

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Paulo Henrique de Carvalho Bueno

AS CASAS DE PENSÕES DO PÓLO DE SAÚDE DE TERESINA:  
PRODUÇÃO ESPACIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

Teresina

2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Paulo Henrique de Carvalho Bueno

AS CASAS DE PENSÕES DO PÓLO DE SAÚDE DE TERESINA:  
PRODUÇÃO ESPACIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas. Área de concentração: Cultura e Identidade.

Orientador: Prof. Dr. Francisco de O. Barros Júnior

Teresina

2008

B226c Bueno, Paulo Henrique de Carvalho.

As casas de pensões do pólo de saúde de Teresina: produção espacial e política públicas./ Paulo Henrique de Carvalho Bueno. Teresina: 2008.

127 fls.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) UFPI

1. Políticas públicas. 2. Produção Espacial. 3. Território. I. Título.

C.D.D – 351.007 - 3

Paulo Henrique de Carvalho Bueno

AS CASAS DE PENSÕES DO PÓLO DE SAÚDE DE TERESINA: PRODUÇÃO  
ESPACIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas. Área de concentração: Cultura e Identidade.

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Francisco de Oliveira Barros Júnior (Orientador) – UFPI

---

Examinador(a)

---

Examinador(a)

## AGRADECIMENTOS

O ser humano pode fazer analogia de sua vida, utilizando-se de várias metáforas; ou apenas discorrê-la de forma breve, para agradecer sua existência no corpo social em que está inserido, como também pode valer-se de alguns conceitos geográficos, por exemplo. Assim sendo, podemos comparar nossa passagem pelo mundo como possibilidades de conquistar nossos espaços, os quais podem ser vislumbrados diariamente em seus territórios, lugares e redes, para utilizarmos alguns conceitos da Geografia. Nessa perspectiva de construção, desses contextos geográficos vivenciados, é interessante notar que somos permeados por pessoas, acontecimentos, enfim, várias construções que nos enriquecem no campo espiritual, profissional e pessoal.

Destaque-se ainda que os olhares que cada ser humano incorpora, para compreender a realidade vivida, provêm de várias áreas do conhecimento científico. Desta forma, da Geografia, interiorizamos que a construção de territórios não se limita apenas a aspectos materiais, mas também imateriais, fazendo com que tenhamos presentes, neste conceito, as noções de poder, gestão e identidade. Este último aspecto liga-se intimamente ao lugar, considerado aquilo que nos identifica. Esses dois conceitos são permeados por redes, seja de pessoas ou acontecimentos, tanto global quanto local, que se materializam no espaço geográfico produzido individual e coletivamente. Deste modo, das leituras de políticas públicas incorporamos a percepção de estar dentro de um corpo social que gerou um conjunto de instituições, como, por exemplo, Estado, Igreja, Escola e outros, capazes de substanciar a busca de consensos para os conflitos sociais, tentando a jusante uma formulação de ações que busquem a realização dos anseios individuais e coletivos. Logo, partindo da idéia de agradecer, toma corpo esse pequeno discorrer.

A Deus, Ser Maior, pela oportunidade que nos concede de viver, conquistar e sermos conquistados, nas mais variadas dimensões humanas; enfim, que tenhamos o prazer – e desprazer às vezes – de apreender com o mundo a nossa volta. Infinitamente grato.

A meus pais, João e Benedita Bueno, que, com carinho, preocupação e determinação, substanciaram um trilhar árduo, mas proveitoso, especialmente no campo educativo formal, tendo em vista que, em muitas ocasiões, tiveram que se abster de algumas concretizações pessoais em função dos filhos, os quais são ainda vivos: Francisca, Joaquim, Paulo Afonso, João Luís, José Luis, Jesa, Chagas, Antônio e Neta. A todos agradeço por compartilharem as

alegrias, tristezas, dúvidas, certezas, angústias; enfim, os vários sentimentos que cercam um homem em suas realizações profissionais e pessoais, ou seja, na produção de seu espaço.

À Universidade Federal do Piauí, aos docentes do Curso de Licenciatura Plena em Geografia e do Mestrado em Políticas Públicas, que, com seu empenho e dedicação, trouxeram um novo olhar da realidade social e de toda a sua complexidade materializada no espaço geográfico para esse ser humano. Aos sujeitos da pesquisa, peças fundamentais no processo. Obrigado.

Aos meus grandes mestres, os quais, em suas criações de situações de aprendizagem, incitaram-me o desejo de buscar o conhecimento científico, mas também atitudinal frente ao ser humano, a ciência e ao mundo. Obrigado então: ao Prof. Dr. Francisco Júnior, que, com suas palavras e orientações, auxiliou na construção de um estudante mais confiante, comprometido com o trabalho e com o ser humano; ao professor Carlos Sait, por suas discussões sobre organização do espaço e os conceitos de território, redes, lugares e outros, assim como pelo incentivo em seguir um pouco além da graduação, auxiliando na discussão do projeto e das idéias que tanto intrigaram ao longo desse trabalho; ao professor Antônio Cardoso Façanha pelo clarear das buscas por conhecimentos mais sistematizados, mais densos, e por nos transmitir a compreensão de que devemos estar atentos frente à realidade e aos alunos que, porventura, venhamos a nos confrontar durante a docência.

Ao longo dessa jornada de (re)produção espacial, seja através dos territórios, redes e lugares, tive a oportunidade de conviver com pessoas que auxiliaram fundamentalmente no que atualmente sou. Desta forma, podemos dividir essa temporalidade e espacialidade em duas etapas: *Teresina* (1992-2006) e *Arraial* (2007...). Em Teresina, mesmo correndo o risco de esquecer grandes amigos(as), elenco aqui alguns: Alex – que, mesmo distante, sei que temos reciprocidade na torcida pelas conquistas; Diniz e Fred – compuseram comigo um trio bastante coeso, cheio de risadas, alegrias e discussões; Fábria de Kássia – grande amiga do Mestrado; Iranilton – eterno contribuidor de minha produção espacial; Lia – amiga sempre atendida e pronta para auxiliar; Lourdes Caroline – pessoa especial que tive a oportunidade de conviver; Manuela Nunes Leal – pessoa estupenda, que sabe escutar, aconselhar, clarear trilhas extremamente escuras, dar um fio condutor para as dúvidas apresentadas; uma pessoa que pessoal e profissionalmente constitui-se como tipo ideal, utilizando uma linguagem weberiana; Ceicinha, Paulinha, Roberto e Tiane – quatro irmãos que se tornaram meus grandes amigos; Sâmia – pessoa especial que tenho a oportunidade de ter sua amizade. A todos, meus sinceros agradecimentos por existirem e por fazerem parte da minha rede de relações amigáveis.

Em Arraial, cidade natal e na qual vivo atualmente, tenho a oportunidade de conviver com pessoas ímpares. Cito algumas: Vitor e Francivaldo – formamos um trio em que compartilhamos quase todos os problemas, alegrias e tristezas; os professores da rede estadual e municipal com quem compartilho o ambiente de trabalho que tanto fortalecem e fazem-me buscar concretizar meus objetivos; Chiquinha (madrinha) e duas Marias (minhas cunhadas) – pessoas que tanto torcem por minhas conquistas; aos meus sobrinhos, especialmente Ian, Iure, Marcos e Marcondes com quem morei vários anos em Teresina e ainda hoje dividimos muito dos problemas, alegrias e tristezas presentes nas vidas de cada um. Enfim, obrigado a todas essas pessoas que fazem o espaço arraialense, e auxiliam-me na construção de meus territórios, lugares e redes.

Em nossa produção espacial, temos a oportunidade de realizar feitos que servirão de constituintes de nossas vidas e que nos intimam a seguir caminho adiante; como exemplo, podemos citar os filhos e grandes amores. Desta forma, agradeço a Luis Henrique (meu filho) e à Maria, uma criança e uma mulher, que têm a capacidade incrível de amar e fazer feliz a um pai/homem, seja com seus sorrisos, histórias, seja com abraços e carinhos. Serei eternamente grato por suas existências.

Os territórios, lugares e redes que construimos e atuamos hoje são frutos de toda essa jornada, repleta de amigos e familiares, que contribuem em nossa produção espacial diária. Portanto, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram – e desde já peço desculpas àqueles que não citei, mas saibam que estão em meu pensamento – na construção desse trabalho.



## RESUMO

A presente dissertação – intitulada “As casas de Pensões do Pólo de Saúde de Teresina: produção espacial e políticas públicas” – constitui-se resultado de uma pesquisa que teve como objetivo analisar a produção espacial, via territórios e redes, das pensões, e a existência ou não de políticas públicas voltadas para estes estabelecimentos prestadores de serviços de hospedagem. Desta forma, a pesquisa foi norteadada pelos seguintes questionamentos: – Como as casas de pensões (re)constroem seus territórios? Quais as nuances das formas e conteúdos das pensões? Existem políticas públicas formuladas para as pensões? Neste sentido, foram utilizadas, como encaminhamento metodológico, para a efetivação dos objetivos propostos por essa pesquisa, as seguintes etapas: 1) Pesquisa bibliográfica em livros, dissertações, artigos científicos referentes à Geografia e Saúde; 2) Pesquisa documental, centrada especialmente na Agenda 2015 e na Ata da Associação de Donos de Pensões; 3) Pesquisa de campo, a partir de entrevistas semi-estruturadas, com donos de pensões, presidente da Associação e representante do poder público. Os dados obtidos foram analisados à luz da discussão dialética, que permite melhor entendimento da realidade estudada, no caso forma-conteúdo das pensões, que (re)produzem seus territórios e redes. O texto está estruturado da seguinte forma: 1 *Introdução*; 2 *Saúde, Geografia e Políticas Públicas*, momento este que se subdivide em quatro itens, nos quais buscamos travar uma breve discussão acerca de saúde, inter-relações entre geografia e saúde, findando com uma discussão sobre Estado e políticas públicas; 3 *Contextualizando o Pólo de Saúde de Teresina*, quando são discutidos e caracterizados os atributos quantitativos e qualitativos do Pólo de Saúde, ao tempo em que fazemos a análise da Agenda 2015 e suas políticas públicas para este espaço; 4 *As Pensões da Subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina: Produção Espacial e Políticas Públicas*; esta parte trata da análise da produção espacial das pensões; constitui um espaço dedicado à discussão das formas e conteúdos espaciais produzidos pelas pensões; 5 *Conclusão*. Por fim, as Referências, que constituíram a base teórica fundamental para subsidiar a construção do presente texto. Em seguida, o Apêndice, intitulado *Vivenciando a pensão*, traz relatos de uma experiência de hospedagem em uma pensão de Teresina-PI. Esperamos, afinal, poder contribuir com informações sobre a produção espacial das pensões e as políticas públicas voltadas para estas; considerando que o espaço em que são construídos esses territórios é repleto de tensões e conteúdos que precisam de uma organização territorial por parte do poder público municipal. Desta forma, entendemos que a discussão pode proporcionar uma construção e implementação de políticas públicas que atendam os anseios dos donos de pensões, sujeitos que (re)criam seus territórios e redes continuamente.

Palavras-chaves: Produção espacial. Território. Políticas públicas.

## ABSTRACT

This paper - entitled "As casas de Pensões do Pólo de Saúde de Teresina: produção espacial e políticas públicas" (Teresina's health pole boarding houses: spatial production and public policies) - is the result of a research that aimed to analyze the spatial production of boarding houses, through territories and nets, and the existence or non existence of public policies towards these establishments that render lodging services. Thus, the research was guided by the following questions: - How do boarding houses rebuild their territories? Which are the nuances of the shapes and contents of the boarding houses? Are there public policies formulated for the boarding houses? In this sense, the following stages were used, as methodological direction, to put the objectives proposed by this research into effect: 1) books bibliographical researches, papers, scientific articles regarding Geography and Health; 2) documental research, especially focused on the 2015 Agenda and on the minutes of the Boarding Houses Owners Association; 3) field research, starting from semi-structured interviews, with boarding houses owners, the president of the Association and the public power representative. The obtained data were analyzed in the light of the dialectic discussion that allows one to better understand the reality studied, in the case shape-content of the boarding houses that reproduce their territories and nets. The text is structured in the following way: 1 *introduction*; 2 *Health, Geography and Public Policies*, moment which is subdivided into four items, where we tried to have a brief discussion concerning health, interrelations between geography and health, finishing with a discussion on the State and public policies; 3 *Contextualizing Teresina's Health Pole*, when the quantitative and qualitative attributes of the Health Pole are discussed and characterized, as we analyze the 2015 Agenda and its public policies for that space; 4 *Teresina's sub-area 2 Health Pole Boarding Houses: Spatial production and Public Policies*; this deals with the analysis of the spatial production of the boarding houses; it is a space dedicated to the discussion on the shapes and spatial contents produced by the boarding houses; 5 *Conclusion*. Finally are the References that constituted the fundamental theoretical basis to subsidize the construction of the present text. Following, the Appendix, entitled *Vivenciando a pensão* (Living the boarding house) brings reports of a lodging experience in a boarding house of Teresina-PI. We hope, after all, to be able to contribute information about the spatial production of the boarding houses and the public policies towards them; considering that the space where these territories are built is rife with tensions and contents that need a territorial organization on the part of the municipal public power. Thus, we understand that the discussion can provide a construction and implementation of public policies that meet the boarding houses owners' desires, people who re-create their territories and nets continually.

Key words: Spatial production, Territory, Public policies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1	– Subáreas do Pólo de Saúde de Teresina.....	60
Figura 2	– Área de Intervenção Imediata.....	61
Figura 3	– Organograma: Implementação e acompanhamento da execução dos projetos.....	74
Figura 4	– Mapa de localização da área de estudo – ampliado. Pensões na área de intervenção imediata.....	90
Figura 5	– Esquema das redes e território.....	107

### FOTOS

Foto 1	– Ambulantes, taxistas e pedestres em frente ao Hospital Getúlio Vargas.....	95
Foto 2	– Taxistas e lanchonetes em frente ao Hospital São Marcos.....	96
Foto 3	– Descrição do imposto a ser recolhido junto ao poder público pelos donos de pensões.....	99
Foto 4	– Agenciadores posicionados em frente a um dos grandes hospitais teresinenses, realizando a conquista de cliente para serem levados para determinadas clínicas.....	101
Foto 5	– Ata da ASDONPE e seus registros em cartórios.....	102

### QUADRO

Quadro 1	– Lista das pensões associadas da ASDONPE.....	86
----------	--	----

### FOTOS APÊNDICES

Foto 1	– Sala de refeições, na qual podem ser visualizados os equipamentos integrantes de seu espaço.....	120
Foto 2	– Cartazes informativos acerca das normas de higiene e horário das refeições.....	120
Foto 3	– Pia de lavar louça da cozinha.....	121
Foto 4	– Outro espaço da cozinha que contém o fogão e um armário.....	121
Foto 5	– Valores das diárias cobradas em um grande hotel da subárea 2.....	127

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Evolução dos estabelecimentos de Saúde em Teresina-PI e no Nordeste, no período de 1999 a 2003.....	62
Tabela 2	– Taxa de crescimento dos estabelecimentos de Saúde em Teresina-PI e no Nordeste, no período de 1999 a 2003.....	63
Tabela 3	– Taxa de crescimento dos estabelecimentos no setor Saúde nas capitais do Nordeste, no período de 1999 a 2003.....	64
Tabela 4	– Indicador de equipamentos hospitalares por população residente em Teresina-PI, em 2005.....	64
Tabela 5	– Principais equipamentos utilizados no Pólo de Saúde de Teresina-PI, em 2005.....	65
Tabela 6	– Internações e valores pagos em Teresina-PI, por procedência dos pacientes em 2004.....	66
Tabela 7	– Origem dos pacientes internados em média e alta complexidade em 2004.....	67
Tabela 8	– Emprego no Pólo de Saúde de Teresina-PI, e no Nordeste, no período de 1999 a 2003.....	67
Tabela 9	– Ocupações do Pólo de Saúde de Teresina-PI em 2005.....	68
Tabela 10	– Número de estabelecimentos do <i>Cluster</i> no período de 1999 a 2003.....	70
Tabela 11	– Emprego gerado no <i>Cluster</i> , no período de 1999 a 2003.....	71
Tabela 12	– Emprego relativo do <i>Cluster</i> , no período de 1999 a 2003.....	72
Tabela 13	– Estabelecimentos do Pólo de Saúde de Teresina.....	73

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>SAÚDE, GEOGRAFIA E POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>20</b>
2.1	DESMISTIFICANDO O PÓLO.....	21
2.2	SAÚDE: UM BREVE DISCUTIR.....	22
2.3	INTER-RELAÇÕES ENTRE A GEOGRAFIA E SAÚDE: TERRITÓRIO COMO CONCEITO ANALÍTICO NA PRODUÇÃO ESPACIAL URBANA COADUNANDO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	28
2.4	ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÕES ESTATAIS NO PÓLO DE SAÚDE DE TERESINA, ESPECIALMENTE NAS PENSÕES.....	45
<b>3</b>	<b>CONTEXTUALIZANDO O PÓLO DE SAÚDE DE TERESINA.....</b>	<b>57</b>
3.1	O PÓLO DE SAÚDE TERESINENSE: ANALISANDO SEUS ATRIBUTOS.	57
3.2	AGENDA 2015: TAREFAS A CUMPRIR FRENTE AO PÓLO DE SAÚDE..	73
<b>4</b>	<b>AS CASAS DE PENSÕES: ANALISANDO SUA PRODUÇÃO ESPACIAL.....</b>	<b>82</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>110</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>112</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>117</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, Teresina é um dos grandes centros regionais de saúde do País, atraindo pessoas, que vêm em busca de tratamento médico, do interior do Estado do Piauí e de outros Estados, especialmente aqueles mais próximos. A complexidade dos serviços de saúde, que incluem desde a consulta médica até os serviços de hospedagem, envolve atores e agentes de vários segmentos sociais, dentre eles o Estado, os proprietários dos meios de produção e os promotores imobiliários, que, no âmbito da produção e organização espacial, tornam a área singular, ímpar.

Assim, na produção do espaço urbano, materializado em suas formas espaciais, entende-se que o mesmo é fruto dos agentes que, em sua construção, agem intencionalmente ou não. Nessa perspectiva de produção espacial, a análise do visível só contempla, parcialmente, o entendimento da realidade, que é complexa, dialética e dinâmica. Desta forma, faz-se necessário compreender o que está além da aparência, por uma busca da compreensão dos processos que originaram as formas; por conseguinte, do “invisível” da realidade, que não se mostra no primeiro olhar.

Para analisar de modo compreensível a realidade espacial, buscando o que está por trás da visibilidade paisagística, pautamo-nos no binômio forma-conteúdo. Neste sentido, a *forma* é o primeiro olhar, é ver a geometricidade, a arquitetura, as subdivisões do espaço. O *conteúdo* mostra-se quando se descortinam as formas, é o que dá vida, sentido e significação aos construídos. Logo, afirmamos que os conteúdos são as relações entre os atores produtores do espaço, as quais se centram nas dimensões econômicas, sociais, políticas e culturais.

Nessa ambiência compreensível, constitui-se como foco central desta pesquisa discutir a produção e organização espacial das casas de pensões na subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina, fazendo uma interlocução das políticas públicas voltadas para estes prestadores de serviços – neste caso, hospedagens – contidas na Agenda 2015.

O recorte proposto é possível de análise(s) por considerarmos que as pensões fazem parte deste espaço e contribuem significativamente para a produção, manutenção e divulgação do serviço de saúde teresinense. Portanto, justifica-se esta pesquisa, por contribuir na busca de discussões e respostas acerca da produção espacial das casas de pensões e as políticas públicas voltadas para as mesmas, o que pode e deve subsidiar o poder público e a sociedade, na construção de planejamentos para que melhor desenvolvam as potencialidades destes prestadores de serviços atrelados ao setor de saúde. Ressalte-se que o entendimento da

produção espacial das pensões é permeado com os usos dos conceitos de território e rede, os quais detêm sua forma e conteúdo ímpar em cada fração e construção do espaço geográfico.

No contexto de produção e organização espacial, surge a necessidade de analisar-se o papel desempenhado por cada agente produtor dessa espacialidade, a qual se referencia nos serviços de saúde. Logo, os resultados desta pesquisa intentam compreender e explicar um dos componentes desta rede de serviços do setor saúde teresinense – no caso as pensões – o que a torna relevante para a sociedade, universidade e as ciências sociais.

A sociedade requer da ciência compreensão e explicação sobre as complexidades do mundo, originadas no jogo das relações sociais, econômicas, políticas e culturais que tomam forma no espaço. Formas espaciais essas, em especial as urbanas, que segregam, aglutinam e justapõem atores no palco do espaço geográfico. Assim, é objetivo deste estudo contribuir para a elucidação das indagações sociais, a fim de fomentar o debate e sua posterior prática na resolução de problemas existentes, especialmente no que tange às políticas públicas voltadas para o setor de saúde de Teresina e, particularmente, para as casas de pensões.

A Universidade, como centro de produção e divulgação de conhecimento científico, deve abrir-se para novas formas de pensar e agir (n) o espaço urbano, suas formas, funções, estruturas e processos que lhes dão conteúdo. Assim sendo, a academia deve construir dados, elaborar conceitos e realizar análises científicas que visem auxiliar a comunidade na interpretação do mundo vivenciado, em que os agentes sociais, produto e produtores do espaço, são sujeito e objeto em uma mutabilidade interminável.

Pensar o espaço urbano significa dialogar com outras áreas do conhecimento, dentre elas a História, as Ciências Sociais e Políticas Públicas, fomentando uma análise do objeto de forma mais ampla, porém com profundidade discursiva. Desta forma, motivou-se a pesquisa por procurar realizar esse envolver do objeto, apoiando-se, em vários momentos, em discussões de outras áreas, as quais puderam ser absorvidas no entendimento da realidade com o olhar geográfico. Assim sendo, entende-se que essa discussão é possível e torna-se visível quando se analisa a produção e organização espacial de uma área conjuntamente com as propostas de planejamento para a mesma, papel aqui desempenhado pelas casas de pensões na subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina.

Os anseios de analisar a espacialidade das casas de pensões, dentro da área do Pólo de Saúde de Teresina, seus desafios e perspectivas frente às políticas públicas, originaram-se das discussões e leituras realizadas ao longo da Graduação e Pós-Graduação em Geografia na Universidade Federal do Piauí, em especial na disciplina Geografia Urbana e Organização do Espaço Urbano. Essas leituras ensejaram o conhecimento acerca do dinamismo do urbano,

suas formas, estruturas, processos, funções, áreas de concentração de serviços e atividades, relações entre os agentes produtores do espaço e as políticas públicas que se materializam nele; enfim, de todo o conteúdo presente no urbano, em especial na cidade, mesmo que fracionado, o qual toma corpo neste estudo.

A leitura socioespacial das pensões, analisando a produção e organização espacial dentro da subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina, coadunando com a discussão das políticas públicas voltadas para o desenvolvimento destes prestadores de serviços, instiga esta pesquisa a subsidiar o poder público local e estadual, no reconhecimento da importância das casas de pensões para o desenvolvimento do setor saúde, bem como propiciar a discussão de políticas públicas voltadas para o planejamento da área, de modo a assegurar a perenidade dessas atividades, em especial o das pensões, o que acaba por demonstrar a contribuição teórico-prática do referido estudo.

A análise da produção espacial, via território das pensões, inseridos na rede de serviços de saúde teresinense, dialogando com as políticas públicas voltadas para as mesmas, teve como encaminhamento metodológico inicial uma reflexão da ciência, para que, *a posteriori*, pudesse ser vislumbrado o trilhar para chegar aos objetivos propostos.

Sendo assim, entende-se que a ciência, assim como as outras formas de conhecimento, visa dar uma explicação para o mundo vivenciado. Nessa pretensão de entendimento, três fatores são básicos: “a descrição, a descoberta e a formulação de teorias e leis” (BABBIE, 2003, p. 43). É interessante assinalar que os outros tipos de conhecimento – por exemplo, o senso comum – também buscam esses componentes, no entanto, o que os diferencia é que a ciência, nas palavras de Sedas Nunes apud Santos, tem

de inventar um novo ‘código’ – , o que significa que, recusando e contestando o mundo dos ‘objetos’ do senso comum (ou da ideologia), tem de constituir um novo ‘*universo conceptual*’, ou seja: todo um corpo de novos ‘objetos e de novas relações entre ‘objetos’, *todo um sistema de novos conceitos e de relações entre conceitos* (SANTOS, 1989, p. 32, grifos no original).

Esse criar lingüístico de compreensão e explicação da realidade tem sofrido, nos dias atuais, em especial nas ciências humanas, intenso questionamento; o que vem possibilitando novas perspectivas de abordagem dos estudos científicos dos espaços vivenciados pelas sociedades. Esses questionamentos da ciência foram erguidos porque:

Ao dissociar o mundo da cultura humanista do mundo da cultura científica, ao opor o domínio da alma, do coração, da sensibilidade, da poesia, ao mundo da razão, da técnica, da eficácia, da manipulação, criou a possibilidade de uma dialógica em que o próprio conflito entre os termos antagônicos torna-se produtor e criador (MORIN, 2001, p. 274).



A partir da acepção moriniana, pode-se pensar em crise da ciência clássica, principalmente do paradigma, no caso o ocidental, entendido aqui como aquele que:

Contém para todos os discursos que se realizam sob seu domínio, os conceitos fundamentais ou as categorias mestras da inteligibilidade, ao mesmo tempo que o tipo de relações lógicas de atração/repulsão (conjunção, disjunção, implicação e outras) entre esses conceitos e categorias (MORIN, 2001, p. 261).

