

OS SERVIÇOS DA SAÚDE NA CIDADE DE MARINGÁ-PR: UMA ABORDAGEM DA CENTRALIDADE URBANA

OF HEALTH SERVICES IN MARINGÁ-PR: THE APPROACH URBAN CENTRALITY

José Roberto Machado

Universidade Estadual de Maringá, UEM

Bolsista da CAPES

zeroma_uem@hotmail.com

Márcia Siqueira de Carvalho

Docente do Programa de Pós-Graduação em Geografia, PGE

Universidade Estadual de Maringá, UEM

marcar@uel.br

RESUMO

O espaço urbano é carregado de processos que se materializam em diferentes formas espaciais. Assim, o presente texto, intenta, a partir da consideração do processo dialético entre o espaço urbano e seus agentes atuantes na (re)produção desse espaço, fazer uma reflexão que possibilitem compreender, a partir dos reflexos desse embate, as diferentes centralidades urbanas em Maringá, que se traduzem num processo territorial, mostrando algumas especificidades da área da saúde enquanto equipamentos de usos coletivos. Nesse contexto, o trabalho visa identificar e analisar as diferentes centralidades urbanas no que diz respeito aos serviços privados da saúde em Maringá, através da concentração de atividades e fluxos de pessoas, que são importantes para a compreensão da (re)estruturação urbana.

Palavras-chave: Centralidade. Espaço Urbano. Saúde.

ABSTRACT

The urban space is loaded of materialized processes in different spatial forms. The present text aims at making a discussion that allows people to understand the different urban centralities in Maringá, which are encompassed by a territorial process, starting on the consideration of the dialectic process between urban space and its acting agents in the (re) production of such space, and the reflections of this dispute. The focus will be on some specificities of the health care system, especially on the equipment used publicly. In this context, this article aims at identifying and analyzing the different types of urban centralities in Maringá, through the concentration of activities and people flow, which are important for the understanding of the urban (re) structuring.

Keywords: Centrality. Urban Space. Health.

INTRODUÇÃO

Os estudos recentes envolvendo a localização de edifícios prestadores de serviços de saúde têm recebido pouca importância. Acresce-se a isto a discussão sobre a validade do papel da distância, quando os meios de transporte encurtam sensivelmente os trajetos. As preferências

Recebido em: 30/01/2013

Aceito para publicação em: 06/09/2013

individuais, qualidade do serviço prestado, acidentes geográficos, poder aquisitivo, hábitos e costumes, devem ser considerados na decisão da escolha do equipamento a ser utilizado. A análise, no entanto, da distribuição dos edifícios de saúde na malha urbana fornece importantes subsídios para a compreensão dos diferentes processos urbanos, em especial, a centralidade urbana.

Assim, quando estudamos as dinâmicas que se territorializam e se expressam no espaço urbano, logo percebemos que se podem fazer diferentes leituras das cidades, seja através de uma descrição de suas características, dos dados socioeconômicos e formas, seja por meio de uma análise cultural de seus costumes. Podemos ainda partir das políticas adotadas para o desenvolvimento de um determinado centro urbano, um aglomerado urbano, uma cidade - dentre outros aspectos.

No estudo do urbano encontra-se uma literatura bastante vasta e diversificada. Nem por isso se pode dizer que este tema esteja esgotado, até porque as contradições do próprio sistema, bem como a complexidade urbana das cidades brasileiras, apresentam objetos de estudo ainda não pesquisados e, mesmo pesquisas realizadas apresentam, a cada dia, novos elementos de análise.

O presente trabalho tem por objetivo, fazer uma discussão das diferentes centralidades urbanas na cidade de Maringá (Figura 1) levando em conta as especificidades da área da saúde, que se traduzem num processo territorial através da concentração e fluxos de pessoas, que são importantes para a compreensão da (re) estruturação urbana.

O referencial empírico consistiu na realização de investigação *in loco*: pesquisas imobiliárias, levantamento da legislação urbana, das principais incorporadoras que atuaram na área em questão, de consultas à prefeitura, à sociedade médica, ao CODEM, aos hospitais e clínicas, gravações, de entrevistas com proprietários, pacientes, promotores imobiliários, entre outros; de dados históricos e econômicos, além de observações da própria realidade.

Essa etapa do trabalho consistiu em pesquisa realizada na Secretaria de Planejamento da Prefeitura Municipal de Maringá, que nos forneceu um mapa da Zona 1, Zona 2, Zona 4 e Zona 5, na escala de 1:5 000; e também na Secretaria de Desenvolvimento Urbano – SEDU. Ainda na Prefeitura, conseguimos uma listagem do setor médico-hospitalar da cidade, do ano de 2010, onde constava a localização dos equipamentos e seus endereços, viabilizando a localização das zonas supracitadas, além de informações colhidas no DATASUS.

O referencial empírico iniciou-se no dia 10 de março de 2012 e término no dia 20 de junho do mesmo ano, no que diz ao uso do solo urbano. A pesquisa foi iniciada na Zona 1, seguindo pela Zona 4, Zona 5 e finalmente Zona 2. Nessa fase do trabalho, o levantamento de dados para o estudo da composição funcional das zonas em estudo foi todo realizado de modo empírico.

