

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Departamento de Geografia
Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana

TERRITÓRIO USADO E SAÚDE
Respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de
metropolização em Campinas – SP

Mariana Vercesi de Albuquerque

São Paulo
2006

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Departamento de Geografia
Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana

TERRITÓRIO USADO E SAÚDE

**Respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de
metropolização em Campinas – SP**

Mariana Vercesi de Albuquerque

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana, do Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre na área de Geografia Humana.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Adélia Aparecida de Souza

São Paulo
2006

Aos meus queridos pais, Frederico e Elisa, e aos meus irmãos.

Agradecimentos

Ao escrever esta dissertação, pude lembrar de pessoas que foram importantes para que minha pesquisa caminhasse com maior riqueza, perseverança e tomasse este corpo e esta personalidade.

Assim, primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, pela sabedoria com que conduzem as suas vidas. Às minhas queridas irmãs, de quem me orgulho muito. Ao meu pequenino irmão, pela alegria. À Regina, pela força. Ao Fernando Druker. Aos meus queridos tios que me incentivam desde sempre a conhecer mais sobre o mundo e a saber mais sobre a vida: Bia, Hélcio, Liliana, João, Luiz, Mila e Lena. Aos meus familiares todos pelo amor. Aos meus avós pelo eterno amor: Zize e Lulo.

À Neuza e ao seu Luis, pelo enorme carinho.

Aos meus grandes amigos e companheiros de trabalho, que ajudaram imensamente a enriquecer minhas reflexões: Fabiola Iozzi, Pablo Ibañez, Virna David e Samuel Frederico. Aos meus grandes amigos e sábios provocadores: Carin Gomes, Fábio Tozi, Mário Ramalho, Ricardo de Alencar, Heloisa Molina, Lise Mielnik e Priscilla Dias. Aos meus amigos espalhados pelos quatro cantos do Brasil: Paulo Ricardo Soares, João Paulo Amaral, Fábio Cuoco, Schumpeter, Janaína Sevá e Pedro Ulrich.

Aos meus companheiros dos seminários geográficos: Júlia Andrade, Virgínia Holanda, Maria do Fetal, Nelson Marques, Arnaldo Valentim, José Braga, Victor Begeres, Hugo Silimbam, Anita Kurka, Izalene Tiene e Edmilson Rodrigues. Ao Lucas Melgaço, pelas boas reflexões sobre Campinas. Aos meus amigos do Laboplan da USP: Ana Pereira, Branca, Marcos e Edison Bicudo. Um agradecimento especial vai para Eliza Almeida que me deu força e incentivo para seguir adiante nas pesquisas sobre o tema da saúde e com quem eu tive o prazer de refletir junto.

Aos meus ex-alunos de Campinas, pelo carinho, pela força e pelo desafio de ensinar e aprender. Aos meus colegas professores, em especial ao Celso, ao Paulo, à Verônica, à Andréia, ao Fábio, ao Presuntinho e ao Feola.

Aos meus amigos do Instituto de Geociências da Unicamp, pela história compartilhada.

À Guiomar, do Serviço de Estatística do Hospital das Clínicas da UNICAMP, que teve paciência, atenção e foi sempre solícita em relação à requisição dos dados e das informações para esta pesquisa.

Às secretárias da Pós-Graduação do Departamento de Geografia da USP pelo atendimento solícito.

Ao Dário, Secretário Municipal de Saúde de Tefé – AM, pela sabedoria na lida com a escassez e pelo respeito com a vida humana. A todos os entrevistados por mim, durante minha estadia na Amazônia brasileira, onde fui muito bem recebida pelas pessoas e onde pude apreender e aprender mais sobre o Brasil.

Um agradecimento especial vai à Ana Luiza Viana, por acreditar no meu trabalho e me dar oportunidades raras de caminhar pelo país e pelos bastidores da política de saúde. Agradeço, também, pelo crescimento intelectual, pelos diálogos abertos e pelo amadurecimento que tive a partir destas experiências. Agradeço, ainda, a toda a equipe de pesquisa da FIOCRUZ e do Instituto da Saúde – SP.

A todos os entrevistados por esta pesquisa: Luiz Carlos Zeferino, Angélica Maria Bicudo Zeferino, Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva e Pedro Humberto Scaraviello; um agradecimento especial vai para Bernadete Trapé e Carmem Lavras.

Um agradecimento especial vai para Nelson Ibañez pela força e incentivo à minha pesquisa, além de uma leitura cuidadosa de meu memorial de qualificação oferecendo caminhos importantes para serem trilhados.

À María Laura Silveira pela leitura atenciosa do memorial de qualificação, pelas sugestões ricas e o diálogo sempre generoso, e pelo incentivo à minha pesquisa.

Àqueles que são meus professores desde que me conheço por geógrafa: Márcio Cataia e Ricardo Castilho.

Ao Ricardo Badaró pelos ensinamentos sobre Campinas.

À Ana Clara Torres Ribeiro, pela sabedoria.

Ao meu Querido Luis Henrique Leandro Ribeiro, pela força, pela crença, pelo carinho e por compartilhar as descobertas e os caminhos desse mundo gigantesco.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, pela bolsa concedida durante um ano de mestrado.

À mestra querida Maria Adélia de Souza, eterno Oráculo em minha vida.

“É com sol, é com chuva. Janeiro, fevereiro, março ou abril, o Rio é este. Chova ou não. Canícula, de que só escapam os que podem passar o dia ou na praia ou em ambiente refrigerado. Mesmo chovendo, de que adianta os cronistas sofisticados da cidade, sabidos e badalados, escreverem que o remédio para o verão carioca é champanha francesa gelada ao meio-dia? Gente como Otacílio bufa. E em Copa, a maioria é lisa, quebrada, prejudicada, lesa, classe média aparentando o que não tem. Veste camisa Pierre Cardin, legítima, calças de corte italiano, legítimas. Paga por isso. Vá ver, o bonitão acolá não tem dez pratas no bolso. E tome calorão.”

(João Antônio – “Galeria Alaska”, in “Malagueta, Perus e Bacanaço;
& Malhação do Judas Carioca”)

Quem castiga nem é deus é os avessos.

(João Guimarães Rosa – “uma estória de amor”, in “Manuelzão e Miguilim”)

Resumo

A maior complexidade do mundo atual, trouxe novos desafios para as metodologias da geografia e da saúde pública, assim como, para a relação entre tais metodologias – instrumentais teóricos, técnicos e empíricos. A proposta deste trabalho é de que se pense a saúde a partir das noções de bem estar e uso do território, diante do mundo como uma totalidade concreta, no período técnico-científico-informacional. Para a sistematização do conhecimento dos lugares foi utilizado o conceito de situações geográficas, definidas como um conjunto dos principais eventos que caracterizam as dinâmicas de cada lugar e seus sentidos futuros. As situações ajudam a identificar a dimensão dos desafios à concretização do bem estar em cada lugar, e lançam uma âncora no futuro para reflexão sobre a consolidação do Sistema Único de Saúde e a universalização da saúde. Nessa perspectiva, foi realizado o estudo da situação geográfica de metropolização, tendo como referencial empírico o município de Campinas – SP. O objetivo foi observar como os serviços de saúde respondem aos desafios postos pelas contradições inerentes à situação geográfica de metropolização, isto é, a convivência as densidades técnicas, científicas e informacionais no uso do território com as extremas desigualdades socioespaciais de acesso a esses benefícios, oferecidos pela metrópole. A metodologia utilizada contribuiu para o entendimento das novas medidas de reestruturação adotadas recentemente pelo Hospital das Clínicas da UNICAMP, tomando por base os desafios estruturais do Brasil para a consolidação do SUS e para a universalização da saúde em relação à dimensão destes desafios postos – seus processos e profundidades – diante da situação de metropolização. O conceito de situação geográfica abre caminhos para as políticas públicas voltadas à compreensão dos desafios de concretização do bem estar conforme a dinâmica dos lugares; conhecimento que é, cada vez mais, requisitado pelos cidadãos e pelos gestores, para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, situação geográfica de metropolização, uso do território, saúde e serviço hospitalar.

Abstract

The greater complexity of today's world brought new challenges to the geographic and public health methodologies, as well as to the relationship between these methodologies – theoretical instrumental, technical and empiric. The proposal of this work is to think health starting from the notions of wellbeing and territory use before the world as a concrete totality in the technical-scientific-informational period. The concept of geographic situations, defined as a set of the main events that characterize the dynamics of each location and their future senses, was used for the systematization of location knowledge. The situations help identify the dimension of the challenges that must be overcome in order to achieve wellbeing in each location and deliver an anchor in the future to contemplate the consolidation of the Unified Health System (SUS) and universalization of health. In this perspective, a study was done on the geographic metropolization situation, where the empiric reference was the municipality of Campinas, SP. The objective was to observe how the health services respond to the challenges placed by the contradictions inherent to the geographic metropolization situation, that is, the relationship between the technical, scientific and informational densities in territory use and the extreme social and spatial inequalities of access to the benefits offered by the metropolis. The methodology used contributed to the understanding of the new restructuring measures recently adopted by the Clinical Hospital of UNICAMP, taking as base the Brazilian structural challenges to consolidate the Unified Health System and the universalization of health in relation to these challenges – their processes and depths – before the metropolization situation. The geographic situation concept grants access to public policies oriented towards comprehending the existing challenges in order to achieve well being according to location dynamics; a knowledge that is required to an ever growing extent by citizens and managers to improve the life and health conditions of the population.

Keywords – Unified Health System, geographic metropolization situation, territory use, health and hospital service.

SUMÁRIO

Introdução.....	01
Capítulo I – A Geografia e a Saúde: um diálogo possível.....	08
1.1. Saúde e território usado como totalidade.....	10
1.2. A saúde como um componente do desenvolvimento.....	14
1.2.1. A modernização incompleta dos lugares.....	18
1.3. As situações geográficas e a concretização do bem-estar no território usado.....	23
1.3.1. A situação geográfica de metropolização.....	25
Capítulo II – Campinas: metrópole corporativa e fragmentada.....	28
2.1. Da cidade do café, destruída pela grande epidemia de febre amarela, ao princípio da industrialização e das transformações na urbanização (1850 – 1933).....	30
2.2. A cidade industrial, a reforma urbana e as transições geográfica e epidemiológica (1934 até meados da década de 1960).....	40
2.3. Campinas metrópole fluida e corporativa: Pólo da Alta Tecnologia / involução metropolitana (segunda metade da década de 1960 até os dias atuais).....	46
2.3.1. Involuções metropolitana e epidemiológica.....	57
Capítulo III – Respostas do Sistema Único de Saúde aos desafios da situação de metropolização.....	62
3.1 – O Hospital das Clínicas da UNICAMP no contexto da história do sistema de saúde campineiro e da construção do Sistema Único de Saúde.....	63
3.2. O Hospital das Clínicas da UNICAMP no contexto da universalização do Sistema Único de Saúde.....	70
3.3. Respostas à situação geográfica de metropolização de Campinas: discussão sobre as mudanças realizadas pelo Hospital das Clínicas da UNICAMP.....	81
Conclusão.....	117
Bibliografia.....	125
Anexos.....	131

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, MAPAS E TABELAS

Figuras

Figura I - A Região de Campinas tem a maior concentração de telecomunicações do País. (2001).	53
---	----

Gráficos

Gráfico I – Campinas: População urbana (1858-1934).	31
Gráfico II – Campinas: População municipal (1767-1934).	36
Gráfico III – Campinas: População urbana (1858-2005).	45
Gráfico IV – Campinas: Taxa geométrica de crescimento anual da população (1940-2005).	49
Gráfico V – Campinas: População municipal (1767-2005).	50
Gráfico VI – Estados do Brasil e o município de Campinas: Cadastro de unidades de Alta Complexidade do SUS, 2004.	79
Gráfico VII – Hospital das Clínicas da UNICAMP: Atendimentos no pronto-socorro por total de consultas, 1992 – 2005.	103
Gráfico VIII – Hospital das Clínicas da UNICAMP: Total de internações (1996, 2000 e 2003).	104
Gráfico IX - Hospital das Clínicas da UNICAMP: Internações por origem dos pacientes de municípios da Região Metropolitana de Campinas (1996, 2000 e 2003).	105

Mapas

Mapa 1 – Campinas oferece à Indústria, 1938	41
Mapa 2 – Brasil – Municípios com Hospitais cadastrados nos sistemas de Alta Complexidade.	77
Mapa 3 – Redes de cirurgia cardíaca.	80
Mapa 4 – Redes de atenção hospitalar básica. População de 5 anos e mais de idade.	80
Mapa 5 – Campinas: Unidades Básicas de Saúde – UBS (2005).	107
Mapa 6 – Campinas e municípios limítrofes: Crescimento Urbano entre 1973 e 2005.	107
Mapa 7 – Campinas: Referência – Bairros (2005).	108
Mapa 8 – Campinas e municípios limítrofes: Homicídios e PIB per Capita.	109
Mapa 9 – Campinas: Homicídios por Unidades Básicas de Saúde.	109
Mapa 10 – Campinas: Valor do Rendimento Médio Mensal dos Responsáveis pelos Domicílios.	110

Tabelas

Tabela I – Hospital das Clínicas da UNICAMP: Recursos gastos com as cirurgias realizadas. Set/2005.	101
---	-----

Introdução

O mundo, em seu desenvolvimento histórico, impõe novos e constantes desafios ao diálogo da Geografia com as ciências da saúde e, destas, com a vida. É a busca pela compreensão das possibilidades de existência e manutenção da vida que coloca a Geografia e as outras ciências no mesmo rumo, isto é, que dão sentido à própria ciência e ao diálogo entre seus múltiplos saberes.

Os estudos geográficos e os estudos sobre a saúde sofrem, a cada momento, transformações quanto aos seus instrumentais teóricos, técnicos e empíricos, na busca da explicação do mundo. Nesse sentido, a cada período é preciso, invariavelmente, tornar a reencontrar um diálogo possível entre a concepção de saúde e a concepção sobre o espaço geográfico (considerado, aqui, o objeto da Geografia), diante da realidade posta pelo mundo.

No entanto, como muito bem demonstrou Aylene Bousquat e Amélia Cohn (2004), pouco se avançou na concepção de espaço dentro das pesquisas em saúde pública:

A periodização realizada permite identificar que, desde o final do século XIX, perdurando ao longo de praticamente todo o século XX, foi exatamente o conceito de espaço abstraído da ação humana, o espaço limitado a suas dimensões materiais, ou seja, a paisagem, que prevaleceu tanto na geografia médica como na saúde pública. Em outros termos, foi o conceito central de espaço em que se assenta a geografia, ao assumir seu caráter de disciplina científica no final do século XIX, que marcou profundamente a história da saúde pública. (BOUSQUAT e COHN, 2004:564).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde¹ (SUS) incorpora o espaço geográfico a partir da noção de território e territorialidade: um espaço vivo, delimitado e ocupado por um grupo populacional específico, com identidades em comum – social, cultural, entre outras (CONASEMS, 2005). Essa delimitação está associada à regionalização de áreas de abrangência das equipes de saúde, dos serviços e das ações sanitárias. Assim, “a territorialização é um conceito técnico que tem sido utilizado no âmbito da gestão da

¹ O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui a atual estrutura da saúde pública brasileira. O SUS foi efetivado a partir da Constituição de 1988, através da lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – a Lei Orgânica da Saúde.

saúde”. (CONASEMS, 2005:237). Desse modo, um município pode conter vários “territórios”, conforme as áreas de abrangência definidas para a gestão do SUS.

Essa interpretação do SUS sobre território tem rendido alguns avanços para as políticas de saúde, mas, também tem imposto muitas dificuldades para a incorporação da dinâmica territorial a estas políticas, conforme analisa o Plano Nacional da Regionalização do Sistema Único de Saúde² lançado, em 2004, pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, pouco se avançou, no âmbito da saúde pública, na compreensão do espaço geográfico como categoria de análise social.

Aqui, a saúde não será tratada a partir da concepção de territorialidade. Nesta pesquisa, o espaço geográfico é entendido como instância social, como foi definido por Milton Santos (1978), e o que interessa discutir é o uso do território (SANTOS, 1994a). Por isso, adotou-se a opinião de Maria Adélia de Souza (2004), quanto à questão da territorialidade:

Discordamos da expressão territorialidade aplicada a qualquer setor. Tudo o que existe implica no uso do território, logo desnecessário explicitar sua ‘territorialidade’. O uso do território que implica no território efetivamente usado é sinônimo de espaço geográfico, entendido como instância social, ou seja, aquilo que se impõe a tudo e a todos. Logo, não existe territorialidade de coisa alguma, pois tudo é, por definição, essência e natureza, territorializado. A discussão que se coloca é portanto, outra, aquela do direito ao uso do território por algo: a saúde, a educação, a moradia, o plantio, etc. (SOUZA, 2004:57).

Nessa perspectiva, estudou-se o uso do território pela saúde, entendido como uma das aspirações de bem estar do ser humano, a partir do recorte empírico da existência do Sistema Único de Saúde, na metrópole.

Talvez, a urbanização crescente do território seja, hoje, o dado mais importante para as análises sobre saúde e sobre a consolidação do SUS, nos lugares. A urbanização representou um acesso³ maior da população aos serviços de saúde, às técnicas e ao

² “Apresenta-se, como crítica desse processo, o fato de num mesmo território existirem vários territórios regionais sobrepostos, dificultando o diálogo, o planejamento integrado entre as diversas esferas de governo, o apoio técnico, a sinergia de programas sociais, a criação de instâncias de negociação, a organização da população e o controle público e social. Em muitos estados, o desenho adotado entra em conflito com a própria organização administrativa regional do estado, como também dissociados das estruturas de consórcios existentes e associativas dos municípios”. (Ministério da Saúde, 2004:15).

³ Bousquat (2001) faz uma extensa discussão sobre as transformações teórico-metodológicas na definição e utilização do conceito de “acesso”, como meio de incorporação do espaço dentro das políticas de saúde. O “acesso”, aqui, é compreendido como a possibilidade e a realização dos usos do território pelos

conhecimento para prevenção das doenças, além de outros serviços e infra-estruturas que proporcionaram uma melhoria das condições de vida, tais como: da alimentação (qualidade e acesso aos alimentos), de habitação, de saneamento básico, de educação, de informação, de comunicação e de transporte.

A metrópole – símbolo do desenvolvimento e da modernização – é um *locus* privilegiado para abrigar os eventos da urbanização e, portanto, das possibilidades dadas pelo mundo atual, na melhoria das condições de saúde da população. No entanto, como alerta Maria Adélia de Souza (1999), as metrópoles atraem para si todas as contradições inerentes a essa modernização constante dos usos do território. E é por conta dessas contradições, explícitas de maneira singular pelas metrópoles, que se optou pelas análises da consolidação do Sistema Único de Saúde e da universalização dos usos do território pela saúde, na metrópole.

Aqui, considera-se o SUS, hoje, como o grande projeto nacional da sociedade brasileira. “A universalização do acesso aos serviços de saúde aponta para a construção de uma sociedade de cidadania generalizada”. (COSTA e AUGUSTO, 1995:96). Por isso mesmo, o SUS é capaz de, juntamente com a metrópole, revelar muito da essência e do sentido das contradições vividas cotidianamente pelas pessoas, na busca pelo bem estar.

Como essa busca se dá nos lugares, é preciso tentar compreender um pouco sobre como “a pessoa também vale pelo lugar que ela habita”, como propõe Milton Santos, no livro *O Espaço do Cidadão* (1987). O Lugar é o recorte teórico próprio da existência humana:

O corpo em que vivo infuso, recluso, faz de mim inexoravelmente um personagem espacial. Põe-me em lugar e me exclui dos demais. Não me permita ser ubíquo. Em cada instante me prega como um prego num lugar e me desterra do resto. O resto, isto é, as demais coisas do mundo estão em outros lugares e só posso vê-las, ouvi-las e talvez tocá-las, do lugar em que estou. (ORTEGA Y GASSET, 1973:111).

Eliza Almeida (2005), em sua tese, a respeito dos usos do território e os serviços de saúde no atual período, mostrou a realidade das desigualdades socioespaciais da consolidação do SUS, no âmbito do território brasileiro. A autora revela que a

cidadãos brasileiros, nos lugares. O acesso implica, assim, na condição oferecida pelo território usado enquanto instância social à efetivação dos usos.

universalização da saúde tem como grande desafio as próprias condições oferecidas pelos lugares para acolherem os eventos da modernização. “Usufruir ou não dos serviços de saúde está diretamente vinculado às possibilidades oferecidas nos lugares” (ALMEIDA, 2005:296). Diante dessa constatação, pretendeu-se, aqui, compreender o rebatimento dessa realidade oferecida pelos lugares em um serviço de saúde do SUS. No caso, um serviço inserido no paradoxo da metropolização atual.

Ana Clara Torres Ribeiro (1998) afirma ser indispensável a “preservação de leituras preocupadas com as totalidades metropolitanas”, pois as metrópoles, segundo a autora, apresentam um nível alto de concentração de recursos e população, são espaços privilegiados para a observação de limites no processo de descentralização administrativa e, também, espaços privilegiados para a discussão sobre o futuro do país.

As metrópoles “desafiam a nossa capacidade de desvendamento de projetos dirigidos à integração social” (RIBEIRO, 1998:27), incluindo, aqui, o projeto da universalização da saúde.

Segundo Bousquat (2001), a partir da década de 1980, com a rápida urbanização da população mundial e o crescente aumento da pobreza e das desigualdades sociais, sobretudo, nas metrópoles dos países subdesenvolvidos, surge uma corrente nova de concepção do espaço nas políticas de saúde.

Desde então houve um crescente aumento de estudos voltados para a identificação de diferenciais intra-urbanos [das questões de saúde] e para a elaboração de metodologias apropriadas a este fim. Começa a ocorrer então uma mudança significativa no que diz respeito à percepção do espaço. Este não mais é visto como uma forma homogênea mas constituindo-se em espaços heterogêneos. (BOUSQUAT, 2001:82).

É neste momento que surge a questão da “equidade⁴” no debate do direito à saúde, como instrumento teórico para as abordagens em políticas de saúde. Nessa discussão da equidade o espaço entra como expressão da desigualdade na realização da justiça social, impondo diversas barreiras à equidade – o espaço é palco da localização (distribuição) das pessoas, dos serviços e das doenças, assim como, dos outros fatores que interferem na saúde da população; é a combinação do perfil destas distribuições que expressaria as heterogeneidades espaciais, contribuindo para a identificação das

⁴ Essa discussão da equidade inicia-se na Inglaterra, na década de 1960, com a proposição de um novo sistema de saúde em busca da universalização. A equidade é muitas vezes entendida pelos ingleses como universalidade (BOUSQUAT, 2001).

iniquidades. Assim, o espaço, apesar de ser revelador de heterogeneidades, ainda não entra, nesta discussão, como condição de instância social.

Diante da proposta da “Geografia Nova”, de Milton Santos (1978), este trabalho não se propôs a fazer uma “geografia da saúde”, pois não se tratam de várias “geografias” setoriais, não se trata do espaço como palco da distribuição dos elementos relacionados a determinados setores. Trata-se de uma só Geografia que tem como objeto o território usado e como preocupação os diversos usos do território. Usos estes que não estão firmados numa visão setorial, e nem apenas, na localização georreferenciada (sítio), mas numa visão de instância social e de “situação geográfica” (SILVEIRA, 1999a), isto é, dos contextos dados pela coerência espacial e temporal dos eventos. Usos que são frutos da hibridez – da indissociabilidade de objetos e ações –, e existem na condição da totalidade dialética do território usado.

A escolha de Campinas, como recorte empírico desta dissertação, deve-se em parte à continuidade de uma pesquisa e ao interesse sobre os conflitos vividos no âmbito desta metrópole e de sua região metropolitana. Por outro lado, Campinas é um município peculiar para o debate sobre a saúde e sobre o Sistema Único de Saúde.

A saúde está ligada à sua história, desde que se tornou um “lugar mundial” (SOUZA, 2004) em decorrência da produção de cana de açúcar e, sobretudo, de café. Com a modernidade do século XIX vieram também as epidemias, como a da febre amarela – que arrasou Campinas entre os anos de 1889 e 1897. A luta do município para se vencer esta epidemia, está explícita no seu brasão:



As torres simbolizam a emancipação política. À esquerda, a cana-de-açúcar e à direita o café representam a força econômica de Campinas no início de sua história. No centro há uma Fênix, ave mitológica que simboliza o renascimento das cinzas, no caso, a vitória do município sobre a febre amarela. A imagem da Fênix foi inserida no brasão a partir de 1889. A frase em latim significa, em português: “No trabalho e na virtude a cidade floresce”.

Em relação ao SUS, a importância de Campinas deve-se ao fato de que o município foi um dos pioneiros nas discussões e implementação de ações no sistema de saúde municipal, que fortaleceram o movimento da reforma sanitária – que culminou na institucionalização do Sistema Único de Saúde, pela Constituição de 1988.

Atualmente, Campinas encontra-se num momento muito difícil de sua história, marcado pela grande desigualdade social, com reflexos diretos na possibilidade de concretização da saúde e do bem estar de sua população. A situação dramática vivida pelo município, se expressou de forma clara, em setembro de 2001, quando ocorreu o assassinato do Prefeito Antônio da Costa Santos (PT). Caso, até hoje, inexplicado. Ao mesmo tempo em que o território campineiro vai se tornando, cada vez mais, fragmentado e “opaco” (SANTOS e SILVEIRA, 2000), Campinas continua buscando sua glória a partir das luminosidades modernas.

Essas contradições acabam sendo explícitas em desafios para a consolidação do SUS na metrópole, para a universalização da saúde e para a concretização do bem estar. A reestruturação proposta pelo Hospital das Clínicas da UNICAMP, a partir de 2004, configura-se como uma tentativa de resposta do hospital a estes desafios particularizados pela metrópole campineira. É nesse sentido, que essa dissertação

aborda os usos do território pela saúde, a partir das respostas do SUS à metrópole, tendo como recorte empírico Campinas e o Hospital das Clínicas da UNICAMP.

A dissertação divide-se em três capítulos e conclusão.

O **Capítulo I – A Geografia e a Saúde: um diálogo possível** traz uma reflexão a respeito do atual significado de “saúde”, proposto pela Carta de Otawa (1986), e a relação com o conceito de “espaço geográfico”, proposto por Milton Santos (1978), como o objeto da geografia e instância social. A reflexão também aborda a inserção da saúde e do Sistema Único de Saúde no período histórico atual. Neste Capítulo, é discutido o conceito de situação geográfica como forma de abordar as dimensões particulares dos desafios aos usos do território pela saúde, a partir da dinâmica dos lugares. A situação analisada é a de metropolização.

O **Capítulo II – Campinas: metrópole corporativa e fragmentada** substantiva a discussão do capítulo anterior, a partir da situação de metropolização expressa pelo município de Campinas. Aqui, é feita uma periodização desta situação analisando, inclusive, as mudanças nas possibilidades dos usos do território pela saúde em cada momento. Neste Capítulo é proposta a idéia de “involução epidemiológica”.

Finalmente, o **Capítulo III – Respostas do Sistema Único de Saúde aos desafios da situação de metropolização** aborda os conflitos sofridos no processo de universalização da saúde, na metrópole, a partir da existência dos serviços de saúde. Essa análise está baseada no exemplo das recentes medidas de reestruturação adotadas pelo Hospital das Clínicas da UNICAMP e da maior inserção da própria Universidade, dentro do sistema regional hospitalar.

A **Conclusão** traz os achados da pesquisa, de forma a apontar uma âncora no futuro para a existência do SUS na metrópole.

Capítulo I – A Geografia e a Saúde: um diálogo possível

Para Ortega y Gasset (1963), a aspiração máxima do homem não é estar no mundo, mas sim, “bem estar”. Segundo o autor, o homem cria a técnica – um conjunto de habilidades (que não é apenas instrumental, mas um conjunto de saberes, compreensões e visões do mundo) – que permite a realização do seu projeto de bem estar no mundo. A luta por “estar” (sobrevivência) passa a ser mediada pelo desenvolvimento técnico e, assim, as necessidades humanas vão se aproximando, cada vez mais, do conforto, como realidade possível e presente. Isso significa que o homem pode sobreviver no mundo com conforto, portanto, o conforto torna-se uma necessidade humana e seu projeto passa a ser o “bem estar” e não apenas “estar” no mundo. Este conforto é que dá a noção de bem estar.

Assim, Ortega y Gasset (1963) explica que a invenção técnica parte dessa necessidade (desejos) social em associação com a necessidade (introduzida pela utilidade) dos objetos técnicos. Estas necessidades têm como imperativo a busca pelo maior conforto, que imprime uma aceleração constante na imaginação e na invenção técnica. “O progresso técnico, portanto, se apresenta como acumulação de aquisições materiais e conhecimentos objetivos no quadro de uma cultura”. (ORTEGA Y GASSET, 1963:XXV).

O progresso técnico remete ao uso das técnicas, isto é, à existência e à função dos objetos técnicos aliados às intenções das ações humanas. Como define Ortega y Gasset (1973), o uso é ato humano, mas não é nosso (indivíduo), é da gente (coletividade). Um uso nem sempre é para todos, mas tem força para forçar-nos, pelas solidariedades geográficas⁵ constituídas nos lugares onde estamos. Os usos são realidades, necessariamente algo realizado pela sociedade, seja com frequência ou não. O uso é fruto de um pacto social. “Todo uso é instituição”. (ORTEGA Y GASSET, 1973:227).

⁵ As solidariedades geográficas não têm conotação moral, se referem aos processos de criação das coerências funcionais – coerência espacial e continuidade temporal – dos usos do território (SANTOS, 1996).

Hoje, os usos são, também, uma força mundial, exercida pelas grandes empresas capitalistas, pelos órgãos internacionais e por alguns países desenvolvidos, influentes nas políticas internacionais e no desenrolar do capitalismo financeiro. Por isso, muitos usos são forças extra-locais, que podem entrar em choque com as forças nacionais e dos lugares. A “unicidade da técnica”, a “convergência dos momentos” e a “unificação da mais-valia”, como definidos por Santos (2000a), tornam os territórios nacionais cada vez mais sujeitos aos usos com intencionalidades e racionalidades hegemônicas. Estas racionalidades desorganizam muitos usos correspondentes às racionalidades locais. Produzem, inclusive, desusos.

É nesse sentido que Milton Santos (1996) define a Geografia como uma “filosofia das técnicas” e seu objeto – o espaço geográfico – como “um sistema indissociável de objetos e ações”. É a empiricização deste sistema indissociável que configura os usos do território. A filosofia das técnicas parte da tentativa de compreender o “território usado”⁶, isto é, os usos realizados, “o território vivo” (SANTOS, 1999).

O uso do território pode ser definido pela implantação de infra-estruturas, para as quais estamos igualmente utilizando a denominação ‘sistemas de engenharia’, mas também pelo dinamismo da economia e da sociedade. São os movimentos da população, a distribuição da agricultura, da indústria e dos serviços, o arcabouço normativo, incluídas legislação civil, fiscal e financeira, que, juntamente com o alcance e a extensão da cidadania, configuram as funções do novo espaço geográfico. (SANTOS e SILVEIRA, 2001:21).

Desde o final da Segunda Guerra Mundial, vivemos um momento da história humana onde as concepções de bem estar estão associadas aos usos do território intensamente dotados de técnica, ciência e informação. Trata-se do “período técnico-científico-informacional” (SANTOS, 1996). Este período é caracterizado pela profunda interação da técnica com a ciência e a informação, na constituição dos objetos técnicos e na realização das ações. Isso significa um aumento constante da precisão, da racionalidade e da intencionalidade de invenção técnica para os usos do território. O sistema técnico atual constitui-se num meio geográfico planetário, que condiz com o nome do período – “meio técnico-científico-informacional”.

⁶ “O que interessa discutir é, então, o território usado, sinônimo de espaço geográfico. Essa categoria, território usado, aponta para a necessidade de um esforço destinado a analisar sistematicamente a constituição do território. Como se trata de uma proposta totalmente empiricizável, segue-se daí o enriquecimento da teoria”. (SANTOS e SILVEIRA, 2001:20).

O período técnico-científico-informacional se caracteriza pela rápida e generalizada difusão de objetos técnicos, dotados de ciência e informação que se solidarizam técnica e funcionalmente na escala mundial, formando assim um sistema técnico hegemônico que marca a totalidade do mundo, apesar de se instalar pontualmente nos lugares (SANTOS, 1996). É por essa instalação pontual nos lugares, dos usos do território que se valem do meio técnico-científico-informacional, que se configura uma grande desigualdade socioespacial na concretização do bem estar.

A saúde, que em latim significa *salus, útis* “salvação e conservação (da vida)” (HOUAISS, 2006), é um dado que se insere nas possibilidades de concretização do bem estar. A concepção de saúde acompanha as mudanças na própria concepção de bem estar do homem, a cada período, em cada lugar. Hoje, portanto, tornou-se hegemônica a concepção de que saúde e bem estar estão vinculados aos usos do território intensamente dotados de técnica, ciência e informação.

Assim, faz-se necessário encontrar um diálogo entre a Geografia e as ciências da saúde, para que a explicação sobre a saúde no mundo e nos lugares se dê conforme o projeto e as possibilidades de bem estar vigentes no atual período histórico.

1.1. Saúde e território usado como totalidade.

A definição atual de saúde é dada pela *Carta de Otawa* (1986):

As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e a equidade. Qualquer melhora da saúde há de ter como base, necessariamente, estes pré-requisitos. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de satisfazer suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente. (*Carta de Otawa*. 1986⁷).

Este documento representa um marco na definição de saúde, porque não vincula a saúde apenas a uma concepção curativa e preventiva de doenças; vai além, incorporando a questão do bem estar, isto é, de um conjunto de fatores que implicam em boas condições de vida do ser humano, a partir de suas aspirações.

⁷ Documento resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Otawa, Canadá, em 1986.

Essa definição de saúde leva à idéia de totalidade, que é um conceito fundamental, também, para a compreensão do território usado. Segundo a definição dada por Karel Kosik (2002), a totalidade não se remete a todos os fatos, mas à essência dialética deles. “Na realidade, totalidade não significa todos os fatos. Totalidade significa realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classe de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”. (KOSIK, 1963:43). Ainda de acordo com o autor, a realidade é uma totalidade concreta – que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos; estrutura, esta, que é própria (não é caótica), que se desenvolve (não é imutável) e vai se criando (não é um todo perfeito, acabado e isolado).

O território usado é uma totalidade concreta compreendida através dos eventos. O evento ocorre na realidade como totalidade concreta, assim definida por Kosik (1963). De acordo com Milton Santos (1996:76), “um evento é o resultado de um feixe de vetores, conduzido por um processo, levando nova função ao meio pré-existente”. O autor conclui, ainda, que “o evento somente se completa quando integrado ao meio. Somente aí há o evento, não antes.” (p.77).

Os eventos, portanto, são a geografização de objetos e ações numa interdependência dada por uma racionalidade de existência, isto é, por uma intenção de impregnar o território com determinadas funções (*usos*). “A ação não se dá sem que haja um objeto; e, quando exercida, acaba por se redefinir como ação e por redefinir o objeto. Por isso, os eventos estão no próprio coração da interpretação geográfica dos fenômenos sociais”. (SANTOS, 1996:77)

Diante da definição da Carta de Otawa e da definição de espaço geográfico como instância social, a saúde é resultante de um conjunto de eventos no território usado.

Para Milton Santos (1996), o evento é a empiricização do tempo, enquanto uso do território, no momento presente, tendo como âncoras o passado e o futuro. A técnica como meio de realização do evento é, também, o meio de empiricizar o tempo.

O espaço tem, sempre, um componente de materialidade donde lhe vem uma parte de sua concretude e empiricidade. Se quisermos unificar o tempo e o espaço, se pretendemos que possam ser mutuamente incluídos, o tempo deve ser, também, empiricizado.

Tempo, espaço e mundo são realidades históricas, que devem ser mutuamente conversíveis, se nossa preocupação epistemológica é totalizadora. Em qualquer momento, o ponto de partida é a sociedade humana em processo, isto é, realizando-se. (...). Assim, empiricizamos o tempo, tornando-o material, e desse modo o assimilamos ao espaço, que não existe sem a materialidade. (SANTOS, 1996:44).

O evento é fruto da realidade em movimento. Assim, o evento se dá mediante a totalidade do território usado, tendo como âncoras: o passado (condição dada pelo território para sua realização), e o futuro (pois o evento ajuda a modificar a realidade presente, contribuindo para criar condições para novos eventos na dinâmica do território).

Assim, o território usado encontra-se em permanente transformação segundo o sentido e a essência dos eventos que acolhe. Tendo como fundamento a totalidade e o território usado, as condições de saúde relacionam-se e transformam-se conforme o sentido e a essência dos eventos relacionados aos diversos usos do território.

O período atual ajuda a compreender e apreender o mundo como uma totalidade concreta e, portanto, as condições de saúde associadas a esta totalidade. A lida do ser humano com a instantaneidade e a simultaneidade dos eventos aguça a percepção sobre a relação entre o sentido dos eventos e seus significados na realidade para a concretização do bem estar. Isso acontece, porque o período atual, marcado pela hegemonia do meio técnico-científico-informacional, facilita a produção e a circulação de informações de forma instantânea e simultânea, divulgando para todos os lugares, os acontecimentos no mundo. No instante em que a gripe aviária, por exemplo, é notificada na Indonésia, os responsáveis pela saúde pública de outros países, já partem para a elaboração de um plano de prevenção de uma possível pandemia da gripe. Dado que hoje, a circulação e a comunicação marcam o ritmo do mundo e dos lugares, há uma enorme preocupação em conter o fluxo do vírus pelo planeta.

Como afirmou Paulo Sabroza (2005), hoje, a realização da saúde demanda, sobretudo, o uso intensivo de informação, que está cada vez mais relacionado ao consumo e ao cuidado. O cidadão informado tem melhores condições de lidar com as características dos usos do território e buscar, assim, a realização de suas aspirações de bem estar. O mundo de hoje, entendido como uma totalidade empírica (SANTOS, 1996), entra aí, como um rico subsídio de informação para as questões da saúde. Isso porque, com a maior produção e comunicação de informações entre os lugares, o mundo

tornou-se mais “palpável”. Não enquanto soma de eventos, mas enquanto maior afinidade entre a essência e o sentido dos eventos no mundo e no lugar. O mundo como uma totalidade mais “palpável” estreita a relação e a influência de um conjunto de eventos de toda ordem, na realização do bem estar das pessoas em cada lugar.

A unicidade do tempo não é apenas o resultado de que, nos mais diversos lugares, a hora do relógio é a mesma. Não é somente isso. Se a hora é a mesma, convergem, também, os momentos vividos. Há uma confluência dos momentos como resposta àquilo que, do ponto de vista histórico, será chamado de interdependência e solidariedade do acontecer. (...). Com essa grande mudança na história [período atual], tornamo-nos capazes, seja onde for, de ter conhecimento do que é o acontecer do outro. Essa é a grande novidade, o que estamos chamando de unicidade do tempo ou convergência dos momentos. A aceleração da história, que o fim do século XX testemunha, vem em grande parte disto. Mas a informação instantânea e globalizada por enquanto não é generalizada e veraz porque atualmente intermediada pelas empresas da informação. (SANTOS, 2000a:27-28).

Essa “convergência dos momentos” como definiu Milton Santos, contribui para que em todos os lugares, haja uma aproximação do significado de bem-estar associado aos usos do território mais dotados de técnica, ciência e informação.

Ortega y Gasset (1963) diz que é muito tênue o limite entre a satisfação das necessidades básicas humanas (estar) e das necessidades supérfluas (busca pelo conforto: bem estar). Com a evolução da técnica e da consciência do homem sobre a técnica, as necessidades são, cada vez mais, supérfluas. Isto quer dizer que o homem, garantindo suas necessidades básicas, parte para o seu bem estar. No período atual, o maior e inigualável conhecimento do mundo como uma totalidade concreta e a técnica aliada à ciência e à informação, possibilitam um maior refinamento e aprofundamento dos conhecimentos e das tecnologias para a concretização do bem estar. Os avanços da medicina e das pesquisas em saúde, por exemplo, contribuem sobremaneira para aproximá-la do conforto e para difundir novas necessidades.

No entanto, a concretização da saúde ainda não se encontra totalmente expressa pela dimensão do conforto, já que nem toda a humanidade usufrui do poder de bem estar, lutando ainda para estar no mundo. Mediante a totalidade do território usado, a saúde é tanto supérflua quanto necessidade básica. A aproximação da saúde com a dimensão do conforto ocorre de maneira seletiva pelos usos do território. Essa é a realidade da população que sobrevive nos lugares mais empobrecidos, onde há menor densidade de técnica, de ciência e de informação ou, pior, onde há grande densidade

destes elementos nos usos do território, mas, estes não convergem para as necessidades da população local. Essa é a situação vivida por grande parte da população no Brasil, por isso, a saúde do brasileiro se expressa tanto como uma realidade de conforto como de necessidade básica.

Assim, o mundo capitalista contemporâneo acirra e acelera seu grande paradoxo: as racionalidades de lucro, produção, circulação e desenvolvimento técnico, científico e informacional são responsáveis por usos do território cheios de irracionalidades humanas. A saúde, por exemplo, que é um dado essencial à vida, não é um uso comum a todas as pessoas em todos os lugares. Nem todas as pessoas usufruem dessa possibilidade de uma existência mais digna e confortável. Esse filosofar sobre a existência das técnicas e seus usos no território para a salvação e conservação da vida, enriquece a compreensão sobre o território usado.

1.2. A saúde como um componente do desenvolvimento.

O período histórico atual é um marco para as concepções de saúde e sua geografização. Com a difusão do meio técnico-científico-informacional pelo planeta, difundiram-se também a racionalidade dos usos do território que mantém o funcionamento de uma ordem capitalista global. Esse fenômeno é denominado por Milton Santos como “unicidade do motor”, dado pela existência de uma mais-valia universal.

Hoje haveria um motor único que é, exatamente, a mencionada mais-valia universal. Esta tornou-se possível porque a partir de agora a produção se dá à escala mundial, por intermédio de empresas mundiais, que competem entre si segundo uma concorrência extremamente feroz, como jamais existiu. As que resistem e sobrevivem são aquelas que obtêm a mais-valia maior, permitindo-se, assim, continuar a proceder e a competir.

Esse motor único se tornou possível porque nos encontramos em um novo patamar de internacionalização, com uma verdadeira mundialização do produto, do dinheiro, do crédito, da dívida, do consumo, da informação. Esse conjunto de mundializações, uma sustentando e arrastando a outra, impondo-se mutuamente, é também um fato novo. (SANTOS, 2000:29-30).

Dentre estes usos que mantém o funcionamento de uma ordem capitalista global, está o uso do território pela saúde, ligado à concepção de desenvolvimento.

Segundo Celso Furtado (2000), o conceito de desenvolvimento, na visão global, tem como base a idéia de progresso. Esta é de origem européia e significa a difusão de uma racionalidade instrumental capaz de promover a maior divisão do trabalho, a maior especialização e a inovação técnica, e de conduzir as tecnologias no território, visando a maior produtividade e acumulação capitalista.

A técnica é um fator de produção, na visão microeconômica. Mas, a técnica diz respeito a um sistema técnico, que garante a reprodução capitalista, porque é meio de ação – as técnicas aumentam a capacidade de agir e são frutos de um processo de acumulação (FURTADO, 2000). “Progresso técnico é, em realidade, uma expressão vaga que, no seu uso corrente, cobre o conjunto das transformações sociais que possibilitam a persistência do progresso de acumulação, por conseguinte, a reprodução da sociedade capitalista”. (FURTADO, 2000:14).

Este progresso técnico, quando espacializado nos lugares, leva à coexistência de “espaços luminosos” e “opacos” (SANTOS e SILVEIRA, 2001). Os espaços luminosos são aqueles que mais acumulam ações e objetos técnicos, científicos e informacionais, representando grandes possibilidades de uso do território vinculados à dinâmica de acumulação capitalista e da internacionalização. São locais que melhor obedecem ao funcionamento demandado pelas relações do mercado mundial e, por isso, estão inseridos na lógica da divisão internacional do trabalho. Por oposição, os lugares tornam-se mais opacos porque abrigam menos condições de acompanhar o ritmo do motor único. (SANTOS e SILVEIRA, 2001:264).

