

CONCEITOS DE ESPAÇO NA ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE

AYLENE BOUSQUAT

A atenção à dimensão espacial constitui um dos avanços mais significativos da pesquisa das políticas de saúde. O significado disso será avaliado em seguida, mediante um exame dos principais conceitos de espaço incorporados na análise das políticas de saúde nas últimas décadas. O primeiro passo nesse sentido consiste em identificar as grandes linhas de pesquisa que deram relevo à abordagem espacial nesse campo. Para tanto foi realizado um levantamento bibliográfico nos periódicos *Social Science & Medicine*, *Health & Place*, *Cadernos de Saúde Pública* e *Revista de Saúde Pública*. O levantamento foi feito a partir do volume 1 de cada periódico até o último número de 1998. A partir daí identificaram-se as principais linhas de influência nessas abordagens. A classificação teve como referência as questões centrais do acesso e da equidade, de reconhecida importância nas análises das políticas públicas (Cohn 1991); (Benevides 1991); (Laurell 1995), ao lado da identificação do conceito de espaço.

Inicialmente, apresenta-se uma breve recuperação do que foi a conformação da chamada Geografia da Atenção à Saúde, tendo como pano de fundo a consolidação do peso econômico e social das políticas de saúde. A seguir apresentam-se as grandes linhas de estudo: (1) medindo o acesso; (2) a influência do mercado: as particularidades da produção norte-americana; (3) a transição rural-urbana e a influência da OMS; e por fim (4) a equidade de uma concepção espacial.

A GEOGRAFIA DA ATENÇÃO À SAÚDE

Com o século XX inaugura-se em praticamente todo o mundo a progressiva transformação da atenção à saúde, em especial do atendimento

médico, em uma importante política social. Chega-se aos dias atuais com o setor saúde constituído como um segmento bastante capitalizado da economia, movimentando parcelas importantes do Produto Interno Bruto¹ de países tanto centrais quanto periféricos, e com a existência de complexos sistemas de atenção à saúde em diversos países. (Cohn e Elias 1996)

Essa realidade impõe novos desafios para os pesquisadores da área da saúde pública, em especial para aqueles das áreas de políticas, organização de serviços e planejamento. Estes desafios acabaram por levar a um crescente aumento de estudos voltados às políticas de saúde, principalmente nas últimas décadas. Dentre os numerosos estudos destaca-se a análise dos fatores envolvidos nas configurações dos distintos sistemas de saúde bem como nas relações estabelecidas entre Estado e mercado. Não obstante, foram poucas as abordagens preocupadas em incorporar uma ótica espacial às suas análises.

A ausência de estudos com estas características já havia sido, pioneiramente, apontada por Sorre (1952/1978). Entretanto, somente a partir do final da década seguinte que esta forma de abordagem começou a ganhar visibilidade acadêmica. Dois trabalhos marcaram este momento: *Medical Geography: Techniques and Case Studies* editado por Mcglashan em Londres, contendo uma sessão dedicada à Administração de Saúde Pública com ensaios sobre distribuição da população e serviços, variação na distribuição de médicos, estudos de casos e planejamento, entre outros; e o trabalho de Pyle nos EUA, que, a partir de um estudo de doença cardíaca, acidente vascular cerebral e câncer, estabelece uma relação entre essas doenças e necessidades de serviços, recuperando assim, mais uma vez, a tradição da Escola de Chicago. (Learmonth 1981).

Não obstante esses estudos datem da década de sessenta, as análises espaciais das políticas de saúde e da distribuição de serviços ainda eram pouco numerosas. As abordagens espaciais se restringiam fundamentalmente aos estudos epidemiológicos. Ratifica esta afirmação o texto de Wessen (1972), tomado aqui como representando a posição da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nele propõe-se que o estudo das políticas de saúde deveria ser composto por uma medida de níveis de saúde da população; pelo desenvolvimento e teste de novos métodos e programas de serviços de saúde; pela análise de determinantes de utilização de serviços; pela avaliação de programas e sistemas; por análises sociológicas e econômicas da operação de sis-

¹ Para 1990 o cálculo era de 12,7% nos EUA, 8,0% na Alemanha, 8,6% na Nicarágua, 2,8% no Paraguai. O percentual gasto no setor privado e no público varia bastante, de acordo com a conformação específica do sistema de saúde de cada país. Fonte: Banco Mundial, 1993.

temas de atenção à saúde; e pelo planejamento da alocação de recursos. Em nenhum momento do texto, no entanto, cogita-se da análise espacial.

Somente a partir dos anos setenta é que se observa um crescimento significativo dessas análises, fundamentalmente voltadas à avaliação dos perfis de distribuição de equipamentos. Este crescimento foi tamanho que acabou impondo a definição de um novo campo de estudo. Após longo debate, este foi denominado “Geografia da Atenção à Saúde”. (Pyle 1979); (Learmonth 1981). Os periódicos internacionais *Social Science and Medicine*, *Geographia Medica e Int. Health Services* constituem os principais veículos de difusão destas análises.

Na maioria das vezes a escala utilizada é a regional, ou seja, são feitas análises comparativas entre locais, sendo que os espaços são concebidos de uma maneira homogênea. Quanto à racionalidade que vai permear estes estudos, esta é a do acesso, particularmente marcada por profundo viés normativo; ou seja, buscam-se metodologias capazes de definir “cientificamente” a melhor forma e o melhor local para se alocar recursos de saúde.

Cria-se, assim, uma tensão entre políticos e técnicos, quando estes reivindicam que seus modelos sirvam de guia para a implementação das políticas de saúde. A tensão entre “técnica” e “política”, ou melhor entre técnicos e políticos, fica evidente nas palavras de Pyle (1979, p.259): “Many of the models have a sound scientific research basis, but policy-makers have indeed created a geography of their own – utilizing spatial information they want to know about and omitting everything else”.

É bom ressaltar que o crescimento dessa nova área – Geografia da Atenção à Saúde – deu-se num momento em que a influência das técnicas e concepções propostas pela *New Geography*² já havia deixado impressa sua marca de forma bastante significativa. Isto explica a profusão de estudos tendo como objeto a difusão de inovações, de equipamentos e a distribuição de profissionais; as análises metodológicas; as técnicas de computação, entre outros.

² A *New Geography* ou Revolução Quantitativa foi uma corrente que se apresentava como ruptura com a antiga Geografia, assumindo-se porta-voz de um novo paradigma científico. Seus principais objetivos eram a objetividade, a rapidez das análises, a elaboração de modelos e hipóteses que pudessem dar conta de previsões e um esforço de interdisciplinaridade. Não obstante, segundo diversos autores, a *New Geography* acabou por se consolidar como uma tendência pragmática. A maioria das críticas aponta que ela acabou se restringindo a um método de análise, passível de inúmeras críticas; que desconhece o caráter histórico da relação homem-espaço, que descreve com requintes matemáticos mas não é capaz de explicar a mudança. (Soja, 1993); (Santos, 1978)

Ressalta-se aqui um outro aspecto importante: essa influência não se deu apenas nos temas e enfoques abordados. Na verdade, ocorre a incorporação do conceito de espaço da *New Geography* na maioria dos trabalhos realizados. Assim, novamente o espaço é concebido apenas como uma paisagem, na qual em vez de doenças desta vez se distribuem equipamentos e profissionais de saúde.

