



XIX ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR
Blumenau - SC - Brasil

REFLEXÕES SOBRE CENTRO, CENTRALIDADE, DIVERSIDADE E SERVIÇOS DE SAÚDE

Nathália Canêdo de Lima Silva (Unifesspa) - arqnathaliacanedo@gmail.com
Mestranda em Planejamento e Desenvolvimento Regional e Urbano da Amazônia pela Unifesspa.

Reflexões sobre centro, centralidade, diversidade e serviços de saúde

INTRODUÇÃO

No início de 2020 o mundo se encontrou no meio de uma emergência sanitária sem precedentes que vitimou mais de cinco milhões de pessoas no mundo sendo destes, mais de seiscentos mil brasileiros (HOPKINS, 2021). Foi a primeira vez que um Coronavírus causou uma doença que teve dimensões e impactos que alteraram a ordem global como nunca visto antes.

No caso brasileiro a questão se tornou emblemática. Apesar de o país possuir o Sistema Único de Saúde (SUS) que conta com enorme capacidade instalada de unidades básicas de saúde, emergência e hospitalar de grande capilaridade territorial, com sistema de vigilância epidemiológica com profissionais experientes e qualificados e um sistema de informação abrangente, isso não foi suficiente (FREITAS, BARCELLOS e VILLELA, 2021). A falta de uma gestão central da crise somada à forma de contágio e evolução da doença expôs as profundas desigualdades do país que se expressaram desde as deficiências regionais do sistema até na percepção de que haveria grupos populacionais mais vulneráveis do que outros e que requereriam atenção especial e políticas específicas (FREITAS, BARCELLOS e VILLELA, 2021).

Debates sobre políticas públicas de vigilância em saúde aumentaram a sua relevância e sua relação com o território se mostrou ainda mais importantes na medida em que já se tinha uma estrutura básica para dar resposta a uma pandemia desconhecida. À medida que se tinha conhecimento de como a doença se disseminava as ações de vigilância epidemiológica com base territorial também tinham relevância. Fosse para estabelecer procedimentos que evitassem ou postergassem a introdução da infecção em novos territórios através de medidas de contenção de pessoas e do rastreamento de contatos para interrupção de redes de transmissão, fosse para ampliar a realização de testes diagnósticos, fosse para permitir uma melhor estruturação da rede de atenção em seus diversos níveis de complexidade, pois como se percebeu a presença ou ausência de certos equipamentos e serviços de saúde, ou a alta demanda destes, estava definindo a vida e a morte da população (FREITAS, BARCELLOS e VILLELA, 2021).

Nesse sentido, esse artigo busca trazer uma aproximação entre os estudos urbanos e regionais através dos conceitos de centro, centralidades e diversidade urbanos e a localização dos serviços de saúde brasileiros como forma de contribuir nesses estudos que relacionam saúde e território que podem inclusive servir como base para lidar com o futuro pós-pandêmico onde pode ser possível propor uma reestruturação social e econômica do país.

Partimos da premissa de que os serviços de saúde são importantes equipamentos urbanos que podem ser geradores de atratividade econômica e demográfica e, portanto formadores de centralidades urbanas que impactam e são impactados pelas configurações de redes de cidades e pela organização do espaço intraurbano.

Esses serviços se caracterizam por um uso intensivo de recursos humanos gerando impactos decisivos na geração de emprego e renda e dependendo do porte do serviço podem servir como polos geradores de fluxos de pessoas em escala regional, concorrendo assim para a vitalidade dos centros urbanos além de serem atratores de atividades comerciais relacionadas que promovem um encadeamento de atividades.

Além disso, em especial no caso brasileiro, ao se tratar dos serviços de saúde, é preciso dar especial destaque a existência do SUS. É justamente dentro do guarda-chuva do sistema que se encontram os mais diversos tipos de serviços, afinal são eles os de maior demanda, já que a maior parte da população brasileira não tem condições de pagar por serviços de saúde particulares (IBGE, 2021). Apesar disso, não se pode desprezar a importância dos serviços privados que tem uma estreita relação com o público já que muitas vezes o setor privado oferta serviços que são contratados em parte ou integralmente pelo SUS.

Dessa forma, acredita-se que essa forma de analisar a questão da saúde brasileira através de uma leitura urbano-regional permita apreender novos ângulos para a produção de políticas de saúde nas cidades brasileiras além de políticas urbanas e regionais que podem trazer novas oportunidades de pensar políticas públicas.

Nesse sentido, este artigo está organizado em quatro seções incluindo esta introdução. Na segunda seção trataremos de forma breve sobre as definições de centro e centralidade e diversidade urbanos principalmente fundamentadas em bases teóricas de autores como Christaller (1966), Sposito (2001, 2013), Barata-Salgueiro (2013) e Jacobs (2011).

Na terceira seção traremos uma breve discussão sobre a caracterização dos serviços de saúde, explicitando a abrangência e complexidade em destaque pela existência do Sistema Único de Saúde. Tratamos da natureza dúbia dos serviços de saúde que ao mesmo tempo são um serviço terciário são também um instrumento de política pública.