Depreende-se que o paradigma se faz presente na sociedade e em seus relacionamentos com a ciência, pois “[...] alguma coisa paradigmamente comum se estabeleceu entre os princípios de organização da ciência, os princípios de organização da economia, os princípios de organização da sociedade, os princípios de organização do Estado-nação” (MORIN, 2001, p.273).

A compreensão da crise das ciências humanas nos remete a refletir sobre possibilidades de novos constructos científicos dos homens, percebendo-os como seres que pensam, se emocionam, opinam; ou seja, como sujeitos com subjetividades interferentes no processo de pesquisa. Dessa forma, estudar a realidade social requer não apenas um método e uma determinada técnica, mas uma perspectiva metodológica que possibilite um processo de busca de objetivação científica, contrariando a objetividade dogmática presente na ciência clássica.

Com base nesse entendimento, o encaminhamento metodológico desenvolvido na realização da presente pesquisa, com vistas à consecução dos objetivos, percorreu as seguintes etapas: pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo. A escolha desses passos atrela-se à metodologia adotada para uma melhor análise do objeto de estudo, no caso uma pesquisa quantitativa e qualitativa. No sentido de corroborar o processo discursivo da pesquisa, utiliza-se como base o método discursivo da dialética.

A discussão dialética de uma realidade traz algumas vantagens em seu bojo. Então, Spósito (2004) mostra que, a partir desse prisma de entendimento do espaço, podem-se explicar as contradições e as inter-relações que se fazem presentes e constroem o tecido espacial, o qual tem uma temporalidade e processualidade que precisa de uma penetração mais abrangente e cuidadosa para sua explicação, seja na relação sociedade-natureza, sociedade-sociedade, público e privado, enfim nas inter-relações do todo com as partes que se materializam na realidade analisada.

Coloca-se a pesquisa como quanto-qualitativa por compreendermos que a integração desses dois aspectos permite ao pesquisador um cruzamento de inferências, de maneira a favorecer uma maior confiança de que seus dados não são produtos de um procedimento

específico. Logo, a pesquisa, situando-se nesse campo, não se limita à utilização de apenas uma técnica, mas lança mão de várias, pois se pode realizar entrevistas, aplicar questionários, utilizar fontes documentais, dados estatísticos e outras (GOLDENBERG, 2001).

Nesse entendimento, crê-se que a dialética propicia a compreensão de como as casas de pensões produzem e organizam sua territorialidade, via produção espacial, dentro do espaço do Pólo de Saúde, permitindo o entendimento do jogo conflituoso que se tem na produção do espaço urbano, suas formas e seus usos, tendo como fundamental a compreensão de que essa produção é temporal; logo, processual e espacial.

Porém, antes de partir para o campo, realizamos, no decorrer da pesquisa, levantamentos e leituras bibliográficas sobre a temática de produção e organização do espaço urbano, atores e agentes que (re)constroem o tecido urbano, planejamento urbano e políticas públicas, processo de urbanização teresinense, desenvolvimento do setor de serviços em Teresina, em particular os serviços das pensões e saúde, bem como as relações entre ambos, em suas produções espaciais, procurando vislumbrar as políticas públicas empreendidas no pleno desenvolvimento e crescimento destes dois serviços, principalmente em nível municipal. Além dessas, buscamos os escritos sobre Estado, políticas públicas e teoria política, como ferramentas necessárias para o entendimento da configuração estatal atual e dos indivíduos que compõem o corpo social.

Concomitantes a essas fundamentações teóricas, foram realizadas pesquisas documentais, também de cunho bibliográfico, cuja pretensão consistiu na coleta de informações que contribuíram para o entendimento da produção espacial das casas de pensões dentro da área do Pólo de Saúde de Teresina. No intuito de atingir este propósito, fez-se a análise do documento “Teresina Agenda 2015” e seus projetos, com seus diversos objetivos, para o Pólo de Saúde, particularmente para as casas de pensões.

No tocante aos órgãos e instituições públicas, centramo-nos na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico (SEMDEC) e Associação dos Donos de Pensões (ASDONPE). Ressaltamos estas instituições como as principais, por considerá-las como diretamente envolvidas no processo e por que elas contêm informações e dados que foram indispensáveis a esta pesquisa. Uma vez de posse destes documentos e informações, foi possível tabulá-las e compilá-las, propiciando, portanto, a construção de tabelas, tornando, assim, a compreensão e explicação mais densa e coesa do fenômeno que pretendemos analisar.

Desde que realizada a identificação e localização do acervo documental e bibliográfico, pudemos dar início ao terceiro passo: – a prática de campo. Este momento

dividiu-se ainda em três subetapas, a saber: quantificação das pensões, mapeamento delas e coleta de informações que permitiram a análise da produção espacial realizada pelas casas de pensões e a existência ou não das políticas públicas voltadas para elas.

Para o mapeamento, foi utilizada a planta da cidade e a carta do município, que são disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Secretaria Municipal de Planejamento (SEMPPLAN). Esses dois documentos cartográficos, por serem confeccionados em escala grande, permitiram uma cartografização do fenômeno, no caso, o número de pensões, com alto grau de detalhamento.

Saliente-se que este mapeamento é corroborado pelos dados sobre a quantidade de pensões na área do Pólo de Saúde, que são disponibilizados pelos órgãos citados anteriormente. De posse desses números, fez-se possível mapeá-las na planta citadina, confrontando os dados oficiais com os construídos empiricamente. Destaque-se que a quantificação na prática tornou-se possível por que a área-foco de estudo não envolve toda a cidade de Teresina, mas uma dada fração espacial, em destaque, o centro da cidade. Expõe-se ainda que o mapeamento construiu-se da seguinte forma: a fração espacial adotada foi a área de Intervenção Imediata denominada pela Prefeitura Municipal de Teresina, envolvendo cerca de 29 quadras; porém ampliamos para 35, em função de que, em outros quarteirões proximais à delimitação da Prefeitura, há uma quantidade expressiva de pensões.

Percorrendo este espaço, fomos anotando o nome das pensões com sua devida localização; em algumas fizemos a identificação do número da casa, porém não do proprietário. Contudo, acrescente-se que este mapeamento é apenas uma forma de visualizar a quantidade e concentração das casas de pensões presentes na área.

No que se refere aos dados qualitativos das pensões, apontamos que os mesmos foram construídos a partir da aplicação de entrevistas semi-estruturadas (GOLDENBERG, 2001; THIOLENT, 1987; GASKEL, 2003; JOVCHELOVITCH et alii, 2003), com perguntas abertas para o presidente da Associação dos Donos de Pensões, donos de pensões e representante do poder público, especificamente da Secretaria de Desenvolvimento Econômico do Município, órgão responsável pela execução das propostas contidas na Agenda 2015. Este tipo de entrevista teve sua escolha pautada na vantagem de que, a partir dela, o pesquisador tem a oportunidade de obter um prolongamento da conversa com o sujeito pesquisado, podendo obter uma maior quantidade de informações, permitindo o descortinar de outros pontos em que não seriam possíveis com o uso de questionários, por exemplo. Além disso, esse modelo de entrevista acaba por fornecer o fio condutor da conversa, que, mesmo

não sendo uma “camisa de força”, constitui como um trilhar prévio que requer sua observação para o bom andamento e sistematização dos objetivos da pesquisa.

As entrevistas tiveram como alvo os seguintes sujeitos: presidente da Associação dos Donos de Pensões, donos de pensões, e representante do poder público municipal. Foram entrevistados quatro donos de pensão; sua escolha baseou-se na temporalidade em que se fizeram presentes no espaço pesquisado; embora tenhamos utilizado duas pensões das mais antigas, e duas bem recentes, em funcionamento, atuantes no espaço foco de análise. A escolha desse procedimento centrou-se na idéia de que os(as) dono(as) mais antigos(as) poderiam trazer à tona a historicidade da atividade das hospedagens em pensões na área e os porquês da produção espacial e territorial desses estabelecimentos na referida espacialidade, além de externar as informações sobre os serviços prestados e seus anseios sobre as políticas públicas que existem ou deveriam ser implementadas pelo poder público, com vistas ao desenvolvimento e melhoramento das condições atuais dessas hospedarias e de seus serviços. Já com as mais recentes, intentou-se buscar evidências das perspectivas para investimentos nesse tipo de atividade.

Em relação à entrevista do presidente da ASDONPE, esta nos motivou pela necessidade de buscarmos compreender como eles agem, como buscam seus interesses junto ao público-alvo e ao poder público, enfim como os associados discutem e procuram melhorar sua situação, traçando seus objetivos e definindo que metodologias utilizam para conseguí-los.

Ressalte-se que na utilização das entrevistas, no construir discursivo do trabalho, os nomes do proprietário e da pensão não são expostos, mantendo desta forma a privacidade das informações e das fontes. Este fator foi amplamente explicitado no momento de esclarecer os termos de consentimento junto aos sujeitos da pesquisa que prestaram informações. Desta forma, utilizamos, ao longo da dissertação, letras alfabéticas para designar os entrevistados, exceto os nomes *presidente da associação* e *representante do poder público*, para os quais se utilizam essas denominações.

Uma vez realizadas estas etapas, pudemos construir e analisar as informações colhidas, as vivências da pesquisa, os contatos intersubjetivos, propiciando a discussão da realidade em estudo. Enfim, permitiram compreender e explicar os desafios e perspectivas encerradas nas pensões. O texto está estruturado da seguinte forma: 1 *Introdução*; 2 *Saúde, Geografia e Políticas Públicas*, momento este que se subdivide em quatro itens, nos quais buscamos travar uma breve discussão acerca de saúde, inter-relações entre geografia e saúde, findando com uma discussão sobre Estado e políticas públicas; 3 *Contextualizando o Pólo de*

*Saúde de Teresina*, quando são discutidos e caracterizados os atributos quantitativos e qualitativos do Pólo de Saúde, ao tempo em que fazemos a análise da Agenda 2015 e suas políticas públicas para este espaço; 4 *As Pensões da Subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina: Produção Espacial e Políticas Públicas*; esta parte trata da análise da produção espacial das pensões; constitui um espaço dedicado à discussão das formas e conteúdos espaciais produzidos pelas pensões; 5 *Conclusão*. Por fim, as Referências, que constituíram a base teórica fundamental para subsidiar a construção do presente texto. Em seguida, o Apêndice, intitulado *Vivenciando a pensão*, traz relatos de uma experiência de hospedagem em uma pensão de Teresina-PI.

A idéia do Apêndice, relatando a experiência, tem como objetivo instigar o leitor para as possibilidades de visualizar e compreender como os conteúdos das pensões materializam suas formas espaciais, assim como do jogo de relações que são tecidas nesse tipo de ambiente. Esse escrito serve também para mostrar os conflitos existenciais de um pesquisador, em que, no decorrer de uma pesquisa, vê-se questionado e questionando a todo o momento; servindo, portanto, como uma lente para quem queira aventurar-se no campo das casas de pensões.

Ao pincelar sobre conflitos existenciais, podemos ir além de uma experiência, chegando a expor sobre o processo da construção dessa dissertação, que foi repleta de idas e vindas ao campo e aos sujeitos. Foram intensos também os momentos de estar sozinho, refletindo e escrevendo. Contudo, os resultados finais trazem satisfações indescritíveis.

## 2 SAÚDE, GEOGRAFIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

O mundo atual vivencia transformações que muitas vezes passam despercebidas em um primeiro olhar; fato que requer uma investigação mais atenciosa do que está subjacente à realidade dos inter-relacionamentos que possibilitam a materialização das tessituras econômicas, políticas, culturais e sociais.

Essas quatro dimensões humanas tornam-se mais complexas, no meio urbano, especialmente na cidade, uma vez que esta constitui no contexto atual o centro que contém a maioria das atividades socioeconômicas e culturais; funcionando, portanto, como um local que atrai e repele pessoas para o seu espaço, dependendo da quantidade e qualidade dos serviços ofertados a sua população e, especialmente à população das áreas rurais e de cidades menos densas de serviços.

No que tange à análise das cidades, muitos estudiosos têm dedicado atenções focais a sua apreensão, compreensão e explicitação da realidade nelas concretizada. Essa busca de entendimento tem multiplicado a quantidade de objetos de pesquisas, metodologias, categorias analíticas e conceitos que norteiam os estudos, instigando discussões ora propositivas de mudanças da realidade – sejam elas radicais sejam elas moderadas – ora de conformação dessa concretude real; o que faz com que o pesquisador procure mostrar em seu trabalho uma concepção de mundo por ele adotada para entendê-lo. Enfim o prisma, por ele utilizado, para ver a fração socioespacial em que está inserido e as imbricações resultantes das relações entre o global e o local.

Partindo desse entendimento, o presente construtor textual busca analisar uma das facetas contidas na cidade, no caso, a produção do espaço urbano realizado pelas casas de pensões do Pólo de Saúde de Teresina – Piauí, focando especialmente a subárea 2. Para a concretização desse intuito, busca-se vislumbrar as relações existentes entre Estado, setor privado de saúde e prestadores de serviços correlatos, no caso as casas de pensões.

Desta forma, buscamos inicialmente fazer uma breve discussão a respeito da idéia de Pólo de Saúde de Teresina, seguida de uma reflexão sobre saúde, interligando-a com a Geografia, mais especificamente com a *geografia da saúde*. Em seguida, trataremos de debater acerca da produção do espaço urbano, tendo como foco analítico o conceito de território, desembocando *a posteriori* na análise sobre Estado, focando-o como um espaço em que podem ser reivindicadas políticas públicas, segundo interesses particulares ou coletivos,

podendo materializar-se em políticas específicas para a organização da produção espacial presente na subárea 2 do Pólo de Saúde, especialmente das pensões.

## 2.1 PÓLO DE SAÚDE: DESMISTIFICANDO UMA CONSTRUÇÃO

Teresina veio se constituindo, ao longo de sua temporalidade, especialmente após a instalação do Hospital Getúlio Vargas (HGV), como uma capital do Nordeste que tem avançado em quantidade e qualidade nos serviços ligados à saúde, tornando-a atualmente uma área de atração a pessoas oriundas do interior do Estado e de outras frações territoriais que vêm em busca da resolução de seus males ou ao menos sua identificação. Contudo, esses atributos quantitativos e qualitativos são discrepantes, quando se tomam os dois pólos prestadores de serviços de saúde, o público e o privado.

Esse aumento dos serviços de saúde, especialmente ao longo da década de 1990, fez com que o poder público injetasse investimentos, seja em termos financeiros, infra-estrutura, publicidade, seja em outros campos, para que se formasse na sociedade teresinense, piauiense e de outras localidades a idéia de Pólo de Saúde; ou seja, Teresina sendo uma capital que possui uma excelência na prestação de serviços de saúde, desde o diagnóstico até o tratamento; procurando formar o espaço citadino como um atrativo de pessoas que buscam tratamento para seus males; evidenciando, em muitos momentos, as especialidades de que dispõe a cidade e os centros de formação de profissionais especializados. Enfim, busca-se criar, no imaginário social, Teresina: capital da saúde; dito de outro modo: – uma função da cidade.

O objetivo desta abordagem é descortinar a naturalidade com que é trabalhada a idéia de Pólo de Saúde, tendo em vista que em nossa concepção é preciso rever tal denominação, posto que há alguns pontos a serem desmistificados. Em termos geográficos, utilizando a linguagem de Correa (2002), o que tivemos e temos naquele espaço são áreas especializadas, e que podem ser hierarquicamente um subcentro regional, distritos médicos e hospitalares, trazendo em seu bojo a necessidade de serviços complementares.

Esse processo espacial de complementaridade levou, ao longo de sua temporalidade, a uma coesão, entendida como aquele movimento que leva as atividades a se localizarem juntas (CORREA, 2002). Essa coesão ou magnetismo funcional ocorre em função de que as atividades presentes naquele espaço são complementares entre si, ou seja, formam uma rede de serviços que vai desde o atendimento médico, o diagnóstico, farmácias, incluindo aí alimentação e lugares de descanso, no caso as hospedarias; exigindo, deste modo, um contato

pessoal face a face. Este processo leva “à criação de áreas especializadas tanto na área central como em outros setores da cidade” (CORREA, p. 57, 2002).

Outro ponto a ser levado em consideração, ao analisar-se a denominação Pólo de Saúde, é o fato de que o poder público municipal, ao criar essa terminologia, trouxe a saúde como mercadoria, enfatizando o lado economicista de forma bastante acentuada, deixando à margem a saúde pública. Além disso, percebe-se, naquele espaço, o tratamento da saúde de forma curativa, deixando de lado a preventiva. Nesse contexto de saúde como mercadoria, infere-se que o dinheiro percorre as relações aí existentes; quem tem recursos que possa pagar pelo serviço procurado tem pleno atendimento, porém os não detentores acabam por engrandecer a fila dos que procuram assistência de saúde pública.

Essa questão mercadológica, na qual estão imbuídos os prestadores de serviços presentes naquele espaço, é evidenciada de forma bastante clara, nos escritos que constituem a Agenda 2015 de Teresina, a qual será esboçada logo adiante, em especial no Capítulo 3. Assinale-se, então, que é por causa destes motivos – que constituem as disparidades entre a saúde pública e a privada, a centralidade economicista dos serviços de saúde – que não concordamos com a idéia de Pólo de Saúde. Sob este aspecto, preferimos chamar aquele espaço de área concentradora de prestadores de serviços de saúde. Contudo, ao longo dessa dissertação, serão utilizados os dois termos; mas deixamos clara a não concordância com a terminologia criada pela Prefeitura Municipal de Teresina.

## 2.2 SAÚDE: UM BREVE DISCUTIR

A saúde como campo temático é alvo de discussões em várias áreas do conhecimento, seja na Medicina, na Biologia ou até na Geografia. Nessa perspectiva, a saúde como objeto de estudo é interdisciplinar, perpassando pelas ciências tidas como naturais, assim como pelas ditas humanas. Logo, questões relacionadas à saúde – tida como antagonismo de doença – passaram e passam por reflexões que vão desde sua revisão conceitual até procedimentos metodológicos de abordagem para seu estudo.

O contexto reflexivo sobre saúde é posto pela sociedade que, na realidade atual, tem a concepção e busca da saúde corporal e mental bastante valorizada, seja pelo viés de procura do prolongamento da juventude, seja pelo saneamento ou alívio dos males que cercam o corpo humano durante sua existência. Essa valorização possui duas extremidades que polarizam os discursos, práticas e, talvez, as políticas públicas voltadas para seu equacionamento. Falar de extremidades significa compreender o fenômeno saúde e seus tratamentos com a medicina



curativa, e, por outro lado, com a preventiva. No embate desses dois pólos, vem sendo favorecida a chamada medicina curativa, aquela baseada nos medicamentos, nos complexos vitamínicos, no *hospitalcentrismo*; enfim, na busca de sanar a doença identificada ou que, porventura, possa vir a ocorrer com o indivíduo.

Pensar dicotomicamente saúde e doença remete à concepção de saúde como sendo uma integridade anatômica, fisiológica e psicológica (corpo e mente funcionando segundo os parâmetros tidos como normais); um recurso para a realização de aspirações individuais, ancoradas na capacidade de adaptação ao meio em que o indivíduo está inserido, emergindo assim um equilíbrio, posto em relevo por um vigor e disposição físico-mental, propiciando um bem-estar individual e coletivo (PEITER, 2006).

Na vertente oposta, está a doença, concebida como resultado da associação de múltiplos fatores, com a presença de um agente específico, provocando uma disfunção na integridade anatômica, fisiológica e psicológica do ser humano, trazendo em seu bojo um desequilíbrio, materializado na debilidade, fraqueza, incômodo; enfim no bem-estar do ente mórbido (PEITER, 2006).

Concebendo saúde e doença sob esses dois aspectos supracitados, surgem diferentes abordagens, de acordo com o ramo de conhecimento que propõe estudar tal fenômeno. Essa abordagem do processo saúde/doença passou por conceituações que vão desde concebê-lo como um fenômeno *individual/coletivo* (teoria bacteriana, medicina, epidemiologia clássica), fenômeno *coletivo e social* (epidemiologia social, geografia médica), *saúde e doença*, como processo determinado historicamente e sujeito às transformações pela ação coletiva intencional/racional (epidemiologia crítica, saúde coletiva) e outras (PEITER, 2006).

A respeito dessas disciplinas que se têm incumbido de explicações acerca do processo saúde/doença, é pertinente salientar que estas trabalham com níveis e objetos de observações diferentes, porém intercambiáveis. Nesse sentido, Peiter (2006) expõe que o fenômeno saúde pode ser dividido em dois níveis: o *nível individual* – estudado pela Medicina, Biologia e Genética, e que tem como objetos de observação o corpo, a célula e o DNA; e o *nível coletivo* – estudado pela Epidemiologia, Geografia da Saúde e a Saúde Pública, focando como objetos de pesquisa o território, o espaço e o lugar, como categorias de entendimento dos problemas de saúde da coletividade e suas possíveis soluções.

Porém, as atuações desses ramos do conhecimento lidam com abordagens e conceitos diferentes. Deste modo, buscando conceituar saúde, de forma a balizar estudos, nos mais variados campos científicos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs, em 1948, seu conceito como sendo o estado de bem-estar completo: o físico, o mental e o social do

indivíduo. Essa concepção foi reformulada posteriormente, para funcionar como um recurso, um meio para alcançar metas individuais/coletivas (PEITER, 2006).

Ao analisar a amplitude do conceito dado pela OMS, fica difícil definir os limites dessa proposição conceitual. Essa (in)definição do termo advém da não consensualidade do que seja bem-estar físico, mental e social. Além disso, surge o embate de como realizar a promoção desses pilares, tidos como básicos do indivíduo e do corpo social como um todo, sendo que, à primeira vista, pode parecer um utópico conseguir a obtenção plena do bem-estar físico-mental e social.

Contudo, essa crítica não pretende reduzir o conceito ou torná-lo completamente inadequado, mas questioná-lo, buscando promover uma discussão que possa instigar a sociedade em geral na implementação da saúde como um direito individual e coletivo. Dentre esses questionamentos, destacam-se:

- Concebendo que as três dimensões humanas voltadas para o bem-estar (física, mental e social) têm que ser plenamente satisfeitas aos indivíduos, é possível atendê-las em sua plenitude?
- Em não sendo, qual delas deve ser priorizada?
- Que estratégias utilizar para atingir o fim esperado?
- Quem deve realizar tal investidura, o indivíduo ou o poder público?

Essas questões têm sido, na atualidade, focos centrais no debate sobre saúde e políticas públicas.

Outro aspecto relevante nesse conceito, correlacionado com o segundo, é o entendimento do que seja a busca de metas individuais e coletivas, pois não é explicitado o *que* ou *quem* define ou definirá o que sejam esses objetivos. Por conseguinte, pensamos que seja necessária uma maior clareza conceitual, mesmo que isso implique em uma utopia maior dos anseios individuais e/ou coletivos no que tange à saúde.

À busca de uma discussão e conceituação mais explicitada de Saúde, foi promovida, em 1987, a 8ª Conferência Nacional de Saúde; evento este que produziu ao seu final a seguinte explicação para saúde, assim entendida:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (ANAIS... apud TEIXEIRA, 1989, p. 30).

A concepção supradescrita é de ampla e positiva abrangência, e põe em relevo a saúde como inter-relacionada, no caso resultante, das formas de organização social empreendidas pela sociedade em seu conviver. Nessa perspectiva, a visão biologista é superada, porém reduz a saúde como sendo determinada pelas condições socioeconômicas em que vive o indivíduo ou grupos sociais localizados.

Compreender a saúde apenas como resultado das relações sociais não contempla um entendimento de forma completa; então, para que se busquem explicações mais abrangentes sobre o fenômeno da saúde, faz-se pertinente analisar as relações que são construídas pela sociedade com o meio em que vivem, assim como as desenroladas entre os sujeitos que compõem o corpo social, utilizando-se um pouco da abordagem moriniana, através do paradigma da complexidade (MORIN, 2001).

Nessa ambiência, o modelo biomédico – entendido como sendo aquele que define a doença em termos objetivos, acreditando que o corpo saudável pode ser restabelecido por meio de um tratamento médico cientificamente validado (GIDDENS, 2005) – precisa ser encarado com mais ceticismo, trazendo para a discussão da saúde uma complexidade mais ampla. Isto é posto porque, como mostra Giddens (2005), em seu capítulo dedicado à “Sociologia do Corpo: saúde, doença e envelhecimento”, as causas que desencadeiam processos de doença e saúde têm relações com classe, gênero, condições ambientais, sociais, econômicas e culturais; porém estas causas não são determinantes, mas se correlacionam com o indivíduo inserido em uma dada classe social.

O equacionar desse correlacionamento pode levar os pesquisadores a adotarem posturas discrepantes, para discutir saúde, colocando em alguns momentos o meio ambiente ou as condições socioeconômicas como sendo preponderantes. O interessante do entendimento da saúde, como resultante do contexto socioeconômico, é que este traz à tona uma compreensão política do saber sobre saúde, uma vez que permite compreendê-la como resultado das formas de organização social da produção; contudo, são também fruto das lutas populares cotidianas, ambas atuando na conformação de sua concretização histórica e singular.

No entanto, pensa-se que a saúde não é apenas resultante, mas também indutora das formas de organização social e de luta política, encerrando em si múltiplas determinações como uma totalidade concreta (TEIXEIRA, 1989).

A idéia de totalidade concebe que todas as coisas presentes no universo formam uma unidade, um todo. Porém, a totalidade não é a simples soma das partes, sendo explicada

apenas por esses fragmentos, mas é a totalidade que os explica. Logo, a totalidade é sua integridade, tendo, ainda, uma historicidade (SANTOS, 2002).

