo no tempo histórico, o que acaba provocando grandes desigualdades no uso e na ocupação desse novo meio. No caso particular do estado de São Paulo, é possível associar essa difusão desigual à criação de espaços luminosos e espaços opacos.

Os eixos rodoviários são indutores da expansão do meio técnico-científico-informacional e conseqüentemente da urbanização corporativa no estado. Resultam desse processo áreas em que a urbanização se dá mais intensamente e nas quais a

implementação de fixos é bem sucedida⁶, pois conhecem rápida e eficazmente a presença de fluxos informacionais de todo tipo (ordens, capitais, conhecimentos especializados etc.), tornando-se espaços luminosos em contrapartida aos espaços opacos; às vezes, mesmo quando há alguma densidade técnica, determinadas porções do espaço geográfico não são capazes de atrair os tipos de fluxo estruturadores do período, e permanecem como espaços opacos no território, ainda que algum esforço do Estado tenha se realizado em sentido contrário.

Ao observarmos os eixos viários no estado de São Paulo e estabelecermos as relações com as implementações dos fixos de saúde e com as firmas a eles relacionadas, constatamos que estão aí as principais áreas luminosas do território paulista:

1) A rodovia Presidente Dutra (BR 116), que liga a metrópole paulista com o estado do Rio de Janeiro, passando pelo Vale do Paraíba, onde encontramos importantes centros urbano-industriais como São José dos Campos, Jacareí, Taubaté e Guaratinguetá. Em São José dos Campos temos um importante centro aeroespacial, além de instituições como o Instituto Tecnológico da Aeronáutica (ITA) e o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), referências na área de pesquisa científica e tecnológica.

2) A rodovia Washington Luiz (SP 310), um prolongamento da via Anhangüera em direção a São José do Rio Preto, que passa por núcleos urbano-industriais importantes como Rio Claro, São Carlos, Araraquara, Catanduva e outros menores. O destaque é o pólo tecnológico de São Carlos, um importante centro de pesquisa direcionado à engenharia, à física e à química, por intermédio da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e o campus da Universidade de São Paulo (USP). Conta, também, com o

⁶ “Os fixos nos dão o processo imediato do trabalho. Os fixos são os próprios instrumentos de trabalho e as forças produtivas em geral, incluindo a massa dos homens” (SANTOS, 1988, p. 77). Podemos considerar, então, como *fixos de saúde* os hospitais, clínicas de saúde, postos de atendimento e até mesmo as indústrias relacionadas ao setor de saúde, mais toda a força de trabalho necessária para a dinamização desses elementos que são *fixos* no território e que estão em constante relação entre si, formando um sistema. Essa relação sistêmica dos fixos é estabelecida por *fluxos* materiais e informacionais.

Parque de Alta Tecnologia de São Carlos, fundado em 1984 e uma incubadora de pequenas empresas criadas em 1986.

3) As rodovias Anhangüera e Bandeirantes (SP 330; SP 348), que passam pela Região Metropolitana de Campinas em direção ao centro agroindustrial de Ribeirão Preto.

4) A rodovia Castelo Branco (SP 280), que passa por cidades importantes como Sorocaba e Itu em direção a Botucatu e Bauru. Podemos destacar, em Sorocaba, o campus da UFSCar e o da UNESP.

É justamente para essas parcelas do território paulista que os investimentos públicos e privados têm se destinado nos últimos anos, processo que pode ser melhor percebido a partir da década de 1980, quando assistimos à intensificação do processo de dispersão industrial, com a saída de muitas unidades produtivas da Região Metropolitana de São Paulo em direção ao interior do estado, em função de estratégias específicas de acumulação de capital do setor.

Além da densidade das redes de transporte e de comunicação, podemos apontar a existência de universidades com tradição em pesquisa (Unicamp, Unesp, UFSCar, PUCCamp), a presença de mão-de-obra especializada e a facilidade de comunicação com a metrópole paulistana. A reunião de uma expressiva classe média se traduz na constituição de um mercado de consumo importante: no ranking das cidades com maior número de famílias ricas do país (Cf. PORCHMANN, 2003) vê-se que a maioria delas está localizada nesses eixos rodoviários. Contrastando com esses espaços luminosos, reconhecemos os espaços opacos, nos quais as vias de acesso são, em grande parte, precárias, como no Vale do Ribeira, no Litoral Sul e no Pontal do Paranapanema, onde a pobreza da população e a falta de dinamismo econômico decorrem da seletividade dos investimentos públicos e privados.