MEDINDO O ACESSO

A perspectiva do *acesso* marca de forma muito significativa a produção acadêmica, tanto nos países periféricos quanto centrais na décadas de 70 e 80 (Verhasselt 1993) Na maioria das vezes essa produção se está voltada para a solução de questões colocadas por necessidades da esfera estatal de atenção à saúde. Os principais temas referem-se ao planejamento e provisão de serviços de saúde e de profissionais, sendo que estas aproximações foram basicamente mediadas pela “teoria do lugar central”, como sustenta Paul (1985: 401): “From the onset, the goal of spatial studies of medical care has revolved around normative considerations, particularly those dealing with locational and distributional aspects of health-care facilities and health-care providers. Most of these studies evolved from the general exposition of location and central place theory”.

Essa teoria baseia-se nas idéias de Walter Christaller, que, na década de 30, formulava a necessidade de hierarquizar bens e serviços, que teriam abrangências diferentes. A população teria a tendência de se “movimentar” mais ou menos em busca de serviços ou bens com características distintas. Refere-se o autor, portanto, à distribuição de serviços de saúde numa área urbana, onde funções “mais elevadas”, como aquelas executadas por hospitais e especialistas, teriam limiares (áreas de abrangência) maiores, já que se poderia esperar que a população tendesse a movimentar-se mais em torno desta busca. É evidente a relação desta teoria com as diretrizes de regionalização e hierarquização da clientela, tão exaustivamente utilizadas no setor saúde.

Rotineiramente, os trabalhos preocupados com o acesso se utilizavam da metodologia matemática baseada na análise de “pontos”³. Como alguns exemplos, citam-se os trabalhos de Gober e Gordon (1980); Tanaka *et al.* (1980) e Shannon *et al.*(1978).

³ Alguns exemplos dessas técnicas são: análise de gradientes, *space clustering*, *space-time clustering*, entre outras. Sobre explicações mais técnicas sobre estas consultar Unwin(1981).

Gober e Gordon (1980) realizaram uma investigação sobre a localização dos médicos numa cidade do Arizona. As autoras apontaram a lógica da distribuição dos consultórios pelas diferentes especialidades médicas, identificando um padrão decorrente do grau em que utilizam recursos hospitalares. Tanaka e colaboradores analisaram a distribuição de médicos e da população ao longo de 10 anos (1965-1975) em município-dormitório de Tóquio, correlacionando as diferenças encontradas no padrão de distribuição espacial de médicos pela diferentes especialidades com a lógica da urbanização e das características daquela região. Já Shannon (1978) recorre a essa metodologia para o estudo de utilização de serviços de saúde por negros em Washington (Gesler 1986).

A pesquisa que Collver e colaboradores realizaram em 1967 também pode ser considerada como um marco na análise da distribuição de equipamentos da perspectiva de acesso. Foram avaliados os fatores que influenciavam o uso de serviços da saúde de atenção obstétrica e de planejamento familiar, a partir de uma situação em que não há “pagamento” pelos serviços. Entre vários fatores, hoje já bem estudados, tais como escolaridade materna e estado marital, destacaram a questão da distância da residência ao serviço. Este aspecto foi denominado pelos autores “acessibilidade”, demonstrando-se uma associação fortemente positiva entre a distância e o acesso. Cabe ressaltar, neste caso, a concepção abrangente dos autores, que articulam desde a configuração do sistema da saúde até os fatores relacionados com a esfera individual, sendo que para todos eles a concepção de espaço é ainda a de um espaço bastante homogêneo. Anos mais tarde, Roghmann e Zastowny (1979) realizam estudo semelhante nos EUA, com resultados bastante similares, embora esta pesquisa tenha tido como preocupação a validação dos achados mediante modelos matemáticos, não articulando o recorte das políticas.

Cabe aqui um rápido parêntese identificado por Learmonth (1981), que consiste na ausência de análises similares em países do então chamado bloco soviético. O autor realizou um levantamento bibliográfico em uma importante revista científica soviética – *Referativnyi Zhurnal Viniti* – e praticamente não encontrou qualquer estudo sobre a Geografia da Atenção à Saúde. Learmonth acredita que esta lacuna se deve ao fato de os pesquisadores soviéticos partirem da premissa de que a assistência à saúde era universalmente garantida em seus países, não havendo necessidade de investigações espaciais, que deveriam ficar restritas aos planejadores.

Mas se a afirmação de que o acesso pautava em maior ou menor grau as pesquisas realizadas neste período é pertinente, deve-se ressaltar no

entanto que eram bastante diversos os entendimentos sobre o que vinha a ser acesso. Tanto é que uma análise, mesmo que sucinta, da literatura disponível sobre esta questão mostra a coexistência de significados distintos para as palavras “acesso” e “acessibilidade”, o que contribuiu para a imprecisão na utilização destes conceitos. (Collins e Andersen 1980); (Frenk 1985); (Frenk e Donabedian 1987).

Sobre essas questões Frenk (1985, p. 438-40) assinala que “a revisão das definições prévias de acessibilidade apresenta diversas questões e problemas. Um primeiro problema se refere ao uso de vários termos sinônimos de acessibilidade. Isto se dá particularmente com termos como disponibilidade e acesso (...) Em consequência, a impressão geral que nos deixa a literatura acerca deste tema é da existência de uma rede intrincada de palavras e significados”.

Aday e Andersen (1974) reconhecem na literatura duas grandes vertentes de análise sobre acesso: uma primeira, que procura equacionar o acesso às características da população ou do sistema de atenção à saúde; outra, que prefere focar o acesso, fundamentalmente, no âmbito do indivíduo, relacionando-o com o seu grau de utilização e satisfação dos indivíduos relativamente aos serviços de saúde. Estes mesmos autores propõem, ainda, que o acesso poderia ser focado sob distintos ângulos, a começar por sua inserção na ótica das políticas de saúde, prosseguindo com sua relação com as características da população e seus riscos, com os sistemas de saúde, com o grau de utilização dos serviços e o nível de satisfação da clientela com os serviços. Em relação às políticas de saúde, afirmam que estas seriam “o ponto de partida para a consideração do conceito de acesso” (p.212).

Essas mesmas vertentes refletiram-se nas abordagens espaciais da atenção à saúde. Uma parcela ponderável dos estudos preocupava-se com a forma de melhor transformar o acesso em uma grandeza numérica, traduzida, na maioria das vezes, numa escala de metros ou quilômetros, ou ainda em testes estatísticos capazes de medi-lo. Como exemplos citam-se: Salkever (1976); Achabal e colaboradores(1978); Davey e Giles (1979). Quanto ao primeiro autor, ele parte das premissas apresentadas por Aday e Andersen para desenvolver formas de medir o acesso a partir de uma lista de variáveis. Já Achabal desenvolveu um programa interativo de computação gráfica para nortear a ampliação dos serviços de saúde. E por último, Davey e Giles estudaram formas de medir matematicamente o acesso aos serviços de saúde mental, na Tasmânia.