Daí entender-se que, ao trabalhar com a totalidade:

A primeira noção a levar em conta é a de que o conhecimento pressupõe análise e a segunda noção essencial é a de que a análise pressupõe a divisão. Daí o interesse de compreender o processo pelo qual a totalidade é cindida. [...] O conhecimento da totalidade pressupõe, assim, sua divisão. O real é o processo de cissiparidade, subdivisão, esfacelamento. Essa é a história do mundo, do país, de uma cidade... Pensar a totalidade, sem pensar sua cisão é como se esvaziássemos de movimento (SANTOS, 2002, p. 118).

Desta forma, analisar a saúde como totalidade concreta pressupõe que:

A saúde para nós é um objeto concreto que compreende:

- 1) Um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde, enfermidade;
- 2) A produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e instituições organizados para satisfazer necessidades;
- 3) Ser um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresas, equipamentos e medicamentos);
- 4) Ser um espaço de densidade ideológica;
- 5) Ser um espaço de hegemonia de classe, através das políticas sociais que têm a ver com a produção social;
- 6) Possuir uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto a nível individual como coletivo (AROUCA apud TEIXEIRA, 1989, p. 30-31).

Na perspectiva das dimensões expostas acima, podem ser feitas algumas relações com os estudos foucaultianos (1979), quando discutem acerca do “nascimento da medicina social e do hospital”. Assinale-se que Foucault narra em seu trabalho que a gênese desses dois segmentos relacionados à saúde não tem sua origem apenas no indivíduo, mas também no coletivo, funcionando de maneiras diferentes, segundo países, seja na França, Inglaterra, seja na Alemanha; espaços esses analisados pelo autor. Procura assim entender como a política, em um contexto de produção capitalista, insere-se no tratar da saúde, dando uma visão diferente ao corpo e seu tratamento frente à Medicina; ou como diz o próprio:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo desenvolveu-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1979, p. 80).

O trazer das relações políticas para que se compreendam e se analisem as discussões acerca da saúde remetem a pensar a dialética empregada na elevação do conceito ao nível abstrato, trazendo, *a posteriori*, a superação em um concreto que se reflete sob o nível da formação socioeconômica (TEIXEIRA, 1989). Isto é posto por considerar que Estado e sociedade devem buscar mecanismos de promoção da democratização da saúde, seja em um contexto maior, seja especificamente o caso brasileiro. Logo:

A este nível, a questão que se coloca para a teoria do Estado na área de saúde já não é mais somente a elucidação dos determinantes de sua intervenção ou os modelos de proteção social decorrentes do processo de acumulação capitalista. A questão política e de teoria política que está colocada hoje no contexto latino-americano diz respeito às condições necessárias ao processo de democratização da saúde (TEIXEIRA, 1989, p. 31).

As palavras dessa autora trazem para o palco do acesso à saúde a figura do Estado como instituição provedora de saúde, que, no caso brasileiro, a assunção legal desse serviço de maneira universal, só veio a se materializar na Constituição de 1988. Ressalte-se, porém, que, para integrar a saúde como uma das garantias sociais, foi necessária uma grande luta política, empreendida principalmente pelos promotores da Reforma Sanitária no Brasil. Reforma essa entendida como:

*[...] Um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado* (TEIXEIRA, 1989, p. 39, grifos no original).

Esse processo favoreceu o emergir da saúde como um direito social garantido pelo Estado, pois a Constituição Federal do Brasil rege, em seu artigo sexto, que: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, na forma desta constituição”. E, ainda nessa Constituição, a saúde aparece como sendo de relevância pública, uma vez que, em seus artigos 196 e 197, redige tal importância nos seguintes termos:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, 1988).

Os dois artigos da Carta Magna brasileira trazem os Serviços de Saúde como sendo de responsabilidade do Estado, seja por sua promoção ou regulamentação. Assim sendo, pode-se afirmar que o Estado, em suas atuações, interfere na produção espacial, regulando, promovendo, enfim, prestando serviços e formulando ações, no caso referente à saúde. Desta forma, as atividades correlatas, ou seja, prestadores de serviços ligados à saúde também produzem seu espaço, coadunando de forma consensual ou não com as ações estatais.

Depreende-se do exposto que as concepções de saúde e seu atendimento, no contexto atual, pressupõem um conjunto de ações voltadas para o bem-estar individual e coletivo dos seres humanos. Nesse arcabouço de metas, integram serviços que envolvem a complexidade do acesso à saúde, desde a infra-estrutura física e humana até políticas públicas formuladas e implementadas pelo Estado, com vistas à assunção desses objetivos preestabelecidos. Portanto, o fenômeno saúde constituiu-se e permanece como centro reflexivo de vários ramos do conhecimento, assim como da sociedade em geral.

No escopo das cátedras científicas, considera-se que a Geografia pode também colaborar na discussão acerca de saúde, contribuindo tanto no aspecto teórico quanto metodológico. Nesse debate geográfico da saúde, algumas questões parecem bastante pertinentes, dentre as quais podemos destacar:

- Como a Geografia abordou/aborda e pode abordar a saúde como objeto de estudo?
- Que metodologias podem ser lançadas para uma melhor abordagem?
- Que conceitos geográficos podem funcionar como lentes para esse entendimento?

Essas e outras indagações serão alvos do próximo tópico, sendo que, desde já, argumentamos que a Geografia, ciência que tem como objeto o espaço geográfico, pode fornecer ferramentas importantes para que se compreendam as inter-relações entre saúde, ambiente, sociedade, organização socioeconômica e espacial e o poder público.

### 2.3 INTER-RELAÇÕES ENTRE GEOGRAFIA E SAÚDE: TERRITÓRIO COMO CONCEITO ANALÍTICO NA PRODUÇÃO ESPACIAL URBANA COADUNANDO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Compreender as relações entre saúde, ambiente, homem e cidade não constitui enfoque novo nas ciências em geral. No que se refere ao ambiente, os fatores que o circundam, especialmente os climáticos, promovem uma série de interações e adaptações das sociedades ao meio em que vivem. Dessa forma:

Desde Hipócrates, século V a.C., na sua célebre obra *Ares, Águas e Lugares*, a preocupação dos estudiosos com a influência do clima sobre o organismo dos homens vem sendo observada e registrada. Esta influência veio sendo reiterada de várias maneiras e culminou, no século XIX e início do século XX, com estudos detalhados no campo da antropologia, medicina, psicologia, sociologia e geografia, dentre outros, bem como a adaptação de grupos humanos a tipos climáticos determinados (MENDONÇA, 2001, p. 23, grifos no original).

As palavras de Mendonça (2001) remetem a pensar nas interferências do clima sobre a saúde humana, influenciando na manifestação de muitas doenças, epidemias e endemias. O clima, nesse contexto, imprimirá essas influências com sua variabilidade climática, entendida como uma propriedade intrínseca do sistema climático terrestre, responsável por oscilações naturais nos padrões climáticos, observados em nível local, regional e global (CONFALONIERI, 2003). Partindo desta perspectiva, concebe-se que o clima atua de duas formas: 1) *de maneira contínua* – influenciando os fenômenos biológicos; 2) *de forma episódica* – por meio de eventos climáticos / meteorológicos extremos.

*De maneira contínua*, podemos elencar alguns exemplos dessa interferência do clima, tais como: no bem-estar humano, que depende do conforto térmico por meio da relação entre temperatura/umidade relativa, incluindo aspectos como fatores de ventilação, de pressão atmosférica e de período diário de insolação; agravamento sazonal de morbidade, com o aumento das ocorrências de infecções respiratórias e da pneumonia, particularmente no inverno; agravamento de doenças relacionadas a atmosferas poluídas e ambientes insalubres; alterações comportamentais, devido ao uso/abuso do álcool e à permanência na rua por um longo período na estação de verão (FERREIRA, 2003).

Acrescente-se que o clima também pode vir a interferir na saúde humana de maneira indireta; por exemplo, tem-se a seca, que, uma vez perdida a produção agrícola, desencadeará um processo impactante na dieta nutricional, nos padrões higiênicos e ambientais, sendo ainda um condicionante de fenômenos demográficos (CONFALONIERI, 2003).

Estes exemplos servem para mostrar que os elementos climáticos afetam a saúde humana, e seu conforto, mais do que outro fator do meio ambiente, interfere, portanto, na produção espacial de forma desigual. A discussão dessa relação nos estudos geográficos e, talvez, em outras ciências tem seguido três concepções:

A do *determinismo natural*, também concebida como determinismo ambiental, cuja origem remonta à Grécia clássica e que foi fortemente desenvolvida no século XIX e início do XX – determinismo climático – e que explicita, de maneira genérica, a idéia de que o homem e sua sociedade são determinados pelo meio. Ambientes hostis com clima rigoroso derivariam homens fortes e inteligentes e, portanto sociedades mais desenvolvidas e, climas quentes e amenos sociedades atrasadas. Nos dois últimos séculos esta concepção foi revestida de forte conotação ideológica;

\_ a da *determinação natural*, cuja origem é também bastante antiga, evidencia a dependência do homem biológico ao meio natural que o supre com energia vital (água, luz, calor etc.). A atmosfera e o clima são então fontes naturais que suprem o homem com energia, embora com os avanços tecnológicos da sociedade moderna e a disponibilidade de riqueza para adquirir produtos derivados destes avanços, a dependência se enfraqueça consideravelmente;

\_ a de *interações, ou jogo de influências* que se estabelece entre o homem, sua sociedade e o meio natural, sem que se tenha que buscar na determinação natural ou no determinismo uma explicação. Retomada no âmbito das questões ambientais do presente, a relação sociedade-natureza prima por evidenciar aspectos de interação e complementaridade que se estabelecem entre estas duas dimensões da realidade. Em muitos fenômenos é a dinâmica da natureza que se sobressai como mola propulsora, em outros, ao contrário, é a sociedade humana; em muitos fica difícil estabelecer qual dos dois é mais importante (MENDONÇA, 2001, p. 62-63, grifos no original).

Dentro dessa última concepção, pode-se inserir, de forma mais contundente e apropriada, o conceito de saúde narrado por Teixeira (1989), posto que é possível analisar como se dão as inter-relações no processo de saúde/doença e como se (re)produz no seio da sociedade. Além disso, é nessas relações que a ciência geográfica pode contribuir de forma significativa nos estudos sobre saúde, seus serviços e suas correlações/interações/jogo de influências, além de atentar para as políticas públicas que podem aí ser desencadeadas, com a finalidade de obter um bem-estar mais equitativo entre os indivíduos que compõem o corpo social.

Nesse sentido, a Geografia, principalmente através de sua ramificação em Geografia da Saúde, subdivida em Nosogeografia (espacialização das doenças) e Geografia da Atenção à Saúde (estudos e proposição de medidas que visam a promoção, prevenção e melhoria da saúde), pode fazer pontes com as Ciências Médicas, seja no campo da Epidemiologia seja no campo da Administração de Saúde, fomentando um estudo analítico da totalidade que encerra os fenômenos da saúde (PEITER, 2006).

Partindo desse contexto de intercâmbios entre as ciências, a Geografia da Saúde propõe elaborar novos conhecimentos conjuntamente, como uma proposta teórico-metodológica para o estudo das relações espaciais do processo saúde-enfermidade. Além disso, visa também produzir resultados com valores práticos às investigações epidemiológicas, à administração em saúde e, em uma perspectiva mais geral, às racionalidades das ações voltadas para melhorar o bem-estar da população (PEITER, 2006).

No âmbito dessas contribuições, as que mais se identificam com o estudo da produção espacial – realizado pelas casas de pensões, as quais se responsabilizam pela prestação de serviços de hospedagens, na subárea 2 do Pólo de Saúde teresinense – são os aspectos ligados à administração e à busca por ações racionais, com vistas a melhoria dos serviços de saúde. Essa identificação é posta porque se faz necessário conhecer como funcionam essas



hospedarias, qual seu público, suas características, enfim o conteúdo presente em suas formas, seja material ou imaterial, para que se possa, *a posteriori*, pensar na ações que podem ser formuladas pelo poder público, com vistas a um desenvolvimento das potencialidades latentes nessa atividade.

Neste momento, pode-se ligar esse objeto ao campo das políticas públicas. Desta forma, compreendendo esta última conforme Silva e Silva (2001), entendemos que o poder público deve intervir, mesmo que seja em relação a particulares, na criação de condições que visem ao melhoramento e desenvolvimento das atividades econômicas, fomentando assim melhor atendimento aos usuários dos serviços de saúde, seja no tocante aos recursos humanos seja em relação à infra-estrutura física oferecida, em especial a das pensões.

Sendo assim, a forma-conteúdo das pensões está presente em seu território, caracterizado por uma população específica, vivendo em tempo e espaços específicos, com problemas de saúde, e que vem à busca de serviços voltados para a resolução desses males, o que as fazem interagir com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. No entanto, esta pesquisa não buscará analisar os condicionantes ambientais da área do pólo para a profusão de doenças, ou a relação das doenças com o ambiente no qual elas se desenvolvem ou as pessoas que as contraem, mas sim ver a produção espacial desenvolvida pelas casas de pensões, conjuntamente com os outros atores que produzem aquele espaço, identificado como especializado na prestação de serviços de saúde. Nesse contexto, o Estado e suas respectivas políticas públicas devem ser descortinados para que se compreendam essas inter-relações.

Por conseguinte, na perspectiva de estudo do território construído pelas casas de pensões, entende-se que o mesmo extrapola sua geometricidade, apresentando um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o singulariza como uma territorialidade em permanente (re)construção. Assim, o estudo da saúde e dos seus serviços complementares pode fazer uso desse conceito, tendo em vista que a análise do território pode funcionar como ferramenta para a avaliação objetiva das condições criadas para a produção, circulação, residência, comunicação e suas relações com as condições de vida. Além disso, o território é um meio percebido, subordinado a uma avaliação subjetiva de acordo com representações sociais específicas (BARCELOS e MONKEN, 2005).

Ressalte-se, porém, que discutir as representações subjetivas dos sujeitos que vêm em busca de tratamentos médicos presentes no pólo não será objeto da presente análise, posto que se opta por fazer uma caracterização, com uma posterior análise, das condições ou da forma-

conteúdo, para usar uma expressão miltoniana (2002), presentes nas pensões, procurando entender esse conteúdo como um dos fundamentos que justificam a adoção de políticas públicas para o desenvolvimento ou, quiçá, melhor ordenamento espacial, dessas atividades.

Buscando analisar o conteúdo dessas pensões, vamos utilizar a perspectiva do Território, como um conceito-chave da Geografia, entendendo que:

A geografia alcança neste final de século a sua era de ouro, porque a geograficidade se impõe como condição histórica, na medida em que nada considerado essencial hoje se faz no mundo que não seja a partir do conhecimento do que é território. O território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência. A geografia passa a ser aquela disciplina tornada mais capaz de mostra os dramas do mundo, da nação, do lugar (SANTOS, 2006, p. 13).

As palavras de Santos (2006) enfatizam o poder da Geografia, na atualidade, para compreender o mundo, seja em uma perspectiva mais geral, seja em uma mais particular; enfim, esta ciência, por trabalhar a espacialidade das ações humanas, permite ver o território como temporalidade e historicidade, uma realidade dinâmica, em que interagem nas produções espaciais todos os desejos e ações humanas, seja no campo econômico, cultural, político ou social.

Discutir as ações humanas na construção de seus territórios não significa perder de vista o substrato físico em que são desenroladas essas ações; porém a reflexão do território pretende ir além, uma vez que:

O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser entendido como *território usado*, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, da trocas materiais e imateriais e do exercício da vida. O território em si não é uma categoria de análise em disciplinas históricas, como a geografia. É o território usado que é uma categoria de análise. Aliás, a própria idéia de nação, e depois a idéia de Estado nacional, decorrem dessa relação tornada profunda, porque um faz o outro, à maneira daquela celebre frase de Winston Churchill: “primeiro fazemos nossas casas, depois nossas casas nos fazem”. Assim é o território que ajuda a fabricar a nação, para que a nação depois o afeiçoe (SANTOS, 2006, p. 14, grifos no original).

Trabalhar o território usado como uma categoria analítica das construções espaciais humanas, tomando como caso o estudo da subárea 2 do Pólo de Saúde, traz o entendimento de que essa fração espacial tem uma identidade; no caso, como centro especializado em serviços de saúde e seus complementos, sendo o mesmo um lugar de trocas interpessoais e entre

pessoas e formas espaciais, sejam elas culturais, sociais sejam econômicas, provocando mudanças em seu conteúdo diariamente.

Desta forma, ao pensar em território e em sua construção, é necessário entender que este se define “[...] antes de tudo com referência às relações sociais (ou culturais, em sentido amplo) em que está mergulhado, relações estas que são sempre, também, relações de poder” (HAESBAERT, 2006, p. 54). Contudo, não se pode esquecer que essas relações de poder são, primeiramente, mediadas pelo espaço. Mediação espacial aqui não significa apenas o substrato físico determinando os comportamentos sociais, mas compreende-se que ele serve como base da (re)produção social da vida cotidiana, influenciando os relacionamentos entre as pessoas e entre estas e os espaços que os rodeiam; então, o espaço físico constitui-se como produtor e produto de uma dada realidade social, estabelecendo-se em uma dialética infundável.

Essas mudanças de conteúdo – pautadas no consumo de serviços de saúde, evidenciando a (re)produção da vida social, sejam públicas sejam particulares – revelam uma dinâmica do território. Nessa dinamicidade territorial, o dinheiro percorre as relações tecidas no território como uma capilaridade indissociável, trazendo a necessidade de que se pensem nessas internalidades e externalidades do território, nas atuações que o estado pode desencadear para fortalecer ou não a construção e manutenção de um dado território. A idéia de dinheiro, mesmo sabendo que se trata de uma visão economicista, influencia as outras dimensões humanas, como é o caso do acesso à saúde; e tem uma circulação que precisa ser apreendida no momento de compreensão da dinâmica do território e da construção simbólica de seu uso.

É no sentido de dinamicidade, caracterizado pelos ritmos de circulação e produção, do território, que o entendemos como relacional:

Podemos afirmar que o território é relacional não apenas no sentido de incorporar um conjunto de relações sociais, mas também no sentido, destacado por Godelier, de envolver uma relação complexa entre processos sociais e espaço material, seja ele visto como a primeira ou segunda natureza, para utilizar os termos de Marx. Além disso, outra consequência muito importante ao enfatizarmos o sentido relacional do território é a percepção de que ele não significa simplesmente enraizamento, estabilidade, limite e/ou fronteira. Justamente por ser relacional, o território inclui também o movimento, a fluidez, as conexões (HAESBAERT, 2006, p. 55).

A idéia de território relacional, exposta com propriedade por Haesbaert (2006), corrobora a discussão de que a produção do território se desenrola em um substrato físico, mas é a natureza das relações humanas que dá sentido à vida do território. Nessa perspectiva, retoma-se o pensamento de Sousa (1995), ao afirmar que território torna-se quase que

sinônimo de espaço social, entendendo-se que a forma é importante, mas não é suficiente para o prisma do olhar geográfico, fazendo-se necessário perceber o conteúdo impresso nas formas espaciais contidas no território.

Nesse sentido, podemos compreender que:

Dado o espaço estruturar-se como posição geográfica, a contradição localização-distribuição se materializa numa contradição alteridade-centralidade. Isto é, num caráter inter-relacional que faz com que cada localização seja estruturalmente o que é na distribuição de todas, em decorrência da posição relativa que cada qual ocupa com referências ao todo das localizações. De acordo com a natureza dessa relação de reciprocidade que as localizações entre si estabeleçam no sistema da distribuição, a estrutura espacial da sociedade nascerá orientada no olhar focal ou no olhar dispersional. Dois modos da tensão estrutural do espaço vão aqui se viabilizar, constituindo a determinação de dois modos opostos e completamente diferentes de o espaço organizar a sociedade. A estrutura focal da distribuição institui o olhar que constrói a sociedade a partir da referência na centralidade do uno. A estrutura dispersional da distribuição institui o olhar que constrói a relação a partir da referência na pluralidade do múltiplo. A alteridade é a estrutura do espaço em que as localizações referenciam-se numa relação recíproca de igualdade entre si. A centralidade é a estrutura de espaço em que todas as localizações referenciam-se numa delas, que hierarquiza e dá o significado do todo e de cada uma das demais (MOREIRA, 2006, p. 73).

A idéia de centralização proposta por Moreira (2006) põe em evidência que os serviços de saúde constituem, no contexto teresinense, como centralizadores das atividades complementares aos seus, funcionando assim como um espaço que centraliza estabelecimentos voltados para o atendimento de usuários que buscam tratamentos médicos, acabando por difundir seu raio de ação em sua contiguidade geográfica, atraindo pessoas de outras espacialidades, proximais ou distantes.

Todas essas imbricações postas no espaço trazem a reflexão de como a sociedade organiza seu espaço; enfim, “a noção do ordenamento territorial inclui assim a idéia de uma orientação para um fim. Pode ser o fim de assegurar a organização espacial da sociedade no sentido da centralidade e pode ser no sentido da alteridade” (MOREIRA, 2006, p. 75). Desta forma:

Todo um sistema de contradições assim implantadas no e a partir do espaço se instaura no âmbito da sociedade, o espaço instituindo-se e instituindo a sociedade como um campo de correlação de forças, a organização da sociedade se constituindo como uma determinação política por excelência (MOREIRA, 2006, p. 73-74).

O termo política enseja uma necessidade de se compreender como a política, entendida como conflito de idéias, de argumentos e que está difusa nas micro e macrorrelações sociais (FOUCAULT, 1979) se entrelaçam nas construções de territórios que se fazem presentes nas realidades sociais; o que justifica as tessituras que se fazem entre território e poder; ou seja, as relações de poder servirão como um instrumento analítico

primordial na análise explicativa dos territórios usados, sendo que esses contêm uma história que pode ser apreendida (SANTOS, 2006).

A discussão proposta por Moreira (2006) advém do seu próprio entendimento de que a sociedade se organiza, procurando um ordenamento territorial para um fim, o qual pode ser o de assegurar a organização espacial da sociedade no sentido da centralidade, e pode ser também no sentido da alteridade. Essas duas categorias, centralidade e alteridade, são primordiais para que o autor possa discutir a formação, do que ele chama de espaço e de contra-espaço ou construções conflitantes, tensas, e espaços de pluralidade espacial de equivalência. Isto é posto por considerar que:

São duas as formas do ordenamento territorial: uma é a da sociedade organizada numa estrutura de espaço e contra-espaço e outra é a da sociedade organizada numa estrutura de pluralidade espacial de equivalência. A primeira reflete uma base espacial de centralidade e a segunda de alteridade (MOREIRA, 2006, p. 76).

As idéias de Moreira (2006) podem ser absorvidas no presente estudo, quando se pensam as hospedagens em pensões como estruturação de espaço e de contra-espaço. Trata-se de um local em que se hospedam pessoas que não podem pagar um valor de troca mais elevado, os quais, por sua vez, produzem espacialidades, territórios, acabando por dar ou demandar uma organização espacial, pautados na localização e distribuição, enfim na centralidade. Assim sendo:

Dado que localização e distribuição formam, sempre, um par dialético, isto é, contraditório, recíproco e indissociável, uma forma de regulação espacial é assim necessária no plano da organização da sociedade. O problema do ordenamento decorre do desdobramento dessa base. Conforme se apóie na referência da centralidade ou da alteridade do sistema das localizações, a sociedade se estrutura como uma sociedade de conflito ou de cooperação, mobilizando assim uma relação de regulação de conflito ou de regulação de cooperação. [...] A tensão espacial pede uma regulação. E a regulação espacial vem na forma de ordenamento do território (MOREIRA, 2006, p. 76).

Contudo, é importante frisar que ordenamento territorial não significa a estrutura espacial, mas a forma como esta estrutura espacial territorialmente se organiza, se auto-regula, no todo das contradições sociais, procurando manter a sociedade funcionando segundo sua realidade societária. Portanto, podemos refletir que o ordenamento que se procura dar a área em que se concentram as atividades ligadas à saúde, no caso o Pólo de Saúde, visa manter esse espaço funcionando, conjuntamente com os sujeitos sociais que ali constroem seus espaços e contra-espaços, sendo que estes advêm do estabelecimento da relação entre a localização e distribuição na forma da centralidade (MOREIRA, 2006).

Essa organização parte da idéia de que “o arranjo do espaço pode ser concebido como um complexo de territorialidades. Isto é, um complexo de recortamento, um múltiplo de áreas configurativas do espaço como uma estrutura corológica, genética e genealogicamente tensa e densa de conflitos [...]” (MOREIRA, 2006, p. 80).

Ao analisar o conteúdo dos territórios e sua relação com a historicidade e a temporalidade dos espaços e das relações humanas, podemos compreender o porquê de os territórios serem móveis ou mutáveis (SOUSA, 1995). Essa mutabilidade pode ser observada na área do presente estudo, uma vez que a mesma não se constituiu inicialmente como um espaço especializado na prestação de serviços médicos, mas uma área residencial que foi cedendo lugar a outros tipos de funcionalidades, materializando no contexto atual como um espaço atrativo de pessoas que buscam serviços médicos.

Nesse contexto da busca por serviços médicos – isso tudo inserido em um contexto cultural maior que envolve a valorização da saúde, a procura pela inexistência da dor, pelo corpo sadio – que a saúde constituiu-se como uma mercadoria, algo que pode ser comprado, mesmo que essa compra não seja homogênea, pois nem todos têm condições de adquirir os serviços médicos particulares. Porém, os que não têm acessibilidades financeiras aos serviços de saúde privados recorrem aos serviços públicos; o que influi no aumento das filas e de todo um sofrimento em busca da saúde perfeita ou de sanar o problema de saúde mais imediatista. É nessa perspectiva que o econômico toma conta das relações sociais, permeando quase todas as dimensões humanas, como, por exemplo, a saúde.

