

XII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM  
PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL

21 a 25 de maio de 2007

Belém - Pará - Brasil

---

ESPAÇOS PROMOTORES DE SAÚDE - ESPAÇO E SAÚDE PRODUZINDO INOVAÇÃO NA  
GESTÃO URBANA

Alexandre André dos Santos (DEGES/SGTES/MS)

## **Espaços Promotores de Saúde**

### **Espaço e Saúde Produzindo Inovação na Gestão Urbana**

#### Resumo

A má qualidade de vida e a doença foi sistematicamente produzida no tempo e espaço que interessou ao capital. O sistema capitalista afetou desigualmente a saúde das pessoas, alterou índices de adoecimento e mortalidade e produziu o espaço da doença, dos pobres e das periferias. Ao trabalhar com a essa dinâmica, e ao buscar a configuração de espaços promotores de saúde, o campo da saúde pública brasileira acabou por criar ferramentas que aportam qualitativamente no debate sobre o planejamento urbano. A gestão dos sistemas de saúde no Brasil produziu ferramentas conceituais inovadoras, articuladas com a dimensão territorial e a realidade prática. Conceitos que materializaram a formação de espaços promotores de saúde, entendidos como os que oferecem qualidade de vida para seus habitantes. As relações entre o espaço e a saúde, sob um viés qualitativo, foram articuladas à complexidade do espaço e à gestão de sistemas locais de saúde, proporcionando respostas aos problemas de saúde da escala local, e gerando interfaces inovadoras e instituintes. O estudo do caso do município de Joinville foi o disparador dessas reflexões, no período compreendido entre a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, em 1988, e o término da gestão municipal de 2001/2004.

## 1.Introdução

Os impactos negativos da organização do sistema capitalista sobre a saúde das pessoas podem ser observados de diversos modos, como apontou Harvey (2004, pg. 143-149) ao explicitar como o modelo capitalista produz deformidades, patologias e doenças e como ele viola, desfigura, subjuga, danifica e destrói a integridade do corpo que trabalha (até de maneira que podem ser arriscadas para a continuidade da acumulação do capital).

A dinâmica da acumulação capitalista, segundo Carlos (1994, pg. 184) “impõe um tipo de trabalho, um modo de vida, uma forma de cidade, e cria carências (como água, luz, esgoto, transporte, educação, etc.)”, o que reforça a advertência de Harvey.

Também Hissa (1992, pg. 75) trabalhou com o tema, e afirmou que a dinâmica sócio-espacial favorece a instalação da morbidade e a concentração nas áreas marginalizadas, com níveis mais altos de mortalidade.

Trata-se de uma dimensão importante para o entendimento daqueles que pensam e fazem a gestão dos sistemas de saúde. Os gestores de políticas de saúde que trabalharam a partir de conceitos espaciais, ganharam ferramentas conceituais inovadoras, auxiliares da formação de espaços saudáveis, o remete a uma vinculação com o processo de planejamento urbano, pouco trabalhada e muito importante.

O desvelamento das relações entre o espaço e a saúde, sob um ponto de vista qualitativo, coloca a necessidade de um conjunto de conceitos que possam trabalhar para a efetiva resolução de problemas da gestão pública de saúde, sob a perspectiva de formação de espaços saudáveis.

O prisma multidisciplinar, qualitativo, que une a geografia e saúde, ajustou-se conceitualmente à necessidade de identificar problemas e buscar soluções que pudessem dar conta de uma realidade complexa, atual, dinâmica.

Também se ressalta que o espaço foi configurado de maneira diferente, de acordo com as diferentes maneiras de realizar a gestão pública da saúde.

O processo de inter-relação dos diferentes conceitos da geografia e da saúde na configuração de espaços locais produtores de saúde e doença levou ao estudo de caso do município de Joinville, no período compreendido entre a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, em 1988, e o término da última gestão municipal, em 2004.

O caso de Joinville foi ilustrativo, pois apresentou processos de configuração espacial de um sistema municipal de saúde, e suas articulações, disputas e tensões. Foram processos

dinamizados em dois grandes eixos: a) o eixo dos modelos de gestão em saúde, e b) o eixo espacial.

O estudo explicitou como a disputa entre os dois modelos de gestão em saúde pode influenciar a organização do espaço, com exemplos da aplicação das duas importantes concepções sobre o espaço na operacionalização da política municipal de saúde.

## **2. Os modelos de Saúde**

Basicamente, dois grandes modelos disputam a organização do sistema público de saúde no Brasil: o modelo da assistência medicalizadora, também conhecido como flexneriano ou da medicina científica e o modelo da medicina comunitária, também chamado medicina social ou saúde coletiva.

Modelo assistencial pode ser conceituado como a organização das ações para a intervenção no processo saúde/doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar e resolver os problemas em uma coletividade (Mendes, 2001, pg. 18). Mendes afirmou também que os sistemas de saúde, deveriam responder de maneira clara a três objetivos: proporcionar um ótimo nível de saúde, um grau adequado de proteção em relação aos riscos de adoecer e satisfazer as expectativas do cidadão (Mendes, 2001, pg. 18).

No mundo ocidental capitalista os modelos assistenciais incorporaram uma dimensão articulada de saberes e tecnologias de grupos sociais que, apoiados na dimensão política, disputam entre si o poder de organizar a assistência ao público.

