

Lugar e território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde

Place and territory. Brazilian health system, geography and health promotion

Santos Alexandre André*

Recibido: noviembre, 2007 / Aceptado: octubre, 2008

Resumo

A revisão conceitual de território e lugar, realizado em diálogo interdisciplinar, articulado com debate sobre os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade do sistema de saúde brasileiro, serviu como dispositivo analisador da potência de tais conceitos, em busca de ferramentas para o campo do planejamento em saúde pública. Foram identificados vários elementos que comprovam a necessidade de superar conceitos advindos do modelo hegemônico de fazer a ciência, baseado na quantificação, fragmentação e na tecnologia dura, e que afastam a gestão da saúde pública brasileira dos seus princípios constitucionais. A reflexão aponta a necessidade de superação do conceito simplista de espaço como quadro inerte de distribuição de doenças, em busca da incorporação de sua complexidade intrínseca, o que possibilitará o planejamento de ações interinstitucionais e intersetoriais com potencia para configurar espaços produtores de saúde e de qualidade de vida.

Palavras-chave: Geografia da saúde; lugar; promoção da saúde; território; Sistema Único de Saúde.

Resumen

La revisión conceptual de territorio y lugar, realizado en diálogo interdisciplinario, articulado con debate sobre los principios constitucionales de la universalidad, integralidad y equidad del sistema de salud brasileño, sirvió como dispositivo analizador de la potencia de tales conceptos, en búsqueda de herramientas para el campo de la planificación en salud pública. Fueron identificados varios elementos que comprueban la necesidad de superar conceptos provenientes del modelo hegemónico de hacer la ciencia, basado en la cuantificación, fragmentación y en la tecnología dura, y que alejan la gestión de la salud pública brasileña de sus principios. La reflexión apunta hacia la necesidad de superación del concepto simplista de espacio como soporte inerte de distribución de enfermedades, en búsqueda de la incorporación de su complejidad intrínseca, lo que posibilitará la planificación de acciones interinstitucionales y intersectoriales con capacidad para configurar espacios productores de salud y de calidad de vida.

Palabras-clave: Geografía de la salud; lugar; promoción de la salud; territorio; Sistema Único de Salud.

* Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, Sala 725, CEP 70.058-900, Brasília (DF), Brasil. E-mail: alexandre.santos@saude.gov.br

1. Introdução

A saúde e a doença das pessoas, desde os primórdios da humanidade, são condicionadas por várias causas. As causas variam no tempo e no espaço, e a capacidade explicativa possui uma complexidade intrínseca e é historicamente construída.

Assim, desde a Antiguidade, a saúde foi explicada de maneira diferente por uma configuração de aspectos míticos, espaciais, biológicos, sociais e econômicos. Tais aspectos, a partir do processo de organização do sistema capitalista, acabam realçando o papel e a importância do espaço como agente que atua e interfere na condição de vida das pessoas, assim como em sua capacidade de recuperar e manter sua saúde.

Autores como Carlos (1994) vincularam a dinâmica da acumulação capitalista ao processo de produção e reprodução do espaço, apontando relações com o tipo de trabalho e o modo de vida à formas e funções da cidade, e com a criação de carências e desigualdades no espaço urbano (como água, luz, esgoto, transporte, educação), várias delas oferecedoras de determinações sanitárias.

Aprofundando a discussão, Coura-Filho (1997) afirmou que a má qualidade de vida foi sistematicamente produzida no tempo e lugar que interessou ao capital. Os novos processos de produção de doenças estariam diretamente relacionados a este novo modo de produção, garantindo a sobrevivência e crescimento do referido sistema econômico. Também Hissa (1992) afirmou que a dinâmica da organização capitalista, do ponto de vista

sócio-espacial favoreceu a concentração da morbi-mortalidade em áreas periféricas e marginalizadas.

Tais abordagens trouxeram aportes reflexivos sobre as maneiras que o modo de produção capitalista ofereceu determinações à saúde das pessoas, elucidando articulações do processo pelo qual as pessoas adoecem com o espaço produzido pelo capital.

As articulações advindas entre o modo de produção capitalista e o espaço produzido pelo homem é importante fator explicativo, que justifica a necessidade de estudos entre a geografia e a saúde. Trata-se de campo de estudo já consolidado na literatura científica internacional, e fundamental para a gestão de saúde pública, tão importante que cerca de 80% das necessidades de informação dos gestores locais de saúde estão relacionadas com a dimensão geográfica (Organização Panamericana de Saúde, 2002).