Ressalte-se que, nos dias atuais, há significativa ênfase no âmbito econômico da sociedade, materializada no dinheiro, porque:

O dinheiro aparece como uma arena de movimentos cada vez mais numerosos, fundados sob uma lei do valor que se deve tanto ao caráter da produção escolhida como às possibilidades da circulação. A circulação ganha sobre a produção o comando da explicação, porque ganha sobre a produção o comando da vida. E essa lei se estende aos lugares. Quanto maior a complexidade das relações externas e internas, mais necessidades de regulação; e se levanta a necessidade de Estado: o Estado e os limites, o Estado e a produção, o Estado e a distribuição, o Estado e a garantia de trabalho, o Estado e a garantia da solidariedade e o Estado e a busca da excelência na existência (SANTOS, 2006, p. 16).

Ao falar-se em regulação, ou seja, em criar uma ambiência para que se desenvolvam de forma otimizada as relações de produção e reprodução de realidades socioespaciais, pensamos, em se tratando do nosso objeto de estudo, no planejamento via Agenda 2015, o que revela que o poder público busca tornar mais eficiente e durável a forma-mercadoria, para usar um termo de Claus Offe (1984), do espaço em que se aglutinam as unidades prestadoras

de serviços de saúde, em que se desenvolvem os consumos de serviços médicos e de hospedagens, entre tantos outros, diferenciando-se de outros territórios, seja os que mantêm com ele uma contigüidade geográfica ou não.

Analisar o lado econômico advém do entendimento de que:

Em todas as sociedades a configuração do arranjo econômico relaciona-se à esfera da produção em sua combinação com a esfera da circulação, cada uma atuando de modo integrado e diferente, a relação produção-circulação variando no tempo segundo a forma da acumulação (MOREIRA, 2006, p. 80).

Nessa perspectiva de configuração espacial, reconhecemos que as temporalidades e o sistema de acumulação vigente acabam por influenciar e desencadear todas as formas de organização socioespacial; significando que:

A ação dos organismos superestruturais, que expressam tanto as funções formais do estado (a sociedade política) quanto as demandas da sociedade civil, faz do arranjo do espaço um campo de correlação de forças, e do espaço um elemento de caráter essencialmente político em sua determinação sobre a organização global da sociedade. Faz também da sociedade assim espacialmente organizada um todo ao mesmo tempo de inércia e intenso movimento. Um aparente paradoxo que expressa o modo como se organizam e agem os diferentes sujeitos formadores da sociedade com seus diferentes interesses a partir de sua intervenção no espaço (MOREIRA, 2006, p. 83).

O comentário de Moreira (2006) traz à tona a necessidade de se discutam que as construções de territórios exercem e sofrem influências de um contexto maior, de uma conjuntura nacional e internacional, o que permite e obriga buscar entender como a globalização, conforme a discussão de Santos (2003), permeia as relações que se dão nos territórios.

Ao analisar o conceito de território e globalização, Santos (2004) expôs o seguinte:

O território em si, para mim, não é um conceito. Ele só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam. A globalização amplia a importância desse conceito. Em parte por causa da competitividade, cujo exercício, levando a uma busca desesperada de uma maior produtividade, depende de condições oferecidas nos lugares de produção, nos lugares da circulação, nos lugares do consumo. Quer dizer, há lugares mais apropriados para aumentar o lucro de alguns, em detrimento de outros. E isso só é possível por que os lugares e o mundo tornaram-se conhecidos, porque a informação circula rapidamente e porque, para subsistir validamente, é preciso competir por uma pequena faixa do mercado, o que não existia antes. Hoje, se uma pequena fatia do mercado escapa a uma grande empresa, isso a desequilibra, porque é transferida para outra grande empresa e aumenta seu poder. Então, os lugares, tornam-se um dado essencial do processo produtivo, em todas as suas instâncias, e passam a ter um papel que não tinham antes. A globalização revaloriza os lugares e os lugares – de acordo com o que podem oferecer às empresas – potencializam a globalização na forma em que está aí, privilegiando a competitividade. Entre o território tal como ele é e a globalização tal como ela é cria-se uma relação de causalidade em benefício

dos atores mais poderosos, dando ao espaço geográfico um papel inédito na dinâmica social (SANTOS, 2004, p. 23).

Santos (2004), ao comentar sobre os atores mais poderosos, refere-se a grandes empresas ou às peças mais importantes do quebra-cabeça construtor dos territórios, relegando às outras peças um papel secundário. Tentando trazer esta reflexão para uma realidade proximal, como é o caso das pensões na área do Pólo de Saúde, observa-se que os prestadores de serviços médicos vêm adquirindo tecnologias consideradas de ponta, trazendo consigo a construção de uma excelência médica, atraindo mais pessoas que buscam tratamentos especializados; o que, por sua vez, influencia na produção dos territórios das pensões. Influência percebida quando se observa um maior fluxo de pessoas que utilizam os serviços de hospedagem oferecidos pelas pensões. Com isto, o aumento da demanda faz com que residências sejam substituídas por casas de pensões.

Ressalte-se que os territórios das pensões não seguem os ritmos de tecnologias impostas pela globalização, seja porque os seus donos não têm tanto acesso a créditos, seja pela infra-estrutura física dos estabelecimentos. Enfim, observa-se na área que estas pensões (re)criam formas de hospedagem que se diferenciam muito das dos grandes hotéis. Essas diferenças podem ser analisadas, segundo as explicitações de Santos (2004), quando trabalha com os dois circuitos da economia, sendo um superior e outro o inferior. Mesmo resguardando suas particularidades, poderíamos dizer que as pensões se constituem como um elemento contido no circuito inferior, que ajuda a manter o circuito superior, trazendo a construção de formas diferenciadas para o atendimento das necessidades e das relações sociais dos indivíduos menos capitalizados.

Ao relacionar território e globalização, faz-se necessário interligar este primeiro conceito com o de redes, pois:

Seja como elemento separado do território e que o domina, seja como seu constituinte que adquire novo peso, a rede se coloca como um referencial teórico fundamental neste debate. Ela é o veículo por excelência de maior fluidez que atinge o espaço e, no nosso ponto de vista, o componente mais importante na territorialidade contemporânea (HAESBAERT, 2006, p. 58).

Ainda em relação aos inter-relacionamentos entre rede e território, põe-se que:

Uma leitura intermediária entre a que separa claramente território de rede (pregando a hegemonia crescente das redes) e a que dilui completamente as redes no interior dos territórios, é a que afirma que território e rede formam um binômio em que a rede pode tanto ser um elemento fortalecedor, interno aos territórios (como nas redes viárias e de comunicações como base na integração do território nacional), a sua desestruturação, ou seja, um processo de desterritorialização (HAESBAERT, 2006, p. 57).



Compreender o território e suas inter-relações com as redes dentro de um processo de globalização torna-se importante para quem deseja estudar o espaço, especialmente o urbano, suas produções, materialidades; pois é nessa fração espacial que se pode observar como a construção dos espaços geográficos pelas sociedades é dinamizada ao longo de uma temporalidade, como é o caso da produção territorial e espacial das pensões na subárea 2 do Pólo de saúde de Teresina, tendo em vista que o aumento do número de usuários de serviços médicos é acompanhado pelo crescimento da quantidade de pensões instaladas nessa área.

Ressalte-se que espaço geográfico pode ser “[...] definido como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações [...]” (SANTOS, 2002, p. 21). Suscita ser compreendido simultaneamente às disposições físicas das coisas e práticas sociais que aí ocorrem. Portanto, o espaço pode ser concebido como produto e produtor das inter-relações entre homem-natureza-homem. Nessa perspectiva, a análise geográfica da realidade permite apreender o espaço como um texto, no qual as formas são portadoras de significados e sentidos (GOMES, 1997).

A apreensão deste espaço no campo geográfico pode ser feito através dos conceitos-chaves, especialmente os de paisagem, lugar, território e região. Destaque-se que para a compreensão do Pólo de Saúde de Teresina, e as relações contidas em seu bojo, utilizaremos como suporte de entendimento espacial o conceito de território, consubstanciado pelo de redes, os quais podem ser compreendidos desde sua gênese, gestão e funcionamento, como já foram discutidos anteriormente. No que concerne à concepção de território, aponta-se que esta categoria é apreendida como um espaço definido por e a partir de relações de poder, as quais têm origem nas apropriações e usos dos substratos físicos espaciais, mas que se materializam nas relações sociais presentes nessa espacialidade, desde sua gênese à sua gestão (SOUZA, 1995). Concebendo-o assim, perceber-se-á que a materialidade do mesmo é dada por objetos que têm uma gênese técnica, um conteúdo técnico e se inter-relacionam na condição de técnica, seja na sua realização, seja em sua funcionalidade (SANTOS, 2002).

Por outro lado têm-se as redes, que, para seu estudo na contemporaneidade, supõe-se a descrição do que a constitui, um estudo estatístico das quantidades e das qualidades técnicas, conjuntamente com a avaliação das relações que os elementos da rede mantêm com a vida social do presente, em todos os seus aspectos; ou seja, essa qualidade de servir como suporte corpóreo do dia-a-dia. Nesse sentido, transcende a concepção da rede como sendo toda infraestrutura, permitindo o transporte de matéria, de energia ou de informação, e que se inscreve sobre um território onde se caracteriza pela topologia de seus pontos de acesso ou pontos terminais, seus arcos de transmissão, seus nós de bifurcação ou de comunicação, sendo a

mesma também dotada de vida social, política, cultural, que pode ser visualizada e entendida, a partir das pessoas, signos, símbolos e mensagens (SANTOS, 2002).

Esses dois conceitos podem ser apreendidos seja em espaços rurais, seja em espaços urbanos. No âmbito do urbano, entende-se o mesmo como reflexo de atores sociais que, no jogo de suas relações, se materializam no meio físico. Essa materialização toma forma na constituição das cidades, pois “na cidade estão presentes as condições e os produtos da dinâmica das relações sociais, do jogo das forças políticas e econômicas, da trama das produções culturais” (IANNI, 1999, p. 53). Logo, as cidades podem ser lidas na aparência, assim como a partir de uma análise mais aprofundada do que levou a constituí-la. Na perspectiva de leitura, pode-se entender como este espaço citadino atrai ou repulsa pessoas por e a partir da qualidade e quantidade de seus serviços e equipamentos urbanos.

Para a análise do conteúdo citadino e o entendimento da urbanização inerente a ele, deve-se considerar que:

A análise da relação entre urbanização e cidade permite-nos compreender o espaço urbano, como materialidade presente, mas também como processo, como acumulação de tempos, como expressão das formas como se organizam e reorganizaram as cidades, tendo em vistas a urbanização e suas determinações (SPÓSITO, 1999, p. 86).

Nota-se, a partir do pensamento de Spósito (1999), que o espaço urbano deve ser vislumbrado como produção espacial, histórica e temporal. Nessa perspectiva de produção espacial, inserem-se as pensões da subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina, visto que, para sua constituição, houve um processo, uma estruturação espacial e, conseqüentemente, uma função materializada em suas formas espaciais, no caso prestadoras de serviços de hospedagens.

Assim, a análise do espaço urbano, mesmo que em pequenas frações espaciais, perpassa pela relação entre forma e processo, relação essa imbricada de intenções por parte dos agentes produtores do espaço, caso do Pólo de Saúde de Teresina. Saliente-se ainda que se deve buscar o vislumbramento da função e estrutura deste espaço; e isso é possível, uma vez que:

Na escala de cada aglomeração urbana, a especialização funcional e a segmentação sócio-econômica produzem uma sorte de reconcentração territorial que fratura a textura constituída pelas formas pretéritas de produção do território da cidade e de territorialização intra-urbana de seus múltiplos papéis (SPÓSITO, 1999, p. 94).

Torna-se possível fazer uma leitura espacial do urbano, mesmo que em uma escala territorial pequena, a partir das formas e processos inerentes a ele, enfatizando dados socioeconômicos e a ação estatal, pois:

Essa abordagem, denominada produção social de um espaço, eleva o elemento espaço a um foco principal de análise junto com as atividades da economia e do Estado. Isso significa que a forma [...] pode ser abordada principalmente como o modo histórico e socialmente específico de *design* que pode ser entendido se captarmos a relação entre tais espaços e os elementos de organização social, como economia, política e valores ideológicos. A análise urbana se realiza dentro de tal contexto como um entendimento generalizado dos processos que produzem, mantêm e reproduzem espaço de assentamento (GOTTDIENER, 1997, p. 27).

Na explicação do espaço urbano, com seus múltiplos papéis, entendemos este espaço como um conjunto de fixos e fluxos dentro de um sistema socioeconômico historicamente construído. Portanto:

Enquanto condição geral de produção, o espaço urbano, entendido do ponto de vista do capitalista como capital fixo, faz com que a cidade apareça como concentração, tanto de população (trabalhadores, dependentes, exército industrial de reserva), como de mercadorias, lugar da divisão técnica e social do trabalho; portanto, locus da produção. Aproxima matérias-primas do processo produtivo, trabalhadores da produção, indústria do comércio, consumidores do mercado e nesse sentido, é também fluxo (de pessoas, mercadorias, informações etc.) (CARLOS, 1992, p. 76).

Na pretensão de explicações, no que tange ao conjunto de fixos e fluxos do espaço urbano, faz-se necessário compreendê-lo como *locus* de produção e organização espacial, suas formas e dinâmicas das relações sociais internas e externas, empreendidas na área. Nessa busca explicativa, faz-se pertinente salientar que, para “entendemos o espaço urbano do ponto de vista da reprodução da sociedade, significa pensar o homem enquanto ser individual e social no seu cotidiano, no seu modo de viver, agir e pensar” (CARLOS, 1992, p. 79).

A idéia de fixos e fluxos trabalhados por Carlos (1992) vem a corroborar com o pensamento de Limonad (2006), sendo que para esta autora:

As transformações socioespaciais na distribuição das atividades produtivas e da população, materializadas espacialmente como formas de desenvolvimento urbano, em diferentes níveis e escala, seriam resultantes tanto da lógica da ação do estado, de distintos capitais (empresas), entre os quais o industrial, agroindustrial e em particular o imobiliário, quanto das estratégias de localização e distribuição da força de trabalho” (LIMONAD, 2006, p. 151).

Analisando o pensamento de Limonad (2006), percebe-se que a autora busca compreender o urbano a partir da dialética, das contradições que tomam forma nesse espaço; enfim, pode-se entender que:

A urbanização poderia ser compreendida como a concatenação e concretização espacial desses movimentos, de reprodução e distribuição das atividades produtivas e da população, em disputa pelo espaço, que sob o capitalismo traduzem-se nas estratégias do capital e do trabalho para garantir suas respectivas reproduções. As diferenças de intensidade e de articulação entre esses processos variam

historicamente e conformam a estruturação da produção e do território (LIMONAD, 2006, p. 158).

O trabalho de Limonad (2006) contribui para que se analise o urbano como movimento, como dinamicidade, uma vez que a lógica do Estado, do capital imobiliário e agroindustrial conjuga-se com o desenvolvimento do meio técnico e científico informacional, tendendo a fazer uma fragmentação espacial que se expressa em uma diferenciação e especialização dos lugares em nível territorial, com cidades, ou frações citadinas, voltadas ou para a produção, o consumo ou moradia (LIMONAD, 2006).

As transformações pelas quais passam o urbano e a cidade pautam-se em uma reestruturação do capital e da força de trabalho. Assim:

Na esfera do capital, o urbano se espraia como novas formas de apropriação e ocupação do espaço, que resulta em uma estruturação territorial da produção. No campo da força de trabalho, o urbano dissemina-se como um modo de vida, que tem por base o quadro de vida dos trabalhadores e sua efetiva inserção na produção, que conduz a uma redistribuição territorial da produção. A combinação dessa estruturação e distribuição transforma a face do território e engendra (nov)os padrões de urbanização e lugares urbanos (LIMONAD, 2006, p. 159).

Não obstante conceber que estas transformações permeiam a construção dos espaços urbanos, ainda pode-se compreendê-lo como sendo “[...] fragmentado e articulado, reflexo e condicionante social, um conjunto de símbolos e campo de lutas. É assim a própria sociedade em uma de suas dimensões, aquela mais aparente, materializada nas formas espaciais [...]” (CORREA, 1989, p. 9).

Desta forma, este espaço urbano é (re)produzido por e a partir dos agentes sociais, sendo eles, segundo Correa (1989), os proprietários dos meios de produção, os proprietários fundiários, os promotores imobiliários, o Estado e os grupos sociais excluídos. Cabe assinalar que, na produção do espaço urbano da subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina, acredita-se que os proprietários dos meios de produção, os promotores imobiliários e o Estado atuam de forma dialética e combinada, em boa parte dos casos, na materialização das formas espaciais do espaço em análise.

Por sua vez, os agentes que produzem o espaço trazem-no uma dinamicidade. Mas essa fluidez espacial também advém do desenvolvimento dos meios de transportes e telecomunicações, que provocaram mudanças existenciais no urbano, alterando características quantitativas e qualitativas dos equipamentos e serviços contidos em seu bojo. Desta forma, a partir da produção do espaço urbano, busca-se a compreensão do processo de urbanização nas sociedades, seja em nível local, regional seja nacional.

Nesse processo de urbanização, particularmente na brasileira, o Piauí insere-se no contexto regional e nacional, principalmente, a partir dos anos 50 do século XX. Até então, a condição socioeconômica estadual, baseada no setor primário da economia, fazia com que a maior parte da população estivesse centrada no rural. O desenvolvimento industrial, verificado no Sudeste do País, impôs como função ao resto do território nacional, em especial o Nordeste, a de ser centro fornecedor de matérias-primas e mão-de-obra; e, por conseguinte, consumidor de produtos manufaturados. No tocante à urbanização piauiense, indica-se:

O que marcou o processo de urbanização no Piauí foi a formação de uma frágil rede urbana com pouquíssimas cidades destacando-se na vida urbana do estado. Aliado a esse fator, as cidades não conseguiram apresentar padrões substanciais de crescimento econômico que promovessem uma melhor qualidade de vida de suas populações. A maioria das cidades piauienses são pobres e carentes de uma infraestrutura nas áreas de habitação, saúde, educação, saneamento básico entre outros serviços. O cenário urbano lembra um “deserto” com pouquíssimas “ilhas de prosperidade”, cenário típico de um “mundo marginalizado e periférico” que se amplia no universo da urbanização brasileira como um todo (FAÇANHA, 1998, p. 27).

A leitura de Façanha (1998) indica que a maioria das cidades piauienses são carentes em infra-estrutura urbana; favorecendo, portanto, às grandes disparidades entre esses espaços considerados citadinos. É nessa ambiência das cidades piauienses que Teresina se destaca como a principal, concentrando em seu espaço desde a administração político-administrativa até a oferta de bens e serviços em quantidade e qualidade mais satisfatórias que o restante das cidades do Estado, assim como de outras unidades da federação. Desta forma, acaba por atrair pessoas que buscam serviços que não encontram em suas localidades, em especial o médico-hospitalar. É exatamente na vinda desse fluxo migratório, com vistas a tratamento de saúde, que se inserem as pensões localizadas na subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina, como um local de alojamento e direcionamento para os hospitais e clínicas médicas.

No que se refere ao Setor de Saúde de Teresina, considera-se que esse desponta como um centro de referência em algumas especialidades, em níveis estadual, regional e nacional, principalmente no tocante ao uso de tecnologia avançada, em especial à rede privada, tanto em cirurgias, tratamentos médicos quanto na realização de exames. No entanto, ainda há alguns desafios a serem encarados pelo poder público com vistas a um melhor atendimento aos usuários e desenvolvimento de suas potencialidades do pólo, como: “a gestão deficiente da disposição do lixo hospitalar, [...] limpeza, vigilância sanitária, pavimentação, saneamento, tráfego, transporte coletivo, estacionamento, locomoção de deficientes físicos, policiamento e iluminação, entre outros” (AGENDA 2015, 2002, p. 20).

Trabalhar o conceito de desenvolvimento requer especificá-lo, daí concordar-se com Souza (2002) ao trabalhar a concepção de desenvolvimento socioespacial, o qual “deve ser visto, assim, como um infindável processo de busca do justo e do melhor em matéria de instituições e relações sociais” (SOUZA, 2002, p.186). Salienta-se que a busca desse desenvolvimento perpassa a noção de autonomia, uma vez que:

A autonomia é tratada como parâmetro subordinador, ao passo que justiça social e qualidade de vida são considerados parâmetros subordinados. Assim, ao mesmo tempo em que se pode entender o desenvolvimento urbano como objetivo fundamental do planejamento e da gestão urbanas, mais justiça social e uma melhor qualidade de vida, que são dois grandes objetivos intrinsecamente relevantes derivados daquele objetivo fundamental, são, de um ponto de vista operacional, parâmetros subordinados ao parâmetro essencial do desenvolvimento urbano, a autonomia individual e coletiva (SOUZA, 2002, p. 76).

A partir de Souza (2002), compreende-se que, para um desenvolvimento socioespacial, deve haver uma interlocução entre os agentes produtores do espaço, seus circunscritos, usuários, e o poder público, principalmente o municipal, fomentando assim a construção da autonomia individual e coletiva. Quando se pensa em desenvolvimento socioespacial a partir de planejamento, comunga-se com idéia de Cullingwort (apud SOUZA, 2002), ao apontar os elementos fundamentais de qualquer atividade de planejamento, tais como: pensamento orientado para o futuro, escolha entre alternativas, consideração de limites, restrições e potencialidades, consideração de prejuízos e benefícios, possibilidade de diferentes cursos de ação, os quais dependem de condições e circunstâncias variáveis, e a preocupação com a resolução de conflitos de interesses.

Esses balizadores dos planejamentos urbanos devem ser levados em consideração para as proposições de políticas públicas, propiciando a criação de um plano estratégico para áreas distintas, entendendo planejamento urbano como “a definição de um projeto de Cidade que unifica diagnósticos, concretiza atuações públicas e privadas, e estabelecem um marco coerente de ação e de mobilização e cooperação dos atores sociais urbanos” (CASTELLS & BORJA, 1996, p. 166).

Pensar políticas públicas e sua execução não é tarefa fácil, mas é possível, pois:

O reconhecimento dos diferentes interesses e a capacidade de negociação sem perda de autonomia, a construção do interesse público, a participação na formulação de políticas públicas que efetivamente expressem são algumas das dimensões que constituem essa novidade. Assim, os difíceis aprendizados que ela envolve têm que ser levados em consideração na análise e avaliação do funcionamento desses espaços (DAGNINO, 2002, p. 283).

Discutir o papel da produção espacial, tecida por vários atores, como, no caso, as pensões, é pensar o espaço como sendo passível de planejamento, com vistas à criação de atributos que possam funcionar como atração de pessoas. Portanto, este planejamento deve abranger a infra-estrutura física, a profissional e a pessoal, uma vez que:

Os lugares se especializam, em função de suas virtualidades naturais, de sua realidade técnica, de suas vantagens de ordem social. Isso responde à exigência de maior segurança e rentabilidade para capitais obrigados a uma competitividade sempre crescente (SANTOS, 2002, p. 248).

Ainda referindo-se à necessidade de dotar os espaços de uma infra-estrutura satisfatória, advoga-se que “a existência de políticas sociais supõe a institucionalização de capacidade técnica (financeira, administrativa e de recursos humanos) para garantir a efetiva continuidade no fluxo de oferta de um dado bem ou serviço” (ARRETTICHE, 2000, p. 25).

Analisar como os agentes produtores do espaço urbano do pólo, especialmente os donos das pensões, trabalham em suas construções não é tarefa fácil, mas é possível retirar algumas das cortinas que envolvem suas ações. É nesse descortinar que buscamos compreender o Estado como ele é, como funciona e como os outros agentes podem se coadunar ou divergir do Estado para construir seus espaços geográficos, apreendidos através do território. Tentando vislumbrar estas ações, toma corpo nossa próxima discussão acerca do Estado e como ele pode funcionar como uma arena em que podem ser demandados interesses individuais e coletivos para a concretização de seus objetivos.

#### 2.4 ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÕES ESTATAIS NO PÓLO DE SAÚDE DE TERESINA, ESPECIALMENTE NAS PENSÕES

Analisar as relações conflituosas entre a sociedade e o poder público, representado na figura do Estado, remete à compreensão de como as esferas privadas e públicas se inter-relacionaram ao longo do tempo. De acordo com Habermas (1984), a “esfera pública burguesa desenvolve-se no campo de tensões entre a sociedade, mas de modo tal que ela mesma se torna parte do setor privado” (HABERMAS, 1984, p. 169). Há, portanto, uma interpenetração progressiva da esfera pública com o setor privado e, conseqüentemente, a necessidade de interpretar o Estado, conjugando-o em relação ao sistema socioeconômico e jurídico. Esses entrelaçamentos estatais junto aos sistemas ainda acontecem no contexto atual, principalmente no jurídico privado, pois este “é invadido pelo crescente número de contrato entre o poder público e pessoas privadas. O Estado pactua com pessoas privadas a base do *ut des* (dou para que dê)” (HABERMAS, 1984, p. 179, grifos e tradução no original). Nesse

contexto, o Estado veio assumindo funções antes deferidas individualmente às famílias, pois os riscos clássicos – sobretudo desemprego, acidentes, doença, velhice e falecimentos – são hoje cobertos por garantias sociais do poder público. Enfim, a compensação social e política pela perda quase total do que era a base da propriedade familiar, a esfera privada, estende-se, para além das ajudas materiais de rendimentos, para ajudas a funções existenciais (HABERMAS, 1984).

Convém salientar que é na perspectiva de demanda dos grupos de interesses, junto ao Estado e seus entrelaçamentos, na busca de políticas públicas que auxiliem no seu crescimento e desenvolvimento, que se procura entender a relação entre o público e privado, entre os agentes produtores do pólo de saúde teresinense e o Estado. Desta forma, nesse jogo dialético, Estado é, antes de qualquer coisa, uma organização que provê benefícios públicos para seus membros, os cidadãos, do qual se espera que promova também seus interesses comuns (MANCUR, 1999).