Os espaços luminosos representam uma acumulação das possibilidades de uso do território e vinculam-se, dessa forma, aos interesses futuros das grandes empresas. Porém, essa acumulação tende à saturação. “A partir de certo ponto, a acumulação somente se manteria mediante a diminuição das desigualdades sociais (...)” (FURTADO, 2000:15). Mas, como afirma Celso Furtado (2001), a opção para reverter esse processo de saturação é justamente o progresso técnico, que contribui também para o aumento das desigualdades socioespaciais. Esse uso das técnicas revela as “potencialidades da tecnologia como instrumentos de poder”. (FURTADO, 2000:16). A tecnologia quando vira uso do território torna-se, portanto, um instrumento de poder de regulação da reprodução capitalista.

Assim, o problema das desigualdades é uma questão também política, pois está relacionado ao projeto de uso do território. Como se pode observar na obra de Celso Furtado, em sua análise sobre o desenvolvimento e o subdesenvolvimento, e com Milton Santos, na discussão sobre o conteúdo (ação) político trazido pelas formas (objetos). Criar uma técnica é criar um poder de uso do território. A técnica dá possibilidades dialéticas e contraditórias. Segundo Ortega y Gasset (1963), a técnica é criadora e destruidora, liberta e prende. A técnica é a reação do homem ao meio, “é a adaptação do meio ao sujeito” (ORTEGA Y GASSET, 1963:17), pela busca de satisfação das suas necessidades e do seu conforto.

De acordo com Milton Santos (1979), no território usado, a expressão do desenvolvimento se dá pelas formas-conteúdo⁸ que são difundidas. O território usado se torna impregnado dessas formas-conteúdo que reproduzem as lógicas desiguais de acumulação de recursos para usos presentes e futuros do território. Como ressalta o autor, o planejamento territorial executado tanto pelo Estado, foi e é um grande instrumental de implementação das formas-conteúdo ligadas à racionalidade que possibilita a reprodução capitalista — acumulação, competitividade e desigualdades socioespaciais.

Segundo Maria Adélia de Souza (2004), os “lugares tornados mundiais” a partir da sua maior inserção na divisão internacional do trabalho e nos processos de internacionalização, passam a abrigar as densidades técnicas, científicas e informacionais, que aderem ao território usado as funções demandadas pelo capital hegemônico. Assim, os lugares vão se caracterizando pelas densidades e usos que abrigam e, quanto mais se tornam mundiais, mais intensificam os processos da acumulação capitalista e do aumento da desigualdade socioespacial.

O fenômeno técnico se espacializa desigualmente. “Num mesmo pedaço de território, convivem subsistemas técnicos diferentemente datados, isto é, elementos técnicos provenientes de épocas diversas”. (SANTOS, 1996, p.35). Na contigüidade dos lugares, os locais que recebem as densidades técnicas, científicas e informacionais convivem com os locais que não receberam as mesmas densidades. Isso cria o embate

⁸ “O objeto, matéria inerte, torna-se o depositário de uma migalha de movimento, torna-se forma-conteúdo, quando associada a uma totalidade social que age como uma força de transformação”. (SANTOS, 1979:200).

da desigualdade de usos do território. A convivência de subsistemas técnicos se dá pela contigüidade. A coexistência de sistemas técnicos e de diversas racionalidades de usos do território, que é característica do recorte do Lugar, gera embates e conflitos no cotidiano da vida das pessoas.

A saúde, como um dado do desenvolvimento técnico, tem as mesmas características de seletividade e geração de desigualdades que todos os outros usos do território promovidos com as intencionalidades e a espacialização das formas-conteúdos próprias da reprodução capitalista, no período atual.

O uso do território pela saúde ganha novas formas-conteúdos mais dotadas de técnica, ciência e informação e, por isso, também ganha novas racionalidades. Essas formas-conteúdos que favorecem os usos do território pela saúde se espacializam com mais vigor e competência nos lugares mais luminosos — aqueles que já são privilegiados ou selecionados pelo movimento centrípeto da difusão das densidades e usos hegemônicos. Mesmo assim, esses lugares enfrentam os embates de uma existência que não é apenas luminosa, mas também, opaca. Afinal, está-se lidando com a totalidade do território usado e do mundo; totalidade esta que, marcada por esses embates, revela-se, como Milton Santos chamou, por eufemismo, uma “totalidade do diabo” (SANTOS, 1979).

Conforme aumenta a competição e a acumulação capitalista, aumentam os conflitos dos usos do território e cresce a pressão social para a diminuição das desigualdades espaciais, nos lugares. A saúde tornada hegemônica, como um componente do desenvolvimento, insere-se, portando, na lógica da criação e recriação dessas formas-conteúdos e usos do território que conformam e mantêm essa “totalidade do diabo”. “Tudo o que o ‘progresso’ anunciava aí está e, nem por isso a felicidade e o ‘saudável’ estão presentes para a maioria das pessoas vivas do planeta”. (SOUZA, 2004:61). As modernizações pelo desenvolvimento técnico suscitam, assim, o aprofundamento das desigualdades socioespaciais, bem expressas pelas condições de saúde da população.

1.2.1. A modernização incompleta dos lugares.

A existência dos espaços luminosos e opacos tem a mesma natureza, num processo dialético da totalidade concreta. Um só existe em relação ao outro. Por isso, quanto mais se densificam os eventos correspondentes aos usos do território pelo meio técnico-científico-informacional, mais se intensificam os processos da acumulação capitalista e do aumento da desigualdade socioespacial nos lugares.

O lugar é o “espaço do acontecer solidário”, como definido por Milton Santos (1996). É o espaço da convivência, da coexistência pela contigüidade dos acontecimentos e, portanto, dos embates e conflitos forjados no mundo do presente. Estudar o lugar é identificar e compreender os usos do território numa coexistência dialética.

Em nenhum outro momento da história a relação do mundo e do lugar foi tão profunda, e nesse sentido a metafórica globalização torna-se real, seletiva, perversa e dialeticamente contém um novo caminho, a possibilidade de repensar o mundo. (GOMES, 2003:485).

O mundo é a possibilidade e o lugar é a realização das possibilidades ou, melhor, de algumas dessas possibilidades. O lugar é uma particularidade do movimento do mundo, pelos eventos que acolhe, isto é, das possibilidades do mundo que ali se geografizam. O evento acontecendo, expressa o modo como o lugar deforma as possibilidades do mundo, porque cada lugar também condiciona a existência oferecendo diferentes embates para a realização dessas possibilidades dos usos do território.

Tanto a região, quanto o lugar, são subespaços subordinados as mesmas leis gerais da evolução, onde o tempo empiricizado entra como condição de possibilidade e a entidade geográfica entra como condição de oportunidade. A cada temporalização prática corresponde uma espacialização prática, que desrespeita as solidariedades e os limites anteriores e cria novos. (SANTOS, 1994c).

Porém, como explica Milton Santos, a região se fundamenta numa proximidade organizacional. Essa solidariedade organizacional está baseada na existência das verticalidades, isto é, de coerências funcionais entre pontos do território, não necessariamente contíguos, que se relacionam a partir da teleação e dos fluxos comandados, muitas vezes, de locais distantes àquele. Já o lugar se fundamenta na proximidade espacial, dada por uma solidariedade orgânica, marcada pela co-presença de diversos usos na contigüidade espacial. Essas zonas contíguas da co-presença seriam as horizontalidades, que caracterizam o lugar (SANTOS, 2000a:108). As verticalidades

e as horizontalidades “são os novos recortes territoriais na era da globalização”. (SANTOS, 1994c).

Todos os eventos se verticalizam e se horizontalizam no lugar – que vai mediar as existências. O lugar solidariza os eventos das verticalidades com aqueles das horizontalidades, tudo se relaciona partir dos lugares, assim, nenhum evento é indiferente ao lugar. É nesse sentido, que se deve pensar sobre as modernizações.

A modernidade é dada pelo estado do mundo como possibilidade da existência, segundo as características de cada período histórico. A modernização estaria vinculada ao lugar, como realização destas possibilidades, isto é, como realização das existências, segundo as condições de inserção do lugar no movimento do mundo, em cada período.

“O que é a modernidade no território? A modernidade é o resultado de um processo pelo qual o território incorpora dados centrais do período histórico vigente que importam em transformações nos objetos, nas ações, enfim, no modo de produção. A este processo estamos chamando modernização. Todavia, a modernidade é um recorte metodológico do rearranjo permanente, nos lugares, dos vetores do mundo. Daí, falarmos de modernidades no plural, porque cada época é definida pelas respectivas modernizações”. (SILVEIRA, 1999b:22).

Os eventos trazem as modernizações ao território usado, quando incorporam as densidades técnicas, científicas, informacionais que caracterizam o período histórico atual e promovem os usos do território que tornam os lugares mundiais, como havia dito Maria Adélia de Souza (2004).

No entanto, o território usado expressa uma “modernização incompleta” (SANTOS, 1990), conforme o “espaço é uma acumulação desigual de tempos” (SANTOS, 1982). A modernização incompleta ocorre porque nem todos os lugares recebem a modernidade ao mesmo tempo e da mesma maneira.

“(…) cada lugar é uma combinação de técnicas qualitativamente diferentes, individualmente dotadas de um tempo específico – daí as diferenças entre lugares. Por isso mesmo, a Geografia pode ser como uma verdadeira *filosofia das técnicas*. (…). A presença de combinações particulares de capital e de trabalho são uma forma de distribuição da sociedade global no espaço, que atribui a cada unidade técnica um valor particular em cada lugar”. (SANTOS, 1985:12-13).

É por isso que a periodização da modernidade é essencial como instrumental teórico para se entender as fases da modernização de cada lugar, isto é, como o lugar

acompanha o movimento do mundo e que valor lhe é atribuído, a cada instante, dentro deste movimento.

Ao mesmo tempo, as modernizações incompletas são, também, seletivas nos lugares (SANTOS, 1990); elas nem sempre são para uso de todos. Assim, a incompletude e a seletividade do processo de modernização acarretam a grande desigualdade socioespacial nos usos do território, e diferenciam os lugares.

O estudo sobre os usos do território pela saúde compreende, assim, uma análise sobre a saúde enquanto modernidade no período técnico-científico-informacional e a saúde enquanto uso do território, no âmbito da modernização nos lugares.

As modernizações da saúde, hoje, chegam mais rápido com a aceleração do tempo. Esta aceleração ocorre mediante a possibilidade atual de realização de mais eventos concomitantemente (SOUZA, 2004). Porém, como já foi dito, há também uma maior seletividade dessas modernizações nos usos do território pela saúde. Por conta disso, o mundo exhibe contrastes mais gritantes em relação às condições de saúde da população nos diferentes lugares.

A saúde tornada hegemônica, como um componente do desenvolvimento, insere-se, portando, na lógica da manutenção dessa “totalidade do diabo”, como havia dito Milton Santos.

As modernizações na saúde suscitam, assim, o aprofundamento das desigualdades socioespaciais. Essa é a grande questão que se propõem para a compreensão dos conflitos gerados nos lugares, para o cumprimento da universalização da saúde através da consolidação do Sistema Único de Saúde. O SUS, como uma modernização do território, é incompleto e seletivo nos lugares.

A Constituição Brasileira de 1988 instituiu a saúde como:

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 196).

A Constituição institui também, que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (Art. 198).

A universalização da saúde, isto é, a saúde como um direito efetivado por todos, é o grande objetivo da existência do SUS. E ela tem que ocorrer mediante a realidade dos lugares. A saúde é um direito de todos nos lugares onde vivem e é dever do Estado promover a essa universalização. O universal (direito) não pode se eximir do particular (lugar).

Como foi discutido, o uso do território pela saúde, no que concerne às técnicas e funções modernas, acompanha a densificação do meio técnico-científico-informacional nos lugares. E a constituição do Sistema Único de Saúde brasileiro é intrínseca ao período técnico-científico-informacional. Essa é a âncora primordial para refletirmos sobre o futuro dos usos do território pela saúde, no que concerne à consolidação do SUS.

Âncora que se expressa pela carência e precariedade das perspectivas e das possibilidades de geografização dos serviços do SUS, em função da seletividade da difusão do meio técnico científico informacional, assim como, do aumento perverso das desigualdades socioespaciais, como demonstrado pelo trabalho de Eliza Almeida (2005). Assim, concorda-se com autora, quando diz que: “a ausência de dinamismo de boa parte dos municípios brasileiros, fruto da seletividade do meio técnico-científico-informacional, é um dos fatores que interfere diretamente na consolidação do SUS” (ALMEIDA, 2005:08).

No entanto, por conta desses embates, os lugares também impõem uma revanche ao SUS, porque aumentam os conflitos e a pressão social para a diminuição das desigualdades da universalização da saúde. Assim, os espaços mais iluminados pela existência dos serviços, dos programas, das normas e dos recursos do SUS, lidam com a pressão exercida pelos espaços tornados mais opacos em relação aos usos do território pela saúde.

Não se pretende, aqui, de forma alguma, tirar o mérito do Sistema Único de Saúde. Pelo contrário, é preciso reverenciar essa conquista da saúde pública brasileira.

Primeiro, porque a natureza do SUS é de modernização e, ao mesmo tempo, de universalização. Isso faz com que a maneira de existir do SUS, nos lugares, exponha de forma explícita, as contradições da incompletude e da seletividade da realização das possibilidades de bem estar, no período atual. Explicitando essas contradições, o SUS provoca discussões à respeito da sociedade brasileira, não apenas pelo aspecto dos espaços luminosos mas, também, dos espaços opacos e da coexistência deles. Segundo, porque o Sistema Único de Saúde se apresenta à sociedade brasileira como um projeto para toda a nação. Considera-se, aqui, o SUS como o grande projeto nacional vigente e proposto hoje para o Brasil. O SUS para funcionar depende das ações articuladas e cooperadas entre os entes federados e, além disso, insere-se na universalização da saúde como um direito de todos, o que significa que tem que lidar com a realidade do território nacional como um todo.

Ao estudar o Sistema Único de Saúde, a Geografia se enriquece enquanto filosofia das técnicas, na medida em que, o estudo sobre os usos do território pela saúde ajuda a evidenciar as contradições nos lugares. Isso ressalta, inclusive, o valor da lida com esta categoria de análise – o Lugar.

O SUS surge no sentido de trazer oportunidades para a melhoria das condições de saúde da população, sobretudo, nos lugares mais opacos, necessitados da universalização das possibilidades de bem estar. Porém, a existência do SUS é moderna e o território é modernizado de maneira incompleta e seletiva. Essa realidade acirra os embates para a consolidação do SUS, também tornado seletivo.

Estes embates são expressos pelos desafios que a saúde pública enfrenta no Brasil como, por exemplo, a falta de médicos, de medicamentos, de equipamentos especializados, de instrumentos de trabalho, de recursos financeiros, de unidades de saúde, enfim, há uma série de desafios postos à universalização do SUS, que são comuns a todo o país. Porém, é preciso avançar na compreensão da dimensão de cada um destes desafios em cada lugar.

1.3. As situações geográficas e a concretização do bem-estar no território usado.

Para a sistematização do conhecimento dos lugares e da análise sobre as dimensões dos desafios postos ao SUS, propõe-se a utilização do conceito de “situação geográfica” conforme revisitado e definido por Maria Laura Silveira (1999a).

Para a autora, a situação geográfica é uma instância de análise e síntese dos eventos e de suas essências futuras. A situação geográfica remete ao sentido da realidade dos lugares:

A situação decorreria de um conjunto de forças, isto é, de um conjunto de eventos geografizados, porque tornados materialidade e norma. Muda, paralelamente, o valor dos lugares porque muda a situação, criando uma nova geografia. Assim, ao longo do tempo, os eventos constroem situações geográficas que podem ser demarcadas em períodos e analisadas na sua coerência. (...). Os participantes da situação não têm obrigatoriamente intencionalidades coincidentes explícitas, mas suas atividades possuem um tema comum que define a natureza do seu esforço. (SILVEIRA, 1999a:22-23).

O conceito de situação geográfica, como proposto por Silveira (1999a), nos parece chave para a sistematização da incorporação do Lugar na compreensão dos eventos e usos relacionados à saúde. A importância deste conceito se tornou patente diante da constatação, conforme a leitura bibliográfica e pesquisas empíricas realizadas, que há grandes desafios comuns a todo o território brasileiro, para a universalização da saúde e consolidação do SUS, porém, eles apresentam dimensões diferentes em cada lugar. Como lidar, então, com os mesmos desafios perante suas particularidades em cada lugar?

Para dar conta dessa questão, optou-se primeiro pela ajuda do conceito de situação geográfica no reconhecimento do conjunto de eventos mais importantes que caracterizam um dado lugar, possibilitando, assim, o reconhecimento da identidade do lugar. A identidade seria esse “tema comum dos esforços” de que falava Maria Laura Silveira (1999a). “(...) A idéia de situação surge como uma ‘mira’ ou uma ‘janela’, donde podemos ver o movimento conjunto” dos esforços, dos eventos (SILVEIRA, 1999a:26). A partir daí, as situações trazem a dinâmica dos lugares para o debate sobre as desigualdades e particularidades de realização dos usos do território pela saúde. E ajudam, assim, a explicitar as diferenças importantes com relação às particularidades

dos desafios para a saúde – seus processos e profundidades em cada lugar. Pois o arranjo dos usos influi nas condições de bem-estar num lugar, a cada período.

Não se trata de fazer um inventário de um conjunto de eventos ligados às variáveis tidas como mais importantes no período histórico atual. Trata-se de lidar com a totalidade concreta na elaboração de um sentido para os eventos. “Trata-se, assim, de cindir a geografia do mundo em subtotalidades, que se tornam estruturas significativas para cada conjunto de eventos”. (SILVEIRA, 1999a:24). Cada evento da realidade é “compreendido como um momento do todo” (KOSIK, 1963:49).

Essas subtotalidades se configuram como contextos em movimento, pois a realidade não é estática. A cada momento, podem mudar as situações conforme mudam os sentidos dos eventos nos lugares. A situação é, portanto, datada e herdada de um contexto passado, mas, mais do que isso, a situação também é uma âncora no futuro.

Não se trata do futuro como certeza, porque isso seria desmentir a sua definição, mas como tendência. (...). O futuro é formado pelo conjunto das possibilidades e de vontades, mas estes, no plano social, dependem do quadro geográfico que facilita ou restringe, autoriza ou proíbe a ação humana. Alcançar intelectualmente o futuro não é questão estatística, nem simples arranjo de dados empíricos, mas questão de método. (Santos, 1993:129-130).

Essa âncora lançada pela situação geográfica revela, então, a condição oferecida pelo lugar ao acolhimento de novos eventos. Essa âncora é fundamental para a saúde pública, que tem que lidar com o inesperado (SOUZA, 2004) como, por exemplo: a espontaneidade do acesso aos serviços do SUS; a intensa mobilidade populacional que também significa uma intensa mobilidade de vírus e bactérias; com o inesperado atentado à bomba; entre outros acontecimentos, além da aceleração deste, no mundo atual. “A vida humana e tudo nela é um constante e absoluto risco” (ORTEGA Y GASSET, 1963:28).

O conceito de situação geográfica é chave, então, para se reconhecer e identificar o lugar – o sentido de sua existência – conduzindo, dessa maneira, à compreensão do sentido das possibilidades de concretização do bem-estar no território usado. “(...) o *lugar* é singular graças a sua história de sucessivas funcionalizações, isto é, uma síntese, a cada momento, das carências da totalidade e das aptidões dos lugares. (...). Daí a nossa possibilidade de reconhecer *densidades* distintas no território”.

(SILVEIRA, 1999b: 443). É a identidade do lugar, descoberta através de sua situação geográfica – densidades e sentidos dos seus eventos –, que revela a dimensão dos desafios à consolidação do SUS.

Dessa maneira, a questão passa a ser: qual o sentido e a tendência da modernização de cada lugar?

Para Maria Adélia de Souza (2006), modernização é sinônimo de concentração. Os lugares mais modernizados seriam, então, aqueles onde há uma grande concentração de eventos e, portanto, de densidades técnicas, científicas, normativas, informacionais e populacionais. Seriam lugares de grande fluidez territorial⁹, porque mais inseridos na divisão internacional do trabalho. Seriam lugares verdadeiramente mundiais. Nesse sentido, as metrópoles seriam os lugares de maior modernização do planeta, ainda que incompleta e seletiva.

1.3.1. A situação geográfica de metropolização.

A identidade da metrópole (SOUZA, 1994) é sua vocação para acolher prontamente as modernizações do presente e, assim, “estar sempre em compasso com o ritmo do mundo” (SANTOS, 1990) para modernizações futuras. No entanto, segundo Maria Adélia de Souza (1999), as metrópoles, pela intensa modernização, também são espaços privilegiados para encampar as contradições, os conflitos nos usos do território em cada período. “Nelas, conflitos e contradições estão candentes, manifestados nos seus limites”. (SOUZA, 1999:34).

Por isso, o interesse desta pesquisa sobre a consolidação do SUS e a universalização da saúde numa situação geográfica de metropolização. Porque as metrópoles revelam de maneira singular toda a perversidade gerada pela modernização incompleta e seletiva do território e os embates disso com as propostas de universalização da saúde através da existência do SUS.

⁹ A fluidez territorial significa todo o sistema de engenharia que permite os fluxos materiais e imateriais pelo território. Este sistema associado aos fluxos gerados nos lugares, dá a dimensão da fluidez territorial (SANTOS, 1996).

O sentido da realidade, isto é, da geografização dos eventos é que vai designar a situação, conforme proposto por Silveira (1999a). Assim, o sentido da realidade da metrópole, isto é, de ser um espaço privilegiado da modernização (concentração) e das contradições, no compasso com o ritmo do mundo, “evoluindo e funcionando segundo os parâmetros globais” (SANTOS, 1990), é que vai designar o que se denominou, aqui, de situação de metropolização.

Nesse sentido, a metrópole seria, também, um lugar, quando compreendida a partir da situação de metropolização, constituindo-se num universo particular dentro do uso urbano do território e tendo uma importância fundamental para o entendimento dos eventos da saúde.

As metrópoles contemporâneas são os maiores objetos jamais construídos pelo homem. Nas últimas décadas – não importa onde se situem –, elas trabalham em compasso com o ritmo do mundo, na medida em que a realidade da globalização se impõe sobre o processo secular de internacionalização. Desse modo, essas metrópoles funcionam e evoluem segundo parâmetros globais. Mas elas têm especificidades, que se devem à história do país onde se encontram e à sua própria história local. O mundo e o lugar, intermediados pela formação socioeconômica e territorial, eis aí um princípio de método a adotar, se quisermos apreender o significado de cada caso particular. (SANTOS, 1990:09).

A existência de desafios comuns em relação aos usos do território pela saúde, para todo o território brasileiro, acontece porque o Brasil configura-se como uma “formação socioespacial”. Elaborado por Milton Santos (1985), o conceito de formação socioespacial refere-se à maneira particular com que um dado território acolhe o modo de produção vigente. A política, a economia e a cultura de uma sociedade também têm um “chão”, isto é, um território usado que faz a mediação entre o mundo e os lugares. Ela media, portanto, a hegemonia de uma concepção de saúde e sua realização enquanto uso do território. A formação socioespacial dá significação às formas-conteúdos na realidade concreta da reprodução de uma sociedade. A formação socioespacial tem como base o território usado em relação às outras instâncias sociais: a Política, a Economia e a Cultura.

Dessa maneira, o estudo da situação geográfica de metropolização inclui, também, o olhar sobre a formação socioespacial brasileira.

A situação de metropolização está vinculada aos processos mais antigos da urbanização brasileira e da integração do território (do seu mercado interno, e com os

mercados internacionais). As metrópoles guardam heranças das transformações do meio geográfico e da passagem dos períodos históricos. A situação de metropolização é resultado do acúmulo e da diversificação dos eventos da urbanização, ao longo dos diferentes períodos históricos, num dado lugar. É preciso identificar nas metrópoles, os diferentes tempos do mundo (SOUZA, 1999:39).

Assim, torna-se necessário um esforço de periodização para encontrar os eventos que mantém a capacidade da metrópole em acompanhar os acontecimentos do mundo, sem descontextualizá-la de sua formação socioespacial. As âncoras no passado também são âncoras no futuro, de tal modo, que a periodização da situação de metropolização possibilita vislumbrar melhor o inesperado – como tendência e como risco – diante do estado do mundo e do território brasileiro em permanente movimento.

Em função de a formação socioespacial brasileira ser uma federação, a situação geográfica não pode ser analisada de maneira alheia às divisões territoriais das esferas de poder – municipal, estadual e federal. A situação decorre também dessas divisões, que condicionam as ações, as políticas, os recursos, as normas, enfim, que são elementos importantes na discussão sobre a condução dos usos do território.

Assim, o recorte por municípios é preenchido com a identificação das situações geográficas que cada um deles expressa. Nesse sentido, o recorte do Lugar e a sistematização do conhecimento da sua dinâmica, através da situação geográfica, também podem se submeter ao recorte municipal – que é a menor divisão da federação. Não que o Lugar passe a ser delimitável ou escalar ou, ainda, torne-se sinônimo de município ou estado, mas, assim como a situação geográfica, deve dialogar com as divisões territoriais de poder postas pelo federalismo brasileiro.

Daí a necessidade de pensar que a Federação brasileira, para tornar-se harmônica e socialmente eficaz, tem que ganhar paralelamente a forma de uma federação dos lugares e para tanto o território deve ser compartimentado em áreas de identidade, legitimadas pelas suas próprias condições de existência. Essa regionalização do cotidiano será o fundamento da emergência de um quarto nível político-territorial, uma federação lugarizada que substitua a atual federação globalizada e seja capaz de enfrentar as conseqüências danosas da globalização. (SANTOS, 2000b).

A situação geográfica em paralelo com o Federalismo brasileiro traz importantes reflexões sobre o funcionamento e consolidação do Sistema Único de Saúde, no atual período.

Capítulo II – Campinas: metrópole corporativa e fragmentada

Campinas sempre foi uma cidade de vanguarda no que se refere à sua inserção nos processos nacionais e internacionais de constituição e conexão dos mercados, na incorporação das características dos meios geográficos que marcaram os diferentes períodos históricos mundiais e na dinâmica das transformações urbanas. Assim, Campinas apresenta-se, desde seus primórdios, como um “lugar mundial”, como havia definido Maria Adélia de Souza (2004); inserindo-se nas propostas da modernidade do mundo, vigentes a cada período.

Sua atual situação geográfica de metropolização tem âncora em alguns eventos originados em situações geográficas pretéritas no território. Nesse sentido, a identificação das fases de Campinas se faz necessária.

É interessante notar que essas fases trazem informações sobre as situações geográficas e sobre as condições de saúde da população campineira, evidenciando a interessante relação entre ambas. Isso se torna mais um argumento para a continuidade da proposta de método aqui elaborada, da relação das condições de saúde com as situações geográficas que vão se configurando no território.

Maria Adélia de Souza propõe a Matriz de Periodização para o estudo dos lugares. A Matriz de Periodização de Campinas¹⁰ foi proposta e elaborada a partir do trabalho de pesquisa, realizado por Maria Adélia de Souza e sua equipe do Escritório de Planejamento da Cidade, na Prefeitura Municipal de Campinas (PCM), em 2004. Esta matriz é base, no âmbito dessa dissertação, para a discussão e análise dos usos do território pela saúde, na situação de metropolização expressa por Campinas.

Entendemos Campinas como um espaço da globalização que vem conhecendo um processo de modernização incompleto, gerador de profundas e crescentes desigualdades sociais. Nossos estudos no Escritório de Planejamento da Cidade nos conduzem a esta definição sobre nossa cidade. (PCM, 2004).

¹⁰ A Matriz de Periodização de Campinas foi publicada no âmbito do 1º *Encontro Internacional: A metrópole e o Futuro*, realizado em Campinas, na Prefeitura Municipal, nos dias 25, 26 e 27 de nov./2004.

A matriz é uma ferramenta para a periodização, porque traz os eventos no tempo cronológico e no tempo do mundo (períodos históricos vigentes) (SOUZA, 2006). A matriz conecta os eventos nos lugares, com o estado do mundo em cada período e revela, assim, o quanto a dinâmica dos lugares se insere nas possibilidades do período. A partir da leitura da bibliografia e da Matriz de Periodização de Campinas, identificamos três fases.

Fases identificadas:

- 1) Compreende os anos de 1850 – 1933, quando Campinas se fortalece com a economia cafeeira para exportação, mas sofre a grande epidemia de febre amarela. Esses dois processos vão incentivar o despontar do município industrial e urbano (BADARÓ, 1996).
- 2) De 1934 até meados da década de 1960, quando o município já está voltado aos processos da industrialização e insere-se numa racionalidade das ações municipais voltadas para o desenvolvimento da cidade.
- 3) Da segunda metade da década de 1960 até os dias atuais, quando Campinas desponta como metrópole corporativa da fluidez e pólo da alta tecnologia e a saúde da população passa a evidenciar as conseqüências da degradação das condições de vida, a partir do processo da involução metropolitana.

A cada fase identificada, alguns eventos ganham mais relevância que outros para a compreensão da situação de metropolização atual. Desde o início do processo de sistematização do conhecimento sobre o território usado, a âncora no futuro proposta pela atual situação geográfica também é uma âncora no passado.

Não se trata, assim, apenas de uma compreensão do tempo enquanto cronologia linear de eventos e, sim, de uma espiral de situações. As âncoras de cada evento são, ao mesmo tempo, o passado e o futuro. Nesse sentido, por mais paradoxal que pareça, pode-se dizer que o passado de Campinas está adiante. A repercussão de suas políticas e ideários passados, nas condições de vida e saúde de sua população é latente, visível.

Portanto, a periodização dos eventos do lugar se revela fundamental para as âncoras lançadas pelas situações geográficas, pois tanto o passado quanto o futuro estão adiante. Visto dessa maneira, a âncora no passado já é uma âncora no futuro e vice-

versa. E o território usado é o mediador do tempo: “(...) vemos que, para Milton Santos, o território constitui-se numa categoria mediadora posicionada entre o passado e o presente, cujo domínio é indispensável ao desvendamento dos futuros possíveis” (RIBEIRO, A. C. T., 2005:94). Ao olharmos para o passado, olhamos para o futuro (não enquanto evento, mas enquanto sentido e tendência de uma situação).

2.1. Da cidade do café, destruída pela grande epidemia de febre amarela, ao princípio da industrialização e das transformações na urbanização (1850 – 1933).

De acordo com a Matriz de Periodização elaborada por Maria Adélia de Souza (PCM, 2004), em 1836, Campinas era a maior produtora de açúcar do Estado de São Paulo. Um ano antes, ocorreu a primeira exportação do café campineiro, cujo ciclo de produção havia iniciado em 1826. Mas é a partir da década de 1850, que a produção cafeeira supera a de açúcar e a especialização produtiva de Campinas passa a ser o café para exportação. Assim, Campinas incorpora novas técnicas agrícolas, novas infraestruturas urbanas e de fluidez, “assumindo, desde então, a função de pólo regional”. (BADARÓ, 1996:25).

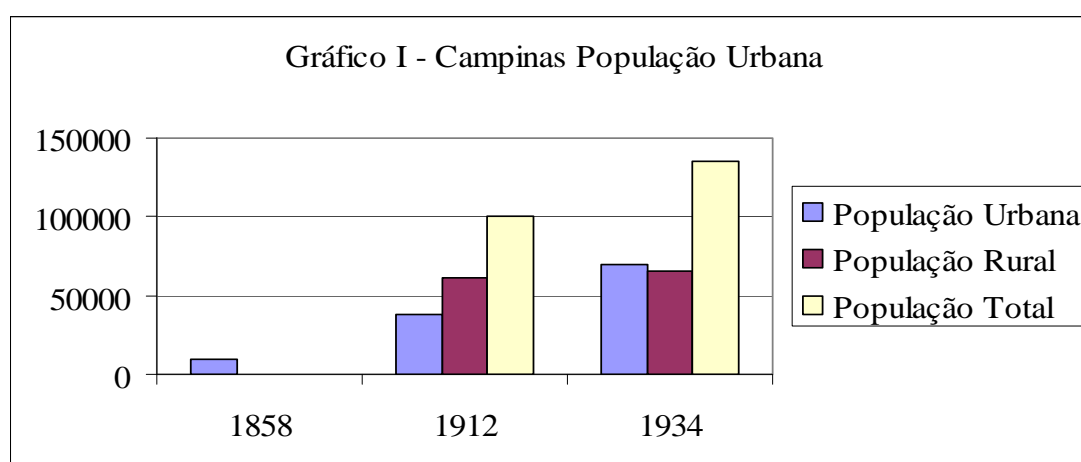
A instalação das estradas de ferro, no Estado de São Paulo, desde 1865, contribuiu para expandir a produção cafeeira e o surgimento de novas cidades. Campinas, entre os anos de 1872 e 1875, torna-se um dos principais núcleos da fluidez do estado, com a inauguração da estrada de ferro da Cia. Paulista de Vias Férreas e Fluviais (ligando Campinas a Jundiaí, fazendo a conexão direta com São Paulo e Santos - porto de exportação do café) e da Cia. Mogiana, articulando o município com o interior (BADARÓ, 1996).

“Em 1878, realiza-se a primeira conversa por telefone em Campinas, segunda¹¹ cidade no Brasil a utilizá-lo”. (PCM, 2004: ano de 1878). Com o aumento fluidez, através da construção das linhas férreas e da inauguração dos telégrafos e serviços postais, com a diversificação e maior especialização dos serviços e do comércio, através da implantação de bancos nacionais e internacionais e da construção de mercados, e

¹¹ A primeira cidade foi o Rio de Janeiro.

com a especialização produtiva no café¹², Campinas conecta-se com mais vigor ao mercado internacional. Assim, torna-se um “lugar mundial” (SOUZA, 2004) segundo os preceitos da época.

Nesse momento, ocorre um aumento da sua população, por conta da quantidade de escravos¹³ e da chegada de grande contingente de migrantes estrangeiros, para trabalhar nas lavouras de café. Campinas ainda era um município rural, pois sua população urbana não ultrapassava a rural. O município só torna-se urbano a partir de 1934, como mostra o Gráfico I, a seguir:



Organização: Mariana V. de Albuquerque. Fonte: Fundação SEADE, SOUZA (PMC, 2004) e BADARÓ (1996).

A ligação com o porto de Santos e a chegada da população estrangeira migrante, deixa o município mais exposto às epidemias reinantes no Brasil e no mundo, àquela época: a febre amarela, a varíola, a gripe espanhola e a tuberculose. Em 1855, tem início a primeira epidemia de varíola em Campinas, com um surto da doença em 1872. Em 1858, a cidade já ganha um novo código para construção, estética e saneamento urbano. São nove mil, os habitantes na área urbana.

Nesta época, segundo Ujvari (2003), 1/3 da causa de mortalidade da população era por doenças infecto-contagiosas. A principal ação de saúde do governo brasileiro, neste momento, é a liberação de recursos para as medidas de contenção das grandes epidemias. Os decretos a seguir, mostram essa situação entre os anos de 1850 e 1851:

¹² De 1870 a 1883 – auge da produção cafeeira em Campinas (PCM, 2004).

¹³ Em 1872, Campinas concentra o maior contingente de escravos de todo o império: 15.000. Em 1874, número de mão-de-obra livre supera a mão-de-obra escrava, resultante da imigração. População campineira supera a paulista. (PCM, 2004).

Autorizou o governo a despendere recursos para medidas tendentes a obstar a propagação da epidemia reinante, e nos socorros dos enfermos, necessitados, e a empregar, para esse fim, as sobras da receita, e falta destes emitir apólices, ou fazer outra qualquer operação de crédito (Decreto nº 533, de 25.4.1850). Concedeu ao Ministério do Império um crédito extraordinário de duzentos contos para ser exclusivamente despendido no começo de trabalhos para melhorar o estado sanitário da capital e de outras províncias do império (Decreto nº 598, de 14.9.1850). Até esse ano, as atividades de Saúde Pública estavam limitadas a: Delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais. Controle de Navios e Saúde dos Portos e Autoridades Vacinadoras contra a varíola. A tuberculose, conhecida havia séculos, encontrou novas condições de circulação, capaz de amplificar de tal modo a sua ocorrência e a sua letalidade, passando a ser uma das principais causas de morte, e atingindo especialmente os jovens nas idades mais produtivas. Abriu ao Ministério do Império um crédito extraordinário para despesas com providências sanitárias tendentes a atalhar o progresso da febre amarela a prevenir o seu aparecimento e a socorrer os enfermos necessitados (Decreto nº 752, de 8.1.1851). (MS/Funasa, 2004).

A febre amarela assolou as principais cidades que participavam da economia cafeeira e prejudicou a imagem do Brasil no exterior. De acordo com Ujvari (2003), a febre amarela, ao contrário da tuberculose, não se restringia às cidades e atingia de forma drástica a população de imigrante, por isso, prejudicava a economia cafeeira. Além disso, a tuberculose era a principal causa de morte da população pobre, que vivia nos cortiços das cidades. Assim, segundo o autor, a população urbana mais pobre ficou em segundo plano nas ações sanitárias e, até mesmo, foi vítima das ações sanitárias de destruição dos cortiços.

Em Campinas, o período de prosperidade urbana, populacional e agrícola é acompanhado pela epidemia de febre-amarela, que arrasou a cidade entre os anos de 1889 e 1890, quando ocorre o auge da epidemia, até 1897, quando é considerada encerrada.

A partir de 1889, três surtos consecutivos de febre amarela assolaram a cidade de Campinas, interrompendo a longa fase de prosperidade que a havia colocado como a principal força econômica da província, superando mesmo a capital em diversos parâmetros quantitativos e qualitativos da vida urbana, conforme demonstram os minuciosos dados registrados no 'Almanak da Província de São Paulo para 1873'. (...) A cidade, entretanto, tivera sua economia bastante prejudicada, perdendo a primazia do desenvolvimento industrial, então incipiente, que acabou por concentrar-se em São Paulo. Ganhou entretanto em organização e saneamento, pois como vimos, para combater a epidemia foi obrigada a estabelecer normas reguladoras do seu crescimento e a efetuar maciços investimentos em infra-estrutura. (BADARÓ, 1996:30-32).

Campinas lança, então, sua âncora no futuro de uma situação geográfica de industrialização e intensa urbanização, ao adotar a política sanitária de higienização

urbana. A melhoria das infra-estruturas contribuiu para toda uma modernização do território e da concepção de vida urbana. As políticas de saúde, neste momento, estiveram aliadas às políticas de industrialização e urbanização no Brasil.

As medidas de controle da febre amarela e da gripe espanhola (epidemia ocorrida em 1918) contribuíram para transformações no processo de urbanização de Campinas. Houve a melhoria de infra-estruturas urbanas, com a efetivação das políticas de higienização que introduziram novas metodologias científicas no estudo das doenças transmissíveis e das ações de controle das mesmas. Tais medidas contribuíram para a incorporação de novas técnicas e concepções da urbanização e dos usos do território em ascensão. Isso acarretou numa nova organização e valorização de determinadas áreas e atividades urbanas. Ao mesmo tempo, as áreas em desvalorização, porque não contempladas com as modernizações, passaram a constituir espaços menos vinculados ao desenvolvimento da cidade e de suas novas funções.

As ações sanitárias ocasionaram um impulso na urbanização, porém, acompanhado do aumento das desigualdades socioespaciais. Isso se deu em função de que as políticas sanitárias em conformidade com outras políticas de modernização e desenvolvimento urbano, geraram uma nova racionalidade de valorização dos usos do território na cidade, contribuindo para o surgimento de novas opacidades e luminosidades. Esse processo ocorreu com muita expressividade no Rio de Janeiro, onde estas ações foram mais severas e de grande interesse político e econômico, por se tratar da capital do país.

Como relembra o historiador carioca Humberto Franceschi (2002), nos primeiros anos do século XX, a cidade do Rio de Janeiro passou pelas reformas urbanista, social e sanitária. Tais reformas foram pautadas pela necessidade de modernização da cidade diante da recente Revolução científico-tecnológica em difusão no mundo. A modernização contemplava a vida urbana, política e econômica e foi imposta por um projeto de maior inserção da capital do Brasil, na dinâmica de investimentos estrangeiros e do comércio internacional.

O autor aponta como os principais elementos dessa modernização:

- As novas racionalidades técnicas, com maior vínculo ao conhecimento científico, a partir da Revolução científico-tecnológica;
- A instituição e o fortalecimento do poder republicano e do poder da nova elite brasileira;
- Mudanças legislativas;
- Melhoria e aumento da fluidez (reforma de portos e da rede ferroviária, assim como, pelo o alargamento das principais ruas das cidades);
- Busca pela maior atração de investimentos estrangeiros;
- Reforma urbana (aumento da fluidez e melhoria das infra-estruturas);
- Reforma sanitária (controle da varíola e da febre amarela / atração de estrangeiros), acompanhada pela reforma urbana.

As ações de saúde são intrínsecas ao novo poder político instituído e ao início de transformações na constituição do próprio meio geográfico, agora com a técnica mais incorporada de saberes científicos (SANTOS, 1996). Este meio técnico-científico possibilita que o poder político e econômico se dirija a uma nova racionalidade de uso do território.

A Revolução científico-tecnológica ocorrida na última década do século XIX e nos primeiros anos do século XX não abalou a elite da monarquia brasileira que, julgando ser apenas especulação literária, foi surpreendida pela rapidez com que se processaram as alterações de hábitos e costumes. Dois fatores contribuíram para que essas transformações se consolidassem. Primeiro, o desastre econômico proveniente do endividamento do Império com a Guerra do Paraguai; segundo, a abolição da escravatura com as resultantes conseqüências socioeconômicas. Ambos favoreceram o surgimento de uma nova elite propondo a queda da monarquia em troca da modernização da estrutura nacional, com base nas recentes descobertas tecnológicas. Essa nova elite, norteadas pelo positivismo de Augusto Comte, apoiada por militares, políticos e fazendeiros cafeicultores paulistas, proclamou a República inteiramente distanciada da população. (FRANCESCHI, 2002:130).

A Reforma Sanitária se inicia em 1902, contra a peste bubônica, e em 1903 tem como objetivo principal acabar com a febre amarela (UJVARI, 2003). Esta Reforma foi liderada por Oswaldo Cruz, dirigente da Diretoria de Saúde, acompanhado da força policial, quando das ações de demolição e intervenção nos cortiços do centro do Rio de Janeiro (FRANCESCHI, 2002). Segundo Ujvari (2003:232), Oswaldo Cruz “organizou um sistema de saúde pública vinculado ao Poder Judiciário para que as medidas instituídas fossem obedecidas” e dessa forma, ele agia pela política sanitária, acompanhado de uma “polícia sanitária”. A seguir, alguns trechos que retratam “o

verdadeiro” significado da Reforma Sanitária para a população urbana mais pobre da capital do Brasil:

As ações decorrentes da ‘modernização a qualquer custo’ trouxeram enormes problemas para a população mais pobre, composta em sua maioria de ex-escravos (muitos vindos do interior do estado e dos estados do Nordeste) e de imigrantes assalariados trazidos da Europa para substituir o braço escravo na lavoura ou serem operários nas indústrias em formação. Exatamente aquela população que residia nos casarões do centro da cidade e nas proximidades do porto, vivendo em extrema miséria. Foram esses casarões o primeiro alvo da reforma urbana e sanitária. Além de não haver recurso judicial, também não estava prevista qualquer indenização para as famílias despejadas a não ser juntar o que restou e procurar a encosta do morro mais próximo. Parte desses despejados, vivendo em condições subumanas, concentrou-se em cortiços, passando, no juízo das autoridades policiais e sanitárias, a ser ameaça para o novo regime. A imprensa saudou efusivamente o ‘bota-abaixo’. (...)

O primeiro cortiço visado pelos demolidores, por ser o maior de todos, foi o ‘Cabeça de Porco’, situado na base do Morro da Providência e arrasado em 1893. A designação é proveniente da figura, em relevo, de uma cabeça de porco que existia na entrada do cortiço. Na sua vizinhança, pouco tempo depois surgiu a ‘Favela’ (nome de um arbusto predominante por todo o arraial de Antônio Conselheiro, em Canudos), denominação popular dada ao Morro da Providência por abrigar barracos dos soldados remanescentes da Revolta de Canudos, na espera de receberem a doação de um lote de terreno prometida pelo governo e nunca concedida. A denominação de favelados, dada a eles, estendeu-se aos despejados dos casarões e cortiços do centro da cidade que já haviam tomado os morros de Santo Antônio e do Castelo. (FRANCESCHI, 2002:130-133).

A Revolta da Vacina (1904) veio como resposta da população à nova racionalidade dos usos do território instituída pela nova elite e legitimada pelos novos saberes científicos. Com as ações de demolição das casas e cortiços, a população desabrigada migra para os morros e os subúrbios, locais excluídos dos projetos da modernização urbana.