Identificam-se dois principais campos que consolidam as respostas para a saúde: de um lado, o campo da chamada medicina científica ou Flexneriana, e de outro a chamada medicina comunitária, social ou coletiva.

### **2.1. Medicina Flexneriana**

A medicina flexneriana propôs a organização de serviços de saúde sob a lógica do mercado. O modelo medicalizador, ou flexneriano centrou sua prática profissional no hospital e na utilização intensiva de tecnologia de diagnóstico e terapêutica. Foi uma opção articulada aos interesses econômicos hegemônicos, do complexo industrial hospitalar/farmacêutico (Brasil/Ministério da Saúde/ 2005, pg. 84).

Do ponto de vista espacial, gerou distorções, pois sua localização ótima levou os serviços de saúde a estar desigualmente acessíveis, porque se localizavam de acordo com os objetivos que orienta sua produção e com as condições de mercado a que estavam sujeitos. A medicina

científica foi levada a se localizar no espaço urbano, o espaço hegemônico do capital monopolista (Mendes, 1985, pg. 35).

A capacidade de atração dos grandes centros urbanos foi ampliada com tal modelo, que atuou como pólo atrativo de grupos populacionais (das áreas rurais e de outras áreas em depressão econômica), ampliando a geração de fluxos centro-periferia e esgarçando o tecido urbano em direção às periferias, criando novos movimentos de consumo de espaços periféricos.

A capacidade do espaço em atuar nas determinações de saúde foi diminuída, já que o problema de saúde se deslocou da Comunidade para o indivíduo. O aumento do aspecto biologicista para dentro do indivíduo também influenciou tal percepção.

O espaço foi tratado como inerte, absoluto, simples repositório para utilização dos homens em seu processo de desenvolvimento, papel em branco para escrita da história do capitalismo na humanidade (Dossey, 2006, pg. 11).

O espaço pensado pelos gestores da saúde de maneira absoluta e inerte configurou a organização do sistema de saúde com características específicas, e provocou rebatimento no processo de planejamento urbano como um todo, na medida que estimulou processos de concentração populacional desordenada ao estilo centro-periferia.

## **2.2. Medicina Comunitária**

Para responder à crise gerada pela medicina flexneriana, a comunidade científica internacional se mobilizou a partir da segunda metade do século XX. Era preciso organizar uma estratégia/modelo com capacidade de desatar os nós críticos e atuar de maneira complementar ao modelo da medicina científica.

A medicina comunitária teve suas origens nas experiências dos sistemas de saúde ocorridas em países subdesenvolvidos, principalmente na África Colonial inglesa durante a primeira metade do século XX. Articulou uma dimensão ideológica de integração social dos marginalizados, trazida pelos americanos, como parte das políticas sociais de combate à pobreza, implementadas no início da década de 1960 nos Estados Unidos, e foi difundida em projetos pilotos em outros países subdesenvolvidos da África, Ásia e América Latina, a partir da mesma década (Brasil, 2005, pg 59).

Foi a alternativa viável ante reformas mais radicais e abrangentes e se organizou de maneira complementar e não substitutiva à medicina científica, que continuou a atuar hegemonicamente, e se voltava preferencialmente às camadas mais pobres da população. Ficou caracterizada como uma medicina dos marginalizados, urbanos e rurais (Mendes, 1985, pg. 46).

O processo de crítica da medicina científica, a partir das respostas apresentadas pela medicina comunitária, materializou-se no Brasil no processo denominado “Reforma Sanitária”. Tal movimento desde meados da década de 1970 lutou pela difusão de modelos organizativos do sistema de saúde que incorporassem outras opções ideológicas, tecnológicas e organizacionais na construção do sistema de saúde nacional. (Brasil/Ministério da Saúde/ 2005, pg. 84).

Entre elas destacam-se: a) ação programática em saúde; b) a versão brasileira dos sistemas locais de saúde; c) as cidades saudáveis; d) o programa de saúde da família (PSF); e) movimento em defesa da vida (Brasil/Ministério da Saúde/ 2005, pg. 84).

As propostas alternativas contaram com variados graus de incorporação de elementos da medicina comunitária, e com eixos orientadores comuns, apresentados da seguinte maneira:

- a) a utilização do território no processo de planejamento das ações de saúde;
- b) definição ampliada dos problemas de saúde com o estabelecimento de estratégias para percepção das desigualdades regionais e microrregionais, visando a equidade;
- c) reorganização das práticas em saúde com uma abordagem interdisciplinar; e de integralidade em saúde;
- d) revisão dos conceitos clássicos de hierarquização de serviços, com reconhecimento da complexidade da atenção básica ou primária;
- e) articulação do setor saúde com os demais setores do governo na formulação de políticas saudáveis;
- f) gestão democratizada (Brasil/Ministério da Saúde/ 2005, pg. 84-85).