Nesse contexto de transformação das funções estatais e de interpenetrações das esferas pública e privada, os indivíduos deixaram que o Estado ditasse as regras do jogo social, antes pensada de forma privada, familiarmente, preferindo ter segurança a liberdade. Dessa forma, essas interferências tornaram o modelo antigo de divisão rígida do que era público e o que era privado não mais condizente com o contexto atual. Além disso, essas mutações nas relações da sociedade com o Estado fizeram com que surgisse:

[...] Uma esfera social repolitizada, que não pode ser subsumida, nem sociológica nem juridicamente, sob as categorias do público e do privado. Neste setor intermediário se interpenetram os setores estatizados da sociedade e os setores socializados do Estado sem a intermediação das pessoas privadas que pensam politicamente (HABERMAS, 1999, p. 208).

Sendo assim, pode-se dizer que o público em geral cedeu espaço do pensar político individual para as instituições, tendo em vista que:

Por um lado, as associações em que os interesses privados coletivamente organizados procuram dar-se imediatamente uma configuração política; por outro lado, através de partidos políticos que, condescidos com órgãos do poder público, como que se estabelecem *acima* da esfera pública, da qual já foram instrumentos. O processo, politicamente relevante, do exercício e do reequilíbrio dos poderes transcorre diretamente entre as administrações privadas, as associações, os partidos e a administração pública [...] (HABERMAS, 1999, p. 208, grifo no original).

As palavras de Habermas (1999) indicam o papel que têm as associações na atualidade, na demanda pela formulação de políticas públicas, colocando em evidência que os atores do espaço urbano podem associar-se para que possam requerer junto ao poder público a



implementação de algumas políticas, sejam elas de ordenamento do tecido urbano sejam de melhoramento de sua infra-estrutura, física e humana. Nessa perspectiva, uma associação de atores sociais pode vir a funcionar como um grupo de pressão, o qual se deve envolver em todo o processo de construção das políticas públicas, desde sua formulação até sua implementação, influenciando assim no gestar entre a sociedade e Estado.

Na análise dessa realidade organizacional da sociedade e suas imbricações políticas, compreende-se que, mesmo havendo outras coalizões e equipes no corpo social, reconhecem-se apenas três tipos como fundamentais no processo de tomadas de decisões políticas, são eles: partidos políticos, cidadãos individuais e grupos de interesse. Essa última categoria inclui tanto indivíduos quanto coalizões não partidárias, como corporações, sindicatos trabalhistas e associações comerciais (DOWNS, 1999).

O jogo conflitante entre essas coalizões e o Estado, travado na atualidade, em especial, através dos grupos organizados, é fruto da interpenetração da esfera pública na privada, fazendo surgir novas formas intervencionais por parte do poder público. Essa intervenção põe o Estado como uma instituição na qual os indivíduos ou grupos buscam a consecução de seus interesses individuais/coletivos, uma vez que o Estado interfere na ordem social, provendo, distribuindo e administrando (HABERMAS, 1984).

Depreende-se, a partir da acepção habermasiana, que os indivíduos ou grupos organizados podem exercer pressão junto ao Estado, na busca de seus interesses particulares ou coletivos. Agindo assim, estariam forjando “[...] uma relação positiva entre as estruturas de finalidades individuais e sociais por meio de um expediente político [...]” (DOWNS, 1999, p. 40).

Promover os interesses comuns dos indivíduos pressupõe que “quase todo governo é benéfico para seus cidadãos, no sentido de que a lei e a ordem que ele proporciona são um pré-requisito essencial para toda e qualquer atividade econômica civilizada” (MANCUR, 1999, p. 25).

As palavras lei e ordem trazem em relevo uma racionalidade ou pensamento racional, seja do indivíduo, seja do próprio Estado. O racional é aqui entendido como “a ação que é eficientemente planejada para alcançar fins econômicos ou políticos conscientemente selecionados do ator” (DOWNS, 1999, p. 41). No entanto, para que isso ocorra, faz-se necessário que se estabeleça uma ordem social previsível, papel designado ao governo (referencial de ordem para o corpo social); enfim uma estabilidade ordenada que o governo (gestor do Estado) proporcione. Porém, essa estabilidade só será proporcionada pelo governo

enquanto o sistema político funcionar eficientemente, ou seja, quando for racional (DOWNS, 1999).

O ponto de partida lógico, segundo Mancur (1999), para iniciar qualquer estudo sistemático sobre organizações, que agem dentro de uma racionalidade, é o seu propósito, seus objetivos. Contudo, considera-se aqui, que os indivíduos são egoístas, mesmo agindo racionalmente. Isso acontece porque nossa natureza:

[...] Nos faz sentir mais intensamente o que nos afeta de modo direto do que o que nos afeta de modo indireto através dos outros, necessariamente leva ao conflito entre indivíduos. Cada um, conseqüentemente, tem uma maior consideração por sua própria segurança ou felicidade, do que pela segurança ou felicidade de outrem: e, quando essas entram em choque, está pronto a sacrificar o interesse de outrem ao seu próprio (CALHOUN apud DOWNS, 1999, p. 49).

Sendo assim, como pensar então em organizações, como no caso dos produtores do espaço urbano foco dessa pesquisa – a subárea 2 do pólo de saúde, em especial as pensões, que busquem benefícios coletivos? Compreender estas organizações que buscam seus interesses remete-nos a refletir que os indivíduos irão pensar racionalmente tendo como lente uma relação de custo-benefício. Desta forma:

As organizações podem, portanto, desempenhar uma função importante quando há interesses comuns ou grupais a serem defendidos e, embora elas frequentemente também sirvam a interesses puramente pessoais e individuais, sua função e característica básica é sua faculdade de promover interesses comuns de grupos de indivíduos (MANCUR, 1999, p. 19).

Nessa vertente, pode-se considerar que um dos atores que (re)constrói o espaço especializado na prestação de serviços de saúde, a exemplo da Associação dos Donos de Pensões (ASDONPE), pode agregar os interesses particulares e torná-los um bloco coletivo de vontades, desembocando em uma reivindicação junto às esferas públicas pela assunção ou, ao menos, um auxiliar no desenvolvimento das potencialidades desses serviços, o que trará um benefício coletivo, seja para os próprios donos seja para os usuários, e, por conseguinte, para a própria economia da capital. Desta forma, estarão construindo seu espaço, fazendo sua produção espacial, através da construção e manutenção de uma territorialidade que pode vir a ser prolongada em seu tempo de existência.

Então, equacionar racionalidade individual com organização grupal supõe que cada homem/mulher aborde “cada situação com um olho nos ganhos a serem obtidos, o outro olho nos custos, uma capacidade delicada de equilibrá-los e um forte desejo de ir aonde quer que a racionalidade o leve” (DOWNS, 1999, p. 29).

Ao raciocinar sobre a necessidade de agentes privados se organizarem, advoga-se que “a combinação de interesses individuais e comuns em uma organização sugere uma analogia com o mercado competitivo” (MANCUR, 1999, p. 21). Contudo, por mais que todos os membros do grupo tenham, conseqüentemente, um interesse comum, no que tange ao benefício coletivo, eles, provavelmente, não terão nenhum interesse comum no que toca a pagar o custo do provimento desse benefício coletivo, ou a arcar com o ônus sozinho. Mesmo assim, os indivíduos agirão coletivamente se perceberem que esse é o modo de obter benefícios individuais, ainda que esses sejam compartilhados por todos, eles o farão.

Depreende-se, a partir de Mancur (1999), que, para analisarem-se os benefícios da ação coletiva, é preciso um estudo dos custos e benefícios dos cursos de ações alternativas disponíveis para os membros de grupos de diferentes tamanhos. No caso do pólo de saúde, os agentes privados produtores deste espaço são diferentes, prestam serviços diferenciados (médicos, pensões / hospedagens, alimentos, dentre outros), demandando, portanto, uma análise singular para cada grupo de interesse.

A demanda dos grupos de interesses é salientada por considerar que na produção do espaço, foco da pesquisa, é interessante salientar o papel do Estado como (re)produtor espacial, uma vez que:

O Estado atua também na organização espacial da sociedade. [...] através da implantação dos serviços públicos, como sistema viário, calçamento, água, esgoto, iluminação, parque, coleta de lixo etc., interessantes tanto as empresas como a população em geral que a atuação do Estado se faz de modo mais corrente e esperado (CORREA, 1989, p. 24).

A atuação estatal visa, nessa perspectiva, à satisfação básica da população e à criação do alicerce para a (re)produção do capital. E ainda sobre essa atuação do Estado observa-se que “sua ação é marcada pelos conflitos dos diferentes membros da sociedade de classe, bem como da aliança entre eles” (CORREA, 1989, p. 26).

Essa atuação do Estado capitalista é muito frutífera para que se compreenda como o Estado pode atuar na criação de ambiência para o desenrolar das atividades, especialmente as econômicas, da sociedade. Nesse sentido, pode-se indagar: – como o Estado pode intervir ou não no campo da economia?

Nos dias atuais, o Brasil vivencia um sistema socioeconômico, o capitalismo, que acaba “moldando” o Estado que se faz presente na sociedade contemporânea. Sendo assim, conceituar o Estado capitalista remete a analisá-lo segundo uma forma institucional do poder público em sua relação com a produção material (OFFE, 1984). Nesse contexto capitalista pode-se compreender o Estado como sendo um construto e uma representação jurídica

engendrada pela sociedade, não possuindo existência física. Porém, sua materialidade é posta em relevo mediante sua ação, historicamente presente no plano da realidade objetiva, graças a sua organização institucional (BUENOS AYRES, 2004).

A materialidade institucional necessita de quatro determinações funcionais, quais sejam: *a privatização da produção* – o Estado está estruturalmente impedido de organizar, segundo seus critérios políticos, a produção de bens; *dependência dos impostos* – o poder público depende, mesmo que de forma indireta, do volume da acumulação privada, o qual é recolhido através dos mecanismos de tributação; *a acumulação como ponto de referência* – os detentores do poder têm como maior interesse manter as condições de manutenção das condições políticas que propiciem a acumulação privada do capital; e, por último, *a legitimação democrática* – que consiste no exercício do poder por meio de mecanismos democráticos e representativos que constituem na formação de vontades e regulamentação dos conflitos de forma politicamente duradoura, mantendo, portanto, de modo estável, a delimitação da esfera privada e da esfera de liberdade econômica, como maneira de defender essa esfera de liberdade de possíveis intrusões por parte do estado (OFFE, 1984).

Essas determinações facilitam a definição da política do Estado capitalista, uma vez que se entende a mesma como um conjunto de estratégias, mediante as quais se produzem e reproduzem constantemente o acordo e a compatibilidade de tais determinações estruturais, sendo, nessa perspectiva, o aspecto dinâmico da estrutura estatal (OFFE, 1984).

Como resposta para a pergunta exemplificativa supracitada acerca da intervenção do Estado no campo da economia, aponta-se que o Estado utiliza como estratégia de ação geral, para a regulação econômica, a criação de condições segundo as quais cada cidadão é incluído nas relações de troca (OFFE, 1984). Logo, as ações estatais visam propiciar uma ambiência em que as relações de troca entre os indivíduos que compõem o corpo social não introduzam uma desregulamentação das determinações estruturais, estabelecendo, assim, uma forma-mercadoria universalizante.

A forma-mercadoria torna-se, então, o ponto de equilíbrio do Estado capitalista, funcionando como elo entre as estruturas políticas e econômicas da sociedade capitalista, sendo, ainda, o ponto de equilíbrio geral da acumulação, uma vez que as relações de troca só podem ter durabilidade se forem pautadas na expectativa de uma produção lucrativa (OFFE, 1984).

Dito essa caracterização do Estado capitalista, desemboca-se em um problema que é um *continuum* no desenvolvimento do capitalismo, qual seja: uma tendência permanente à paralisação das viabilidades do mercado; ou seja, à interrupção das relações de troca (OFFE,

1984). É nesse contexto problemático que surge a necessidade postural do Estado para com o âmbito econômico, encerrado no seguinte problema: – Que estratégias devem ser utilizadas para manter a durabilidade das relações de troca?

As saídas encontradas pelo Estado para garantir as condições nas quais se torna possível uma relação de troca eficaz entre os sujeitos jurídicos e econômicos parecem convergir para três direções, a saber:

1) A capacidade de troca de força de trabalho é ampliada por medidas e programas que têm como objetivo melhorar a formação profissional, a educação, a mobilidade regional e a capacidade de adaptação geral da força de trabalho. 2) A capacidade de troca dos bens de capital e outros bens é elevada mediante a integração supranacional de mercados de capital e de bens, as políticas de pesquisa e desenvolvimento, as políticas estruturais regionais e outras. 3) Aqueles setores especificados por ramos, regiões, estruturas de mercado de trabalho etc. que não conseguem manter-se na relação de troca são “saneados passivamente” de forma planejada, isto é, são simultaneamente expostos à pressão modernizadora criada e reforçada politicamente. Isso deve levá-los a se transformarem no sentido da aquisição de maior “competência de mercado” (OFFE, 1984, p. 131).

Observando as três direções supramencionadas que podem ser objeto de atuação estatal, assim como uma parceria entre os entes públicos e privados, para melhorar as relações de troca, podem-se elencar algumas possibilidades de políticas públicas interventoras junto aos donos de pensões, para que possam consolidar, ainda mais, sua produção espacial, quais sejam: implementar um programa de capacitação de recursos humanos com cursos que possam focar relações pessoais, cuidados de primeiros socorros, noções de dietas nutricionais para diferentes pessoas e faixas etárias, com suas respectivas enfermidades, importância da higienização do ambiente como um fator fundamental na recuperação dos doentes, melhoramento da estrutura física das hospedagens, desde a parte concreta até as de ventilação, iluminação etc.

Essas ações são explicitadas por considerar-se que elas poderão funcionar como agregação de valores aos serviços de hospedagem, os quais integram a rede de serviços de saúde presentes em uma área específica da cidade – a subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina, o que poderá trazer a jusante um crescimento do número de empregos e um desenvolvimento mais autônomo desses estabelecimentos; mantendo assim a continuidade da forma-mercadoria da qual eles se imbuem; ou seja, a venda de serviços complementares de saúde, desde a hospedagem até o acompanhamento do enfermo às clínicas e hospitais.

As palavras de Offe (1984) ainda trazem em seu bojo as ações estatais para com seus cidadãos no sentido de torná-los consumidores efetivos, dentro do processo de produção capitalista. Essas ações, materializadas nas políticas estatais com vistas a reorganizarem as

relações de troca nos mercados, parecem seguir uma seqüência determinada, estruturando-se na seguinte linearidade:

Primeiro, *ordens e proibições legais*, bem como *incentivos* financeiros, visando incentivar um comportamento competitivo (ou reprimir estratégias de comportamento opostas) que assegure a sobrevivência econômica de um determinado protagonista da relação de troca. Normalmente, essa regulamentação dos processos de troca consiste em leis e medidas que protegem em especial a parte “mais fraca” em uma relação de troca, procurando, dessa maneira, impedir a regressão da relação de troca a uma relação de violência aberta. [...] Uma segunda categoria de métodos de direcionamento é dada pelos *investimentos estatais em infra-estrutura*. Esses visam a conceder, assegurar ou promover para certas categorias de proprietários de mercadorias (tanto proprietários de força de trabalho quanto de capital) a possibilidade de estabelecerem relações de troca. [...] e, finalmente, como terceira categoria – que corresponde ao método de direcionamento historicamente mais recente e por isso mesmo de maior interesse imediato – encontramos as tentativas de impor um modo de alcançar decisões ou de obter um financiamento coletivo que permita a certos grupos fora do processo de troca, negociarem eles próprio, de forma organizada e previsível, suas condições de troca (OFFE, 1984, p. 131-132, grifos no original).

A seqüência proposta por Offe (1984) remete-nos a pensar as políticas públicas engendradas pelo poder público e suas imbricações para com a economia das esferas políticas constituintes de um Estado. Saliente-se que aqui entendemos política pública como “a lógica da tradução de respostas políticas simétricas às demandas públicas originadas no seio da sociedade civil, com base na democratização do poder político institucionalizado” (BUENOS AYRES, 2004, p. 463).

Logo, a construção de qualquer política pública que visa um ordenamento das ações do ente público e também dos particulares deve ser considerada como algo participativo, que leve ao empoderamento; ou seja, ao conhecimento crítico das ações tomadas pela sociedade como um todo, fazendo-a sentir-se como co-partícipe do processo; interiorizando de maneira mais efetiva os caminhos a serem trilhados ao longo da temporalidade na qual o plano se dispõe a ordenar.

Essa participação social na construção e efetivação de uma política pública é defendida por entender-se que os processos das políticas públicas conjugam um conjunto de momentos não-lineares, articulados e interdependentes, formados pela constituição do problema, formulação de alternativas de política, adoção da política e implementação ou execução da política ou programa. Nessa ambiência, alguns sujeitos precisam ser identificados no jogo construtivo das políticas públicas, sendo eles: os grupos de pressão, movimentos sociais, partidos políticos, administradores e burocratas, técnicos, planejadores e avaliadores, judiciário e a mídia (SILVA E SILVA, 2001). Esse identificar é posto por considerar-se que o conhecimento prévio, mesmo que não em sua totalidade, significa maior

poder de argumentação na busca do consenso e na solução dos conflitos que jamais deixarão de se fazer presentes na construção da política pública.

Essa não linearidade das políticas é exposta por considerar-se que:

[...] Uma política pública, desde sua formação, envolve mobilização e alocação de recursos, divisão do trabalho tempo; uso de controles (poder), interação entre sujeitos; interesses diversos, adaptações; riscos e incertezas sobre processos e resultados; noção de sucesso e fracasso, destacando-se a relevância dos sujeitos sociais desse processo e suas racionalidades. Assim, o processo das políticas públicas é assumido, nos seus diferentes momentos, por uma diversidade de sujeitos que entram, saem ou permanecem no processo, sendo estes orientados por diferentes racionalidades e movidos por diferentes interesses, fazendo do desenvolvimento das políticas públicas um processo contraditório e não linear [...] (SILVA E SILVA, 2001, p. 40-41).

Portanto, formular política pública requer uma exposição de como esta será implementada. Por conseguinte, para que se possa falar em implementação, faz-se necessário expor seu conceito, seja em uma perspectiva clássica, entendida como sendo a execução de atividades que permitem que ações sejam implementadas, com vistas à obtenção de metas definidas no processo de formulação de políticas públicas, seja em uma visão mais atual, em que se concebe como implementação um conjunto complexo de relações entre formuladores e implementadores, assim como entre implementadores situados em diferentes posições na máquina governamental. Isto é posto por considerar-se que as vontades, os interesses, as lealdades e as concepções ideológicas desses diversos atores raramente serão totalmente coincidentes, o que interfere de forma significativa no processo de implementação de qualquer política pública (MARTES et al, 1999).

Outro aspecto que merece atenção em uma política pública refere-se a duas dimensões que, grosso modo, estão contidos na ação pública; quais sejam: os objetivos e a metodologia ou a estratégia pela qual, entre outras alternativas possíveis, almeja-se que tais objetivos sejam objetos de consecução (MARTES et al, 1999).

Além disso, acreditamos que as noções de avaliação de uma política pública devem ser levadas em consideração no momento de sua formulação, uma vez que avaliação constitui-se:

Uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizarão, com propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou de guia para uma tomada de decisões racional e inteligente entre o curso de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento (AGUILAR e ANDER-EGG, 1994 apud SILVA E SILVA, 2001, p. 49).

Nessas fases da política pública, formulação, implementação e avaliação – aqui separadas com efeitos didáticos, pois se considera que estas ocorrem ao longo do desenrolar de uma política, tendo em vista que as três fases são reorientadas a todo o momento, pois envolvem interesses diversos –, precisam ser discutidas as responsabilidades dos atores sociais que se imbuem de um desejo construtivo de uma dada política, entendendo-se que o jogo político é essencial à vida democrática e fundamental para o controle social do governo. Desta forma, deve-se pôr em pauta de discussões os chamados *stakeholders* (grupos envolvidos pelas políticas e nelas interessados) no processo de formulação e implementação dessas políticas. Logo, o desenho estratégico das políticas deve incluir a identificação dos atores que dão sustentação à política e mecanismos de reorientações e negociação entre tais atores (MARTES et al, 1999).

Pensar em grupos/atores envolvidos pelas políticas e nelas interessados evoca a discussão sobre grupos de pressão, e como os mesmos podem agir, de forma organizada, para conseguir a consecução dos objetivos preestabelecidos. Nessa ambiência, a intenção de expor algumas reflexões acerca das possibilidades comportamentais dos donos de pensões, materializadas na Associação dos donos de Pensões (ASDONPE), como grupo de pressão ou *stakeholders*, parte da idéia de que, uma vez organizados, eles podem requerer, seja por meio da representatividade ou da pressão junto ao poder público, a consecução de seus objetivos ou do que foi traçado para estes no conteúdo da Agenda 2015, especificamente no projeto voltado para o melhoramento dos serviços de hospedagem, como no caso das pensões, potencializando assim uma produção espacial, através da construção e manutenção de territórios e maior densidade de suas redes de relações, de forma mais consubstanciada e, talvez, mais organizada, dentro dos padrões exigidos dos prestadores de serviços de saúde e seus correlatos.

Para tanto, faz-se necessário ter em mente que se entende como grupo de pressão:

[...] Aqueles grupos organizados que, embora tendo, em mira influenciar sobre a distribuição dos recursos numa sociedade, seja para mantê-la sem alteração, seja para introduzir mudanças em seu favor, não participam diretamente no processo eleitoral e por isso mesmo não estão interessados em gerir *in próprio* o poder político, e sim em aproximar-se dele com facilidade e freqüência e a influenciar opções (PASQUINO, 2000, p. 565, grifos no original).

As palavras de Pasquino (2000) trazem para a reflexão a necessidade que têm os donos de pensões para aproximarem-se dos decisores da política, seja no âmbito estadual ou municipal. Isto é dito por considerar que estes estabelecimentos funcionam como uma das bases de sustentação dos serviços de saúde ofertados por Teresina, em especial pelo Pólo de



Saúde, funcionando como *nó* dentro dessa rede de serviços. Logo, retomando uma discussão miltoniana (2002), essas formas materializadas nas pensões podem densificar seu conteúdo, ampliando e consolidando sua função dentro da rede de serviços de saúde, possibilitando, deste modo, uma produção espacial mais racional; enfim fazendo com que haja um processo, uma estrutura, uma construção/manutenção de funções que se materializam nas formas espaciais.

A aproximação dos decisores da política é exposta por considerar-se que o Estado brasileiro, seja em seus preceitos constitucionais, seja em suas leis específicas, traz a responsabilidade estatal no provimento de muitos aspectos que envolvem as relações sociais, assim como da sociedade com o espaço em que (re)produz cotidianamente. No que tange à saúde, a Lei n. 8.080 de 19/09/1990 dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), expondo as responsabilidades do Estado em alguns de seus artigos, incisos e parágrafos a seguir:

*§ 1 - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.*

Art. 5 - São objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1, do Art.2 desta Lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6 - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a execução de ações:

*a) de vigilância sanitária;*

*b) de vigilância epidemiológica;*

*III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;*

*IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;*

*VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;*

*VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;*

*VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;*

§ 1 - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2 - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Grifos nossos).

Os destaques colocados na Lei n. 8.080 de 19/09/1990 trazem as possibilidades de os atores, que tecem o espaço urbano, foco de nossa análise, poderem fazer pressão junto ao poder público, comportando-se como grupos de interesses/*stakeholders*, influenciando, portanto, no processo de implementação dos objetivos traçados na Agenda 2015 ou na construção de políticas públicas específicas, uma vez que os mesmos podem ser objetos dessa política estatal via objetividades do SUS. Esses inter-relacionamentos possíveis vêm mostrar as alianças, consensuais ou não, dos produtores do espaço urbano, utilizando uma linguagem de Correa (1989). Essa influência deve pautar-se em sua organização sistemática, pois:

As probabilidades de sucesso de um grupo de pressão são fortemente influenciadas por *recursos* à sua disposição. Entre estes recursos, os mais importantes parecem que são: a dimensão (ou entidade da *membership*), a riqueza, a qualidade e amplitude de conhecimentos, a representatividade (PASQUINO, 2000, p. 568, grifos no original).

Estes recursos, dos quais depende o sucesso de influência do grupo de pressão, têm que estar claros e disponíveis aos associados de uma coletividade; e, caso os mesmos ainda não os detenham em quantidade e qualidade, capazes de exercer pressão, esta coletividade deve buscar a absorção destes recursos.

Analisar as relações entre Saúde, Geografia, Estado e Políticas Públicas subsidia a discussão das produções territoriais presentes no Pólo de Saúde teresinense; enfim, permite ter uma visualização de seus atributos, de suas características, de seu conteúdo singularizador espacial cidadão. Essas intenções materializam a exposição seguinte.

### 3 CONTEXTUALIZANDO O PÓLO DE SAÚDE DE TERESINA

Os espaços geográficos construídos pela sociedade não advêm somente de uma projeção intencional, calcada na análise de causa e efeito preestabelecidos, mas também de conjunturas que se vão associando para dar conteúdo às formas, ao longo de uma temporalidade.

Nesse contexto de construções sociais, a área concentradora dos serviços de saúde em Teresina foi se estabelecendo como um espaço funcional, capaz de atrair pessoas com os mais variados objetivos e atividades das mais variadas feições. Logo, para compreender uma estruturação espacial, como a que está em questão, faz-se necessário recorrer à História, para que se busque como esta se processou até chegar à configuração atual por ela empreendida.