Por fim, na última seção buscamos trazer conexões e relações entre esses conceitos e a realidade de organização dos serviços de saúde e também da própria organização urbana brasileira. Longe de esgotar o debate, este artigo pretende abrir a possibilidade para estudos urbanos e regionais futuros que se relacionem com a saúde.

CENTRO, CENTRALIDADE E DIVERSIDADE

A análise da articulação entre centros urbanos em escala regional, assim como entre espaços intraurbanos que exercem mediação espacial de serviços para essa rede é uma questão importante para o entendimento do fenômeno urbano. Dentro do foco deste artigo, para entender de que modo os serviços de saúde se integram no fenômeno urbano, faremos primeiro uma breve discussão sobre os conceitos de centro e centralidade.

Entre os processos que constituem as diferenciações espaciais que compõem o urbano temos a centralidade como processo e o centro como sua expressão territorial. Parte-se da concepção de duas escalas conceituais e geográficas: a escala da rede urbana e a escala do espaço intraurbano;

entendendo que as duas escalas descrevem diferenciações sócio-espaciais que são complementares entre si (CORRÊA, 2007).

As diferenciações ocorrem de forma peculiar em cada uma das escalas. Na dimensão da rede urbana essa diferenciação aparece em termos de integração funcional (hierarquia e complementariedade) e tamanho e interação de centros urbanos. No espaço intraurbano as diferenciações se manifestam por movimentos e formas de organização econômica e social do espaço. Assim se caracterizam padrões de uso do solo, escolhas locacionais e atuação de forças de atração e repulsão, a depender das características e do momento atravessado por cada centralidade.

Diversos autores trabalham no desenvolvimento dos conceitos de centro e centralidade de tal forma que partimos de duas hipóteses. Em primeiro lugar, que a centralidade é uma dimensão essencial do fenômeno urbano (SPOSITO, 2001; LEFEBVRE, 1999). Em segundo lugar, que o centro e o “não centro” formam uma unidade dialética (LEFEBVRE, 1999; VILLAÇA, 2012) e são criados por um único e mesmo processo, ou seja, “o centro de uma cidade se constitui somente se e quando a própria cidade se constitui” (VILLAÇA, 2012 p.99). Essa relação dialética pode ser apreendida em múltiplas escalas referindo-se tanto à escala do espaço urbano, quanto na escala da rede urbana, sem deixar de vista que ambas as dimensões mantêm uma influência mútua (SPOSITO, 2001).

Christaller, geógrafo alemão, é um autor referência no debate sobre o fenômeno dos lugares centrais e redes de cidades. Na década de 1930, ele buscou explicar de modo conectado as localizações urbanas e as características funcionais e hierárquicas dos sistemas formados por centros urbanos. Para o autor nem a quantidade, nem a distribuição, nem o tamanho das cidades poderiam ser explicados apenas por condicionantes da geografia física (CHRISTALLER, 1966, p. 2).

Resumidamente, o que ele propõe são os conceitos de lugar central e região complementar para definir a relação entre o lugar que concentra a oferta de bens e serviços que atraem e influenciam uma região, ou seja, os bens e serviços centrais. Estes são caracterizados por uma série de bens e serviços produzidos e/ou ofertados para atender as necessidades das pessoas daquelas comunidades.

Haveria então, entre os lugares que ofertam esses bens e serviços centrais, uma relação de hierarquia e complementariedade onde certos centros vão ofertar atividades mais especializadas, complexas e sofisticadas (de mais alta ordem) enquanto outros vão se limitar a atividades mais simples (de menor ordem). Nesse sentido, haveria para cada serviço um limite mínimo e máximo de alcance de sua força de atração, ou seja, haveria um limite da oferta de bens e serviços baseados na demanda para manter tal atividade e na distância que as pessoas estão dispostas a viajar para obter tal bem ou serviço. Todo esse conjunto constituiria um sistema de lugares centrais hierarquizados e complementares segundo ordens estabelecidas por circunstâncias específicas dos bens centrais.

Nesse sentido as decisões locacionais dos serviços de saúde podem oferecer possibilidades e impactos nas definições de centralidades urbanas, podendo eles atuar como geradores ou potencializadores de centralidades.

Além disso, ao constatarmos que uma cidade possui uma centralidade significativa baseada em oferta e demanda de serviços de saúde e se consideramos que o 'centro' é uma localização com forte poder de atração de pessoas, podemos nos questionar se e como esses serviços vão atuar dentro desses centros urbanos.

Tradicionalmente, o centro se refere aquela zona única no interior da cidade, dotado de complexidade funcional que lhe atribuía os mais altos índices de frequência e densidade. Essa concepção genérica do que é o centro parte de certos determinantes históricos, econômicos, culturais e sociais. Além disso, pode-se dizer que a cidade centraliza porque concentra atividades econômicas e lúdicas, porque ela é o espaço do exercício e da representação do poder e da cultura de uma sociedade.