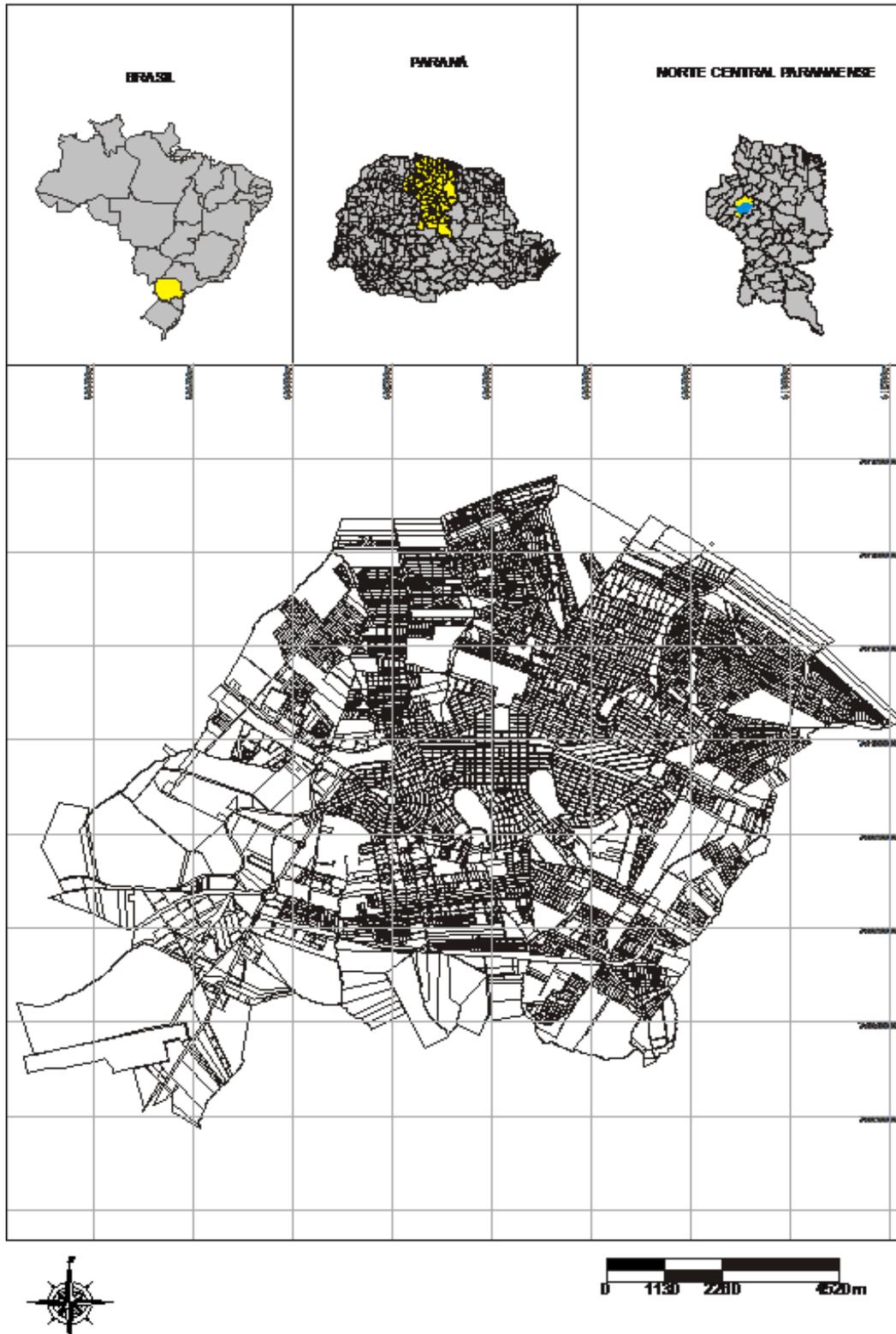
Ainda na investigação empírica, foram fotografados alguns pontos, mostrando suas clínicas, bem como o contraste existente entre esses pontos e as outras formas de ocupação da mencionada área estudada.

No referencial técnico, utilizamos a cartografia para melhor demonstrar as informações obtidas, com a elaboração e confecção de mapas, assim como o manuseio de mapas, fotos, tabelas, gráficos, quadros, leis, entre outros, que contribuíram de forma expressiva para a concretização deste trabalho.

Feito isso, veio à etapa da tabulação e quantificação, a qual nos permitiu obter resultados significativos para a apreensão do objeto em estudo. Concomitantemente com a quantificação, foi realizado o mapeamento, procurando demonstrar, de forma mais ampla, como estão distribuídos os estabelecimentos prestadores de serviços da saúde (hospitais, clínicas e consultórios).

Concluídas essas fases, vieram as duas últimas, que compreenderam a união da investigação empírica, teórica e técnica envolta do objeto de análise, dando liberdade a uma imagem holística do objeto estudado, através dos dados adquiridos, transformados em material de base para a finalização do trabalho. A última etapa corresponde a análise final dos dados obtidos na realização dos três referenciais da pesquisa, dando uma visão da espacialização e centralidade da área da saúde na cidade de Maringá.

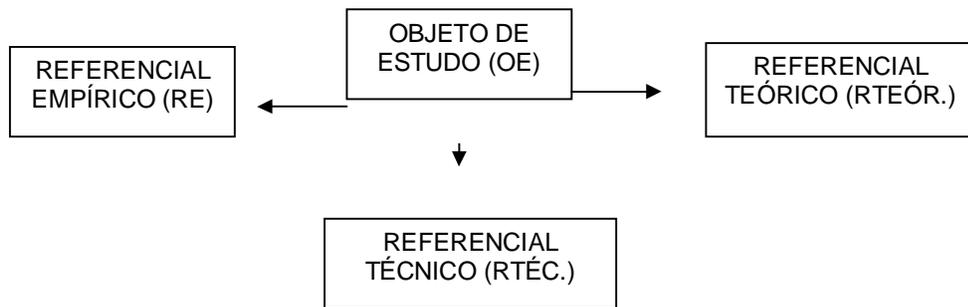
Figura 1 - Localização de Maringá no contexto da Mesorregião Norte Central Paranaense



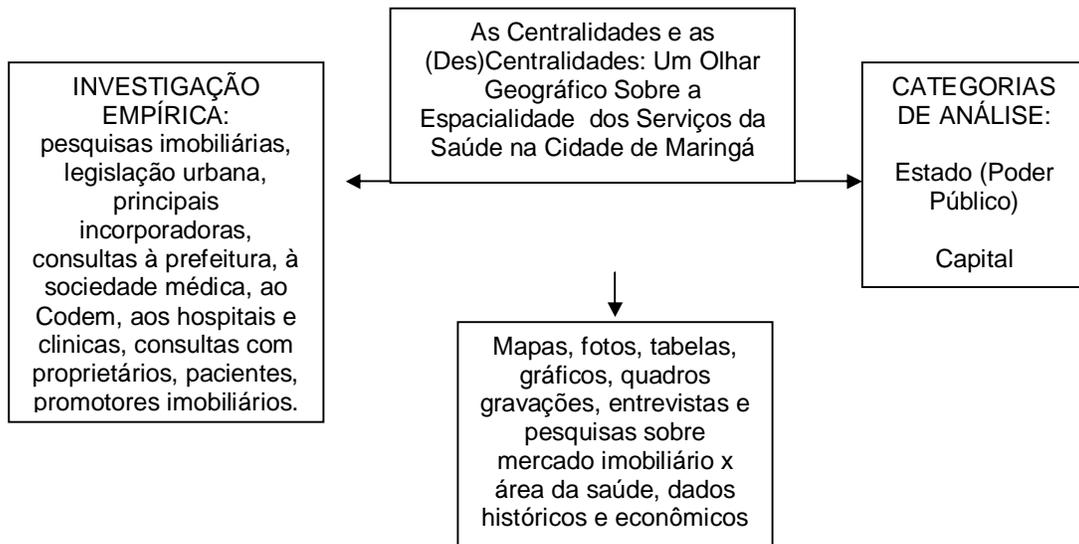
Fonte: P. M. M., 2000; IBGE, 2006. Organização e Confecção: TÖWS, R. L. 2010.