Outra vertente de estudiosos partiu do enfoque que privilegiava as características individuais, incluindo-se também aí análises sobre graus de

utilização e satisfação com relação aos serviços. Citam-se como exemplos Mburu e colaboradores (1978), que afirmaram que um atributo individual – a “consciência de saúde” – seria um fator que influenciaria fortemente os índices de vacinação de crianças no Quênia. Long (1980) chegou à conclusão de que a distância era um fator que influencia menos o acesso aos serviços dentários do que as características individuais como a escolaridade. Pearson (1988) analisou as influências do grupo étnico e de gênero no tratamento de hanseníase no Nepal, demonstrando que por motivos culturais – o grande preconceito com a hanseníase – a adesão ao tratamento era melhor quando o serviço se localizava longe da moradia, mesmo em se tratando de áreas rurais com enormes distâncias a serem vencidas.

No Brasil destacam-se as contribuições de Unglert, Rosenburg e Junqueira (1987), que inovaram ao proporem a incorporação da “população” como sujeito nos processos de definição de áreas de abrangência de unidades básicas de saúde, incorporando o conceito de “espaço social”, marcado fundamentalmente por determinadas características geográficas. “No presente trabalho o esforço dos autores se voltou à proposta de uma nova metodologia que viesse a auxiliar no planejamento da localização de novas unidades de saúde baseado não somente nos critérios tradicionais, mas levando em conta algumas características geográficas relacionadas a tais serviços. Considera-se, ainda, como fundamental, o respeito à distribuição por aglomerados que a própria população estabeleceu” (p.440).

Se por um lado foram múltiplos os enfoques na produção acadêmica sobre a questão do acesso, por outro deve-se destacar que o conjunto desses estudos teve o mérito de agrupar distintos elementos que permitiram associar “políticas de saúde” e “espaço”, abrindo uma perspectiva de análise que se desenvolveria nos anos seguintes. E mesmo partindo do conceito de espaço da *New Geography*, acabaram, em alguns casos, deparando-se com realidades para as quais este conceito se revelava insuficiente. Estes achados levaram a inúmeras indagações que desembocaram em reflexões sobre o campo, desenvolvidas na década de 90. E não se deve esquecer de que, como colocam Cohn *et al.* (1991), que se o acesso, em si, não garante a existência de um direito social, a presença física dos equipamentos configura-se como a condição primeira na garantia de sua realização. “Certamente o acesso – do ponto de vista da distribuição espacial dos equipamentos e serviços – é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários e, sem dúvida, é um elemento fundamental contido no princípio, tomado linearmente, de que a oferta produz a demanda”. p.67

O MERCADO NA PRODUÇÃO NORTE-AMERICANA

A partir do final da década de 60 identifica-se um grande volume de produção acadêmica nos Estados Unidos interessada na aplicação de métodos geográficos de análise para o estudo da distribuição de equipamentos de saúde e das possibilidades de acesso daí decorrentes. Foram desenvolvidos e empiricamente testados, a partir de então, numerosos modelos e teorias. (Stimson 1981)

Não obstante a influência da *New Geography* também tivesse sido muito significativa, e se mantivessem os mesmos traços descritos na seção anterior, a produção norte-americana apresentou uma importante particularidade. Foi a experiência que mais claramente foi pautada não apenas pela esfera pública do setor saúde, mas pelo setor privado, trazendo para dentro das análises espaciais de atenção à saúde a perspectiva do mercado.

Pyle (1979/1981) identifica que essa produção foi fortemente influenciada pela Agenda 2000, que trazia o conteúdo da necessidade de racionalização e diminuição de custos na saúde. E estas influências traduziam interesses tanto públicos quanto privados.

A ênfase nos estudos utilizando-se de metodologias matemáticas foi muito importante em diversos países. Entretanto foi nos EUA que ela se revela mais fecunda, conforme afirma Stimson (1981: 27). “Locational analysis and behavioural analysis in medical geography and numerous theories and models have been developed and empirically tested in a variety of countries, but much of the literature focuses on North America”.

Outros temas particularmente explorados nos EUA, todos marcados pela exigência de racionalização, foram: o atendimento de emergência e o resgate médico e paramédico; o fechamento de hospitais; a difusão de inovações, em especial as de alta tecnologia (Pyle 1981).

Quanto à existência de numerosos estudos preocupados com os serviços de emergência, ela é decorrência da diretriz política norte-americana da época, de programação e ampliação deste atendimento verificados na década de 70, tanto no setor público como no setor privado de saúde, sendo que ocorreu um aumento de empresas privadas que prestavam este tipo de atendimento. Surgem assim estudos voltados para diversos momentos do complexo atendimento de urgência, abrangendo desde o resgate até a localização ideal de prontos-socorros, com propostas de racionalização e otimização dos serviços existentes.

Já outras pesquisas propõem critérios para avaliação da qualidade do atendimento, que poderia ser calculada pelo número de mortes e

gravemente feridos que chegam aos locais de atendimento, particularmente em se tratando de acidentes de trânsito (Mullner e Goldberg 1978). Achabal e Schoeman (1979) apontam para o fato de que a distribuição de ambulâncias é fortemente desenhada pelo mercado/concorrência e não pelas necessidades dos grupos populacionais; Mayer (1979) estudou a eficácia do resgate realizado por paramédicos em Seattle. Nota-se que estudos como estes foram também responsáveis pela legitimação de ações realizadas por paramédicos, e elencam um grau de extrema complexidade que em outros países, inclusive no Brasil, seriam provavelmente consideradas como exercício ilegal da medicina (as atividades incluem aplicações de drogas, procedimentos de desfibrilação, drenagem torácica e traqueostomia, entre outros). Já Williams e Shavlik (1979) analisam estritamente a atuação de um sistema de atenção paramédico privado em São Bernardino, demonstrando a eficácia e a eficiência do mesmo.

Estudos sobre a difusão de inovações também mereceram destaque, embora este tipo de enfoque fosse bastante comum nos campos influenciados pela *New Geography*. No presente caso, no entanto, ele adquiriu particularidade pois se articulava com interesses financeiros de viabilização da conquista de fatias de mercado. O trabalho de Baker (1979) pode ser tomado como exemplo, quando estuda como foi o processo de incorporação tecnológica – a partir do caso dos tomógrafos computadorizados – nos diferentes estados de federação norte-americana. Um dos pontos a destacar a partir desses estudos é o papel de regulação do Estado. No caso da Califórnia, onde não havia legislação de controle sobre a compra dos equipamentos pelo setor privado, foram adquiridos um grande número de tomógrafos computadorizados, chegando Los Angeles a ter mais aparelhos do que a Inglaterra.

Outro estudo que deixa bastante transparente a influência do mercado foi realizado por Mullner e colaboradores (1980). Os autores investigaram o fechamento de hospitais nos Estados Unidos entre 1972-1978. A análise foi feita discriminando detalhadamente por tipo de hospital, Estado da federação, regiões (Pacífico, Atlântico Sul, etc.), entre outros. Chegam à conclusão que a tendência era a de continuar ocorrendo fechamento de pequenos e médios hospitais, com aumento da concentração de leitos por hospital. Chegam a afirmar que 175 seria o número mínimo de leitos para um hospital lucrativo manter-se funcionando.

Cabe ressaltar que estudos com estas características forneceram muitas informações sobre questões suscitadas pelo setor privado de saúde, e que anos mais tarde e em outros países se articulariam novos tipos de estudos sobre as influências do mercado nas políticas públicas.