O artigo se estrutura em quatro partes. A primeira trata dos aspectos metodológicos do trabalho. A segunda dos conceitos espaciais estruturantes da análise. A terceira elenca aspectos da configuração e dos princípios norteadores do sistema público de saúde brasileiro, inscritos na Carta Constitucional. A quarta parte apresenta uma proposta de análise dos conceitos espaciais e da saúde revelando um eixo que efetive a organização de espaços de promoção da saúde, a partir da organização da política de saúde, ou de uma política pública 'espaçocentrada'. As considerações finais são resgatadas no final do trabalho.

2. Metodologia

A análise das relações entre o espaço e a saúde sob este prisma inovador utilizouse de uma metodologia baseada em aportes reflexivos oriundos de várias ciências, em busca de algo que estivesse no campo de aproximação das mesmas. O debate foi instrumentalizado por uma revisão bibliográfica consistente dos temas saúde pública e espaço, e de aportes da sociologia e filosofia sobre o tema.

Sobre a necessidade de um conjunto de conceitos que juntos se articulam em busca de respostas para as novas questões epistemológicas, que tenham potência para tanto, Harvey (1980: 13) já advertia que *“se nossos conceitos são inadequados ou inconsistentes, não podemos esperar identificar problemas e formular soluções políticas apropriadas”*.

A geografia possui duas grandes ênfases que dialogam com a saúde, encontradas na literatura internacional; uma focando nos processos de espacialização das doenças, e outra na geografia dos sistemas de saúde (Howe e Phillips, 1983; Joseph e Phillips, 1984; Kearns e Joseph, 1993).

Todavia, o desafio de analisar o processo de planejamento em saúde pública a partir de conceitos espaciais como lugar, não-lugar e território, exigiu um prisma multidisciplinar, qualitativo, ajustado conceitualmente à necessidade de identificação de problemas e à busca de soluções que pudessem dar conta de uma realidade complexa, atual, dinâmica.

As considerações de Harvey (1980) e Morin (2003) sobre abordagens complexas reforçaram a opção encontrada.

A necessidade metodológica de buscar novos desenhos e modelagens para questões novas e complexas foi tratada por Harvey (1980: 13): *“se nossos conceitos são inadequados ou inconsistentes, não podemos esperar identificar problemas e formular soluções políticas apropriadas”*. Já Morin (2003), apontou a inadequação dos saberes desunidos e fragmentados frente a realidade complexa do mundo atual.

Foi este arcabouço teórico que melhor serviu para analisar o atual momento vivido pelo sistema de saúde brasileiro, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), em que a indefinição ou a disputa pelos dois modelos de atenção a saúde, materializada nos limites espaciais da rede de atenção a saúde do Programa ou Estratégia de Saúde da Família, conforma um desafio a radicalização do processo de reforma sanitária.

Trata-se de um limite identificável em todo o Brasil, condicionando a capacidade dos municípios em efetivar a universalidade do acesso a saúde, demandando políticas, estratégias e ações adequadas e específicas para o conjunto da população brasileira. Para encontrar este limite, utilizou-se de dados oriundos dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde brasileiro, sobre a cobertura da atenção básica e sobre número de beneficiários de planos provados de saúde.

3. Lugar, não-lugar e território

O debate conceitual sobre lugar, não-lugar e território é vasto e apresenta

especificidades disciplinares. A composição de um mosaico conceitual interdisciplinar auxiliou a configurar conceitos potentes, com capacidade analítica da realidade complexa da saúde pública brasileira.

3.1. Os territórios e os limites, franjas, franjas e fronteiras

Um dos conceitos mais utilizados no processo de reorientação do modelo assistencial da saúde pública brasileira advindo da Constituição Federal de 1988 foi o de território. O conceito de território é estruturante do denominado Programa ou Estratégia de Saúde da Família, estruturado da atenção primária em saúde no Brasil, e foi necessário porque buscou responsabilizar sanitariamente as equipes de saúde pelo acesso, como porta de entrada principal, a rede serviços públicos de saúde, de um conjunto de pessoas vinculados a um determinado território.

