

TERRITÓRIO USADO E SAÚDE NA METRÓPOLE DE CAMPINAS-SP

Mariana Vercesi de Albuquerque*

Resumo: A proposta deste artigo é 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 (SUS) e a universalização da saúde.

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

TERRITORY USE AND HEALTH SERVICE IN CAMPINAS-SP

Abstract: 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.

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

Introdução

O Brasil garante o direito universal à saúde desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (art. 196). Isso significa que todo cidadão brasileiro tem direito de acessar os serviços e ações de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) definem tudo aquilo que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Em pouco mais de vinte anos, a política de saúde conquistou muitos avanços para a consolidação do SUS e a efetivação do

direito à saúde. Dentre os avanços, estão: (i) o aumento do gasto público em saúde; (ii) o crescimento da cobertura assistencial; (iii) a realização de transplantes e procedimentos de alto custo; (iv) a expansão das equipes de saúde da família; (v) a formação e capacitação de profissionais e gestores de saúde; (vi) a redução de taxas de morbimortalidade materno-infantil e por doenças transmissíveis; (vii) o estímulo à pesquisa científica e inovação tecnológica; (viii) a descentralização da gestão; (ix) os instrumentos de planejamento e organização regional do sistema; (x) a participação cidadã nos conselhos de saúde. Pode-se afirmar que 100% da população utiliza o SUS em algum

* E-mail: mari_valb@yahoo.com.br.

momento de sua vida e que 70% depende exclusivamente do sistema para realizar seus tratamentos de saúde.

Contudo, restam ainda grandes desafios para garantir a concretização do direito à saúde em todo o território nacional. Questões estruturais e conjunturais resultam em importantes dificuldades e limitações para a implantação e organização do SUS. Dentre elas, destacam-se: (i) as proporções continentais do território brasileiro, marcado pela grande diversidade e desigualdade regional, econômica, social e cultural; (ii) o sistema federativo brasileiro, que confere grande autonomia ao ente municipal; (iii) o baixo gasto público em saúde, se comparado aos países com sistemas universais de saúde e ao volume do gasto privado em saúde no Brasil; (iv) as relações público-privadas, que por vezes interferem de forma prejudicial nas condições de acesso, de investimento, do mercado de trabalho e da gestão e organização do SUS; (v) o crescimento dos planos privados de saúde; (vi) a baixa qualificação e grande rotatividade de parte dos gestores e profissionais de saúde; (vii) a fragmentação dos serviços de saúde, não organizados em redes de atenção à saúde; (viii) o longo tempo de espera, em alguns casos, para a realização de consultas, exames e procedimentos.

Os avanços e desafios apresentados expressam, dentre outras coisas, a forma como o território brasileiro vem sendo usado no período atual. Como proposto por Milton Santos (1978; 1994; 1996), o *espaço geográfico* é instância social “um sistema indissociável de objetos e ações” e o que interessa discutir é o *território usado*: a concretização deste sistema indissociável e

de objetos e ações que configura os usos do território.

O direito à saúde se realiza em todos os lugares do país como norma (lei), mas não como modernização (através da oferta de serviços, equipamentos profissionais e recursos financeiros) (ALMEIDA, 2005; ALBUQUERQUE, 2006; VIANA; ELIAS; IBAÑEZ, 2009). Os lugares mais *opacos* (SANTOS; SILVEIRA, 2001), isto é, menos favorecidos pelos processos de modernização e de inserção na divisão internacional do trabalho, são aqueles que enfrentam as maiores limitações para a garantia e o acesso às ações, serviços e medicamentos essenciais ofertados pelo SUS. Nesses lugares, existem dificuldades para atração e fixação de profissionais, para a oferta de serviços, para o planejamento e gestão, para a incorporação de tecnologias, para custeio e investimento no sistema.

Nem todos os lugares e regiões respondem da mesma forma às políticas de saúde e ao processo de consolidação do SUS. A concretização da universalização da saúde está diretamente vinculada às possibilidades oferecidas pelos lugares para a melhoria das condições de vida da população e para a existência das ações e serviços oferecidos pelo SUS (ALMEIDA, 2005).