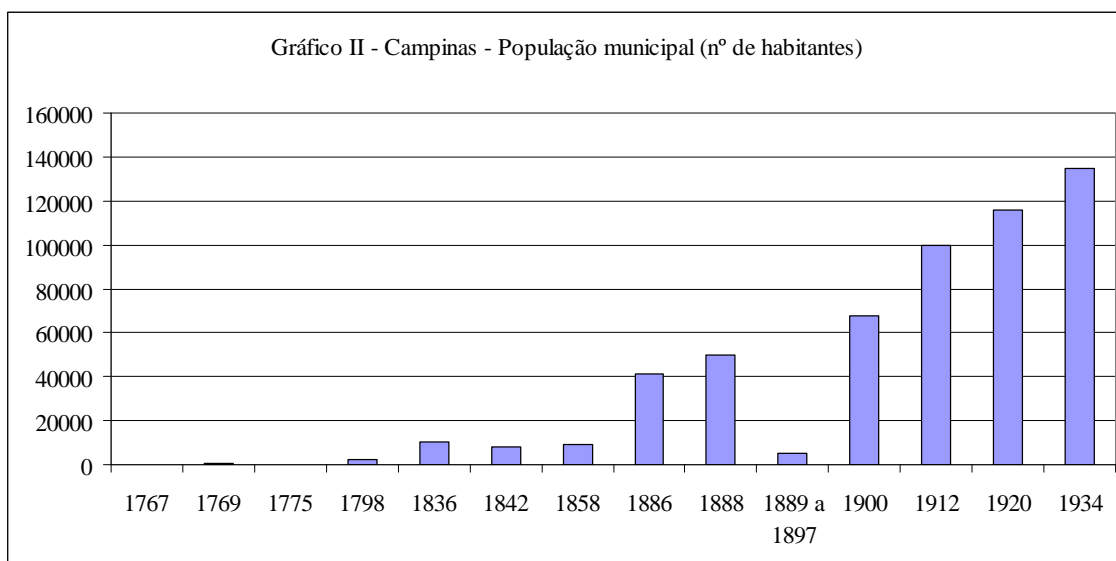
A versão oficial diz que a Revolta se deu por ignorância da população e medo da vacina. Na realidade, o motivo foi a reação popular diante da insensibilidade do governo para com as pessoas que perderam todos seus haveres sem a menor possibilidade de indenização; além disso, os mais revoltados eram presos, espancados e enviados, ao abandono, para a floresta amazônica. (FRANCESCHI, 2002:130).

A Revolta da Vacina, no Rio de Janeiro, demonstra que as ações de saúde pública contribuíram, paradoxalmente, para a degradação das condições de vida de parte da população, no momento em que integraram os processos de valorização e desvalorização nos usos do território, pelas modernizações instituídas. Verificou-se que Campinas sofreu esse paradoxo, com maior expressividade, no momento de sua primeira grande reforma urbana e sanitária, com o Plano de Melhoramentos Urbanos, de 1938.

Mas, é interessante observar algumas das importantes ações urbanas e sanitárias, no município (PCM, 2004), anteriores à 1938:

- De 1896 a 1898, são instaladas a Comissão de Saneamento do Estado na cidade, dirigida por Saturnino de Brito, e a Comissão Sanitária de Campinas, comandada por Emílio Ribas. O município passa por um processo de higienização. Medidas de tratamento de água e esgoto, assim como, do lixo transformam-se em leis municipais.
- De 1886 a 1912: obras de abastecimento de água e esgoto. Novo saneamento com o controle científico das doenças infecto-contagiosas, através do conhecimento das bactérias. Utilização de água encanada. Chegada da luz elétrica.

Se as epidemias de febre amarela e gripe espanhola mataram grande parte da população, as medidas para o combate de tais epidemias concomitante ao novo desenvolvimento urbano e econômico do município, tornaram Campinas novamente atrativa para a população migrante e para a população nativa que havia abandonado a cidade. O Gráfico II, a seguir, mostra a perda de população pelas mortes e pela fuga da epidemia de febre amarela. Em 1888, a população era de 50 mil pessoas e cai para 5 mil, entre os anos de 1889 e 1897 (BADARÓ, 1996). O Gráfico II mostra ainda, a rápida retomada do crescimento populacional de Campinas, a partir de 1900.



Organização: Mariana Vercesi de Albuquerque. Fonte: SOUZA (PMC, 2004), BADARÓ (1996) e Fundação SEADE.

O aumento da população se deu na zona urbana, dado que o município foi incentivando a industrialização e, assim, o crescimento população operária. Este crescimento fez com que, em 1923, fosse criada a Lei n.308, para estimular a construção de habitações para a classe proletária (PCM, 2004).

A partir de 1900, a legislação municipal cria muitos incentivos¹⁴ para as atividades industriais. Neste ano, a cidade contava com 49 fábricas. Já em 1912, havia 83 estabelecimentos fabris. Em pouco mais de uma década, o número de estabelecimentos quase dobrou.

As mudanças no rumo da urbanização e especialização de Campinas incentivaram a implantação de vários serviços de saúde, conforme a concepção da época: hospitais¹⁵ e asilos. As normas são variáveis importantes nesse processo, pois, além dos incentivos para as indústrias, houve aqueles destinados à implantação de serviços de saúde, tais como (PCM, 2004):

1899 - Lei n.162 concede isenção de impostos à Santa Casa.

¹⁴ A seguir, as leis, resoluções, atos e decretos aprovados desde 1900 até 1932 (PCM, 2004), para incentivo às atividades industriais:

1908 - Lei n.129 concede favores às indústrias; 1919 - Lei n.233 estabelece e regula favores às empresas industriais; 1920 - Resolução n.606 concede favores às indústrias que desejam se instalar em Campinas, incluindo a Fábrica de Tecidos Elásticos; 1921 - Instalação da fábrica de tecidos elásticos Godoy & Velbert; Res.644 concede isenção de impostos à Fábrica de Ferragens de Barbieri & Cia. Res.626 concede isenção de impostos à fábrica de Laticínios de J. Ferreira de Camargo & Cia. Res. 617 concede terreno e isenção de impostos à fábrica de seda, mediante condições; 1922 -Res.676 concede isenção de impostos à Fábrica de Produtos de Suínos de Pateo Cardoso & Cia; 1923 -Res.725 isenta de impostos a Cia. Hydro-Elétrica de Adubos Químicos & Alkalís. Res.748 concede terreno à Baroni & Cia. Ltda para montagem de uma fábrica de fogos; 1924 - Instalação da indústria nacional de lápis de A.O Maia Ltda. Lei n.343 cria o imposto de indústrias e profissões sobre os fabricantes de açúcar, água ardente ou álcool, bem como da cultura de cana;

1925 - Lei n.352 concede favores à Fábrica de Tecidos de Seda a que Thuribio de Moraes Teixeira pretende instalar. Res. 796 concede isenção de impostos às Indústrias Reunidas Liberdade s/a; 1926 - Instalação da fábrica de Seda N.S. Auxiliadora. Res.818 concede isenção de impostos à Fábrica de Lápis de A. O. Maia & Cia. Res.830 concede isenção de impostos à Fiação de Algodão de Ferrero & Cia. Res. 828 concede isenção de impostos da Standard Oil Co; 1929 - Res.900 concede isenção de impostos à Fábrica de Fósforos que João Pinto do Couto pretende instalar; 1930 - Res.942 concede favores à J. S. Staedtler & Cia. Ltda; 1932 - Ato n.40 concede redução de impostos à Fábrica de Seda. Dec. 31 concede favores à Fiação de Seda de Assumpção Filhos & Cia. Ltda. Ato n.35 concede favores à L. Faber & Cia. Ltda.

¹⁵ De acordo com Foucault (2003): O hospital como instrumento de cura, dotado do conhecimento científico, nasce no final do século XVIII. Antes disso, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres aonde se ia para morrer e não para curar. Quando a medicina passa a tomar conta deste objeto técnico, há uma reorganização da função do hospital enquanto difusor de uma disciplina sanitária urbana e como meio de acumulação, formação e transmissão do saber, tanto da medicina, quanto da sociedade, dado que o hospital passa a recolher e organizar informações sobre a sociedade. Nesse sentido, ele passa a ser um objeto também de ação disciplinadora do espaço.

1909 - Res.324 concede isenção de impostos sobre o prédio da Sociedade Italiana Beneficiente do Arraial.

1910 - Lei n.355 concede terreno para a maternidade.

1919 - Lei n.253 concede isenção de impostos ao médico legista. Lei n.249 concede ao Circolo Italiani Uniti terreno.

1922 - Res. 660 concede auxílio ao Hospício de Dementes. Res. 687 concessão de terreno ao Hospital de Crianças Pobres.

1923 - Res.696 concede terreno ao Circolo Italiani Uniti.

1925 - Res. 810 cede terreno à Sociedade Portuguesa de Socorros Mútuos.

1928 - Res. 867 concede isenção de impostos à Pharmácia Nocturna Ltda.

1931 - Ato n.22 concede isenção de imposto ao Asylo Santa'Anna.

Ainda de acordo com Souza (2004), a partir de 1930, “as atividades urbanas - comércio, indústria e serviço - tornam-se mais relevantes que as rurais”. Desse modo, até meados da década de 1930, Campinas começa a expressar uma situação geográfica de industrialização e urbanização, com importante crescimento populacional na zona urbana. Os elementos significativos dessa nova situação, tais como a conexão de Campinas com importantes regiões do mercado interno e externo, o aumento da população urbana, a maior incorporação tecnológica ao território (tanto pela industrialização como pela urbanização), as ações políticas com a saúde e com as medidas sanitárias, também se constituíram em elementos favoráveis ao desenvolvimento, à concentração e à diversificação de serviços de saúde no município.

Esse aspecto é observado por meio dos dados sobre a inauguração de serviços de saúde em Campinas, entre os anos de 1850-1932, segundo a Matriz de Periodização (PCM, 2004):

- 1863 Inaugurado o asilo dos morféticos na Vila Industrial.
- 1874 Inaugurada a Casa Italiana Circolo Uniti (Casa de Saúde).
- 1876 Inauguração da Santa Casa de Misericórdia. Inauguração do Hospital Irmãos Penteado.
- 1879 Inauguração do Hospital Beneficência Portuguesa.
- 1889 Várias casas do Guanabara foram transformadas em lazaretos.
- 1890 Criado o Lazareto do Fundão para o tratamento de doentes.
- 1894 Realização das duas primeiras e importantes intervenções cirúrgicas em Campinas, amputação de um braço e raspagem de um tumor tuberculoso.
- 1896 O Mercado de Hortaliças é adaptado para ser um Desinfectório Central.

- 1904 Fundação do Asilo dos Inválidos (atual Lar dos Velinhos). Criação dos Asilo dos Mendigos.
- 1913 Fundação da maternidade de Campinas.
- 1916 Inauguração da primeira maternidade de Campinas.
- 1920 Fundação do Penido Burnier.
- 1921 Fundação do Sanatório “Dr. Cândido Ferreira”.

A urbanização e a fluidez são variáveis importantes para o desenvolvimento, a concentração e a especialização dos serviços de saúde.

A urbanização se dá por conta da crescente incorporação de técnica, ciência e informação ao território, traduzidas em infra-estruturas diversas, comércio, serviços e atividades de produção com distintos graus de especialização e complexidade. A urbanização também proporciona o aumento da densidade populacional, portanto, da demanda por serviços de saúde.

Conforme vão se dando estes eventos nos lugares urbanizados, maiores são as necessidades de fluidez, para a inserção destes lugares ao movimento do mundo.

A fluidez tem um papel fundamental de possibilitar a aceleração dos eventos da urbanização: a incorporação de características disponíveis aos usos do território, em cada período da história, a densificação populacional e a ampliação das “conexões geográficas”. De acordo com Maria Adélia de Souza (1995), as “conexões geográficas” significam as novas possibilidades de inserção dos lugares na divisão internacional do trabalho rompendo com a velha hierarquia urbana; estas possibilidades são dadas pelo aumento da fluidez e da especialização produtiva dos lugares. Deste modo, segundo a autora, um mesmo lugar se relaciona com os demais lugares do mundo, a partir de diversos tipos de conexões, isto é, de diferentes níveis de hierarquias no comando dos fluxos e das especializações produtivas.

A fluidez contribui, portanto, para a densificação (modernização) dos eventos nos lugares. Quanto mais fluido, mais conectado, maior a carga e a diversidade dos eventos ou, pelo menos, da possibilidade de sua realização. Isso vale para os eventos relacionados aos usos do território pela saúde, em cada período.

Em meados da década de 1930, Campinas abrigava elementos da urbanização e da fluidez que serviriam ao início de uma nova fase. As novas racionalidades e

possibilidades dos usos do território transformariam, assim, as condições de vida e saúde no município.

2.2. A cidade industrial, a reforma urbana e as transições geográfica e epidemiológica (1934 até meados da década de 1960).

A partir de 1934¹⁶, intensifica-se o processo de adequação do território campineiro aos usos industriais, tendo como principal elemento condutor a reforma urbana, com o Plano de Melhoramentos Urbanos, de Prestes Maia, em 1938.

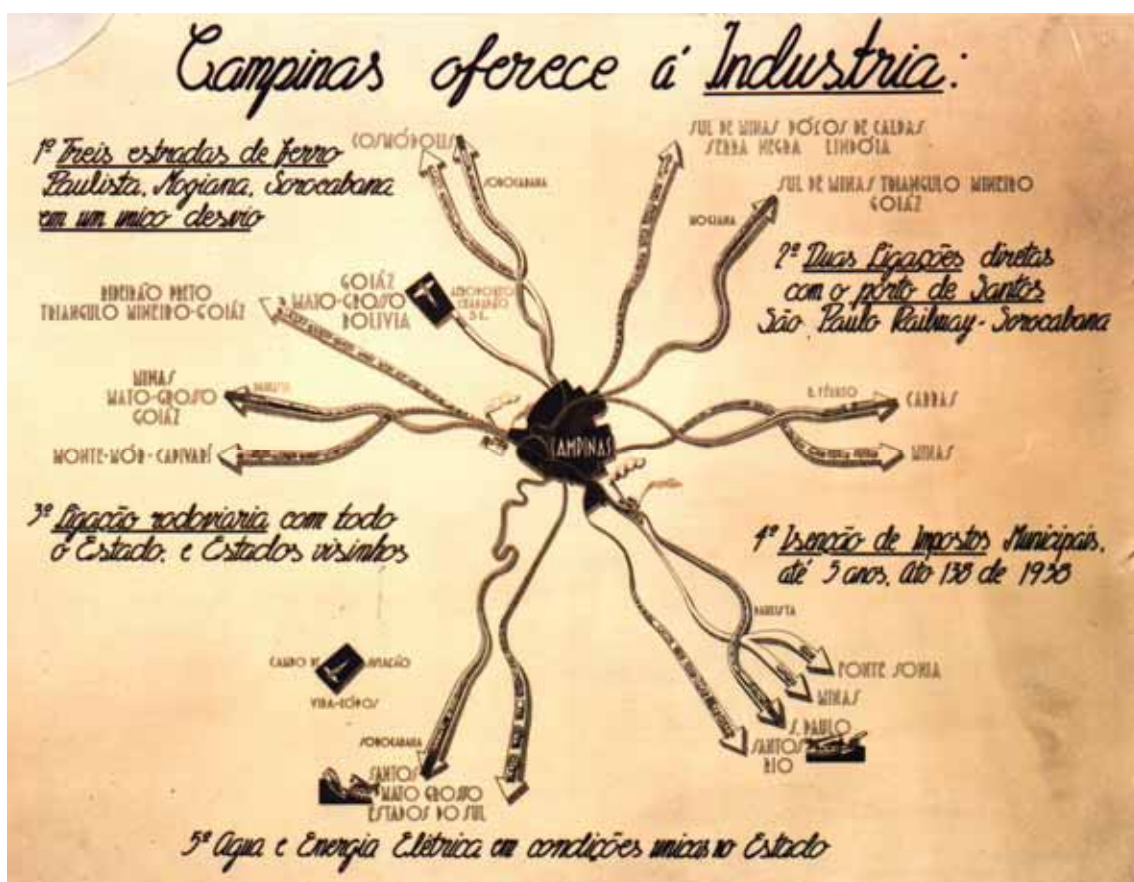
Este plano serviu para racionalizar os usos do território conforme as novas demandas da industrialização paulista, como o aumento da fluidez urbana pelo alargamento de ruas e avenidas – com o zoneamento urbano –, equipando determinadas áreas com infra-estruturas para a instalação das indústrias, além de outras medidas de urbanização, tais como, as de moradias populares¹⁷.

Ricardo Badaró (1996) atenta sobre a estrutura de vanguarda que Campinas representa dentro das diretrizes e metodologias adotadas pelo planejamento urbano das cidades industriais, através da implementação do Plano de Melhoramentos Urbanos. Campinas, desde a fase anterior já abrigava elementos importantes para a atração das indústrias — redes de transporte e comunicação, de água, de energia elétrica, isenção fiscal e mão-de-obra, além dos serviços de saúde e infra-estrutura sanitária. Alguns destes elementos estão destacados pelo Mapa I (BADARÓ, 1996), a seguir.

¹⁶ “O ano de 1934 seria marcado por importantes eventos, todos eles destinados a racionalizar a ação municipal, dotando-a de meios para orientar o desenvolvimento da cidade (...). Finalmente, ainda em 1934, foi contratado o engenheiro arquiteto Francisco Prestes Maia, para estudar um plano de urbanismo para a cidade.” (BADARÓ, 1996:42).

¹⁷ O centro da cidade sofreu grandes mudanças porque não se adequava mais às novas e crescentes necessidades de circulação de mercadorias e pessoas. Assim, foi realizado o alargamento das principais vias existentes. “Na década de 1950, a Prefeitura de Campinas passa a fornecer projetos para a construção de residências populares. Ocorre uma série de demolições no centro da cidade para a construção de pavimentos mais modernos. O padrão dominante de moradia deixa de ser casas de aluguel para ser autoconstrução. A Lei n. 457 autoriza contratar a Cia. Imobiliária Campineira para o financiamento de obras no Parque Taquaral. Lei n.559 declara de utilidade pública diversos imóveis necessários à ampliação da Estação Telefônica. Redefinição, pela Lei n.640, dos interesses na remodelação e extensão urbanas de Campinas, criando zonas e estabelecendo normas para edificação urbana e impostos”. (PCM, 2004. Matriz de periodização, década de 1950).

MAPA 2 – Campinas oferece à Indústria, 1938.



Fonte : Ricardo Badaró (1996)

Neste momento, o Plano de Melhoramentos Urbanos vai fortalecer e ressaltar esses elementos, tornando o município ainda mais atrativo para as indústrias. A fluidez tem um papel fundamental, assim como, as outras infra-estruturas e normas de isenções fiscais. O Mapa I revela Campinas como um verdadeiro “nó” de conexão entre os mercados interno e externo, pelas redes de circulação e comunicação que abrigava.

Na saúde, essa vanguarda de Campinas se expressou pelo início da chamada transição epidemiológica - mudanças do perfil epidemiológico da população -, acompanhada de uma “transição geográfica”, isto é, das variáveis de modernização advindas de um novo período histórico.

Assim, a chamada transição epidemiológica insere-se numa mudança mundial das condições de produção e reprodução das sociedades cuja expressão territorial mais evidente é a intensa urbanização, ainda que incompleta e desigual.

A transição epidemiológica é um processo mundial de mudanças na condição de saúde das sociedades, pelas maiores possibilidades de se controlar a existência e proliferação de certas doenças transmissíveis como, por exemplo, a cólera, a febre-amarela, a peste bubônica, a tuberculose, entre outras tantas que marcaram as grandes epidemias dos séculos passados.

O conhecimento sobre as causas, a prevenção, a cura e o controle das doenças aperfeiçoa-se a cada dia, em função dos avanços técnicos, científicos e informacionais na medicina e da incorporação destes aos usos do território. Esses avanços não se dão apenas diretamente em relação aos usos pela saúde, mas a todos os outros que implicam na melhoria das condições de higiene, de educação e de informação, de alimentação, de moradia, de trabalho, de renda, de cultura e de lazer. Todo esse contexto de novas possibilidades de melhorias das condições gerais de vida também significa possibilidades de melhoria das condições de saúde. No entanto, esses avanços não alcançam todos os lugares ou todas as pessoas.

Nesse sentido, os problemas e desafios no campo da saúde tornaram-se mais complexos e mais cruéis, porque mais desiguais. No contexto mundial e no Brasil, a transição epidemiológica não se completa, porque os lugares recebem seus vetores de forma corporativa e fragmentada.

As mudanças epidemiológicas trouxeram novos problemas e desafios de saúde para serem enfrentados. Dentre eles, estão:

- O aumento da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas, tornando os principais problemas de saúde da população relacionados às neoplasias (câncer), ao sistema neurológico e ao aparelho circulatório, por exemplo.
- O aumento das causas externas de morbimortalidade¹⁸, principalmente nos grandes centros urbanos dos países de maiores desigualdades socioespaciais. Os homicídios e os acidentes de trânsito são duas importantes expressões destas causas externas.
- A diminuição da mortalidade infantil e materna.
- A melhoria das condições de nutrição.
- A diminuição da incidência de doenças transmissíveis já conhecidas no âmbito dos meios de transmissão, das técnicas de prevenção, de tratamento e da cura. Apesar disso, algumas dessas doenças estão ressurgindo e tornando-se novamente um sério problema de saúde pública, como é o caso da dengue, por exemplo.
- O controle melhor dos riscos de morbimortalidade por certas doenças crônico-degenerativas de maior conhecimento sobre suas causas, sua prevenção e seu tratamento.
- O surgimento, no mundo, de novas doenças transmissíveis cujo conhecimento sobre as causas e formas de transmissão, ou a cura, ou o tratamento, ainda é incompleto. Atualmente, a população mundial está mais exposta às novas epidemias, dado o aumento da fluidez e das conexões geográficas entre os lugares, que facilitam a quantidade e a rapidez da circulação, colocando milhares de pessoas e regiões em contato com os novos vírus e bactérias.
- Avanços nas pesquisas genéticas na busca da prevenção, do tratamento e da cura das doenças, sobretudo as crônico-degenerativas.
- Avanços nas pesquisas sobre a biodiversidade na busca por novos medicamentos e técnicas de prevenção.

¹⁸ Morbimortalidade refere-se à enfermidade e à mortalidade.

A saúde passa a ser um dado fundamental na expressão do desenvolvimento socioespacial, em todo o mundo. Os países mais ricos e desenvolvidos, dentre outras características, seriam aqueles cuja transição epidemiológica se efetivou com sucesso e as mudanças no perfil epidemiológico e demográfico resultariam na busca incessante das respostas aos desafios futuros para a saúde humana – ao maior conforto, como dizia Ortega y Gasset (1963). Já nos países “em desenvolvimento”, a situação de saúde se tornou mais complexa dado que conviviam: a nova realidade epidemiológica e demográfica, trazida com os avanços do desenvolvimento de determinadas regiões, e prevalência da velha realidade epidemiológica e demográfica característica do empobrecimento da população e da falta de possibilidades de melhoria das condições de vida. Nos países mais pobres, a realidade se traduziria no aprofundamento da pobreza e na maior precariedade da saúde da população por conta da manutenção de antigas epidemias e da aparição de novas, como a AIDS, que devastaria, por exemplo, grandes regiões do continente africano.

Os índices da saúde tornam-se índices de desenvolvimento de um país, como se pode notar em Campinas:

O poder público de Campinas apoiava-se no baixo índice de mortalidade infantil, considerado uma dos mais baixos do País (66 óbitos infantis por mil nascidos vivos, já em 1955¹⁹), para comprovar o alto padrão dos serviços municipais. Os equipamentos médicos e as melhorias nos serviços de saneamento básico, introduzidos quando da epidemia de febre amarela no município, contribuíram para níveis de mortalidade inferiores à média do Estado já na década de 20. (BAENINGER, 1992:48).

Antes da década de 1970, alguns eventos começam a marcar a entrada do território brasileiro e de Campinas no novo período técnico-científico-informacional. Entre 1934 e 1965, alguns eventos importantes estão relacionados ao aumento da fluidez territorial, dentre eles, poderíamos destacar (PCM, 2004):

1947 Conclusão da construção do prédio do departamento dos correios e telégrafos.

1948 Inauguração do primeiro hangar do aeroporto de Viracopos. Inauguração da linha comercial Aérea entre Campinas e o Rio de Janeiro.

1949 A introdução do ônibus urbano.

1950 Inauguração do trecho Jundiaí- Campinas da via Anhangüera. Inauguração do primeiro terminal de passageiros de Viracopos.

¹⁹ “Neste ano, a mortalidade infantil no Estado de São Paulo era de 102,2 óbitos por mil nascidos vivos e na capital, era de 72,1”. (nota da autora)

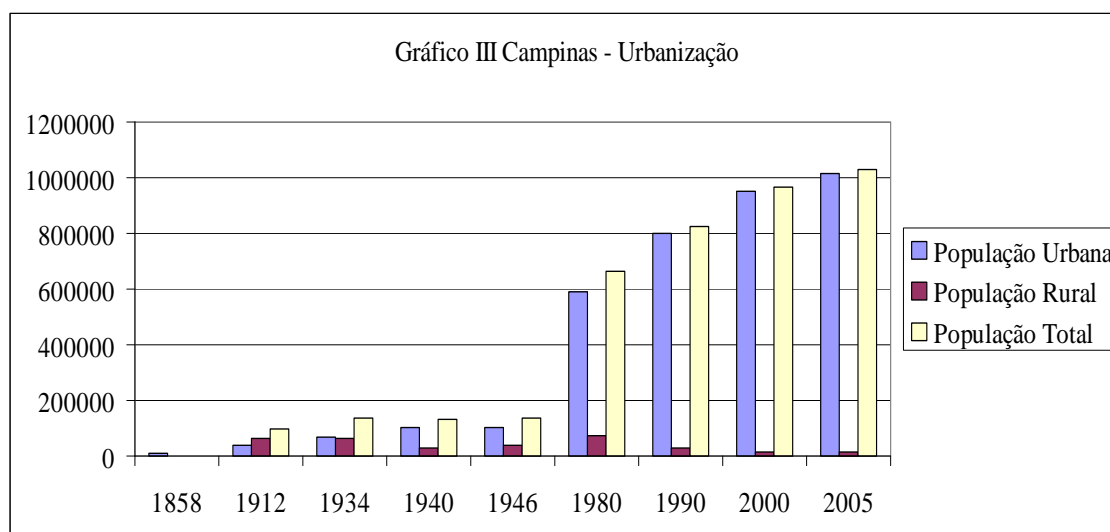
1951 Lei n.559 declara de utilidade pública diversos imóveis necessários à ampliação da Estação Telefônica.

1953 Inauguração do Aeroporto de Viracopos.

1960 Inauguração dos vôos internacionais em Viracopos.

Outros eventos importantes estariam relacionados à urbanização crescente e a valorização e desvalorização de determinadas regiões da cidade, dadas as constantes mudanças nos sentidos dos usos do território campineiro.

A transição demográfica²⁰, por exemplo, em Campinas pode ser constatada a partir de 1934, quando a população urbana já era maior do que a rural. De 1934 a 1940, cresce de forma expressiva a população que vive na cidade e Campinas torna-se urbana. De acordo com Maria Adélia de Souza (PMC, 2004), em 1934, a população da cidade era de 70.000 e do município 135.000 habitantes. Em 1940, o município conta com 129.940 habitantes e a cidade, com 101.746 habitantes. A taxa de urbanização em Campinas era de 51,9%, em 1934, e de 78,3%, em 1940. Na década de 1960, “o grau de urbanização do município apresentava-se muito acima da média estadual: 84,4% contra 62,8% respectivamente”. (BAENINGER, 1992:48). A seguir, o Gráfico III da urbanização em Campinas:



Organização: Mariana V. de Albuquerque. Fonte: Fundação SEADE, SOUZA (PMC, 2004) e BADARÓ (1996).

²⁰ A transição demográfica se caracteriza pelo envelhecimento da população, pela menor taxa de natalidade e pela intensa urbanização, isto é, pela maior proporção de pessoas que vivem nas cidades em busca do acesso aos novos usos do território e da melhoria das condições de vida e saúde. A entrada da mulher no mercado de trabalho é um fator importante para a compreensão da queda da taxa de natalidade. Outros são: o maior acesso aos métodos preventivos e o encarecimento dos custos da vida urbana.

O Plano de Melhoramentos Urbanos, a partir da década de 1950, contribuiu para inserir Campinas, de forma acelerada, no período técnico-científico-informacional e nas transições epidemiológica e demográfica. E as modernizações dos usos do território pela indústria, pela urbanização e pela fluidez seriam grandes âncoras para a configuração da sua atual situação de metropolização e das perspectivas de melhoria da saúde da população.

2.3. Campinas metrópole fluida e corporativa: Pólo da Alta Tecnologia / involução metropolitana (segunda metade da década de 1960 até os dias atuais).

“A cidade, então, não mais desempenha funções, mas realiza contradições”.
(SOUZA, Maria Adélia. *Espaço e sociedade – um paradoxo: a cidade*. p.19).

No âmbito da saúde, Campinas se firma como uma referência nacional de serviços especializados e de alta tecnologia, e se envolve com os novos problemas de saúde da população, decorrentes do processo das transições epidemiológica e demográfica. Envolve-se também com os problemas socioespaciais decorrentes da precarização das condições de vida e saúde, através das subhabitações, desemprego, baixa escolaridade, etc.

Após 1964, há uma desaceleração dos investimentos industriais na capital paulista. Há uma maior expansão da industrialização pelo interior do estado. A partir de meados da década de 1960, Campinas se insere nos projetos de desenvolvimento tecnológico, proposto pelo II PND (FARIAS, 2004). Nesse contexto, a onda de industrialização e expansão dos investimentos em Campinas já se faz com um conteúdo mais especializado na produção da alta tecnologia.

Nas décadas de 60 e 70, aumentam os investimentos empresariais, industriais e governamentais voltados para o desenvolvimento tecnológico e Campinas desponta como um dos poucos pólos de alta tecnologia no Brasil (FARIAS, 2004), mais voltado para os setores: de telecomunicações, da microeletrônica, da química fina e da microbiologia, dentre outros.

Com essa mudança na divisão territorial do trabalho, alguns eventos surgem como mais significativos dentro da sua situação de metropolização. Os projetos de industrialização das décadas de 1940, 50 e início de 60, tornam-se antigos em relação à nova especialização produtiva do município, mas deixam suas marcas de rugosidades no território. Essas rugosidades ganham novas funcionalidades (as formas ganham novos conteúdos), nem sempre ligadas diretamente à modernização em curso, decorrente dos investimentos na alta tecnologia.

Nesta fase, que se inicia em meados da década de 1960, aumentam vertiginosamente as densidades das luminosidades e das opacidades dos usos do território campineiro.

As opacidades e as luminosidades têm uma natureza comum na readequação das formas e dos conteúdos, das ações e das intencionalidades nos usos do território, diante da inserção dos lugares nas novas racionalidades da divisão internacional do trabalho. Os agentes que se beneficiam destes lugares luminosos são aqueles de maior poderio financeiro, político, que atuam no âmbito do capitalismo internacional e que mobilizam os maiores fluxos de mercadorias, pessoas e dinheiro, mas, sobretudo, os maiores fluxos de informações.

Os espaços luminosos surgem com grande rapidez para atender as demandas das atividades de alta tecnologia. Os espaços opacos surgem com a mesma velocidade da dos luminosos, porque são conseqüências da natureza seletiva corporativa da modernização dos usos do território. Os espaços opacos de Campinas terão, assim, maior dificuldade para lançar as âncoras nas modernizações dos usos do território pela saúde, neste período.

O acirramento das luminosidades e opacidades nas metrópoles levará ao processo de empobrecimento da população e degradação das condições de vida e saúde, como será analisado mais adiante. Antes disso, seria importante destacar alguns dos principais eventos que primeiramente sinalizam as mudanças na modernização e nos rumos dos usos do território campineiro:

1 – A construção dos primeiros conjuntos habitacionais, sobretudo nas antigas áreas destinadas à industrialização. De acordo com a matriz de periodização elaborada

por Souza (PMC, 2004), em 1966, ocorre a construção do primeiro conjunto habitacional de Campinas, pela COHAB, chamado Vila Rica.

2 – A inauguração dos centros de pesquisa e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), voltados para a pesquisa e desenvolvimento da tecnologia de ponta, em diversas áreas. No ano de 1966, é inaugurada a UNICAMP, símbolo máximo da produção em C&T em Campinas. Esta Universidade passa a legitimar a inserção do município nos mais importantes círculos nacionais e internacionais de cooperação e desenvolvimento da alta tecnologia. No final da década de 1960, ocorre ainda a criação do Instituto de Tecnologia de Alimentos (ITAL), a chegada do CPqD (Centro de pesquisa em telecomunicações), do CPI (Centro de Tecnologia de Informática), dos núcleos da EMBRAPA e do Instituto Biológico.

Na década de 1970, Campinas e os municípios próximos recebem investimentos privados no segmento agroindustrial e em importantes indústrias e investimentos governamentais no Pólo Petroquímico de Paulínia, em institutos de pesquisa e em empresas do setor de telecomunicações e microeletrônica, além do investimento no PROÁLCOOL (BAENINGER, 1992).

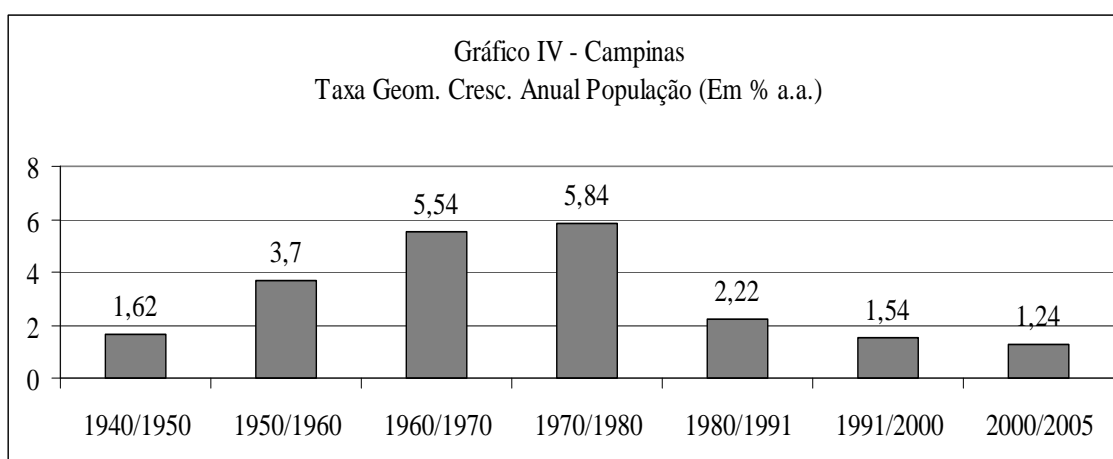
3 – A mudança na constituição técnica das redes de fluidez, assim como, o aumento da densidade e diversificação dos fluxos. Estes se tornam mais seletivos e especializados. O aumento da fluidez dinamiza as áreas tornadas luminosas, pela maior conexão com os fluxos provenientes da dinâmica política, econômica, material e informacional do mercado mundial da alta tecnologia. Podemos destacar como um dos eventos que simboliza essa mudança nas características da fluidez, o fato de que, em 1968, circulou o último bonde em Campinas. De acordo com Souza (PMC, 2004), os bondes foram substituídos por ônibus. Esse dado possibilita refletir sobre as novas demandas de fluidez que vão surgindo na metrópole, para atender aos interesses da produção e das conexões do mercado metropolitano e deste com o mercado nacional e internacional.

Ainda com relação à fluidez, é preciso destacar que a necessidade de ampliação das conexões geográficas, cria ou amplia eixos de circulação e comunicação de Campinas com outras partes do Brasil e do mundo. Em 1968, por exemplo, a “Companhia Mogiana de Estradas de Ferro inaugurou o serviço de transporte de

passageiros entre Campinas e Brasília-DF, utilizando carros Budd-Mafersa adquiridos da Estrada de Ferro Sorocabana” (PCM, 2004).

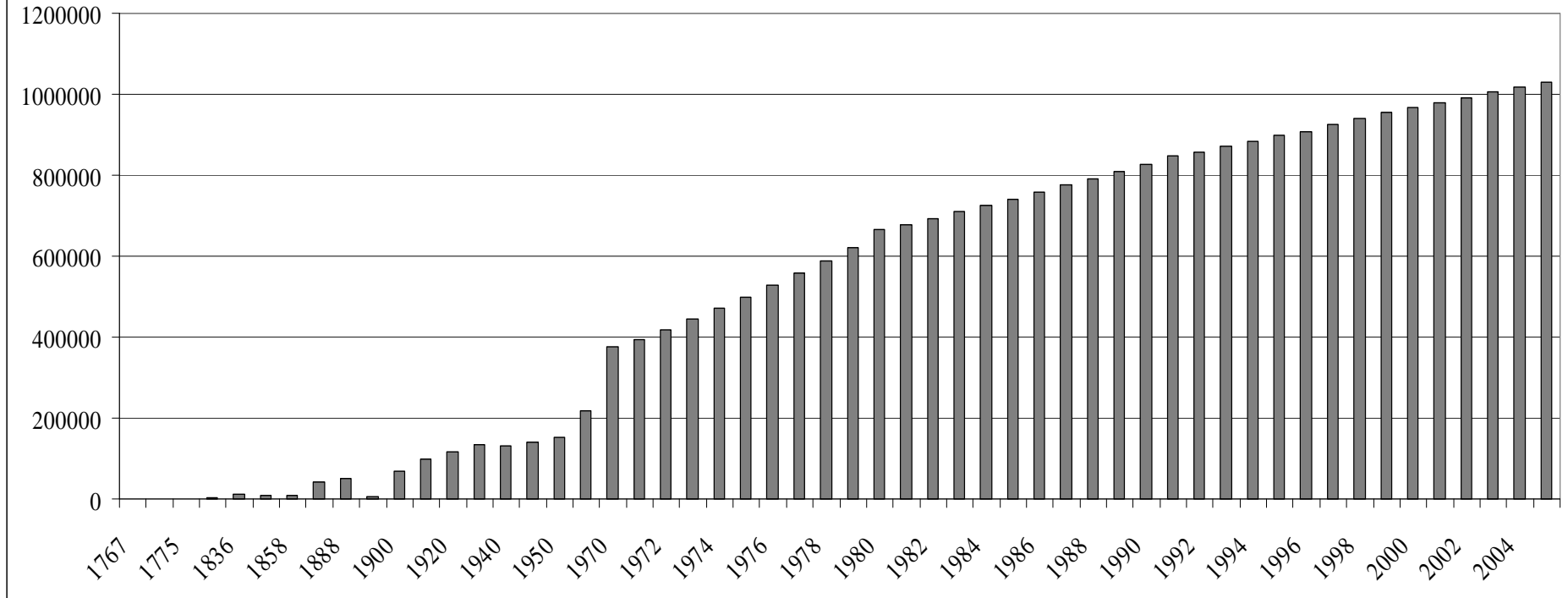
4 – A área da saúde tem um importante significado na qualificação de Campinas dentro dos modernos usos do território. A Faculdade de Ciências Médica (FCM) foi criada antes da própria UNICAMP. “Um dos méritos da FCM é o fato de que a Faculdade foi o ponto de partida para a fundação da UNICAMP, em 1962. O campus começou a ser instalado em 1965 e foi, então, a partir da FCM que a UNICAMP se tornou um dos centros de excelência em ensino, pesquisa e extensão na América Latina, em diversas áreas do conhecimento”. (Rede Anhangüera de Comunicação, 2004). O fato de a UNICAMP estar voltada para a produção e a incorporação da alta tecnologia tem reflexos na área das ciências médicas. O Hospital das Clínicas desta Universidade é um dos elementos mais importantes no processo da constituição de Campinas como um pólo tecnológico, hoje, também na área da saúde.

5 – A intensa migração populacional que Campinas acolheu desde a década de 1960 até meados da década de 1980, por conta das perspectivas de desenvolvimento urbano e de trabalho que passou a representar. O componente migratório é o dado mais importante para se entender a densificação populacional em Campinas e, assim, sua atual situação de metropolização, como demonstram os Gráficos IV e V, a seguir:



Fonte: Fundação SEADE.

Gráfico V - Campinas
População Municipal (nº de habitantes)



Elaboração: Mariana V. de Albuquerque. Fonte: Fundação Seade, Souza (PMC, 2004) e Badaró (1996). Obs: entre 1900 e 1970 os dados estão organizados por décadas. A partir de 1970, estão organizados ano a ano até 2005.

Alguns outros eventos se destacam, ao longo das décadas seguintes, para a compreensão da situação geográfica de metropolização e especialização na produção de alta tecnologia, que Campinas expressa atualmente.

Campinas se consolida como um grande “nó” de fluidez do território brasileiro, ligada a uma nova lógica de transportes e telecomunicações. No ano de 1972, duas das principais rodovias do estado de São Paulo são inauguradas, ligando Campinas à capital e ao interior do estado, assim como, aos outros estados brasileiros. Estas rodovias são a dos Bandeirantes, ligando São Paulo à Campinas, e a Rodovia D. Pedro I, ligando Jacareí à Campinas (trecho inaugurado em 1990).

A Rodovia D. Pedro I, hoje, é o eixo de maiores investimentos em modernização e produção de bens, pesquisa e desenvolvimento da alta tecnologia de Campinas. De acordo com Luis Ribeiro (2005), a Rodovia D. Pedro I é o grande “macro-eixo” de desenvolvimento do circuito superior no município e na sua Região Metropolitana.

Conforme a teoria dos dois circuitos da economia, elaborada por Milton Santos (1979b), o “circuito superior” é constituído pelas atividades que se inserem nos contextos internacionais de produção, circulação, consumo e comunicação, a partir da utilização intensa de ciência e tecnologia, informação e capital monopolista ou oligopolista. Já o “circuito inferior” é constituído por atividades que se realizam com menor grau deste tipo de capital e deste tipo de tecnologia. São atividades que dependem da dinâmica local cotidiana de circulação de pessoas no mercado interno urbano. Esse circuito abriga, sobretudo, a população pobre.