Ao se trabalhar com o território, necessariamente foi preciso trabalhar com os limites dos territórios. Foi preciso delimitar quem integraria aquele determinado território e quem estaria de fora. O conceito de limite também é polissêmico e Virílio (2005: 9), ao falar de sua evolução ao longo dos tempos, assim se expressa: *“desde o cercado original, a noção de limite sofreu mudanças que dizem respeito tanto a fachada quanto ao aspecto de confrontação. Da paliçada à tela, passando pelas muralhas da fortaleza, a superfície-limite não parou de sofrer transformações, perceptíveis ou não, das quais a última é provavelmente a interface”*.

Faz-se necessário operar a partir de novo entendimento de limite, que comporte as considerações de Virílio (2005: 12), entendendo ser a noção de superfície-limite uma membrana osmótica, de passagem, flexível, de contato e integração do diferente, e que comporta entender que a limitação do espaço torna-se comutação. É preciso fazer deste limite, que por uns pode ser entendido como a separação radical, a abertura para uma passagem obrigatória, trânsito de uma atividade constante, atividade de trocas incessantes, transferências entre dois meios, duas substâncias.

Os limites, quando entendidos e operados no processo de planejamento a partir de uma visão unidisciplinar, geram fronteiras e franjas, zonas nebulosas, de transição, de disputa de diversos campos de força, onde ordens de lugares diferentes se entrecruzam, se chocam e produzem ruídos.

Descrevendo zonas de fronteiras, Santos. B. S. (1993: 49) afirma que *“a zona de fronteira é uma zona híbrida, babilônica, onde os contatos se pulverizam e se ordenam segundo micro-hierarquias pouco suscetíveis de globalização.”*

Já Carter (1975: 304), ao descrever características da franja rural-urbana, parcela do espaço criado pelo atual processo de industrialização/urbanização, identifica-a como *“uma área com características distintas que seja somente em parte rural e onde o complexo urbano crescente, que é ainda rural e onde se localizam muitos dos residentes, não seja social e economicamente dependente*

dele (rural)”, demonstrando toda a complexidade desses sub-espacos.

É nos não-lugares, nos limites dos territórios, nas zonas de fronteira, nas franjas, que se desenvolvem os mais acentuados exemplos de problemas da saúde pública da atualidade, oriundos do atual processo de globalização, e sobre esse momento Minayo (1999: 11) expressa: *“a violência se tornou um indicador do profundo acirramento das contradições e da exacerbação das relações sociais, tanto nos espaços rurais (conflitos de terra, nos garimpos, disputas de reservas indígenas, rotas de tráfico de drogas) como nas grandes regiões metropolitanas, afetadas por um quadro cronificado de exclusão, de miséria e de abandono social, no qual se desenvolve hoje o crime organizado em torno dos grupos de extermínio, do narcotráfico, das gangs e do narcoterrorismo”*.

Outro exemplo é dado no Brasil pelas populações ribeirinhas, quilombolas, tribos indígenas, que passam por um processo onde são tragados pela expansão do espaço urbano, se acoplando nas fronteiras, nas franjas, nos territórios e nos não-lugares. A partir daí são consumidos, processados e transformados, passando em seguida a uma condição de marginalização, perdendo sua identidade e principalmente sua qualidade de vida.

Com isso, tem-se claro onde devem estar centradas as ações em busca da equidade e integralidade. Mas qual deve ser o objeto da ação, e qual a contribuição da geografia nessa ação?

3.2. Para além dos territórios, os lugares

Para problematizar a realidade, identificando problemas e formulando soluções técnicas e políticas apropriadas, é preciso buscar conceitos com potencia para tanto. Se o território já não da conta é preciso buscar e resgatar o conceito de lugar. E não é que conceito de território não tenha oferecido respostas, é que trouxe consigo elementos com contradições intrínsecas, que outro conceito pode dar conta de suplantando. Ao fazer um exercício de maximizar diferenças, estabelecendo contrapontos entre o território e o lugar, é possível afirmar que o lugar é um território com vida e identidade, e que um território pode conter um, vários ou nenhum lugar, assim como não-lugares. Além disso, o território tem ligação com o poder, enquanto o lugar com a cultura. Outra diferença passível de ser estabelecida é que o lugar é identificado, enquanto o território é delimitado.