As modernizações na saúde suscitam o aprofundamento das desigualdades socioespaciais. O SUS, como uma modernização do território, é incompleto e seletivo nos lugares e regiões do Brasil. Este é um dos grandes desafios enfrentados pela política de saúde para concretizar o direito à saúde.

Interessa compreender, portanto, como cada lugar contribui para o processo de

modernização e universalização da saúde no país.

Situação geográfica e situação de saúde

O conceito de lugar pode ser definido como “o espaço do acontecer solidário”, do “tempo empiricizado”, um subespaço contíguo, onde coexistem determinados usos do território e seus consequentes embates e conflitos (SANTOS, 1996). O conceito de situação geográfica (SILVEIRA, 1999), parece chave para a sistematização do conhecimento dos lugares na compreensão dos eventos e usos relacionados à saúde.

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 (SILVEIRA, 1999).

A situação decorreria, assim, 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, 1999, p. 22-23).

O reconhecimento do conjunto de eventos mais importantes que caracterizam um dado lugar possibilita definir sua situação geográfica – o “tema comum dos esforços” (SILVEIRA, 1999, p. 22-23) ou os usos e abusos do território (SOUZA, 2003). 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.

A situação geográfica revela, também, a condição oferecida pelo lugar ao acolhimento de novos eventos. Essa âncora no futuro lançada pela situação é fundamental para a saúde pública, que tem de lidar com o inesperado (SOUZA, 2004). “A vida humana e tudo nela é um constante e absoluto risco” (ORTEGA Y GASSET, 1963, p. 28).

A identificação das situações geográficas ajuda na compreensão das diferenças e das possibilidades de concretização da universalização da saúde, seus processos e sentidos em cada lugar (ALBUQUERQUE, 2008; VIANA et al., 2007; 2011).

O conceito de saúde não se restringe à ausência de doenças, abrange um conjunto de elementos que dizem respeito ao “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1948). A saúde é considerada um direito humano fundamental, “cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA, 1978). Dentre as condições e requisitos para a saúde, estão: a moradia, a educação, a paz, a alimentação, a renda e a justiça social (I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIAR, 2007, p. 30).

A Constituição Federal brasileira de 1988, não traz um conceito específico de saúde. O Brasil acata os conceitos de saúde definidos em âmbito internacional e o princípio da proteção social em saúde, fruto da ideia de responsabilidade coletiva, que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS).

A proteção social consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência. Os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. Pode-se, portanto, afirmar que a formação de sistemas de proteção social resulta da ação pública que visa resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão (por renda, raça, gênero, etnia, cultura etc.) (VIANA; ELIAS; IBÁÑEZ, 2005, p. 17).

As condições ou situação de saúde da população resultam da combinação de uma série de fatores e acontecimentos num dado momento, num dado lugar. Os indicadores de morbimortalidade (número de doentes e mortes por determinada doença) são muito expressivos para análises sobre a situação de saúde da população. Ao mesmo tempo, tais indicadores são extremamente sensíveis às desigualdades socioespaciais e entre regiões, pois o perfil de morbimortalidade reflete muitas vezes as condições de moradia, alimentação, renda, educação e violência às quais as pessoas estão sujeitas nos lugares (BARRETO; CARMO, 2007).

As condições de organização, funcionamento e desempenho do sistema de saúde também influenciam as situações de saúde. A garantia de acesso, a continuidade,

a efetividade e eficácia do tratamento e das ações de prevenção, em tempo adequado, influem nas condições de saúde da população de um determinado lugar. O Mapa da Saúde, introduzido como instrumento de planejamento do SUS pelo Decreto 7.508/2011, detalha a situação de saúde da população a partir de indicadores de morbimortalidade, de dados socioeconômicos e de indicadores sobre acesso/desempenho do SUS.