O RURAL-URBANO E A INFLUÊNCIA DA OMS

O ideário proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em especial a meta “Saúde para todos no ano 2000”, exerceu uma forte influência nos estudos de atenção à saúde da perspectiva que aqui vem sendo apontada. Ela pode ser dividida em dois momentos, a partir das ênfases distintas sobre espaços rurais e urbanos. No primeiro caso, a prioridade era a de se levar a atenção à saúde para as áreas rurais identificadas como espaços de pobreza, sendo as cidades tratadas como espaços homogêneos, até mesmo elitizados. Num segundo momento, que se acentua a partir dos anos 80, verifica-se um deslocamento da prioridade para as áreas urbanas (Harpham e Stephens 1992). Gouveia (1999: 50) confirma esta ênfase nas áreas rurais “Até meados da década de 80, a maioria das grandes organizações internacionais, dos governos e dos pesquisadores com interesses nas questões relacionadas às condições de vida e saúde das populações, priorizavam as populações rurais, mais especificamente a dos países em desenvolvimento, como o foco principal de suas atenções e investimentos. Isto se justificava pelo fato de boa parte dos centros urbanos, as cidades, virem oferecendo, até então, melhores condições de garantir uma qualidade de vida adequada para seus habitantes”.

Ambos os momentos, no entanto, são fortemente associados à meta de ampliação da rede básica de saúde, na perspectiva da atenção primária como estratégia de garantir a “Saúde para todos no ano 2000”. A influência da atenção primária pode ser observada na escassez dos estudos enfocando os níveis secundário e terciário de atenção⁴. Barnett e col. (1980) apontam esta questão quando iniciam um estudo sobre alocação de serviços hospitalares na Nova Zelândia: “Há muito é reconhecido que a iniquidade existe na disponibilidade de atenção primária. Menos conhecido, entretanto, é a iniquidade de distribuição no setor secundário”.

O trabalho de Robertson (1970), embora tenha como objeto central o estudo da distribuição de médicos no decorrer dos anos na Cidade de Boston, aponta um aspecto importante dos estudos realizados até então: o foco em grandes áreas geográficas com oposição rural/urbano: “The distribution of physicians relative to population is scrutinised frequently. Usually, these studies focus on large geographic units such as states or rural versus

⁴ Exceção a esta afirmação são os estudos norte-americanos que já foram abordados com mais detalhe anteriormente

urban areas...” Harpham e Stephens (1992: 112), recuperando a influência da OMS sobre as políticas de saúde efetivamente praticadas nos países periféricos, também apontam essa transição rural-urbano e a ênfase na atenção primária. “In the 6 years following the Alma Ata declaration on primary health care in 1978, the vision of primary health care and associated policy developments and literature was distinctly rural. This was a natural focus for policy debate as the majority of developing country populations lived in rural areas, and urban areas were perceived as a homogeneous over-served elite absorbing far too much of the national health budget”.

Como exemplo da proposta de se reverter a disparidade na distribuição de serviços de saúde em áreas rurais pode ser citado o trabalho de Gershenberg e Haskell (1972). Os autores analisam o planejamento da distribuição de serviços médicos em Uganda na décadas de 60 e 70, tomando como unidade de análise os *gombololas*⁵ e as dificuldades de locomoção da população rural. A partir daí propõem uma realocação de recursos.

O movimento de deslocamento da análise para as cidades advém das pressões decorrentes dos processos de urbanização associados à periferização, com aumento da desigualdade e da pobreza, em especial nas grande metrópoles do terceiro mundo⁶. (Harpham, T. e Stephens, C. 1992). (Ribeiro, L. e Lago 1992) (Ribeiro, A. *et al.* 1998). A partir desta realidade começam a surgir estudos sobre o tema, destacando-se inicialmente o trabalho de Berlinguer (1978), que analisou a interação entre urbanização e saúde, apontando para problemas de moradia, disponibilidade de serviços de saúde e problemas de desigualdade social.

O documento que pode ser tomado como a marca da reorientação da política da OMS em direção às cidades foi apresentado por Rossi-Espagnet em seminário da UNICEF (United Nations Children’s Fund), em 1984. Nele, o autor aponta que a rápida urbanização, em especial nos países em desenvolvimento, com crescente aumento da pobreza e das cidades como espaço de desigualdades, criou a necessidade de se promover a atenção primária de saúde nas cidades. Reflexo desta inflexão foi a realização em 1985, em Oxford, do primeiro *workshop* internacional da OMS direcionado à atenção primária nas cidades. (Harpham, T. e Stephens, C. 1992).

⁵ Nessa época Uganda era dividida em quatro regiões administrativas (Buganda, Eastern, Westwer e North), cada uma delas é dividida em *gombololas*, que seriam as menores unidades administrativas.

⁶ Em 1950 apenas uma cidade no terceiro mundo tinha mais de 5.000.000 habitantes; em 1970 eram onze e 2000 serão cerca de 35, sendo que destas 11 terão populações de 20.000.000 a 30.000.000 habitantes (considerando suas áreas metropolitanas). (Harpham, 1994)

No entanto, nesse mesmo seminário já é apontada a ausência de dados que documentassem as diferenças intra-urbanas. Desde então houve um crescente aumento de estudos voltados para a identificação de diferenciais intra-urbanos e para a elaboração de metodologias apropriadas a este fim. Começa a ocorrer então uma mudança significativa no que diz respeito à percepção do espaço. Este não mais é visto como uma forma homogênea mas constituindo-se em espaços heterogêneos.

PERSPECTIVA ESPACIAL E EQUIDADE

Verhasselt (1993) assinala que a questão da equidade e do direito à saúde são os pontos de partida para novas abordagens de estudos tanto de distribuição de doenças como de provisão de serviços. Chega a propor uma nova denominação – Geografia da Saúde – que significaria “a holistic approach of health and health care. As such it can be considered as the result of the evolution of the ancient dichotomy between geography of disease(disease ecology) and geography of health care...” (p.119).

A seção anterior identificou, entre outras, duas características importantes das análises da distribuição de serviços e equipamentos partindo da perspectiva do acesso: uma relação prescritiva com as políticas de saúde e uma visão de espaços homogêneos, em especial dos espaços das cidades. O rompimento com estas características vai levar à introdução da perspectiva da *equidade*, que aqui, em particular, se articula ao seu componente espacial.

Na grande maioria das vezes esses estudos adotam a concepção da saúde como um direito, e não como uma mercadoria, ou favor. A introdução desta mudanças, como bem observa Tarlo (1980), é complexa, apresentando novas questões, entre elas a definição de “equidade espacial” e a definição de “graus de necessidade”. Embora estes estudos tenham se iniciado nos países centrais, particularmente na Inglaterra, hoje em dia esta discussão é cada vez mais importante nos países periféricos, dadas as próprias características de seus processos de urbanização, que encerram desigualdades cada vez mais intensas (Verhasselt 1993).

Entretanto, o rompimento com aquele viés normativo/prescritivo pode ser identificado na vasta experiência inglesa, que inverteu a lógica predominante. Passa-se de uma análise da “realidade” – de distribuição de bens e serviços – a uma solução tecnocrática que deveria, sob as bênçãos da ciência, ser aplicada a uma situação em que, partindo-

se das políticas efetivamente praticadas, dá-se início às análises, para obter as conclusões.