Uma das características da medicina comunitária, e trabalhada também na reforma sanitária brasileira, foi o resgate da prática coletiva de saúde. A saúde pública resgatou a importância da comunidade local como espaço onde se estabelecem vínculos e objeto de intervenção da política de saúde. (Mendes, 1985, pg. 53)

Na matriz original da medicina comunitária, houve a incorporação do modelo da desconcentração de recursos, fundado em dois conceitos básicos: regionalização e hierarquização dos serviços. (Mendes, 1985, pg. 54). Os dois conceitos se inspiraram na Teoria do Lugar Central de Christaller. A Teoria do Lugar Central apoiou-se no princípio da centralidade, com o espaço se organizando em torno de um núcleo urbano principal. A região complementar, ou entorno, possui uma relação de co-dependência com o núcleo principal, pensando a cidade e a região como um mosaico de regiões complementares, formando hexágonos contíguos, num sistema multicentrado e hierarquizado de núcleos e periferias em inter-relação (Najar, 2003, pg. 709).

A resposta foi um avanço para o modelo da medicina científica, mas apresentou limitações à medida que não incorporava a dinamicidade do processo de produção e reprodução do espaço. O modelo da medicina comunitária acabou por criar a figura da porta única de entrada no sistema, representada pela unidade básica de saúde (UBS). A UBS deveria fazer o processo de triagem dos atendimentos, endureceu a rede de serviços para o acolhimento das necessidades dos usuários.

A saúde coletiva, em outra direção, incorporou a dinamicidade do espaço e flexibilizou a configuração do sistema de saúde a real necessidade dos usuários. Buscou o acesso universal, tentando romper com a medicina científica. Implicou na apresentação de novos entendimentos do espaço mais radicais e incorporou a crítica ao espaço inerte e absoluto.

### **3. Conceitos espaciais**

#### **3.1. Lugar**

Os conceitos de espaço numa perspectiva crítica vieram principalmente dos estudos realizados por Milton Santos. Ainda que Milton Santos não tenha focado nas relações entre ciência geográfica e saúde, suas análises da espacialidade contribuem para o entendimento de determinantes e condicionantes sociais que operam na produção de doenças.

O espaço, para Santos, é indispensável para a compreensão da sociedade. Uma das categorias mais importantes para o campo da saúde coletiva é o de “lugar”

o lugar é, pois, o resultado de ações multilaterais que se realizam em tempos desiguais sobre cada um e em todos os pontos da superfície terrestre. Daí porque o fundamento de uma teoria que deseje explicar as localizações específicas deve levar em conta as ações do presente e do passado, locais e extralocais. O lugar assegura assim, a unidade do contínuo e do descontínuo, o que a um tempo possibilita sua evolução e também lhe assegura uma estrutura concreta inconfundível. Em um ponto determinado no tempo, as variáveis do espaço são assíncronicas de um ponto de vista genético, isto é, levando em conta as diferenças de “idade” que as caracterizam no pólo do sistema e nos outros pontos periféricos do espaço. No entanto, as variáveis funcionam sincronicamente em cada lugar. Todas trabalham em conjunto, graças às relações de ordem funcional que mantém. Cada lugar é, a cada momento, um sistema espacial, seja qual for a “idade” dos seus elementos e a ordem em que se instalaram. Sendo total, o espaço é também pontual (Santos, 1986, p. 211).

Santos ressaltou a importância do estudo dos lugares para uma verdadeira compreensão dos processos de produção e reprodução espacial. As características intrínsecas do espaço se expressariam no modo de viver das pessoas, que absorveriam, com diferentes velocidades, a

partir de interpretações sustentadas em uma complexidade fundada espacialmente, “as ordens” emitidas dos centros de poder.

Outro autor, Lefebvre (1991, pg. 54) chamou a atenção para a necessidade dos centros de poder, chamados por ele de “espaços dominantes”, de moldar as periferias. No campo da saúde, o lugar foi identificado pelos autores como algo fundamental na conformação dos modelos de assistência.

### **3.1. Horizontalidades e verticalidades**

As forças que configuram o espaço remetem aos conceitos de horizontalidade e verticalidade de Milton Santos.

Santos (2004, p. 286), escreve que a horizontalidade é fruto das relações do cotidiano, e o “lugar da cegueira e da descoberta, da complacência e da revolta”. Contrapõe-se às verticalidades, remotas, que se apresentam como “vetores de uma racionalidade superior e do discurso pragmático dos setores hegemônicos, criando um cotidiano obediente e disciplinado”.

Santos trabalhou com horizontalidades como os domínios daqueles lugares vizinhos reunidos por uma contigüidade territorial (Santos, 2005, pg 139) contrapondo ao conceito de verticalidades como aquelas formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais.

Atualmente, os vetores da verticalização, trazem segundo Santos (2004, p. 287) “desordem aos subespaços em que se instalam e a ordem que criam é em seu próprio benefício”.

As horizontalidades e verticalidades, portanto, imprimiram diversamente impacto na saúde das pessoas.

As verticalidades operariam no conjunto de sub-espaços e gerariam reconfiguração espacial, acentuando estados de morbidade (adoecimento) e mortalidade.

As horizontalidades operariam no sentido contrário, na busca solidária da resolução dos problemas de saúde.

Sobre a questão das horizontalidades e verticalidades, é importante ressaltar o papel do Estado, que atua como intermediário entre as forças externas e internas ao seu território.

Santos (2004, pg. 226) destaca que

o Estado não é, entretanto, um intermediário passivo; ao acolher os feixes de influências externas, ele os deforma, modificando sua importância, sua direção e, mesmo, sua natureza. Isso significa que a

reorganização de um subespaço sob a influência de forças externas depende sempre do papel que o Estado exerce.