Pode-se afirmar que a situação de saúde é muito sensível à situação geográfica dos lugares e regiões, considerando-se a complexidade dos fatores que influenciam o estado da saúde das pessoas e a relação destes com a forma como o território é usado em cada lugar. A identificação de diferentes situações geográficas contribui para dimensionar os desafios para a saúde no país.

Campinas: metrópole corporativa e fragmentada

A metrópole de Campinas é interessante de ser analisada do ponto de vista da saúde e das desigualdades socioespaciais que caracterizam o território brasileiro. 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 (MELLO, 2010). Em relação às desigualdades socioespaciais, Campinas expressa usos muito modernos e muito opacos do território,

revelando-se uma *metrópole corporativa e fragmentada* (SANTOS, 1990):

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.

A metrópole – símbolo 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 e na efetivação do direito à saúde. No entanto, atraem para si todas as contradições inerentes à modernização constante dos usos do território (SOUZA, 1999).

Os investimentos seletivos pelo Estado valorizam e desvalorizam áreas nas cidades e provocam, em seu interior, 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.

Assim, 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.

A identidade da metrópole (SOUZA, 1994) é dada pela sua vocação de acolher prontamente as modernizações do presente e, assim, “estar sempre em compasso com o ritmo do mundo” (SANTOS, 1990). Por isso

mesmo, as metrópoles são espaços privilegiados para encampar as contradições, os conflitos nos usos do território em cada período (SOUZA, 1999). Essa identidade da metrópole é que vai designar o que se denominou, aqui, de *situação geográfica de metropolização* (ALBUQUERQUE, 2006; 2008).

A situação de metropolização está vinculada aos processos mais antigos da urbanização brasileira, da integração do território (do seu mercado interno e com os mercados internacionais) e da divisão territorial do trabalho. As metrópoles guardam heranças das transformações do meio geográfico e da passagem dos períodos históricos. A situação de metropolização é resultado do acúmulo, da diversificação e da densificação 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). Por conta disso, faz-se necessário um esforço de periodização para encontrar os eventos que mantêm a capacidade da metrópole em acompanhar os acontecimentos do mundo.

Campinas sempre foi uma cidade de vanguarda no que se refere à sua inserção nos processos nacionais e internacionais que marcaram os diferentes períodos históricos mundiais e na dinâmica das transformações urbanas. Assim, Campinas apresenta-se, desde seus primórdios, como um “lugar mundial” (SOUZA, 2004).

Sua atual situação geográfica de metropolização tem âncora em alguns eventos originados em situações geográficas pretéritas. Nesse sentido, a identificação das

fases da origem da metrópole campineira se faz necessária.

Tal periodização contou com os dados da Matriz de Periodização de Campinas, elaborada por Maria Adélia de Souza e sua equipe do Escritório de Planejamento da Cidade, na Prefeitura Municipal de Campinas (PCM) (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. 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 urbano e industrial da cidade.
- 3) Da segunda metade da década de 1960 até os dias atuais, quando Campinas desponta como

metrópole corporativa da fluidez e polo da alta tecnologia e a saúde da população passa a evidenciar as consequências da degradação das condições de vida, a partir do processo da *involução metropolitana* (SANTOS, 1990).

1. Da cidade do café, destruída pela grande epidemia de febre amarela, ao princípio da industrialização e das transformações urbanas (1850-1933)

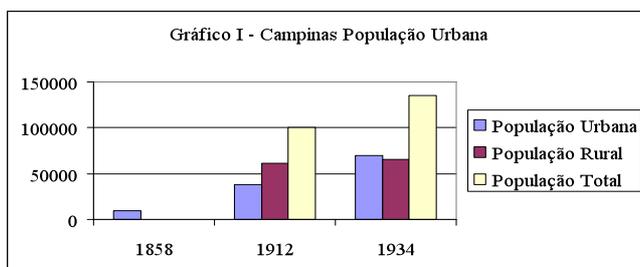
Em 1836, Campinas era a maior produtora de açúcar do Estado de São Paulo (PCM, 2004). Um ano antes, ocorreu a primeira exportação do café campineiro, cujo ciclo de produção havia iniciado em 1826. Mas é a partir da década de 1850, que a produção cafeeira supera a de açúcar e a especialização produtiva 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 polo regional” (BADARÓ, 1996, p. 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, segunda