Figura 2 - Organograma teórico-metodológico

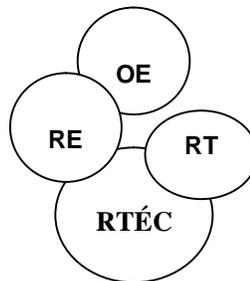
FASE I – OS REFERENCIAIS DA PESQUISA



FASE II – OS REFERENCIAIS E SEUS COMPONENTES



FASE III - A INTERPENETRAÇÃO DOS REFERENCIAIS E SEUS COMPONENTES COM O OBJETO DE ESTUDO



FASE IV – A ELABORAÇÃO DO TRABALHO CIENTÍFICO

Os Serviços da Saúde na Cidade de Maringá-Pr: Uma Abordagem da Centralidade Urbana

AS DIFERENTES CENTRALIDADES URBANAS EM MARINGÁ: A ÁREA MÉDICA/HOSPITALAR

A cidade de Maringá, cuidadosamente projetada (projeto político tanto privado como público), com a previsão de que chegasse a 200.000 habitantes em 50 anos, desponta hoje, como um centro urbano ultrapassando os 350.000 habitantes (Tabela 1), com 64 anos de existência (fundada em 1947), superando em muito as expectativas de seus colonizadores. Centraliza, além disso, uma região metropolitana com população superior a 612.000 habitantes em vinte e cinco municípios (a RMM teve um aumento de 95.617 habitantes em dez anos e, desse total, Maringá responde pelo aumento de 68.464 habitantes, porque saltou de 288.653 em 2000 para 357.117 moradores em 2010). É a terceira maior cidade do Estado do Paraná em população e umas das principais em termos econômicos.

Tabela 1 - População Urbana, Rural e Total de Maringá no período de 1950/2010

	1950	1960	1970	1980	1991	1996	2000	2010
Urbana	7.270	47.592	100.100	160.645	233.732	260.909	283.792	350.653
Rural	31.318	56.639	21.274	7.549	6.198	6.969	4.673	6.424
Total	38.588	104.231	121.374	168.194	239.930	267.878	288.465	357.077

Fonte: IBGE – Censos Demográficos de 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010; e contagem da população em 1996. Org.: MACHADO, J. R. 2012.

O acelerado crescimento da urbanização brasileira, impulsionado principalmente pelo êxodo rural, também foi visto em Maringá. O rápido processo de expansão da cidade é fruto principalmente de sua localização privilegiada, como centro da área colonizada pela Companhia de Melhoramentos Norte do Paraná. É dotada de uma boa infraestrutura rodoviária e ferroviária, que a liga com São Paulo e Curitiba, possui relevo suave e dispõe de muita água e boas condições climáticas.

Tratando da distribuição espacial da área Médica/Hospitalar de Maringá, Machado e Mendes (2003), notaram que a área localizada no extremo oeste da região central havia sido primeiramente projetada para ser parte do centro tradicional da cidade, mas até meados dos anos 1980 predominava a presença de residências. Nessa área desenvolveu-se um processo de ocupação, principalmente por uma completa rede de prestação de serviços de saúde, constituída de diversos hospitais, maternidades, clínicas gerais, clínicas especializadas, policlínicas, unidades mistas, consultórios, laboratórios, entre outros, principalmente pertencentes à iniciativa privada.

Assim, ao final da década, é possível, em Maringá, distinguir três áreas que concentram espacialmente os serviços médico-hospitalares e clínico-laboratoriais, espelhando a intensificação da divisão do trabalho. A primeira, mais antiga e mais diversificada, situa-se a partir do alto da Zona 4, em torno dos hospitais Santa Rita e São Marcos e suas adjacências. A segunda, no extremo oeste do Centro (Zona 1), entre as avenidas Cidade de Leria, Brasil, Paraná e Tiradentes. A terceira, na Avenida Dr. Luís Teixeira Mendes, em torno dos Hospitais Paraná e do Câncer e suas proximidades. Temos ainda, na Rua Santos Dumont, nas imediações da Santa Casa de Misericórdia, de uma forma bem menos acentuada, algumas clínicas credenciadas junto à Santa Casa.

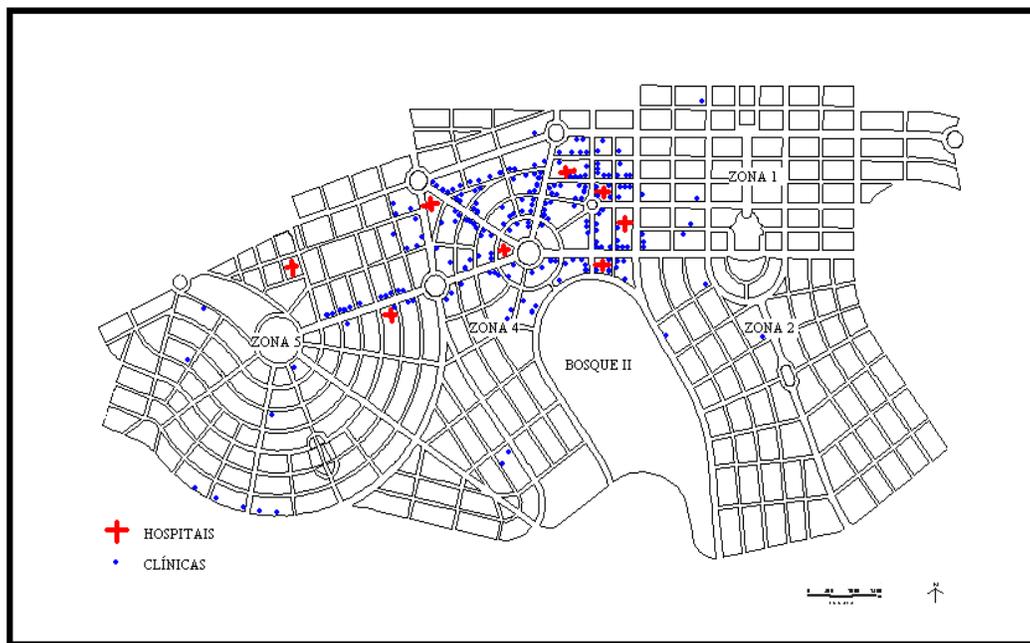
A razão de as zonas 1, 4 e 5 abrigarem a quase-maioria dos equipamentos médico-hospitalares é o fato de que ocorreu um processo de invasão-sucessão. Strohaecker (1988) esclarece que o processo de invasão-sucessão é à entrada de atividades diferentes num dado