Esse é um ponto que coloca o Estado na centralidade, por ser o gestor do território e em especial do setor saúde, em todas as escalas (municipal estadual e federal). O Estado como operador privilegiado, do ponto de vista espacial, pela capacidade de operar as mudanças necessárias, ou como cristalizador das realidades existentes.

#### **4. Metodologia**

Para alcançar os objetivos e as hipóteses propostos, buscaram-se opções metodológicas que dessem conta do desafio. A primeira opção desenhada pela pesquisa foi trabalhar com o estudo de um caso.

O caso estudado foi o da gestão municipal de saúde de Joinville, no período compreendido entre a implantação do SUS no país, em 1988, e o final da última gestão municipal eleita, em 2004.

A opção pelo estudo de uma gestão municipal se justificou pela sua proximidade com o cidadão, abrindo possibilidades concretas para a diversidade e para a operacionalização por parte do gestor público de saúde de desenhos alternativos para a resolução dos problemas de saúde das pessoas, e onde a reivindicação popular por melhorias se faria sentir com maior intensidade.

As características de Joinville, importante cidade da região sul do país, onde a complexidade da gestão pública municipal de saúde comporta inúmeras análises das relações entre espaço e saúde, justificou a escolha.

A ênfase no período de implantação do SUS se justificou pela inscrição, na Constituição Federal de 1988, de vários direitos sociais e no campo da saúde, como a integralidade, a regionalização e a participação popular na formulação de políticas, o que conferiu ao período um conjunto de características favorecedoras da produção de inovação e conflitos.

O trabalho de campo foi desdobrado em dois momentos: a) momento das entrevistas semi-estruturadas; b) momento das entrevistas estruturadas.

As entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas a atores estratégicos no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Joinville. As pessoas foram consideradas informantes-chaves, pela sua vinculação, poder de decisão e participação ativa no processo de implantação do SUS no município. Somente pessoas com alto poder de decisão, do 1º e 2º

escalão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Joinville, ou Diretores dos Hospitais Públicos com sede no município de Joinville foram elencados para participar da entrevista semi-estruturada.

As entrevistas semi-estruturadas com os informantes-chaves instruíram a identificação dos locais onde seriam realizadas as entrevistas estruturadas. A realização das entrevistas estruturadas, nas localidades e com a população onde se identificaram os conflitos, resistências e dificuldades para implantação do SUS, também serviu para explicitar questões trabalhadas nas entrevistas com os informante-chave. As entrevistas estruturadas também objetivaram explorar questões que ainda ficaram em aberto, em busca das origens dos conflitos, e captar a percepção das pessoas sobre os diferentes modelos e conceitos de espaço.

## **5. Relações entre o Espaço e a Saúde**

A identificação das relações entre os modelos de saúde e os conceitos de espaço configurados ao longo do tempo pela gestão municipal de saúde de Joinville revelam como a disputa política atravessou e condicionou a busca pelo bem comum e pela qualidade de vida, em uma perspectiva de saúde ampliada.

A utilização, ou não, de conceitos espaciais para definição da localização de unidades de saúde, esteve diretamente ligada em vários momentos da história da saúde de Joinville a efetiva capacidade de mobilização/articulação política dos diferentes lugares de Joinville, e gerou vários conflitos com marcado viés espacial.

O planejamento centrado na medicina científica em Joinville, por exemplo, hegemônico até meados dos 90, apenas respondeu às pressões da organização política dos lugares, sem conseguir efetivar uma política de saúde com capacidade integrar os diferentes atores públicos com responsabilidade na assistência a saúde de então (Governo federal; Governo estadual e Governo Municipal), sem levar o espaço em consideração. Contribuiu desta forma com a difusão do caos na saúde pública em Joinville.

Até a aprovação da Constituição Federal de 1988, a saúde pública em Joinville foi sinônimo de caridade aos mais pobres. A partir de 1988, o acirramento do embate entre a nascente noção de saúde como direito, a saúde vista como caridade e, principalmente, a saúde vista como negócio, elevou o tom das disputas e dos conflitos.

O ator hegemônico na determinação das políticas de saúde de Joinville até então foi a classe médica. Além de obter nítida vantagem com a fragmentação e especialização dos

procedimentos médicos, com a mercantilização dos atos médicos, orientou o debate a partir da lógica da manutenção do sistema da medicina científica, baseado no processo de pagamentos dos procedimentos médicos por parte dos governos. O fato de a saúde pública parecer um caos chega a ser óbvio. Apesar disto, saber a efetiva responsabilidade política da classe médica de Joinville na manutenção da saúde pública com esta “marca de qualidade” é um desafio, sobre o qual apenas podem se lançar hipóteses. Mas não é difícil também entender que o posicionamento de tais atores esteve diretamente ligado ao modelo de saúde que defendiam.

O explícito interesse da Sociedade Joinvilense de Medicina (SJM) em frear a entrada de novos médicos no município, via concurso público municipal, foi um dos fatores que dificultou em meados dos anos 1990 a reorganização do sistema público de saúde em Joinville (Veiga Júnior, 1993, pg. 101). O poder da SJM se fazia sentir na esfera municipal, e a indicação de Secretários Municipais de saúde e Diretores de Hospital sempre passavam pelo crivo da entidade (Valentim, 1997, pg. 143; Veiga Júnior, 1993, pg. 73).