Outro modo de abordagem derivou dos estudos de diferenciais intra-urbanos. Ocorre, em primeira aproximação, uma mudança na escala de análise. Busca-se a identificação precisa de diferenças e desigualdades, muitas vezes associadas às perspectivas das análises de risco. Rompe-se, dessa forma, com o conceito das cidades concebidas como espaços homogêneos.

Antes de se detalhar essas características, cabe ressaltar que estas mudanças cobraram novos posicionamentos dos pesquisadores da saúde. Estes tiveram que defrontar-se com um debate caloroso sobre os conceitos de espaço, em que emergem como centrais as discussões sobre o papel do Estado e das relações entre o Estado e o mercado nas configurações dos sistemas de saúde.

Justiça territorial vs. “inverse care law”: o NHS britânico⁷

A implantação do Sistema Nacional de Saúde Britânico (NHS) vai apresentar novos desafios aos pesquisadores da saúde e aos administradores públicos. Partindo da premissa do direito e rompendo com o traço meritocrático “contribuição-assistência”⁸ vigente até então, o NHS deve ser entendido à luz do que foi a constituição do Estado de Bem Estar Social, o *Welfare State*. Esta forma específica de conformação das políticas públicas de corte social foi o resultado, nos países capitalistas centrais, de pactos sociais entre trabalhadores e empresários, realizados com a mediação do Estado, no período posterior à Segunda Guerra Mundial. Este pacto, levando à extensão de direitos de cidadania ao conjunto da população, por um lado estabilizou as formas de dominação capitalista, e por outro aumentou o poder de barganha dos trabalhadores, que tiveram assegurados meca-

⁷ Para maiores detalhes da Constituição do NHS ver Levitt, R; Wall, A; (1976); e a respeito do impacto das recentes reformas ver Robinson, R; Le Grand, J; (ed) (1994).

⁸ O sistema de saúde inglês mantinha até a segunda guerra, o padrão de funcionamento estabelecido por Lloyd George em 1911, na forma do *Health Insurance Scheme* de 1913, compreendendo a cobertura dos gastos efetivados com doenças e o pagamento de dias não trabalhados para a população trabalhadora de baixa renda. No decorrer dos anos essa cobertura foi se ampliando progressivamente à população de faixas salariais cada vez mais altas, tendo chegado à cobertura de 20 milhões de pessoas em 1938. O financiamento desta política era feito por trabalhadores, patrões e Estado, sendo administrado por cerca de 1000 comitês locais de entidades sem fins lucrativos. Cooper e Culyer (1971)

nismos de sobrevivência, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho. (Esping-Andersen 1991; Possas 1992; Cohn 1991) ⁹.

Um dos princípios centrais do NHS residia no acesso universal à atenção à saúde. Segundo Cooper e Culyer (1971), “Coverage was to be universal and to be dependent upon nothing other than being alive and on British soil” (p.3). Entretanto, a efetivação deste princípio esbarrou num grande obstáculo: a existência de uma distribuição extremamente heterogênea de profissionais e equipamentos de saúde por todo o Reino Unido, que expressava a lógica mercantil de atenção à saúde anteriormente existente, e que havia se acentuado com a Segunda Guerra Mundial. As desigualdades entre os distritos eram imensas: alguns não contavam com nenhum ginecologista. Mais de 33% dos especialistas residiam em Londres, vinculados à prática privada da medicina. As relações médico /leito também variavam enormemente, de 1 para 10 até 1 para 170 (Cooper e Culyer 1971).

A situação descrita acima levou a uma especificidade na produção científica inglesa: a articulação das questões da atenção à saúde e das políticas públicas a uma perspectiva espacial. Assim, enquanto boa parte do mundo ocidental iniciava, ainda que timidamente, a discussão sobre o acessibilidade, e muitas vezes em busca de modelos matemáticos para medí-la, os ingleses iniciam a discussão da universalidade, muitas vezes entendida como equidade, e de como efetivá-la, tendo como pano de fundo a questão espacial, conforme fica claro nas palavras de Cooper e Culyer, em 1971. “The Health Service has successfully removed the ‘price barrier’ but it has been slow to appreciate the extent and importance of other barriers. The problems of how much to provide, for whom and where

⁹ Sobre a centralidade dessas políticas na constituição do próprio Estado Capitalista destacam-se as contribuições de Offe (1984) que afirma que, através de suas políticas sociais o Estado Capitalista acaba por se constituir a si próprio quando: “tenta resolver o problema da transformação duradoura de trabalho não assalariado em trabalho assalariado.” (p.15). O autor identifica aí as diferenças entre proletarização ativa e passiva: a proletarização ativa é o momento em que o indivíduo passa a assumir sua força de trabalho como uma mercadoria posta a venda, processo este que garantirá a sua sobrevivência enquanto trabalhador; já a passiva resulta do processo de industrialização capitalista que acaba por destruir de forma maciça e constante os mecanismos de sobrevivência presentes até então. O autor, prosseguindo na análise sobre a articulação das políticas sociais com a regulação do fluxo entre a proletarização passiva e ativa, destaca ainda a importância dos subsistemas externos ao mercado, tais como a família, a escola, os órgãos de assistência à saúde e a previdência social. E em relação à progressiva incorporação destas ações pelo Estado, indica que esta passagem entre proletarização passiva e ativa necessita ser controlada, para não haver um gradiente de fuga do mercado de trabalho, sendo que este controle também deve se dirigir para o exército industrial de reserva.

remain largely unresearched. We just touched upon one of the neglected areas, that of territorial justice. Negative direction of manpower has failed to bring about regional equality” (p.11).

Da experiência de implantação do NHS surgem, nos anos 60 dois conceitos importantes que irão orientar, por décadas, as análises da atenção à saúde na Inglaterra: *territorial justice* e *inverse care law*.

Davies (1968) apresentou o conceito de justiça territorial, definindo-o como “a cada área conforme as necessidades da população daquela área”. Esta abordagem levou à análises espaciais não só de distribuição de médicos e serviços pelo Reino Unido, entendido o espaço como homogêneo, bem como ao enfoque das características sócio-econômicas dos distintos distritos e das também distintas repercussões locais das políticas nacionais devido às respectivas particularidades existentes. Posteriormente, a discussão ultrapassou as diferenças inter-regionais alcançando a perspectiva dos diferenciais intra-urbanos.

Já o conceito de “inverse care law” foi proposto por Hart (1971): “a disponibilidade de boa atenção médica tende a variar inversamente à necessidade da população servida”, e foi ampliado progressivamente, até incluir observações sobre aspectos mais amplos das políticas públicas, dentre eles o papel do Estado na organização do espaço urbano.

Derivam daí diversos estudos que buscam relacionar o perfil de distribuição de hospitais, médicos e políticas de saúde nos distintos distritos da Grã Bretanha com as políticas públicas implementadas. Outra face desta preocupação é dada pelos estudos sobre a distribuição das escolas médicas e o perfil dos formados, incluindo a questão do peso da emigração/imigração, pois era considerada de fundamental importância uma mudança do ideário médico para que realmente se pudesse romper com a *inverse care law*. Conforme Knox (1979: 119): “The re-orientation of the ideology of the medical profession and the demystification of medicine thus become important long term objectives, which can only be tackled in medical schools, where the ethos of the profession is created and perpetuated. As a start, more emphasis could be given in medical education to the medical and social value of working in deprived areas”.