Aprofundando diferenças conceituais entre lugar e não-lugar, Auge (2004: 73) afirma que *“se um lugar pode se definir como identitário, relacional e histórico, um espaço que não pode se definir nem como identitário, nem como relacional, nem como histórico, definirá um não-lugar.”*

Em outra frente, Santos (2005: 170) afirma que *“a ordem local, que reterritorializa, é a do espaço banal, espaço irreduzível, porque reúne numa mesma lógica interna todos os seus elementos: homens, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas, e jurídicas, e formas*

geográficas. O cotidiano imediato, localmente vivido, traço de união de todos esses dados, é a garantia da comunicação”, trazendo a questão do cotidiano e do espaço banal como constituinte do lugar.

Desta maneira, trabalhado com o conceito de lugar, e trazendo o mesmo como imagem-objetivo a ser buscado no conjunto das políticas públicas e em especial as do campo da saúde, podemos superar questões que atravancam o próprio funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, onde a articulação de princípios constitucionais como o da integralidade têm dificuldade em dialogar com o conceito da adscrição da clientela, baseado no território.

Trabalhar com o lugar como imagem-objetivo indica um caminho que é o do fortalecimento das capacidades locais, o empoderamento local, a capacidade das pessoas construírem identidade em torno de um espaço, o que traz consigo um conjunto de outras implicações, como a necessidade de se respeitar o tempo das pessoas, o modo de levar a vida, assim como o respeito aos múltiplos saberes locais e sobre diferentes aspectos da realidade.

Atualmente, os vetores dos espaços dominantes, denominados verticalidades, trazem segundo Santos (2004: 287) *“desordem aos subespaços em que se instalam e a ordem que criam é em seu próprio benefício”*. Lefebvre (1991a: 49) também trata do assunto, quando explica que *“o espaço dominante, o dos centros de riqueza e poder, esforça-se em moldar os espaços dominados, os das perife-*

rias. Ele reduz, por uma ação muitas vezes violenta os obstáculos e resistências”. Não menos importante é a afirmação de Claval (1999: 393) sobre a questão a observar que *“a erosão das fontes locais de autoridade acompanha um sentimento agudo de perda de identidade”*.

O desequilíbrio, a ação violenta, a erosão acentua a formação daquilo que Auge (2004) denomina de não-lugares: Os não-lugares são tanto as instalações necessárias à circulação acelerada das pessoas e bens (vias expressas, trevos rodoviários, aeroportos) quanto os próprios meios de transporte ou grandes centros comerciais, ou ainda os campos de trânsito prolongado onde são estacionados os refugiados do planeta.

Fica claro que a acelerada criação de espaços com características marcadamente degeneradas gera no seu conjunto, espaços de morbi-mortalidade diferenciados.

4. A reforma sanitária brasileira e o sistema único de saúde (SUS)

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária, no bojo de uma luta contra a ditadura e pela redemocratização do país, conseguiu assegurar na Constituição Brasileira de 1988, princípios e diretrizes capazes de reorientar a organização do sistema de saúde pública, que rumava na direção ditada pelo complexo industrial médico-farmacêutico internacional. Entre os princípios garantidos na Constituição, destacam-se a universalidade, a equidade, a integralidade e a descentralização:

- **Universalidade.** A universalidade implica no dever do Estado, através do seu sistema de saúde, garantir o atendimento de todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo.
- **Equidade.** A equidade busca a igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos. O Estado deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada cidadão. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário, o que implica na implementação de mecanismos de indução de políticas ou programas para populações em condições de desigualdade em saúde, por meio de diálogo entre governo e sociedade civil, envolvendo integrantes dos diversos órgãos do governo.
- **Integralidade.** A integralidade garante ao cidadão uma atenção que abranja as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.
- **Descentralização.** A descentralização é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, com a definição de atribuições comuns e competências específicas à União, estados, distrito federal e municípios.

O processo de organização do Sistema de Saúde, ou modelos/desenhos tecnoassistenciais, é dinâmico e conta com vários vetores, fruto da ação de atores com diferentes interesses e que conformam o desenho das políticas públicas que deveriam dar conta da materialização dos princípios constitucionais na vida dos cidadãos brasileiros.