local. Este acontecimento ocasiona a saída do uso antigo e a permanência da atividade nova ou a convivência entre ambas as partes. Em se tratando dessas zonas, o uso residencial esta sendo substituído gradativamente por consultórios luxuosos, clínicas, cooperativas médicas e seguradoras, principalmente no Oeste do Centro, Leste e Sul da Zona 5 e sentido leste-oeste da Zona 4.

A concentração das atividades associadas à saúde gera alguns efeitos, como por exemplo, a criação de um espaço de exclusão. Neste sentido, os hospitais, os laboratórios de exames, as lojas de produtos médicos e hospitalares, os consultórios médicos e odontológicos são todos particulares no Centro, exceto o Cisamusep (Consórcio Intermunicipal da Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense), da Zona 4, um laboratório do Sesi e o CISAM (Centro Integral de Saúde Mental), ambos na Zona 5. Os sócios dos hospitais privados – principalmente do Hospital Paraná, que é um dos mais bem-aparelhados – recusam ou restringem os convênios com o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que os valores pagos por essa instituição são reduzidos. Assim, a diversidade e qualidade dos atributos e equipamentos médico-hospitalares e clínico-laboratoriais seguramente colaboram para fortalecer a centralidade regional de Maringá.

Ao analisar a área médica/hospitalar da cidade de Maringá no que diz respeito a sua distribuição territorial, nota-se uma grande concentração das clínicas especializadas, atendendo nas mais diversas especialidades, localizadas próximo aos hospitais existentes na cidade (Figura 3). Exceções a isso são o Hospital Universitário, situado no Quadrante Norte da cidade, o Hospital Psiquiátrico, localizado na Zona 5 e o Hospital Municipal, no Quadrante Sul, em cujos arredores não se instalou nenhuma clínica ou consultório médico particulares. O primeiro, pelo serviço que presta à comunidade e pela própria localização geográfica, está começando a formar uma pequena centralidade, com o hemocentro e as clínicas de psicologia e odontológica da Universidade Estadual de Maringá, o segundo, pelo tipo de especialidade que presta à comunidade em geral e o terceiro, por ser um hospital público de baixa complexidade e o tipo de classe social a que atende.

Figura 3 - Esquema básico da distribuição Espacial de Hospitais e Clínicas Médicas nas Zonas 1, 2, 4 e 5 na Cidade de Maringá, 2012



Fonte: Pesquisa empírica realizada no 1º semestre de 2012. Org.: MACHADO, J. R., 2012.

Pesquisas realizadas em Maringá, tais como Vercezi (2012) e Töws (2010), permitem dizer que houve, nessa cidade, nos últimos 20 anos, duas tendências paralelas e complementares. Primeiramente, verificou-se a tendência à descentralização territorial dos equipamentos comerciais e de serviços, levando à emergência de novas áreas dinâmicas. Tal descentralização começou através da expansão territorial da própria área central, que passou a se estender para as quadras adjacentes, áreas que antes tinham predomínio da função residencial. Paralelamente, apareceram pequenos subcentros, nos quais a concentração de estabelecimentos comerciais e de serviços emergiu para o atendimento de uma clientela restrita, territorialmente, às áreas residenciais próximas do próprio subcentro, gerando dessa forma subcentralidades de pequena expressão, pois aglutinam fluxos que se originam de parte do território urbano.

No entanto, alguns autores afirmam que os subcentros se constituem, enquanto núcleos secundários, como “miniaturas” do centro principal, portanto, não possuem diferenças em relação a este, com exceção da escala, como podemos ver em Villaça (1998, p. 293), ao afirmar:

O subcentro consiste, portanto, numa réplica em tamanho menor do centro principal, com o qual concorre em parte sem, entretanto, a ele se igualar. Atende aos mesmos requisitos de otimização de acesso apresentados anteriormente para o centro principal. A diferença é que o subcentro apresenta tais requisitos apenas para uma parte da cidade, e o centro principal cumpre-os para toda a cidade.

A descentralização territorial também pôde ser observada através da emergência de eixos de desdobramento do centro principal, pela alocação de atividades antes restritas territorialmente ao centro principal da cidade, nas avenidas de maior circulação de veículos. A emergência desses eixos constituiu-se na primeira expressão da *complexificação* da centralidade intra-urbana.

Até então, o que se verificava nessa cidade, como em outras de mesmo porte, era a existência de um centro principal e de um ou mais subcentros, hierarquicamente menos equipados em relação ao principal e dele dependentes. Do ponto de vista da circulação intra-urbana, havia fluxos do território urbano e de outras cidades que demandavam ao centro principal e fluxos de menor escala, oriundos de parcela do território da cidade, para os subcentros.

Com o aparecimento desses eixos de desdobramento, o que se verificou foi a tendência a certo grau de especialização funcional, pois em seis deles (avenidas Cidade de Leria, Tiradentes, Luiz Teixeira Mendes, Curitiba, Independência e Rio Branco) há uma concentração maior de atividades médico-hospitalares; e em outro (Avenida Brasil) uma concentração de comércio e serviços voltados à agropecuária, entre outros desdobramentos de comércio e serviços distribuídos nas principais ruas e avenidas da cidade.

Essa especialização provoca a emergência de novas centralidades, as quais não estão hierarquicamente submetidas ao centro principal, pois resultam da concentração de atividades que não estão mais nesse centro, e se constituem pela aglutinação de fluxos de veículos e pessoas que se deslocam de toda a cidade para essas áreas, havendo também usuários que se deslocam de outras cidades até elas.