Esse eixo da D. Pedro I se configura como o mais luminoso dos subespaços campineiros, dada a seletividade e a qualidade dos fixos e fluxos que nele se densificam e que viabilizam os usos corporativos mais modernos (RIBEIRO, L., 2005). Segundo reportagens do jornal Correio Popular (30/10/05 e 11/11/05), nos últimos dez anos, o eixo da Rodovia D. Pedro I recebeu²¹ aproximadamente R\$ 5 bilhões em investimentos, 50% desse total no setor industrial e os outros 50% nos setores comercial e residencial. Transformou-se no eixo de maior valorização imobiliária da cidade. Esses investimentos representam “quase 40% de todos os recursos destinados para

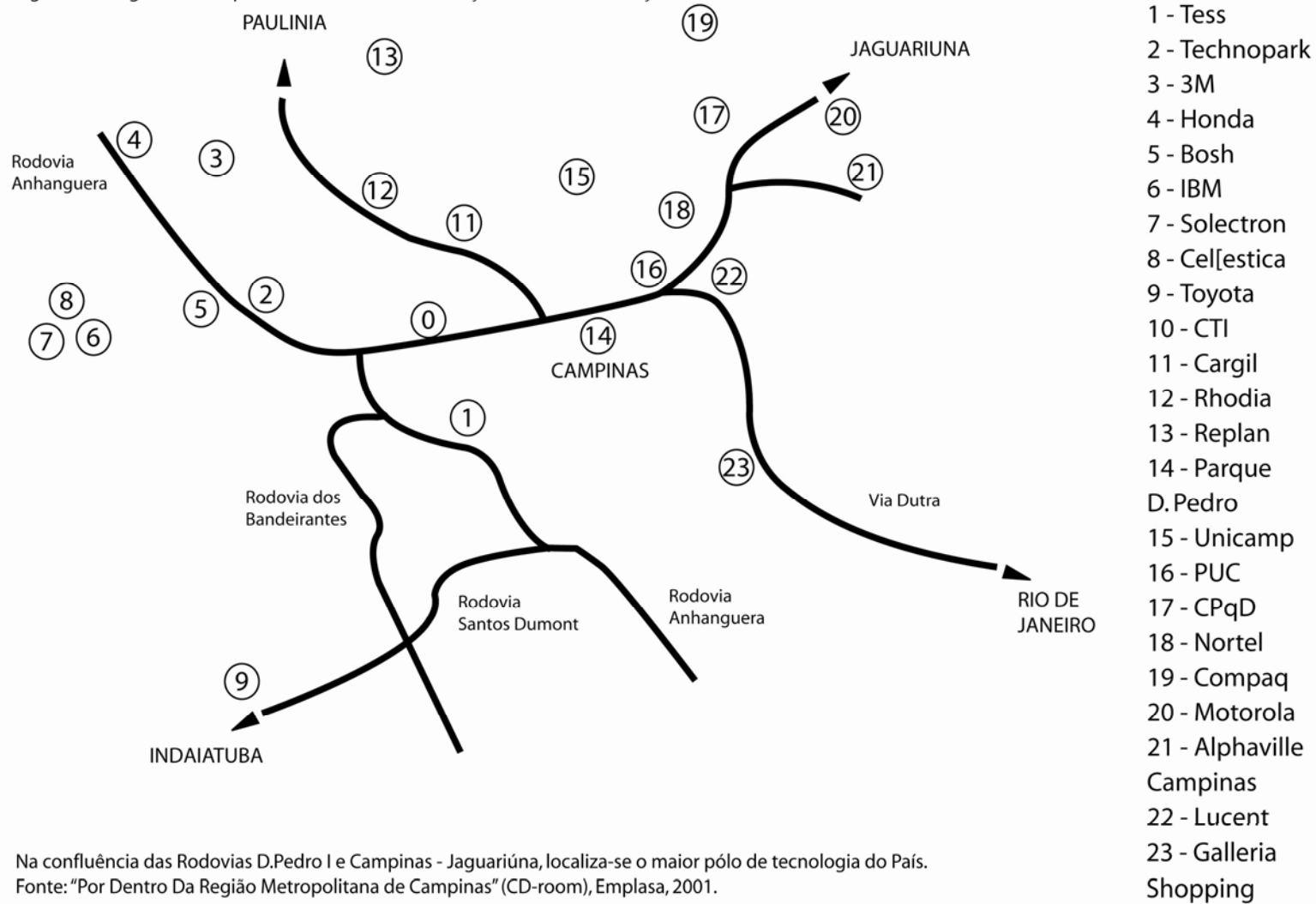
²¹ Dados da ACIC (Associação Comercial e Industrial de Campinas) e da Consultoria Imobiliária Cappucci & Bauer, divulgados pelas reportagens do jornal Correio Popular dos dias 30/10/05 e 11/11/05.

implantação, ampliação ou modernização de unidades nos três segmentos [industrial, comercial e residencial]” (Correio Popular, 11/11/05, p. B9).

De acordo com Flávio Bauer, diretor da Consultoria Imobiliária Cappucci & Bauer (Correio Popular, 30/10/05), o início da construção da D. Pedro I contribuiu para o avanço do processo de urbanização das zonas Leste e Norte de Campinas, que eram menos densificadas até então. Essa área menos densa, portanto, com menor rugosidade, serviu de eixo para os eventos de maior luminosidade da cidade. Ainda segundo Bauer, a Rodovia D. Pedro I pode ser considerada a “rainha Midas” de Campinas, porque “em tudo o que toca, vira ouro”. Assim, este eixo rodoviário é um local privilegiado da intensa densificação dos eventos luminosos na cidade.

A seguir, a Figura 1 informa alguns dos principais eventos que revelam a importância do eixo viário da D. Pedro I para a especialização de Campinas como um nó de fluidez, da produção da alta tecnologia e da valorização imobiliária e comercial.

Figura I - A Região de Campinas tem a maior concentração de telecomunicações do País



1938 (pág. 41), para atração das Indústrias. Naquele momento, a especialização produtiva do território, ligada ao processo de industrialização, demandava e se associava a outras qualidades da fluidez, dos fixos e das normas de produção. A constituição do meio geográfico e das racionalidades de produção vinculadas a ele, eram diferentes das atuais.

A situação de metropolização está estreitamente associada com o dado da fluidez, que não apenas possibilita a ampliação das conexões geográficas, como também, a densificação técnica-científica-informacional e populacional de toda ordem, a partir dessas conexões. “O dado organizacional é o espaço de fluxos estruturadores do território e não mais, como na fase anterior [ao período técnico-científico-informacional], espaço onde os fluxos de matéria desenhavam o esqueleto do sistema urbano”. (SANTOS, 1993:103).

A intensa migração foi um dos elementos fundamentais para o processo de metropolização de Campinas. O município, que surgiu como um “caminho de Goyases” (1741 a 1745) continua a consolidar seu processo de metropolização a partir do dado da fluidez, que a mantém articulada com o território nacional e o mercado internacional. No entanto, como foi discutido, a modernização do território é incompleta e, na situação de metropolização, os espaços opacos também tomam expressão em Campinas.

A atuação do Estado na implementação dos modelos os viários, habitacionais, sanitários, entre outros, foi fundamental para que o sentido dos usos do território também se tornasse a reprodução da pobreza. “A forma como a cidade é geograficamente organizada faz com que ela não apenas atraia gente pobre, mas que ela própria crie ainda mais gente pobre”. (SANTOS, 1990:59).

É nesse sentido que Milton Santos (1990) define a “metrópole corporativa”:

A ideologia do desenvolvimento que tanto apreciamos nos anos 50 e sobretudo a ideologia do crescimento reinante desde fins dos anos 60 ajudam a criar o que podemos chamar de metrópole corporativa, muito mais preocupada com a eliminação das já mencionadas deseconomias urbanas do que com a produção de serviços sociais e com o bem-estar coletivo. (SANTOS, 1990:94).

A condução seletiva dos investimentos em infra-estruturas e serviços urbanos, pelo poder público, em resposta à rapidez das demandas da modernidade, teve um papel preponderante para que Campinas se tornasse uma metrópole corporativa e fragmentada.

A compreensão possível da ação contemporânea do Estado aparece condicionada, ainda, à inteligibilidade das metrópoles como reais plataformas – econômicas, sociais e culturais – atualizadoras e definidoras da qualidade da vida coletiva nos espaços concentrados. (RIBEIRO, 1998:21).

Os investimentos seletivos pelo Estado valorizam e desvalorizam áreas nas cidades e provocam, dentro da própria metrópole, uma migração constante da população mais pobre em busca de moradia nas áreas menos valorizadas (pela especulação) e menos favorecidas pelos serviços urbanos essenciais, como os de saúde.

As políticas públicas, atraindo a modernidade, fizeram com que as metrópoles atraíssem também as esperanças dos pobres de outras regiões menos luminosas do Brasil. Esse intenso processo de migração associado às políticas públicas voltadas aos interesses corporativos de uso do território – aqueles ligados ao capital monopolista e oligopolista –, agravaram a crise urbana a partir das décadas de 1970 e 80. Milton Santos (1990) ressalta que a política de urbanização do Banco Nacional de Habitação (BNH), a partir de 1964, teve um papel decisivo na configuração da metropolização corporativa. As políticas públicas de interesse coletivo (habitação, saúde, educação, lazer e fluidez) ficaram submetidas aos interesses corporativos de especulação.

Ricardo Badaró (1996) aponta o Plano de Melhoramentos Urbanos em Campinas, como um marco em que o planejamento urbano passa a ser conduzido para o interesse corporativo no município:

Identificam-se, aí, dois momentos distintos na condução da implantação do Plano de Melhoramentos Urbanos. Até 1948, prevaleceram os critérios técnicos e o processo foi orientado pelos engenheiros municipais, a condução foi gradativamente assumindo um caráter mais político. Este, diante da desorganização dos setores populares, deforma-se, de um lado, pelo clientelismo, de outro, pela ação dos interesses privados que muitas vezes s sobrepunham ao interesse coletivo.

Neste segundo momento, os setores técnicos vão perdendo o controle do crescimento urbano o qual passa a ser regido, em seus movimentos de expansão horizontal e vertical, pelos interesses da especulação imobiliária.

(...) assim, embora numa primeira análise se possa concluir que os melhoramentos urbanos cogitados em Campinas destinavam-se a totalidade da população, a verdade é que propostas de Prestes Maia só se viabilizaram na medida em que, de alguma forma, satisfizeram as exigências do processo econômico em curso, peneiradas que foram, no nascedouro, pelos interesses das classes dominantes. Estas, como partícipes do poder, priorizaram as propostas que lhes fossem mais convenientes relegando as demais ao plano da utopia ou da marginalidade. (BADARÓ, 1996:151-153).

Como consequência desse direcionamento dos interesses políticos na condução do processo de urbanização e dos usos do território na cidade podemos citar, por exemplo, a degradação das condições de habitação. Alguns dados apontados na Matriz de Periodização de Campinas (PCM, 2004), ajudam a revelar essa degradação, através do surgimento de órgãos e medidas específicas do governo municipal para lidar com o problema: em 1969, “o serviço de assistência social elabora o primeiro plano de desfavelamento da cidade de Campinas. O resultado foi insignificante”; em 1980, a Lei n.4985 cria o FUNDAP (Fundo de Apoio à Sub-Habitação Urbana) e em 1983 é constituída a gerência de urbanização de favelas.

Ao mesmo tempo, há uma mudança na condução da política de construção dos conjuntos habitacionais. Como revela Souza (PCM, 2004), a partir de decretos de 1974:

Decreto 4424 dispõe sobre o zoneamento urbano de Campinas. Implantação do distrito industrial. A COHAB muda a sua atuação, deixando de fazer pequenos conjuntos na malha urbana para adquirir grandes glebas afastadas.

Decreto 4517 declara de utilidade pública e autoriza a desapropriação de imóveis destinados a integrar o Distrito Industrial de Campinas, por serem necessárias ao Plano de Urbanização e ao loteamento para revenda à indústria.

Algumas das áreas anteriormente destinadas à industrialização, tornam-se locais dos conjuntos habitacionais populares. Há uma readequação das rugosidades, mas também, uma incorporação de outras áreas menos rugosas, em técnicas e normas, dentro das novas racionalidades nos usos do território.

A modernização incompleta e seletiva, agravada pela atuação do poder público, levou às metrópoles a refletirem de forma expressiva, o conflito de interesses corporativos e coletivos de usos do território.

2.3.1. Involuções metropolitana e epidemiológica.

O fenômeno do empobrecimento e da degradação das condições de vida nas grandes metrópoles, foi denominado por Milton Santos (1990) como “involução metropolitana”. Assim, as metrópoles – símbolos da modernidade e do desenvolvimento – tornaram-se grandes símbolos da desigualdade e do empobrecimento, como constata Badaró (1996):

Na verdade, após a implementação do Plano de Melhoramentos Urbanos, as administrações municipais que se sucederam não se concentraram mais em uma proposta integrada que pudesse nortear o desenvolvimento da cidade. Campinas não contou mais com um projeto de desenvolvimento urbano socialmente validado que, rompendo as barreiras do presente, fosse capaz de imprimir à ação municipal o necessário sentido de continuidade, sem o qual ela se torna mesquinha e aviltada, permitindo a deterioração do espaço urbano.

A cidade, mais que se desenvolver, inchou, vendo seus problemas sociais se agravarem pela imprecisão dos objetivos – e da estratégia – da ação municipal, pela carência de recursos e pelo empobrecimento gradativo da população. (BADARÓ, 1996:151-153).

Como foi discutido, por um lado, as mudanças na constituição do meio geográfico trouxeram avanços com relação às novas possibilidades de uso do território e proporcionaram melhorias das condições de vida da população. Por outro lado, a seletividade de realização dessas possibilidades propiciou o aumento das desigualdades socioespaciais, com conseqüente degradação das condições de vida e saúde. A situação de metropolização será a mais expressiva dessa dialética por razão da intensidade do seu processo de modernização, conforme aumentam as densidades luminosas e opacas no território metropolitano.

Num país cuja dinâmica capitalista é historicamente parcial e subordinada às principais economias mundiais, as metrópoles tenderam a reter os impulsos da modernização, ou seja, os recursos privados e públicos que qualificam o emprego, ainda que esta qualificação ocorra de forma seletiva e socialmente excludente. (RIBEIRO, 1998).

Desse modo, a involução metropolitana se intensifica concomitantemente aos processos de mundialização do capital e de difusão do meio técnico-científico-informacional.

Ana Clara Torres Ribeiro (1998), ao estudar a saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, discute a importância do estudo da involução metropolitana e da

metrópole para os usos do território pela saúde. “Índices extremamente elevados de pobreza e violência conduzem a uma leitura das metrópoles brasileiras muito distantes de qualquer euforia modernizadora”. (RIBEIRO, 1998:30).

Na metrópole, as áreas opacas têm a maior vulnerabilidade aos problemas de saúde e, assim, a involução metropolitana tem estreita relação com “novos” e “velhos” problemas de saúde.

“No Brasil, atualmente, as doenças infecciosas e parasitárias não são mais a principal causa de morte da população, como há sete décadas. Recentemente, porém, surgiram novas doenças transmissíveis e ressurgiram outras antes erradicadas”. (MS/Funasa, 2004:75).

Há uma grande variedade de situações em relação à trajetória das doenças transmissíveis no Brasil, como alertam Waldman, Silva e Monteiro (1995). Segundo os autores, a situação é complexa entre as doenças infecciosas, pois sua trajetória relaciona-se a:

Um conjunto amplo de determinantes que incluem desde a industrialização e conseqüente urbanização do país, até o grau de organização e cobertura da rede dos serviços de saúde, ambos fatores permeados pelas profundas desigualdades sociais e regionais que caracterizam o Brasil. (WALDMAN et al, 1995:240).

O trabalho de Reichenheim e Werneck (1992) traz apontamentos sobre os diferenciais intra-urbanos nos padrões de morbimortalidade das metrópoles, tanto em relação às doenças infecciosas e parasitárias quanto às crônico-degenerativas e às causas externas. Segundo os autores, essas diferenças de condições de saúde dentro da metrópole relacionam-se diretamente com as desigualdades socioespaciais existentes, como no exemplo dado por eles: “observa-se a elevada ocorrência de neoplasias [câncer] relacionadas ao subdesenvolvimento como as neoplasias de estômago e de colo do útero, mesmo nas regiões mais desenvolvidas do país”. (REICHENHEIM e WERNECK, 1992:08).

O aumento das diferenciações regionais também foi discutido por Araújo (2001), quando analisa os resultados das transições demográfica e epidemiológica no Brasil. Por um lado, diminui-se a morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias nas regiões de maior desenvolvimento econômico e social, como as regiões Sul e Sudeste do Brasil. De acordo com o autor, por outro lado, nestas mesmas regiões há, por

exemplo, o aumento da morbimortalidade por homicídios — revelando um outro aspecto do aprofundamento das desigualdades socioespaciais intra-regionais.

Um dos “novos” problemas agravados pela involução metropolitana é o do aumento da mortalidade por causas externas, sobretudo pelos homicídios. Como alerta Lucas Melgaço (2005:88), “falar de violência é falar em complexidade”. Segundo o autor, a violência não é sinônimo apenas de homicídios ou causas externas de morbimortalidade, mas é consequência das legitimações dadas pelos usos do território. Assim, “a violência não se manifesta somente em situações mais extremas [homicídios, por exemplo], mas ela pode ser identificada nos diversos usos do território”. (MELGAÇO, 2005:88). Nesse sentido, a violência também se revela, por exemplo, no momento em que não há medicamentos²² no sistema público, para tratar do sofrimento das pessoas doentes. Ou quando uma mulher está grávida, mas só consegue consulta com um ginecologista no final da gravidez²³. Ou ainda quando faltam profissionais e equipamentos nos centros de saúde, para procedimentos que seriam simples e corriqueiros. Enfim, a violência também se encontraria aí. E o aumento das causas de morbimortalidade por homicídio nas metrópoles é a expressão da situação mais extrema da violência, diante da metropolização corporativa e fragmentada.

Melgaço (2005) mostra essa discussão a partir dos dados de homicídios em Campinas. De acordo com o autor, a mortalidade por homicídios é maior justamente nos espaços mais opacos de Campinas, onde a concretização dos usos do território para o bem estar é mais precária. Comprovando, assim, que não se trata apenas de uma questão de segurança pública.

Com relação aos “velhos” problemas da saúde, podemos destacar, por exemplo, a volta de epidemias como a dengue, a cólera e o aumento do número de pessoas infectadas pela tuberculose. Esta última é o grande símbolo da precariedade das

²² “(...) entre os meses de julho e outubro [2004] – período em que faltou até insulina para os diabéticos na maior parte das 47 unidades de pronto-atendimento –, os 700 mil usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de Campinas continuaram enfrentando uma triste realidade que acentua, a cada ano, o sucateamento de uma rede considerada, até o início dos anos 90, modelo no País”. Caderno Cidades. “Falta quase tudo para a Saúde, menos promessa”. Jornal Correio Popular, Campinas, 25/12/2005.

²³ “Há alguns indicadores em Hortolândia que são alarmantes. Em relação ao VDRL – diagnóstico de sífilis em parturientes – 25% das mulheres na hora do parto ficam sabendo que têm sífilis. Não têm atendimento pré-natal e nem um nível de informação sobre essa doença, que é facilmente tratável e que gera uma séria de desdobramentos do ponto de vista da gestação e da criança, no futuro da sua saúde”. (Prof. Dr. Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva, Pró-reitor de Desenvolvimento Universitário – UNICAMP, graduado em medicina pela UNICAMP, em entrevista a esta pesquisa, em abr./2006).

condições de vida e das causas de morbimortalidade denominadas, hoje, como “doenças da pobreza” (MONTEIRO *et al*, 1995) ou “mortes e doenças injustas”, como definidas por Berlinguer (1999:67), porque fruto da privação dos direitos humanos²⁴.

Injustiça que se traduz em privação ou precariedade dos usos do território para a concretização do bem estar e, assim, cria a oportunidade para o retorno e a continuidade de problemas de saúde já superados pela humanidade – superados enquanto possibilidade técnica, mas não política.

É preciso compreender que o mundo hoje vive um tempo de racionalidade política e não apenas econômica. É como se tudo fosse possível, basta querer. (...). Isto é fascinante e faz da humanidade algo superior, dotada de recursos capazes de, se assim o desejar, promover, finalmente, o bem estar de todos. As disponibilidades e possibilidades técnicas estão dadas. Agora, o que importa são as decisões políticas: o que fazer, onde fazer?. (SOUZA, 2004:58).

A tuberculose é um grande exemplo disso, mesmo com sua volta e manutenção estando muito associada à AIDS (que enfraquece o sistema imunológico e abre caminhos para a contaminação e morte pela tuberculose). Hoje, a tuberculose está diretamente ligada, também, ao empobrecimento e à precariedade das condições de vida, tais como, nos aspectos relacionados: habitação, alimentação, acesso aos serviços básicos de saúde e aos medicamentos. O enfraquecimento do bem estar pelo precário uso do território cria a oportunidade ideal para a volta e a prevalência da tuberculose.

Propõe-se, aqui, a idéia de **involução epidemiológica**²⁵ para retratar alguns dos problemas de saúde associados ao processo da involução metropolitana. Assim, a involução epidemiológica acompanha a involução metropolitana na medida em que expressa uma realidade de condição de saúde também precária.

Deste modo, a involução epidemiológica significa a volta, a permanência ou mesmo o surgimento de doenças infecciosas e parasitárias a partir de uma relação íntima entre: seus determinantes, nos usos do território pela saúde, e as desigualdades urbanas geradas a partir da involução metropolitana. Mas, vai além, porque a involução epidemiológica também diz respeito aos males não transmissíveis e crônico-

²⁴ Para o autor, a saúde “é um dos melhores indicadores para medir como os outros direitos humanos têm sido protegidos ou promovidos pela sociedade; mais que isso, a afirmação ou a negação do direito à saúde envolve quase todos os outros direitos” (BERLINGUER, 1999:65).

²⁵ **Epidemiologia**: Etimologia: rad. *epidemio*- (formado de *epidemia*, do gr. *epidémia*, as 'mal que grassa numa região') + *-logia*. (HOUAISS, 2006).

degenerativos de morbimortalidade que também têm relação íntima com a involução metropolitana. Dentre eles, pode-se destacar o exemplo das causas externas de morbimortalidade que, hoje, são um dos principais problemas de saúde das metrópoles. A involução epidemiológica tem como principal determinante a involução metropolitana e, assim, tem grande expressão nos espaços mais opacos das grandes cidades. Além disso, a involução epidemiológica compreendida a partir dos usos do território correspondentes à involução metropolitana, inclui também a dimensão das verticalidades e horizontalidades, dos fixos e dos fluxos, e da hibridez do sistema indissociável de objetos e ações.

Nesse sentido, a metropolização – que deveria caracterizar a progressiva melhoria das condições de saúde com o acesso às técnicas e, conseqüentemente, aos novos usos do território –, tornou-se uma expressão do aprofundamento das desigualdades socioespaciais inerente ao progresso técnico e às concepções políticas das possibilidades atuais de uso do território.

Estamos, de fato, face à necessidade de reconhecer que a saúde – enquanto meta social – transforma-se historicamente, em decorrência de avanços técnicos e do acesso socialmente desigual a informações e recursos. (...) Neste sentido, a formulação do ‘estado de saúde’ não decorreria das estratégias desenvolvidas por um único ator (...); mas, sim, da pluralidade de formas de vida social e de formatos de organização de interesses que constituem, efetivamente, a realidade urbano-metropolitana.

(...). Portanto, deveriam ser investigadas as conseqüências, para o perfil atingido pelos serviços de assistência médica, do patamar de exclusão que caracteriza a realidade metropolitana da América Latina e do Brasil. (RIBEIRO, 1992:04-29).

Nas metrópoles, o sistema de saúde pública irá acompanhar as inovações de caráter técnico, mas não acompanhará as demandas mais complexas de saúde dada pela coexistência dos espaços luminosos e opacos. Além disso, os serviços do Sistema Único de Saúde vão lidar constantemente com a emergência de novos males e novos riscos – pela amplitude, cada vez maior, das conexões geográficas que a metrópole realizará com outros lugares no mundo.

Capítulo III – Respostas do Sistema Único de Saúde aos desafios da situação de metropolização

É ponto passivo que o território usado coloca desafios à universalização da saúde e à consolidação do Sistema Único de Saúde. A questão principal passa a ser como mudam as dimensões desses desafios segundo as dinâmicas dos lugares. Nesse sentido, foi realizada uma análise a respeito de como o serviço de saúde do SUS, diante da realidade dada pela situação de metropolização que vive Campinas, pode expressar as contradições de concretização do bem-estar no território usado.

Optou-se pela investigação de um serviço de saúde que contemplasse a vocação moderna da situação de Campinas. Assim, a análise realizada teve como recorte empírico o Hospital das Clínicas da UNICAMP, que é um distinto representante da modernização da saúde no município e no país, tendo sua história vinculada ao surgimento do próprio Sistema Único de Saúde.

Atualmente, o HC concentra alta densidade técnica, científica e informacional e, na hierarquia dos serviços do SUS, atinge o maior grau de complexidade e especialização do sistema – a Alta Complexidade.

Os serviços de Alta Complexidade do SUS são definidos por um “conjunto de procedimentos²⁶ que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos

²⁶“As principais áreas que compõem a **Alta Complexidade** do SUS, e que estão organizadas em ‘redes’, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (através dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos de cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extra-cardíacos; laboratório de eletro-fisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia”. (CONASEMS, 2005)

demais níveis de atenção à Saúde (Atenção Básica²⁷ e de Média Complexidade²⁸” (CONASEMS, 2005:27). As especialidades que o HC da UNICAMP oferece, são: cirurgia cardíaca, cirurgia do trauma, dermatologia, gastrocirurgia, gastroenterologia, genética clínica, medicina interna, moléstias infecciosas, pneumologia e tisiologia e UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

3.1 – O Hospital das Clínicas da UNICAMP no contexto da história do sistema de saúde campineiro e da construção do Sistema Único de Saúde.

A história do Hospital das Clínicas está diretamente ligada à origem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP:

A Faculdade de Medicina de Campinas foi criada oficialmente em 25 de novembro de 1958 pela Lei Estadual n.º. 4996, promulgada pelo governador do Estado de São Paulo, *Jânio da Silva Quadros*, como um instituto isolado de ensino superior. Foi nomeado como seu primeiro diretor o *Professor Cantídio de Moura Campos*, da **Faculdade de Medicina de São Paulo** e, para coordenar os trabalhos para sua instalação, o *Dr. Antônio Augusto de Almeida*, médico do *Instituto Burnier*.

Em 28 de dezembro de 1962, a Lei Estadual 7655, assinada pelo governador *Carlos Alberto de Carvalho Pinto* criou a Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, e em seu artigo 29, incorporou a ela a Faculdade de Medicina. Para a direção da **Faculdade de Ciências Médicas** foi nomeando o *Professor Antônio de Augusto Almeida*, também por ato do *Professor Cantídio de Moura Campos*, Reitor da Universidade, publicado em março de 1963.” (www.fcm.unicamp.br, acesso jan./06).

²⁷ A **Atenção Básica** “constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças. O diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. (...). A atenção básica é primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes à essas áreas. (...). Uma atenção básica bem organizada garante a resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade.” (CONASEMS, 2005:35-36).

²⁸ A **Média Complexidade** “compõe-se por ações e serviços que visam a atender os principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. “Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumato-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia. O gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização de seus profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sócio-demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações.” (CONASEMS, 2005:XXX).

Entre 1963 e 1965, a Faculdade de Ciências Médicas realizou suas atividades nas dependências da Maternidade de Campinas. Após esse período, firmou um convênio com a Santa Casa de Misericórdia de Campinas, passando a funcionar provisoriamente neste local entre os anos de 1965 e 1985. Nestes dois períodos, as atividades do Hospital das Clínicas acompanharam a trajetória da FCM. “Na época [1966], eram cerca de 200 médicos, enfermeiros, alunos e residentes que atendiam uma média de 5.000 pessoas/mês” (www.hc.unicamp.br, acesso mar/06).

Entre 1962 e 1988, é um momento em que o HC participa do sistema de saúde de Campinas numa organização anterior ao SUS (que é descentralizado, hierarquizado e universal). Até 1987²⁹, os atendimentos do HC eram voltados para os indigentes, isto é, para aquelas pessoas que não tinham carteira de trabalho (que não acessavam o sistema previdenciário de saúde) e que não podiam pagar individualmente pelo serviço prestado.

Paulo Eduardo Silva³⁰, em entrevista concedida a essa pesquisa (abr./2006), relata que a principal dificuldade, neste período, era que o paciente para ser atendido no HC, deveria ser portador de alguma doença que representasse interesse científico para que sua consulta e seu tratamento contribuíssem para o aprendizado dos alunos da Faculdade de Medicina.

O sistema de saúde brasileiro anterior ao SUS era organizado de acordo com o tipo de clientela, ou seja, não oferecia um acesso universal. Os tipos de pacientes se classificavam em previdenciários (trabalhadores tinham que mostrar a carteira de trabalho para serem atendidos), pagadores individuais (pacientes que podiam pagar por serviços prestados eventualmente) e, finalmente, os indigentes (como foi explicado anteriormente).

²⁹ Em 1987, surge o Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS, que representa uma maior descentralização. “Nesse momento, constitui-se uma visão única do sistema de atendimento e os recursos são pensados juntos com todas as instituições. Há um rearranjo na política, com uma nova normatização, porém, diante de culturas institucionais completamente diferentes. No SUDS, os hospitais universitários dos estados, começam a mesclar o atendimento a previdenciários com o atendimento aos indigentes, porém, antes disso, estes hospitais atendiam apenas os indigentes”. (Nelson Ibañez, Professor livre-docente da Santa Casa – SP, foi superintendente do IAMSPE de SP por 8 anos. Em entrevista a esta pesquisa, set./2004).

³⁰ Prof. Dr. Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Pró-reitor de Desenvolvimento Universitário – UNICAMP, graduado em medicina pela UNICAMP, fez residência médica em Pediatria. Foi coordenador do HC UNICAMP entre 1988 e 1999. Cumpru três mandatos como superintendente do HC UNICAMP: 1991/94, 1997/00 e 2000/03.

Campinas, nessa época, antes do SUS, já se constituía como um município de referência regional no atendimento à saúde, por conta de alguns serviços, tais como: Penido Burnier, Beneficência Portuguesa e a Santa Casa. Porém, nos serviços que qualificavam o município como referência, segundo alerta Paulo Eduardo Silva, esse atendimento nunca foi para a população mais carente, para os indigentes. Começou a ser depois do SUS. Quem acessava o atendimento no Penido Burnier, na Casa de Saúde, na Beneficência Portuguesa eram pessoas, que contribuía com esses serviços e pagavam indiretamente, ou eram clientes eventuais que pagavam pela prestação dos serviços.

Segundo as entrevistas concedidas a essa pesquisa, por Paulo Eduardo Silva, Bernadete Trapé³¹ e Carmem Lavras³², ficou claro que atores e professores da saúde em Campinas contribuíram intensa e diretamente no movimento sanitarista, para a concepção do Sistema Único de Saúde. Esta atuação se iniciou com uma reorganização da rede de saúde já no próprio município de Campinas. Assim, o município foi precursor no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Carmem Lavras foi uma das que participou diretamente desse movimento de mudanças no sistema de saúde no Brasil, a partir da atuação na rede básica de Campinas, contribuindo para a reflexão e a formulação da proposta do SUS. Segundo conta na entrevista, Campinas teve um papel importante e pioneiro na proposição e consolidação do sistema de saúde atual, ao lado de Niterói (RJ) e Londrina (PR), porque foram municípios que tentaram começar um processo de reorganização da assistência partindo do serviço público municipal, o que era inédito.

No governo de Francisco Amaral (1977-1982), Campinas crescia num ritmo muito intenso, sobretudo, pelo componente migratório (principalmente vindos do norte do Paraná e sul de Minas). Além disso, como foi discutido no Capítulo II, o município começava a sofrer mais intensamente as conseqüências do processo da urbanização corporativa: a modernização incompleta e a involução metropolitana. É nesse contexto que Campinas inova na saúde pública municipal. Carmem Lavras explica como se deu esse processo:

³¹ Bernadete Trapé é psicóloga e trabalha junto ao Programa de Planejamento Familiar do Centro de Saúde do Centro de Campinas. Concedeu entrevista a esta pesquisa em nov./2005.

³² Carmem Lavras é especialista em planejamento e gerenciamento em saúde. É assessora do Reitor da UNICAMP e pesquisadora associada NEPP/UNICAMP. Faz parte do IPADS – Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social. É ex-secretária de saúde de Campinas (1993 – 1996, Governo Magalhães Teixeira). Concedeu entrevista a esta pesquisa em abr./2006.

Neste governo do Chico Amaral, se aproveitou um projeto que nasceu na UNICAMP, no Laboratório de Ensino de Medicina Comunitária (LEMC). Este projeto começa a ser institucionalizado na Secretaria Municipal de Saúde, sob o comando de Sebastião Moraes (secretário municipal de saúde da época; era cirurgião com uma formação humanista no campo da Igreja Católica). Digo que é um cirurgião que foi um grande “sanitarista”, porque incentivou a organização de uma rede municipal de serviços de saúde com inspiração nesse modelo de medicina comunitária - embora o nome seja inadequado, porque não se tratava de modelo médico. Já se pensava na participação de outros profissionais, com a integração do conhecimento de várias áreas.

Nesses anos, se estabeleceu a rede de saúde de Campinas, com mais de 30 unidades (os centros de saúde eram da própria prefeitura), onde se buscava a participação da sociedade, desde o momento da abertura da unidade. Discutia-se muito, se conhecia o bairro, se identificava aquela realidade. Todas as ações de saúde, nesses centros, se realizavam numa perspectiva de olhar a pessoa como um todo, na sua inserção familiar, cultural, etc. (Carmem Lavras, em entrevista a esta pesquisa. Abr./06).

Ao mesmo tempo em que esta rede básica vai se estruturando, ela vai se articulando com a rede do INPS e com outros serviços da região (entre eles, o HC da UNICAMP, quando ainda funcionava na Santa Casa). Assim, constitui-se um sistema hierárquico baseado em parcerias, como é hoje o SUS. Esse sistema surgiu de uma iniciativa local municipal, feita por vários dirigentes.

Foi um movimento interessante em direção às ações integradas de saúde (AIS), que em Campinas se chamou Pró-assistência. Depois, quando a política de saúde do Brasil caminha nessa mesma perspectiva, Campinas já tinha uma rede básica consolidada. Então, o município chega ao SUS com uma experiência local de gestão da sua própria rede e da operação desta rede, além de um conjunto de conceitos já discutidos.

Na verdade, os municípios que participaram com essas iniciativas, acabaram contribuindo muito com o início e depois no decorrer do movimento brasileiro de reforma sanitária, que vai desembocar na Constituição de 1988, com a proposição do SUS. Campinas teve esse papel pioneiro na perspectiva do SUS. (Idem).

É interessante verificar como a própria realidade da formação socioespacial brasileira vai conduzindo o sistema de saúde previdenciário, filantrópico e particular a uma crise. Dentre alguns dos fatores que contribuíram para isso pode-se destacar o aumento considerável da população que necessitava de saúde nos centros urbanos com intenso crescimento populacional, (como foi o caso de Campinas), e o aumento da degradação das condições de vida e de trabalho, que levou ao crescimento do número de trabalhadores sem carteira assinada, portanto, sem direito ao sistema de saúde previdenciário.

A crise urbana, conseqüente da metropolização corporativa, também vai se refletir na saúde da população e nas condições de acesso ao sistema de saúde. Além disso, vai se refletir também nas condições de financiamento deste sistema, já que há

um aumento crescente da demanda por atendimentos, sem o respectivo incremento das contribuições previdenciárias (Nelson Ibañez³³, em entrevista concedida a esta pesquisa. Set./2004).

Dado que o sistema urbano viu crescer intensamente sua população, sem absorvê-la totalmente em postos de trabalho com carteira assinada, tem-se como consequência, de maneira geral, a crise da consolidação e da expansão do sistema previdenciário de saúde. Nesse sentido, o SUS é fruto de uma reforma política da própria sociedade brasileira, que estava em transformação para uma nova realidade – mais complexa em termos socioespaciais e, portanto, mais complexa do ponto de vista das condições de saúde e das demandas pelos serviços de saúde.

A construção do SUS foi um movimento político de caráter nacional, foi uma reforma sanitária brasileira, que propiciou uma mobilização política muito grande em torno de grandes problemas enfrentados pelo país. Essa mobilização ocorreu durante o período da ditadura militar, portanto, num momento extremamente delicado para as discussões sobre a realidade brasileira e para grandes mobilizações políticas.

É importante dizer, nas palavras de Carmem Lavras (em entrevista concedida a esta pesquisa. Abr./06), como Campinas representava, nesta época, uma força política no país, tendo como grande pano de fundo a discussão sobre a saúde pública:

Duas coisas são muito marcantes. A primeira era o número de profissionais que vinham trabalhar aqui em Campinas, porque eram militantes de partidos de esquerda do Brasil todo, muitas vezes, perseguidos pela ditadura ou que tinham acabado de sair da prisão. Eles vinham para Campinas, que nucleava essas pessoas. Elas vinham de diferentes movimentos (MR-8, Pcdob, Partidão, entre outros). De repente, elas eram atraídas para Campinas por conta desse movimento na saúde. Era comum a Secretaria Municipal de Saúde receber muito bem esses colegas de outras partes do país. Eles eram contratados pela secretaria e passavam a trabalhar nela, lidando com uma rede municipal de saúde que estava em expansão.

A segunda coisa muito marcante foi como a Secretaria Municipal de Saúde passou a representar um espaço de discussão política. Primeiro, porque a prática de gestão daquela época era bem democrática e participativa. Mas, todos os movimentos políticos de âmbito nacional acabavam sendo discutidos na secretaria. Então, o décimo primeiro andar da prefeitura passou a ser um local de reunião. Lembro de quando morreu o operário Santo Dias da Silva e toda a mobilização de greve e apoio ocorreu na secretaria. Assim como, se faziam movimentos para apoiar a greve dos operários do ABC paulista, ou então, a greve dos médicos residentes. Isso tudo acontecia dentro da secretaria.

³³ Nelson Ibañez é médico sanitário e Professor Livre-docente da Santa Casa – SP, foi superintendente do IAMSPE de SP por 8 anos (1994-98 e 1998-02). Concedeu entrevista a esta pesquisa em set./2004. 67

Essa configuração da secretaria de saúde foi importante para formular um modelo de atenção à saúde de base municipal. E foi importante, também, nessa perspectiva política de se colocar como núcleo mais progressista em termos de força política no país. (Carmem Lavras, abril/06)

Nesse contexto nacional e local, estava ocorrendo a criação da UNICAMP, com grande apoio dos profissionais da Faculdade de Medicina. Havia uma pressão da sociedade campineira, desde meados da década de 1940, para a instalação de uma faculdade de medicina na cidade. Esta luta durou de 1946 até 1958, quando foi inaugurada a Faculdade de Medicina de Campinas³⁴. A criação da UNICAMP foi muito incentivada pela existência da Faculdade de Medicina, que pretendia construir um local próprio para sua instalação, pois estava funcionando nas dependências da Santa Casa de Misericórdia de Campinas. O responsável pelo estudo e planejamento da UNICAMP foi Zeferino Vaz:

“Em 1965, subordinada ao Conselho Estadual de Educação, é criada pelo decreto nº 45.220 a Comissão Organizadora da Universidade Estadual de Campinas. Tem a incumbência de estudar e planejar a gradativa formação de suas unidades. Tendo como presidente o professor Zeferino Vaz, ex-diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) em Ribeirão Preto e da Universidade de Brasília (UnB), dela participam os professores Paulo Gomes Romeo e Antonio Augusto de Almeida. A Faculdade de Medicina, depois Faculdade de Ciências Médicas (FCM), firma acordo com a Santa Casa de Misericórdia de Campinas e para lá se transfere. Permanece em suas dependências até 1985.

Em 1966, é lançada, a 5 de outubro a pedra fundamental do campus da Universidade, numa gleba de 30 alqueires localizada a 12 quilômetros do centro de Campinas. Eram terras doadas para o Estado por João Adhemar de Almeida Prado. O lançamento da pedra fundamental acontece um mês depois de Zeferino Vaz se reunir com empresários da região para definir o perfil dos cursos a serem implantados. O governo libera recursos para a construção dos primeiros edifícios e através de resolução o Conselho Estadual de Educação autoriza a instalação e o funcionamento dos Institutos de Biologia, Matemática, Física e Química e das Faculdades de Engenharia, Tecnologia de Alimentos, Ciências e Enfermagem. Em 22 de dezembro Zeferino Vaz é nomeado, através de decreto do governador Laudo Natel, para o cargo de reitor.” (www.unicamp.br/unicamp/a_unicamp/a_unicamp_memorias_crona.html. Acesso em fevereiro de 2006).

A perspectiva era criar uma universidade voltada para o desenvolvimento tecnológico, que comandasse o parque tecnológico proposto para Campinas, pelos governos militares (FARIAS, 2004).

³⁴ Fonte: www.unicamp.br/unicamp/a_unicamp/a_unicamp_memorias_crona.html. Acesso em fevereiro de 2006.

A Faculdade de Medicina, que em 1965, passou a se chamar Faculdade de Ciências Médicas (FCM), só foi totalmente transferida para a UNICAMP em 1985. Paulo Eduardo Silva assinala que, no final da década de 1970, já se discutia dentro da Faculdade de Ciências Médicas, a construção de um hospital universitário próprio. No princípio, a idéia era que este hospital não fosse apenas de Alta Complexidade, mas também, de Média Complexidade. Porém, acabou prevalecendo a opinião de que o HC deveria ser de Alta Complexidade e a Faculdade de Ciências Médicas deveria firmar um convênio com um outro hospital de Média Complexidade na região de Campinas. Para tanto, foi escolhido o Hospital Municipal de Paulínia. Escolha que se deu em função deste município já ser campo de estágio dos alunos da Faculdade de Ciências Médicas, desde o início dos anos 70. O convênio com Paulínia se iniciou em 1972, na rede de atenção básica. Por conta desses convênios, o HC contribuía para a descentralização e para a hierarquização do sistema de saúde.

Em 1975, foi lançada a pedra fundamental do Hospital das Clínicas, para o início da sua construção no campus da UNICAMP. Em 1979, foram inaugurados os primeiros 53 ambulatórios no campus: “em meio a avenidas desertas, com poeira ou lama e cercado por canaviais, foram chegando os primeiros ônibus para o atendimento ambulatorial.” (www.hc.unicamp.br). A inauguração do hospital ocorreu em 1985. Neste mesmo ano, o HC recebe seu primeiro leito para adultos e realiza sua primeira cirurgia (de úlcera péptica). Em 1986, foi criado o Centro de Atendimento Integrado à Saúde da Mulher (CAISM) e inaugurado o Pronto-socorro. Em 1993, o HC realiza seu primeiro transplante (de rins) e, já em 1995, realiza seu 500º transplante renal.

A partir de sua inauguração oficial, o Hospital das Clínicas, bem instalado e equipado, de caráter de Alta Complexidade, passa a ser a referência mais importante da região de Campinas, que tinha demanda por um sistema de saúde mais complexo (Paulo Eduardo Silva, entrevista concedida a esta pesquisa. Abr./06). Antes disso, a referência para a região era o município de São Paulo.

Segundo Paulo Eduardo Silva, no ano de sua inauguração, o HC torna-se o único hospital de mais Alta Complexidade da região de Campinas, passando a responder por uma enorme demanda pelos atendimentos de terapia intensiva, urgência e emergência, transplantes, entre outros. Desde essa época, o HC vê crescer de maneira incessante a

utilização de seus serviços pela população da região.

3.2. O Hospital das Clínicas da UNICAMP no contexto da universalização do Sistema Único de Saúde.

A Faculdade de Ciências Médicas³⁵ da UNICAMP tem influenciado várias mudanças na infra-estrutura, nas funções e na organização do HC, em decorrência da diversificação e do desenvolvimento das suas atividades de pesquisa. Os serviços do HC, por sua vez, contribuem muito para as pesquisas de tecnologias de ponta na medicina, fazendo jus à concepção de desenvolvimento científico em alta tecnologia que a UNICAMP se propõe a realizar.

O Hospital das Clínicas e a UNICAMP despontam como dois eventos dos mais significativos dentro das aspirações de modernização do município de Campinas. O HC condiz com a concepção da UNICAMP voltada para a modernização e o progresso técnico e ambos incentivam a entrada do território brasileiro na divisão internacional do trabalho, inclusive, no âmbito da saúde.

No entanto, não se pode confundir a Universidade com o hospital. A UNICAMP tomou força na questão da tecnologia de ponta e criou sua marca em cima dessa excelência, a partir de seu papel na construção do pólo tecnológico de Campinas (ALBUQUERQUE, 2003). E Campinas também usa essa marca – “UNICAMP”. Assim, essa Universidade é a grande instituição representante de uma aspiração que compartilha com Campinas: a excelência e o desenvolvimento na produção da tecnologia de ponta.

Já o Hospital das Clínicas surgiu no contexto de uma discussão sobre as questões da saúde e dos problemas brasileiros, voltada não apenas para a questão da produção tecnológica. O HC pode ser a face da UNICAMP que mais apareça para a população; porém, sua existência e sua função não estão exclusivamente condicionadas pela

³⁵ Atualmente, a Faculdade de Ciências Médicas possui 358 docentes, 481 funcionários e 2129 alunos matriculados - 1029 nos Cursos de Graduação (670 em Medicina, 159 em Enfermagem, 120 em Fonoaudiologia e 80 em Farmácia); 991 alunos no Curso de Pós-Graduação (509 em Mestrado e 482 em Doutorado) 75 nos Cursos de Aprimoramento e 1581 em 63 Cursos de Especialização. Departamentos: Anatomia Patológica, Neurologia, Anestesiologia, Oftalmo - Otorrino, Cirurgia, Ortopedia, Clínica Médica, Patologia Clínica, Enfermagem, Pediatria, Farmacologia, Psic. Méd. e Psiquiatria, Genética Médica, Radiologia, Medicina Preventiva e Social e Tocoginecologia (Dados de janeiro de 2005, fonte: www.fcm.unicamp.br, acesso em março de 2006).

Universidade. Como já foi dito, sua história precede a própria existência da UNICAMP, e o seu presente se relaciona com os princípios e regras do Sistema Único de Saúde e com os rumos da difusão das possibilidades dos usos do território pela saúde.