Os modelos de organização do sistema de saúde, ou desenhos tecnoassistenciais dizem respeito, sobretudo, à maneira como “*se combinariam as diversas ações públicas e privadas relacionadas com o processo de adoecer, recuperar e promover a saúde, nos espaços de gestão e atenção da política de saúde*” (Ministério da Saúde, 2005: 79).

Paim (2002), por exemplo, registrou que os modelos de atenção a saúde ou modelos assistenciais seriam definidos genericamente como combinações de tecnologias utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades de saúde. Na mesma linha, Mendes (2001) afirmou 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.

As soluções apresentadas pelos modelos assistenciais poderiam ser exclusivamente de natureza médico-curativa ou incorporar ações de promoção e prevenção. Também poderiam organizar-se para atender a demanda de modo passivo, apenas aguardando casos que cheguem ou buscar ativamente os usuários, independente de demanda (Cecílio, 2005).

No Brasil, a história da conformação de modelos assistenciais registrou um grande embate na disputa pelo poder de organizar a assistência a população. A arena de disputa pelo poder de organizar o sistema de saúde consolidou dois grandes grupos com diferentes respostas organizacionais: de um lado, o campo da chamada medicina científica ou flexneriana, e de outro a chamada medicina comunitária, social e coletiva.

A medicina flexneriana propôs a organização de serviços de saúde sob a lógica do mercado, centrando a especialização dos procedimentos médicos e delimitando o espaço do hospital como espaço privilegiado de atuação médica. A medicina comunitária surgiu no Brasil como parte de um movimento de luta por melhorias na saúde e na sociedade.

A medicina comunitária, social e coletiva, de forma ampliada, também surgiu com o intuito de buscar respostas às necessidades de saúde da população, entendendo-a como direito de cidadania, o que no bojo do processo de redemocratização brasileiro, levou a consolidar na Constituição brasileira um importante conceito para este trabalho, a universalização do direito ao acesso a saúde pelo cidadão (Ministério da Saúde, 2003).

A disputa se reproduziu em uma das mais importantes estratégias de organização da atenção básica do país, o Programa ou Estratégia de Saúde da Família, criado com a responsabilidade de resolver pelo menos 85% dos problemas de saúde prevalentes em uma dada população.

Entender a dificuldade de avanço do Programa ou Estratégia de Saúde da Fa-

mília (PSF) como estratégia estruturante da reorganização da saúde, implica em explicitar como os diferentes modelos de organização da atenção disputam a organização do sistema:

- Os atores defensores do modelo flexneriano, principalmente a classe médica hospitalocêntrica, tentam fazer do PSF um programa de saúde de pobres para pobres, tal como demonstrado nas pesquisas, e percebido pelas entrevistas estruturadas realizadas. Focalizando na camada mais pobre, defendem procedimentos simplificados e baratos para garantir o acesso a saúde para o conjunto maior e mais pobre da população, com pouca ênfase na atuação clínica e individual. Esse desenho não afetaria os interesses econômicos do grupo flexneriano, pois o modelo continuaria a ser a resposta aos extratos sociais mais elevados da sociedade.
- Os defensores do modelo da saúde coletiva, defendem o PSF como uma *“estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando a reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde”* (Ministério da Saúde, 2005: 17). Trata-se de desenho que contraria os interesses econômicos do modelo flexneriano, pois trabalha contra a lógica mercadológica ainda dominante no sistema público de saúde.

Tal disputa marcou o PSF, e hoje é possível identificar os limites gerados pela

disputa. O limite criado foi espacial, e tem duas frentes. A primeira é gerada pelas bordas do conjunto dos territórios adscritos às 21.232 equipes de saúde da família implantadas no Brasil em dezembro de 2004. O PSF, nesses territórios, garantiu o acesso a atenção básica de saúde para 38,99% da população, ou cerca de 69,1 milhões de pessoas, conforme dados do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2007).

As pesquisas indicam uma percepção positiva da população adscrita a esses territórios: *“este grupo faz uma avaliação positiva do Sistema de Saúde, conforme indicam as pesquisas. Pesquisa de opinião encomendada pelo Ministério indica que esse segmento dá nota 7 para o atendimento. Em compensação, quem não depende da rede pública confere nota 3,5.”* (Unicamp, 2001: 12).