O centro é, pois, o espaço de excelência e a expressão dessa concentração. Ele é o ponto de integração geográfica e social (BARATA-SALGUEIRO, 2013). Sposito (2013) descreve o centro urbano como o "lugar de convergência de pessoas, ideias, bens e serviços, o centro é, com maior ou menor expressão [...] lugar de encontro, de referência, de concentração de elementos diversos" (SPOSITO, 2013, p.8).

Ribeiro Filho (2004) ao tratar do núcleo central urbano o descreve como aquele onde o uso do solo é mais intensivo e onde há uma maior concentração de atividades sociais e econômicas principalmente do setor terciário. É também usualmente uma área de decisões, pois é ali que se encontram os escritórios e sedes de empresas e instituições governamentais. Apesar de haver essa concentração ele ressalta que não há uma homogeneidade desses serviços, ao contrário, há uma diversidade pela multifuncionalidade.

Glaeser (2011) define as cidades como "*the dense agglomerations that dot the globe, have been engines of innovation since Plato and Socrates bickered in na Athenian marketplace.* (GLAESER, 2011, p. 1)" pois é somente no espaço urbano, e os centros urbanos têm papel importante nisso, que a diversidade, o empreendedorismo e a educação levariam a inovação. Essas ideias não são novas.

Jane Jacobs, em sua obra clássica "Morte e Vida de Grandes Cidades" publicado em 1961, ao fazer críticas ao que ela chama de urbanismo ortodoxo como os principais responsáveis pela "morte" da cidade, ou ao menos em parte dela, através de medidas que em última instância seriam de negar a própria cidade, já anunciava que "as cidades grandes são geradoras naturais de diversidade e fecundas incubadoras de novos empreendimentos e ideias de toda espécie. Elas são o centro econômico natural de um número e um leque imenso de pequenas empresas" (JACOBS, 2011, p. 159).

Para a autora, admitir de imediato como fenômeno urbano as combinações ou misturas de usos seria importante para entender a realidade urbana na medida em que nenhuma "função" urbana é um fenômeno em si e seria impossível defini-los como adequados ou inadequados apenas com dados como a proporcionalidade entre área e quantidade de habitantes.

Nesse sentido, Jacobs (2011) defende que a mistura suficiente de usos – em um nível de diversidade suficiente – por uma extensão suficiente de áreas urbanas que preservariam a própria civilização, em essência, urbana. Essa

diversidade urbana proposta pela autora seria uma espécie de termômetro que mede o potencial de sucesso do lugar, ou seja, a qualidade de sua urbanização, ou se quisermos ainda, o desenvolvimento urbano.

Isso se daria porque é nas cidades, em particular em grandes cidades, que há uma maior variedade de oferta de produtos e serviços que favorecem e do qual são dependentes as pequenas empresas e fornecedores. A diversidade que importa não se limita apenas as atividades de caráter (estritamente) econômico. Apesar de a diversidade econômica ser, em si, muito importante para as cidades, tanto social quanto economicamente.

Nesse sentido, a presença de serviços e equipamentos de saúde pode ofertar uma possibilidade de diversidade muito grande para as cidades, e se for tomada como um uso principal pode gerar uma diversidade derivada importante que pode impactar os centros urbanos com a presença de serviços relacionados ou serviços de apoio aos serviços de saúde.

Para Sposito (2010) houve nas últimas décadas uma redefinição do que é centralidade urbana. Apesar de não ser uma dinâmica nova, a centralidade adquiriu novas dimensões principalmente se considerado o impacto das transformações atuais nas metrópoles, grandes e médias cidades. Essa nova forma de centralidade vem de uma recomposição contínua da estrutura interna das cidades e sob certos aspectos, uma homogeneização das territorialidades intraurbanas de diferentes cidades.

Ao mesmo tempo, ela também aponta o fim do centro tradicional ou principal ocasionado pela grande extensão territorial das aglomerações urbanas, aumento da capacidade de consumo de produtos e serviços e a emergência de novas formas de circulação no interior das cidades. Sendo assim, novas expressões territoriais vão definir diferentes graus de centralidade (SPOSITO, 2010).

Nesse contexto de redefinições, compreender a presença e atuação de serviços de saúde dentro do centro (ou centros) urbanos como fator gerador de diversidade urbana pode oferecer novos caminhos tanto para o planejamento urbano e regional quanto para o próprio planejamento da saúde. Nesse sentido, na próxima seção tentaremos caracterizar melhor o que são esses serviços e o que os diferencia.

A NATUREZA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Paim (2006) considera que a atenção à saúde pode ser examinada de dois pontos de vista. A primeira seria uma abordagem mais política a partir da necessidade de oferecer uma resposta social aos problemas e necessidades de saúde. Uma segunda é a partir da compreensão da saúde como um serviço que está inserido no interior dos processos de produção, distribuição e consumo. Desse ponto de vista, a saúde estaria inserida no setor terciário da economia e dependente de processos que atravessam os espaços do Estado e do mercado.