cidade no Brasil a utilizá-lo”, a primeira foi o Rio de Janeiro (PCM, 2004). 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 com a especialização produtiva no café, Campinas conecta-se com mais vigor ao mercado internacional. A produção cafeeira do município atingiu o auge entre os anos de 1870 a 1883. 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 escravos e da chegada de grande contingente de migrantes estrangeiros, para trabalhar nas lavouras de café. Campinas ainda tinha população predominantemente rural. O município só torna-se urbano a partir de 1934, como mostra o Gráfico I.



Organização: Mariana V. de Albuquerque. Fonte: Fundação Seade, 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.

A febre amarela assolou as principais cidades que participavam da economia cafeeira e prejudicou a imagem do Brasil no exterior. 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 (UJVARI, 2003). Além disso, a tuberculose era a principal causa de morte da população pobre, que vivia nos cortiços das cidades. Assim, a população urbana mais pobre ficou em segundo plano nas ações sanitárias e, até mesmo, foi vítima das ações sanitárias de destruição dos cortiços (UJVARI, 2003).

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 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 infraestrutura. (BADARÓ, 1996, p. 30-32).

No início do século XX, ao adotar a política sanitária de higienização urbana para vencer as epidemias e retomar o dinamismo econômico, Campinas lança sua âncora no futuro de uma situação geográfica de industrialização e intensa urbanização. A melhoria das infraestruturas contribuiu para toda uma modernização do território e da concepção de vida urbana. As políticas de saúde, nesse momento, estiveram aliadas às políticas de industrialização e urbanização no Brasil.

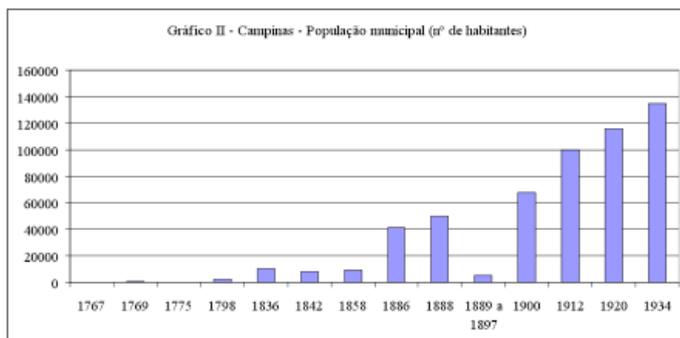
As medidas de controle da febre amarela e da gripe espanhola (epidemia ocorrida em 1918) contribuíram para transformações no processo de urbanização de Campinas. Houve a melhoria de infraestruturas urbanas, com a efetivação das políticas de higienização que introduziram novas metodologias científicas 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. 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. 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 (FRANCESCHI, 2002).

Em Campinas, 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 (PCM, 2004). De 1886 a 1912, são realizadas obras de abastecimento de água e esgoto, considerando o novo saneamento com o controle científico das doenças infecto-contagiosas, através do conhecimento das bactérias e a utilização de água encanada. Nesse momento, chegou também a 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 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 1889 e 1897 (BADARÓ, 1996).



Organização: Mariana Vercesi de Albuquerque.
Fonte: 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 criou muitos incentivos 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: hospitais e asilos. Além dos incentivos para as indústrias, houve aqueles destinados à implantação de serviços de saúde (PCM, 2004).

Ainda de acordo com PCM (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.

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. A cidade industrial, a reforma urbana e a transição epidemiológica (1934 até meados da década de 1960)

A partir de 1934, 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 pelo alargamento de ruas e avenidas – com o zoneamento urbano –, equipando determinadas áreas com infraestruturas para a instalação das

indústrias, além de outras medidas, tais como, as de moradias populares.