De qualquer forma, o que se verificou como prevalente foi à ação de agentes locais, nessa primeira tendência de redefinição das áreas centrais.

A segunda tendência que as pesquisas permitiram verificar é aquela decorrente da instalação de dois hospitais, um deles localizado próximo ao centro (Hospital Santa Rita) e outro (Hospital Paraná) relativamente distante do centro.

Do ponto de vista das mudanças espaciais decorrentes da instalação desses dois empreendimentos, pôde-se verificar o reforço da complexificação da dinâmica de constituição e reconstituição contínua da centralidade intra e interurbana. De um lado, duas novas áreas centrais passaram a aglutinar fluxos intensos oriundos de toda a área urbana e, de outro, verificou-se o aumento de fluxos originados de outras cidades da região, que passaram a frequentar essas novas áreas de serviços médicos, aumentando a centralidade de Maringá no plano regional e multiplicando a sua expressão no plano local.

Ao discutirmos a relação entre centro e centralidade, destacamos neste texto a necessidade de não considerar apenas as localizações que nos permitem reconhecer as áreas centrais, definidas pela densidade de atividades comerciais e de serviços.

Conceituamos a centralidade não apenas como uma ocorrência de localização geográfica (distribuição espacial de atividades), mas fundamentalmente como um sistema de relações entre as atividades, usuários e localizações, como afirma Sposito (2001, p. 238).

[...] essa redefinição não pode ser analisada apenas no plano da localização das atividades comerciais e de serviços, como já tem sido apontado por diferentes autores, mas deve ser estudada/analisaada a partir das relações entre essa localização e os fluxos que ela gera e que a sustentam. Os fluxos permitem a apreensão da **centralidade**, porque é através dos nódulos de articulação da circulação intra e interurbana que ela se revela.

Desta forma, a vinculação declarada entre quantidades de usuários, quantidades, qualidades e atratividades de atividades e localizações relativas concorre para a formação do conceito de centralidade. Além disto, a descrição precisa ser sistêmica, ou seja, vincular vigorosamente as variáveis acima declaradas umas às outras, de forma que, a qualquer mudança em uma delas, ocorram mudanças correspondentes em todas as outras.

A circulação e os transportes têm, atualmente, ainda mais importância para se estudar o contínuo processo de reestruturação urbana, por três razões principais.

Primeiramente, é necessário considerar que a ampliação do acesso ao transporte automotor, aumentou a potencialidade de mobilidade dos cidadãos e, embora em menor escala, daqueles que habitam e/ou trabalham em áreas rurais, mas são consumidores e/ou usuários em áreas urbanas. Por isso, a necessidade de investimentos em transporte público coletivo e outras formas de mobilidade urbana que garantiriam o acesso da população que habita essas áreas rurais e periféricas.

Em segundo lugar, é preciso observar a mudança nas formas de produção do espaço urbano, visto que a expansão dos tecidos urbanos é resultante de práticas especulativas, que se apóiam na formação de vazios urbanos, através da implantação de loteamentos e conjuntos habitacionais distantes das áreas urbanas já consolidadas.

Em terceiro lugar, é notória a influência do urbanismo progressista nas cidades brasileiras, de sorte que a ideia de *zoning* está preservada no conjunto da legislação urbana, revelada nas parcelas mais novas dos territórios urbanos e incorporada à representação social que construímos de cidade ideal.

O resultado desses três fatos que reorientam as cidades e a vida urbana – aumento da mobilidade, descontinuidade territorial e especialização funcional combinada com multicentralidade – é o aumento dos fluxos intra e interurbanos.

Em Maringá, para se avaliar melhor como suas múltiplas centralidades se constituíam através da circulação de veículos automotores, procedemos uma observação do número de veículos que transitavam por pontos estratégicos, em relação às áreas de maior concentração de atividades de prestação de serviços da saúde. Foram escolhidos três pontos para a realização desse levantamento.

Três desses pontos foram selecionados para se verificar a circulação: oeste do centro, proximidades do Hospital Paraná/Hospital do Câncer e Avenidas Rio Branco/Curitiba. No primeiro ponto, há grandes problemas de tráfego, principalmente nos horários de pico, e também quanto ao estacionamento, pois essa área está regulamentada pela “Estar” de estacionamento pago rotativo, levando muitas pessoas a estacionar seus veículos nas ruas da Zona 4, que se situa perto, afogando as vagas das pessoas que trabalham ou usam os equipamentos urbanos de serviços de saúde dessa área. No segundo ponto, há uma concentração muito grande de veículos principalmente no estacionamento do Hospital Paraná/Hospital do Câncer, e também nos estacionamentos da Avenida Dr. Luís Teixeira Mendes, que, por sinal, é de trânsito rápido. Ficam desde veículos pequenos até ambulâncias e ônibus à espera de pacientes, principalmente aqueles vindos de cidades da região. Já o terceiro ponto, as duas avenidas – Curitiba e Rio Branco – são avenidas sem estacionamento regulamentado, pois o sistema de Estar só está regulamentado para o Centro - zona 1; mas há

uma considerável concentração de veículos, que inclusive acabam ocupando as ruas residenciais.

A centralidade em Maringá pode ser ilustrada de maneiras diversas, como segue.

a) É uma centralidade múltipla, na medida em que não mais temos um centro único, mas uma diversificação de áreas centrais, que se expressa pelos eixos de desdobramento, pelas novas áreas contíguas ou não ao centro tradicional e pela própria mudança de conteúdo deste – sobretudo tendo-se como elemento explicativo eleito o uso do solo e as dinâmicas e conteúdos clínicas e hospitalares analisados, onde temos em Maringá novos “centros” que se realiza para toda a cidade, desenvolvidos através do crescimento do setor de prestação de serviços médicos, nas Zonas 1, 4 e 5 – quadrante Sul –, que mostram-se diferenciadas do padrão da população que consome os serviços de outros “centro” de escala menor como o Hospital Universitário na Zona 7, quadrante Norte, e da Santa Casa – Zona 3 – quadrante Sul. E também pela mudança de padrão do centro principal com a substituição da área residencial no Oeste do Centro – Zona 1– pela área médico-hospitalar, conferindo novos usos do solo;