Algumas dessas principais linhas de pesquisa desenvolvidas na Inglaterra acabaram por influenciar a produção mundial. Dentre elas podem ser citadas: a análise da distribuição de médicos e recursos de saúde pelos distintos distritos, comparando com as especificidades de cada um e os investimentos públicos alocados (não só na saúde mas de uma forma global); a avaliação de se as políticas públicas implementadas tiveram a

capacidade de romper com a *inverse care law*, e por fim a avaliação de se os ideais de equidade foram efetivados, tendo como referência inicialmente os grandes distritos e a seguir os espaços intra-urbanos.

Como exemplos de alguns importantes estudos, cita-se o trabalho de Knox (1979), que descreveu as relações entre a distribuição da atenção primária de saúde, entendida como os *general practitioner*¹⁰, e a distribuição geográfica das áreas carentes. Examinando a partir daí se as políticas públicas desenvolvidas desde a implantação do NHS tiveram ou não capacidade de dar resposta a esta situação, rompendo com a lógica da *inverse care law*.

Knox (1979) conclui que as disparidades encontradas anteriormente não puderam ser revertidas de uma maneira total e duradoura, demonstrando que as regiões mais pobres continuam com grandes dificuldades para atrair novos médicos. Por exemplo, são nelas que acabam se fixando os médicos estrangeiros (em 1969, 97% dos médicos que foram para regiões sem médicos eram imigrantes), e são elas que apresentam listas¹¹ com maior número de pacientes adscritos a um *general practitioner*.

Nesse mesmo trabalho, o autor dá início à discussão da necessidade de se incorporar uma perspectiva de escala que fosse diferente da regional, introduzindo a questão do intra-urbano e da qualidade da assistência, articulada à atenção primária de saúde: “Whilst the evidence for an inverse care law at the regional level remains equivocal, there are increasing grounds to suspect that intra-urban variations in the delivery of primary care should be the focus of concerns” (p. 115).

Ainda da perspectiva da equidade, cita-se Phillips (1979), que introduziu uma nova discussão quando identificou outros fatores que influenciavam o acesso e a equidade em diferentes grupos populacionais, demonstrando que a distância tem impactos diferentes em grupos ricos e pobres residentes nos mesmos locais.

Modelos para realocação de *general practitioner*, visando melhorar a distribuição intraurbana, são propostos por Curtis (1982), enquanto a perspectiva das mudanças na conformação das cidades e novas necessidades de serviços hospitalares numa perspectiva de modelo de alocação de recursos públicos pode ser encontrada em Mohan (1983).

¹⁰ O *general practitioner* é considerado a porta de entrada do NHS, seria uma espécie de médico de família

¹¹ Cada *general practitioner* tem uma população que se inscreve voluntariamente em sua listas muito grandes podem significar um atendimento pior.

Outro trabalho notável é o de Powell (1986), que, ao estudar a questão da necessidade e a provisão de atenção primária em Londres, aponta para problemas que podem ser redefinidos dentro da perspectiva da justiça territorial. Especial atenção é dada à questão da escala e da divisão igualitária de provimentos. Sustenta-se que esta não garantiria e a equidade, pois nela os diferentes não são tratados diferentemente. No Brasil, Carvalho (1980) realizou um estudo semelhante tendo como objetivo interpretar, geograficamente, o acesso aos serviços de saúde materno-infantil da população de Copacabana. Demonstrou não só distintos padrões de consumo dos serviços de saúde, como ainda que estes tinham particularidades na suas localizações.¹²

Os diferenciais intra-urbanos

Os processos de urbanização, em especial dos países periféricos, aumentaram os espaços de desigualdades e a pobreza nas cidades, como coloca Santos (1993). “A cidade em si, como relação social e como materialidade, tornou-se criadora de pobreza, tanto pelo modelo socioeconômico de que é o suporte como por ter sua estrutura física, que faz dos habitantes das periferias (e dos cortiços) pessoas ainda mais pobres. A pobreza não é apenas o fato do modelo socioeconômico vigente, mas também do modelo espacial” p.10

Esta complexa realidade aponta para a necessidade de se aperfeiçoarem instrumentos de análises das cidades, como já havia sido detectado pela OMS em 1984. A concepção das cidades como espaços heterogêneos e desiguais decorrentes dos processos específicos de urbanização serviu de base para o aperfeiçoamento das discussões de diferenciais intra-urbanos, construídos muitas vezes a partir de indicadores compostos.

Essas discussões trazem para o núcleo do debate o conceito de espaço a ser utilizado. Como afirma Picheral (1994): “Although the organisation and management of space effectively obey a number of models, they are never identical. A population manages a space – its own space –

¹² O autor demonstrou que crianças faveladas tinham acesso a postos de saúde perto de suas residências, porém só com serviços elementares, pois suas mães na hora do parto eram obrigadas a se locomover até hospitais distantes. Enquanto isso, os grupos de baixa renda familiar, queriam manter o mesmo *status* que seus vizinhos, e não “se misturar” com a população favelada se dirigiam às clínicas particulares dos subúrbios. Os grupos de renda média-alta se utilizavam de serviços conveniados, e os de renda média competiam com a população pobre no uso dos recursos federais/previdência que ainda existiam no bairro e arredores.

where its lives, works, moves and generates fluxes (of men, goods and services, including medical services). It organises it, uses it and identifies with it.The systemic hinging of this set of indicators of all kinds leads to differentiation of space and hence inequalities” (p. 1590).

Outro aspecto que merece ser ressaltado é que essa discussão, partindo de um referencial espacial, demonstrou claramente a necessidade de abordagens multidisciplinares. De tal forma que Harpham e Stephens (1992), ao analisarem a incorporação das questões da saúde urbana com ênfase na desigualdade e em como estas tem sido incorporadas nas agendas pelos formuladores e executores de políticas, formulam a seguinte questão “Is it better to influence health status by concentrating on non-health specific policies which influence land tenure, rent controls etc. while strengthening the institutions responsible for managing urban development? Do slum improvement projects benefit the poorest groups in any way? Longitudinal studies to measure change over time are needed to address this question properly” (p. 118).

Cabe ressaltar que a divisão das cidades em regiões menores (por exemplo, distritos ou bairros) para análise dos dados não é, em si, um procedimento metodológico inovador. Diversos trabalhos, em especial na área de epidemiologia, foram realizados com este desenho. Entretanto, o que há de novo nessas abordagens se refere ao fato de partirem de uma compreensão da complexidade e do caráter multifacetado dos processos urbanos existentes, levando necessariamente à utilização de uma abordagem multidisciplinar. Segundo Akerman e Bousquat (1997) “A ação sobre o pequeno espaço não deve ficar restrita apenas ao campo da eficácia administrativa da gestão pública, mas também ser abordada dentro de uma estratégia de redefinição socio-cultural do espaço urbano local (...) Vale assinalar que não cumpre apenas apontar áreas onde o problema apresenta-se como de maior monta, o que importa é a busca de uma nova articulação entre espaços distintos” (pp.1, 2).