Nessa ambiência, o presente capítulo visa construir essa historicidade da construção geográfica do espaço, em que se concentram as atividades ligadas à saúde, denominada pela PMT de Pólo de Saúde de Teresina, buscando, no passado, elementos que possam explicar sua estruturação vivenciada na atualidade; fazendo-se assim uma caracterização deste espaço, especialmente traçando uma descrição de seus atributos atuais, como uma área especializada em serviços médicos, que atrai outros serviços que complementam os primeiros, particularmente os de hospedagem materializada nas pensões.

Nessa perspectiva, essa caracterização põe em relevo as relações tecidas entre os atores que (re)constróem aquele espaço. Deste modo, acreditamos que o conceito de redes nos traz uma importante contribuição, pois é possível observar como se dão as conexões, os elos entre os diversos atores sociais que no espaço se entrelaçam. Assim sendo, as pensões, as quais realizam os serviços de hospedagem e acompanhamento até os serviços médicos, funcionam como *nós* que interligam diversos produtores espaciais, dando configurações e conteúdos às formas espaciais presentes no espaço.

#### 2.1 O PÓLO DE SAÚDE TERESINENSE: ANALISANDO SEUS ATRIBUTOS

Teresina, fundada em 16 de agosto de 1852, para ser a nova capital do Estado do Piauí, foi projetada para ser um pólo de entreposto comercial, com boa localização geográfica, distando mais de 300 km do litoral, 450 km de São Luis, mais de 600 km de Fortaleza e quase a 950 km de Belém. O crescimento do comércio e dos serviços teresinenses fez desta área geográfica uma cidade que irradia seus atributos, comerciais e de serviços, em especial os ligados à área de saúde, para boa parte do Maranhão, interior do Pará, Tocantins e Ceará, além de polarizar o próprio Estado.

Partindo desse contexto, podemos afirmar que os serviços de saúde possuem a mesma base de atração do comércio – localização geográfica. Porém, a origem e crescimento do setor saúde divergem do comercial, uma vez que o elemento que promoveu seu aparecimento foi o poder público, com a construção do Hospital Getúlio Vargas (HGV), no início dos anos de 1940, e com a Escola de Medicina, anos 60 do século XX, que utilizou o referido Centro de Saúde como base de apoio para seus alunos, futuros profissionais dos serviços de Saúde.

No entanto, os investimentos que se direcionaram para o atendimento médico-hospitalar datam da fundação da cidade, sendo eles: Hospital da Caridade (1853), Santa Casa de Misericórdia (1860) e a Botica do Povo (1884); esta última constituindo-se como a primeira farmácia a instalar-se na cidade (SILVA, 2006; TERESINA AGENDA 2015, 2002; MELO FILHO, 2000).

A cidade teresinense vivenciou no século XX o fortalecimento de sua economia local e o surgimento de grandes unidades prestadoras de saúde de capital público, a saber: Fundação do Asilo dos alienados (1907) – atual Hospital Areolino de Abreu; Hospital Getúlio Vargas (1941); e, à época, a Maternidade São Vicente de Paula – atual Centro Integrado Lineu Araújo.

O Hospital Getulio Vargas (HGV) é tido hoje como um dos maiores do Nordeste, contendo uma estrutura operacional com clínicas de diversas especialidades, ofertando serviços que vão desde a atenção básica até os de média e alta complexidade. Esse hospital ainda funciona como escola, especialmente para os alunos da área de Saúde da Universidade Federal do Piauí e da Universidade Estadual do Piauí, contribuindo assim para a construção de uma imagem na resolução dos problemas de saúde e na multiplicação de profissionais da área de Saúde.

No tocante aos investimentos privados, situa-se a década de 1950, como sendo seu início, com a implantação do Sanatório Meduna (1952); Sociedade Piauiense de Combate ao Câncer (1953) – mantenedora do Hospital São Marcos, instituição essa de natureza filantrópica e atualmente cadastrada no Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Já nas décadas de 1960 e 1970, os investimentos públicos tiveram uma nova investidura, com a implantação do Hospital do Batalhão de Engenharia e Construção (BEC), com recursos federais; A Maternidade Dona Evangelina Rosa e o Hospital de Doenças Infecto-Contagiosas (HDIC), atual Hospital Natan Portela, com recursos estaduais. Ainda nesse período, a iniciativa privada mostra também seus investimentos com a implantação da Casamater (atual Aliança Casamater) e o Hospital Santa Maria.

As décadas posteriores, 1980 e 1990, marcaram a multiplicação das clínicas particulares em Teresina, assim como a implantação de mais dois hospitais particulares; quais sejam: Hospital de Terapia Intensiva (HTI) e Hospital das Clínicas de Teresina (HCT). No ano de 2000, é inaugurado o Hospital São Paulo, também privado.

O cenário de construção espacial do Pólo de Saúde teve em seus primórdios o papel fundamental dos investimentos públicos, especialmente com a implantação do HGV e posteriormente inoculações de capitais privados, fazendo com que, ao lado da demanda crescente pela busca dos serviços de saúde, instalassem na área outros hospitais e clínicas médicas, principalmente privadas. Esse crescimento fez com que Teresina detivesse, em 2000, 18 hospitais privados, 10 públicos e 5 universitários, sendo que as unidades particulares comportam 55,8% dos leitos hospitalares (ROLIM E MELO, 2000).

Foi particularmente na década de 1990 que Teresina teve a efetivação de suas dezenas de clínicas e consultórios médicos, unidades essas especializadas em diagnósticos por imagens, laboratórios de análises clínicas, de tratamento e exames especializados. Esse crescimento traz em seu bojo uma grande concorrência por pacientes, em especial os oriundos de outras localidades.

Nesse contexto, de atrair pessoas, surgem as pensões:

Atraídos pelo fluxo de doentes e acompanhantes vindos do interior do Piauí e de outros estados em busca de tratamento nos hospitais, uma gama de estabelecimentos dedicados à prestação de serviços de hospedagens e de alimentação foi se instalando. Hoje dezenas de pequenos hotéis, pensões e pousadas localizados nas ruas e praças onde se concentram os hospitais, clínicas e consultórios médicos. Algumas dessas pousadas assumem outras funções como o transporte de pacientes oriundos do interior para determinadas clínicas e hospitais, em algumas situações materializando a face dramática da competição antes referida (ROLIM e MELO, 2000, p. 42).

Em sua totalidade, esse complexo de estabelecimentos que prestam serviços ligados ao setor saúde foi denominado pela Prefeitura Municipal de Teresina (PMT) de Pólo de Saúde de Teresina. O pólo abrange três subáreas, a saber: subárea 1: bairros Mafuá e Marquês; subárea 2: bairro Centro; e subárea 3: bairros Piçarra e Ilhotas. Porém, observa-se, no início dos anos 2000, a gênese, ainda que sutil, da produção espacial de uma quarta área, abrangendo a Zona Leste, especialmente com a Implantação do Hospital São Paulo, o Hospital Universitário Federal (HU) e o Espaço Saúde contido no Teresina Shopping. Nesse sentido, essa subárea 4 abrange os bairros dos Noivos, São Cristóvão, Fátima e entorno, conforme evidenciado na Figura 1.

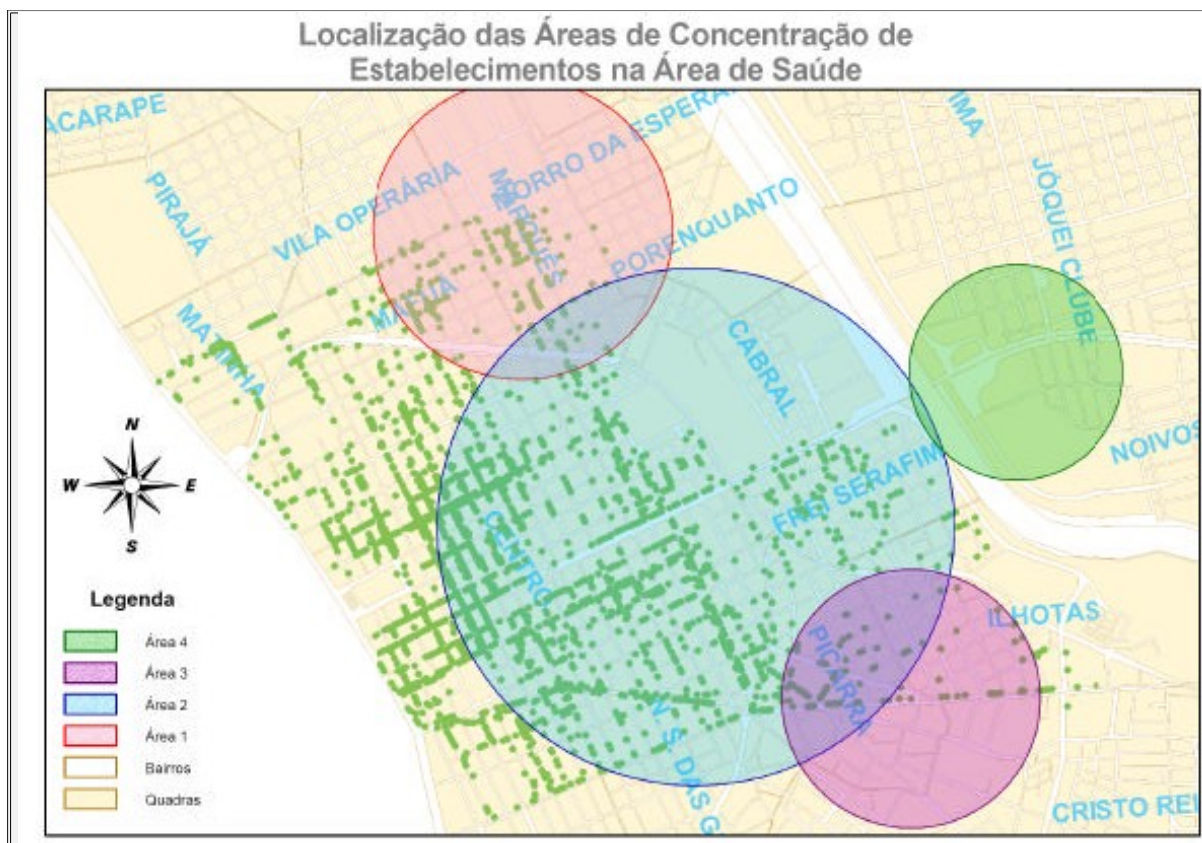


Figura 1 – Subáreas do Pólo de Saúde de Teresina.

Fonte: Prefeitura Municipal de Teresina – PMT.

Observa-se na Figura 1 o dimensionamento dado a subárea 2 do Pólo; logo, essas subdivisões possuem diferenciações quanto à densidade quantitativa e espacial da rede médico-hospitalar e seus complementares. Com base nas diferenças em termos quantitativos dos estabelecimentos do Pólo de Saúde, especialmente do número de pensões, buscamos delimitar o foco/espço de interpretação, utilizando uma subárea para entender o todo. Desta forma, torna-se interessante analisar a subárea 2, ou seja, o bairro Centro, por considerá-la como a área em que há uma maior quantidade de pensões.

O bairro Centro corresponde ao seguinte perímetro: parte do entroncamento das Avenidas Miguel Rosa com a Avenida Maranhão, na Ponte Metálica, segue pela Avenida Miguel Rosa, até o entroncamento com a Avenida Joaquim Ribeiro, daí, em direção Oeste, prossegue pela Avenida Joaquim Ribeiro até o rio Parnaíba, e, por este, retorna ao ponto de partida.

Contudo, não é todo o bairro Centro que contém os prestadores de serviços de saúde, mas uma pequena fração espacial. Ainda dentro dessa fração, a Prefeitura Municipal de Teresina elegeu uma porção como sendo foco central para sua intervenção via adoção de políticas, denominada de Área de Intervenção Imediata.

Esta área compreende o perímetro assim delimitado: a referência é o cruzamento da Rua Governador Artur de Vasconcelos com a Avenida Frei Serafim, segue-se nesta última no sentido Leste-Oeste até sua perpendicularidade com a Rua Dr. Arêa Leão, seguindo-se por esta, na direção Norte-Sul, até seu encontro com a Rua São Pedro, o qual toma rumo Oeste-Leste até a Rua Magalhães Filho, sendo que, desta parte, na direção Norte-Sul até a Tersandro Paz, que, a partir desse ponto, segue até o encontro com a Rua Governador Artur de Vasconcelos, tendo como rumo Oeste-Leste, como mostra a Figura 2.

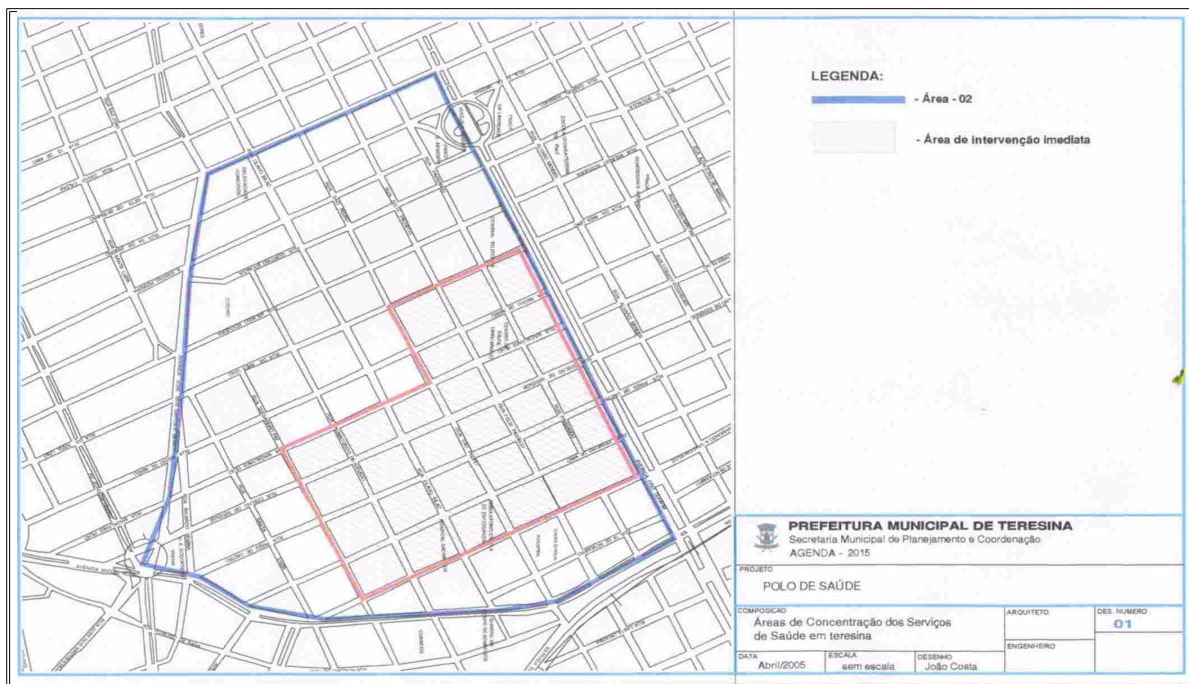


Figura 2 – Área de Intervenção Imediata.  
Fonte: Prefeitura Municipal de Teresina – PMT.

O Pólo de Saúde contém uma vasta quantidade de prestadores de serviços; tem também uma desigualdade quantitativa dos estabelecimentos, inclusive das pensões. Essa quantidade de estabelecimentos sofreu certa evolução, ao longo de uma temporalidade (1999 a 2003), fruto de uma valorização dos serviços médicos e terapêuticos, com vistas à manutenção do corpo saudável ou da reconstituição da saúde. Outro fato que pode explicar esse crescimento é a demanda progressiva, fazendo com que o capital privado invista no aumento de consultórios, clínicas, laboratórios, uma vez que o diagnóstico preciso hoje perpassa pela realização de exames mais específicos e com tecnologia mais avançada. Esses números podem ser evidenciados na Tabela 1.

Tabela 1 – Evolução dos Estabelecimentos de Saúde em Teresina-PI e no Nordeste, no período de 1999 a 2003.

Serviços de saúde	1999		2000		2001		2002		2003	
	Nº Abs	%	Nº Abs	%	Nº Abs	%	Nº Abs	%	Nº Abs	%
Atividades de Atendimento	56	7,9	63	7,7	71	8,2	67	7,2	71	7,4
Atividades de Atendimento a urgências e emergências	12	1,8	12	1,5	12	1,4	12	1,3	10	1,0
Atividades de atenção ambulatorial	104	14,6	174	21,3	255	29,4	290	31,1	312	32,7
Atividade de serviços de complementação diagnóstica ou terapêutica	101	14,2	124	15,2	120	13,8	137	14,7	146	15,3
Atividades de outros profissionais da área de saúde	278	39,2	294	35,9	245	28,2	265	28,4	269	28,2
Outras atividades relacionadas com atenção à saúde	158	22,3	151	18,5	165	19,0	161	17,3	147	15,4
<b>Total de Teresina</b>	<b>710</b>	<b>100,0</b>	<b>818</b>	<b>100,0</b>	<b>868</b>	<b>100,0</b>	<b>932</b>	<b>100,0</b>	<b>955</b>	<b>100,0</b>
<b>Estabelecimentos no Piauí</b>	<b>1.097</b>	-	<b>1.246</b>	-	<b>1.327</b>	-	<b>1.439</b>	-	<b>1.489</b>	-
<b>Estabelecimentos no Nordeste</b>	<b>20.630</b>	-	<b>22.754</b>	-	<b>24.100</b>	-	<b>25.309</b>	-	<b>26.397</b>	-
<b>Teresina/Piauí</b>	<b>64,7</b>	-	<b>65,7</b>	-	<b>65,4</b>	-	<b>64,8</b>	-	<b>64,1</b>	-
<b>Teresina/Nordeste</b>	<b>3,4</b>	-	<b>3,6</b>	-	<b>3,6</b>	-	<b>3,7</b>	-	<b>3,6</b>	-

FONTE: Base de Dados do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE/RAIS. In: Silva (2006, p. 51).

O complexo de saúde exposto na Tabela 1 evidencia o potencial teresinense e seu papel frente às outras cidades do Estado, uma vez que esta Capital detém 955 estabelecimentos, que representam 64,1% do total estadual, o que faz com que a cidade funcione como um espaço atrativo de pessoas que buscam tratamento médico, pois a observação no período evidencia o crescimento constante do número de estabelecimentos, demonstrando que os investimentos e os atendimentos mantêm uma continuidade.

A referida tabela mostra que as atividades de maior participação no ano de 2003 foram a atenção ambulatorial, com 32,7% do total dos estabelecimentos, seguindo-se outros profissionais e serviços de complementação diagnóstica e terapêutica, respondendo com 28,2% e 15,3% respectivamente. Outro ponto interessante é que o percentual dos estabelecimentos de saúde teresinense, em relação ao Estado, decresceu em 0,7% de 2002 para 2003, mostrando o avanço da municipalização da saúde, porém de forma ainda muito lenta.

Essas ligações entre a atenção ambulatorial e os serviços de diagnósticos e terapêuticos mostram a existência de uma rede, que se complementa, na qual a existência de um ator ajuda a manter o outro. Em outras palavras, o atendimento médico é seguido da prescrição de exames, os quais são realizados em laboratórios e clínicas especializadas, possibilitando um diagnóstico mais preciso, funcionando, também, como mantenedor de toda a complexidade de serviços que caracterizam a área em particular.



A Tabela 2 busca evidenciar o crescimento relativo dos estabelecimentos em relação aos setores, tentando mostrar a expansão do pólo.

Tabela 2 – Taxa de crescimento dos estabelecimentos de Saúde em Teresina-PI e no Nordeste, no período de 1999 a 2003.

<b>Serviços de Teresina</b>	<b>1999/2000</b>	<b>1999/2001</b>	<b>1999/2002</b>	<b>1999/2003</b>
Atividades de Atendimento	12,50	26,79	19,64	26,79
Atividades de Atendimento a urgências e emergências	-7,69	-7,69	-7,69	-23,08
Atividades de atenção ambulatorial	67,31	145,19	178,85	200,00
Atividade de serviços de complementação diagnóstica ou terapêutica	22,77	18,81	35,64	44,55
Atividades de outros profissionais da área de saúde	5,76	-11,87	-4,68	-3,24
Outras atividades relacionadas com atenção à saúde	-4,43	4,43	1,90	-6,96
<b>Total de Teresina</b>	<b>15,21</b>	<b>22,25</b>	<b>31,27</b>	<b>34,51</b>
<b>Estabelecimentos no Piauí</b>	<b>13,58</b>	<b>20,97</b>	<b>31,18</b>	<b>35,73</b>
<b>Estabelecimentos no Nordeste</b>	<b>10,30</b>	<b>16,82</b>	<b>22,68</b>	<b>27,95</b>

FONTE: Base de Dados do Ministério do trabalho e Emprego – TEM/RAIS In: Silva, 2006, p. 52.

Os dados da Tabela 2 mostram que as atividades com maior crescimento relativo no período analisado foram: as atividades de atenção ambulatorial e a de complementação diagnóstica e terapêutica, com 132,69% e 21,78%, respectivamente, seguindo uma tendência estadual e regional. Ressalte-se que uma das prováveis causas desse maior crescimento esteja calcada no fato de que as pessoas buscam, no contexto atual, precaver-se contra determinadas doenças, tentando descobri-las antes de entrarem em estado mais avançado. Além disso, o setor médico teresinense, primando pela busca incessante de maior precisão nos resultados, busca, na realização de exames, maior quantidade de informações, fomentando assim a multiplicação de clínicas especializadas nesse elemento constitutivo do setor saúde, trazendo a incorporação de equipamento de alta resolução.

No que tange ao crescimento do número de estabelecimentos de Teresina em relação às outras capitais nordestinas, constata-se que a capital piauiense deteve o maior percentual, 19,30%, ficando à frente de uma das capitais que fazem concorrência na prestação de serviços de saúde, Recife, que obteve um crescimento de 5,02%, conforme se pode observar na Tabela 3. Esses dados mostram que o setor está em franca expansão, requerendo, quiçá, um incremento por parte do poder público na elaboração e implementação de políticas públicas que visem manter a continuidade crescente dos serviços ligados à saúde em Teresina.

Tabela 3 – Taxa de crescimento dos estabelecimentos no setor Saúde nas capitais do Nordeste, no período de 1999 a 2003.

Capitais	1999/2000	1999/2001	1999/2002	1999/2003
São Luiz – MA	13,94	21,41	22,41	31,03
<b>Teresina – PI</b>	<b>15,21</b>	<b>22,25</b>	<b>31,27</b>	<b>34,51</b>
Fortaleza – CE	8,31	12,82	18,65	22,40
Natal – RN	13,40	14,23	22,06	29,48
João Pessoa – PB	15,46	22,95	28,42	34,24
Recife – PE	10,13	13,17	15,99	15,15
Maceió –AL	16,31	15,18	17,73	22,70
Aracaju – SE	12,39	11,50	15,93	23,39
Salvador - BA	8,52	13,35	16,92	20,58
<b>Total</b>	<b>10,99</b>	<b>14,88</b>	<b>19,32</b>	<b>23,18</b>

FONTE: Base de Dados do Ministério do trabalho e Emprego – MTE/RAIS, 2003. In: Silva (2006, p. 53).

Esse crescimento da oferta de estabelecimentos voltados para a prestação de serviços médicos em Teresina faz com que a cidade ofereça uma quantidade acima dos parâmetros dos equipamentos voltados à prestação de exames, conforme se pode visualizar na Tabela 4.

Tabela 4 – Indicador de equipamentos hospitalares por população residente em Teresina, em 2005.

Tipo de Equipamento	Parâmetro	Teresina
Mamógrafo	1/240 mil hab.	7/240 mil hab.
Tomógrafo computadorizado*	1/110 mil hab.	1,95/110 mil hab.
Ressonância magnética**	1/500 mil hab.	1,54/500 mil hab.

FONTE: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/CNES. In: Silva (2006, p. 60).

\* A quantidade é acrescida de mais um para cada 1.500 leitos de internação.

\*\* A quantidade é acrescida de mais um para cada 1.500 leitos de internação em hospital de atenção terciária.

A Tabela 4 demonstra que a quantidade de equipamentos está acima do exigido pelos parâmetros do Ministério da Saúde (MS), o que faz com que a cidade esteja preparada para atender demandas provindas de outras áreas, seja do Interior do Estado seja de áreas fora da conformação territorial estadual. Só a título de exemplo, veja-se a quantidade de mamógrafos, constituindo-se em sete vezes maior que o parâmetro do MS.

Por outro lado, os dados explicitam que o setor de saúde de Teresina vem buscando sua modernização, o que também é consubstanciado pelos dados da Tabela 5 a seguir.

Tabela 5 – Principais equipamentos utilizados no Pólo de Saúde de Teresina em 2005.

Tipos de equipamentos	Equipamentos		% equipamentos da rede privada
	Absoluto	%	
Diagnóstico por imagem	366	14,34	80,60
Gama Câmara	3	0,12	100,00
Mamografia com comando simples	15	0,59	66,67
Mamógrafo com estereotaxia	8	0,31	87,50
Raios-X até 100mA	23	0,90	60,87
Raios-X de 100 a 500mA	53	2,08	66,04
Raios-X mais de 500mA	18	0,71	88,89
Raios-X dentários	95	3,72	83,17
Raios-X com fluoroscopia	9	0,35	66,67
Raios-X para densitometria	9	0,35	100,00
Raios-X para hemodinâmica	6	0,24	100,00
Tomógrafo computadorizado	14	0,55	100,00
Ressonância Magnética	4	0,16	100,00
Ultra Doppler colorido	41	1,61	90,24
Ultra-som ecógrafo	66	2,59	80,30
Ultra-som convencional	2	0,08	100,00
Equipamento Método óptico	144	5,64	88,89
Endoscópio das vias respiratórias	10	0,39	80,00
Endoscópio das vias urinárias	14	0,55	92,89
Endoscópio digestivo	32	1,25	87,50
Equipamentos para optometria	32	1,25	93,75
Laparoscopia/vídeo	16	0,63	81,25
Microscópio cirúrgico	40	1,57	90,00
Outro tipo	96	3,76	100,00
Equipamentos para hemodiálise	96	3,76	100,00
Diversos	1.946	76,25	-
<b>TOTAL DE EQUIPAMENTOS</b>	<b>2.552</b>	<b>100,00</b>	<b>-</b>

FONTE: Cadastro Nacional de Entidades de Saúde/CNES. In: Silva (2006, p. 60-61).