Ricardo Badaró (1996) atenta sobre a estrutura de vanguarda que Campinas representa dentro das diretrizes e metodologias adotadas pelo planejamento 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 infraestrutura sanitária.

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 infraestruturas e normas de isenções fiscais. Campinas era um verdadeiro “nó” de conexão entre os mercados interno e externo, pelas redes de circulação e comunicação que abrigava. Entre 1934 e 1965, alguns eventos importantes estão relacionados ao aumento da fluidez territorial, dentre eles, poderíamos destacar (PCM, 2004): a conclusão do prédio dos correios e telégrafos, a inauguração do aeroporto de Viracopos (voos nacionais e internacionais), a introdução do ônibus urbano, a ampliação da estação telefônica.

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 técnico-científico (SANTOS, 1996).

A transição epidemiológica resultava da diminuição das epidemias e mortes causadas pelas doenças infecto-contagiosas e pelo aumento da morbimortalidade por doenças crônicas e degenerativas, como o câncer. Essa transição refletia a melhoria das condições de vida das pessoas, sobretudo, devido ao processo de urbanização, que significava maior acesso ao saneamento, aos alimentos, aos tratamentos e conhecimentos científicos em saúde.

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. 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.

O poder público de Campinas apoiava-se no baixo índice de mortalidade infantil, considerado uma dos mais baixos do País, 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 1920 (BAENINGER, 1992, p. 48).

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.

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

Após 1964, houve uma desaceleração dos investimentos industriais na capital paulista e 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 Plano Nacional de Desenvolvimento – 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 1960 e 1970, Campinas desponta como um dos poucos polos de alta tecnologia no Brasil (FARIAS, 2004), mais voltado para os setores: de telecomunicações, da microeletrônica, da química fina e da microbiologia, dentre outros. 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.

Com essa mudança, 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.

No âmbito da saúde, Campinas se firma como uma referência nacional no processo da Reforma Sanitária e na oferta de serviços especializados e de alta tecnologia. O município também passa a enfrentar os problemas socioespaciais decorrentes da precarização das condições de vida e saúde, através das sub-habitações, desemprego, baixa escolaridade etc.

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, em 1962. O Hospital das Clínicas desta Universidade é um dos elementos mais importantes no

processo da constituição de Campinas como um polo tecnológico, hoje, também na área da saúde.

Em meados da década de 1960, aumentam vertiginosamente as densidades das luminosidades e das opacidades dos usos do território campineiro. 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.

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

A mudança na constituição técnica das redes de transporte e comunicação, assim como, o aumento da densidade e diversificação dos fluxos 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.

Campinas acolheu, entre 1960 até meados da década de 1980, uma intensa migração populacional por conta das perspectivas de desenvolvimento urbano e de trabalho que passou a representar.

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. A Rodovia D. Pedro I é o grande macroeixo de desenvolvimento do circuito superior no município e na sua Região Metropolitana, dada a seletividade e a qualidade dos fixos e fluxos que nele se densificam e que viabilizam os usos corporativos mais modernos (RIBEIRO, 2005).

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 técnico-científico-informacional e populacional de toda ordem, a partir dessas conexões.

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, p. 59).

A condução seletiva dos investimentos em infraestruturas 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, p. 21).

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.

Algumas das áreas anteriormente destinadas à industrialização tornaram-se locais dos conjuntos habitacionais populares. Houve 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 à metrópole a refletir de forma expressiva, o conflito de interesses corporativos e coletivos de usos do território. “Entendemos Campinas como um espaço da globalização que vem conhecendo um processo de modernização incompleto, gerador de profundas e crescentes desigualdades sociais” (PCM, 2004).

O Sistema Único de Saúde na metrópole campineira

O Hospital das Clínicas da UNICAMP é um representante da seletividade do SUS enquanto evento de modernização da saúde na metrópole campineira. 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. 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. O HC revela-se não apenas como uma referência municipal e regional do atendimento à saúde, mas, também, como uma referência nacional.