Singer (1978) destaca que os serviços de saúde possuem um monopólio legal que lhe confere a exclusividade da prestação de cuidados à saúde e se organizam em uma hierarquia (ou rede numa compreensão mais recente) complexa que compreende consultórios, clínicas, hospitais, hospitais-escola,

faculdades de medicina, odontologia, enfermagem etc., conselhos e associações de profissionais, das secretarias e dos ministérios (SINGER, 1978, p.10) além de autarquias, entidades de benemerência, organizações sociais de saúde (OS) e fundações, que dão ao conjunto ponderável peso político.

Dessa forma ao mesmo tempo em que é um serviço, a saúde também é mercadoria no sentido de que gera toda uma cadeia de produção no setor industrial a exemplo de medicamentos, imunobiológicos, equipamentos, reagentes, descartáveis, alimentos dietéticos, produtos químicos de diversas ordens etc. que ao fim são consumidos em sua maioria pelo próprio sistema de serviços de saúde. Dessa leitura ganha espaço a análise da distribuição, acessibilidade e otimização de diversos serviços numa escala urbana ou regional.

Podemos também compreender os serviços de saúde como atividades do setor terciário da economia. Vargas (2020) aponta que uma das dificuldades de se compreender a atividade terciária como atividades que geram valor econômico é derivada da própria característica do produto que muitas vezes têm uma natureza de invisibilidade, intangibilidade, falta de concretude e difícil mensuração. No entanto, com o desenvolvimento do capitalismo financeiro, a revolução da informática, a internacionalização da economia e a globalização acabaram por reforçar o caráter produtivo e criador de riquezas das atividades terciárias e abriu espaço para novas áreas de estudo que permitissem mensurar e administrar essas atividades seja no sentido do desenvolvimento econômico, seja da viabilidade das empresas e serviços e até da sua relação com o espaço urbano e regional.

Nesse sentido, a oferta de atenção e cuidado à saúde e o seu consumo podem ser caracterizados como importantes atividades do terciário e se caracterizam por uma série de serviços executados por agentes específicos direcionados para clientes também específicos, onde, via de regra, se está fornecendo algo subjetivo e por vezes intangível e que pode levar meses ou anos para que se vejam os resultados e que em geral, fará uso de uma séria de produtos para auxiliar nesse processo.

Assim, as atividades terciárias (oferta e demanda) e o seu significativo rebatimento espacial, que geram significativos deslocamentos de pessoas, bens e serviços que vão se refletir na vida – e na economia – urbana são importantes para compreender as dinâmicas urbanas contemporâneas. Isso porque essas atividades se caracterizam por uma diversidade de comércios e serviços que podem ser públicos ou privados e que tem relações com consumidores diversos além de possuírem uma capacidade de incorporar mudanças em alta velocidade. Nesse sentido estudos sobre as especificidades das demandas e efeitos locais desses serviços tem uma relação direta com a dinâmica urbana (usos e fluxos) que se bem compreendidos podem auxiliar na implantação de políticas públicas (VARGAS, 2020).

Nesse sentido, se considerarmos os estabelecimentos de saúde tal qual estão categorizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES – SUS) temos um conjunto de serviços amplo e complexo composto por: posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, policlínica, hospital geral, hospital especializado, unidade mista, pronto socorro geral, pronto socorro especializado, consultório isolado, unidade móvel fluvial, clínica/centro de

especialidade, unidade de apoio diagnóstico e terapia (Sadt isolado), unidade móvel terrestre, unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência, farmácia, unidade de saúde da família, unidade de vigilância em saúde, cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores na saúde, centro de parto normal, hospital/dia, unidade autorizadora, central de regulação de serviços de saúde, laboratório central de saúde pública (LACEN), central de gestão em saúde (secretarias municipais), centro de atenção hemoterapia e ou hematológica, centro de atenção psicossocial, centro de apoio à saúde da família (CSF), unidade de atenção à saúde indígena, pronto atendimento, polo academia da saúde, telessaúde, central de regulação médica das urgências, serviço de atenção domiciliar isolado (Home Care), unidade de atenção em regime residencial, oficina ortopédica, laboratório de saúde pública, central de regulação do acesso, central de notificação captação e distribuição de órgãos estadual, polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde e central de abastecimento.

Obviamente nem todos os serviços de saúde tem essa capacidade de gerar fluxos significativos, no entanto, no geral, a maior parte dos estabelecimentos de saúde vai possuir em maior ou menor proporção, essa capacidade de concentração de fluxos que vão se sobresscrever as redes de cidades e impactar a organização intraurbana.

É também lógico perceber que muitas vezes as decisões locacionais vão ser baseadas na disponibilidade da infraestrutura e de recursos, e por isso vão possuir distribuição desigual entre estratos sociais e entre regiões, estados e municípios, áreas urbanas e rurais e, nas cidades, entre periferia e centro (PAIM, 2006).