Ao mesmo tempo, não é apenas a UNICAMP que pressiona o HC pela busca da excelência na Alta Complexidade através da intensa incorporação de tecnologia e especialização de seus serviços. De acordo com Nelson Ibañez (em entrevista concedida a esta pesquisa, set/04), uma forte pressão também é exercida pelo complexo industrial da saúde (indústrias de equipamentos e medicamentos), pelo financiamento do SUS (que remunera melhor os procedimentos da alta complexidade) e pela questão da concentração local de serviços e instituições de ensino na saúde (que possibilita uma maior divisão do trabalho e um nível de excelência dos profissionais e dos equipamentos, com conseqüente especialização dos serviços).

Por se um hospital universitário, o Hospital das Clínicas da UNICAMP tem como um dos objetivos o desenvolvimento científico das ciências da saúde. Assim, sofre uma influência muito grande das indústrias de equipamentos de saúde e farmacêutica, para que nele sejam realizadas pesquisas privadas. Além disso, como forma os profissionais, o HC também sofre constata pressão para a incorporação das tecnologias de ponta no mercado, o que influencia a formação do aluno, que passa a vincular muito do seu conhecimento aos equipamentos e marcas utilizados. De acordo com o atual Superintendente do Hospital das Clínicas, Luiz Carlos Zeferino³⁶, em entrevista concedida a esta pesquisa (nov./2005), existem dois grandes grupos de pesquisa atuando junto ao HC:

1. Aqueles que produzem um conhecimento de propriedade da instituição, que são financiados pelos órgãos públicos, como FAPESP (principalmente), CNPq e FINEP, e por instituições internacionais, como a Organização Pan-americana de Saúde. Nesse grupo, os pesquisadores interagem os objetivos das pesquisas com as instituições financiadoras e com a universidade e o Hospital das Clínicas. Existe um grande

³⁶ Luiz Carlos Zeferino é médico ginecologista e obstetra, Professor Livre-docente da FCM/UNICAMP. Desde 2003 é o atual superintendente do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Foi por duas vezes diretor executivo do Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CAISM) / UNICAMP. Concedeu entrevista a esta pesquisa em nov./2005.

contingente de pesquisadores neste grupo. Na área da genética, por exemplo, há pesquisadores vinculados ao Projeto Genoma. A parceria com o setor privado não existe ou é tangencial aos projetos desenvolvidos.

2. O grupo que abarca um contingente grande de pesquisadores. O conhecimento produzido não é de propriedade da universidade e, sim, do setor privado. São pesquisas financiadas pelo setor privado, por meio de parcerias e convênios com o Hospital das Clínicas (para uso de suas dependências). Existem grupos de pesquisadores distintos, pagos por diferentes laboratórios farmacêuticos, porém, que podem estar analisando uma mesma questão. Esse é o caso de dois grupos de pesquisa sobre uma vacina contra o HPV, um financiado pela Merck e outro financiado pela Smith & Clayne. Os resultados dessas pesquisas são de propriedade de cada uma destas empresas. O HC entra menos com os “cérebros” e mais com o saber lidar com a tecnologia necessária aos procedimentos das pesquisas, como aplicação dos testes e uso dos equipamentos do hospital. As pesquisas desenvolvidas nesse caso são publicadas nas mais importantes revistas médicas mundiais, sob autoria dos pesquisadores responsáveis da Universidade. É um produto do laboratório farmacêutico realizado em parceria com a Universidade e o Hospital, porém, somente a empresa é dona do conhecimento e da patente dos resultados obtidos. Os investimentos das empresas são altíssimos. Para a pesquisa sobre a vacina, por exemplo, a Smith & Clayne, já investiu em torno de R\$ 3 milhões. Na área de Nefrologia, tem projetos em torno de R\$ 700 a 800 mil. Na área de endocrinologia, os projetos sobre medicamentos relacionados ao tratamento de diabetes giram em torno de R\$ 200 a 800 mil. Destes projetos, o HC fica com 15%, mais um ressarcimento pela realização de exames (este ressarcimento por exames não está devidamente contabilizado e discriminado nos dados sobre os convênios do Hospital, segundo informou a Assessoria de Projetos de Pesquisa Clínica e Convênios do HC da UNICAMP, durante entrevista do superintendente a esta pesquisa, em nov./2005). Estes 15% pagam pela utilização de seu espaço físico, para limpeza e manutenção de seus

equipamentos. Esses investimentos em pesquisas privadas geram uma receita razoavelmente lucrativa para o Hospital. (No Anexo 1, encontra-se a Tabela: Relação dos convênios privados de pesquisa junto ao Hospital das Clínicas da UNICAMP – 2002 a 2005, onde se pode observar a importância dos 15% do total dos investimentos de grandes grupos privados mundiais, em pesquisas realizadas dentro do HC).

O Hospital das Clínicas da UNICAMP é um representante da seletividade do SUS enquanto evento de modernização da saúde. O HC já nasce no período técnico-científico-informacional e numa situação geográfica de extrema âncora no futuro com relação aos processos de modernização dos usos do território.

Nelson Ibañez, em entrevista concedida a esta pesquisa (set/04), esclarece que a questão da concentração e da dispersão dos serviços de saúde no território é condicionada pela complexidade destes quanto à incorporação tecnológica, científica (incluindo aqui o nível de excelência da qualificação dos profissionais) e informacional, assim como, pela densidade populacional dos lugares. Dessa maneira, os serviços de baixa complexidade, são aqueles mais que estão mais dispersos no território, ao passo que, aqueles de alta complexidade possuem uma raridade maior, isto é, estão mais concentrados naqueles pontos mais densificados do território. Essa também é a opinião da pesquisadora Eliza Almeida (2005).

A Alta Complexidade talvez seja a maior expressão do vínculo dos usos do território pela saúde com a difusão desse meio geográfico, por ser o serviço de maior especialização e raridade e que está totalmente inserido nas racionalidades de concentração das densidades populacionais e técnicas, científicas e informacionais.

Os serviços de Alta Complexidade representam a ponta do desenvolvimento técnico-científico-informacional na saúde pública e suas funções têm extrema especialização – por parte dos profissionais, dos equipamentos usados e das informações geradas. Os processos mais complexos e especializados na saúde configuram-se de acordo com a essência da divisão territorial do trabalho no período atual:

- Extrema especialização produtiva dos lugares;

- Seletividade e densificação técnica, científica, informacional e populacional;
- Necessidade de fluidez;
- Alta carga de informação e especialização das funções (alta complexidade das atividades);
- Conexões geográficas de âmbito regional, nacional e internacional.

O dado de que os serviços de Alta Complexidade são aqueles que mais demandam a existência das densidades técnicas, científicas, informacionais e populacionais torna-se um argumento forte para justificar a extrema raridade destes serviços no território nacional. A difusão desigual do meio técnico-científico-informacional gera situações geográficas desfavoráveis à incorporação das modernizações e especializações dos serviços de saúde. Estas situações seriam aquelas onde a opacidade do território se sobressai às suas características de luminosidade, dada a difusão menos densa do meio geográfico e da própria população.

De acordo com Nelson Ibañez (em entrevista concedida a esta pesquisa, set./04), o nível de excelência dos profissionais é o fator mais importante para a designação do tipo de especialização do serviço hospitalar: “Esse grau de especialização diz respeito ao recurso humano, não é nem do hospital. É claro que o hospital tem que ter equipamentos, etc. Mas o recurso humano faz a especialidade. E a estrutura também ajuda a concentrar os recursos humanos no hospital”.

Como no exemplo dado por ele, não adianta haver uma sala suficientemente equipada para um procedimento de neurocirurgia, se não há profissionais extremamente qualificados para realizá-lo. Essa excelência dos profissionais da saúde decorre da experiência adquirida mediante uma formação superior adequada, porém, mais do que isso, decorre do acúmulo de conhecimentos a partir da prática constante de realização dos procedimentos de determinadas áreas de especialização (Nelson Ibañez, set.2004).

Ainda na opinião de Nelson Ibañez, a prática constante de realização de procedimentos na saúde depende de uma demanda constante pelos atendimentos. Nesse sentido, ele argumenta que em função da dispersão populacional no território brasileiro, assim como, do grau pequeno de probabilidade do surgimento de demandas por certos

procedimentos, não se pode ter, em todos os lugares, um nível de excelência em todos os tipos de serviços de saúde. Isso porque, a demanda em lugares menos populosos não corresponde à necessidade da prática, isto é, a demanda não é grande e nem constante o suficiente para garantir um grau de excelência elevado dos profissionais.

Dentro dessa perspectiva, alguns dados sobre a realidade territorial são importantes para a compreensão das possibilidades de existência de determinados serviços de saúde no território, como esclarecem Milton Santos e Maria Laura Silveira:

(...) um território condiciona a localização dos atores, pois as ações que sobre ele se operam dependem da sua própria constituição. Uma preocupação com o entendimento das diferenciações regionais e com o novo dinamismo das suas relações tem norteado particularmente a busca de uma interpretação geográfica da sociedade brasileira. (SANTOS e SILVEIRA, 2001: 22)

Mais uma vez, as situações geográficas de metropolização expressas no Brasil, retomam a importância de se contextualizar este dado da densidade populacional, entre outros, numa perspectiva das heranças passadas de concentração dos eventos da urbanização e da migração populacional, que acompanharam a seletividade e concentração dos principais vetores de modernização dos usos do território, em cada período histórico.

Campinas expressa uma situação geográfica privilegiada, porque abriga essas densidades requisitadas para a existência e funcionamento dos serviços de saúde de Alta Complexidade, dada sua grande inserção na divisão territorial do trabalho, o município faz parte da *Região Concentrada*, como discutida por Santos e Silveira (2001):

A Região Concentrada, abrangendo São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, caracteriza-se pela implantação mais consolidada dos dados da ciência, da técnica e da informação.

Nessa Região Concentrada do país, o meio técnico-científico-informacional se implantou sobre um meio mecanizado, portador de um denso sistema de relações, devido, em parte, a uma urbanização importante, ao padrão de consumo das empresas e das famílias, a uma vida comercial mais intensa. Em consequência, a distribuição da população e do trabalho em numerosos núcleos importantes é outro traço regional. (...) Essa é outra força nova da Região Concentrada, mostrando a densidade que nela adquirem as redes de abastecimento (silos, depósitos, frigoríficos, mercados concentradores), mas também redes de outra natureza (supermercados, shopping-centers, transportes, finanças, provedores de Internet, equipamentos e atividades ligadas à saúde, ao ensino e à cultura). (...)

Já o Sudeste, mais 'novo' que o Nordeste e mais 'velho' que o Centro-Oeste, consegue, a partir do primeiro momento da mecanização do território, uma adaptação progressiva e eficiente para os interesses do capital dominante. Cada vez que há uma

modernização, esta é encampada pela região. (SANTOS e SILVEIRA, 2001:269 – 275).

Dados sobre as unidades de Alta Complexidade cadastradas no Ministério da Saúde, no ano de 2004, apontam para a concentração destes serviços de saúde no território brasileiro também na Região Concentrada e nas metrópoles. O Mapa 2, a seguir, traz os estabelecimentos de Alta Complexidade existentes em cada estado do Brasil:

Mapa 2 – Brasil – Cadastro de unidades de alta complexidade do SUS.

ALMEIDA (2005).

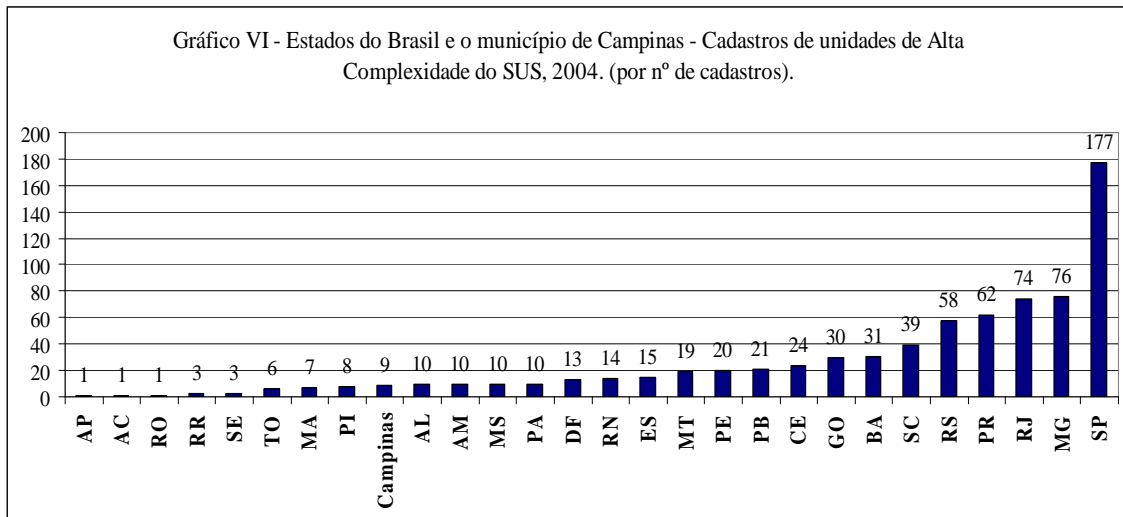
Os sete estados pertencentes à Região Concentrada (SP, MG, RJ, ES, PR, SC, RS) abrigam 67,43% das unidades de Alta Complexidade do país. Mesmo dentro desta região, há grandes disparidades em relação à existência destas unidades. A maior concentração ocorre no estado de São Paulo que abriga 23,82% das unidades de Alta Complexidade, em relação ao Brasil, e abriga 35,33%, em relação à Região Concentrada.

O município de Campinas encontra-se numa posição privilegiada dentro do contexto de extrema concentração destes serviços de Alta Complexidade no Brasil e no estado de São Paulo. Campinas possui nove unidades de Alta Complexidade cadastradas. São elas:

1. Centro Infantil Investig. Hemat."Dr. Domingos A. Boldrini"
2. Irmandade Mis.Campinas Hospital Irmãos Penteado
3. Sociedade Camp. Educ. Instrução PUCCAMP - Hospital Universitário MEC MPAS
- 4. Universidade Estadual de Campinas UNICAMP - Hospital Universitário MEC MPAS**
5. Sociedade Bras. Pesquisa e Ass. P.Reab.Crânio Facial - SOBRAPAR
6. Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
7. Maternidade de Campinas
8. Instituto de Radium Dr. Manoel Dias
9. Real Sociedade Portuguesa de Beneficência - Hospital Beneficência Portuguesa.

O número de unidades de Alta Complexidade no município corresponde a 5,08% dentro do estado de São Paulo. A capital possui 177 unidades, em seguida vem Campinas com o segundo maior número de cadastros de Alta Complexidade dentro do estado.

Somente Campinas abriga mais unidades do que oito estados brasileiros (AC, AP, RO, RR, SE, TO, MA, PI) e tem apenas uma unidade a menos do que quatro estados brasileiros (AL, AM, MS e PA), como demonstra o Gráfico VI, a seguir:

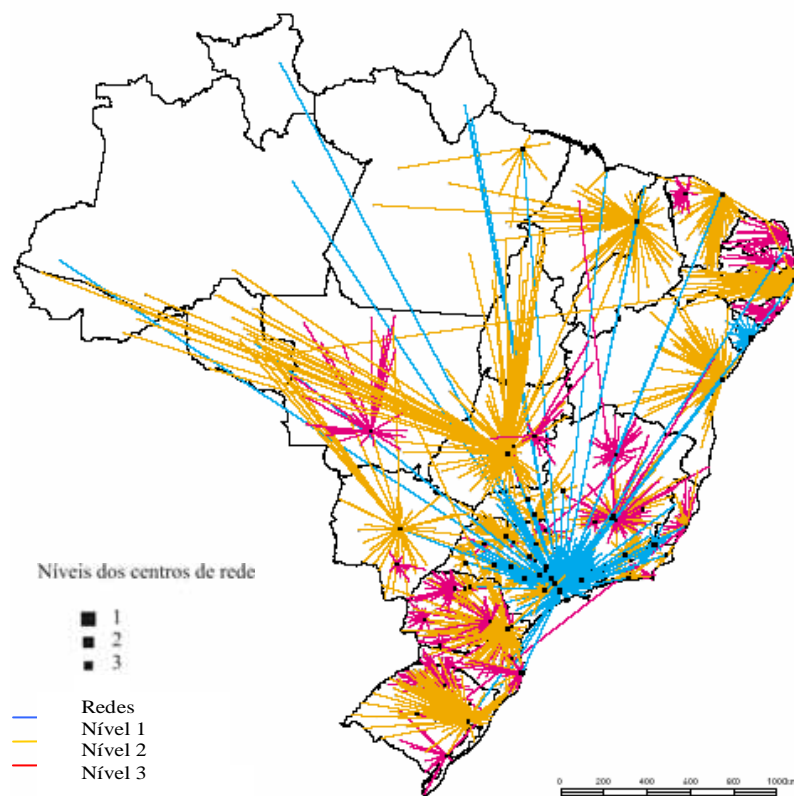


Fonte: Ministério da Saúde/SAS/DAE, 2004.

Os dados discutidos até o momento sobre a localização das unidades de saúde de Alta Complexidade, ajudam a expressar o fenômeno da situação de concentração da difusão do meio geográfico e das modernizações na saúde que caracteriza o Sudeste e o Sul do Brasil (Região Concentrada). Dessa maneira, o município de Campinas se mostra em uma situação privilegiada diante de tamanha disparidade na distribuição territorial das unidades de saúde de Alta Complexidade.

Dados mapeados por Oliveira *et. al.* (2004), indicam a grande mobilidade populacional em todo o país, em busca de serviços de maior complexidade, como no exemplo de cirurgia cardíaca (Mapa 3) e, mesmo, os de menor complexidade (Mapa 4). Mostra ainda, que o município de São Paulo – maior concentrador de serviços de Alta Complexidade –, é referência para todos os municípios do país, isto é, recebe pacientes de origem dos mais de 5500 municípios brasileiros. Nos mapas, a seguir, as cores representam redes diferentes de abrangência nacional dos fluxos de pacientes. São Paulo, que é a maior referência nacional é o único município que compõe a rede de nível 1 (em azul), as demais (nível 2 – em amarelo –, e nível 3 – em rosa) representam referências nacionais e regionais de menor escala em relação ao nível 1.

Mapa 3- Redes de Cirurgia Cardíaca



Mapa 4 – Redes de atenção hospitalar básica. População de 5 anos e mais de idade.



Nesse contexto, o HC da UNICAMP se revela não apenas como uma referência municipal e regional do atendimento à saúde, mas, também, como uma referência nacional. A regionalização estadual dos atendimentos é regulada a partir das Diretorias Regionais de Saúde (DIRs). O Hospital das Clínicas da UNICAMP deveria atender aos municípios da Diretoria Regional de Saúde de Campinas (DIR XII), com 38 municípios; de Piracicaba (DIR XV), com 25 municípios; e a de São João da Boa Vista (DIR XX), com 25 municípios. O HC deveria atender um total de 88 municípios, dentro da região dessas três DIRs. No entanto, a origem dos pacientes que acessaram, por exemplo, o serviço de internação do HC, ultrapassa de longe estes 88 municípios. Segundo dados de internação no HC da UNICAMP³⁷, para 2003, somam 480 os municípios de origem dos pacientes. Sendo que 54% destes municípios localizam-se em São Paulo, 23% em Minas Gerais, 5% no Paraná e o restante localiza-se em todos os outros estados brasileiros.

Isso quer dizer que o HC participa da universalização do SUS de forma muito mais ampla do que prevê a sua estrutura física, financeira e normativa. Assim, o Hospital sofre alguns embates para a conservação de suas funções, diante dos principais desafios à universalização do SUS, no âmbito da formação socioespacial brasileira.

3.3. Respostas à situação geográfica de metropolização de Campinas: discussão sobre as mudanças realizadas pelo Hospital das Clínicas da UNICAMP.

A situação geográfica se mostrou um instrumental metodológico importante para compreender a tendência à especialização dos serviços de saúde do SUS. Porém, a situação geográfica também traz à tona a dialética que envolve esse processo de especialização. Assim, torna-se fundamental voltar à questão de como a modernização incompleta gera conflitos e contradições tão evidentes nos usos do território pela saúde.

As grandes contradições são mais explícitas justamente naqueles lugares privilegiados para encampar as modernizações e as densificações dos eventos dos usos do território: as metrópoles. Por isso, na situação de metropolização, a dialética da especialização dos serviços de saúde aparece com maior vigor. Os lugares, nessa

³⁷ Fonte: Serviço de Estatística do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

situação, tornam-se espaços privilegiados também para encampar as conseqüências da modernização incompleta, abrigo uma enorme diversidade das condições de saúde e de acesso aos serviços.

É importante retomar o conceito de formação socioespacial para enfatizar que as metrópoles existentes no planeta também se distinguem conforme a essência dos eventos que acolheram e que acolhem. Portanto, apesar das metrópoles “acompanharem o ritmo do mundo”, como diz Milton Santos (1990), seus eventos são mediados pelas características da formação socioespacial em que se inserem. Essa mediação é dada pela maneira como a própria formação socioespacial acompanha o movimento do mundo.

Assim, é necessário ressaltar que apesar das metrópoles terem em comum o fato de expressarem uma situação geográfica de metropolização, os eventos e as âncoras no futuro de cada uma dessas grandes cidades estarão sempre referenciados à suas formações socioespaciais. Por conta disto, as situações geográficas também ajudam a diferenciar as metrópoles entre si, inclusive nas questões dos usos do território pela saúde.

Foi possível identificar, pela bibliografia lida e pelas pesquisas empíricas realizadas, que existem alguns desafios estruturais comuns à formação socioespacial brasileira, no que diz respeito à universalização do Sistema Único de Saúde. (Estes desafios estão expressos no Quadro 1 – Alguns dos principais desafios à universalização do Sistema Único de Saúde no Brasil. 2005, no Anexo 2).

Os desafios estruturais postos para todo o Brasil, apresentam dimensões diferentes em cada lugar, por conta das situações geográficas distintas. No município de Altamira (PA), por exemplo, para o acesso aos serviços de saúde, a questão da distância é uma das principais dificuldades impostas para a população, sobretudo, a que vive longe da sede municipal. Altamira é o maior município do mundo em extensão territorial (160.755 Km²) e possui poucas redes de transporte e comunicação. Além disso, não se encontra numa situação de metropolização. O transporte, nas áreas mais ao sul do município, mais distantes da sede, é realizado, principalmente, pelos rios. A população que vive nessa área mais afastada leva em torno de 5 dias para chegar à sede

e acessar o serviço de saúde³⁸. Já em Campinas, a distância e a mobilidade da população não são questões tão graves. Neste mesmo exemplo da distância, pode-se verificar que o município é um dos principais nós de fluidez do país e tem uma extensão territorial de 796 Km². Porém, parte de seus cidadãos, que moram nas áreas mais carentes da cidade, têm dificuldade de mobilidade por falta de condições de acesso ao transporte coletivo. As razões são, por exemplo, a baixa renda, acentuada pelo desemprego. O estudo realizado por Eliza Almeida (2003), mostra que há uma imobilidade relativa nas grandes metrópoles do país:

A mobilidade das famílias pobres é cerceada pela imposição de um modelo de crescimento das cidades que privilegia o carro. (...). As péssimas condições dos transportes coletivos oneram ainda mais os exíguos ganhos dos moradores das periferias, que dependem quase que exclusivamente desses meios de transporte. As grandes distâncias percorridas diariamente, somadas aos preços elevados das passagens, bem como à péssima qualidade dos serviços prestados devido a própria ausência de fiscalização do poder públicos, são elementos que se conjugam para piorar a qualidade de vida dos moradores e criar uma imobilidade relativa das populações que aí vivem. (ALMEIDA, 2003:233-235).

Assim como as outras metrópoles brasileiras, Campinas abriga os desafios apontados para a universalização do SUS em todo o Brasil (Quadro 1, Anexo 2), só que de forma muito mais contraditória. Isso porque, nas metrópoles brasileiras, convivem:

- A grande precariedade de determinados serviços de saúde com o constante aperfeiçoamento tecnológico da medicina e investimentos em outros serviços;
- A morte precoce de alguns, pela falta de acesso às técnicas elementares para a vida, convive com a possibilidade de prolongamento da vida de outros, pelo acesso às mais inovadoras técnicas de manutenção da saúde humana;
- A grande fluidez territorial convive com a imobilidade relativa da população para o acesso aos serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade;
- A carência de serviços básicos de saúde convive com a concentração de serviços de alta complexidade;

³⁸ Estas informações sobre Altamira (PA) foram obtidas no âmbito do projeto: VIANA, Ana Luiza D'Ávila (coordenadora). *Desafios para a Proteção Social em Saúde no Brasil em um contexto de iniquidade - Relatório consolidado da pesquisa*. São Paulo: FM/USP, dez./2005 (não publicado). 83

- Carência de equipamentos nas unidades de saúde convive com os investimentos em tecnologia e a concentração de instituições de C&T;
- Carência de profissionais de saúde convive com os grandes investimentos na formação destes profissionais e a concentração das universidades e centros de pesquisa.

Os dois maiores desafios para a saúde em Campinas, apontados tanto por Pedro Scaraviello³⁹, Diretor do Departamento de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, como pelo relatório da gestão municipal de 2001 / 2004 (SMS, 2005), são:

1. Efetivar a Atenção Básica como verdadeira porta de entrada do sistema de saúde;
2. Reorganizar a estratégia do Programa Saúde da Família⁴⁰ (PSF) em função da imensa desigualdade socioespacial na metrópole.

Apesar da posição e da situação privilegiadas de Campinas em relação à existência dos serviços de Alta Complexidade do SUS, estes dois pontos levantados como os principais desafios, estão relacionados à Atenção Básica. As dificuldades de universalização da Atenção Básica são patentes em todo o Brasil e não apenas nas metrópoles. A maior complexidade deste tipo de atenção está, principalmente, na lida com a grande diversidade das demandas de saúde, como afirma Carmem Lavras: “No meu entendimento, a maior complexidade está na Atenção Básica, pois a realidade é mais complexa, o objeto de intervenção é mais complexo, assim como, o processo de trabalho.” (abril/06).

A Atenção Básica, nas metrópoles, lida com:

1. A precariedade das condições de vida e, portanto, de saúde, dada pela involução metropolitana;

³⁹ Pedro Humberto Scaraviello é médico pediatra e ocupava há um ano o cargo de Diretor de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, na ocasião em que concedeu a entrevista a esta pesquisa, em out./2005.

⁴⁰ “Estratégia prioritária adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS, dispondo de recursos específicos para seu custeio”. (CONASEMS, 2005: 213-214)

2. A complexidade das necessidades de saúde por conta da dinâmica de densificação das metrópoles, isto é, da densificação constante dos eventos que ali ocorrem e que provocam mudanças na realidade dos lugares e na vida das pessoas;

3. O constante aumento da demanda por serviços do SUS, dado que, apesar da diminuição drástica das taxas de crescimento populacional nas metrópoles⁴¹, elas ainda continuam atraindo a população migrante, em busca da melhoria das condições de vida; além disso, os municípios do entorno têm crescido e esta população acessa a metrópole por conta de trabalho e serviços e, finalmente, porque a metrópole atrai a população de outros lugares do país, em busca de serviços que só ela pode oferecer. Assim, a fluidez da metrópole possibilita uma intensa mobilidade populacional, que atinge também seus serviços de saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade.

Com relação à Atenção Básica, os principais desafios apontados pelo Diretor de Saúde de Campinas, Pedro Scaraviello (em entrevista a esta pesquisa em out./2005), foram:

- Número insuficiente de unidades básicas de saúde;
- Demora nos atendimentos;
- Problema da capacidade de atendimento nas unidades básicas está muito relacionado à falta de profissionais;
- A falta de médicos e outros profissionais da saúde:
 - Falta de médicos generalistas para atuação no Programa Saúde da Família e na atenção básica, principalmente;
 - A formação dos médicos ainda tem falhas diante das necessidades de profissionais e de gestores para lidar com as premissas de funcionamento do SUS;
 - Número de profissionais demitidos e aposentados não é repostado na mesma proporção das necessidades de contratação;
 - A Lei de Responsabilidade Fiscal, que tem impacto sobre as possibilidades de contratação de novos profissionais: há

⁴¹ A desmetropolização ocorre quando a taxa de crescimento da metrópole passa a ser menor do que a taxa de crescimento dos outros municípios que ainda não se constituem metrópole. Isso ocorre, principalmente, a partir da década de 1990, quando outros municípios de menor porte populacional passam a receber grandes investimentos produtivos e em infra-estruturas urbanas, atraindo um grande contingente de migrantes – antes atraídos pelas metrópoles. (SANTOS e SILVEIRA, 2001).

inchaço na folha de pagamento por conta de aposentadorias, licenças e afastamentos;

- O último concurso público (2004) que ainda está sob jurisdição. Foram abertas 100 vagas, mas os interessados na atenção básica não completaram nem 10% dessas vagas;
- A precariedade e insuficiência de instrumentos e equipamentos de trabalho;
- Aumento da demanda por saúde, aumento dos usuários do SUS. Os usuários totalmente dependentes do SUS⁴² em Campinas, atualmente, giram em torno de 70 a 75% da população, o que corresponde a pouco mais de 700 mil habitantes. Quase 100% da população utilizam o SUS na alta complexidade e nos serviços de vigilância sanitária. Na atenção básica, o número de usuários tem aumentado bastante por conta da migração dos planos privados e coletivos⁴³ para o atendimento pelo SUS, e por conta da população de municípios vizinhos que acessam as unidades de saúde da atenção básica. Este último acesso é muito facilitado pelo processo de conurbação, pela difusão das Rodovias e por conta da população de outros municípios que trabalha em Campinas;
- Aumento da demanda por medicamentos. Tanto pelo maior número de usuários do SUS provenientes do município de Campinas, quanto daqueles usuários que vêm de outros lugares, em busca de serviços e acabam acessando, inclusive, os medicamentos no município;
- Aumento da demanda espontânea, não organizada pelas centrais de marcação;

⁴² “Dados do SUS (Ministério da Saúde, 2000) estimam que o SUS se responsabiliza hoje, de fato, pela cobertura de 95% da população em atenção primária, 70% na secundária e 90% na alta complexidade”. (MALIK, 2001:150).

⁴³ Essa realidade está diretamente ligada às questões do trabalho, pois muitas pessoas estão ficando, por exemplo, desempregadas. Nessa situação, as pessoas perdem o plano de saúde oferecido pelo empregador ou perdem a condição de pagar pelos planos ou seguros de saúde.

- Aumento da necessidade de políticas inter-setoriais que melhorem as condições de saúde degradadas pelo processo da precarização da vida nas metrópoles;
- Maior prevalência das causas de morbimortalidade por infecto-contagiosas e por causas externas (sobretudo, pela violência) ocorre nas áreas de ocupação ilegal e nas áreas mais empobrecidas do município;
- Necessidade de universalização e fortalecimento da atenção básica para melhorar a hierarquização do sistema e regular as portas de entrada dos pacientes no SUS.

A notícia publicada pelo jornal Correio Popular, no dia 27 de abril de 2006, sobre a crise vivida pelo Centro de Saúde Jardim Eulina, ilustra essas dificuldades da atenção básica em Campinas:

Moradores do Jardim Eulina, na região da Via Expressa Suleste, em Campinas, protestaram ontem [26/04/06] contra a falta de médicos, material de trabalho e até a demora na conclusão da reforma do antigo prédio do centro de saúde, que hoje funciona de maneira improvisada. (Correio Popular, Caderno Cidades, 27/04/06. p. A5).

A coordenadora do CS Jardim Eulina, Rosana Cappelletti afirmou ao jornal Correio Popular, que: parte dos medicamentos chega abaixo da cota solicitada e estes precisam ser racionados; parte do atendimento, principalmente, o odontológico, teve que ser suspenso por falta de luvas cirúrgicas; a esterilização dos materiais precisava ser feita em outro centro de saúde (no caso, o CS Boa Vista), por falta de instalação dos equipamentos de esterilização, dada a demora na reforma do prédio; o CS Jardim Eulina necessita de um médico generalista, um pediatra, um ginecologista, quatro agentes comunitários, cinco auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um vigia. Ainda de acordo com o jornal, existe uma espera de 60 dias para a consulta do clínico, 45 dias para a de pediatria e de 4 meses para a de ginecologia. Além disso, segundo os moradores entrevistados pelo Correio Popular, há atraso para realização de exames e os horários para marcação de consulta são muito restritos (das 7hs às 8hs).

Em depoimento a esta pesquisa (em nov./2005), Bernadete Trapé, psicóloga que trabalha como o Planejamento Familiar, no Centro de Saúde do Centro, também aponta

dificuldades nas condições de trabalho. Segundo ela, faltam equipamentos básicos, como luva cirúrgica e cortina nas salas de consulta e, além disso, a infra-estrutura do centro de saúde não permite um controle maior dos riscos aos pacientes que freqüentam o lugar. Um exemplo dessa situação, dado por Bernadete Trapé, foi o fato de que o único elevador em funcionamento, ser o meio de transporte de todos os pacientes e profissionais do centro de saúde. Neste caso, há um grande risco de transmissão pelo ar, de doenças infecto-contagiosas.

Hoje, no Brasil, o aumento das desigualdades socioespaciais e as dificuldades de acesso à atenção básica são combatidos através do Programa Saúde da Família (PSF), entre outras ações. “A Atenção Básica tem a Saúde da Família⁴⁴ como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde”, como foi divulgado pela Portaria 648, de março de 2006, que pretende revisar e reorganizar a atenção básica em função do conhecimento acumulado, com as experiências dos últimos anos, e dos princípios do SUS.

Campinas é um dos municípios do estado de São Paulo, que faz parte do PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Este programa tem por objetivo avanços na organização e no fortalecimento da atenção básica a partir das estratégias do PSF. Ele atinge os municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, porque compreende que nestas localidades há desafios maiores para a reorganização da atenção básica, através da Saúde da Família. Estes desafios são dados, principalmente, pela concentração populacional e pela grande desigualdade nas condições de vida e saúde, assim como, no acesso aos serviços de saúde.

(...) a complexidade das áreas metropolitanas requer intervenções intersetoriais de forma a criar ações sinérgicas e cumuladas sobre as populações mais vulneráveis e que combata de forma mais eficaz a grande exposição aos diferentes tipos de riscos aos quais estão expostas as populações dessas localidades. O PSF talvez possa contribuir para estimular essa integração dado as próprias características do programa – voltado para comunidades específicas e contando com um profissional com grande inserção na problemática social, como é o agente comunitário de saúde. Nesse universo, dificilmente modelos mais coesos e efetivos de Atenção Básica poderão ser implantados sem que haja uma melhor sinergia entre políticas sociais universais e de combate às situações de extrema vulnerabilidade. (VIANA et al., 2006).

⁴⁴ “A estratégia Saúde da Família estrutura-se da seguinte forma: cada equipe é composta por um conjunto de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde). O Agente Comunitário de Saúde (ACS) caracteriza-se como o elo entre a comunidade e a equipe, que se responsabiliza pela atenção básica em Saúde de uma área adscrita, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 pessoas e no máximo 4.500 pessoas”. (CONASEMS, 2005:213).

Na entrevista concedida à pesquisa (25/10/05), o Diretor de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Pedro Scaraviello enfatizou que a reestruturação do Programa Saúde da Família constitui-se numa das políticas prioritárias da Secretaria. Essa reestruturação significa um atendimento do PSF mais focalizado para as regiões mais carentes do município, com o aumento do número de equipes, porém, não necessariamente com o aumento da população coberta num primeiro momento.

As metrópoles corporativas se caracterizam, portanto, não apenas pelo privilégio de abrigarem serviços de alta complexidade e de grande especialização na saúde, mas também, pelo fato de abrigarem as grandes contradições de acesso à saúde. Contradições dadas pela precariedade das condições de vida e das condições de existência e acesso aos serviços, sobretudo, de Atenção Básica.

A Atenção Básica ainda apresenta dificuldades de se consolidar como porta de entrada do sistema, com exceção dos casos que necessitam diretamente dar entrada na média e na alta complexidade. Por isso, o SUS não cuida da população conforme deveria, isto é, de acordo com a hierarquização das demandas de atendimentos. Esta problemática do uso do território pela saúde, apesar de, na metrópole, se concentrar na atenção básica, gera reflexos em todas as outras unidades de saúde do SUS. Isso ocorre porque as demandas que deveriam ter a atenção básica como porta de entrada do sistema, passam a entrar diretamente nos hospitais de média e alta complexidade, sobrecarregando estes serviços.

No caso dos hospitais de alta complexidade, a principal porta de entrada para esta demanda que deveria estar na atenção básica, torna-se o pronto-socorro. A urgência e emergência destes hospitais transformam-se, assim, em grandes portas de acesso ao SUS pela demanda espontânea de atendimento.

O pronto-socorro é uma das portas de entrada do hospital que, diferentemente das outras portas, recebe uma grande demanda espontânea de acesso aos serviços de saúde. As outras entradas do hospital são acessadas pelo sistema de referência e contra-referência entre as unidades de saúde, a partir da hierarquização dos serviços do SUS. A consulta no pronto-socorro de um hospital pode gerar internação, isto é, o pronto-socorro também se configura como uma das portas de entrada para o acesso aos serviços

de internação.

No pronto-socorro não se pode negar atendimento, porque o limite da urgência e emergência é relativo. Uma dor de cabeça é urgência ou não? Depende. O paciente considera o que é urgência para ele, quem define quando vai ao médico é o paciente. Como saber se está num estado de emergência? Geralmente, 65% dos atendimentos na urgência e emergência são problemas que não deveriam estar nesta porta de entrada dos hospitais. (Nelson Ibañez, em entrevista a esta pesquisa, 04/09/04).

Além dos problemas constatados no atendimento da atenção básica, é preciso discutir também a questão da regulação das referências e contra-referências dos atendimentos. Além disso, é preciso analisar como as centrais de marcação têm conseguido organizar esta demanda, para que esta não se dê, em grande parte, de forma espontânea e, assim, se cumpra a hierarquização do sistema.

A regulação do acesso à assistência pelo SUS é definida por:

Conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de Saúde e o acesso a esses. Para responder às diretrizes do SUS, deve-se viabilizar o acesso do usuário aos serviços de Saúde de forma a adequar, à complexidade de seu problema, a gama de tecnologias exigidas para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz. Principais ações: 1) regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às Urgências; 2) controle dos leitos disponíveis e da agenda de consultas especializadas e de SADTs; 3) padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais; 4) estabelecimento de referência entre unidades de saúde, segundo fluxos e protocolos padronizados; 5) organização de fluxos de referência especializada intermunicipal; 6) controle e monitoração da utilização mais adequada aos níveis de complexidade; 7) subsídio ao redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão); 8) implantação de complexos reguladores. (CONASEMS, 2005:199).

Ainda de acordo com as normas do SUS, nem todos os municípios tem que ter uma central de regulação da demanda, mas sim, uma atenção básica resolutiva que faça o contato com estas centrais. Assim, existe um complexo regulador, que:

É uma estratégia de implementação da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada com outras ações da regulação da atenção à Saúde, visando regular a oferta e a demanda em Saúde, de maneira a adequar a oferta de serviços de Saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades reais em Saúde. Os complexos reguladores constituem-se, assim, na articulação e integração de dispositivos (como centrais de internação e de urgências, centrais de consultas e exames, serviços de transportes não urgentes de usuários, protocolos assistenciais) com ações de contratação, controle assistencial e avaliação das ações de Saúde, bem como com outras funções da gestão, como a programação (Programa de Pactuação Integrada - PPI) e a regionalização. Os complexos reguladores devem ser implementados de acordo com os Planos Diretores de Regionalização e seus desenhos das redes de atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e atenção às urgências.

Podem ter abrangência municipal, micro ou macro-regional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e respectiva gestão ser pactuada em processos democráticos entre a três esferas de gestão SUS. (CONASEMS, 2005:57).

O bom funcionamento deste complexo regulador depende, entre outras coisas, do processo de descentralização, isto é, da transferência de responsabilidades de gestão e de recursos financeiros aos municípios e estados. Depende também, do processo de como essa descentralização tem contribuído para uma regionalização do SUS, com a clareza dos papéis exercidos por cada ente federado, no planejamento das ações e na oferta de serviços.

Como foi dito anteriormente, a complexidade dos serviços (baixa, média e alta) gera conexões geográficas distintas quanto ao seu alcance territorial. Assim, um serviço de maior complexidade atende a demandas regionais e nacionais, enquanto que um serviço de baixa complexidade deveria atender a uma demanda mais circunscrita ao município. Isso deve acontecer tanto por uma questão da responsabilidade de gestão quanto por conta da natureza de funcionamento e de existência dos serviços de cada complexidade.

No entanto, a desigualdade do território brasileiro em relação aos vários usos do território - mas, sobretudo, àqueles relacionados os SUS (possibilidades de existência e acesso aos serviços em cada lugar do país) -, não permite que estas regras da regulação da assistência e do complexo regulador ocorram com a devida eficiência.

Eliza Almeida (2005) demonstra que a tentativa de regulação rígida dos usos do território pela saúde, a partir das normas do SUS, esbarra na resposta dada pelas dinâmicas dos lugares, que nem sempre são conforme as racionalidades normativas vigentes. Os lugares acolhendo as normas também as deformam, porque as desigualdades geradas pelos usos do território criam embates com a proposta original das funções de cada agente e de cada atividade. Isso demonstra que a universalização da saúde ocorreu de forma muito mais normativa do que efetiva, por conta das condições oferecidas pelos lugares, no Brasil.

A presença de movimentos sociais ligados à saúde, as distintas densidades técnicas do território, o confronto de interesses econômicos, políticos, sociais e a própria organização espacial dos lugares são fermentos vitais para entendermos a dinâmica de

implantação do Sistema Único de Saúde. Desse modo, o território normado⁴⁵ é confrontado permanentemente com o território como norma, interferindo na própria consolidação do SUS. (ALMEIDA, 2005:135)

Nesse sentido, também é importante considerar que há, nos lugares, um conjunto, cada vez maior, de normas, que não são apenas produzidas e dadas pelo Estado. Há uma regulação dos usos do território feita por outras instituições e agentes, conformando assim uma hibridez normativa, como esclarece Ricardo Antas Jr. (2005):

Hoje, no território brasileiro, temos regras criadas pelo Estado. Mas também pelas corporações, pelo narcotráfico, pelos grupos religiosos, pelos movimentos sociais organizados. A regulação do território é híbrida porque há vários agentes em seu exercício. Eles produzem, é bom frisar, normas jurídicas, leis; e não somente condicionamentos conjunturais por mecanismos de pressão isolados. (...). Ademais, a complexidade das organizações sociais nos lugares cresceu exponencialmente a partir da disseminação das tecnologias da informação e de seu uso intenso na criação de redes de solidariedade. (ANTAS JR, 2005:219-220).

O SUS tem um incrível aparato normativo que, inclusive, trouxe muitos avanços para a condução das políticas públicas de saúde, como: uma definição melhor das responsabilidades e da descentralização de poder entre os entes federados; e uma organização melhor da hierarquização dos serviços, para o funcionamento dos mesmos em suas especialidades e em conjunto com o restante do sistema único. Porém, este aparato não pode se impor à realidade dos lugares apenas como uma “verticalidade institucional”, segundo definido por Eliza Almeida (2005).

Podemos dizer que o SUS é uma verticalidade institucional que tem no marco normativo e político institucional o seu poder de ação. Essa verticalidade tem sido responsável pela reorganização dos sistemas de objetos e ações vinculados à saúde nos distintos lugares do território. Daí advém um conjunto de normas que regulamentam e induzem aos processos de descentralização dos serviços de saúde com a transferência de autoridade ou poder decisório no financiamento e gestão do nível nacional para os níveis subnacionais. As verticalidades institucionais originam horizontalidades, na medida em que os lugares se adaptam as exigências normativas para participarem do SUS.

Esse conjunto normativo não pode ser compreendido, porém, sem a consideração, de um lado, dos distintos contextos políticos que geraram os processos de regulamentação do SUS e seu rebatimento no território. Essa verticalidade institucional se dissolve nos lugares onde podemos analisar a operacionalidade das normas agindo conjuntamente com os dados das políticas. E, de outro lado, é preciso

⁴⁵ Quando os serviços do SUS se geografizam no território usado, acabam por existir no território como norma, causando um embate na sua concepção como um território normado — conforme Milton Santos (1996). Para ele, “O universal é o Mundo como Norma, numa situação não-espacial, mas que cria e recria espaços locais; o particular é dado pelo país, isto é, o território normado; e o individual é o lugar, o território como norma. (...) Em todos os casos há combinações diferentes de normas e formas. No caso do Mundo, a forma é sobretudo norma, no caso do Lugar a norma é sobretudo forma”. (SANTOS, 1996:271).

considerar o papel ativo que os serviços privados de saúde tem exercido no sistema público de saúde, criando obstáculos para a sua efetivação. (ALMEIDA, 2005:135-136)

Para discutir a questão da regulação das demandas pelos serviços do SUS e a hierarquização dos mesmos, é preciso abarcar um pouco o processo de descentralização política no país, as características principais do federalismo brasileiro e a dificuldade da regionalização do SUS.