A maior densidade técnica e organizacional da saúde em determinados espaços no território paulista pode ser constatada quando observamos a distribuição de determinados tipos de equipamentos, e aqui selecionamos os equipamentos de diagnóstico mais freqüentemente utilizados pela medicina hegemônica (mapas 4, 5, 6 e 7), sintonizada com os produtos gerados pelas corporações da saúde, evidenciando, com isso, que a diretriz hoje dominante no SUS, além de gerar um alto custo, é incapaz de atender a curto prazo à proposta de universalização. Sobretudo se considerarmos que, se há insuficiências no território federado mais rico do país, nos demais entes da federação a situação pode ser mais grave.

Mapa 4

Mapa 4

Mapa 5

Copyright © 2014
by Pearson Education, Inc.

Mapa 6

Copyright © 2014
by Pearson Education, Inc.

Copyright 2011

Os serviços de saúde são vistos também como um bem de consumo que gera novas possibilidades produtivas. Campinas, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e São José dos Campos são importantes centros de referência. Universidades públicas – USP, Unesp e Unicamp – em cidades que estão nos principais eixos rodoviários criaram uma geografia privilegiada nesses lugares, favorecendo o trânsito de pacientes entre diversas partes do território, inclusive de outros estados do Brasil, acelerando o crescimento dos serviços médicos e despertando o interesse de ramos diversos da indústria de equipamentos médico-hospitalares, da farmacêutica e das empresas de saúde. Como observa Milton Santos (1999), "as ações governamentais relacionadas com os serviços públicos da cidade estimulam nela, indiretamente, novas criações. Assim, a construção de um hospital ocasiona automaticamente o estabelecimento de médicos particulares, enfermeiras e, às vezes, mesmo laboratórios anexos; isto faz crescer o ‘poder’ social da

cidade” (p. 111). A seletividade com que o poder público foi atuando no território brasileiro tem ampliado a ação de um conjunto reduzido de cidades que vê seu poder constantemente reforçado.

Cada um desses ricos municípios, entretanto, apresenta problemas como a falta permanente de médicos nos lugares mais periféricos. Neles, a baixa qualidade dos serviços de saúde em certas áreas propicia a reincidência de doenças relacionadas à pobreza, como a tuberculose, a dengue e quadros permanentes de subnutrição. Desse modo, nas cidades ricas do interior paulista, a dialética dos espaços luminosos e opacos se reproduz, conseqüência da seletividade das modernizações ocorridas nesses municípios. Não são todos os lugares tocados igualmente pelo processo de difusão do meio técnico-científico-informacional.

Esses problemas não aparecem nos guias que traçam panoramas para os potenciais investidores no setor, enfatizando os lugares com maiores aportes técnico-científico-informacionais, como se eles representassem a totalidade da realidade municipal. Os serviços de saúde de média e alta complexidade (LABASSE, 1982), sobretudo, entram como um ingrediente para alimentar a guerra dos lugares, que buscam atrair novos investimentos para seus respectivos municípios.

Desse modo, aqueles lugares mais privilegiados do ponto de vista das modernizações e das rendas tendem a ser atrativos aos sistemas complexos, ao passo que regiões carentes e pobres ficam relegadas aos equipamentos básicos (se tanto), criando um círculo vicioso que só pode ser alterado com a presença de um Estado capaz de impor uma nova regulação da vida social nos lugares (ALMEIDA, 2005). Por conta desse círculo vicioso, o uso do território nos espaços opacos fica limitado pela precariedade dos sistemas de movimentos do território. As vias de circulação que não interessam aos grandes capitais são, de modo geral, praticamente esquecidas,

dificultando os deslocamentos e limitando o uso do território pelos agentes não-hegemônicos, o que engloba a grande parte da população, que, embora tenha direitos, acaba não tendo acesso ao SUS nas suas distintas hierarquias.

4.Considerações Finais

Para que o preceito fundamental do SUS – a universalização – se torne uma realidade nos lugares opacos, é preciso garantir-lhes uma fluidez que funcionalize a medicina preventiva, orientando recursos públicos para políticas de saúde eficazes no atendimento das populações que vivem em porções do território sem grandes concentrações urbanas. As ações podem ser mais adaptadas às condições específicas de cada porção do espaço geográfico e não impor necessariamente mais implementações técnicas e normas rígidas que preservam a lógica corporativa na saúde.

A difusão seletiva dos sistemas de objetos e de ações vinculados aos serviços de saúde tornou ainda maiores as desigualdades entre os lugares e entre as pessoas. Esta análise dos serviços de saúde no território busca mostrar como a urbanização corporativa no estado de São Paulo exerceu um papel preponderante na distribuição desigual desses serviços, do que decorre a existência de espaços luminosos e opacos. Cada vez mais, a estruturação de uma rede privada de serviços de saúde vinculada às ações curativas tem se expandido apenas para as partes mais dinâmicas do território paulista, reiterando a lógica da urbanização corporativa.