Além disso, há que se considerar que os padrões locacionais dos serviços de saúde têm particularidades diversas derivadas das diretrizes importantes para o seu próprio funcionamento. Por exemplo, uma unidade básica de saúde ou posto de saúde tem como prerrogativa atender a população da microrregião onde ela está inserida, podendo ser desde a população de parte de um bairro até uma pequena cidade. Nesse sentido, a capacidade centralizadora de uma UBS é reduzida e está geralmente conectada a sua população próxima.

Ao contrário do caso de um hospital geral ou especializado, por exemplo, que por questões de eficiência e qualidade do serviço vão se encontrar apenas em centros urbanos com papel mais importante dentro da rede, já que para que esse serviço exista é necessário que haja um melhor uso dos recursos e uma necessidade de concentração dos processos de produção de cuidados de maior densidade tecnológica que só começam a ser eficientes em lugares onde a sua demanda seja um número suficiente de casos para que não se torne ocioso.

Ou seja, cada tipo de serviço possui lógicas próprias de funcionamento e essas lógicas vão determinar a forma como esses serviços se organizam dentro de uma cidade e de uma rede de cidades. Nesse sentido, nos parece claro que ao se tentar compreender a relação entre os serviços de saúde e a formação ou potencialização de centralidades é impossível que se dissocie o aspecto regional do urbano. Isso porque se compreendermos a centralidade como o processo e o centro ou centros urbanos sua expressão territorial

(SPOSITO, 2010) percebemos que os serviços de saúde, em geral localizados nas cidades, e em muitos casos, nos centros dessas cidades, são serviços que podem possuir desde um alcance local até nacional, gerando fluxos que trazem para dentro da cidade, e por vezes para dentro do centro da cidade (ou centros) uma oportunidade de diversidade e vitalidade econômicas para esses espaços que deve ser melhor compreendido.

Para Guimarães (2014) isso aproximou a Geografia dos estudos geométricos do território e permitiu maior rigor na compreensão dos fenômenos de localização dos equipamentos hospitalares. Analisar a relação entre oferta de serviços e necessidades da população é um problema complexo, pois envolve a separação da necessidade e demanda, necessidade sentida pela população e prescrita pelos especialistas, necessidades básicas (frequentes) e contingenciais (ocasionais), necessidades coletivas e individuais.

A rede de serviços de saúde é entendida assim como um meio de produção de um território, pois é um sistema interconectado que funciona por meio da circulação de pessoas, mercadorias ou informações. Essa rede não se trata apenas de equipamentos conectados, mas de um conjunto de agentes que a frequentam buscando um objetivo ou cumprindo uma tarefa bem localizada territorialmente.

A existência de equipamentos de saúde funciona como nós – ou âncoras para usar a terminologia de Jacobs (2011) demarcando a posição de outras diversas instituições como hospitais, unidades básicas de saúde, laboratórios de análise clínica e apoio diagnóstico que por sua vez demarcarão outra série de serviços auxiliares e complementares muitas vezes não diretamente relacionados à saúde. Para Guimarães (2014 apud. SANTOS, 1978; 1993) essa rede é o meio e o fim de múltiplas relações de controle, de vizinhança, de distanciamento e de aproximação que criam e recriam lugares de poder.

Guimarães (2014) aponta que seus estudos acerca da geografia da saúde o levaram a uma maior compreensão do espaço urbano. Afinal, em um contexto de profunda heterogeneidade na distribuição de equipamentos coletivos, como é o caso das cidades brasileiras, é preciso levar em consideração a variabilidade de ligações efetivamente realizadas ao longo do tempo pelos diferentes agentes sociais sobre a rede de saúde. Para ele, a rede de serviços de saúde tem caráter intrínseco à vida urbana na medida em que

“[...] nenhuma outra rede de serviços tenha tamanho poder de produção, reprodução e enunciação de representações sociais da vida urbana como a saúde. Ela produz poderosas unidades semânticas com base nas quais se articulam, inclusive, outros simbolismos sociais, o que inclui o desejo, o imaginário, o percebido.”
(GUIMARÃES, 2014, p.42-43)

Os serviços de saúde estão articulados em redes extensas de serviços de produção e consumo urbanos e que são fundamentais nos processos de reestruturação e centralidade urbana (SINGER, 1978). Isso se dá porque a oferta e demanda desses serviços podem ser encarados como objeto inserido no tecido urbano, ou seja, um equipamento urbano ocupando o solo urbano. Dessa forma compreender a importância dos serviços de saúde no desenvolvimento das cidades é fundamental, afinal, é na cidade que as

peças procuram médicos ou recorrem aos serviços de urgência de maior complexidade (GUIMARÃES, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as contextualizações sobre os conceitos de centros, centralidades e diversidade e a natureza dos serviços de saúde, em especial o brasileiro, podemos apreender algumas questões: é possível considerar os serviços de saúde como serviços centrais dentro de uma rede urbana e como uso principal dentro de uma área urbana que auxilia na promoção de diversidade.