O Mapa de Risco da Exclusão Social da Cidade de São Paulo (1996), realizado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa de Segurança Social da PUC/SP (coordenado por Sposati) e o projeto realizado pelo CEDEC (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea), com financiamento do Ministério da Justiça, dos Mapas de Riscos da Violência das Cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba e Salvador, podem ser considerados exemplos dessas abordagens, embora nos dois casos a saúde não seja o tema central, emergindo como questão básica a justiça territorial.

No caso mais específico da saúde, grande parcela da produção brasileira está voltada aos processos de distritalização e formação de sistemas locais de saúde, que tiveram peso a partir da década de 1990. A Publicação Científica nº519 da OPAS (1990), por exemplo, enfocou con-

ceitos, métodos e experiências nos sistemas locais de saúde, e de uma certa forma impulsionou essa produção.

O livro organizado por Villaça (1995) sobre os Distritos Sanitários traduz um pouco do acúmulo desta produção. Em especial destaca-se o artigo de Unglert (1995), onde a questão do conceito de território é aprofundada: "... o território (é entendido) como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução. Portanto, a concepção de território-processo transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. Esse território, então, além de um território-solo é, ademais, um território econômico, político, cultural e epidemiológico" (p.166).

Chega-se assim, ao final da década de 90, com distintos fatores contribuindo para um aprofundamento das abordagens espaciais da saúde, e cobrando novas delimitações de conceitos. Aponta-se cada vez mais para uma abordagem multidisciplinar, em que a questão da justiça e dos direitos de cidadania ganham peso. Do mundo urbano visto como cenário homogêneo e privilegiado chega-se, hoje, a um cenário urbano marcado pela heterogeneidade e por injustiças. Assim, não há como não incorporar à questão da cidadania não apenas o território, mas, também o espaço, dada a heterogeneidade das cidades e da sua conformação marcada por profundos traços da segregação espacial e social.

AYLENE BOUSQUAT é professora da Faculdade de Medicina do ABC e pesquisadora do CEDEC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHABAL, Dale; Moellering, Harold; Osleeb, Jeffrey; Swain, Ralph (1978). "Designing and Evaluating a Health Care Delivery System through the Use of Interactive Computer Graphics". *Social Science & Medicine*, vol. 12D, pp. 1-6.
- _____; SCHOEMAN, Milton (1979). "An Examination of Alternative Emergency Ambulance Systems: Contributions from an Economic Geography Perspective". *Social Science & Medicine*, vol. 13D, pp 81-86.
- ADAY, Lu Ann e Andersen, Ronald (1974). "A Framework for the Study of Access to Medical Care". *Health Services Research*, 9(3), pp. 208-220.
- AKERMAN, Marco; Bousquat, Aylene (1996). *Mapa de Risco de Violência de São Paulo*. CEDEC/ Ministério da Justiça.

- BAKER, Stephen (1979). "The Diffusion of High Technology Medical Innovation: the Computed Tomography Scanner Example". *Social Science & Medicine*, vol. 13D, pp. 155-162.
- BARNETT, Ross, J.; Ward, David; Tatchell, Michael (1980). "Hospital Resource Allocation in New Zealand". *Social Science & Medicine*, vol. 14D, pp. 251-261.
- BENEVIDES, Maria Victoria (1991). *A Cidadania Ativa*. São Paulo. Ática.
- BERLINGUER, G. (1978). *Malária Urbana*. Madrid. Editorial Villalar.
- CARVALHO, L.C.D. (1980) "Uma Interpretação Geográfica do Acesso a Recursos Sociais: a Saúde em Copacabana". Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia. UFRJ, Rio de Janeiro.
- COHN, Amélia et al. (1991). *A Saúde como Direito e como Serviço*. São Paulo. Cortez.
- _____; Elias, Paulo Eduardo (1996). *Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços*. São Paulo. Cortez/CEDEC.
- COLLINS, E. e Andersen, R. (1980) "Equity and the NHS- self-reported morbidity, access, primary care". *British Medical Journal*, vol 281, pp. 1111-1115.
- COLLVER, Andrew; Have, Ralph; Speare, Mary (1967). "Factors Influencing the Use of Maternal Health Services". *Social Science & Medicine*, vol. 1, pp.293-308.
- COOPER, M.H.; Culyer, A. J. (1971). "An Economic Survey of the Nature and Intent of the British National Health Service". *Social Science & Medicine* volume 5, pp1-13.
- CURTIS, Sarah (1982). "Spatial Analysis of Surgery Locations in General Practice". *Social Science & Medicine*, vol.16, pp.303-313.
- DAVEY, S.C.; Giles, G.G. (1979). "Spatial Factors in Mental Health Care in Tasmania". *Social Science & Medicine*, vol. 13D, pp 87-94.
- DAVIES, B. (1968). *Social Needs and Resources in Local Services*. London. Joseph.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1991). "As três economias políticas do Welfare State". *Lua Nova*, nº 24.
- FRENK, Julio. (1895). "El concepto y la medición de accesibilidad". *Salud Publica de Mexico*. 27 (5), pp. 438-453.
- FRENK, Julio e Donabedian, A. (1987). "Intervención del Estado en la atención medica: tipos, tendencias y variables". *Health Policy and Planning* 2 (1), pp. 17-31.
- GERSHENBERG, Irving; Haskell, Mark (1972). "The Distribution of Medical Services in Uganda". *Social Science & Medicine*, vol. 6, pp. 353-372.
- GESLER, Wil (1986). "The Uses of Spatial Analysis in Medical Geography: a Review". *Social Science & Medicine*. Vol.23, pp. 963-973.
- GOBER, Patrícia; Gordon, Rena (1980). "Intraurban Physician Location: a Case Study of Phoenix". *Social Science & Medicine*, vol. 14D, pp. 407-417.
- GOUVEIA, Nelson (1999). "Saúde e Meio Ambiente nas Cidades: os Desafios da Saúde Ambiental". *Saúde e Sociedade*, 8 (1), pp. 46-61.
- HARPHAM, Trudy; Stephens, Carolyn (1992). "Policy directions in Urban Health in Developing Countries – the Slum Improvement Approach". *Social Science & Medicine*. Vol.35, pp.11-120.
- HARPHAM, Trudy (1994). "Cities and Health in the Third World". in Phillips, David; Verhasselt, Yola (ed.) *Health and Development*. London/New York. Routledge.
- HART, J. T. (1971). "The Inverse Care Law". *Lancet*. 1, pp.405-412.
- KNOX, Paul (1979). "Medical Deprivation, Area Deprivation and Public Policy". *Social Science & Medicine*, vol. 13D, pp 111-121.
- LAURELL, Asa C. (1995). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo. Cortez/CEDEC.
- LEARMONTH, A. T. A. (1991). "Geographers and Health and Disease Studies 1972-1980". *Social Science and Medicine*, vol. 15D, pp. 9-19.
- LEVITT, R; Wall, A (1976) *The Reorganised National Health Service*. Londres. Croom Helm.