É importante garantir a fluidez de serviços de saúde por todo o território do estado para atender à meta da universalização, mas isso não exige que se imponha a mesma lógica, com a implementação de fixos semelhantes àqueles da medicina

corporativa. O combate à desigualdade, no que tange à saúde, está estritamente relacionado à maior proximidade entre a população e os profissionais da saúde, principalmente os médicos, para orientação sobre hábitos saudáveis, prevenção de problemas básicos relativos às práticas pessoais e sobre cuidados com os ambientes da vida cotidiana, deixando, assim, os complexos hospitalares para o tratamento de problemas ligados às patologias, em vez de problemas crônicos relativos à baixa qualidade de vida de populações que, por falta de acesso a informação especializada e desconhecimento de procedimentos adequados, adoecem.

A concentração dos serviços de saúde em grandes centros urbanos, somada aos crescentes recursos públicos destinados a sua manutenção e ampliação, tem comprometido as principais metas do SUS. O SUS não é um sistema autônomo, e sua concretização depende do conhecimento da dinâmica territorial atual. Reconhecer a existência dos espaços opacos e estabelecer políticas voltadas às demandas características dessas frações do território, sem que, para isso, se expanda a urbanização corporativa, que é custosa e perversa, já seria um sinal de transformação importante na orientação do SUS.

Para que esse sistema público de saúde se concretize como um elemento de justiça social, é preciso assumir uma orientação política voltada às necessidades da população, o que pressupõe um pacto entre as diversas instâncias de poder (municipal, estadual e federal) e um projeto nacional comprometido em combater as desigualdades socioespaciais do território brasileiro. Nas atuais condições econômicas da formação socioespacial brasileira, trata-se de uma reorientação da lógica de expansão do Sistema Único de Saúde, e não simplesmente de aumentar o volume de investimentos, que sempre se anuncia como único óbice para sua ampla consolidação.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Eliza. **Uso do Território Brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional**. Tese de doutorado apresentada no Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo, 2005.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. Revista **Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, 2006 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400003&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 19/2008. doi: 10.1590/S0034-89102006000400003.

HARVEY, David. **A justiça social e a cidade**. São Paulo: Hucitec, 1980.

IBGE. **Economia da Saúde Uma perspectiva macroeconômica 2000-2005**. Estudos & Pesquisas – Informação Econômica. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Contas Nacionais, Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/ IBGE Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais 2006.

IGLESIAS et all. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Documento de Discussão – Saúde, Nutrição e População (HNP), Documento preparado pelo Departamento de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial, Região da América Latina e do Caribe, 2007.

LABASSE, Jean. **La ciudad y el hospital. Geografía hospitalar**. Madrid: Instituto de estudios de administracion local, 1982.

LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação do Ministério da Saúde indica aumento dos acidentes**”, Secretaria de Vigilância em Saúde em Rede. Ministério da Saúde, Nº 27, março de 2007.

NEGRI, Barjas . As políticas de descentralização industrial e o processo de interiorização em São Paulo: 1970-1985. In: TARTAGLIA, J. C. e OLIVEIRA, O. L. (orgs.). **Modernização e Desenvolvimento no Interior de São Paulo**. São Paulo: Unesp, 1988.

PORCHMANN, Marcio e AMORIM, Ricardo (orgs.). **Atlas da exclusão social do Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**. Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Por uma economia política da cidade: O caso de São Paulo**. São Paulo, Hucitec, 1994.

_____. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. **Metrópole Corporativa e Fragmentada**. O caso de São Paulo. Nobel: Secretaria do Estado da Cultura, 1990.

_____. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: HUCITEC, 1988.

_____. **Por uma geografia nova**. São Paulo: HUCITEC, 1978.

SANTOS, Milton e SILVEIRA, María Laura. **O Brasil – território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SOUZA, Doriane Patrícia Ferraz. **Estudo Exploratório da Atenção de Alta Complexidade prestada pelos hospitais do Sistema Único de Saúde**. Dissertação de Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado

Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS,
2004.

Sites

Ministério da Saúde/ Portal da Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=29276

DATASUS

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxdescr.htm>

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

<http://www.planejamento.gov.br/>

SEADE/RAIS – Atlas de competitividade da Indústria Paulista, 2008.

<http://intranet.seade.gov.br/projetos/fiesp/>