Outro limite de acesso à saúde foi econômico, vinculado a capacidade de pagamento de um plano de saúde pelas pessoas. A baixa percepção de qualidade da saúde pública pela população não usuária do PSF, levando as camadas com maior condição econômica a buscar os planos privados de saúde para garantir o acesso a bens e serviços com maior qualidade.

É possível, a partir dessa premissa, confirmada por dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2007) identificar os beneficiários dos planos privados de saúde através da identificação da população economicamente mais estruturada. Essa espacialização é válida em especial nas cidades médias brasileira, devido as características que configuram o desenho

de ocupação do espaço urbano, onde as terras mais valorizadas encontram-se no centro do município, em com a sua desvalorização há medida em que se afastam do centro, forçando as camadas mais pobres da população a buscar os espaços mais distantes, caracterizando mais fortemente as periferias distantes do centro urbano como os espaços dos pobres.

Os dois limites conformam uma matriz econômico-espacial que configuram o desenho da rede de atenção a saúde, apresentando as dificuldades de efetivação do acesso universal a saúde, na medida em que identifica um terceiro grupo, descoberto de qualquer acesso a saúde que não seja a fila da emergência dos hospitais públicos do país, ou de unidades de saúde sem compromisso no desenvolvimento de ações de prevenção à doenças e de promoção a saúde.

Os números revelam que a existência deste grupo, sem um acesso adequado a saúde pública, é um fator causal da sobrecarga dos hospitais públicos do país. A falta de uma porta de entrada qualificada, que possa dar conta de 85% dos problemas de saúde, leva ao ambiente hospitalar toda essa demanda. O grupo configura, por isso, um dos principais gargalos da efetivação do acesso a saúde, o não-lugar do acesso a saúde pública. Santos e Peluso (2006: 3) defende que são nesses espaços, *“não-lugares, nos limites dos territórios, nas zonas de fronteira, nas franjas, que se desenvolvem os mais acentuados exemplos de problemas da saúde pública da atualidade”*.

Trata-se de um grande contingente populacional, o maior dentre todos

(42,28%), já que os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2007) informa que a população coberta em dezembro de 2004 por planos privados de saúde foi de 18,73%.

Uma maioria que sofre com a configuração espacial da rede de atenção a saúde existente no Brasil, pois a contingência de acessar o sistema de saúde apenas pelas portas das emergências dos hospitais públicos, os coloca diante da crise existente em boa parte do país.

Para o debate geográfico, é possível inferir que toda a luta da reforma sanitária, pela reorganização do sistema de saúde para incorporar os princípios constitucionais, poderia ser traduzida como um movimento pela transformação de não-lugares em lugares, enquanto verdadeiros espaços promotores de saúde.

Entretanto, o processo de efetivação de políticas públicas, revelou-se com toda sua complexidade e originou respostas fragmentadas, compostas e que incorporavam diferentes rebatimentos da disputa entre os modelos, fragilizando sua capacidade de reorientação do conjunto do sistema de saúde.

A disputa na sociedade por modelos mais conservadores é acentuada e se faz no dia-a-dia das instituições do setor saúde. Ela é insuficiente porque para trabalhar com lugares, com espaços produtores de saúde, é preciso ir para além da delimitação de territórios e da instituição de um processo de territorialização.

O processo de territorialização, de identificação dos territórios do Programa ou Estratégia de Saúde da Família gerou novos focos de tensão, advinda

de sua concepção contra-hegemônica e num segundo momento de sua própria limitação, já que o conceito de território não deu conta de superar problemas advindos das noções de limites, fronteiras e franjas.

5. Os espaços de promoção da saúde

A utilização de conceitos espaciais influenciam na conformação de uma rede de serviços de saúde com determinadas características espaciais, onde as fragilidades conceituais do território podem ser revelar.

Os territórios, com sua noções de limites, franjas e fronteiras intrínsecas ao seu uso, acabam por gerar espaços encobertos, espaços de omissão do poder público, zonas encobertas da ação pública pela frieza de números e estatísticas, que igualam os diferentes, e diferenciam os iguais, afastando a saúde pública do princípio da universalidade.

Os ruídos produzidos pelos limites oriundos de uma visão unidisciplinar, se manifestam nas pessoas que vivem na forma de diferentes doenças. São quadros morbimortalidade complexos, que agudizam e acentuam a instalação de doenças infectoparasitárias, com acentuados níveis de doenças neoplásicas e de circulação. Além e ao lado dos espaços encobertos, o limite do objeto recortado no campo de aproximação da saúde com a geografia propiciou identificar limitações no processo de efetivação do princípio da universalidade do acesso a saúde.