- LONG, Michael (1980). "The Amenability of Residential Area Differences in Medical Care Utilization to Amelioration". *Social Science & Medicine*, vol.14 D, pp. 397-405.
- MAYER, Jonathan (1979). "Paramedic Response Time and Survival from Cardiac Arrest". *Social Science & Medicine*, vol. 13D, pp. 267-271.
- MBURU, F.M.; Smith, Mickey; Sahrpe, Thomas (1978). "The Determinants of Health Services Utilization in a Rural Community in Kenya". *Social Science & Medicine*, vol. 12 A, pp 211-217.
- MOHAN, John, F. (1983). "Location-Allocation Models. Social Science and Health Services Planning: an Example from North East England". *Social Science & Medicine*. Vol.17, pp.493-499.
- MULLNER, Ross; Byre, Calvin; Kubal, Joseph. (1980). "Closed U.S. Community Hospitals, 1972-1978: Perspectives and Trends". *Social Science & Medicine*. Vol.14D, pp. 355-360.
- _____ ; Goldberg, Jack (1978). "Toward an Outcome-Oriented Medical Geography: an Evaluation of the Illinois Trauma/emergency Medical Services System". *Social Science & Medicine*, vol. 12D, pp.103-110.
- NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA SOBRE SEGURIDADE SOCIAL-PUC/SP (1995). "Mapa da Exclusão Social da Cidade de São Paulo". São Paulo, mimeo.
- OFFE, Claus (1984). *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). "Publicação Científica n.º 519". Washington, 1990.
- PAUL, Bimal. "Approaches to Medical Geography: an Historical Perspective" (1985). *Social Science & Medicine*. Vol.20, pp.399-409.
- PEARSON, Maggie (1988). "What does Distance Matter? Leprosy Control in West Nepal". *Social Science & Medicine*. Vol.26, pp. 25-36.
- PHILLIPS, D. R. (1979). "Spatial Variations in Attendance at General Practitioner Services". *Social Science & Medicine*, vol. 13D, pp. 169-181.
- PICHERAL, Henri. (1994). "Place, Space and Health". *Social Science & Medicine*, vol.39, pp. 1589-1590.
- POSSAS, Cristina (1992). "Estado, movimentos sociais e reformas na América Latina". *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 35, junho.
- POWELL, Martin (1986). "Territorial Justice and Primary Health Care: an Example from London". *Social Science & Medicine*, vol.23, pp. 1093-1103.
- PYLE, Gerald F. (1979). "Expanding North American Perspectives on Medical Geography". *Social Science & Medicine*, vol. 13D, 1979, pp. 205-207.
- _____ "Editorial Comment". *Social Science & Medicine*, vol.15, D, 1981, pp.259-260.
- RIBEIRO, Ana Clara; Silva, Cátia; Vieira, Hernani (1998). "Em defesa da reflexão na escala metropolitana: o ângulo da saúde". in Najar, A; Marques, E. (org.) *Saúde e Espaço – Estudos Metodológicos e Técnicos de Análise*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.
- RIBEIRO, Luís Carlos e Lago, Luciana (1990). "Crise e mudança nas metrópoles brasileiras: a periferização em questão" in Leal, Maria do Carmo *et al* (org). *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. São Paulo, Hucitec.
- ROBERTSON, Leon. (1970). "On the intraurban ecology of primary care physicians". *Social Science & Medicine*, vol. 4, pp. 227-238.
- ROBINSON, Ray; Legrand, Julian ,eds, (1993) . *Evaluating the NHS Reforms*. Bristol, King's Fund Institute.
- ROGHMANN, Klaus; Zastowny, Thomas (1979). "Proximity as a Factor in the Selection of Health Care Providers: Emergency Room Visits Compared to Obstetric

- Admissions and Abortions". *Social Science & Medicine*, vol. 13D, pp. 61-69.
- ROSSI-ESPAGNET A. (1984). "Primary Health Care in Urban Areas: Reaching the Urban Poor in Developing Countries". Report n. 2499M, World Health Organization. Geneva.
- SALKEVER, David (1976). "Accessibility and the demand for preventive care". *Social Science & Medicine*, vol. 10, pp 469-475.
- SANTOS, Milton (1978). *Por uma Geografia Nova*. São Paulo. Hucitec.
- _____ (1993). *A Urbanização Brasileira*. São Paulo. Hucitec, 1993b.
- SHANNON, G.W. (1978). "The Search for Medical Care: an Exploration of Urban Black Behaviour". *Journal of Health Services*, n. 8, pp.519-530.
- SOJA, Edward (1993). *Geografia pós-modernas – a reafirmação do espaço na teoria social*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar.
- SORRE, Max (1978). "Principes de Cartographie Appliqués a l'Écologie Humaine, 1952". *Social Science & Medicine*, vol.12D, pp. 238-250.
- STIMSON, Robert (1981). "The Provision and Use of General Practitioner Services in Adelaide, Australia: Applications of Tools of Locational Analysis and Theories of Provider and User Spatial Behaviour". *Social Science & Medicine*, vol.15D, pp. 27-44.
- TANAKA, Tsuneo; Ryu, Shurei; Nishigaki, Masaru; Hashimoto, Michio (1981). "Methodological Approaches on Medical Care Planning from the Viewpoint of Geographical Allocation model: a Case Study on South Tama District". *Social Science & Medicine*, vol.15D, pp. 83-91.
- TARLO, Keith (1980). "Equity and Local autonomy in Service Provision". *Social Science & Medicine*, vol. 14D, pp. 233-235.
- UNGLERT, Carmen; Rosenburg, Cornelio; Junqueira, Claudette (1987). "Acesso aos serviços de saúde – uma abordagem de Geografia em Saúde Pública". *Revista de Saúde Pública*, vol. 21, pp.439-446.
- _____ (1995). "Territorialização em sistemas de saúde" in Vilaça, Eugênio Mendes (org). *Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo. Hucitec/Abrasco.
- UNWIN, D. (1981) *Introductory Spatial Analysis*. London. Methuen.
- VERHASSELT, Yola (1993). "Geography of Health: Some Trends and Perspectives". *Social Science & Medicine*, vol. 36, pp.119-123.
- VILAÇA, Eugênio Mendes, org. (1995). *Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo. Hucitec/Abrasco.
- WESSEN, A. F. (1972). "On the Scope and Methodology of Research in Public Health Practice". *Social Science & Medicine*, vol. 6, pp. 469-490.
- WILLIAMS, Phyllis; Shavlik, Gerald (1979). "Geographic Patterns and Demographic Correlates of Paramedic Runs in San Bernardino, 1977". *Social Science & Medicine*, vol.13D, pp. 273-279.

**CONCEITOS DE ESPAÇO NA ANÁLISE
DE POLÍTICAS DE SAÚDE**

AYLENE BOUSQUAT

A incorporação da dimensão espacial na análise de políticas de saúde, com todas as suas conseqüências práticas, vem assumindo crescente

importância, sustenta a autora com base num amplo levantamento de fontes na literatura especializada. Há um avanço real na passagem da atenção ao território para a atenção ao espaço, com suas tensões internas. A ênfase na heterogeneidade do espaço urbano permite dirigir-se de maneira mais informada e rigorosa para as questões centrais da justiça e da cidadania.

CONCEPTS OF SPACE IN THE ANALYSIS OF HEALTH POLICIES

The incorporation of the spatial dimension in the analysis of health policies, with all its practical consequences, shows a growing importance, holds the author on the basis of a wide survey of sources in the specialized literature. There is a real advance in the passage from the attention to territory to the attention to space, with its internal tensions. The emphasis on the heterogeneity of urban space allows addressing in a more informed and rigorous way the central questions of justice and citizenship.