No contexto regional, quanto maior a complexidade do serviço ofertado maior a ordem desse serviço e conseqüentemente maior seria o alcance. De modo similar ao estabelecido por Christaller (1966), quanto mais elevado o nível de especialidade do serviço, e quanto mais alto a intensidade de seus insumos tecnológicos e de pessoal, maior a necessidade de concentração relativa de sua oferta e maior a sua aderência a pontos no espaço de maior densidade demográfica econômica. É fácil notar que essa lógica é presente no caso de serviços de saúde, considerando seus requisitos de especialidade e intensidade tecnológica.

Os serviços de especialidades médicas tal qual cardiologia, oftalmologia, endocrinologia etc, realização de exames, atendimento de urgência e emergência, internações, cirurgias de maior complexidade e unidades de terapia intensiva entre outras se encaixam nessa lógica na medida em que devem responder às questões de eficiência e qualidade. Assim, eles demandam mão de obra altamente especializada, além de acesso a insumos e serviços também especializados. Isso faz com que sua oferta seja mais limitada espacialmente, gerando um fluxo de pessoas em busca desses serviços, ou seja, ocasionando deslocamentos de pessoas em busca desse serviço central.

Ao mesmo tempo, a lógica da APS como serviços de menor alcance, em geral abrangendo apenas um bairro, ou conjunto de bairros de forma a estar mais próximo da população como é preconizado pelas diretrizes do SUS, vai de encontro com a ideia de que a situação mais favorável para o consumidor seria aquela em que não haja nenhuma despesa com deslocamento, ou seja, cada núcleo urbano contaria com um médico, ou no caso das estruturas de UBSs, com uma equipe de saúde, que atenderia uma pequena área em torno de um núcleo de tal forma que as pessoas estariam a pouco tempo do serviço.

Essa situação ótima deveria satisfazer também aquele que presta o serviço ou vende o bem central de tal forma que ele possa obter a maior renda líquida possível. No caso de serviços públicos de saúde, lucro não é o objetivo. Além disso, a própria dinâmica de decisão locacional de uma unidade da APS pode demonstrar o efeito das dinâmicas de subcentralidades ou de multipolicentralidades existentes no espaço urbano.

A relação de periodicidade também tem influência nessa organização. Enquanto serviços de APS ou cuidados de reabilitação e atendimento em domicílio são serviços de uso frequente, há a necessidade de esses serviços estarem localizados o mais próximo possível das pessoas. Já outros tipos de serviços possuem maiores intervalos de consumo e muitas vezes pelo caráter

de urgência, faz com que a população esteja disposta a (ou necessite) se locomover a uma distância maior a fim de ter acesso ao serviço.

Nesse raciocínio um lugar central tem maior importância quanto maior for sua região complementar. Como essa importância é parcialmente definida pela disponibilidade e consumo de bens centrais ela acaba por formar um sistema de lugares centrais hierarquizados que se relacionam diretamente com a própria localização dos serviços de saúde.

Isso se dá porque é a hierarquia da rede urbana que pode determinar a presença ou ausência e a localização de certos serviços de saúde em um ou outro centro urbano que compõe a rede. Isso é especialmente relevante nos casos de serviços de saúde pública brasileiros, mas também nos serviços privados logo que, pela necessidade de eficiência e qualidade dos serviços, esses que não necessariamente necessitam estar muito próximos da sua população atendida vão se localizar onde o investimento (público ou privado) seja justificado. Para isso eles precisam estar em locais onde haja recursos humanos qualificados, uma infraestrutura coerente com o porte dos serviços prestados e haja um número suficiente de casos para evitar a ociosidade de equipamentos.

Dessa forma, se considerarmos os serviços de saúde pela sua divisão por nível de complexidade (primários, secundários e terciários) ou mesmo a sua própria organização em rede conforme a organização em redes de atenção é a importância da cidade na rede, ou seja, seu papel dentro daquela hierarquia, que pode determinar o nível de complexidade dos serviços de saúde públicas disponíveis nesta ou naquela cidade.

Uma articulação mínima entre os núcleos urbanos de diferentes tamanhos através dos fluxos de pessoas, bens e serviços é fundamental para que esses serviços funcionem. Isso porque, apesar das diretrizes de universalização da saúde estabelecidos no caso dos serviços públicos, é impossível que se obtenha oferta de serviços de saúde mais complexos e especializados nos muitos núcleos urbanos pequenos ou até mesmo semi-rurais que compõem as redes urbanas brasileiras principalmente devido a sua baixa densidade demográfica-econômica.

Outra questão apontada por Christaller (1966) são as características de densidade econômico-demográfica que contribuem para definir o perfil espacial da demanda pelo serviço. Nesse caso para a determinação da demanda no espaço, o raciocínio seria quanto maior a densidade demográfica e de renda da população, maior seria a demanda potencial pelo bem central. Núcleos urbanos de maior demanda potencial são os que concentram ao mesmo tempo densidade demográfica e densidade de renda.