O modelo de saúde defendido majoritariamente pela classe médica do município, era o da medicina científica, com uma saúde pública para os pobres e planos de saúde privados ou cooperativados para os que pudessem pagar por isso (Valentim, 1997, pg. 143, 146, 147, 303). Com a classe médica insistindo em implantar um modelo centrado no hospital e no procedimento médico para Joinville, fica evidente que os problemas decorrentes da implantação desse modelo levaram ao mesmo resultado alcançado em todos os lugares onde foi implantado – o caos.

O debate sobre a saúde pública foi ganhando fôlego no município na mesma proporção que a crise dos anos 1980 e 1990 se abateu sobre a indústria de Joinville. Crise que também se fez sentir nas taxas de crescimento populacional, que sofreu forte decréscimo.

A crise levou uma importante parcela dos trabalhadores da indústria de Joinville, que possuíam cobertura de plano privado de saúde, a uma situação de desemprego, terceirização, ou informalidade. Foi situação que “despejou” fatia da população de Joinville no sistema público de saúde.

A necessidade de reorganização do sistema público de saúde de Joinville, trazido pela Constituição federal (e que colocou a saúde como direito social), e o aumento da demanda por saúde pública, trouxe o espaço como importante categoria de análise no processo de planejamento do sistema de saúde de Joinville, que começou a ser percebido pelos gestores como fator condicionante na formulação da política de saúde.

Os gestores precisavam aproximar a atenção à saúde das pessoas que mais necessitavam, o que implicava em saber onde as pessoas mais necessitadas estavam - uma dimensão espacial. Sob o ponto de vista da organização do sistema de saúde de Joinville, foi possível estabelecer uma periodização: a) Pré-Sus – até a aprovação da Constituição federal, em 1988. b) fase de transição – entre 1988 e a implantação do PSF em Joinville (1994); c) e a fase PSF, entre 1994 e a atualidade.

Uma parte da dificuldade da gestão pública de saúde de Joinville, no período pré-SUS e na fase de transição, pode bem ser creditada na conta da não utilização de conceitos espaciais para formulação da política de saúde.

Várias foram as situações de conflito decorrentes do processo de transformação do modelo da medicina científica para o modelo da saúde coletiva em Joinville.

A partir do momento que a saúde passou a ser um direito social garantido na Constituição Federal de 1988, se intensificou a pressão social pelo acesso a saúde.

A resposta mais rápida, viável e visível da gestão municipal foi a implantação de “Postos de saúde”. Um posto de saúde, de acordo com documento do Ministério da Saúde da época

Posto de Saúde, de acordo com documento do Ministério da saúde, é a unidade de saúde que presta assistência a uma população determinada, estimada em até 2.000 habitantes, utilizando técnicas apropriadas e esquemas padronizados de atendimento. Não dispõe de profissionais de nível superior no seu quadro permanente, sendo a assistência prestada por profissionais de nível médio ou elementar, com apoio e supervisão. (Ministério da Saúde, 1990, pg. 7)

A reduzida capacidade do posto de saúde na prestação de assistência e de resolução dos problemas de uma comunidade, aliada a falta de recursos assegurados à saúde no nível municipal, proporcionou uma configuração espacial dos postos de saúde reflexo da força política dos lugares e não a verdadeira necessidade de saúde do município.

Foi uma estratégia que materializou a existência de 42 postos de saúde em 1993, espalhados pelo município, alguns de galpões de igreja, outros em associações de moradores e outros ainda em imóveis alugados, numa situação precária e com localizações que dificultavam o acesso ao posto.

As limitadas funções de prevenção (vacinas, educação em saúde, entre outras) dos postos, o fato de em sua maioria contar apenas com pessoal de nível técnico e elementar (e com a SJM pressionando para não realizar concurso público para médicos) e localização periférica ou de difícil acesso, poderia dar conta da saúde das pessoas?

A dificuldade para reorganizar o sistema de saúde de Joinville levou as pessoas a ignorar o posto de saúde como porta de entrada do sistema, cristalizando uma cultura centrada no

hospital que prejudica a rede de saúde até os dias de hoje. Para as pessoas, acabou sendo mais fácil se dirigir diretamente ao Hospital Municipal São José (hospital localizado no centro da cidade), mesmo enfrentando uma fila no Pronto Socorro, e receber atendimento, que se dirigir ao Posto de saúde, que pelas suas próprias características não oferecia capacidade de resposta. Esta sem dúvida foi a maior relação entre a os modelos de gestão da saúde e o espaço revelada.

A partir de 1993 a posse de uma nova gestão municipal, articulada com fatores advindos do processo nacional de institucionalização do SUS e do enfraquecimento da classe médica deu força ao processo de reorganização do sistema municipal de saúde.

A implantação do PSF em Joinville foi um processo com profundas raízes espaciais, pois previu a implantação progressiva do programa, a partir das áreas mais vulneráveis do município, das periferias em direção ao centro, num “abraço a cidade”.