Existe possibilidade nos princípios do SUS e capacidade dos sistemas municipais de saúde em oferecer suporte ao processo de inovação de estratégias centradas na valorização do espaço local e do conhecimento prático advindo deste, na busca pela formação de espaços saudáveis, verdadeiros espaços promotores de saúde, entendidos como aqueles que possuem capacidade de oferecer qualidade de vida efetiva para seus habitantes.

Estudar a geografia e a saúde sob este recorte possibilitou explicitar o embate existente no país e em todos os seus municípios, dos dois grandes modelos de organização da saúde, e seus reflexos na organização do sistema de saúde. Um focado em procedimentos médicos, na especialização e na fragmentação de procedimentos, e que entende a saúde como uma relação de consumo, denominado Medicina Científica ou flexneriana. O Outro focado num conceito ampliado, voltado para o entendimento das relações sociais e econômicas na determinação da saúde e para o trabalho em equipe, em que trabalhou na implementação do Programa ou Estratégia de Saúde da Família.

Os reflexos das diferentes propostas de organizar a gestão de saúde, da aplicação dos conceitos de espaço relativo e espaço absoluto, assim como o grande vazio gerado pela falta de efetividade das respostas governamentais que garantam o acesso a saúde de forma equitativa, universal e com qualidade para os brasileiros.

A implantação das políticas de saúde foi influenciada por toda a diversidade de interesses dos atores e suas concepções, e

marcada por disputas. Disputas políticas, ancoradas em interesses, representadas nos diferentes modelos de organização da saúde.

Foi uma disputa também territorial e que pôde ser espacialmente demonstrada. A gestão da saúde pública, caso tenha o real interesse em garantir a universalidade do acesso à saúde, precisará de um agir espacial. O desafio de incluir as parcelas da população não cobertas pelo PSF e sem condições de arcar com os custos de planos privados de saúde é hoje o grande desafio do SUS.

Identificar espacialmente a parcela da sociedade que não tem garantido o acesso à saúde é necessário ao planejamento de ações em saúde. A gestão da saúde necessita ampliar o acesso nesses espaços, o que vai demandar criatividade do gestor, e convencimento político, tendo em vista que a disputa entre os dois modelos de gestão ainda coloca para esta parcela a inviabilidade do SUS, pela percepção de que é um programa de saúde pobre para pobres.

6. Considerações finais

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 dispu-

ta 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, e tidos como imagem-objetivo, 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 Golias. Sobre esse embate, Santos (2004: 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 Guattari (2004: 9), aponta a necessidade de uma alternativa operando nessa escala, ao afirmar *“não haverá verdadeira resposta à crise ecológica a não ser em escala planetária e com a*

condição de que se opere uma autêntica revolução política, social e cultural reorientando os objetivos da produção de bens materiais e imateriais.”

E Lefebvre (1991b: 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, um não indo necessariamente ao mesmo tempo que a outra”*.

Assim, pensar e planejar espaços promotores de saúde, lugares que tenham a capacidade de estabelecer novas perspectivas saudáveis e qualidade de vida para as pessoas, implicam reorientar a lógica de organização do espaço, e por isso a geografia tem papel fundamental. Uma outra lógica espacial é possível, que seja contra-hegemônica e 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. Referencias citadas

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). 2007. *Informações sobre beneficiários e Operadoras de Planos privados de Assistência a Saúde*. (ANS Tab Net). [On