Desde o final da década de 1970 até os dias atuais, os debates no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil têm focado o processo de descentralização. De acordo com Viana (1998), pode-se dividir o processo de descentralização no país e seus reflexos no sistema de saúde, em três períodos. O primeiro no final da década de 1970, caracterizado pelo movimento municipalista, quando prefeitos aliados aos governos estaduais iniciaram um processo de descentralização partindo das esferas subnacionais, na busca de sua maior autonomia. O segundo período inicia-se a partir da Constituição de 1988, quando os governos federais, estaduais e municipais se unem para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse período é marcado pela maior transferência de recursos para as esferas subnacionais. O terceiro período tem início nos anos 90, quando há um processo de recentralização dos recursos fiscais e daqueles provenientes da seguridade social, em função do ajuste fiscal e das políticas macroeconômicas neoliberais adotadas pelo governo brasileiro. Os governos municipais, então, têm de arcar com uma maior responsabilidade na execução de políticas públicas frente às crescentes demandas sociais. “Em suma, pode-se falar, então, de um processo descoordenado de descentralização, ao longo desses quase vinte anos, com fortes momentos recentralizadores, e caracterizado, ainda, por conflitos intensos.” (Viana, 1998:30).

Dentre estes conflitos, se destaca aquele entre a esfera estadual e a municipal. Estados e municípios lutaram juntos pela descentralização política e financeira, porém, após 1988, essa força entre eles acaba sendo fragmentada pelo modo como foi sendo conduzido o processo dessa descentralização no país. O governo federal passou a ter uma comunicação mais direta com os municípios, em detrimento de uma mediação mais presente do estado. No âmbito do SUS, as normas de gestão⁴⁶ e os mecanismos de

⁴⁶ Norma Operacional Básica de 1991 (NOB 91), 1992 (NOB 92), 1993 (NOB 93) e 1996 (NOB 96); Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001 (NOAS 01) e 2002 (NOAS 02).

financiamento federais criados para a descentralização, possibilitaram uma atuação mais independente dos municípios em relação aos estados. No entanto, os municípios continuaram dependentes da esfera federal, sobretudo, do repasse financeiro. Isso foi um dos fatores que contribuiu para a fragilização do papel da esfera estadual como articuladora regional do Sistema Único de Saúde.

Ao transferir para os municípios a sua rede ambulatorial e parte da rede hospitalar, alguns estados abandonaram seu papel de prestador de serviços, mas não se capacitaram para assumir suas novas atribuições. O processo de descentralização instaurado pelo SUS, centrado na relação União-municípios, deixou à margem os estados como instâncias de planejamento, financiamento, avaliação e controle. Com isso, permaneceram na disputa pelo papel de prestador, com o SUS deixando de dispor de uma instância articuladora e otimizadora dos recursos disponíveis em cada município, atravancando assim a possibilidade de se programar e de operar redes de serviços de âmbito regional. (YUNES, 1999:68).

O primeiro grande marco para a descentralização e consolidação do SUS é a instituição da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 93), que se refere à gestão do sistema municipal. A NOB 1993 criou as Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) nos estados e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito nacional. Introduziu o ranqueamento entre estados e municípios habilitados – municípios com condição de gestão incipiente, parcial ou semiplena.

A NOB 93 representou um divisor de águas na política social brasileira dos anos 90 por formatar um processo de normalização das relações intragovernamentais, por criar regras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação, e por definir etapas não sequenciais de transferência para a gestão local de serviços. (COSTA, 2001:312).

Na opinião de Carmem Lavras, se os municípios não tivessem assumido suas redes de saúde, a partir da NOB 93, não se teria avançado com o SUS.

A força municipal foi fundamental. Primeiro, para poder fazer um modelo que se aproxime mais da realidade do cidadão, porque vivemos num país muito diversificado. Segundo, porque a municipalização foi um movimento contra-hegemônico, porque mostra que na saúde é preciso se trabalhar de outra maneira, com a participação social, com as redes organizadas com as características da cidade, do município e da região. (Carmem Lavras, em entrevista a esta pesquisa, abril/2006).

Em 1996, foi aprovada a CPMF⁴⁷ e a Norma Operacional Básica (NOB 96), que significou uma estratégia indutiva para maior poder da gestão municipal da saúde, com ênfase nos cuidados básicos de saúde e nas ações de caráter coletivo. A NOB 96 é

⁴⁷ CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira. Lei 9.311/1996.

segundo grande marco para a consolidação do SUS, porque inova com a criação do piso da Atenção Básica (PAB), melhorando as condições de gestão do município e ampliando o repasse direto para os fundos da saúde, pelo governo federal (NEGRI, 2002). O objetivo foi tornar a transferência de recursos mais equitativa e proporcionar maior qualidade de atenção básica à saúde no âmbito municipal.

De acordo com Vânia do Nascimento (2001:59), “por outro lado, as evidências assinalam que a NOB 96 pouco avançou na direção de solucionar os impasses resultantes do desequilíbrio da oferta dos serviços ambulatoriais especializados e de internações hospitalares pelo SUS”. Segundo a autora, os principais fatores que geraram esse problema foram: as rápidas transformações socioespaciais nos lugares e as inovações tecnológicas na medicina — caras e complexas; as práticas consolidadas pelo modelo médico-hospitalar desde os anos 60, que dificultam a descentralização e as transformações necessárias para consolidar a equidade do atendimento, o melhor direcionamento dos recursos e a ampliação da rede hospitalar do SUS no território; e a manutenção da concepção da descentralização tutelada pela esfera federal. Além disso, o Estado lida com diferentes relações territoriais de poder - incluindo parcerias com o setor privado – o que passa a conferir a articulação de diversos interesses e demandas na área dos serviços de saúde.

O terceiro marco para a descentralização do SUS e fortalecimento do processo de gestão plena dos municípios é a Norma Operacional da Assistência à Saúde, lançada em 2001 (NOAS 01), que traz a regionalização como um dos instrumentos importantes para a gestão do SUS. Esta NOAS vem “estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade”. (“Capítulo 1 – Da Regionalização”, NOAS 01).

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (Capítulo 1 – Da Regionalização, NOAS 01).

A regionalização veio como uma estratégia para “corrigir” as desigualdades no acesso e na concentração dos serviços de saúde no território. Veio para garantir o

atendimento integral à saúde dos cidadãos, mesmo que estes vivam na “grande parte dos municípios brasileiros que não tem condições de oferecer, em seus territórios, todos os serviços necessários a um atendimento resolutivo e integral à Saúde (...)”. (CONASEMS, 2005:197). Por ser um mecanismo de identificação destas desigualdades e de organização do funcionamento do sistema - com a definição das responsabilidades de cada município e dos fluxos de referência -, a regionalização veio, finalmente, para fortalecer o processo de descentralização pela maior cooperação entre os entes federados.

Hoje, um dos gargalos da descentralização e consolidação do SUS é o avanço na regionalização⁴⁸. O SUS não é e nem pode ser circunscrito ao município, sobretudo, diante dos desafios postos em todo o Brasil. A descentralização do sistema federativo brasileiro avançou muito, mas isso ainda não se reflete com a mesma intensidade na regionalização do SUS.

Subsiste como questão relevante para o SUS um processo de descentralização da saúde extremamente concentrado obedecendo à lógica do desenvolvimento econômico regional, acentuadamente débil na capacitação dos municípios pelas distintas modalidades de gestão, em que a maior parte dos municípios exerce apenas a gerência dos serviços públicos de saúde sob sua jurisdição, mas não a gestão da saúde no âmbito local, conforme o disposto na Constituição Federal. (ELIAS *et al*, 2001:17).

Elias et al (2001) fazem, ainda, uma crítica ao modo como o Ministério da Saúde, para lidar com essas desigualdades territoriais na condução da gestão, propõe uma regionalização (NOAS 2001) que tem como essência “o primado da eficácia como conceito tomado da economia, e mais uma vez mantendo-se a tônica econômico-financeira sob a lógica da descentralização da saúde” (ELIAS et al, 2001:17).

Para Carmem Lavras (em entrevista a esta pesquisa em abr./2006), é preciso construir as formas de articulação para institucionalizar a regionalização. Portanto, retorna a questão do papel da esfera estadual e da sua incapacidade atual de comandar essa regionalização, através do fortalecimento das instituições competentes. Como

⁴⁸ A Geografia tem muito a contribuir para essa discussão, a partir do conceito de região, das práticas de regionalização, da reflexão sobre o papel do Estado como condutor da regionalização, entre outras questões teórico-metodológicas. Essa é uma das questões mais importantes a ser debatida hoje. Porém, este tema requer uma pesquisa exclusiva para ele, que aborde os avanços políticos no âmbito das normas e das ações propostas pelo SUS, como no âmbito político das normas e das ações nos lugares. Por conta disto, esta pesquisa não pretendeu, aqui, se alongar e se aprofundar na questão da regionalização. 96

afirma Yunes (1999:68), “(...) os municípios, considerados isoladamente, reforçam seu papel mas também as desigualdades entre si”.

Nesse sentido, Nascimento (2001) chama a atenção para o contexto de mudanças na condução política do Brasil e do mundo, como um dos principais fatores que aprofunda as dificuldades no processo de descentralização do SUS e, conseqüentemente, de regionalização.

Está claro, no entanto, o caráter paradoxal de tais medidas [de descentralização] quando, no início da década de 90, o país adotara como estratégia o ajuste macroeconômico, a partir de planos de estabilização monetária e da abertura da economia para atrair capitais externos e de redução dos gastos públicos, e que acabaram por acentuar os problemas e estimular as demandas por programas sociais. Essa conjuntura, associada à escassa tradição democrática e à debilidade das estruturas de governo, principalmente das esferas subnacionais, tem se traduzido na baixa capacidade dos governos para enfrentar a complexidade daquelas questões e as conseqüências da autonomia conferida constitucionalmente às esferas subnacionais. Isso, por sua vez, acaba também por colocar sérios constrangimentos ao processo de descentralização das políticas públicas. (Nascimento, 2001:30).

O aumento das desigualdades das modernizações no território se amplia com a maior internacionalização da economia brasileira, inclusive com clara expressão pela concentração dos usos do território pela saúde. Isso provoca uma maior competição entre os entes federados, ao invés de uma melhor cooperação – como deveria ser para o bom funcionamento do sistema federativo.

As tensões entre os entes federados no Brasil é um dos motivos que leva à competição e se dá pelo fato de que as regiões brasileiras são pouco integradas, havendo nelas uma elite regional muito poderosa, que tende a fortalecer sua localidade em detrimento das outras. A reforma tributária, realizada na ocasião do processo de descentralização política de 1988, contribuiu e muito para que esta tensão se tornasse mais explícita, porque permitiu um aumento na arrecadação e nos repasses para cada ente. Segundo o estudo realizado por Pablo Ibañez (2006), essa situação vem proporcionando que estados e municípios ganhem maior autonomia quanto às possibilidades de incentivo à diversos usos do território, que revertam em maiores arrecadações ou investimentos para eles. Ainda de acordo com o autor, esse grau de autonomia gera uma grande tensão no federalismo brasileiro, que é ampliada pela desigualdade de autonomia entre os próprios governos subnacionais, dadas as fortes

disparidades nos usos do território, atualmente.

Segundo ABRUCIO (2004:26),

Se não houver ações coordenadoras, particularmente da União mas também dos estados, o processo descentralizador tende a ter piores resultados na prestação dos serviços públicos. O ponto essencial desta questão é que o Governo Federal precisa reforçar seu papel coordenador ante estas ‘falhas sequenciais’, porém não pode fazê-lo contra os princípios básicos do federalismo, como a autonomia e os direitos originários dos governos subnacionais, a barganha e o pluralismo associados ao relacionamento intergovernamental e os controles mútuos.

Esse poder fragmentado e competitivo é acirrado quando a política das empresas transnacionais passa a intervir de modo ferrenho na política do Estado, sobretudo, no período atual. Fábio Tozi (2004) mostra uma verdadeira fragmentação e “privatização” do território brasileiro em função da quebra de um projeto nacional e do aumento da competitividade territorial, a partir da privatização nas telecomunicações.

A divisão do território nesse momento responde às necessidades do modo de produção vigentes e faz lembrar de pelo menos um outro período de nossa história, com a divisão do Brasil em capitânias que criavam um mapa dos donos de cada uma das porções do território, respondendo também aos interesses hegemônicos do modo de produção naquele momento. (TOZI, 2004:46).

Como afirmou Hobsbawn (2000), no atual período de crise política que vivemos, há uma despolitização e uma privatização da política, conduzida por uma minoria – há uma crise do coletivo, do público (Estado) e da cidadania (citado por MELGAÇO e ALBUQUERQUE, 2004).

De acordo com Celina Souza (2001),

A trajetória do federalismo brasileiro confirma a visão de que o federalismo como mecanismo de divisão territorial de poder é mais uma forma de acomodar conflitos do que promover harmonia. Também confirma o argumento de que o federalismo é mais uma ideologia baseado em valores e interesses do que um compromisso baseado em arranjos legais e territoriais ou em propósitos democráticos. (...). A redemocratização trouxe consigo a perspectiva de aumentar o papel do Estado nas questões sociais e regionais. No entanto, essa perspectiva tem sido constrangida pelas demandas da política econômica. (...) o enfrentamento das desigualdades regionais continua ausente das políticas públicas. (SOUZA, 2001:23-24).

Os pactos da regionalização e da descentralização da saúde passam por essa crise e são difíceis, portanto, de se consolidarem. Há um agravante nesse ponto, porque o SUS deve atender a todos os cidadãos e, assim, uma competição entre as esferas federativas ou uma não cooperação entre elas, contribui para as más condições de

atendimento à saúde da população. É preciso lembrar ainda, que entre os municípios a desigualdade e a competição ganham uma magnitude gigantesca.

Se o repasse para o município aumenta e essa esfera passa a comandar serviços como hospitais “regionais”, isto é, que atende à população de outros municípios, a atuação do estado se precariza diante do poder de gestão do município. Essa lógica de poder acaba conformando uma situação em que o município passa ter que regular uma região e isto se dá a partir de uma racionalidade competitiva e não cooperativa. Isto porque, com o hospital “regional”, o município vai receber uma demanda incompatível com seu poder político de articulação regional. Essa incompatibilidade acarreta em crises políticas entre municípios, pela falta de uma pactuação pelo uso dos serviços regionais, dado que o município, sede do hospital, não tem como arcar com todo o custo e toda a regulação desta demanda⁴⁹. Assim, é preciso que o estado atue nesse sentido da pactuação regional, mesmo não sendo o prestador do serviço, como já havia sido citado no trecho transcrito de Yunes (1999:68), na página 94.

Toda essa discussão sobre a descentralização e a regionalização foi importante para seguir em frente na análise sobre as medidas adotadas pelo do Hospital das Clínicas da UNICAMP, para conseguir manter seus atendimentos voltados à Alta Complexidade.

Dentre as principais propostas de reestruturação do HC, estão:

- Substituição de cirurgias agendadas por mutirões de cirurgias estratégicas, como transplantes e redução do estômago. (Estas cirurgias estratégicas não são limitadas pelo teto pago pelo SUS);
- Redução dos atendimentos de urgência e emergência de média e baixa complexidade, com a mudança do Pronto-socorro para a Unidade de Emergência Referenciada (UER);
- Diminuição do número de leitos e abertura de novos leitos de UTI.

⁴⁹ “O nome tradicionalmente utilizado para oferta de serviços a cidadãos de outros municípios é ‘invasão’, contrariando o princípio de *solidariedade*, tão defendido nos anos 90 e certamente utilizado nas definições do SUS” (MALIK, 2001:150).

As justificativas para a adoção destas medidas são principalmente: o corte de gastos e a priorização e a manutenção do Hospital em atividades da Alta Complexidade, que é a sua especialização.

A questão do financiamento no SUS é um dos entraves para o avanço no sistema. Essas medidas de reestruturação do HC devem-se em função da crise financeira⁵⁰ vivida pelo Hospital, atualmente. Crise que resulta, entre outras coisas, do embate entre:

- A forma de financiamento do SUS;
- A necessidade constante de incorporação tecnológica em um hospital de alta complexidade, o que representa custos elevados;
- E a grande demanda de atendimentos de menor complexidade no HC.

Em entrevista realizada por esta pesquisa (out./2005) e na reportagem do Jornal da UNICAMP⁵¹ (21/03/06), o atual superintendente do HC, Luiz Carlos Zeferino apontou que a produção do Hospital excede cerca de R\$ 2,5 milhões do seu orçamento⁵², anualmente. Ainda segundo Zeferino, não sobram recursos para novos investimentos. A Secretaria Estadual de Saúde informou ao Jornal da UNICAMP (21/03/06), que investiu na compra de equipamentos para o HC cerca de R\$ 9 milhões de reais, nos últimos 5 anos.

De acordo com o depoimento dado a esta pesquisa (abr./2006), Paulo Eduardo Silva aponta que a lógica do financiamento também vem contribuindo para crises no sistema, por exemplo, a partir da falta de clareza das responsabilidades das esferas subnacionais e a falta de recursos para a institucionalização do aparato da regionalização do SUS, como havia dito Carmem Lavras (abr./2006).

⁵⁰ A questão da crise financeira do Hospital das Clínicas da UNICAMP mereceria uma pesquisa exclusiva e aprofundada, que discutisse o problema das fontes de financiamento e da necessidade do Hospital manter-se atualizado com as modernizações tecnológicas, além, de abarcar a questão da pactuação de gastos do estado e dos municípios. Enfim, essa dissertação não se propôs a discutir a questão mais específica do financiamento do SUS e do HC, mas sim, as outras questões que também interferem na crise vivida por todo o sistema e pelo Hospital, como foram sendo debatidas até o momento. Além disso, a discussão financeira é a face que mais aparece na mídia e no debate entre os gestores sobre a reestruturação do HC da UNICAMP. Assim, torna-se importante, também, a análise das outras faces desta crise do Hospital.

⁵¹ <http://www.hc.unicamp.br/imprensa/not-situacaoHC060321.shtml>. Acesso em maio de 2006.

⁵² Os recursos financeiros do HC, 1/3 é proveniente do SUS e 2/3 da UNICAMP. O orçamento do HC da UNICAMP para 2005, foi de R\$ 163 milhões.

Dentro destas medidas de reestruturação, de acordo com o superintendente Luiz Carlos Zeferino (entrevista à pesquisa, out./2005), o HC vem realizando cirurgias mais complexas, progressivamente substituindo as cirurgias menos complexas. O número de cirurgias realizadas por ano não se altera muito, no entanto, altera-se o percentual de cirurgias mais complexas em relação ao total de cirurgias realizadas pelo hospital. Esse percentual tem aumentado a cada ano. Não ocorreu uma redução das cirurgias e, sim, a substituição dos procedimentos de menor complexidade por aqueles de maior complexidade. Segundo ele, o Ministério da Saúde tem grande interesse no aumento das cirurgias estratégicas, como os transplantes, já que os gastos com uma cirurgia, por exemplo, de transplante renal (R\$ 30 mil) tem custo mais barato do que pagar dois anos de hemodiálise ao paciente. A Tabela 1, a seguir, mostra que os gastos com cirurgias de Média Complexidade ainda representam 37% do total de gastos do HC com os procedimentos cirúrgicos:

Tabela 1 - Recursos gastos com as cirurgias realizadas no Hospital das Clínicas da UNICAMP, set. 2005.

Tipo de procedimento	Gastos
Média Complexidade	R\$ 1.744.860,00
Alta Complexidade	R\$ 1.630.000,00
Estratégicas	R\$ 1.360.000,00
Total	R\$ 4.734.860,00

Fonte: Recursos Cirurgias, set. 2005. Hospital das Clínicas da UNICAMP.

O impacto mais visível da reestruturação do HC, no curto prazo, foi dado pelas medidas de alteração do seu pronto-socorro, que passou a se chamar *Unidade de Emergência Referenciada - UER*, em 2004.

O antigo pronto-socorro do HC, inaugurado em 1986, foi transformado em Unidade de Emergência Referenciada (UER), a partir de janeiro de 2004. A UER se difere do pronto-socorro por ser um atendimento mais especializado de urgência e emergência e porque o acesso é regulado a partir do sistema de referência e contra-

referência e pela triagem a partir da gravidade (risco de morte) do estado de saúde do paciente.

Para readequar o fluxo e ampliar a humanização no atendimento, todo encaminhamento à UER é feito através de contato telefônico pelos sistemas de resgate ou pela Central Reguladora de Vagas da DIR 12 e prefeituras da região. Para melhorar a procura espontânea, foi adotado um sistema de triagem por classificação de cores⁵³ (vermelho, amarelo, verde e azul), que atende o paciente, priorizando o grau de gravidade e não a ordem de chegada. (www.hc.unicamp.br)

O grande objetivo da adoção desta mudança foi diminuir o fluxo da demanda espontânea na porta de entrada da urgência e emergência do HC. Diminuindo, com isso, os gastos, o tempo e a ocupação dos profissionais e das dependências do hospital com atendimentos de baixa e média complexidade. De acordo com o atual superintendente do HC, Luiz Carlos Zeferino, em entrevista a esta pesquisa (set./2005), esses atendimentos de baixa e média complexidade representavam, em média, 50% do total de atendimentos da urgência e emergência. Segundo Paulo Eduardo Silva (entrevistado por esta pesquisa em abril de 2006), a demanda espontânea representava em torno de 70 a 80% de todo o movimento do pronto-socorro do HC.

De acordo com dados divulgados pelo serviço de estatística do HC, pode-se averiguar que, a partir de 2005, ocorre uma diminuição considerável no percentual do número de atendimentos de urgência e emergência em relação ao total de consultas (soma das consultas realizadas nos ambulatórios e no pronto-socorro). Antes da mudança do pronto-socorro para a unidade de emergência referenciada, os atendimentos de urgência e emergência representavam, em média, 27% do total das consultas entre ambulatório e pronto-socorro no HC. A partir de 2005, esse percentual já fica em torno de 21%. Com exceção dos primeiros meses de 2006, no ano de 2005, este percentual foi

⁵³ “Com objetivo de priorizar urgência/emergência no atendimento adulto, foi implantado o Sistema de Avaliação de Risco, onde a classificação da gravidade é definida por cores. A Avaliação de Risco é realizada por um enfermeiro, que esclarece ao paciente o objetivo do atendimento terciário referenciado, não o dispensando, para que seja consultado por um profissional médico. No momento da alta médica, conforme a especificidade, o paciente é encaminhado para orientação pelo Serviço Social. As cores são:

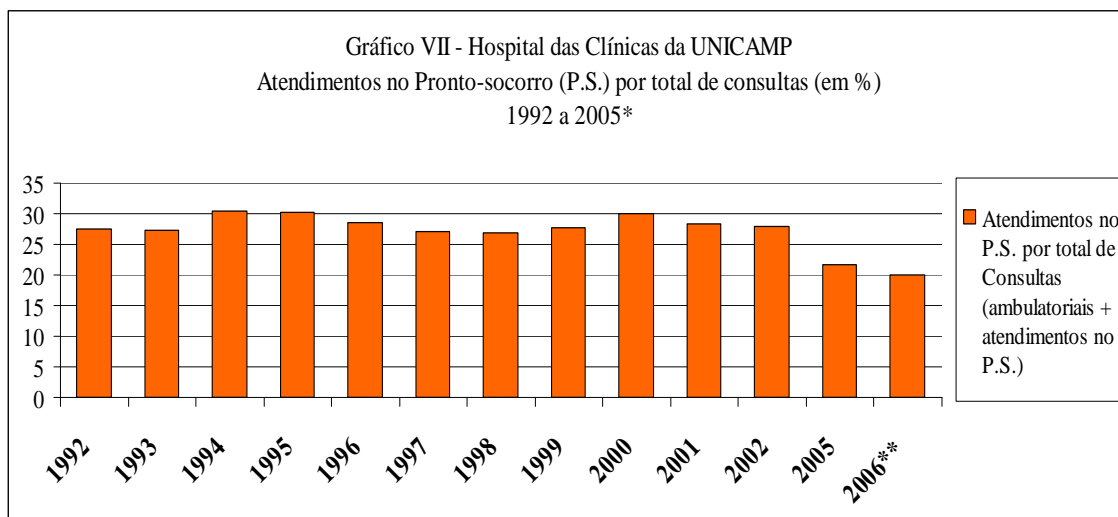
Ficha Vermelha: atendimento imediato dos pacientes graves visando afastar o risco imediato de morte, realização de exames diagnósticos e posterior encaminhamento para tratamento clínico, cirúrgico, observação ou alta. Pacientes com quadro de enfarte, dores no peito, politraumatizados, etc.

Ficha Amarela: atendimento semi-imediato e que deve ser realizado no máximo em trinta minutos de espera. É classificado como paciente crítico que necessita de cuidados intensivos e permanecerá na UER até o seu encaminhamento para um especialista.

Ficha Verde: atendimento de espera oportuna indicado para pacientes não críticos, para observação ou internação clínica ou cirúrgica.

Ficha Azul: pacientes com quadro simples e prioridade secundária, com tempo de espera indefinido, dependendo do fluxo de pacientes nas outras cores”. (www.hc.unicamp.br)

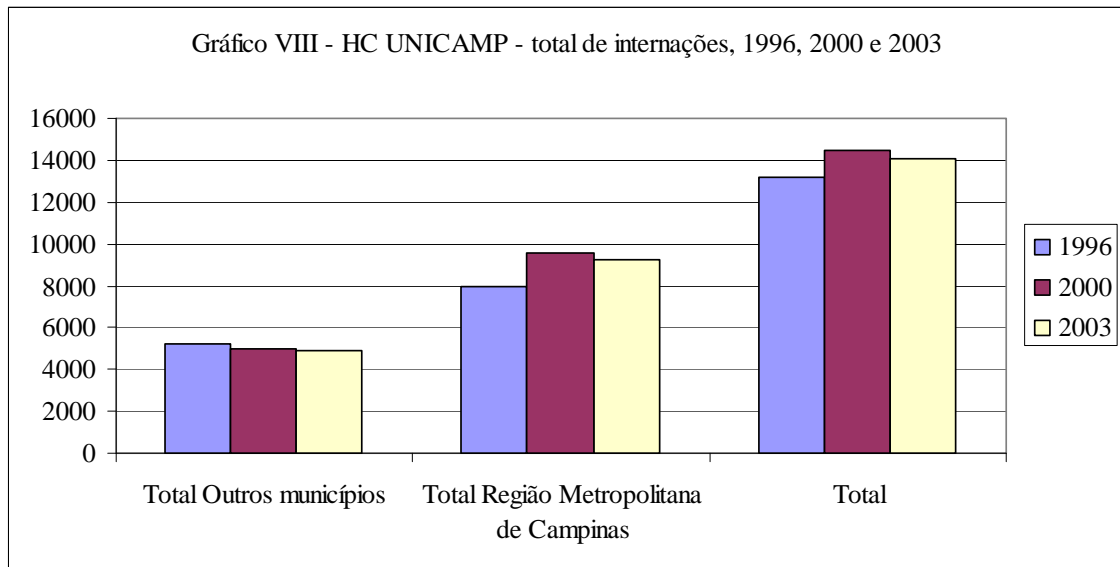
o mais baixo apresentado pelo HC, desde 1992, como pode ser observado no Gráfico VII, a seguir:



Organização: Mariana V. de Albuquerque. Fonte dos dados: Serviço de Estatística do Hospital das Clínicas da UNICAMP, www.hc.unicamp.br (acesso em 2003, 2004, 2005 e maio de 2006). *Os dados para os anos de 2003 e 2004 não foram fornecidos. ** Dados de janeiro a março de 2006.

Esta queda no percentual de atendimentos mostra que houve realmente um impacto na porta de entrada pela urgência e emergência do HC, em relação à demanda espontânea. Porém, com os dados obtidos, não foi possível avaliar o quanto desta queda no percentual dos atendimentos na urgência e emergência representa demandas de baixa e média complexidade. Contudo, é preciso lembrar que a regulação da demanda espontânea também tem por objetivo filtrar a demanda de alta complexidade e evitar aquela de menor complexidade, por isso, é muito provável que a queda no percentual deva-se à diminuição dos atendimentos de baixa e média complexidade.

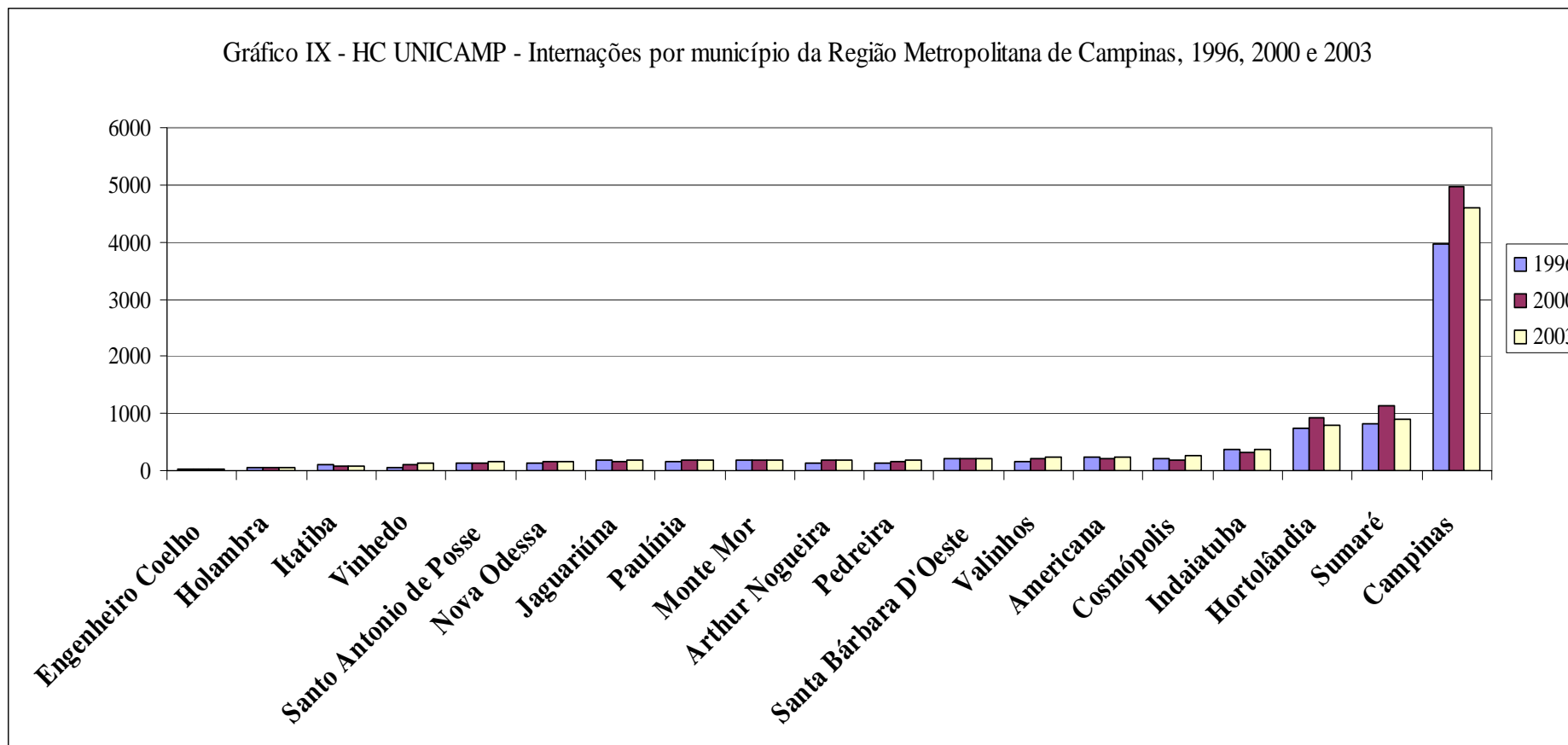
A maior parte da população que acessa o Hospital das Clínicas, fora do município de Campinas, vem de Sumaré e, sobretudo, Hortolândia. Essa informação foi obtida em entrevistas a esta pesquisa com o superintendente do HC, Luiz Carlos Zeferino, em setembro de 2005, e com Paulo Eduardo Silva, em abril de 2006. Uma análise sobre os dados de origem dos pacientes internados no HC também expressa esse dado: 70% das internações são de pacientes dos municípios da Região Metropolitana de Campinas, como mostra o Gráfico VIII.



Organização: Mariana V. de Albuquerque. Fonte dos dados: Serviço de Estatística – Hospital das Clínicas da UNICAMP.

E destas internações, a maior parte são de pacientes de Hortolândia e de pacientes de Sumaré, como demonstra o Gráfico IX.

Gráfico IX - HC UNICAMP - Internações por município da Região Metropolitana de Campinas, 1996, 2000 e 2003



Organização: Mariana V. de Albuquerque. Fonte dos dados: Serviço de Estatística – Hospital das Clínicas da UNICAMP.

A grande desigualdade das condições de renda da população, de infra-estruturas de atendimento e de disponibilidade de profissionais da saúde, entre os municípios da Região Metropolitana de Campinas, “torna a organização e a hierarquização dos serviços de atendimento à saúde mais complexa” (NEGRI, 2002:230). Além destas questões, o autor ainda aponta o fato de a maioria das Secretarias Municipais de Saúde da RMC, diariamente disponibilizam meios de transporte para levar pacientes aos serviços de Campinas, sobretudo, de Alta Complexidade.

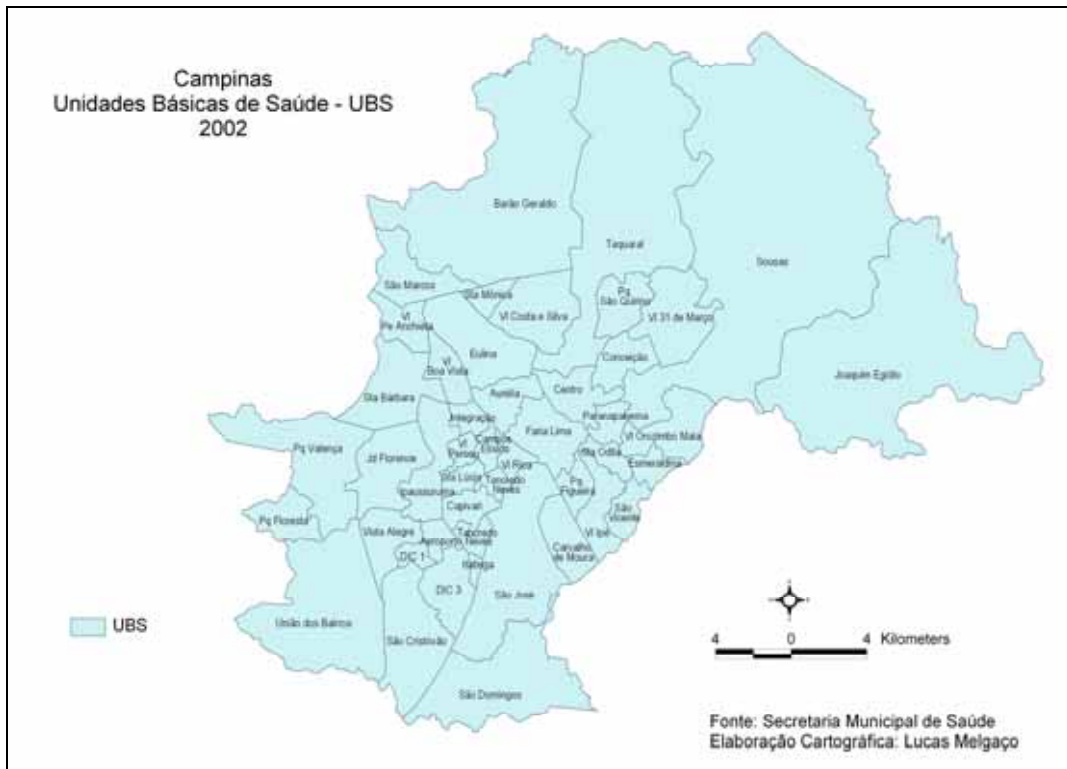
Nas regiões metropolitanas, onde está concentrada grande parte da população brasileira, e onde o fluxo entre municípios na busca de assistência à saúde é maior, os problemas decorrentes de uma ação regional inadequada, ou também os efeitos de ações municipais desarticuladas, talvez sejam mais visíveis e agudos. (NEGRI, 2002:227).

Hortolândia e Sumaré apresentam uma grave crise social e precariedade de atendimentos na saúde, desde a Atenção Básica até a Alta Complexidade. “O município de Campinas atende cerca de 80% das AIHs⁵⁴ de pessoas residentes em Sumaré e 70% de Hortolândia, que juntas representam mais de 50% das AIHs da Região Metropolitana de Campinas”. (NEGRI, 2002:233).

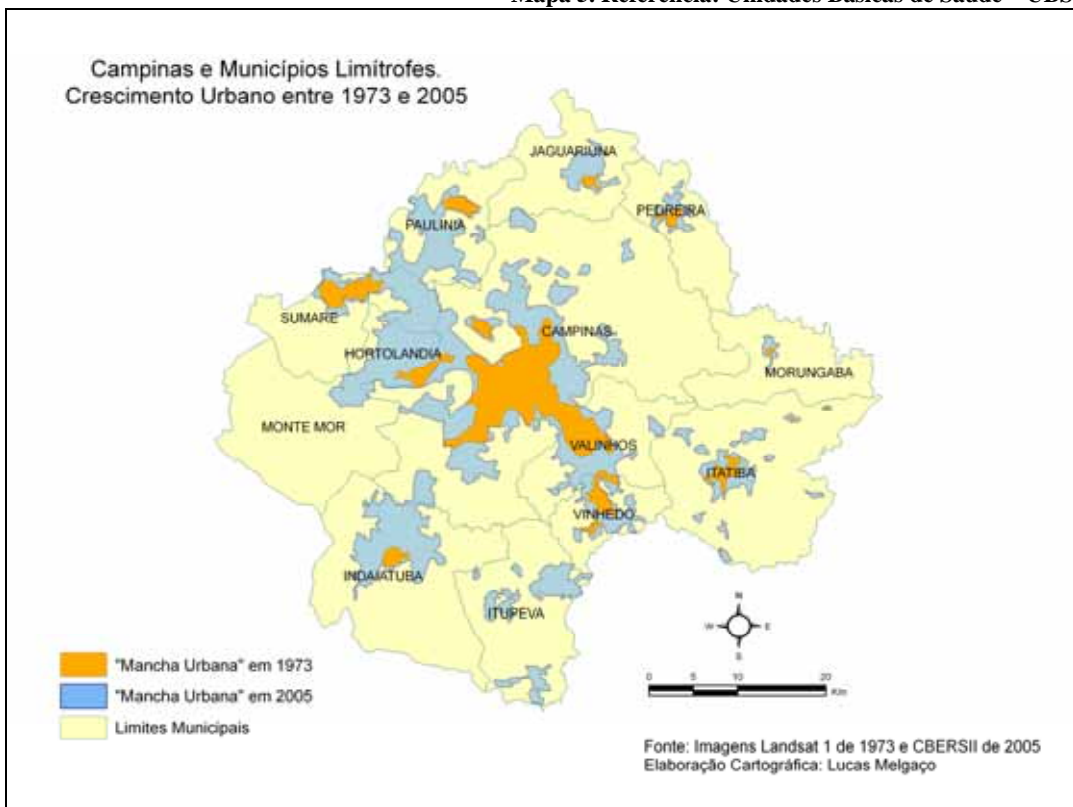
A região metropolitana de Campinas, em relação ao restante do país, é uma das regiões que tem maior concentração de recursos da saúde, razoavelmente distribuídos territorialmente. Hortolândia e Sumaré não seguem esse padrão e são dois bolsões de pobreza na região de Campinas. (Luiz Carlos Zeferino, em entrevista a esta pesquisa, set./2005).

Essa situação sobrecarrega alguns dos serviços de saúde existentes em Campinas, porque essa população sem acesso aos serviços em Hortolândia vem buscar o atendimento no HC da UNICAMP e no Centro de Saúde Padre Anchieta, por exemplo. Estas duas unidades são de fácil acesso pelos moradores de Hortolândia: o HC da UNICAMP localiza-se ao longo da Rodovia D. Pedro I e o CS Padre Anchieta localiza-se na área limítrofe dos dois municípios, que é conurbada e com acesso para as rodovias D. Pedro I e Anhangüera, como mostram os mapas 5, 6 e 7, obtidos do Caderno de Mapas produzido por Melgaço (2005). Hortolândia é um município dormitório, isto é, grande parte de seus habitantes trabalham em Campinas, onde as possibilidades de emprego e renda são melhores. Por todas essas características de fluidez, conurbação e trabalho, há um intenso fluxo de pessoas de Hortolândia para Campinas, todos os dias.

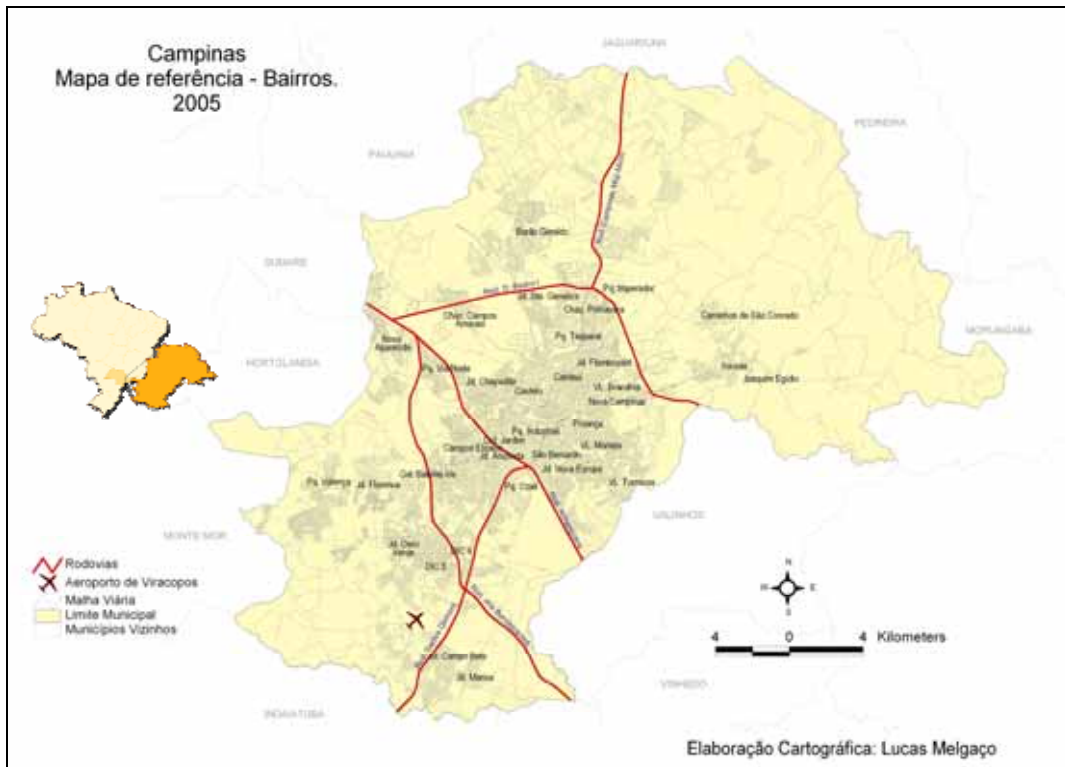
⁵⁴ AIHs – Autorizações de Internações Hospitalares.



Mapa 5. Referência: Unidades Básicas de Saúde – UBS.