A Tabela 5 traz a distribuição dos equipamentos de última geração, como Doppler, ressonância magnética e outros, mostrando que a maioria desses instrumentos concentra-se na rede privada de assistência à saúde. Esses dados evidenciam que os estabelecimentos privados vêm buscando sua modernização de forma constante.

Essa modernização põe em evidência a necessidade de os serviços presentes na área atualizarem-se, buscando novas tecnologias, as quais, em muitos casos, encontram-se fora dos limites territoriais brasileiros, trazendo uma faceta que a globalização possibilita, ou seja, Teresina (PI) conectada com países que exportam tecnologia avançada em relação a parceiros que realizam exames de alta resolução e precisão diagnóstica.

É interessante observar também que o Pólo mantém uma rede de conexões com os grandes centros de alta tecnologia na área de Saúde. Isto é posto por considerar que a utilização desses equipamentos requer pessoas capacitadas, trazendo a necessidade de treinamento, provavelmente fora da circunscrição estadual, do pessoal designado para tais funções. Por outro lado, a concentração na rede privada mostra que esse elemento do mercado está mais integrado às redes internacionais de pesquisas e lançamentos de equipamentos novos que visam maior precisão na identificação dos problemas de saúde via exames.

São esses atributos tecnológicos e de qualificação de recursos humanos que faz com Teresina atraia pessoas que buscam tratamentos médicos, seja do Interior do Estado ou de outras unidades da federação, influenciando assim no capital despendido para o atendimento dessas pessoas, conforme pode aferir na Tabela 6.

Tabela 6 – Internações e valores pagos em Teresina, por procedência dos pacientes em 2004.

Procedência	Número de internações		Valores pagos (R\$)	
	absoluto	%	Absoluto	%
<b>Teresina</b>	<b>55.678</b>	<b>61,31</b>	<b>25.114.110,59</b>	<b>46,85</b>
<b>Maranhão</b>	<b>14.936</b>	<b>16,45</b>	<b>12.089.585,97</b>	<b>22,55</b>
Interior do PI	18.940	20,86	14.499.585,97	27,05
Amapá	24	0,03	59.291,99	0,11
Pará	887	0,98	1.099.099,20	2,05
Tocantins	74	0,08	97.565,12	0,18
Outros estados	274	0,30	650.891,90	1,21
<b>Total</b>	<b>90.813</b>	<b>100,00</b>	<b>53.609.548,55</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Fundação Municipal de Saúde de Teresina. In: Silva (2006, p. 63).

Os dados da Tabela 6 permitem inferir acerca do dimensionamento que os serviços de saúde presentes no Pólo exercem, uma vez que atrai pessoas de outros Estados como, por exemplo, Amapá, Pará e outros. Além disso, é possível perceber quanto o Maranhão demanda pela saúde teresinense, representando 22,55% do total de internações registradas no período; acrescentando-se a isso a procura por serviços de consultas.

Os maranhenses têm uma representatividade significativa no número de internações, especialmente nas áreas de média e alta complexidade, conforme se pode ver na Tabela 7.

Tabela 7 – Origem dos pacientes internados em média e alta complexidade em 2004.

Procedência	Média complexidade		Alta complexidade		Total
	Valor	%	Valor	%	
Teresina	17.162.400,14	41,98	3.195.930,48	32,43	20.358.330,62
Interior do Piauí	12.031.655,53	29,43	4.861.421,31	49,33	16.893.076,84
Maranhão	10.127.195,71	24,77	1.629.323,82	16,53	11.756.519,53
Outros Estados	1.558.180,55	3,81	169.183,71	1,72	1.727.364,26
<b>Total</b>	<b>40.879.431,93</b>	<b>100,00</b>	<b>9.855.859,32</b>	<b>100,00</b>	<b>50.735.291,25</b>

FONTE: Fundação Municipal de Saúde. In: Silva (2006, p. 64).

Os dados da Tabela 6 colocam o Estado do Maranhão como um dos grandes consumidores dos serviços de média e alta complexidade de saúde teresinenses, respondendo por 24,77% e 16,53% respectivamente. Esse fato põe em discussão o direcionamento dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista que esses serviços supracitados, em sua grande maioria, ficam sob a responsabilidade, de pronto atendimento, do Estado, através do SUS. Deste modo, com base nos dados pesquisados, geram a diminuição dos recursos financeiros que são repassados para o atendimento das pessoas da circunscrição municipal, acarretando, portanto, a necessidade de racionalização destes recursos em razão de sua escassez. Convém salientar que a complexidade das atividades que se desenvolvem no Pólo de Saúde tem gerado uma gama de empregos que tendem a crescer, caso seja adotada uma política de incentivos e ajuda aos negócios empreendidos na área. Para se ter uma idéia dos empregos gerados, veja-se a Tabela 8.

Tabela 8 – Emprego no Pólo de Saúde de Teresina-PI e no Nordeste no período de 1999 a 2003.

Serviços Teresina/Piauí/Nordeste	1999		2000		2001		2002		2003	
	N.º Abs.	%	N.º Abs.	%	N.º Abs.	%	N.º Abs.	%	N.º Abs.	%
Atividades de Atendimento Hospitalar	1.742	51,4	1.692	48,6	1.742	48,4	1.745	46,6	1.617	44,4
Atividades de Atendimento a urgências e emergências	215	6,3	196	5,6	242	6,7	248	6,6	243	6,7
Atividades de atenção ambulatorial	240	7,1	341	9,8	377	10,5	360	9,6	393	10,8
Atividade de serviços de complementação diagnóstica ou terapêutica	594	17,5	699	20,1	700	19,5	812	21,7	838	23,0
Atividades de outros profissionais da área de saúde	383	11,3	360	10,3	295	8,2	311	8,3	306	8,4
Outras atividades relacionadas com atenção à saúde	215	6,3	193	5,5	241	6,7	268	7,2	244	6,7
<b>Total de Teresina</b>	<b>3.389</b>	<b>100</b>	<b>3.481</b>	<b>100</b>	<b>3.597</b>	<b>100</b>	<b>3.744</b>	<b>100</b>	<b>3.641</b>	<b>100</b>
Empregos no setor no Piauí	4.623	-	4.880	-	5.115	-	5.357	-	5.273	-
Empregos no setor no Nordeste	145.438	-	140.564	-	151.069	-	157.897	-	163.685	-
Teresina/Piauí	73,3	-	71,3	-	70,3	-	69,9	-	69,0	-
Teresina/Nordeste	2,3	-	2,5	-	2,4	-	2,4	-	2,2	-

FONTE: Base de Dados do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE/RAIS, 2003. In: Silva (2006, p. 66).

Na Tabela 8 estão expostos os serviços de atendimento hospitalar e as atividades de complementação diagnóstica e terapêutica como as maiores responsáveis pelos empregos gerados no Pólo, respondendo em 2003 por seus valores percentuais, respectivamente, 44,4% e 23,0%. Outro ponto a ser destacado refere-se aos serviços oferecidos pelas atividades complementares aos serviços de saúde, neles incluindo as pensões, pois as mesmas não são contabilizadas nas estatísticas, requerendo, portanto, maior investigação, para que se tenha a idéia da dimensão do quão importante é o elemento desse Pólo de Saúde.

Os empregos gerados pelo Pólo dividem-se em várias ocupações, supridas por profissionais das mais variadas formações, conforme apresenta a Tabela 9.

Tabela 9 – Ocupações do Pólo de Saúde de Teresina-PI, em 2005.

Ocupações	Número de profissionais	
	Absoluto	%
Farmacologista	2	0,02
Físico Nuclear	2	0,02
Biomédico	6	0,07
Fonoaudiólogo	13	0,14
Operador de raio X	20	0,22
Psicólogo em geral	38	0,41
Técnico em radiologia	48	0,52
Auxiliar de análises clínicas	49	0,53
Farmacêutico em geral	50	0,55
Fisioterapeuta	66	0,72
Assistente social em geral	78	0,85
Bioquímico	84	0,92
Nutricionista em geral	100	1,09
Técnico em geral	125	1,36
Socorrista habilitado	135	1,47
Atendente de enfermagem	169	1,84
Cirurgião-dentista	415	4,52
Administrativo	490	5,34
Enfermeiro	525	5,72
Técnico de enfermagem	683	7,45
Auxiliar de enfermagem	1.212	13,21
Médico	2.276	24,81
<b>Outros</b>	<b>2.586</b>	<b>28,19</b>
<b>Total</b>	<b>9.172</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Cadastro Nacional de Entidades de Saúde/CNES. In: Silva (2006, p. 72).

A Tabela 9 expõe que há 9.172 profissionais cadastrados, trazendo como maior quantidade os médicos, que representam 24,81% do pessoal ocupado. Esse dado põe Teresina,

através de seu Pólo de Saúde, como um espaço de potencial positivo para aumentar seu número de atendimentos, pois:

Considerando o parâmetro do Ministério da Saúde, que estabelece 01 médico para cada grupo de mil pessoas, a cidade dispõe de 2,89 profissionais, superior ao índice do Brasil (2,67), do Nordeste (1,30) e do Piauí (1,44), o que expressa que o Pólo de Saúde está super dimensionado para o atendimento apenas da população residente, ou seja, sua influência extrapola as fronteiras da capital. Ademais, salienta-se que, se o mercado de trabalho está em crescimento e dimensionado acima das necessidades da população de Teresina, significa que os estabelecimentos de saúde estão gerando externalidades positivas (SILVA, 2006, p. 72).

Silva (2006) expõe em seu trabalho que o Pólo de Saúde é um *cluster* emergente. Em sua abordagem, a autora lança mão do conceito de Amorim (1998), para conceituar *cluster* como sendo uma aglomeração e atuação articulada de pequenas empresas, com entrosamento que funciona como uma das melhores vias de desenvolvimento local (SILVA, 2006). A explicitação dessa autora nos coloca frente à construção de uma rede de serviços que se está consolidando, porém, como um *cluster* emergente; ou seja, ainda falta densificar as atividades, fazendo com que haja maior complementaridade em diversas áreas, e nós presentes, nessa rede de saúde, presente no espaço, chamada de pólo.

Na perspectiva de busca por um desenvolvimento local, urge a necessidade de adoção de políticas públicas que visem tal empreendimento, uma vez que se observa:

O Pólo de Saúde de Teresina ao mesmo tempo em que amplia o setor de serviços modernos da economia absorvedoras de tecnologia de ponta, é composto por pequenas empresas modernas e tradicionais, que necessitam para o seu crescimento e fortalecimento, de uma integração horizontal e vertical permanente em busca da consolidação dos interesses coletivos (SILVA, 2006, p. 30).

Ao classificar o *cluster*, Silva (2006) utiliza-se de expressões como *elo principal e elos complementares*, sendo que neste último inserem-se as pensões. Para que tenhamos uma idéia da quantidade de estabelecimento por elos, vejamos a Tabela 10.

Tabela 10 – Número de estabelecimentos do *cluster* no período de 1999 a 2003.

Atividade	1999		2000		2001		2002		2003	
	N.º Abs.	%	N.º Abs.	%	N.º Abs.	%	N.º Abs.	%	N.º Abs.	%
<b>Elo Principal</b>	710	44,26	818	46,90	868	46,54	932	47,19	955	48,09
<b>elo complementar</b>	894	55,74	926	53,10	997	53,46	1.043	52,81	1.031	51,91
Indústria	11	0,69	12	0,69	18	0,97	13	0,66	11	0,55
Produtos farmacêuticos	2	0,12	2	0,11	4	0,21	3	0,15	2	0,12
Medicamentos para uso humano	4	0,25	3	0,17	4	0,21	2	0,10	3	0,17
Aparelhos e instrumentos para uso médico hospitalar	5	0,31	7	0,40	10	0,54	8	0,41	5	0,26
<b>Comércio</b>	728	45,39	768	44,04	814	43,65	867	43,90	871	43,86
Atacadistas de produtos farmacêuticos, médicos e ortopédicos	60	3,74	61	3,50	70	3,75	84	4,25	78	3,93
Varejista de produtos farmacêuticos, artigo médicos e ortopédicos	668	41,65	707	40,54	744	39,89	783	39,65	793	39,93
<b>Serviços</b>	<b>94</b>	<b>5,86</b>	<b>101</b>	<b>5,79</b>	<b>107</b>	<b>5,74</b>	<b>96</b>	<b>4,86</b>	<b>102</b>	<b>5,14</b>
<b>Hotelaria</b>	<b>94</b>	<b>5,86</b>	<b>101</b>	<b>5,79</b>	<b>107</b>	<b>5,74</b>	<b>96</b>	<b>4,86</b>	<b>101</b>	<b>5,09</b>
Manutenção e reparação de equipamentos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,05
<b>Financiadora da saúde suplementar</b>	33	2,06	26	1,49	34	1,82	34	1,72	31	1,56
Educação	28	1,75	19	1,09	24	1,29	33	1,67	17	0,86
<b>Total</b>	<b>1.604</b>	<b>100,00</b>	<b>1.744</b>	<b>100,00</b>	<b>1.865</b>	<b>100,00</b>	<b>1.975</b>	<b>100,00</b>	<b>1.986</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Base de Dados do Ministério do trabalho e Emprego – MTE/RAIS, 2003. In: Silva (2006, p. 75-76).

Os dados da Tabela 10 permitem observar que os estabelecimentos têm tido um aumento crescente de 1999 a 2003, e o ramo de hotelaria está incluso como um dos constituintes do *cluster*. Porém, conforme ressaltado por Silva (2006), as pensões não entram em sua totalidade nesses números, o que requer que se enfatize a necessidade de um estudo mais profundo de seu papel frente à manutenção e divulgação dos serviços de saúde contidos no Pólo de Saúde.

Isso é posto por considerar que esse espaço gera uma gama de empregos, os quais podem ser visualizados em sua distribuição por atividades conforme Tabela 11 a seguir.



Tabela 11 – Emprego gerado no *Cluster*, no período de 1999 a 2003.

Atividades	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
<b>Elo Principal</b>	3.389	47,33	3.481	46,43	3.597	43,97	3.744	41,66	3.641	45,57
<b>Elo complementar</b>	3.771	52,67	4.017	53,57	4.583	56,03	5.243	58,34	4.349	54,43
Indústria	127	1,77	158	2,11	167	2,04	115	1,28	149	1,86
Fabricação de Produtos farmacêuticos	76	1,06	88	1,17	97	1,19	47	0,52	80	1,00
Fabricação de Medicamentos para uso humano	13	0,18	25	0,33	29	0,35	19	0,21	27	0,34
Fabricação de Aparelhos e instrumentos para uso médico hospitalar	38	0,53	45	0,60	41	0,50	49	0,55	42	0,53
<b>Comércio</b>	1.332	18,60	1.465	19,54	1.599	19,55	1.716	19,09	1.768	22,13
Comércio atacadistas de produtos farmacêuticos, médicos e ortopédicos	335	4,68	345	4,60	417	5,10	393	4,37	367	4,59
Comércio Varejista de produtos farmacêuticos, artigo médicos e ortopédicos	997	13,92	1.120	14,94	1.182	14,45	1.323	14,72	1.401	17,53
<b>Serviços/Hotelaria</b>	888	12,40	835	11,41	1.122	13,72	1.180	13,13	1.208	15,12
<b>Financiadora da saúde suplementar</b>	256	3,58	294	3,92	307	3,75	317	3,53	319	3,99
Educação	1.168	16,31	1.265	16,87	1.388	16,97	1.915	21,31	905	11,33
<b>Total</b>	<b>7.160</b>	<b>100</b>	<b>7.498</b>	<b>100</b>	<b>8.180</b>	<b>100</b>	<b>8.987</b>	<b>100</b>	<b>7.990</b>	<b>100</b>

FONTE: Base de Dados do Ministério do trabalho e Emprego – MTE/RAIS, 2003. In: Silva (2006, p. 80).

A análise da Tabela 11 permite afirmar que a quantidade de empregos gerados no Pólo é de uma dimensão significativa no contexto da economia teresinense. No caso específico dos serviços de hotelaria, observa-se uma crescente evolução de 1999 a 2003, evidenciando esse ramo de atividade como uma das ferramentas de geração de emprego e renda. Porém, ressalta-se que a amplitude da quantidade de empregos provavelmente não corresponda à realidade vivenciada, pois acreditamos que o número de empregos gerados é bem maior.

Essa crença apóia-se no fato de que muitas hospedarias, em especial as pensões, ainda vivem na informalidade, não quantificando seus empregos gerados. Por outro lado, muitas dessas pensões trabalham com a mão-de-obra familiar, o que, mesmo tornando-se repetitivo, traz a necessidade de se estudar tal elemento do Pólo de Saúde de Teresina. Nessa ambiência de empregos gerados, tem-se que o ramo de hospedagem vem crescendo ao longo da temporalidade (1999 – 2003), fato este posto em relevo na Tabela 12 subsequente.

Tabela 12 – Emprego relativo do *Cluster*, no período de 1999 a 2003.

<b>Atividades</b>	<b>1999/2000</b>	<b>1999/2001</b>	<b>1999/2002</b>	<b>1999/2003</b>
<b>Elo Principal</b>	2,71	6,14	10,48	7,44
<b>elo complementar</b>	6,52	21,53,	39,03	15,33
Indústria	24,41	31,50	-9,45	17,32
Fabricação de Produtos farmoquímicos	15,79	27,63	-38,16	5,26
Fabricação de Medicamentos para uso humano	92,31	123,08	46,15	107,69
Fabricação de Aparelhos e instrumentos para uso médico-hospitalares.	18,42	7,89	28,95	10,53
<b>Comércio</b>	9,98	20,05	28,83	32,73
Comércio atacadista de produtos farmacêuticos, médicos e ortopédicos	2,99	24,48	17,31	9,55
Comércio Varejista de produtos farmacêuticos, artigo médicos e ortopédicos	12,34	18,56	32,70	40,52
<b>Serviços/Hotelaria</b>	-5,97	26,35	32,88	24,61
<b>Financiadora da saúde suplementar</b>	14,84	19,92	23,83	24,61
Educação	8,30	18,84	63,96	-22,52

FONTE: Base de Dados do Ministério do trabalho e Emprego – MTE/RAIS, 2003. In: Silva (2006, p. 81).

A importância do Pólo de Saúde para o desenvolvimento econômico da cidade é algo que precisa ser encarado de forma mais consistente pelo poder público, seja municipal ou estadual. Desta forma, em 2001 foi formulada a construção da Agenda 2015 de Teresina em consonância com o cenário nacional em que foi formulada a Agenda 21 Nacional, e exigido dos entes federativos que construíssem as suas. Estas agendas buscaram caracterizar a realidade vivenciada e traçar os objetivos a serem alcançados em uma temporalidade definida. Partindo desse contexto, a Prefeitura Municipal de Teresina buscou sua carta-proposta; documento este, intitulado Agenda 2015, que buscou trazer uma visão de quais as políticas públicas que podem ser implementadas para a melhoria da cidade.

Logo, o Pólo de Saúde também se faz presente na formulação da Agenda, a qual traz algumas políticas públicas que deverão ser executadas para a melhoria dos serviços prestados naquele espaço em que predominam as atividades ligadas à saúde. A busca de políticas públicas para a área partiu de uma caracterização do Pólo, especialmente da quantidade de estabelecimentos presentes em sua área. Nesse sentido, expomos a Tabela 13, a seguir, para que possamos compreender a dimensão numérica dos estabelecimentos. Ressalte-se que a Tabela 1 já trabalhou o número de estabelecimentos, mas aqui insistimos porque a referida configuração numérica traz a quantidade das pensões, objeto do presente estudo.

Tabela 13 – Estabelecimentos do Pólo de Saúde de Teresina.

Discriminação	ESTABELECEMENTOS						Total
	Subárea 1		Subárea 2		Subárea 3		
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Hospitais	1	15,5	5	62,5	2	25	8
Clínicas	14	7,7	163	90	4	2,21	181
Consultórios	36	21,18	133	78,24	1	0,59	170
Laboratórios	3	11,11	24	88,89	0	0	27
Banco de Sangue	0	0	1	100	0	0	1
Ambulatório	0	0	1	100	0	0	1
Com. de Mat. e Equip. Méd/Hospitalar	2	40	3	60	0	0	5
Escolas de Medicina	0	0	2	100	0	0	2
Comércios de Medicamentos	15	24,6	39	63,93	7	11,48	61
Adm. de Planos de Saúde	2	33,33	4	66,67	0	0	6
<b>Pensões/Hotéis</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>28</b>	<b>75,68</b>	<b>9</b>	<b>24,32</b>	<b>37</b>
Comércios de Alimentos	23	17,56	106	82,44	0	0	131
Maternidades	1	50	–	0	1	60	2
Unidade de Ass. Social aos Pacientes	0	0	1	100	0	0	1
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>0</b>	<b>510</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>633</b>

Fonte: Adaptado de SINDHOSPI/SEMPAN. In: Agenda 2015 (2002, p. 19).

### 3.2 AGENDA 2015: TAREFAS A CUMPRIR FRENTE AO PÓLO DE SAÚDE

As políticas públicas pensadas pelo poder público municipal estão discorridas no documento intitulado “Teresina Agenda 2015”, sendo uma produção sobre a qual pesam várias críticas, mas que constitui um documento oficial da Prefeitura Municipal de Teresina. Este documento foi produzido em um contexto mundial e nacional evidenciado no final do século XX e início do XXI, que trouxe à tona a necessidade de as cidades repensarem sua organização e suas políticas públicas no que tange ao âmbito econômico, político, social, ambiental e cultural. Teresina inseriu-se nessa ambiência, propondo e formulando a construção de sua Agenda norteadora das ações do poder público.

Ressalte-se, porém que essa proposta não foi a primeira a ser empreitada pela capital piauiense, uma vez que:

Em Teresina, a questão do planejamento urbano, intensificou-se em tentativas de disciplinamento urbano ao final da década de 1960 quando foi elaborado, sem muito efeito prático, o Plano Diretor Local Integrado (PDLI). Em 1977, foi elaborado o I Plano Estrutural de Teresina (I PET), que objetivou fazer um zoneamento da cidade, não tendo, também obtido resultados concretos. Em 1983, foi elaborado o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano com o apoio do Instituto Nacional de Administração para o Desenvolvimento (INAD) e a Fundação Joaquim Nabuco, sendo que o documento foi arquivado sem maiores explicações pelo poder público. Em 1988, o poder público elaborou o II Plano Estrutural de Teresina (II PET) que foi reformulado em 1992 através das Leis que definem a ocupação do solo urbano, o uso do solo urbano e o código de obras e edificações (FAÇANHA, 2003, p. 1).

Em sua concepção, Façanha (2003) põe em relevo a silenciosidade temporal (1988 – 2001) da Prefeitura Municipal de Teresina (PMT), na formulação de um plano ordenador da organização espacial cidadina, implicando na dificuldade de compreensão e análise das ações e políticas do poder público ao longo desse período.

O projeto de construção da Agenda 2015 começou a ser formulado com a realização do congresso da cidade (agosto de 2001) e foi concluída em agosto de 2002, tendo como horizonte a ser planejado a temporalidade de 13 anos a partir desta data. As etapas desse processo construtivo partiram da realização do Congresso da Cidade, no qual se definiram os estudos temáticos, a elaboração do documento da Teresina que temos (diagnóstico), a Teresina que queremos (Cenário e Visão), o que fazer para construir esta Teresina (estratégias e projetos), outro congresso da Cidade (Apresentação do documento final), e, por fim, a Implementação e Acompanhamento da execução dos projetos, conforme o organograma a seguir.

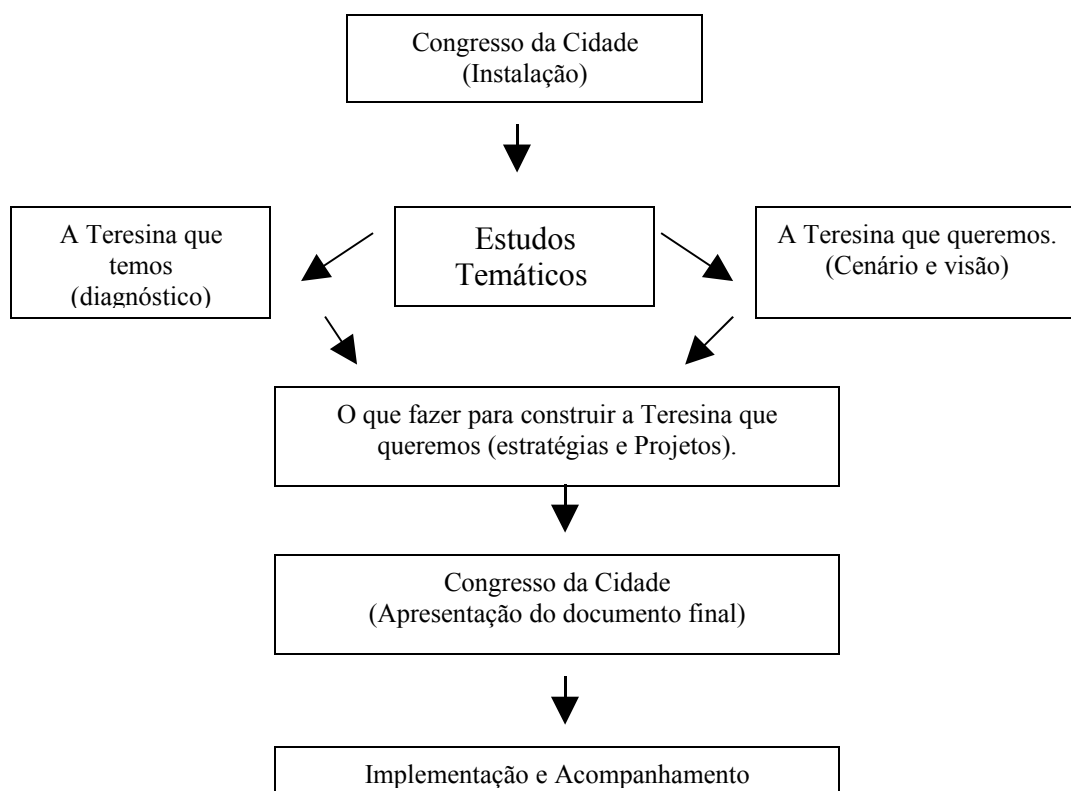


Figura 3 – Organograma: Implementação e acompanhamento da execução dos projetos.  
Fonte: Agenda 2015 (2002, p. 12) [adaptado].