- line] <http://anstabnet.ans.gov.br/materia.htm>. (Acesso em: 21/09/2007).
- AUGE, M. 2004. **Não-Lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade**. Papirus Editora (4ª ed.). Campinas (SP)-Brasil.
- CARLOS, A. F. A. 1994. **A (re)produção do Espaço Urbano**. EdUSP (1ª ed.). São Paulo-Brasil.
- CARTER, H. 1975. **The study of urban geography**. Edward Arnold Publishers (2ª ed.). London.
- CECÍLIO, L. C. de O. 2005. Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar a partir da produção do cuidado. En: ANVISA (org). **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. 143-160. Ministério da Saúde. (1ª ed.). Rio de Janeiro-Brasil.
- CLAVAL, P. 1999. **A Geografia Cultural**. Ed. UFSC. Florianópolis (SC)-Brasil.
- COURA-FILHO, P. 1997. *Distribuição da esquistossomose no espaço urbano. Aproximação teórica sobre a acumulação, concentração, centralização do capital e a produção de doenças*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 13(3): 415-424.
- GUATTARI, F. 2004. **As três ecologias**. Papirus. (15ª ed.). Campinas (SP)-Brasil.
- HARVEY, D. 1980. **A justiça social e a cidade**. Hucitec (1ª ed.). São Paulo-Brasil.
- HISSA, C. E. V. 1992. *Planejamento em saúde: uma avaliação crítica. O caso do Alto Vera Cruz em Belo Horizonte*. **Cad. Geografia**. Belo Horizonte, 2(3): 67-83.
- HOWE, G.M and D. R. PHILLIPS. 1983. Medical geography in the United Kingdom, 1945-1982. En: N. D. McGlashan and J. Blunden (edit.). **Geographical Aspects of Health**. Academic Press (1ª ed.). London.
- JOSEPH, A. E. and D. R. PHILLIPS. 1984. **Accessibility and Utilization: Geographical Perspectives on Health Care Delivery**. Harper an Row (1ª ed.). London.
- KEARNS, R. A. and A. E. JOSEPH. 1993. *Space in its Place: Developing the link in medical geography*. **Soc. Sci. Med.**, Great Britain, 37(6): 711-717.
- LEFEBVRE, H. 1991a. **O direito a cidade**. Ed. Moraes (1ª ed.). São Paulo-Brasil.
- LEFEBVRE, H. 1991b. **The production of space**. Blackwell Publishers. Oxford, UK.
- MENDES, E. V. 2001. **Os grandes dilemas do SUS**. Casa da qualidade. Tomo 1. (1ª ed.). (Saúde coletiva) v. 4. Salvador (BA)-Brasil. 144 p.
- MINAYO, M. C. de S. (Org.). 1999. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Hucitec / Abrasco (2ª ed.). São Paulo / Rio de Janeiro-Brasil.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2003. *Direito Sanitário e Saúde Pública*. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Serie E: Legislação de saúde; v. 2. (1ª ed.). Brasília (DF)-Brasil. 278 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2005. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Ministério da Saúde/Fiocruz. (1ª ed.). Rio de Janeiro-Brasil.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2007. *Sistema de Inovações de Atenção a Saúde/SIAB: Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da família. Abrangência: nacional. Período: janeiro de 1998 a dezembro de 2004*. Secretaria de Atenção a Saúde. [On line] <http://dtr2004.saude.gov>.

br/dab/localiza_cadastro.php. (Acesso em: 21/09/2007).

- MORIN, E. 2003. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Ed. Cortez (8 ed.). São Paulo-Brasil.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. 2002. **Sistemas de Informação Geográfica em saúde: conceitos básicos**. OPAS (1ª ed.). Brasília (DF)-Brasil.
- PAIM, J. S. 2002. **Saúde. Política e reforma sanitária**. CEPS/ISC. (1ª ed.). Salvador (BA)-Brasil.
- SANTOS, A. e M. PELUSO. 2006. A Contribuição da geografia no debate sobre a integralidade na saúde - algumas reflexões. **Hygeia**, Brasília, DF, 2.2, 29/05/2006. [Online] <http://www.hygeia.ig.ufu.br/viewarticle.php?id=21>. (Acesso em: 21/09/2007).
- SANTOS, B. de S. 1993. *Modernidade, identidade e a cultura de fronteira*. **Tempo social**. Rev. Sociol. USP. São Paulo, 5(1-2): 31-52.
- SANTOS, M. 2004. **A natureza do espaço: Técnica e tempo, razão e emoção**. Editora da USP (4ª ed.; 1ª reimpr). São Paulo-Brasil.
- SANTOS, M. 2005. **Da totalidade ao lugar**. Editora da USP. São Paulo-Brasil
- UNICAMP. 2001. *As disparidades do SUS*. Jornal da Unicamp, nº 166, ano XV, setembro de 2001, p. 12.
- VIRÍLIO, P. 2005. **O espaço crítico e as perspectivas do tempo real**. Ed. 34 (3ª reimpr). Rio de Janeiro-Brasil.