Os fluxos realizados pelos pacientes na referencia da atenção básica para a atenção especializada e os fluxos econômicos e sociais deveriam ser levados em consideração. Os pacientes nunca deveriam buscar atenção especializada fora dos fluxos já estruturados pela rede de transporte público existentes. Os pacientes deveriam sempre sair do bairro, em direção ao centro da cidade, segundo o fluxo das necessidades, e também o fluxo viário de deslocamento das pessoas.

O PSF representou para Joinville o primeiro planejamento sistemático e organizado de ofertar saúde para as regiões mais pobres de Joinville. Um planejamento geográfico e espacializado. Foi o PSF que orientou a indicação das regiões com maior carência e vulnerabilidade, apesar de não romper com a lógica hospitalocêntrica existente na cidade. Os locais indicados como os primeiros a se implantar o PSF em Joinville seriam: Jardim Paraíso, Aventureiro e Paranaguamirim. Áreas com alto índice de incremento populacional, de expansão urbana, franjas urbanas e periferias em formação.

O forte componente espacial não impediu a existência de conflitos decorrente do processo de implantação. Ao contrário, a mudança do modelo foi marcada por muitos conflitos, e vamos nos centrar naqueles que possuíam rebatimento espacial.

Vários postos de saúde possuíam maior capacidade resolutiva decorrente da participação de médicos com diferentes especialidades (pediatria, ginecologia, obstetrícia) atendendo no posto. Com o PSF foi preciso adequar a lógica de equipes multidisciplinares formadas por um médico generalista, um enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, configurando a porta de entrada do sistema de saúde.

Alguns lugares viram nesta mudança um retrocesso, pois deixariam de ter acesso imediato aos médicos especialistas, e isso gerou conflitos.

Por outro lado, a necessidade de redefinição da localização das sedes das regionais que receberiam tais especialistas também foi objeto de disputa.

A gestão municipal de saúde procurou aplicar os conceitos espaciais baseados na teoria do Lugar Central (mesmo sem conhecer a teoria) para fazer a reespecialização das sedes das regionais de saúde.

A readequação da localização das sedes das regionais de saúde foi inconclusiva, visto ser possível identificar ainda hoje a utilização de referências que não seguem a lógica, como a Sede regional do bairro aventureiro que referencia a UBS da vila Cubatão, um complicador do ponto de vista do fluxo e do acesso.

A Teoria do Lugar Central também balizou a definição da localização do Pronto Atendimento da Zona Sul da cidade. O PA foi planejado para estar no cruzamento dos maiores fluxos da população da zona sul em direção ao centro da cidade. Isso facilitou a incorporação do PA da zona sul como espaço de busca de atenção em saúde em toda a zona sul do município.

O Pronto Atendimento (PA) da Zona Sul foi pensado pela Secretaria Municipal de Saúde para atender a demanda da zona Sul do município, por ser a mais carente, a partir de critérios espaciais. Sua localização foi definida estrategicamente, para estar em frente ao Terminal de Ônibus da Zona Sul, que ainda não havia sido construído, mas que também já estava planejado.

O mesmo não pode ser dito do PA da zona norte, que por contingências políticas acabou localizado em área de difícil acesso, e até hoje não tem sua capacidade instalada utilizada em toda sua potencialidade. São dois exemplos que demonstram a importância da utilização dos conceitos espaciais para a gestão da saúde no nível municipal.

Outra questão que aproxima o espaço e a saúde guarda relação com a percepção que as pessoas têm da qualidade dos serviços de saúde do município.

A partir do movimento de implantação do PSF em Joinville, em 1994, 3 grandes subsistemas passaram a concorrer em busca da atenção à saúde dos joinvilenses: o público orientado pelo PSF; o público não-PSF e o privado. O desequilíbrio decorrente da desigualdade dos três subsistemas, em especial o público PSF e o não-PSF gerou percepções diferentes nas pessoas, sobre a qualidade dos mesmos.

Fruto da diferença de percepção das pessoas, o PSF, na maior parte das vezes bem visto pela população (entrevistas b, d e p), por sua capacidade resolutiva ampliada, passou a conviver com um “problema”, que possui forte viés espacial: a chamada “demanda espontânea”.

O PSF tem como característica fundamental a territorialização da área de abrangência e adscrição da clientela. Tais características em tese conformam o público que tem “acesso” as unidades de saúde. As pessoas de “fora” da área de abrangência chegam a receber atendimento, mas são orientadas a ser atendidas ao posto a que estão vinculadas, e recebem a denominação de “demanda espontânea”. A demanda espontânea revela 2 fatos: a) a inapropriação da espacialização do PSF, quando as pessoas vêm de lugares próximos, das franjas ou fronteiras das áreas de abrangência; b) a percepção da qualidade do atendimento, quando se identificam pessoas de áreas completamente diferentes do município, e até de municípios vizinhos.

O questionamento do comportamento racional, em termos espaciais, dos pacientes potenciais buscarem o serviço mais próximo, já foi trabalhado por diversos autores, ratificando o que foi apontado em Joinville, que o fator de atração varia em função da localização e do custo, mas também da reputação e qualidade dos serviços (Vasconcellos, 1998; Bailey, 1990; Carvalho, 1980).

O confronto entre os modelos de gestão de saúde também proporcionou conflito, como foi o caso de mobilização comunitária para impedir a transformação de uma unidade de saúde em unidade do PSF.