b) É uma centralidade cambiante, decorrente e incorrente dos fluxos e da fluidez destes em determinados horários, à medida que não se dá apenas nos usos, mas nos fluxos (concernentes às relações dos hospitais e clínicas com outras escalas e a sua densidade informacional). O fluxo de pessoas e veículos nessa área é mais acentuado no período da manhã quando muitos pacientes de outras cidades buscam atendimento médico principalmente nos hospitais de Maringá, causando congestionamento na fluidez do trânsito em vários pontos da cidade em intervalos curtos de tempo, em função da busca dos serviços de alguns hospitais – Santa Rita, Santa Casa, Universitário, Paraná, H. do Câncer, Maringá e São Marcos. Além disso, as clínicas e hospitais estão sempre interligados com outros estabelecimentos e com o Ministério da Saúde, para atualização de dados ou repasse de verbas;

c) É uma centralidade complexa, uma vez que articula fluxos em escalas complexas e complementares e as recentraliza de maneira segmentada e especializada, pois possui especializações funcionais e socioeconômicas que, por vezes, só se materializam na articulação de diferentes níveis e escalas. Isso fica evidente, pois temos a área médica altamente diversificada e especializada atendendo a diferentes parcelas da cidade e, cada vez mais, de outras cidades de menor porte da região Noroeste, de diferentes classes sociais que buscam em Maringá o consumo de que necessita, gerando uma centralidade complexa, do ponto de vista das escalas que se articulam e dos fluxos que se entrecruzam. E para atender essa população, criam-se novas áreas, centralizado novos fluxos reforçando a centralidade urbana.

d) Como decorrência, tem-se a centralidade polinucleada, que recentraliza novas áreas centrais de maneira especializada, funcional e socioespacialmente, ou seja, uma centralidade polinucleada que se complementa e se constitui no processo de desagregação e recentralização do centro tradicional, tanto no nível de seu conteúdo preexistente quanto na mudança quantitativa e qualitativa de sua capacidade de atração de novos usos e ocupações. O que estamos vendo atualmente é a localização de novos equipamentos em áreas de fácil acesso, principalmente de uso privado para a utilização das pessoas pertencentes as classes sociais mais abastadas da sociedade maringaense, assim como também, pelos menos favorecidos, desde que existam vagas (leitos) disponibilizadas nesses estabelecimentos pelo SUS. Como exemplo, temos em Maringá mais de 40 especialidades médicas voltadas para a classe social mais privilegiada, que às vezes pagam por um serviço sem mesmo saber de sua qualidade.

Não obstante, é preciso perceber e explicar que essa forma espacial de centralidade possui uma lógica, de maneira que não é obra do acaso, mas fruto da concentração do capital em mãos privadas e da sua necessidade de reprodução contínua e ampliada, não importando se sua origem é imobiliária, financeira ou comercial. O importante é que este grande capital construiu um local comercial de forma concentrada e encontrou uma maneira de reproduzi-lo melhor através da manutenção do monopólio do espaço.

Ao visitar um centro de saúde ou um hospital público, perceberemos sua contradição com a Constituição Brasileira, Artigo 196, quando prevê que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços par sua promoção, proteção e recuperação”. Isso não é observado em algumas localidades e também

para determinadas classes da sociedade. Tudo isso vem comprovar que no Brasil, no setor de saúde, não existem unicamente desigualdades sociais: existem também as desigualdades territoriais.

Dessa forma, para Santos e Silveira (2001), há então “espaços luminosos” e “espaços opacos” nos territórios, referentemente à saúde, tanto em escala nacional como municipal. Ou seja, os espaços “luminosos” acumulam densidades técnicas e informacionais e com isso acabam se tornando, ou melhor, funcionando como um ímã para os grupos hegemônicos, como empresas farmacêuticas e grupos coletivos em saúde.

Por outro lado, os espaços opacos concentram a maioria da população, que não pode contar com uma infra-estrutura de qualidade como os primeiros. Para essas localidades, como em Maringá, encontram-se apenas centros ou unidades básicas de saúde, que na maioria das vezes estão em condições muito ruins ou os postos e centros de saúde, os quais na maioria das vezes apresentam deficiências em vários aspectos, como de infraestrutura, de funcionários, de segurança e econômico, entre outros, ou ainda, as Unidades de Pronto Atendimento ou o Hospital Municipal, que dependendo da gravidade do paciente, os encaminham ao Hospital Universitário de Maringá ou dependendo da disponibilidade, aos hospitais privados que ofertam leitos pelo SUS, pois nem todos os hospitais privados de Maringá ofertam leitos ao Sistema Único de Saúde (Tabela 2).

Seguindo-se essa linha de pensamento, o território não só pode, mas deve ser entendido como “território usado”, pois só com as ações e com os objetos presentes nessas localidades se pode efetuar alguma análise, não bastando, então, somente as linhas limítrofes de territórios. Com isso o território usado apresenta sistemas de engenharia, de prótese, dos quais muitos são fabricados para atender aos interesses de certas classes e setores. Dessa forma, o território é usado como recurso por essa classe. Na outra ponta, está a população que não tem condições financeiras para utilizar esses serviços privados e buscam as unidades básicas de saúde ou alternativas como remédios caseiros. Entretanto, para essas pessoas, o território passa a ser, além de recurso para alguns que oferecem produtos e serviços mais “em conta”, um “abrigo” onde possam sobreviver ao mercado voraz da indústria médica e da saúde (CAMARGO, 2003).

Maringá, como cidade grande do interior do Brasil Corrêa (2007), começa a apresentar como as demais metrópoles brasileiras, uma desigual distribuição espacial de equipamentos urbanos de saúde e, muitas vezes, a intervenção pública acaba contribuindo para o agravamento dessa desigualdade no território, como também para o aumento da pobreza, através da reprodução de mecanismos de segregação espacial. Como observa Santos (1979, p.78), “o planejamento urbano constitui muitas vezes meramente uma fachada científica para operações capitalistas”.