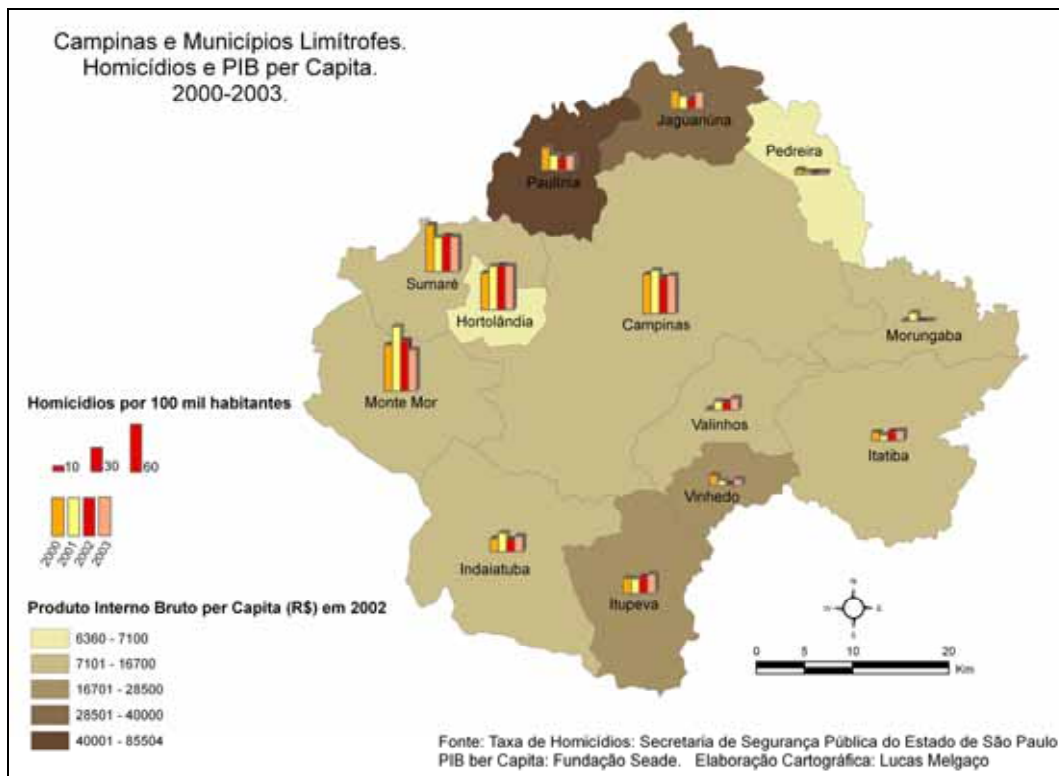


Mapa 6. Crescimento Urbano entre 1973 e 2005.

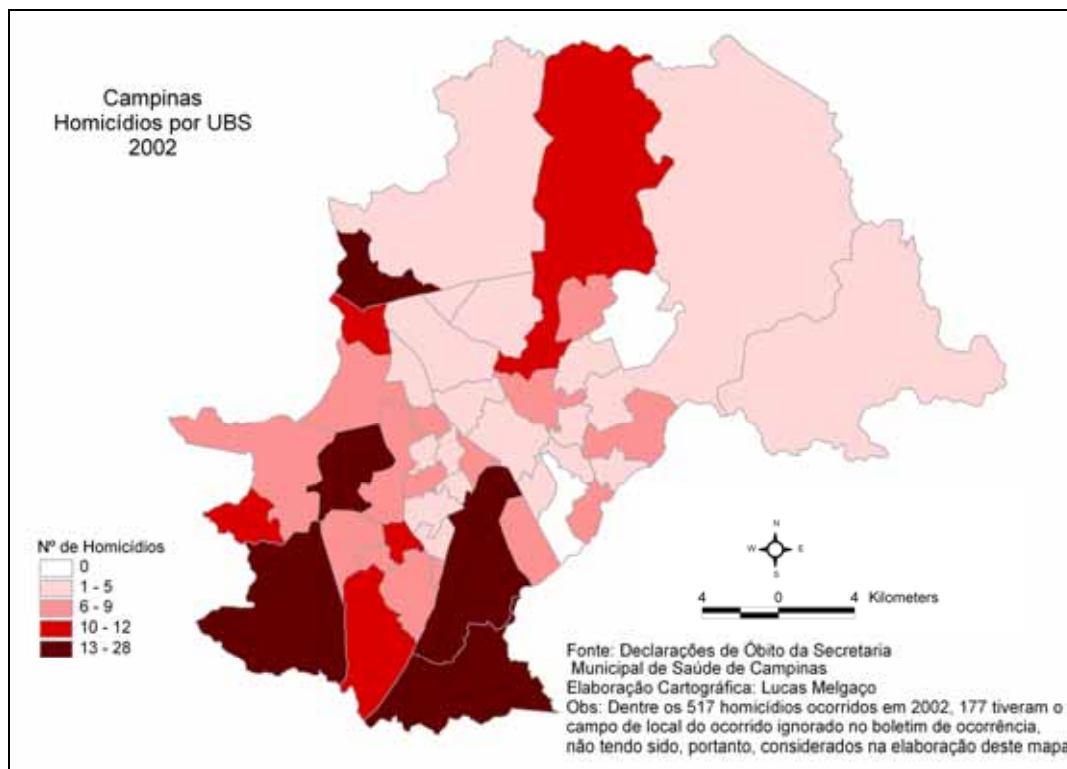


Mapa 7. Referência – Bairros.

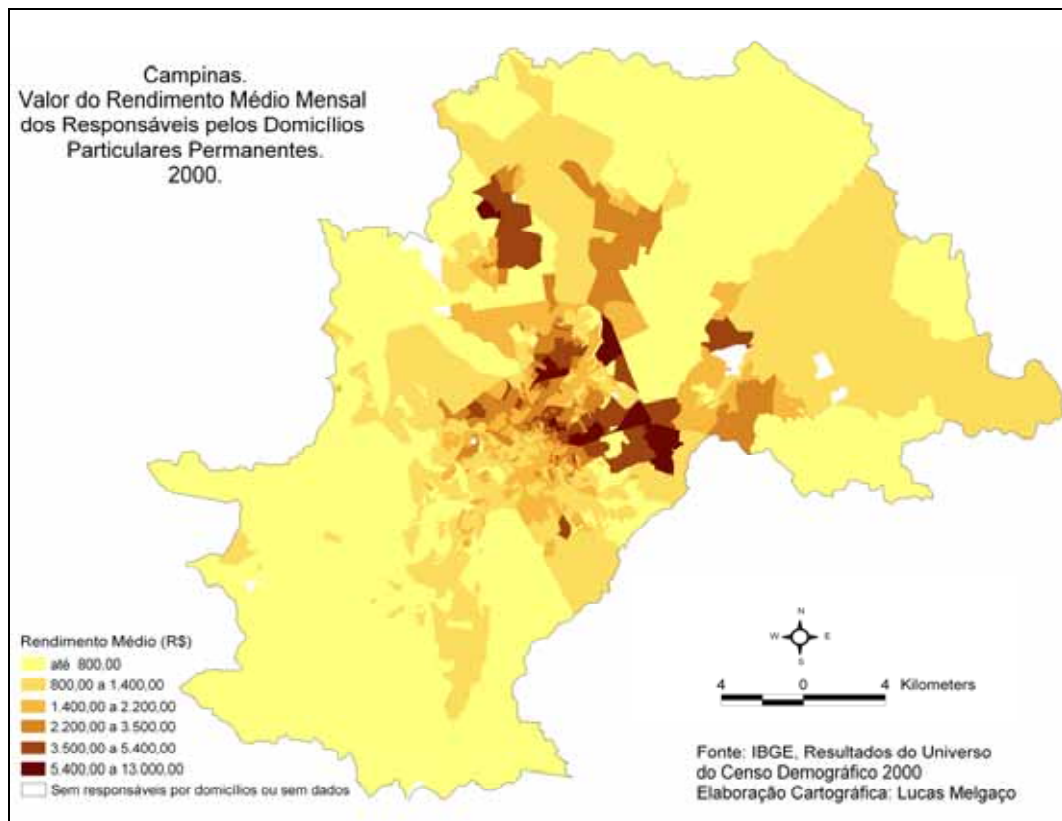
Essa área limítrofe entre Hortolândia e Campinas é caracterizada, também, pelas conseqüências da involução metropolitana. A população que vive tanto em Hortolândia como na região atendida pelo CS Padre Anchieta vivem em condições de baixa renda e altos índices de homicídios, como demonstram os mapas 8, 9 e 10, obtidos do Caderno de Mapas produzido por Melgaço (2005).



Mapa 8. Homicídios e PIB per Capita.



Mapa 9. Homicídios por Unidades Básicas de Saúde.



Mapa 10. Valor do Rendimento Médio Mensal dos Responsáveis pelos Domicílios.

No Centro de Saúde Padre Anchieta, em média, 30% dos atendimentos são de pacientes que moram em Hortolândia (dado fornecido pelo Diretor de Saúde de Campinas, Pedro Scaraviello, em entrevista a esta pesquisa, em out./2005).

A crise vivida pelo CS Padre Anchieta pode ser expressa pelas notícias veiculadas pelo jornal Correio Popular:

Usuários dos dois maiores centros de saúde da cidade, na Vila Padre Anchieta (região Norte) e no Jardim São José (região Sul), visitados pela reportagem no dia 15 de dezembro, enfrentam esperas de até cinco horas para consultas de pronto-atendimento e sofrem com a falta de medicamentos básicos para o tratamento de doenças como diabetes e má circulação sanguínea. (...) Na unidade da Vila Padre Anchieta, o caos no atendimento não é um problema recente. (Caderno Cidades. “Falta quase tudo para a Saúde, menos promessa”. Correio Popular, Campinas, 25/12/2005).

As chuvas constantes do início do ano estão agravando ainda mais as já precárias condições estruturais de unidades básicas de saúde de Campinas. O Pronto-socorro da Vila Padre Anchieta, por exemplo, que atende a região Norte e parte da Leste, está com o telhado coberto por uma lona há cerca de dois meses (...). Segundo o conselheiro de saúde Antônio Bonfim, quando chove muito alguns consultórios precisam ser interditados por causa das goteiras. “Os médicos tem que se revezar para atender num único consultório e isso atrasa ainda mais as consultas, que já demoram por causa do excesso de demanda”, afirma. (...).

Ele cita que, além de atender duas regiões de Campinas, o PS recebe pacientes de Sumaré e Hortolândia e vai absorver também os cerca de 6 mil moradores que começam a ocupar os apartamentos da Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano (CDHU). (...). Em outros centros de saúde da cidade “falta até papel higiênico, além de lâmpadas queimadas e tomadas quebradas”. (...). O corte de gastos determinado pela Administração municipal atrasou as obras necessárias [no PS Padre Anchieta]. (Caderno Cidades. “Chuvas deterioram PS Padre Anchieta”. Correio Popular, Campinas, 6/01/2006).

Outra notícia também veiculada pelo jornal Correio Popular, mostra como a violência pode afetar e, mesmo, impor “normas” de funcionamento os centros de saúde de Campinas, conduzindo a população à busca pelos serviços do HC da UNICAMP, ao CS Padre Anchieta, entre outros, como mostra a reportagem:

O medo da violência faz com que a população de bairros da região Norte de Campinas tenha atendimento comprometido há mais de um ano.

Mais de 50 mil pessoas estão praticamente sem atendimento com a falta de médicos no Centro de Saúde São Marcos (...). A violência é o principal motivo apontado para a redução no quadro de funcionários do centro. No início de março deste ano, trabalhadores da unidade voltaram a reivindicar à Prefeitura o encerramento do expediente às 19hs, duas horas antes do horário normal. Em 2002, eles já haviam suspenso o atendimento por um dia, alegando falta de segurança, principalmente à noite.

Há mais de um ano, a equipe do centro teve uma redução de 15 para dez médicos (...). Uma moradora do Jardim São Marcos, disse que desde dezembro falta médico em todas as áreas e que ela é obrigada a recorrer ao atendimento no Hospital das Clínicas da UNICAMP, no Hospital Mário Gatti ou no Centro de Saúde Padre Anchieta. (...).

Prefeitura alega dificuldade em repor funcionários no CS São Marcos. O fato de a região ser uma das mais violentas de Campinas, com altos índices de criminalidade, é um fator inibidor para se encontrar profissionais para vagas. (...). (Caderno Cidades. “Falta de médico prejudica 50 mil no São Marcos”. Correio Popular, Campinas, 14/09/2004).

Então, fica claro que a questão da mudança no atendimento de urgência e emergência do HC não é de um impacto tão grande pela quantidade de pessoas que deixaram de ser atendidas. O impacto é maior pela revelação de que o SUS não é capaz de arcar com as conseqüências de uma modernização incompleta do território brasileiro, ocasionando na necessidade de imposição de normas por um serviço hospitalar – no caso, a norma de mudança do pronto-socorro para UER, do HC da UNICAMP. Uma imposição normativa, para lidar com a opacidade dos lugares.

O atual superintendente do HC, Luiz Carlos Zeferino, o ex-superintendente do HC, Paulo Eduardo Silva e o Diretor de Saúde da Secretaria Municipal de Campinas,

Pedro Scaraviello, entrevistados por esta pesquisa entre out. de 2005 e abr. de 2006, foram categóricos ao afirmar que as mudanças para reestruturação do HC foram impostas pelo Hospital aos municípios, isto é, não houve pactuação prévia.

Essa questão recai novamente sobre os problemas da descentralização e da regionalização do SUS, associados à desigualdade nos usos do território brasileiro, com expressão na região de Campinas. As instituições estaduais, como as Diretorias Regionais de Saúde, por exemplo, que deveriam articular essas mudanças, não foram capazes de fazê-la. A Agência Metropolitana de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Campinas também não tem atuado com tanto vigor nas questões sobre os usos do território pela saúde, como afirmaram todos os entrevistados pela pesquisa.

Paulo Eduardo Silva (entrevistado em abril de 2006), diz que não houve avanços nas discussões de políticas de saúde no âmbito da Região Metropolitana de Campinas (RMC): “ainda não avançou porque ao mesmo tempo em que os prefeitos sabem que saúde e educação são seus maiores problemas, eles vão para a RMC discutir outras coisas”. Justamente, as coisas que moveram a institucionalização desta região metropolitana, como: o aumento da fluidez territorial, a modernização dos serviços, comércio e infra-estruturas, os investimentos em alta tecnologia e as isenções fiscais e outros atrativos para empresas que qualifiquem o pólo tecnológico da Região Metropolitana de Campinas (ALBUQUERQUE, 2003).

A outra medida de grande impacto, a longo prazo, para a reorganização da demanda para o Hospital das Clínicas, foi a participação da UNICAMP na gestão de dois hospitais da Região Metropolitana de Campinas: o Hospital Estadual de Sumaré, a partir de 2000, e o Hospital Municipal de Hortolândia, a partir de 2005.

De acordo com Paulo Eduardo Silva, em entrevista a esta pesquisa (abril/2006), após o término do convênio com o Hospital Municipal de Paulínia, entre 1993 e 1994, surgiu a necessidade de uma nova parceria com algum hospital secundário da região. Foi feito, então, um contrato de gestão com o Hospital Estadual de Sumaré “Dr. Leandro Franceschini”.

Segundo dados fornecidos pelo Hospital Estadual de Sumaré (HES)⁵⁵, sua construção inicia-se em 1988, porém, em 1991, as obras são interrompidas. Apenas em 1998, as obras foram retomadas e a conclusão e a inauguração do HES ocorre após setembro de 2000. O HES funciona através de um contrato de gestão entre a UNICAMP e a Secretaria Estadual de Saúde.

O Hospital Estadual de Sumaré não é um hospital de portas abertas, ou seja, todos os encaminhamentos e agendamentos de consultas, exames e cirurgias são realizados pelas unidades básicas de saúde dos municípios da microrregião, em conjunto com a Diretoria Regional de Saúde 12 (DIR 12). (www.hes.unicamp.br, acesso jan/06).

O HES não é um hospital de portas abertas para toda a Região Metropolitana de Campinas. Ele atende à micro-região formada por cinco municípios: Hortolândia, Monte Mor, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste e Sumaré. Os atendimentos no HES são agendados e referenciados pelas unidades de saúde do SUS destes cinco municípios. O Hospital realiza atendimentos de média complexidade e, eventualmente, de alta complexidade (www.hes.unicamp.br). É mantido com os recursos do SUS e atende 100% SUS. O Hospital Estadual de Sumaré não tem pronto-socorro e faz atendimentos de urgência e emergência pelo Serviço de Emergência Referenciada (UR). Este atendimento é referenciado⁵⁶ pelos pronto-socorros das unidades de saúde dos municípios atendidos pelo hospital.

Em 2005, foi firmado um convênio da UNICAMP com a Prefeitura Municipal de Hortolândia, para que a Universidade assumisse o gerenciamento do Hospital Municipal de Hortolândia “Governador Mário Covas”, nos moldes do que foi feito em Sumaré.

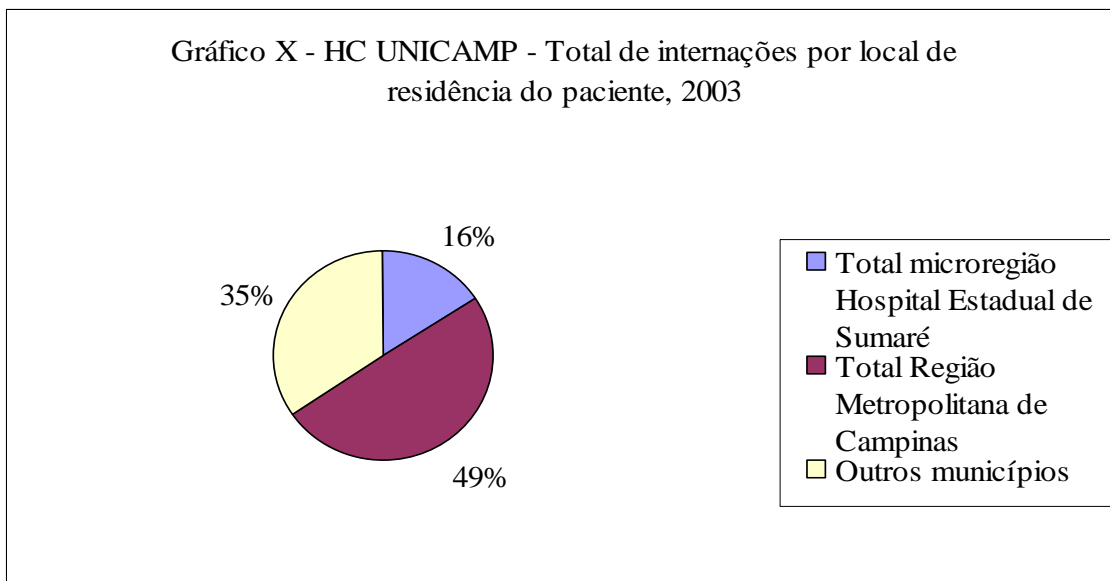
Estes convênios firmados pela UNICAMP com Hospital Estadual de Sumaré e com o Hospital Municipal de Hortolândia, são frutos de uma estratégia da Universidade de reestruturação e reorganização do atendimento hospitalar na Região Metropolitana de Campinas. Com isso, a UNICAMP passou a gerenciar um complexo hospitalar com atendimentos diferenciados conforme a complexidade. O Hospital Municipal de Hortolândia atende na baixa e média complexidade, o Hospital Estadual de Sumaré

⁵⁵ www.hes.unicamp.br, acesso em março de 2006.

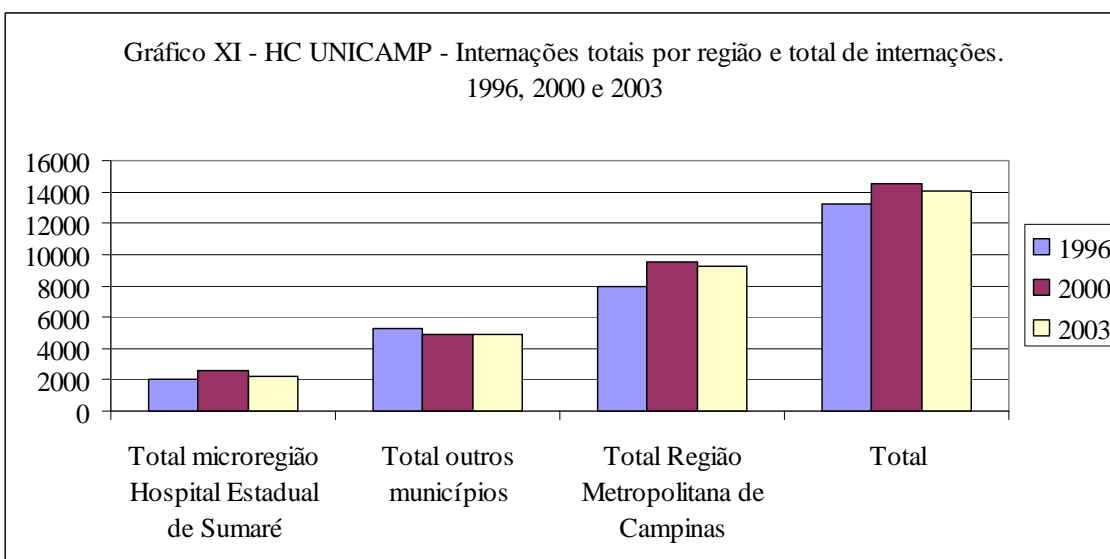
⁵⁶ “As vagas para internação em caráter de urgência ou emergência são gerenciadas pela central de regulação de vagas da DIR XII. As exceções são para os casos encaminhados pelo serviço de resgate do corpo de bombeiros, polícia militar, polícia rodoviária e das concessionárias das rodovias”. (www.hes.unicamp.br).

atende na média e, eventualmente, na alta complexidade e o Hospital das Clínicas atende na alta complexidade.

É bom lembrar que a escolha da UNICAMP por convênios com estes municípios se deve, sobretudo, à alta demanda espontânea por média e baixa complexidade que eles representavam para o HC e para as outras unidades de saúde da Universidade, sobrecarregando seus serviços, como demonstram os gráficos X e XI, a seguir:



Organização: Mariana V. de Albuquerque. Fonte dos dados: Serviço de Estatística do HC UNICAMP. A micro-região do Hospital Estadual de Sumaré (HES) compreende cinco municípios: Hortolândia, Monte Mor, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste e Sumaré. No total de atendimentos da RMC, já foram descontados os números referentes à micro-região do Hospital Estadual de Sumaré.



Organização: Mariana V. de Albuquerque. Fonte dos dados: Serviço de Estatística do HC UNICAMP. A micro-região do Hospital Estadual de Sumaré compreende cinco municípios: Hortolândia, Monte Mor, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste e Sumaré. No total de atendimentos da RMC estão incluídos os dados referentes à micro-região do Hospital Estadual de Sumaré.

No entanto, as medidas de reestruturação hospitalar não têm impacto direto na estrutura de atendimento na Atenção Básica municipal e regional que é, justamente, um grande entrave para a resolução dos problemas de saúde em Sumaré, Hortolândia e Campinas.

A UNICAMP tem uma responsabilidade em cumprir seu papel na discussão sobre as desigualdades de uso do território brasileiro e da dificuldade de consolidação do SUS no quesito mais básico do sistema e não apenas, no quesito da maior tecnologia. Essas contradições e opacidades dos lugares atingem também a Universidade, aqui expresso pelos atendimentos no HC.

De acordo com Angélica Zeferino⁵⁷, uma das medidas tomadas pela Universidade foi realizar mudanças no currículo, na tentativa de retomar um pouco o que a Faculdade de Medicina já fazia antes de ir para a UNICAMP, quer dizer, ampliar sua participação na rede básica de Campinas. Também houve um movimento dentro da Faculdade de Ciências Médicas para a criação de um pólo de capacitação dos alunos dentro do Programa Saúde da Família. “Nem todos os formados irão trabalhar no Programa Saúde da Família, mas este pólo de capacitação pode formar multiplicadores. Se um médico é bem formado em saúde da família, ele pode organizar um sistema de menor porte nas periferias de uma grande cidade” (Paulo Eduardo Silva, em entrevista a esta pesquisa, em abr./2006).

A formação dos profissionais da saúde tem sido debatida em todo o Brasil e apontada como um dos principais entraves para a consolidação e avanços no SUS, sobretudo, na Atenção Básica. Um médico generalista (profissional muito requisitado pela Atenção Básica), não é formado na mesma intensidade de um especialista. Além disso, as condições dos lugares não são atrativas para o profissional, no que diz respeito à sua carreira, às condições de trabalho e avanços quanto ao conhecimento técnico e científico e quanto às suas aspirações pessoais de “bem estar” (ORTEGA Y GASSET, 1973). Há ainda um outro grave problema quanto à formação: nem todos os profissionais sabem o que é e como funciona o Sistema Único de Saúde, porém, muitos

⁵⁷ Profa. Dra. Angélica Maria Bicudo Zeferino é médica pediatra e Coordenadora de Ensino de Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Em entrevista a esta pesquisa em nov./2005.

deles se tornarão gestores deste sistema, o que significa uma grande incoerência diante da má formação sobre a estrutura de saúde pública brasileira.

A saúde e o bem estar são, hoje, cada vez mais, técnicos científicos e informacionais, como foi discutido no Capítulo I. Os lugares menos dotados daqueles usos do território com altas densidades técnicas científicas e informacionais, acompanham com menor desenvoltura o ritmo do mundo e, assim, têm maiores dificuldades de abrigarem e atraírem os eventos da modernização dos usos do território pela saúde, como: profissionais qualificados, serviços, equipamentos, recursos, instituições de pesquisa, etc.

A involução metropolitana, assim como a metropolização, não é um processo restrito ao município de Campinas, mas a toda a região vizinha que vinculou à dinâmica da metrópole. A readequação das normas de funcionamento da Unidade de Emergência Referenciada do Hospital das Clínicas e os contratos de gestão dos hospitais de Sumaré e Hortolândia, firmados pela UNICAMP, acontecem num momento de intensa densificação dos eventos do período técnico-científico-informacional e da involução metropolitana em Campinas e em sua região.

Os desafios para o HC e para a saúde em Campinas e região não fogem dos desafios postos pelo território brasileiro, apenas mudam de dimensão. O que torna estes desafios ainda mais cruéis, na região de Campinas, são as possibilidades latentes de melhoria das condições de saúde e universalização do SUS em convívio com a realidade patente de modernização incompleta e seletiva, com a extrema desigualdade dos usos do território para a saúde e para o bem estar.

Conclusão

O instrumental teórico da situação geográfica mostrou-se relevante para a busca da compreensão do modo como as identidades dos lugares impõem particularidades para a concretização do bem estar no território usado. Diante da situação de metropolização, foi possível perceber algumas dimensões dos desafios constatados ao uso do território pela saúde, mais especificamente sobre a consolidação do Sistema Único de Saúde.

A situação geográfica mostra o lugar “na sua posição em relação à”, como define María Laura Silveira (1999a). Isto quer dizer que mostra o lugar na sua posição em relação à modernidade do mundo e, também, em relação às modernizações dos outros lugares. Por isso, é importante remeter Campinas ao mundo e à formação socioespacial brasileira, para se compreender um pouco mais das dimensões diferentes que tomam os desafios dos usos do território pela saúde no município.

Hoje, o mundo como uma totalidade concreta exacerba as desigualdades socioespaciais e expõe os paradoxos das modernizações incompletas e, principalmente, seletivas, nos lugares (o anexo 3 traz uma reportagem sobre a dimensão da calamidade provocada pelo último terremoto na Indonésia – maio/06 –, como ilustração para essa reflexão). Assim, o que é opaco em Campinas pode ser luminoso diante de opacidades mais acentuadas de outros lugares do Brasil e do mundo. E o que é luminoso em Campinas pode ser opaco, se comparado às modernizações destes outros lugares.

A Atenção Básica se mostra como um uso opaco dentro das metrópoles, enquanto a Alta Complexidade, como um uso luminoso. Ainda nesse sentido, essa opacidade da Atenção Básica mostra-se, entretanto, luminosa se comparada a maior carência deste tipo de atenção em outros lugares. É o que acontece no exemplo dado sobre a alta porcentagem de pacientes de Hortolândia atendidos no Centro de Saúde Padre Anchieta, de Campinas.

Para Campinas, o estado em que se encontra o CS Padre Anchieta é de grande precariedade, como demonstrado pelas notícias do jornal Correio Popular. Porém, para a população de lugares mais opacos, este centro de saúde ainda se mostra como algo luminoso diante de possibilidades mais precárias de uso do território.

Nesse sentido, a situação de metropolização é importante para se entender como Campinas tem que responder a muitas demandas em âmbito nacional dos usos do território pela saúde. Demandas que ela mesma ajuda a criar, quando concentra as modernizações em relação a outros municípios. A metrópole lida, assim, com as desigualdades nacionais de consolidação do SUS e universalização da saúde. Por ser um lugar de articulação com todo o território brasileiro – visto que é um grande “nó” de fluidez e dadas as modernizações que encampa e que, também, ajuda a difundir – a metrópole campineira lida com essa realidade desigual a partir das conexões geográficas. Estas conexões que têm tanto um caráter de inserção do município na divisão internacional do trabalho, como de inserção no paradoxo da existência do Sistema Único de Saúde no território brasileiro.

O SUS, sendo intrínseco ao período técnico-científico-informacional, revela seu grande paradoxo de existência: a universalização da saúde significa uma universalização da modernidade do bem estar, vinculado às densidades técnicas, científicas e informacionais. A existência do SUS, nos lugares, é uma modernização, mesmo que apenas enquanto norma: direito à saúde. A modernização desigual, inerente ao movimento da totalidade do mundo, promove desigualdades socioespaciais. O maior problema está no fato de que estas modernizações não são apenas incompletas, mas, também, seletivas (fruto da racionalidade de acumulação capitalista apoiada pela política do Estado).

A modernização do uso do território pela saúde chegou a todos os lugares do Brasil, enquanto norma. Os brasileiros têm o direito à saúde e o SUS é o sistema nacional que garante este direito a todos os cidadãos, tendo seu aparato normativo que vale para todos os estados e municípios. Mas a modernização do uso do território pela saúde não chegou enquanto direito efetivado. Ou quando chega, é seletiva. Daí a contribuição do SUS à configuração de opacidades territoriais. E o paradoxo está justamente nesse embate: da universalização enquanto norma e da universalização enquanto evento.

No entanto, esse paradoxo não é privilégio do SUS, mas do movimento do mundo contemporâneo e do território usado. O SUS acompanha este movimento e, por isso, revela-se também um paradoxo. Desse modo, as políticas públicas têm que lidar

com a saúde também como totalidade das concretizações do bem estar no território usado.

Diante do paradoxo, o que interessa discutir é a âncora que cada lugar lança no futuro e que dá o tom à dimensão dos desafios para a concretização do bem estar. Assim se revela a importância das situações geográficas de cada lugar.

A própria situação geográfica imprime contradições no uso do território pela saúde, como pôde ser percebido na análise sobre o significado da reestruturação do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

A situação geográfica de metropolização em que se encontra este Hospital cria conflitos em sua especialização, mas, ao mesmo tempo, a autoriza. Isso quer dizer que, por um lado, as opacidades do lugar convergem no HC, como uma força contrária à sua modernização e extrema especialização. Neste caso, trata-se do acesso espontâneo ao Hospital para tratamentos de baixa e média complexidade: que é menos uma opção individual e mais por conta das condições dadas pelo território usado. Por outro lado, as luminosidades da situação de metropolização permitem que o HC imponha normas para se manter em sua função original de especialização em Alta Complexidade. Neste segundo caso, a situação geográfica não apenas permite essa norma de funcionamento do HC, como ela dá força para que essa norma se imponha ao lugar.

A situação privilegiada que Campinas representa diante da modernização do território brasileiro e da consolidação do Sistema Único de Saúde é também um poder, na mão dos administradores do HC, para formular e impor as novas regras referentes à reestruturação do Hospital. A própria UNICAMP tem responsabilidade como símbolo campineiro dessa modernização pela alta tecnologia e como instituição dos professores que atuam junto ao HC. Porém, muitas vezes, alguns professores visam mais o progresso tecnológico da área médica do que o funcionamento do Sistema Único de Saúde brasileiro. “Estes professores que entendem muito de suas especialidades e pouco de SUS”, como afirmou o superintendente do HC, Luiz Carlos Zeferino, em entrevista a esta pesquisa (nov/2005). Segundo a coordenadora de graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Angélica Zeferino, em entrevista a esta pesquisa (nov/2005), esses professores que lidam apenas com a perspectiva tecnológica e das especialidades médicas são aqueles que também não têm contribuído para os avanços nas mudanças

curriculares e na busca de maior inserção dos alunos na rede básica de saúde. Estes mesmos professores, em sua maioria, não atendem nessa rede.

Desse modo, o Hospital das Clínicas da UNICAMP se dilacera ao atender sua vocação de modernização em acompanhar a evolução tecnológica e a especialização no conhecimento (muito capitalizados pelo complexo industrial da saúde), e ao se vincular ao lugar, isto é, à mediação entre as luminosidades e as opacidades dos usos do território na situação de metropolização. Isso também contribui para agravar a crise financeira por que passa o Hospital das Clínicas, atualmente. Ainda que o sub-financiamento do SUS seja um dos graves problemas estruturais na saúde pública brasileira, não é o único ou o mais importante elemento nesta crise financeira do HC. No entanto, o sub-financiamento tem sido uma das questões mais debatidas na mídia, quando se trata da reestruturação do Hospital das Clínicas. Isso porque esta questão se torna mais relevante quando associada à necessidade de que um serviço de Alta Complexidade tem de se atualizar com as modernizações tecnológicas. A Alta Complexidade tem a vocação de acompanhar o ritmo do mundo em relação à modernidade dos equipamentos e conhecimentos da medicina, isto é, o progresso técnico. Na Alta Complexidade, a incorporação de novas tecnologias é constante, sem que, necessariamente, as antigas tecnologias sejam substituídas, ocasionando um alto custo para a manutenção dos serviços e para a continuidade de sua vocação enquanto Alta Complexidade.

“A saúde só tem uma trajetória do ponto de vista de custo: aumentar. Quanto mais complexa a especialidade e o serviço, mais caro é o custo” é o que afirma Luiz Carlos Zeferino (nov./2005). Com a aceleração mundial do progresso tecnológico na saúde, a tendência é um crescimento mais acelerado dos custos de um hospital de Alta Complexidade, como o HC da UNICAMP. Tanto a sua vocação enquanto serviço, quanto a vocação da situação de metropolização em que ele se insere, levam a acompanhar, com vigor, o ritmo dessa modernidade mundial acelerada. Assim, a lógica do financiamento do SUS, que paga melhor a Alta Complexidade; a âncora de modernização lançada pela situação de metropolização e a UNICAMP, com sua vocação tecnológica contribuem para que esse Hospital siga em sua especialização como Alta Complexidade.

Uma das âncoras no futuro lançadas pela situação geográfica de metropolização é o acirramento das luminosidades e opacidades no território campineiro, pois há maior aceleração e seletividade dos eventos da modernização.

Diante do aumento das modernizações incompletas e, sobretudo, seletivas, outra âncora no futuro que a situação geográfica de metropolização lança para os usos do território pela saúde é o constante aumento da densidade normativa dos serviços do SUS de maior complexidade técnica, científica e informacional. Isso acontece tanto em relação ao aumento de sua especialização – dadas as tecnologias e os conhecimentos que vão sendo incorporados pelos serviços de Alta Complexidade – quanto pela questão de que eles têm que se manter nessa perspectiva da Alta Complexidade, isto é, enfrentar os desafios postos à essa especialização.

De acordo com María Laura Silveira (1999b), a norma também é uma modernização. Uma das armas que o HC da UNICAMP e o próprio SUS têm para lidar com as opacidades do território usado é, justamente, a norma.

No entanto, não apenas estes serviços de Alta Complexidade tendem a aumentar sua densidade normativa. Os serviços de menor complexidade também têm essa tendência, em menor grau, porém, com maior complexidade quanto às repercussões.

Essa âncora de aumento da densidade normativa nos serviços de saúde pública, também decorre dos conflitos da regionalização do SUS e da precária atuação dos estados como reguladores do sistema e da regionalização. Assim, é possível que haja uma maior normatização do próprio serviço de saúde em relação ao controle da demanda hospitalar, em comparação ao grau de normatização e efetivação da regulação regional do Sistema Único de Saúde.

Isso pôde ser percebido a partir da análise do Hospital Estadual de Sumaré, que já nasce com uma densidade normativa grande em relação às suas responsabilidades e serviços que oferece. Não nasce “de portas abertas” para a Região Metropolitana de Campinas, pois seu serviço de emergência, por exemplo, tem uma regulação bem definida e específica quanto aos procedimentos de atendimento e de referência para o acesso a esse serviço.

Assim, a fragilização, ou o não cumprimento do papel da esfera estadual, pode ocasionar em mais imposição de novas normas de funcionamento, por determinados serviços de saúde. A tendência maior é de que este acontecimento ocorra em serviços de maior complexidade técnica, científica e informacional. A fragilidade da regulação regional do sistema, associada às desigualdades de consolidação do SUS e à universalização da saúde, leva ao fortalecimento da regulação interna dos serviços. Ao mesmo tempo, a própria situação geográfica impulsiona este processo de fortalecimento da normatização das unidades de saúde do SUS.

O fato de o Hospital das Clínicas da UNICAMP estar em Campinas, na sua região metropolitana, cuja perspectiva é voltada para o desenvolvimento da alta tecnologia, para o aumento da densidade populacional, com conseqüente crescimento da demanda pelos serviços do HC, favorece que este Hospital tome a iniciativa e imponha uma reestruturação de seu funcionamento. “Favorece porque ele fica mais seguro quanto à sua personalidade. O território dá isso para o Hospital, porque está inserido nesta mesma lógica, está respondendo bem e se sente confortável neste papel”. (Carmem Lavras, em entrevista a esta pesquisa, abr./2006).

Assim, o conflito para o acesso aos serviços do SUS expressa, também, um embate entre: a compreensão dos lugares pela população, que se vale das possibilidades patentes de realização do bem estar; e a compreensão dos lugares pelos gestores, que se valem, para isso, de uma escolha política mediada fortemente pela racionalidade econômica, pelas normas e pelas estatísticas setoriais.

A mobilidade populacional na busca de acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde não passa, em grande parte, pelas formas de regulação do sistema. A mobilidade espontânea é condicionada pelas possibilidades oferecidas à população nos lugares onde vivem. Ainda há uma outra questão, como apontada por Pinheiro (2001:67): “nem sempre a demanda será a expressão da necessidade”, porque esta demanda pelos serviços abrange, inclusive, outras demandas da população por outros usos do território, que signifiquem a concretização do bem estar; usos que não são aqueles relacionados apenas aos serviços de saúde.

O SUS tem legitimidade por querer universalizar a modernidade do bem estar para todos os cidadãos brasileiros. Porém, isso se torna impossível frente o comando

político e econômico de modernização incompleta e seletiva do território usado. Na lógica da acumulação capitalista, o progresso técnico não é para todos, como afirmou Celso Furtado (2000). Assim, a universalização da saúde enquanto modernização é impossível, porque o SUS é intrínseco ao período técnico-científico-informacional e à racionalidade da acumulação capitalista. Deste modo, o SUS tem como âncora no futuro o acirramento das contradições.

Hoje, o Sistema Único de Saúde se configura como um projeto nacional, mas como um projeto nacional em crise. Crise que é da própria política brasileira e do próprio período histórico atual. No entanto, o mérito do Sistema Único de Saúde está em desvendar essas contradições e abrir novas brechas políticas capazes de atenuar esse paradoxo, revelando as possibilidades para o “retorno do território”.

Mesmo nos lugares onde os vetores da mundialização são mais operantes e eficazes, o território habitado cria novas sinergias e acaba por impor, ao mundo, uma revanche. (Milton Santos, “O retorno do território”, 1994a).

Assim, Milton Santos, em *Por uma outra Globalização* (2000), anuncia este período histórico vigente como “período como crise”, por conta dessa aceleração e exacerbação das contradições. Nesse sentido, o autor anuncia um novo período – o “período popular da história” –, onde outros fatores de toda ordem começam a ascender como chave no movimento do mundo.

O Sistema Único de Saúde, por ser um projeto nacional para todos os brasileiros e intrínseco ao período crise atual, torna-se uma grande possibilidade para a reflexão e proposição de novas formas políticas, baseadas nesses novos fatores e forças, exercidos não apenas pelo capital e pelas ideologias de modernização e desenvolvimento, mas pelas forças dos lugares e da população que neles vive e que neles vê seu valor.

Essa questão abrange a sabedoria da população sobre o lugar e o mundo, adquirida nas condições de escassez e precariedade das concretizações do bem estar. Para a realização da saúde, a população tem urgência em se aproximar do conhecimento dos lugares.

Nesse sentido, a situação geográfica de metropolização lança, ainda, uma terceira âncora no futuro para a existência do Sistema Único de Saúde: a concentração

não apenas das modernizações do período crise, mas, também, dos vetores deste novo período anunciado por Milton Santos, que ainda tem que ser desvendado a partir do conhecimento dos lugares e de suas essências futuras para a concretização do bem estar.

Bibliografia

- ABRUCIO, F. L. “Descentralização e Coordenação Federativa no Brasil: Lições dos Anos FHC”. Texto apresentado a ENAP. Brasília: ENAP, 2004.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. *Espaço alienado e solidariedades geográficas: a Região Metropolitana de Campinas*. Monografia. Campinas: UNICAMP/IG, 2002.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. “A regionalização no período técnico-científico-informacional: a Região Metropolitana de Campinas”. In: SOUZA, Maria Adélia de. (org.). *Território brasileiro: usos e abusos*. Campinas: Edições Territorial, 2003. pp. 534-547.
- ALMEIDA, Eliza P. “O processo de periferização e uso do território brasileiro no atual período histórico”. In: SOUZA, Maria Adélia de. (org.). *Território brasileiro: usos e abusos*. Campinas: Edições Territorial, 2003. pp. 213-239.
- ALMEIDA, Eliza P. de. *Uso do Território Brasileiro e os Serviços de Saúde no Período Técnico-Científico-Informacional*. Tese. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras –FFLCH/USP, 2005.
- ANTAS JR, Ricardo Mendes. *Território e regulação: espaço geográfico, fonte material e não-formal do direito*. São Paulo: FAPESP/Humanitas, 2005.
- ARAÚJO, Herton Ellery. “Desigualdades, mudanças demográficas recentes e perfil epidemiológico como variáveis políticas de saúde – uma análise regional”. In: NEGRI, Barjas e DI GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001. pp. 515-528.
- BADARÓ, Ricardo. *Campinas: o despontar da modernidade*. Campinas: CMU-UNICAMP, 1996.
- BAENINGUER, Rosana. *Espaço e tempo em Campinas: migração e a expansão do pólo industrial paulista*. Dissertação. Campinas: UNICAMP/IE, 1992.
- BARATA, Rita Barradas. “Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença”. *Revista USP*, São Paulo, nº51, pp.138-145, set/nov., 2001.
- BARJAS, Negri. “Regionalização e assistência à saúde”. In: FONSECA, Rinaldo B., DAVANZO, Aurea M. Q. e NEGREIROS, Rovena M. C. (organizadores). *Livro Verde: desafios para a gestão da região metropolitana de Campinas*. Campinas: UNICAMP/IE, 2002. pp.225-235.
- BARRETO, Maurício L. e CARMO, Eduardo Hage. “Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos”. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (organizador). *Velhos e Novos males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec: NUPENS/USP, 1995. pp. 17-30.
- BERLINGUER, Giovanni. “Eqüidade, seletividade e assistência à saúde”. *Lua Nova: revista de cultura e política*, nº 47, CEDEC, 1999. pp 59-71.
- BERNARDES, Adriana. “A metrópole de São Paulo e a produção da aceleração contemporânea”. In: SOUZA, Maria Adélia de. (org.). *Território brasileiro: usos e abusos*. Campinas: Edições Territorial, 2003. pp. 194-212.
- BOUSQUAT, Aylene. “Conceito de espaço na análise de políticas de saúde”. *Lua Nova*, nº52. São Paulo: CEDEC, 2001. pp. 71-92.
- BOUSQUAT, Aylene e COHN, Amélia. “A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica”. *História, Ciências, Saúde*. Vol. 11(3), set.-dez. 2004. Manginhos, Rio de Janeiro. pp. 549-68.
- BRAGA, José C. S. e SILVA, Pedro L. B. “A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil”. In: NEGRI,

- Barjas e DI GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001. pp. 19-44.
- CAMARGO JR., Wagner V. P. de. “Os sintomas do território usado: a saúde em Campinas”. In: SOUZA, Maria Adélia de. (org.). *Território brasileiro: usos e abusos*. Campinas: Edições Territorial, 2003. pp. 583-596.
- CARVALHO, Marília Sá, PINA, Maria de Fátima e SANTOS, Simone Maria dos. *Conceitos básicos de Sistemas de Informação Geográfica e Cartografia aplicados à saúde*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde/Ministério da Saúde, 2000.
- CATAIA, Márcio A. *Território Nacional e Fronteiras Internas. A Fragmentação do Território Brasileiro*. Tese. São Paulo: USP/FFLCH, 2001.
- CAVALHEIRO, José R. “Os desafios para a saúde”. *Estudos Avançados*, 13(35), 1999. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados / USP, 1999.
- COHN, Amélia. “O Sistema Único de Saúde: a síndrome da dualidade”. *Revista USP*, São Paulo, nº51, pp.6-15, set/nov., 2001.
- CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). *CONASEMS: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- COSTA, José C. do N. “Qualidade e futuro dos hospitais”. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano 25, 3(25):320-341, jul/set., 2001.
- COSTA, Nilson Rosário da. “A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva”. In: NEGRI, Barjas e DI GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001. pp. 307-321.
- COSTA, Olavo Viana e AUGUSTO, Maria Helena O. “Uma escolha trágica: saúde ou assistência médica?”. *São Paulo em Perspectiva – Revista Fundação SEADE*, São Paulo, vol. 9, nº3, jul/set., 2005.
- CZERESNIA, Dina e RIBEIRO, Adriana Maria. “O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(3):595-617, jul./set., 2000.
- ELIAS, Paulo Eduardo, MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquilas. “O financiamento e a política de saúde”. *Revista USP*, São Paulo, nº51, pp.16-27, set/nov., 2001.
- FARIAS, Hélio C. *Circuitos espaciais e círculos de cooperação da produção de alta tecnologia em Campinas: reflexões sobre o planejamento territorial*. Monografia. Campinas: UNICAMP/IG, 2004.
- FERREIRA, Marcel Urbano. “Epidemiologia e Geografia: o Complexo Patogênico de Max. Sorre”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 7(3):297-300, jul./set., 1991.
- FRANCESCHI, Humberto. *A Casa Edison e seu tempo*. Rio de Janeiro: Biscoito Fino, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. (18ª ed., 2003).
- FURTADO, Celso. *Introdução ao Desenvolvimento: enfoque histórico-estrutural*. São Paulo: Paz e Terra, 3ªed., 2000.
- GOMES, Carin Carrer. “Conhecer o lugar e transformar o mundo: o espaço geográfico como possibilidade”. In: SOUZA, Maria Adélia de. (org.). *Território brasileiro: usos e abusos*. Campinas: Edições Territorial, 2003. pp. 483-494.
- HOBBSBAWN, Eric. *O Novo Século: entrevista a Antonio Polito*. São Paulo: Cia das Letras, 2000.
- I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. *Carta de Otawa*. Canadá, 1986.