A renda tem papel mais direto na determinação da demanda por serviços privados. No caso dos serviços de saúde essa questão da renda se desdobra no acesso de pessoas que têm planos de saúde pagos pelos empregadores, ou tem a possibilidade de pagar por planos de saúde privados ou por serviços particulares diretamente.

Além da limitação da capacidade de consumo da população, há outra gerada a partir de uma limitação da capacidade de oferta. Essa limitação, geralmente bem visível nos serviços públicos, se traduz nas condicionantes

econômicas, administrativas, políticas, falta de recursos humanos especializados, falta de equipamentos, falta de leitos etc. Já a demanda por eles costuma ser sempre alta, gerando uma dificuldade de acesso a esses serviços.

Vale destacar a importância dos deslocamentos para o bom funcionamento da rede de atenção a saúde. A forma como ocorrem essas articulações e conexões entre núcleos urbanos, as distâncias e qualidades das estradas, os tipos de transportes utilizados, tudo isso pode facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde de ordem mais alta, principalmente para aqueles moradores de locais de menor hierarquia dentro da rede urbana.

A partir dessas considerações percebe-se que não é por acaso que, em geral, são nas cidades maiores que esses serviços costumam se concentrar, porque além de aumentar a possibilidade de redução dos custos o maior fluxo de pessoas pode também gerar diversidades derivadas se considerarmos os serviços de saúde como os serviços de função principal. Essa situação acaba por reforçar a própria centralidade do lugar na rede, mas os seus impactos no intraurbano são também fundamentais. Nesse caso, a própria ordem mais elevada acaba por fazer com que essa cidade tenha um desenvolvimento ainda mais rápido, fortalecendo ainda mais a sua centralidade sobre os demais lugares.

Evidentemente, é preciso considerar o fato de que o próprio planejamento e organização da rede de atenção à saúde devem considerar essas questões, indo muito além de limitações administrativas municipais, estaduais e por vezes até nacionais, já que esses nem sempre vão poder abarcar as realidades diversas com dinâmicas e culturas particulares encontradas em todo o Brasil.

Ao se tratar dos serviços de saúde dentro do espaço urbano, em especial centros urbanos de maior hierarquia dentro da rede, percebe-se que as decisões locais intraurbanas precisam (ou ao menos deveriam) considerar a formação das redes de atendimento, estabelecida de tal forma que as relações de complementaridade entre os serviços primários, secundários e terciários cumpram o papel para o qual foram criados.

Esse tipo de ajuste no arranjo da rede de atendimento evita a sobrecarga de certas unidades por mau direcionamento de demandas que poderiam ser resolvidas em outras unidades, eventualmente de mais baixa complexidade e as decisões locais no espaço urbano, dentre outros fatores, podem impactar fortemente nesse funcionamento já que a ausência de um serviço em determinada localização pode trazer consequências para os outros integrantes da rede.

A ausência de um posto de saúde em uma determinada região pode acabar por sobrecarregar outros equipamentos que não foram designados para atender aquelas demandas. A ausência de um hospital maternidade em determinada localidade pode impactar toda a rede de atenção por ela atendida. Um CAPS AD instalado em um bairro e não em outro pode facilitar ou dificultar o acesso de seus usuários ao equipamento além de poder modificar toda a dinâmica urbana da região.

Um desdobramento perceptível da organização dos serviços de saúde dentro de uma cidade é um conjunto de atividades existentes em virtude de serviços de saúde fazerem dos seus arredores o que muitos denominam “corredor sanitário”, ou seja, uma rua ou centro especializado. Por ele vão conviver pacientes que circulam pela cidade à procura de atendimento e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e toda sorte de serviços que possam ali se instalar.

Esses centros especializados podem se constituir dentro do próprio centro urbano, em local que já possui uma complexidade funcional que lhe atribui os mais altos índices de frequência e também onde usualmente é a área das decisões, pois ali vão se concentra os escritórios e sedes de instituições governamentais, ou seja, em locais onde há uma diversidade pela multifuncionalidade (RIBEIRO FILHO, 2004) já bem consolidada.

Essa concentração pode ser motivada por essas dinâmicas, sua complementariedade e na própria facilidade de acesso não só aos próprios serviços, mas também aqueles derivados que podem servir aos pacientes, seus acompanhantes, aos trabalhadores da saúde e a todos os outros moradores da cidade.

Essa relação faz com que a própria cidade se adense promovendo aquilo que Jacobs (2011) estabelece como uma das condições geradoras de diversidade. Além disso, a presença de um equipamento público como um hospital tem a capacidade de atrair pessoas que não são efetivamente moradoras, mas que pela necessidade de um atendimento mais específico ou um recurso terapêutico não oferecido na sua cidade de origem faz com que ela precise de um Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Pode ocorrer, por exemplo, em casos de tratamentos de câncer ou pacientes infantis que precisem de serviços específicos. Nessas situações muitas vezes, a cidade que oferta o serviço recebe, mesmo que temporariamente, não só o paciente, mas também parte da família que passa a viver e consumir naquele espaço.