Com relação à espacialização dos equipamentos urbanos da saúde em Maringá, está evidente uma distribuição perversa dos recursos físicos. Nota-se, em geral, maior concentração de serviços especializados (hospitais especializados, clínicas e centros médicos especializados) e de hospitais gerais na área central e suas proximidades – zonas 4 e 5 – ou seja, zonas de alto poder aquisitivo. Paralelamente a isso, percebemos a existência de alguns hospitais mais afastados da área central. Estes são hospitais públicos, um dos quais, o HU, já possui algumas clínicas em suas proximidades, todas vinculadas a programas da própria Universidade Estadual de Maringá. Para os demais bairros, com poder aquisitivo menor, existem as unidades básicas de saúde ou centros de saúde, as policlínicas e as UPAs em determinados bairros, o Hospital Municipal, as quais enfrentam deficiências em alguns aspectos, como estrutura, segurança, recursos econômicos, entre outros, ou ainda, os leitos (quase sempre ocupado) nos hospitais particulares.

Para Sposito (2010), as transformações recentes no setor de saúde podem ser relacionadas aos processos mais amplos de multacentralidade. A distribuição dos equipamentos de saúde pela cidade estaria associada aos processos de (re)estruturação urbana, com profundos impactos na dimensão simbólica da vida urbana. Sob este aspecto, a discussão que Seabra (1996) faz a respeito da “insurreição do uso” sugere que a influência dos serviços de saúde transformados em equipamentos urbanos reside nas mudanças generalizadas de valores impostos pelo seu uso, o que confronta (sem substituir) o universal, necessário e público com o particular, contingencial e pessoal.

Tabela 2 - Distribuição de leitos existentes por hospital e disponibilizados ao SUS, Maringá-PR, 2011

	Cirúrgico		clínico		Pediátrico		UTI		Psiquiátrico		TOTAL		
	Part.	SUS	Part.	SUS	Part.	SUS	Part.	SUS	Part.	SUS	Part.	SUS	Total
Psiquiátrico	-	-	-	-	-	-	-	-	32	240	32	240	272
H. Memorial	-	09	07	22	-	03	-	-	-	02	07	36	43
H. M. Santa Rita	78	30	29	18	10	02	20	14	03	-	140	64	204
H. M. Maringá	28	-	20	-	-	-	06	-	-	-	54	-	54
São Marcos	15	-	33	01	05	-	07	-	02	-	62	1	63
Paraná	45	-	31	-	04	-	12	-	-	-	92	-	92
H. M. Santa Casa	40	90	18	12	16	14	15	20	-	-	89	136	225
Universitário	-	27	-	43	-	27	-	20	-	-	-	117	117
H. Municipal	-	-	-	44	-	20	-	-	-	26	-	90	90
H. do Câncer	04	28	20	30	02	05	-	04	-	-	30	63	93
Hoftalmar	06	02	-	-	-	-	-	-	-	-	06	02	08
H. da Visão PR	05	-									05	-	05
H. de Olhos Mgá	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	10
Total de Leitos	231	186	158	170	37	71	60	58	37	268	527	749	1276

Fonte: DATASUS. Org.: MACHADO, J. R., 2011.

Constatamos através desse estudo uma centralidade dos serviços privados da saúde através não apenas da localização, e sim da dinamicidade do fluxo de pessoas, veículos para essa área – Zona 1, 4 e 5 – assim como também uma (des)centralidade, pois o núcleo inicial se desenvolveu na Zona 4, para depois ir em direção do Centro (Zona 1) e zona 5. Entretanto, não foram os mesmos médicos que se dirigiram para essas Zonas, mas outros profissionais da mesma área que viram em Maringá um mercado de trabalho em grande desenvolvimento pela demanda que necessitava, como também os profissionais formados na Universidade Estadual de Maringá.

Por outro lado, os serviços públicos de atendimento à saúde já são descentralizados desde a implementação do SUS, mas isso não impede que se constitui uma centralidade nesses serviços. Há no hospital Universitário uma centralidade em termos de fluxo de pessoas e localização, pois mesmo que sejam equipamentos ligados à Universidade Estadual de Maringá – Hemocentro, Clínica Psicológica e a Clínica Odontológica – são altamente procurados pela

população de classe baixa que não possuem condições de consumir os serviços oferecidos pelas clínicas privadas da cidade.

Já na Santa Casa, por ser um dos maiores hospitais de Maringá e por ter um plano de saúde próprio, acabou formando uma concentração mesmo que de pequeno porte, de clínicas especializadas em suas adjacências, pois são profissionais cadastrados que oferecem serviços especializados pelo plano de saúde da Santa Casa.

Os únicos que não possuem nenhuma concentração de clínicas em suas adjacências são os Hospitais Municipal e Psiquiátrico. O primeiro, por ser um hospital público de baixa complexidade e o segundo pelo número alto de leitos – 272 – e também pela especialidade que oferece.

A única exceção que encontramos na cidade de Maringá, foi uma pequena concentração de serviços clínico-laboratoriais no Jardim Alvorada nas proximidades da Praça Farroupilha – Zona 24 – no quadrante Norte longe de todos os Hospitais. Esses profissionais procuram novos espaços para desenvolverem seus trabalhos, pelo fácil acesso, mesmo não sendo um bairro de classe alta, mas pelo preço do solo e do seu uso, assim como também, pela demanda da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se, que na produção e reprodução do espaço urbano de Maringá, o processo de espacialização e centralização da área da saúde, em face da natureza histórica de sua ocupação, tendeu a ser mais relevante, sobretudo depois dos anos 1980, quando Maringá despontou como um pólo regional de referência em atendimento médico-hospitalar.

Maringá, projetada para se constituir como um centro urbano importante na região, cresceu sustentada por esse projeto político, tanto privado quanto público. A atuação do Estado em diversas áreas, inclusive nas políticas de saúde, esteve, em um primeiro momento, orientada pelos interesses da iniciativa privada e, mais tarde, por uma intervenção centralizadora, na tentativa de resolver os problemas de saúde que o próprio projeto colonizador criara.

Há uma forte predominância de estabelecimentos privados no atendimento secundário, a qual pode ser explicada pela política de saúde adotada no país, que privilegia este tipo de atendimento. Esta concentração de estabelecimentos de saúde em cidades de porte médio é explicável pela tendência à centralidade existente em um sistema predominantemente liberal.

A construção da centralidade da saúde revela o caráter da produção do espaço na cidade. Esta é uma produção totalmente subordinada ao processo de reprodução do capital, que preside em última instância, sua reprodução espacial. Igualmente trata de subjugar outros tempos e ritmos de vida presentes na cidade: os bairros “residenciais” da cidade de Maringá (zonas 4 e 5), que se construíram no período da implantação da cidade e mantinham uma “vida própria”, estão sujeitos cada vez mais à lógica esmagadora do capital financeiro e imobiliário, o verdadeiro “dono da cidade”, que busca lotes residenciais “bem-localizados”, para transformá-los em clínicas.