- IBANEZ, Pablo. *Território e Guerra Fiscal: a Perversidade dos Incentivos Territoriais*. Dissertação. São Paulo: USP/FFLCH, 2006.
- JATENE, Adib. “Novo Modelo de Saúde”. *Estudos Avançados*, 13(35), 1999. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados / USP, 1999. pp. 51-64.
- JORGE, Maria Helena P. de M. e YUNES, João. “Violência e Saúde no Brasil”. *Revista USP*, São Paulo, nº51, pp.114-127, set/nov., 2001.
- JUNQUEIRA, Luciano P. “A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde”. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1997.
- KAREL, Kosik. *Dialética do concreto*. (1ª ed. 1963). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 7ª ed.: 2002.
- LATOURE, Bruno. *Jamais Fomos Modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- LÓPEZ-ARELLANO, Oliva e GIL-BLANCO, José. “La polarización de la política de salud em México”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(1):43-54, jan/fev., 2001.
- MAGALHÃES, Rosana. “Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(3):569-579, mai./jun., 2001.
- MALIK, Ana Maria. “Oferta em serviços de saúde”. *Revista USP*, São Paulo, nº51, pp.146-157, set/nov., 2001.
- MEDICI, André Cezar. “A dinâmica internacional do financiamento das políticas sociais”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 4(3):402-425, out./dez., 1987.
- MÉDICI, A. C. “Hospitais universitários: passado, presente e futuro”. *Revista da Assoc. Med. Bras.*, vol.47, nº2, pp. 149-156, jun./2002.
- MELGAÇO, Lucas e ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. “Território Recortado”. In: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Geógrafos*. Goiânia: AGB, jul./2004.
- MELGAÇO, Lucas de M.. *A Geografia do Atrito: dialética espacial e violência em Campinas – SP*. Dissertação. Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas – FFCLH/USP: 2005.
- MENDES, Eugênio Vilaça. “A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: gestão da atenção à saúde”. MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *A organização do sistema de saúde no nível social*. São Paulo: Hucitec, 1998. pp. 57-86.
- MENDOZA-SASSI, Raúl e BÉRIA, Jorge Umberto. “Utilización de los servicios de salud: una revisitación sistemática sobre los factores relacionados”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4):819-832, jul./ago., 2001.
- MERTHY, Emerson, E. e QUEIROZ, Marcos S. “Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9(2):177-184, abr/jun., 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Experiências Inovadoras no SUS. Produção científica: doutorado e mestrado*. Série C. Programas, Projetos e Relatórios. Brasília: MS/SAS, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Regionalização da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Jun.2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA. “100 anos de saúde pública”, *Funasa em revista*, Brasília, nº1, jan./2004.
- MONTEIRO, Carlos A., IUNES, Roberto F. e TORRES, Alberto Manuel. “Evolução do país e de suas doenças: síntese, hipótese e implicações”. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (organizador). *Velhos e Novos males da Saúde no Brasil: a*

- evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec: NUPENS/USP, 1995. pp. 195-244.
- NASCIMENTO, Vânia B. “Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde”. *Lua Nova*, nº52. São Paulo: CEDEC, 2001. pp. 29-69.
- NUNES, Everardo Duarte. “Saúde Coletiva: história e paradigmas”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, nº3, pp.107-116, ago./1998.
- OLIVEIRA, Evangelina X. G., CARVALHO, Marília Sá e TRAVASSOS, Cláudia. “Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):386-402, mar./abr., 2004.
- ORTEGA Y GASSET, José. *Meditação da Técnica*. Rio de Janeiro, Livro Ibero-americano, 1963.
- ORTEGA Y GASSET, J. *O Homem e a Gente*. LIAL. Rio de Janeiro, 1973, 2ª edição.
- PESSINI, Léo. “Políticas Públicas de Saúde”. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano 24, v.24, nº1, jan./fev., 2000.
- PINHEIRO, Roseni e CAMARGO JR, Kenneth R. de. “Modelos de Atenção à Saúde: demanda inventada ou oferta renovada? Algumas considerações sobre modelos de intervenção social em saúde”. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 10(1): 101-119, 2000.
- PINHEIRO, Roseni. “As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade”. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben A. de (organizadores). *Sentido da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. pp.65-112.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS (PMC): Escritório de Planejamento. Matriz de Periodização de Campinas. Direção geral Maria Adélia de Souza. Campinas: Instituto Prooffício, 2004. CD-ROM.
- REICHENHEIM, Michel E. e WERNECK, Guilherme L. “A ‘Malária Urbana’, existe um adoecer urbano?”. *Oficina de Trabalho: Saúde e Grandes Cidades (Construção de uma Agenda de Pesquisa)*. Rio de Janeiro: UERJ. IMS, nov./1992.
- RIBEIRO, Ana Clara Torres e RIBEIRO, Cláudia Tavares. “Metrópole e Saúde: elementos para a pesquisa da intervenção pública”. *Oficina de Trabalho: Saúde e Grandes Cidades (Construção de uma Agenda de Pesquisa)*. Rio de Janeiro: UERJ. IMS, nov./1992.
- RIBEIRO, Ana Clara Torres. “Em defesa da reflexão na escala metropolitana: o ângulo da saúde”. In: NAJAR, A. L. (organizador). *Saúde e Espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- RIBEIRO, Ana Clara. *Local e lugar: Uma dialética latente e, muitas vezes, oculta*. Texto apresentado no II Encontro com o Pensamento de Milton Santos: O Lugar como Resistência. São Paulo, 23 e 24 de junho de 2003.
- RIBEIRO, Ana Clara, SILVA, Cátia A., BERNARDES, Júlia A. e ARRUZO, Roberta C. *Formas em Crise: utopias necessárias*. Rio de Janeiro: Arquimedes, 2005.
- RIBEIRO, Luis H. Leandro. *O comércio na cidade de Campinas: os casos do centro e do eixo-D. Pedro I*. Monografia. Campinas: UNICAMP/IG, 2005.
- RODRIGUES FILHO, José. “A oferta e a procura dos serviços médico-hospitalares no Brasil”. *Revista de Administração Pública - RAP*, Rio de Janeiro, 17(4):95-101, out./dez., 1983.
- ROJAS, Luisa Iñiguez. “Geografía y salud: temas y perspectivas em América Latina”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4):701-711, out./dez., 1998.

- SABROZA, Paulo. Conferência realizada no II Simpósio de Geografia da Saúde. Rio de Janeiro, novembro de 2005.
- SANTOS, Antônio da Costa. *Compra e Venda de Terras e Água e um Tombamento na Primeira Sesmaria da Freguesia de Nossa Senhora da Conceição das Campinas no Mato Grosso de Jundiá 1732-1992*. Campinas-SP: Ed. da UNICAMP, 2002.
- SANTOS, Milton. *Por uma Geografia Nova*. São Paulo: Hucitec, 1978 (EDUSP, 2002).
- SANTOS, Milton. *Economia Espacial*. São Paulo: Hucitec, 1979. (2ª ed. Edusp: 2003).
- SANTOS, Milton. *O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1979b. (2ª ed.: Edusp, 2004).
- SANTOS, Milton. *Pensando o Espaço do Homem*. São Paulo: Hucitec, 1982. (5ª ed.: Edusp, 2004).
- SANTOS, Milton. *Espaço e Método*. São Paulo: Hucitec, 1985. (3ª ed.: 1992).
- SANTOS, Milton. *O Espaço do Cidadão*. São Paulo: Nobel, 1987. (4ª ed.: 1998).
- SANTOS, Milton. *Metrópole corporativa e fragmentada: o caso de São Paulo*. São Paulo: Nobel, 1990.
- SANTOS, Milton. *A Urbanização Brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1993. (5ª ed.:Edusp: 2005).
- SANTOS, Milton. “O retorno do território”. In: SANTOS, M., SOUZA, M. A. de e SILVEIRA, M. L. (org.). *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994a. (2ª ed.: 1996).
- SANTOS, Milton. *Por uma Economia Política da Cidade*. São Paulo: Hucitec/Ed. PUC-SP, 1994b.
- SANTOS, Milton. *O lugar encontrando o futuro*. 1994c.
- SANTOS, Milton. *A Natureza do Espaço: razão e emoção, técnica e tempo*. São Paulo: Hucitec, 1996. (3ª ed.: 1999).
- SANTOS, Milton. “O Território e o Saber Local: algumas categorias de análise”. *Cadernos IPPUR*. Ano XII, nº2, 1999. Rio de Janeiro: UFRJ. p.15-25.
- SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2000a. (3ª ed.).
- SANTOS, Milton. “Por uma nova federação”. *O Correio Braziliense*. Brasília. 16/07/2000b.
- SANTOS, Milton e SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 2001.
- SANTOS, Milton. *O País Distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania*. Org. Wagner Costa Ribeiro. São Paulo: Publifolha, 2002.
- SILVEIRA, Maria Laura. “Uma Situação Geográfica: do método à metodologia”. *Revista TERRITÓRIO*, Revista do Laboratório de Gestão do Território – UFRJ. Rio de Janeiro. Ano IV, nº 6, jan./jun. 1999a.
- SILVEIRA, Maria Laura. *Um país, uma região: fim de século e modernidade na Argentina*. São Paulo: FAPESP/Laboplan-USP, 1999b.
- SILVEIRA, Mª Laura. “A Região e a Invenção da Viabilidade do Território”. In: SOUZA, Maria. Adélia A. (org.). *Território Brasileiro: usos e abusos*. Campinas: ed. Territorial, 2003.
- SOUZA, Celina. “Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências”. *Lua Nova*, nº52. São Paulo: CEDEC, 2001. pp. 05-28.
- SOUZA, Maria Adélia A. de. “Regionalização: o tema geográfico e político — o caso paulista”. In: AGB. *Boletim Paulista de Geografia*. São Paulo, nº50, mar. 1976.
- SOUZA, Maria Adélia A. de. *A “Explosão” Do Território: Falência Da Região?* in: *Cadernos IPPUR/UFRJ*, Ano VII, nº1, Abril de 1993.

- SOUZA, M. A. A. de, *A identidade da metrópole: a verticalização em São Paulo*, São Paulo: Ed. Hucitec/Edusp, 1994.
- SOUZA, Maria Adélia A. de “Conexões Geográficas: um ensaio metodológico”. *Boletim Paulista de Geografia*, n.71, 1995.
- SOUZA, M. A. A. de, "A metrópole global? Refletindo sobre São Paulo". In: SOUZA, M. A. A. de (org. et. al.), *Metrópole e Globalização: conhecendo a cidade de São Paulo*. São Paulo: Ed. CEDESP, 1999.
- SOUZA, Maria Adélia A. de. “Pedagogia Cidadã e Tecnologia da Informação. Um projeto piloto para a periferia sul da cidade de São Paulo”. In: RIBEIRO, Ana Clara Torres. *Repensando a Experiência Urbana da América Latina: Questões, conceitos e valores*. Buenos Aires: CLACSO – Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais, 2000.
- SOUZA, Maria Adélia A. (org.). *Território Brasileiro: usos e abusos*. Campinas: ed. Territorial, 2003.
- SOUZA, Maria Adélia A. de. “Uso do território e saúde: refletindo sobre ‘municípios saudáveis’”. In: SPERANDIO, Ana Maria G (org.). *O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis*. Campinas: IPES editorial, 2004.
- SOUZA, Maria Adélia A. de. *Notas dos seminários de orientação*. Departamento de Geografia – FFLCH/USP. Mar./2006.
- TOZI, Fábio. *As privatizações e a viabilização do território como recurso*. Dissertação. UNICAMP/IG, Campinas-SP: 2004.
- UJVARI, Stefan Cunha. *A História e suas Epidemias: a convivência do homem com os microrganismos*. 2ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: SENAC, 2003.
- VIANA, Ana L. D’Á, ELIAS, Paulo e IBÁÑEZ, Nelson. *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- VIANA, Ana L. D’Á. e DAL POZ, Mario R. “A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família”. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8(2): 11-48, 1998.
- VIANA, Ana Luíza D’Ávila. “Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas”. *Revista de Administração Pública - RAP*, Rio de Janeiro, 32(2):23-33, mar/abr., 1998.
- VIANA, A. L. D’Á., ROCHA, J. S. Y., ELIAS, P. E., IBÁÑEZ, N. e NOVAES, M. H. D. “Modelos de Atenção Básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade”. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: editora Abrasco, 2006, no prelo.
- WALDMAN, Eliseu A., SILVA Luiz J. e MONTEIRO, Carlos A. “Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera”. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (organizador). *Velhos e Novos males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec: NUPENS/USP, 1995. pp. 195-244.
- WALDMAN, Eliseu A. “A transição epidemiológica: tendências e diferenciais dos padrões de morbimortalidade em diferentes regiões do mundo”. *O Mundo da Saúde – São Paulo*, ano 24 v.24 n° 1, jan./fev. 2000. pp.10-17.
- WALDMAN, Eliseu. “Doenças infecciosas emergentes e reemergentes”. *Revista USP*, São Paulo, n°51, pp.128-137, set/nov., 2001.
- YUNES, João. “O SUS na lógica da descentralização”. *Estudos Avançados*, 13(35), 1999. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados / USP, 1999. pp.51-64.

ANEXOS

ANEXO 1

Tabela: Relação dos convênios privados de pesquisa junto ao Hospital das Clínicas da UNICAMP – 2002 a 2005.

Fonte: Assessoria de Projetos de Pesquisa Clínica e Convênios do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Dados fornecidos durante a entrevista realizada por esta pesquisa junto ao superintendente do HC da UNICAMP, Luiz Carlos Zeferino, em 09/11/05.

Tabela 1 – Relação dos convênios entre laboratórios farmacêuticos e o Hospital das Clínicas/UNICAMP – 2002 a 2005.

2002	Nº. do convênio	Laboratórios	Projetos	Pesquisadores	Valor arrecadado pelo HC (igual a 15% do total do orçamento da pesquisa)	Vigência					
2002	2522	PFIZER	INSULXMETFORMINA	MARCOS A. TAMBASCIA	US\$ 45.480,00	30/6/2005					
	2523	PFIZER	INSULXGLIBENCLAMIDA	MARCOS A. TAMBASCIA	US\$ 45.480,00	30/6/2005					
	2591	BRISTOL	DIABETES TIPO 2	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 121.725,25	31/1/2005					
	2614	PPD	GLIB. XCLORID.METFOR.	MARCOS A. TAMBASCIA	US\$ 83.640,00	12/6/2006					
	2763	AVENTIS	DIABETES MELLITUS I	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 60.000,00	30/6/2005					
	2764	AVENTIS	DIABETES MELITUS II	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 60.000,00	30/6/2005					
	2616	NOVARTIS	COX189	MANOEL B. BERTOLO	R\$ 42.475,00	4/5/2005					
	2681	SCHERING	PEG. INTRON	FERNANDO L. GONÇALES	R\$ 107.800,00	30/7/2005					
	2660	NOVARTIS	NATEGL. XVALSARTAN	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 136.785,00	17/3/2007					
	2668	ROCHE	IBANDRONATE	ADIL M. SAMARA	R\$ 250.000,00	30/6/2005					
	2674	OMS	DESORDENS MENTAIS	NEURY BOTÉRIO	US\$ 12.000,00	28/2/2006					
	2682	NOVARTIS	MYFORTIC	GENTIL A. FILHO	R\$ 39.550,00	3/9/2006					
	2686	PFIZER	EXUBERA	MARCOS A. TAMBASCIA	US\$ 113.650,00	30/3/2005					
	2687	PFIZER	RESPOND	JOÃO C. ROCHA	US\$ 22.500,00	20/3/2004					
total	14	8	14	7	US\$ 322.750,00 R\$ 818.335,25	—					
2003	Nº. do convênio	Laboratórios	Projetos	Pesquisadores	Valor arrecadado pelo HC (igual a 15% do total do orçamento da pesquisa)	Vigência					
					2756		SCHERING	PEG-INTRON-CIRROSE	FERNANDO L. GONÇALES	R\$ 257.950,00	10/2/2008
					2757		SCHERING	PEG-INTRON-FIBROSE	FERNANDO L. GONÇALES	R\$ 147.840,00	10/2/2006
					2765		LILLY	DULOXETINA	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 59.202,00	30/5/2004
2766	ROCHE	PEG-INTERFERON	FERNANDO L. GONÇALES	R\$ 272.000,00	30/11/2007						
2780	GLAXO	GW433908	ROGÉRIO J. PEDRO	R\$ 30.000,00	10/6/2004						

	2782	BRISTOL	BMS 188667	ADIL MUHIB SAMARA	R\$ 230.040,00	24/9/2004
	2783	BRISTOL	METOTREXATO	ADIL MUHIB SAMARA	R\$ 310.501,80	24/9/2004
	2931	ROCHE	WA17043-MAB.RITUX	ADIL MUHIB SAMARA	R\$ 104.500,00	30/4/2006
	2794	MERCK	ALENDRONATO	JOÃO F.M. NETO	R\$ 90.280,80	30/9/2004
	2806	MERCK	ETORICOXIB	IBSEN B. COIMBRA	R\$ 435.580,80	31/12/2005
	2809	ROCHE	MICOFEN. MOFETIL	GENTIL ALVES FILHO	R\$ 58.192,00	30/3/2005
	2812	AVENTIS	ENOXAP. E HEPARINA	OTÁVIO RIZZI COELHO	R\$ 840.000,00	31/12/2005
	2815	ICON	SR 48692	LAIR ZAMBON	R\$ 424.780,00	31/1/2005
	2820	NOVARTIS	VALSARTAN-HIDROCL.	JOÃO CARLOS ROCHA	R\$ 50.598,00	15/7/2005
	2827	BRISTOL	BMS-298585	OTÁVIO RIZZI COELHO	R\$ 219.579,92	21/2/2005
	2828	BRISTOL	VIREMIA/MONOTER.	FERNANDO L. GONÇALES	R\$ 127.500,00	18/2/2005
	2832	MERCK	ROFECOXIB	NELSON R. NETO JÚNIOR	R\$ 500.000,00	30/9/2004
	2840	BOEHRINGER	TIPRANA VIR	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 29.196,00	29/8/2005
	2856	BRISTOL	ENTE.C.E LAMIVUDINA	FERNANDO L. GONÇALES	R\$ 123.775,30	25/9/2008
	2863	ASTRA ZEN.	HIPERCOLESTEROL.	OTÁVIO RIZZI COELHO	R\$ 26.364,00	31/3/2004
	2866	INST.HEALT	AF-CHF	OTÁVIO RIZZI COELHO	R\$ 100.545,00	4/7/2005
	2925	BIOCINTÉTICA	CORONARIOPATIA	OTÁVIO RIZZI COELHO	R\$ 22.152,00	30/12/2005
	2896	LILLY	DULOXETINA	PAULO C. R. PALMA	R\$ 26.268,00	30/9/2004
	2897	MERCK	CONTROLE GLICÊMICO	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 115.835,50	31/5/2004
	2792	MERCK	MK-0767-024-00	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 209.808,72	31/10/2004
	2903	PPD/FUJISAWA	PROGRAF	GENTIL ALVES FILHO	US\$ 607.400,00	1/12/2007
	2904	NOVARTIS	CERTICAN-EXTENSÃO	GENTIL ALVES FILHO	R\$ 28.060,00	12/11/2005
	2945	NOVARTIS	FTY720-0125-NEORAL	MARILDA MAZZALLI	R\$ 179.100,00	1/4/2005
	2946	NOVARTIS	CERL080A2404	MARILDA MAZZALLI	R\$ 74.220,00	1/4/2007
total	29	15	29	14	US\$ 607.400,00	—
					R\$ 4.253.869,84	
2004	Nº. do convênio	Laboratórios	Projetos	Pesquisadores	Valor arrecadado pelo HC (igual a 15% do total do orçamento da pesquisa)	Vigência

2004	2957	SCHERING	306440-BEYOND	BENITO P.DAMASCENO	62.250,00 Euros	1/6/2006
	3097	BIAL PORTELA	PRA/BIA-2093-302	CARLOS A. MANTOVANI	R\$ 149.611,00	30/8/2006
	3018	SCHERING	HEPATITE C	FERNANDO L. GONÇALES	R\$ 25.000,00	31/5/2006
	3009	ROCHE	WV16866	FERNANDO L. GONÇALES	R\$ 24.000,00	30/6/2008
	3130	PENINSULA	DORI-08	FRANCISCO H. AOKI	US\$ 54.000,00	30/12/2005
	3182	LIBBS	ATAR-01	JOÃO CARLOS ROCHA	R\$ 27.000,00	3/12/2005
	3155	NOVARTIS	VAH631C2302	JOÃO CARLOS ROCHA	R\$ 36.400,00	31/5/2006
	2179	EUROFARMA	EF-001/2004-CLORT	JOÃO CARLOS ROCHA	R\$ 20.000,00	30/12/2005
	3072	ROCHE	MV17973-VALGAN.	MARILDA MAZZALLI	R\$ 110.400,00	30/6/2006
	3117	ROCHE	M55025-TRANCEPT	MARILDA MAZZALLI	R\$ 20.000,00	18/10/2008
	3014	NOVO NORDISK	BIASP 1570	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 11.800,00	30/6/2005
	3043	BRISTOL	REACH 8903	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 9.000,00	31/12/2006
	3149	PFIZER	A2171030	MARCOS A. TAMBASCIA	US\$ 25.000,00	31/12/2006
	3148	PFIZER	A2171028	MARCOS A. TAMBASCIA	US\$ 25.000,00	30/12/2006
	3118	NOVARTIS	CLAF237A 2327	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 59.760,00	19/10/2007
	2984	PFIZER	A2581104	OTÁVIO RIZZI COELHO	R\$ 15.000,00	31/5/2005
	3088	PFIZER	A3841024	OTÁVIO RIZZI COELHO	R\$ 30.000,00	10/4/2006
	3165	AVENTIS	HOE901-4032	OTÁVIO RIZZI COELHO	R\$ 364.000,00	30/11/2009
	2969	BOEHRINGER	BI 1182-17	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 16.873,60	3/11/2006
	3137	JANSSEN	TMC114-C215/RTV	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 332.500,00	1/3/2006
	2943	JANSSEN	TMC114-C213	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 339.500,00	1/3/2006
	3096	GLAXO	HS2100181	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 41.760,00	26/4/2006
	3181	JANSSEN	TMC-125-C227	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 313.000,00	5/5/2006
	3175	NOVARTIS	CVAL489A-BR02	JOÃO CARLOS ROCHA	R\$ 50.000,00	30/12/2005
	3180	FUJISAWA	FG506E-12-03 (MR4)	GENTIL ALVES FILHO	US\$ 44.192,00	30/9/2006
total					US\$ 148.192,00	
	25	15	25	11	R\$ 1.995.604,60	---
					Euros 62.250,00	

2005	Nº. do convênio	Laboratórios	Projetos	Pesquisadores	Valor	Vigência
					arrecadado pelo HC (igual a 15% do total do orçamento da pesquisa)	
	nc	ROCHE	WA16855/U263G	ADIL MUHIB SAMARA	R\$ 31.335,00	30/5/2006
	nc	AVENTIS	XRP4563H/4001	BENITO P. DAMASCENO	R\$ 130.000,00	26/8/2006
	nc	BIOLAB	MRZ90004-0406/1	ELZA COTRIN SOARES	R\$ 11.400,00	5/7/2006
	nc	NOVARTIS	VAH631C2401	JOÃO CARLOS ROCHA	R\$ 55.370,00	26/11/2006
	nc	THERAVANCE	0018-TELAVANCINA	FRANCISCO HIDEO AOKI	US\$ 35.770,00	31/1/2006
	nc	WYETH	0881A-101548	MANOEL B. BERTOLO	R\$ 180.000,00	28/9/2007
	nc	MERCK	MK0431	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 147.334,04	22/9/2006
	nc	GLAXO	SB-797620/004	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 16.500,00	5/5/2006
	nc	NOVARTIS	CLAF237A2338	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 146.100,00	25/10/2007
	nc	GLAXO	WEUK319-DEAL	MARCOS A. TAMBASCIA	R\$ 49.500,00	12/8/2006
	nc	UCB & PPD	NO1009-RPCE03B1013	MARILIZA M. GUERREIRO	US\$ 54.585,00	3/8/2007
	nc	UCB & PPD	NO1148-RPC303K0603	MARILIZA M. GUERREIRO	US\$ 30.570,00	3/8/2008
2005	nc	BRISTOL	CV168-048	OTÁVIO RIZZI COELHO	R\$ 183.600,00	2/6/2007
	nc	SERVIER	CL3-18886-15-BRA	OTÁVIO RIZZI COELHO	R\$ 294.792,00	5/7/2007
	nc	ZAMBON	1282MA MC 01	RAQUEL S.B. STUCCHI	250.000,00 Euros	30/3/2006
	nc	ASTRA ZENECA	SD-039-0735	REYNALDO QUAGLIATO	R\$ 213.000,00	30/3/2007
	nc	JANSSEN	TMC125-C227	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 313.000,00	30/5/2006
	nc	JANSSEN	TMC125-C211	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 116.500,00	3/4/2007
	nc	JANSSEN	TMC114-C213 - SUB	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 14.000,00	5/6/2006
	nc	JANSSEN	TMC125-227-SUB EST	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 10.000,00	7/7/2006
	nc	JANSSEN	TMC278-204	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 349.000,00	7/9/2007
	nc	JANSSEN	TMC114-C214	ROGÉRIO J. PEDROSO	R\$ 107.200,00	20/9/2008
	nc	INST.NAC.SAÚDE	SMART (ANTI-)	ROGÉRIO J. PEDROSO	US\$ 61.732,80	nc
	nc	JANSSEN	3333369-EPY-203/2006	CARLOS A. M. GUERREIRO	R\$ 160.000,00	7/7/2006
	nc	GLAXO	RM2004/00146/00	CARLOS A. M. GUERREIRO	R\$ 46.150,00	4/8/2010
	nc	ALTANA PHARMA	BY9010/MI-206	JOSÉ DIRCEU	R\$ 143.640,00	3/4/2006

	nc	GLAXO	PEACE-SAM-103848	JOSÉ DIRCEU	R\$ 51.480,00	5/8/2006
	nc	BRISTOL	IM101-042	LILIAN T. L. COSTALLT	R\$ 38.587,00	3/8/2006
	nc	LAB. SERVIER	CL3-16257057-BRA	OTÁVIO RIZZI COELHO	R\$ 75.600,00	12/12/2006
	nc	ROCHE	WA18155	ADIL MUHIB SAMARA	R\$ 49.117,10	3/7/2006
	nc	BRISTOL	IM103027	GENTIL ALVES FILHO	R\$ 135.432,00	20/8/2008
	nc	BAXTER HOSP.	DIÁLISE PERITONEAL	GENTIL ALVES FILHO	R\$ 9.600,00	7/7/2008
	nc	THERAVANCE	OO15-TELAVANCINA	FRANCISCO AOKI	R\$ 66.000,00	2/8/2006
total					U\$ 182.657,80	
		18	33	16	R\$ 3.144.237,14	—
					Euros 250.000,00	

Fonte: Assessoria de Projetos e Convênios Hospital das Clínicas da UNICAMP. 2005.

ANEXO 2

Quadro 1 – Alguns dos principais desafios à universalização do Sistema Único de Saúde no Brasil. 2005.

Este Quadro foi desenvolvido no âmbito do projeto: VIANA, Ana Luiza D'Ávila (coordenadora). *Desafios para a Proteção Social em Saúde no Brasil em um contexto de iniquidade - Relatório consolidado da pesquisa*. São Paulo: FM/USP, dez./2005 (não publicado).

Esta pesquisa tem como recorte empírico a Amazônia Legal e busca avaliar o “Plano de Saúde da Amazônia Legal – PSAL”, proposto pelo Ministério da Saúde em 2003. A pesquisa entrevistou 7 dos 9 Secretários Estaduais de Saúde da região da Amazônia Legal e outros 15 Secretários Municipais de Saúde de municípios selecionados. Foram entrevistados, ainda, os dirigentes do Ministério da Saúde responsáveis pelo PSAL.

O Quadro 1, a seguir, apresenta alguns dos principais desafios estruturais apontados pelas entrevistas e identificados pela pesquisa, que marcam a consolidação do SUS na Amazônia Legal. Porém, com a leitura bibliográfica e com as entrevistas realizadas por essa dissertação, no âmbito de Campinas, foi possível constatar que estes desafios são estruturais no Brasil e não apenas da Amazônia Legal (por isso o Quadro refere-se ao Brasil). Isso mostra que é preciso, a partir desta constatação, identificar as dimensões que tomam esses desafios diante da realidade de cada lugar no território nacional.

O Quadro está dividido em 16 temas e dentro de cada um estão apontados alguns dos desafios

Alguns dos principais desafios	
<u>Mobilidade pela saúde</u>	<ul style="list-style-type: none">○ Acessibilidade:<ul style="list-style-type: none">○ Necessidade de acesso aos meios de transporte e de comunicação;○ Problema com as grandes distâncias.▪ Gastos grandes com o Tratamento Fora do Domicílio (TFD);• Enorme demanda espontânea.

<p><u>Regulação da mobilidade pela saúde</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PPI ▪ Dificuldade de articulação entre gestores; ▪ Dificuldade de hierarquização do sistema; ○ Sobrecarga nos municípios de referência; ○ Repasse per capita deficitário; ○ Intenso movimento migratório intra-regional: dados do IBGE, que são base da política de financiamento da saúde, não acompanham essa mobilidade.
<p><u>“Pólos” regionais</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Concentração das infra-estruturas e serviços de saúde nos municípios de maior porte populacional (acima de 100 mil habitantes), sobretudo, nas áreas metropolitanas; ○ Concentração dos financiamentos para a saúde: REFORSUS privilegiou as capacidades já instaladas nestas cidades com mais de 100 mil habitantes;
<p><u>Centralização das decisões no âmbito federal</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desconsideração das peculiaridades locais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificuldades de acessibilidade e as diversidades socioespaciais e etnoculturais; ▪ Dificuldade de implementação dos programas propostos; • Grau de capacidade de gestão financeira, política e administrativa dos gestores públicos municipais; • Necessidades infra-estruturais para a condução das políticas (em casos extremos, verifica-se a ausência dessas infra-estruturas); • Centralização na formulação de normas, descentralização na execução. • Maior sensibilidade da gestão municipal quanto às demandas locais.
<p><u>Regionalização: Problemas de pactuação política</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ A esfera estadual como “mau” mediador; ○ Interferência de questões político-partidárias; ○ Herança partenalista e clientelista dos governos estaduais e federais; ○ Falta de capacitação dos gestores públicos municipais ○ Geração de disputa política por recursos entre os governos estaduais e municipais; ○ Problemas na pactuação entre municípios vizinhos; ○ Dificuldades de atuação das instâncias regionais de poder, como as Diretorias Regionais de Saúde; ○ Dificuldades na lida com a dinâmica territorial na tentativa de demarcação das regiões de saúde. ○ Dificuldade da execução de normas de regionalização.
<p><u>Informação</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sub-notificação: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das causas de morbimortalidade; ▪ Das infra-estruturas disponíveis; ▪ Do acesso aos serviços de saúde; ▪ Das demandas à atendimentos; ▪ Instituições governamentais de pesquisa e informação têm dificuldade de acompanhar as dinâmicas locais; ▪ Acarreta em problemas no repasse de recursos federais para a saúde; ▪ Notificação é feita, apenas, daqueles que acessam os serviços de saúde; ○ Informatização: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de pessoal capacitado para lidar com novas tecnologias; ▪ Falta de informatização dos cadastros; ▪ Falta de tecnologia de informação instalada; ○ Rigidez e complexidade dos sistemas do DATASUS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para notificação; ▪ Para o cruzamento dos dados para investigação;
<p><u>Insuficiência de profissionais em todos</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • De pessoal capacitado para lidar com sistemas de informação, como para a própria administração pública; ▪ Médicos;

<u>os níveis de especialidades e complexidades dos serviços de saúde</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros; • Técnicos de informática, de laboratórios; • Atendentes; ○ Dificuldade de atração e manutenção de profissional qualificado: • Falta de um plano de carreira; • Médicos sem CRM (profissionais estrangeiros); ○ Insuficiência de capacitação dos profissionais: • Necessidade de formação de profissionais nas universidades nos próprios estados; • Necessidade de melhoria da formação para lidar com a saúde pública, com o SUS (sobretudo, na atenção básica) e, também, com os problemas de endemias e realidades regionais. • Necessidade da humanização dos serviços
<u>Programa Saúde da Família (PSF)</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repasse deficitário; ▪ Número insuficiente de profissionais; ▪ Falta de capacitação dos profissionais; ▪ Precariedade dos serviços de atenção básica (prejudica a ação das equipes).
<u>Serviços de saúde</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inexistência, precariedade ou insuficiência de serviços de todos os níveis de precariedade. ○ Dificuldade de acesso aos serviços.
<u>Prevalência da concepção curativa e não preventiva</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pela população; ▪ Pelos gestores; ▪ Pelos profissionais da saúde.
<u>Inadequação do repasse federal</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Critérios: <ul style="list-style-type: none"> • Existência e tipo de serviço; • Per capita; • Capacidade instalada. ○ Ampliam as desigualdades os valores pagos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por região; ▪ À iniciativa privada.
<u>Dependência do repasse Federal</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Insuficiência dos recursos; ○ Dificuldade na arrecadação municipal ○ Aumento da demanda pelo SUS
<u>Planos do Governo Federal</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de execução das ações ○ Distância das realidades locais ○ Descrédito por parte dos governos locais ou da população
<u>Saneamento Básico</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Insuficiência, precariedade ou inexistência: ○ Ainda resulta em taxas elevadas de mortalidade infantil; ○ Dificuldades no financiamento (FGTS, empréstimos BNDES); ○ Necessidade de um modelo diferenciado de saneamento básico para algumas regiões do país; ○ Questão histórica dentro da discussão sobre as prioridades políticas.
<u>Educação</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ainda é insuficiente ou precária a educação em saúde: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravidez na adolescência ▪ Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) ▪ Questões culturais de higiene
<u>Planejamento territorial</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dificuldades de incorporação e compreensão do território ○ Dificuldades de regionalizar o SUS

ANEXO 3

Reportagem: “Morrer na Indonésia”. Le Monde Diplomatique/LMDdossiê.

Fonte: <http://diplo.uol.com.br/2006-05,a1324>

Maio de 2006.

LE MONDE 
diplomatique

LMDdossiê



Morrer na Indonésia

Não foi o tremor de terra – mas pobreza e desigualdade – o fator que determinou a morte de 5 mil pessoas, após o terremoto em Java. Para assegurar o direito à vida, em situações como esta, há uma alternativa muito concreta

Cimento dos pobres. Este é o nome que se dá, na Região Especial de Yogyakarta, ilha de Java, à argamassa usada para erguer a maior parte das construções. A mistura é rica em areia – abundante e grátis, na ilha – mas raquítica em cimento. Seria uma temeridade, em qualquer parte, viver entre paredes construídas com esse material. Pior na Indonésia, um dos pontos do planeta em que repercute com mais força, na forma de terremotos e erupções vulcânicas, o choque colossal entre duas das grandes placas tectônicas do planeta: a Indo-australiana e a Eurasiana.

Construídos de acordo com as técnicas modernas, os hotéis e *shopping centers* de Yogyakarta – um tesouro de belezas naturais e História, que delicia visitantes europeus, japoneses e australianos – quase não foram atingidos pelo terremoto de sábado, 27/5. Mas... e as casas de quem serve os turistas? No subúrbio de Mandig Trirenggo, 80% das construções ruíram. Eram 5h54 da manhã, quando a terra

começou a tremer. A densidade populacional da região [1] ultrapassa 1.000 habitantes por quilômetro quadrado – mais de seis vezes a do estado de São Paulo. O número de vítimas pode se multiplicar, nas próximas horas e dias.

“Esqueça: não temos tempo para limpeza, nem requintes”. O doutor Surapto conversou com John Aglionby, repórter do jornal inglês *The Guardian*, no instante em que “operava” a perna fraturada de um bebê de colo, no lobby do Hospital Senopati, o mais próximo de Mandig Trirenggo. Sem anestesia, o garoto alternava berros com a busca dos seios de sua mãe. “O centro cirúrgico está reservado para casos mais graves. O que podemos fazer, aqui, é dar alguma atenção a cada paciente e passar imediatamente para o próximo”, explicava Surapto.

Caía uma tempestade, do lado de fora do hospital. O repórter contou dezenas de pessoas esperando, cobertas com plástico ou jornal, algumas recebendo soro que vinha de bolsas penduradas em árvores [2]. Enfermeiros militares, que tentavam oferecer alguma assistência aos feridos mais graves, atordoavam-se a cada minuto, quando chegava um novo caso. As pessoas com ferimentos considerados menos graves eram simplesmente dispensadas. “Quase não posso andar, precisam fazer um raio-X das minhas costas” diria mais tarde, ao repórter, Isparwati, uma moça que se arrastava pelas ruas de Mandig Trirenggo: “Estou confusa e traumatizada. Minha mãe morreu e não podem cuidar de mim. O que está acontecendo”?

Prevenção ao alcance do ser humano

Durante milênios, os desastres naturais foram vistos como castigo dos deuses ou, ao menos, fenômenos cujas conseqüências os seres humanos eram incapazes de controlar. Era possível, no máximo, reduzir os danos, graças a certas técnicas de previsão. No Ocidente, admiravam-se, por exemplo, os métodos dos chineses, que antecipavam abalos sísmicos – e evacuavam regiões – graças à observação do galope dos cavalos, do grasnar dos gansos, da ondulação dos lagos.

Muito mudou, nas últimas décadas. Novas técnicas de construção criaram edifícios quase imunes aos terremotos. Surgiram, além disso, sistemas tecnológicos que permitem prever catástrofes. Desde 1949, Estados Unidos e Japão mantêm e aperfeiçoam, no Havaí, um centro de detecção e alerta sobre maremotos. Mesmo distante, ele captou, em 26 de dezembro de 2004, a formação do *tsunami* no Oceano Índico. A detecção ocorreu algumas horas antes de as ondas gigantes varrerem a Ásia e África. Mas não pôde ser anunciada, por não haver, nestes continentes, redes de difusão do alarme. Alcançada graças a saberes de toda a humanidade, esta conquista científica e técnica continua a beneficiar apenas uma minoria. Enquanto isso, mesmo em regiões de alto risco de abalos, muitos só têm um teto quando apelam para o “cimento dos pobres”.

Se existem condições para assegurar a todos o direito à vida, é eticamente aceitável permitir que tantos continuem sofrendo e morrendo? *Le Monde Diplomatique* e outras publicações debatem este tema em diversos textos. Poucos dias após o maremoto asiático de 2004, por exemplo, Ignacio Ramonet, diretor da edição francesa do jornal, publicou *Após o tsunami*. Os números expostos pelo artigo revelam como os seres humanos são desiguais, mesmo em relação ao direito elementar à vida.

Os números da desigualdade

“Uma catástrofe ‘natural’ de intensidade idêntica causa menos vítimas em um país rico do que em um país pobre”, lembra Ramonet. E parte para os exemplos: “o sismo de Bam, no Irã, ocorrido em 26 de dezembro de 2003, e de 6,8 graus na escala de Richter, fez mais de 30 mil vítimas. Três meses antes, em 26 de setembro de 2003, um abalo mais violento (8 graus) na ilha Hokkaido, no Japão, não deixou mais do que alguns feridos, e nenhum morto. Outro exemplo: em 21 de maio de 2003, um terremoto de 6,2 graus atingiu a Argélia e causou mais de 3 mil mortes. Alguns dias mais tarde, um sismo mais violento – 7 graus – chacoalhou o noroeste do Japão e não deixou nenhum morto”.

Um mês mais tarde, o texto de Ramonet seria completado, no mesmo jornal, por outro, de Frédéric Durand. Ele lembrava que a ocupação dos manguezais pelos seres humanos, na Indonésia, havia liquidado uma barreira natural entre o oceano e as populações. Em consequência, estas estavam, agora, diretamente sob influência das forças, muitas vezes destrutiva, das águas.

Diante das catástrofes, como assegurar ao maior número possível de pessoas o direito à vida? Como dar à humanidade condições de reagir a grandes catástrofes – como a que atingiu agora a Indonésia – cuja solução não pode ser alcançada apenas no plano nacional? Uma contribuição muito relevante ao debate deste tema foi oferecida, em 2004, pela Comissão Landau. Montada pelo governo francês, em 2003, ela reuniu um grupo de estudiosos (muitos dos quais com origem ou presença marcante nos movimentos sociais) dispostos a debater a hipótese de um sistema internacional de impostos.

Cidadania e distribuição de renda globais

Se a globalização cria uma nova esfera de poder, agora em plano internacional – perguntou a comissão – por que não permitir que os cidadãos controlem este poder? Por que não criar um espaço mundial de cidadania? Por que não oferecer aos seres humanos condições para debater e definir objetivos comuns, e tomar medidas concretas que permitam alcançá-los?

A Comissão Landau propôs, em resposta a estas perguntas, um sistema de impostos internacionais, cujos objetivos seriam redistribuir riquezas produzidas coletivamente e estimular o surgimento de uma democracia planetária. Os resultados do trabalho estão disponíveis na internet. Talvez provoquem polêmica. Mas, depois de lê-los, não é mais possível argumentar que a garantia da vida, nas condições extremas das catástrofes telúricas, depende apenas do salve-se quem puder.

[1] Yogyakarta foi capital da Indonésia durante a guerra de independência (entre 1946-1950), quando tropas holandesas ocuparam Jacarta. Abriga o templo budista de Borobudur e complexo hinduísta de Prambanan (ambos século 9), sinais da diversidade cultural e religiosa do país. Mantém o status de sultanato, herdado do império muçulmano.

[2] Segundo as últimas estatísticas disponíveis na segunda-feira, 29/5, havia 5.136 mortos, 20 mil feridos, 25 mil construções destruídas e 200 mil desabrigados.

Fonte: <http://diplo.uol.com.br/2006-05.a1324>