Jacobs (2011) em sua primeira condição para a diversidade urbana argumenta que um distrito, e aqui podemos dizer o próprio espaço urbano ou uma fração dele, se torna mais diverso se atende a mais de uma função principal. Isso porque, essa concentração de funções propicia que pessoas diferentes, em horários diferentes e por motivos diferentes possam utilizar aquele espaço.

Façamos um exercício imaginativo: consideremos um serviço de saúde instalado em uma cidade onde um hospital tenha um porte que atenda no mínimo a média complexidade. Em função de relações de complementariedade, é possível que ao redor desse hospital se forme o que Jacobs (2011) chama diversidade derivada, baseada direta ou indiretamente naquele serviço de alta hierarquia como bem central.

Essa diversidade derivada incluiria estabelecimentos ligados a bens e serviços relacionados (farmácias, clínicas especializadas, casas de produtos médicos, laboratórios, serviços de diagnóstico, etc.). Por outro lado, é possível que também surgisse oferta de bens e serviços complementares em outros setores: bancos, restaurantes, lanchonetes, hotéis e serviços afins. Assim a

instalação desse hospital funcionaria como âncora e catalisador para a instalação de diversidades derivadas, as quais seriam atraídas tanto pelo público em circulação, quanto pelas economias de proximidade geradas pela oferta de serviços central.

Já as pessoas ali não se resumem aos pacientes do hospital, que poderiam ou não ser moradores da cidade, e possíveis moradores próximos, mas a todo um conjunto de médicos, enfermeiros, técnicos e todos os empregados do hospital, além de toda a rede de trabalhadores e (pequenos) empresários que se instalaram nos comércios e serviços frutos dessa diversidade derivada. Além disso, haveria também todo um grupo de pessoas de fora, que podem estar ali seja em busca do serviço do hospital que exerce ali a função principal, ou até mesmo com o objetivo dos serviços que se encontram ali próximos.

Tal fenômeno reflete-se na (re)estruturação urbana, especialmente de cidades maiores que tendem a concentrar tais atividades, isto porque ocupam parcelas significativas do solo e estão inseridas no tecido urbano no contexto da economia política da urbanização (ARAÚJO, 2016).

Por tudo isso, se mostra aberta uma ampla possibilidade de estudos mais aprofundados tanto sobre a organização dos serviços de saúde dentro de uma rede urbana hierarquizada quando dentro do próprio espaço urbano considerando que esses serviços podem ser importantes fatores de atração de pessoas, bens e serviços que atuam nas práticas sociais e espaciais desses espaços e na sua região de influência (região complementar) que podem gerar ou potencializar centralidade e diversidades urbanas.

REFERÊNCIAS

BARATA-SALGUEIRO, Teresa. Do centro às centralidades múltiplas (13-29). In: Fernandes, J.; Sposito. M. (orgs). *A nova vida do velho centro nas cidades portuguesas e brasileiras*. Porto: CEGOT, 2013.

CHRISTALLER, W. *Central Places in Southern Germany*. Englewood Cliffs: PRENTICE-HALL, 1966.

CORRÊA, Roberto Lobato. *A rede urbana*. São Paulo: ÁTICA, 1989.

FREITAS, C. M., BARCELLOS, C., e VILLELA, D. A. M., (eds). *Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; EDITORA FIOCRUZ, 202.

GLAESER, Edward. *Triumph of the City: How Our Greatest Invention Makes Us Richer, Smarter, Greener, Healthier, and Happier*. PENGUIN BOOKS LTD.,2011.

GUIMARÃES, Raul Borges. *Saúde: fundamentos de Geografia humana*. São Paulo: EDITORA UNESP DIGITAL, 2015. Recurso digital

HOPKINS, J. *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)*. Baltimore: JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acessado em: 30 de novembro de 2021.

IBGE. *Pesquisa nacional de saúde 2019: ciclos de vida*. Rio de Janeiro: IBGE, 2021

JACOBS, Jane. *Morte e Vida das Grandes Cidades*. São Paulo: EDITORA WMF MARTINS FONTES, 2011.

LEFEBVRE, H. *A Revolução Urbana*. Belo Horizonte: EDITORA DA UFMG, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

RIBEIRO FILHO, Vitor. A área central e suas mudanças: uma discussão. In: *Sociedade & Natureza*, Uberlândia, n.16, v.31, p.155-167, 2004.

SINGER, Paul. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão (Org.). *Textos e contextos para a leitura geográfica de uma cidade média* (235-253). Presidente Prudente [s.n], 2001.

SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. Centros e centralidades no Brasil (45-59). In: Fernandes, J.; Sposito. M. (orgs). *A nova vida do velho centro nas cidades portuguesas e brasileiras*. Porto: CEGOT, p.45-59, 2013.

VARGAS, Heliana Comin. Comércio, serviços e cidade: subsídios para a gestão urbana. In: *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, v.22, p.1-26, 2020.

VILLAÇA, F. *Reflexões sobre as cidades brasileiras*. São Paulo: STUDIO NOBEL, 2012