A atuação do Estado é um elemento a mais na produção do que Carlos (2001) chama de uma “nova raridade”: o espaço urbano, com todas as qualidades para o capital, entre elas a que talvez seja a mais importante: a “centralidade”. As novas atividades da economia globalizada requerem a presença de espaços funcionais específicos e centrais (“bem-localizados”) nos setores privilegiados da cidade. O Estado e o capital financeiro-imobiliário atuam conjuntamente com vista à “liberação” de novas áreas para a instalação de atividades comerciais e de serviços.

Além de estar em condições de prestar toda uma série de serviços médicos especializados, circunstância que acentua sua liderança perante os demais municípios da região e é decisiva na atuação da demanda regional, Maringá dispõe de uma estrutura invejável de atendimento, correspondente à polarização que exerce. Com a predominância da assistência médico-hospitalar de caráter privado e mesmo tendo um número de leitos destinados aos pacientes do SUS maior que o de leitos privados, a cidade encontra sérias dificuldades, como a superlotação, por exemplo, devida aos enormes contingentes populacionais que se dirigem para Maringá em busca de assistência médica gratuita.

A normatização do SUS e os princípios que a regem, como a universalidade, a equidade, têm como obstáculo para sua efetivação a seletividade com que os sistemas técnicos foram se incorporando ao meio geográfico, criando uma organização que fragmenta o território.

De um lado, para que determinados serviços médico-hospitalares se instalem num lugar é necessária, muitas vezes, uma associação de outros serviços que darão suporte ao seu funcionamento. Quanto maior a raridade de um serviço, maior será o número de associações também raras. Labasse e Rochefort (1965) mostram que uma cirurgia cerebral, por exemplo, necessita de um complexo de competências no entorno de um hospital neurológico, envolvendo desde aqueles agentes que colaboram no diagnóstico e na intervenção até os equipamentos necessários à realização da cirurgia.

De outro lado, as atividades voltadas para o mercado serão orientadas para os centros mais dinâmicos. Isso explicaria, em parte, a grande concentração dos serviços privados, especialmente dos médico-hospitalares, nas frações mais dinâmicas do território, ao passo que os serviços banais, que não interessam aos agentes privados, são encampados pelo Estado e se encontram mais dispersos no território, pois são menos exigentes em relação à incorporação tecnológica.

Quanto à consolidação de áreas dinâmicas já ocupadas, podemos levantar alguns elementos que nos levam a crer que a diferenciação entre a centralidade dos serviços médicos privados nas zonas 1, 4 e 5 no quadrante Sul e a descentralização dos serviços públicos em Maringá encontra também respostas num espaço mais estruturado naquela porção da cidade, no sentido de deter usos e ocupações que há muitas décadas lá se desenvolvem.

Quanto à localização física, verificamos a concentração de hospitais em três zonas da cidade, todas no quadrante Sul: Zona 1, Zona 4 e Zona 5, com respectivamente alta, média e baixa concentração. Nessas regiões, ou seja, nas proximidades dos hospitais, se instalaram todos os tipos de prestação de serviços ligados à saúde, de consultórios a lojas de materiais ortopédicos.

Enfim, a opção pelo estudo da espacialização e centralidade dos serviços privados de atenção à saúde na cidade de Maringá teve em vista a dinâmica do processo registrado na paisagem urbana e buscou identificar os mecanismos responsáveis por este processo, além de fornecer subsídios para outras pesquisas sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Congresso Nacional. **Constituição: Art. 196, Seção 2, Capítulo 2, Título VIII.** Brasília, 1988.
- CARLOS, A. F. A. **Espaço-tempo na metrópole: a fragmentação da vida cotidiana.** São Paulo: Contexto, 2001.
- CAMARGO JR, W. V. P. de. Os Sintomas do Território Usado: a saúde em Campinas. In: SOUZA, M. A. A. de. (org.). **Território Brasileiro: Usos e Abusos.** Campinas: Territorial editora, 2003. p. 583-596.
- CORRÊA, R. L. **Estudos Sobre a Rede Urbana.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- LABASSE, J. & ROCHEFORT, M. Équipements tertiaires supérieurs et réseau urbain. ***Economie e humanisme.*** Nº 159. Mars/avril. 1965
- MACHADO, J. R. & MENDES, C. M. O Centro de Maringá e a Sua Verticalização. In: **Boletim de Geografia.** Maringá: UEM, 21(1): 59-84, 2003.
- SANTOS, M. **Economia espacial: Críticas e alternativas.** São Paulo: Hucitec, 1979.
- SANTOS, M. & SILVEIRA, M. L. **O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI.** Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SEABRA, O. C. De L. A insurreição do uso. In: MARTINS, J. de S. (Org.). **Henri Lefebvre e o retorno da dialética.** São Paulo: Hucitec, 1996, p. 71-86.
- SPOSITO, M. E. B. Multi(poli)centralidade urbana. In: **Uma Geografia em Movimento.** 1ª Ed, São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 199-228.

_____. Novas Formas Comerciais e Redefinição da Centralidade Intra-Urbana. **Textos e contextos para leituras geográficas de uma cidade de médio porte**. Presidente Prudente: Pós-Geo Prudente/GASPPER, 2001, p. 235-254.

STROHAECKER, T. M. A Zona Periférica ao Centro: uma revisão bibliográfica. In: **Revista Brasileira de Geografia**. Rio de Janeiro, n. 50, p.171-183, out/dez. 1998.

TÖWS, R. L. **O Processo de Verticalização de Londrina e de Maringá (PR) Brasil**: o Estado e o Capital Imobiliário na produção do Espaço. Maringá: UEM. 2002. Dissertação (Mestrado em Geografia).

VERCEZI, J. T. O Meio-Técnico-Científico-Informacional e o Espaço Relativizado da Região Metropolitana de Maringá. Maringá: UEM. 2002. Tese (Doutorado em Geografia).

VILLAÇA, F. **Espaço Intra-Urbano no Brasil**. São Paulo: Studio Nobel: Fapesp: Lincoln Stitute. 1998.