O HC busca a excelência na Alta Complexidade através da intensa incorporação de tecnologia e especialização de seus serviços e profissionais. Há, também, uma forte pressão 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 consequente especialização dos serviços).

No entanto, esse Hospital sofre alguns embates para se manter em suas funções e especializações no âmbito da metrópole corporativa e fragmentada. A modernização incompleta gera conflitos e contradições evidentes nos usos do território pela saúde.

Apesar da posição e situação privilegiadas de Campinas dada a concentração e especialização dos serviços de saúde em relação ao restante do país, os principais desafios para a universalização da saúde estão relacionados à Atenção Básica, que é o primeiro nível de acesso ao sistema.

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. As demandas da atenção básica, quando não atendidas nos postos de saúde, passam a entrar diretamente nos pronto-socorros dos hospitais de média e alta complexidade, sobrecarregando esses serviços. A urgência e emergência desses hospitais se transformam, assim, em grandes portas de acesso ao SUS pela demanda espontânea de atendimento.

A reestruturação do pronto-socorro do Hospital das Clínicas da UNICAMP, como uma Unidade de Emergência Referenciada – UER, a partir de 2004, configura-se como uma tentativa de resposta do hospital a esses desafios impostos pela metrópole campineira.

A UER se difere do pronto-socorro por ser um atendimento mais especializado de urgência e emergência, e porque o acesso ao mesmo 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. O grande objetivo da adoção dessa mudança foi diminuir o fluxo da demanda espontânea na porta de entrada da urgência e emergência do HC, diminuindo, com isso, os gastos e priorizando as atividades da Alta Complexidade, que é a sua especialização. De uma hora para outra o HC passou a regular o acesso via UER, dificultando a entrada de pacientes com casos não resolvidos pelos serviços de atenção básica

Essa medida mostra como o SUS é uma modernização também incompleta do território (ALBUQUERQUE, 2006). Os serviços de alta complexidade, que envolvem mais recursos, maior escala de acesso, maior densidade tecnológica e especialização dos profissionais, concentram-se em determinados pontos luminosos do território. Os serviços de atenção básica se estendem por lugares luminosos e opacos, e expressam mais concretamente as dificuldades da metrópole corporativa e fragmentada para garantir o acesso universal aos serviços de saúde, com qualidade e resolutividade.

A reestruturação do pronto-socorro do HC é uma estratégia normativa para lidar com a opacidade dos lugares. Esses lugares são aqueles caracterizados por usos do território menos dotados de altas densidades técnicas, científicas e informacionais e que têm maiores dificuldades de abrigar e atrair, por exemplo, os profissionais qualificados, serviços, equipamentos, recursos etc.

No entanto, as medidas de reestruturação hospitalar não tiveram impacto direto na melhoria da estrutura do atendimento na Atenção Básica municipal e regional, que é, justamente, um grande entrave para a resolução dos problemas de saúde e de sua universalização.

Conclusão

A situação de saúde, incluindo as características de organização da rede assistencial, é extremamente sensível às contradições e desigualdades na situação geográfica de metropolização.

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 esse direito a todos os cidadãos. Mas esse direito não é usufruído da mesma forma em todos os lugares. Daí a contribuição do SUS à configuração de opacidades e luminosidades territoriais. E o desafio do SUS está justamente nesse embate: da universalização da saúde enquanto norma e da universalização enquanto modernização – incompleta e seletiva.

A situação geográfica de metropolização, em que se encontra o Hospital das Clínicas da Unicamp, cria conflitos em sua especialização (alta complexidade) mas, ao mesmo tempo, autoriza-a. Isso quer dizer que, por um lado, as opacidades do lugar convergem para o HC como uma força contrária à sua modernização e extrema especialização. Nesse 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 de escassez dos serviços de saúde 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 dá força para que ela se imponha ao lugar.

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. 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.

O SUS, por ser um projeto nacional para todos os brasileiros e intrínseco ao período da 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. Campinas é um lugar privilegiado pela sua história e experiência de vanguarda nos projetos sanitários que resultaram, em última instância, na criação do SUS. Sendo assim, a situação de metropolização de Campinas, apesar dos desafios que oferece, também aponta para um futuro marcado por grandes avanços e conquistas na consolidação do sistema universal de saúde brasileiro.