A dificuldade de vários moradores do bairro São Marcos em entender e aceitar a mudança lógica assistencial, que deixaria de contar com pediatras e ginecologistas, para contar “apenas com médicos generalistas” iniciou um processo que barrou a implantação do PSF no bairro durante vários anos.

A percepção das pessoas que vivem nos lugares sobre a organização do sistema de saúde influenciou em vários momentos o processo de evolução da implantação do PSF realizado pela Secretaria de Saúde de Joinville.

O bairro São Marcos esteve incluído entre os que teriam primeiramente o PSF implantado, pois possuía em seu domínio um grande bolsão de miséria. A comunidade do bairro, entretanto, organizou uma mobilização contra a implantação do PSF naquela unidade e mesmo após duas reuniões com a comunidade, os moradores ainda mantiveram a posição de impedir a implantação do PSF no bairro. Somente a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no bairro São Marcos, sensibilizou a comunidade para mudar a organização da Unidade Básica de Saúde com a instalação do PSF.

O Bairro São Marcos é um bairro que conforma um mosaico com duas características bem distintas: uma área possui características similares ao do centro da cidade, com renda média

elevada; e outra área, denominada localidade “Willy Tilp”, tem alto grau de carência socioeconômica.

A dificuldade encontrada no bairro remete a pouca permeabilidade da população mais abastada à proposta do PSF. A diferença de percepção de determinados grupos da população à estratégia de reorientação do modelo é um limitador da capacidade da própria mudança.

Um dos motivos que dificulta a organização da assistência básica em áreas centrais, quando o centro é um local de maior renda, é o completo desconhecimento do que venha a ser o SUS. Todos querem cardiologista, e exames caros. Na verdade, quem conhece e se utiliza do SUS, reclama muito menos do que quem não utiliza. Ainda que todos de uma certa forma, se utilizem, pois todos recebem vacinas, se apóiam nos serviços de vigilância sanitária, entre outros.

Outro exemplo da dificuldade que a delimitação de áreas de abrangência do PSF, numa concepção de espaço a partir do conceito de território, foi levantando por estudo de Ayala (2006, pg. 76) ao expor relato de reunião de agentes comunitários de saúde (ACS) com o objetivo de pensar ações de promoção e prevenção em instituição de ensino próxima da UBS, e as dificuldades decorrentes da referida instituição estar “fora” da área de abrangência, o que acabou por inviabilizar a ação educativa.

Trata-se de um exemplo que remete a uma discussão maior, do ponto de vista da relação espaço x saúde: a contribuição do conceito de lugar para a reorientação das práticas e da gestão em saúde.

## **6. Considerações finais**

Por fim é possível inferir movimentos de aproximação de uma operacionalização do debate construído até o momento, a ser executado por gestores municipais de saúde, que tem reflexos e podem ser aproveitados pelos planejadores urbanos, devido suas características de organização espacial.

Um primeiro movimento a ser feito é o de identificação de lugares, isto é, de identificação de espaços que “apesar” de não apresentarem condições de saúde desejáveis, possuem características culturais, relacionais, subjetivas e identitárias que possibilitam um pensar e agir coletivo que se configure em espaço promotor de saúde.

Em tais espaços, “lugares”, é preciso radicalizar, acentuando e estimulando os aspectos subjetivos da identidade local como elemento central de trabalho. Será um trabalho de

ourives, de lapidário, que identificará nas diferenças de pensar e agir em saúde, algo a ser estimulado e reforçado.

Outro movimento é trabalhar no lugar como imagem-objetivo: entender e identificar carências e potencialidades nos diferentes espaços, na perspectiva de fortalecer processos de formação de identidade, de criação de vínculos comunitários e solidários, com o objetivo de gerar/configurar espaços promotores de saúde.

Tal movimento aproxima o gestor de um agricultor/camponês, que se preocupa em estabelecer/cultivar laços que ofertem condições a participação comunitária, em busca de resolução intersetorial a problemas que estão além do campo da saúde.

Em ambas o ferramental do gestor de saúde será o diálogo e o estabelecimento de processos que estimulem a autonomia e o respeito à diferença. Em ambos os movimentos, o princípio da integralidade é buscado a partir da lógica do lugar.

Outro ponto importante a ser destacado é que o movimento de aproximar a integralidade do lugar também traz a tona à necessidade de se buscar novos indicadores que possam dar conta de captar e traduzir os conceitos apresentados. Os indicadores de saúde e qualidade de vida apresentada até então, não dão conta de captar os aspectos subjetivos embutidos na análise da integralidade de pessoas que vivem em diferentes lugares, como populações ribeirinhas da Amazônia, comunidades quilombolas, tribos indígenas, por exemplo.

Até que ponto esse olhar diferenciado a partir do lugar oferece novos mecanismos de expressão da qualidade de vida e saúde?

E ainda que o sujeito/cidadão ator da ação de saúde pensada a partir da integralidade não esteja nos espaços marginais, excluídos, nas periferias e/ou à margem dos espaços dominantes, é possível se perguntar: até que ponto esse cidadão estará mais próximo de receber/ofertar saúde, quanto mais distante, à margem dos centros de emissão de ordens/poder estiver.