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE, M. V. Lugar e saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação de metropolização em Campinas-SP. In: SOUZA, Maria Adélia A. **A metrópole e o futuro:** refletindo sobre Campinas. Campinas: Territorial, 2008. p. 527-550.
- _____. **Território usado e saúde:** respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas-SP. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- ALMEIDA, E. P. **Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional.** Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- BADARÓ, R. **Campinas:** o despontar da modernidade. Campinas: CMU/Unicamp, 1996.
- BAENINGUER, R. **Espaço e tempo em Campinas:** migrantes e a expansão do polo industrial paulista. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1992.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, supl. 0, p. 1179-1790, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000700003&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 abr. 2013.
- BRASIL. Casa Civil. **Decreto n. 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.
- FARIAS, H. **Circuitos espaciais e círculos de cooperação da produção de alta tecnologia em Campinas:** reflexões sobre o planejamento territorial. Monografia – Instituto de Geociências. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- FRANCESCHI, H. **A Casa Edison e seu tempo.** Rio de Janeiro: Biscoito Fino, 2002.
- I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Otawa.** Canadá, 1986.
- MELLO, G. A. **Revisão do pensamento sanitário com foco no centro de saúde.** Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ORTEGA Y GASSET, J. **Meditação da Técnica.** Rio de Janeiro, Livro Ibero-americano, 1963.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Escritório de Planejamento. **Matriz de Periodização de Campinas.** Direção geral Maria Adélia de Souza. Campinas: Instituto Prooffício, 2004. CD-ROM.
- RIBEIRO, A. C. T. Em defesa da reflexão na escala metropolitana: o ângulo da saúde. In: NAJAR, A. (Org.). **Saúde e Espaço:** estudos metodológicos e técnicas de análise. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- RIBEIRO, L. H. **O comércio na cidade de Campinas:** os casos do centro e do eixo D. Pedro I. Monografia – Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro: UFRJ, ano XII, n. 2, p. 15-25, 1999a.
- _____. Uma situação geográfica: do método à metodologia. **Território**, Rio de Janeiro: UFRJ, ano IV, n. 6, jan./jun. 1999b.

- _____. **A natureza do espaço:** razão e emoção, técnica e tempo. São Paulo: Hucitec, 1996.
- _____. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). **Território:** globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. **Metrópole corporativa e fragmentada:** o caso de São Paulo. São Paulo: Nobel, 1990.
- _____. **Por uma geografia nova.** São Paulo: Hucitec, 1978.
- _____. ; SILVEIRA, M. L. **O Brasil:** território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 2001.
- SOUZA, M. A. Notas dos seminários de orientação. Departamento de Geografia – FFLCH/USP. Mar./2006.
- _____. Uso do território e saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, A. (ORG.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis.** Campinas: Ipes, 2004.
- _____. (Org.). **Território brasileiro:** usos e abusos. Campinas: Territorial, 2003.
- _____. A metrópole global? Refletindo sobre São Paulo. In: SOUZA, Maria Adélia de et. al. (Orgs.). **Metrópole e globalização:** conhecendo a cidade de São Paulo. São Paulo: Cedesp, 1999.
- _____. **A identidade da metrópole:** a verticalização em São Paulo. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1994.
- UJVARI, S. C. **A história e suas epidemias:** a convivência do homem com os microrganismos. 2. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Senac, 2003.
- VIANA, A. L. A. et al. Protección social en salud y desigualdad territorial: el contexto de la Amazonia legal brasileña. In: BELLO, A. H.; SOTELO, C. R. **Protección social en salud en América Latina y el Caribe.** Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2011. p.187-234.
- _____. ; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e território.** São Paulo: Hucitec, 2009.
- _____. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, supl. 2, p. S117-S131, 2007.
- _____. ; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. **Proteção social:** dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.