O desafio ao gestor está posto, e a busca da atenção integral em saúde, estará tanto mais próxima de alcançar, quanto mais engajado estiver o gestor na lida de suas atribuições de ourives, lapidário, camponês, agricultor, da busca pela constituição de lugares, de lugares que sejam “espaços promotores de saúde”.

Assim como existem os grupos dominantes e a maioria dominada, se produzem os espaços dominantes e os territórios dominados. A divisão do trabalho se espacializa e a sua espacialização condiciona a própria reprodução intrínseca do espaço no tempo.

Na saúde isso implica em entender como se organiza o sistema, quais as relações que se encontram em disputa e como o espaço se (re)produz neste processo. Entender como se

apresenta a produção do espaço oferece ao campo da saúde uma dimensão que explica e estabelece relações causais. A dimensão espacial vai privilegiar o entendimento e a formação de lugares, implicando em entendimento de aspectos intersetoriais e interinstitucionais, que se estabelecem nesses lugares.

Os lugares quando tidos como categorias de análise, ou quando tidos como imagem-objeto, trazem para o campo da saúde, a partir do conjunto de problemas analisados, aqueles que tem relação com as diversas escalas que operam naquele sub-espaço, permitindo atuar sobre aqueles em que se tem maior governabilidade para resolução, sem perder de vista o quadro geral apresentado, e sua escala de resolução.

Fortalecer a capacidade das pessoas que habitam em não-lugares e territórios, nas fronteiras e nas franjas, em buscar individual e coletivamente a formação de lugares, é o desafio. É a luta das horizontalidades contra as verticalidades, Davi contra Goliath. Sobre esse embate, Santos (2004, p. 287) aponta “mas os lugares se podem fortalecer horizontalmente, reconstruindo, a partir das ações localmente constituídas, uma base de vida que amplie a coesão da sociedade civil, a serviço do interesse coletivo”.

Trata-se do local contra o global em escala global. E Lefebvre (1991, p. 54) dá o tom de quão grande devem operar as mudanças, ao afirmar que

Uma revolução que não produz um espaço novo não vai até o fim dela mesma; ela fracassa; ela não muda a vida; ela não modifica senão as superestruturas ideológicas; as instituições, os aparelhos políticos. Uma transformação revolucionária verifica-se com a sua capacidade criadora de obras na vida cotidiana, na linguagem, no espaço, uma não indo necessariamente ao mesmo tempo que a outra.

Desta maneira, conclui-se que pensar e planejar espaços produtores de saúde, lugares que tenham a capacidade de estabelecer novas perspectivas saudáveis e qualidade de vida para as pessoas implica em pensar numa lógica de organização do espaço contra-hegemônica, revolucionária nesse sentido, que suplante o modelo de organização atual baseado na individualidade, no consumismo num conjunto de signos e símbolos orientados pela competição, aglomeração, especialização e fragmentação.

## 7. Referências Bibliográficas

BAILEY, W; PHILLIPS, D.R. Patterns of use of health Services in the Kingston Metropolitan Area, Jamaica. Soc. Sci. Med., Great Britain, v. 30, n. 1, p. 1-12, 1990.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005.

CARLOS, ANA FANI ALESSANDRI. A (re)produção do Espaço Urbano. 1 ed. São Paulo: EdUSP, 1994.

CARVALHO, L.C.D. Uma Interpretação geográfica do Acesso a recursos Sociais: A Saúde em Copacabana. Rio de Janeiro, 1980. Dissertação (Mestrado em geografia) - Programa de Pós-Graduação em Geografia, UFRJ.

DOSSEY, LARRY. Tiempo, Espacio y Medicina. 4a ed. Barcelona: Kairós, 2006.

HARVEY, D. Espaços de Esperança. 1 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

HISSA, CASSIO EDUARDO VIANA. Planejamento em saúde: Uma Avaliação Crítica. O caso do Alto Vera Cruz em Belo Horizonte. Cad. Geografia., Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 67-83, 1992.

LEFEBVRE, H. The Production of space. Oxford,UK: Blackwell Publishers, 1991.

MENDES, EUGÊNIO V. A Evolução Histórica da Prática Médica: Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médica. 1 ed. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios 1 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à saúde, 1990.

NAJAR, A.L; MARQUES, E.C. A sociologia urbana, os modelos de análise da metrópole e a saúde coletiva: uma contribuição para o caso brasileiro *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 703-712, 2003.

SANTOS, MILTON. *A Natureza do espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção* 4a, 1a reimpr ed. São Paulo: Ed. USP, 2004.

\_\_\_\_\_. *Da totalidade ao lugar*. 1 ed. São Paulo: EdUSP, 2005.

\_\_\_\_\_. *Por uma Geografia Nova* 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

VALENTIM, LAIRTON. *Joinville: Seus Médicos e sua História*. 1 ed. Florianópolis: Ed UFSC, 1997.

VASCONCELLOS, M.M. *Serviços de saúde: uma Revisão de processos de Regionalização, Análises de Padrões espaciais e Modelos de Localização*. in: NAJAR, A.L; MARQUES, E.C.(ORGS). *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise* 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

VEIGA JÚNIOR, DIRCEU RIBAS. *Controle e Conflito Organizacional: Um estudo de caso na Secretaria de saúde do Município de Joinville - SC* Florianópolis, 1993. 144 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Pós-Graduação em Administração, Centro Sócio Econômico da UFSC.