O intuito do plano estratégico foi o de identificar as potencialidades, as perspectivas atuais e a vocação da cidade, o que trouxe à tona o estudo de 16 (dezesesseis) campos temáticos; quais sejam: revitalização do Centro, meio ambiente, trabalho e inclusão social,

saúde, habitação, energia e comunicações, educação, assistência social, segurança, Teresina e seu espaço, saneamento, esporte e lazer, desenvolvimento econômico, desenvolvimento rural, cultura e transporte, trânsito e sistema viário.

Acerca da Agenda 2015, a leitura de Affonso (2002) esclarece que o plano é adaptado, através da integração horizontal e da vertical entre os atores sociais, o qual utiliza a análise SWOT com foco na ação, e que as medidas propostas são executáveis. Porém, a nosso ver, essa explicitação requer uma criticidade mais ácida, uma vez que a centralidade na idéia mercadológica da cidade está bastante valorizada no documento, deixando o olhar social em segundo plano. Daí compreendermos que o enfoque central na competitividade e nas vantagens dos mercados, trazidas do modelo de administração estratégica, sustentadas nas palavras – (S)trengths = Pontos Fortes; (W)eaknesses = Pontos Fracos; (O)portunities = Oportunidades e (T)heaths = Ameaças – deva ser mais discutido (FAÇANHA, 2003).

O plano estratégico, pautado na análise SWOT, realizou os estudos temáticos visualizando o cenário inercial – prospecção acerca do futuro cidadão teresinense sem as intervenções necessárias e desejáveis; e Cenário Desejável – idealização sobre o futuro, refletindo o ideal de cidade que se quer e sonha para Teresina.

Todo esse elaborar contou com uma estrutura operacional formada por um Conselho estratégico, o qual foi composto por representantes da sociedade civil e outros quatro grupos, quais sejam: o Consultivo, a Coordenação, os Especialistas e os Patrocinadores (AGENDA 2015). Esse Conselho estratégico e outros pontos são tidos como positivos por Affonso (2002) ao afirmar que a Agenda 2015 é também uma agenda 21 local, a qual observa todos os critérios de sustentabilidade.

As palavras do supracitado autor trazem a idéia de que a Agenda 2015 teve um processo participativo intenso e bastante frutífero, algo que é passível de algumas críticas. Isto é dito uma vez que essa participação não foi tão intensa, fato comprovado pelo silêncio na cidade entre uma reunião e outra. Essa participação de forma não empoderante é também ressaltada por considerar que o processo foi conduzido de forma a restringir a participação, pois não ouviu todos os setores interessados da sociedade, uma vez que não acatou sugestões, trazendo a participação apenas como legitimadora e homologadora das intenções previamente “discutidas” (FAÇANHA, 2003).

Dessa forma, a “participação não empoderante”, ou seja, os atores que participaram da formulação, em muitos casos, apenas endossaram o que foi elaborado por equipes sem nenhuma criticidade, facilitaram a construção de um consenso político e social no que diz respeito aos programas e projetos discutidos na Agenda. Além disso, o Conselho Estratégico

ocorreu de forma equivocada, tendo em vista que sua composição incluía qualquer pessoa que assistisse a algum evento (congresso ou seminário temático), sem terem participado de fato de um grupo temático ou do momento de levantamento dos programas prioritários para a cidade futuro (FAÇANHA, 2003).

A necessidade de criar um empoderamento social no que diz respeito à construção de uma dada política pública requer a criação de mecanismos de construção e avaliação dessa política por parte da sociedade, fato não claro na Agenda 2015. Essa reflexão é posta por considerar que uma política pública envolve mobilização e alocação de recursos, divisão do trabalho, uso de controles, interação entre sujeitos e outras características que são inerentes à política, as quais precisam ser levadas em consideração na formulação de qualquer política (SILVA E SILVA, 2001).

Outra crítica a ser tecida diz respeito ao item contido na Agenda, intitulado “Implementação e acompanhamento”, pois o documento não traz nenhuma discussão ou conceituação teórica; aborda apenas que, na fase de implementação, serão criados grupos de impulso e serão realizadas reuniões anuais para avaliarem a execução dos programas do documento (AGENDA 2015, 2002).

Essa crítica advém do entendimento de que o processo de implementação é algo a ser discutido e a ficar bastante claro em qualquer política pública, particularmente em uma de grande envergadura como é a Agenda 2015, uma vez que esta engloba uma série de campos, como o da saúde, por exemplo, alvo de nossa próxima discussão.

A saúde constituiu um dos 16 campos temáticos da Agenda 2015, por apresentar, ao menos, dois aspectos importantes: 1) Teresina, por ser a maior cidade do Estado e por possuir uma maior quantidade de equipamentos urbanos, ligados aos serviços de saúde, acaba por atrair uma quantidade expressiva de pessoas, seja do Piauí, seja de outros Estados, porém tendo que resolver alguns problemas que ainda persistem, tais como a mortalidade infantil e outros; 2) a capital piauiense dispõe de uma rede médica, seja através da tecnologia que a torna em centro de referência em algumas áreas da Medicina, seja por meio de clínicas e hospitais, especialmente da rede privada, que formam um Pólo de Saúde de grande complexidade, caracterizando na produção de seu espaço urbano.

Esse Pólo de Saúde é analisado na Agenda 2015 como o embrião da formação de um *Cluster* de Saúde, com a tessitura de uma cadeia produtiva e de serviços interligados, trazendo benefícios em termos de redução de custos, melhoria de qualidade, formação de mão-de-obra qualificada, atração de capitais e geração de renda (AGENDA 2015, 2002).

A análise do documento permite afirmar que a ótica em que se centra o olhar da saúde é a econômica, não trazendo uma perspectiva de saúde pública que contemple a oferta de serviços públicos de qualidade, mas vislumbrando os investimentos privados; mostrando assim um entrelaçamento entre o poder público e suas relações para com a (re)produção do capital privado.

Para alicerçar o desenvolvimento do pólo, o poder público municipal elencou alguns desafios a serem superados como: “a gestão deficiente da disposição do lixo hospitalar, [...] limpeza, vigilância sanitária, pavimentação, saneamento, tráfego, transporte coletivo, estacionamento, locomoção de deficientes físicos, policiamento e iluminação, entre outros” (AGENDA 2015, 2002, p. 20).

Nesse sentido, é observável o interesse econômico exacerbado dos formuladores do plano estratégico, não explicitando o retorno social desse desenvolvimento; fato este evidenciado a partir das considerações de que trazem o Pólo de Saúde como uma oportunidade fortíssima para o desenvolvimento econômico, tendo como concorrentes, uma visão estritamente empresarial, as cidades de Imperatriz (MA), Fortaleza (CE) e Recife (PE) (AGENDA 2015, 2002).

Essa matriz econômica em que se centra a Agenda 2015, como no caso da reflexão sobre a Saúde, advém de que a idéia de competitividade norteou as discussões, cabendo às empresas a geração de riquezas e de oportunidades de trabalho, e à sociedade criar uma ambiência que favoreça os empreendimentos (VELOSO FILHO, 2002).

A partir da variável competitividade, os planejadores se imbuíram para projetar o cenário desejável para o Setor Saúde, pensando em especial a área do Pólo de Saúde, expondo como macroobjetivo: – Teresina será um centro de excelência em serviços de Saúde, com *cluster* consolidado e empreendimentos competitivos em toda a cadeia produtiva e de serviços. À luz desse objetivo geral, foram esboçadas duas estratégias; quais sejam: melhorar os serviços de Saúde de Teresina; consolidar o Pólo de Saúde por caracterizar atividade econômica; cluster de saúde (AGENDA 2015, 2002).

Para a consecução desse macroobjetivo, foram traçados quatro programas, dos quais, alguns contêm um conjunto de projetos a serem postos em prática para atingir o objetivo. Esses programas, projetos e objetivos serão expostos em sua íntegra a seguir.

*O Programa 1*, intitulado “Estímulo à melhoria da estrutura física e dos estabelecimentos privados de saúde”, traçou como objetivos: – Conscientizar os empresários da área de Saúde da importância da contínua melhoria da estrutura física e dos equipamentos; estimular o compartilhamento de custos e riscos, por meio de parcerias operacionais, com

vistas à otimização da estrutura física e dos equipamentos, criação de incentivos fiscais para a ampliação da estrutura física e aquisição de equipamentos nacionais e importados; incentivar a oferta de linhas de crédito, por parte das instituições financeira públicas e privadas, com condições especiais; e, por fim, tornar obrigatória a construção de rampas para facilitar o acesso de pacientes e deficientes físicos aos espaços de Saúde (AGENDA 2015, 2002).

*O Programa 2* (Fomento às atividades econômicas do Pólo) foi dividido em dois projetos: O primeiro – estímulo às atividades produtivas – objetiva incentivar a criação e ampliação de fábricas de medicamentos, de materiais médico-hospitalares, de gases medicinais e de alimentos, assim como criar a central de esterilização de materiais e a lavanderia hospitalar. Já no segundo projeto, busca-se instituir um sistema de coleta, tratamento e destinação final dos resíduos hospitalares de acordo com as normas técnicas vigentes (AGENDA 2015, 2002).

*O programa 3* – Melhoria das áreas do Pólo de Saúde – conta com 3 projetos. O inicial, denominado de Modernização e urbanização, apresenta os seguintes objetivos: – construir uma identidade visual para o Pólo de Saúde, colocando portais nas entradas e saídas, melhorando o paisagismo, a sinalização dos logradouros, a iluminação pública e padronizando a identificação das pensões e hotéis; alargar as calçadas; reformular o trânsito e criar alternativas de estacionamento, para facilitar o acesso e o deslocamento dos usuários, priorizando as Ruas Artur de Vasconcelos, Coelho de Rezende e Desembargador Pires de Castro; acrescentar ao Código de Postura do Município de Teresina normas específicas para o Pólo; e, por último, utilizar a estação ferroviária como área de expansão do pólo, sendo denominada de Estação Saúde (AGENDA 2015, 2002).

O segundo projeto, ainda inserido no Programa 3, trata da higienização e da limpeza, o qual objetiva promover a limpeza e conservação da área de modo permanente; e planejar e executar um sistema de saneamento. No terceiro, finalizando o terceiro Programa, nomeiam-se melhorias nos hotéis, pensões e comércio de alimentos (AGENDA 2015, 2002).

Os objetivos traçados constituem-se em orientar e fiscalizar o acondicionamento do lixo produzido por pensões e estabelecimentos que comercializam alimentos; instituir áreas para acomodar quiosques padronizados para os vendedores de alimentos; criar linhas de microcrédito, para melhorias em pensões, hotéis e atividades afins; implementar programas de educação em higiene, administração e primeiros socorros para as pessoas que trabalham nas pensões e hotéis; conscientização quanto à importância da melhoria da estrutura física, com vistas à adequação às necessidades da população demandante; e, finalizando, aperfeiçoar e qualificar o sistema de fiscalização da vigilância sanitária (AGENDA 2015, 2002).



Eventos da Saúde materializam o quarto e último Programa na dimensão Saúde, o qual contém 5 projetos. O *primeiro* denomina-se Marketing Científico da Saúde, objetiva organizar um calendário de eventos médicos e científicos, associados a eventos. Já no *segundo* – Feira de equipamentos médico-hospitalares – intenta-se realizar feira anual de equipamentos médico-hospitalares. O *terceiro* (Novo centro de convenções) almeja incentivar a construção de um novo centro de convenções com maior capacidade. O *quarto*, denominado de *Revista Teresina Saúde*, traz à tona a criação de uma revista semestral, com o objetivo de divulgar as potencialidades do pólo, em parceria com os meios de comunicações. Quanto ao *quinto*, traça a construção de quiosques com informações sobre o Pólo de Saúde no aeroporto, na rodoviária, no centro da cidade e na subárea 2 do pólo; daí decorre sua denominação de Quiosques da Saúde (AGENDA 2015, 2002).

A leitura dos programas, projetos e objetivos neles contidos deixa explicitamente a intenção do poder público em incrementar a economia teresinense, tendo como uma das vias o Pólo de Saúde, deixando transparecer uma matriz economicista muito forte. Esse olhar econômico instiga alguns questionamentos, dentre os quais se destacam: – Quem não pode pagar pela saúde, como será atendido? Que tipo de atendimento terá? Onde será acomodado durante seu tratamento? Será que ao tratar os empresários de forma igual não potencializa a formação de grupos organizados, favorecendo os maiores detentores de capital? Quais os benefícios sociais que serão trazidos pelo desenvolvimento econômico do pólo?

Outro ponto a ser analisado no âmbito da saúde refere-se à falta de procedimentos metodológicos para atingir os objetivos traçados. Além disso, alguns objetivos são de uma amplitude que, em um primeiro olhar, parecem utopia. Além disso, não se observa, ao longo do documento, nem mesmo na parte dedicada à Saúde, uma conceituação do que seja o entendimento de saúde para os elaboradores do Projeto. Essa crítica advém de que se entende saúde como um campo bastante polêmico em termos conceituais, além do que a sua concretização como totalidade a ser buscada para o bem-estar do indivíduo requer um posicionamento claro dos gestores e dos atores que constroem e desenrolam as relações sociais. Essas e outras questões, acreditamos, deveriam estar bem mais claras, tornando assim o Plano Estratégico Agenda 2015 mais consistente e mais esclarecedor, no tocante às políticas públicas a serem implementadas frente à Saúde.

Outra crítica a ser tecida refere-se aos aspectos conceituais que deveriam nortear o documento em análise, pois se entende que a construção de qualquer política pública que visa um ordenamento das ações do ente público e também dos particulares deveria ser considerado algo participativo, que leve ao empoderamento da sociedade como um todo, fazendo-a sentir-

se co-participante do processo e interiorizando de maneira mais efetiva os caminhos a serem trilhados ao longo da temporalidade na qual o plano se dispõe a ordenar. Nesse sentido, conforme discutido anteriormente, pudemos observar que essa participação social foi bastante limitada, compreendendo algumas pessoas.

Essa participação social é defendida por entender-se que o processo das políticas públicas conjuga um conjunto de momentos, não-lineares, articulados e interdependentes, formados pela constituição do problema, formulação de alternativas de política, adoção da política e implementação ou execução da política ou programa. Nessa ambiência alguns sujeitos precisam ser identificados no jogo construtivo das políticas públicas, sendo eles: os grupos de pressão, movimentos sociais, partidos políticos, administradores e burocratas, técnicos, planejadores e avaliadores, judiciário e a mídia. Esse identificar é posto por considerar-se que o conhecimento prévio, mesmo que não em sua totalidade, significa maior poder de argumentação na busca do consenso e na dirimção dos conflitos que jamais deixarão de se fazer presentes na construção da política pública (SILVA E SILVA, 2001).

A identificação desses aspectos coaduna com um clareamento do processo avaliativo que terá a política pública formulada, algo que não se faz presente na Agenda 2015, a qual sequer deixa explícito o entendimento do processo de implementação a que serão submetidos os programas elencados pelo documento. A ênfase na avaliação é posta por considerar-se que avaliar pode trazer aos indivíduos envolvidos um empoderamento individual e coletivo; além disso, parte da crença de que a avaliação deve fazer parte do processo de construção e implementação de uma dada política pública (BARREIRA, 2000, ROCHE, 2002).

Outro ponto passível de crítica é a falta de uma conceituação de desenvolvimento pautado na responsabilidade social, pois o plano traz a matriz econômica como preponderante, sem dizer como serão (re)distribuídos os ganhos ou perdas desse desenvolver da cidade. Além disso, traz a cidade como sendo homogênea, sem conflitos, sem problemas a serem encarados de maneira mais integralizadora, como é o caso da Saúde, assim como dos estabelecimentos que sustentam a oferta desse serviço, a exemplo das pensões como locais de hospedagem.

Diante da complexidade que envolve a “cadeia produtiva” do Pólo de Saúde, consideramos que este pode vir a ser importante ferramenta de desenvolvimento socioeconômico local de Teresina, e as pensões são peças fundamentais para a produção, manutenção e divulgação deste serviço de Saúde. Assim, pode-se propor que se busquem criar e implementar políticas públicas para o setor das pensões, aliando, desta forma, interesses (do poder) público e privado.

Essas deferências às pensões são postas por considerar-se que a concentração de serviços de saúde dentro da subárea 2 do Pólo foi/é uma construção histórica e espacial, fruto das interpenetrações do Estado e dos agentes privados, o que acabou por gerar, produzir e reproduzir as formas espaciais presentes nesse território. Vale acrescentar que as pensões constituem-se molas propulsoras para o crescimento, divulgação e desenvolvimento dos serviços de Saúde presentes na área, acabando por contribuir significativamente nesse processo de (re)produção espacial.

Por outro lado, pensamos não estar havendo a construção e implementação de políticas públicas específicas, por parte do poder público estadual e municipal, com vistas ao crescimento e desenvolvimento desses serviços de hospedagem. Dessa forma, podemos pensar na organização desses prestadores de serviços para que, através da ação coletiva, busquem, junto às esferas públicas, políticas que venham a fortalecer esse ramo de atividade, favorecendo e corroborando sua produção espacial cotidianamente.

Os serviços de hospedagem, materializados nas casas de pensões, têm um conteúdo que precisa ser descrito e analisado para que se mostrem sua importância e as possibilidades de intervenção do poder público via políticas públicas específicas. Isso pode ser feito através da análise da produção espacial, via construção de territórios e territorialidades das casas de pensões. É nesse objetivo que nossa próxima discussão contextualiza-se; dito de outro modo, buscaremos explicar a (re)produção espacial das casas de pensões da subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina.

## 4 AS CASAS DE PENSÕES: ANALISANDO SUA PRODUÇÃO ESPACIAL

A casa tinha dois andares e uma boa chácara no fundo. O salão de visitas era no primeiro. Imediato à sala, havia um gabinete, comprido e muito estreito, onde Coqueiro tinha sua biblioteca e sala de estudo. Seguia-se o aposento de Mme. Brizard e mais do marido, onde também dormia o menino, César, que teria então doze anos; logo depois estava o quarto de Amelinha e da tal viúva histérica, Leonie, a quem a família tratava por “Nini”. Vinha depois a grande sala de jantar. Ainda havia um corredor, a dispensa, a cozinha, uma escada que conduzia à chácara, outra ao segundo andar, e mais três alcovas para hóspedes, todas do mesmo tamanho e numeradas. [...] Ficas aqui muito bem! Serás tratado como um filho! Podes entrar e sair à vontade, às horas que entenderes. Agora, quanto a certas visitas... – Concluiu o Coqueiro, fazendo-se muito sisudo e abaixando a voz – isso, filho, tem paciência... Lá fora o que quiseres, mas daquela porta para dentro... Decerto! – Apressou-se a declarar o outro, com escrúpulo. Sim! Sabes que é uma casa de família e, para a boa moral... Mas certamente! Repetiu Amâncio. E acendeu um cigarro (AZEVEDO, 2000, p. 21-25).

A descrição exposta por Azevedo (2000) acerca da pensão do personagem Coqueiro centra-se em dois aspectos geográficos, de suma importância, para que se compreenda a produção espacial de um dado lugar; quais sejam: a forma e conteúdo. No que tange à forma, é perceptível o detalhamento das características presentes na espacialidade analisada. Por outro lado, o conteúdo é explicitado a partir das relações sociais que se materializam na forma espacial da pensão.

Destaque-se que Pensão pode ter dois significados: o *primeiro* refere-se a encargo, cuidado, renda anual ou mensal paga a alguém durante toda a vida; o *segundo* associa-se a um pequeno hotel familiar (FERREIRA, 2001). Analisar a forma e o conteúdo das pensões é o intuito deste estudo, o qual procurará discorrer sobre a produção espacial desses estabelecimentos, expondo como seu conteúdo e forma se articulam, na atualidade, com a rede de serviços de saúde, incorporando a segunda significação acima.

Há, em Teresina, histórias bem antigas sobre as pensões-dormitórios; desde as primeiras, sempre tiveram ligações íntimas com o fluxo de pessoas, deslocando-se conjuntamente com seu público-alvo. Nessa perspectiva, suas localizações e concentrações sofreram, ao longo do tempo, deslocamentos no interior do espaço urbano de Teresina, fato que contribuiu para modificar seu público e articulações com o desenvolvimento da cidade.

Convém lembrar que as primeiras pensões localizavam-se nas proximidades do “antigo terminal rodoviário”, que se localizava na atual Praça Saraiva; ali ocorria o

desembarque de passageiros que vinham a Teresina de “ônibus”; o que favorecia o intenso fluxo de pessoas, em razão de aquele espaço rodoviário ficar próximo ao rio Parnaíba; local de comércio intenso, em que navegantes do rio precisavam parar, comprar ou vender, enfim comercializar produtos, comer e dormir. Foi nesse quadro de entrelaçamentos sociais que surgiram as pensões de Teresina.

Tendo em vista a mudança do terminal rodoviário, da Praça Saraiva para a “Lucaia” (onde atualmente localiza-se a Superintendência de Trânsito do Piauí-STRANS-PI), no Bairro Vermelha, e a falência progressiva da navegação do rio Parnaíba, as pensões tiveram que se deslocar. Com a inauguração do terminal rodoviário Lucídio Portela, em 1983, as pensões novamente migraram para as proximidades do terminal, demonstrando mais uma vez sua necessidade de um alto fluxo de pessoas.

Teresina nunca se caracterizou por ser uma cidade turística, mas com o desenvolvimento do setor de prestação de serviços de saúde, as pensões começaram sua andança em direção aos hospitais. Deste modo, a partir da década de 1990, com o desenvolvimento e proliferação de hospitais e clínicas médicas, as pensões começam a concentrar-se nessa área. Nesse contexto, as pensões mudam seu público-alvo – antes viajantes – para pessoas em busca de tratamento médico; e passam então a oferecer vantagens que atraem o mencionado fluxo a concentrar-se nessa área; em especial a área denominada pela Prefeitura Municipal de Teresina subárea 2 do Pólo de Saúde.

A produção espacial dessas pensões, concentradas nessa fração espacial, é fruto de ações que as tornam *nós* dentro da rede de serviços de saúde, como locais de apoio e de acomodação de pacientes que vêm em busca de tratamento médico. Logo, essa produção tem uma temporalidade de produção espacial que começou a intensificar-se nos anos 1990, e que, nos dias atuais, ainda atrai pessoas que buscam, nesse ramo de atividade, um mecanismo para conseguir renda para sua sobrevivência. Essas pensões, percebidas através de suas formas espaciais, detêm um conteúdo que as faz permanecerem nesse espaço, assim como a aumentar o seu número anualmente. Em termos processuais, os motivos que levaram determinados donos de pensões a trabalhar, neste ramo, são variados, assim como o momento em que iniciaram.

Em algumas entrevistas, realizadas para a construção da presente dissertação, obtivemos alguns depoimentos, que se tornaram esclarecedores, no que se refere ao

surgimento das pensões e seus respectivos proprietários. Este entrevistado, por exemplo, faz a seguinte afirmação:

Antes eu trabalhei para o prefeito de Abreu (Anísio de Abreu) cuidando do pessoal dele, levando pros médicos tudo. Aí depois, mudou de prefeito, o outro mandou eu ir embora, aí eu continuei, botei a pensão. Em Agosto de 1991 foi que aluguei essa casa. Aluguei no meu nome, aí passou os 4 anos, o prefeito mudou, aí eles mandaram eu ir embora, o outro mandou embora, aí eu comecei em 1996 (Entrevistado A).

A fala do entrevistado evidencia que muitos começaram a hospedar pessoas em função do clientelismo presente na política brasileira, particularmente a piauiense. Contudo, a não continuidade, o que em muitos casos ocorre por questões políticas locais, desse processo acabou por ensejar a necessidade de um *continuum* da atividade. As datas expostas mostram que a Medicina teresinense começou, de certa forma, a atrair pacientes com mais intensidade a partir da década de 1990.

À época, o número de pensões era reduzido na área; o que pode ser observado pela percepção de um entrevistado, quando indagado sobre se havia muitas pensões quando ele iniciou seu negócio.

Não. Eram poucas. Hoje, de acordo com a Associação, diz eles que entre casa e pensão mesmo, acho que tem mais de mil, tem muita mesmo (entrevistado A).

Essa fala destaca que a concorrência acaba por transparecer a impressão de que existem pensões em grande quantidade.

Nessa mesma linha acerca da indagação de quando e o que levou a trabalhar nessa atividade de pensão outro entrevistado expõe nos seguintes termos:

Bom, um fator que me identificou é porque eu sempre gostei de Assistente Social, então, é um fator que me identificou muito, lidar com o povo, carregar pro médico, essas coisas tudo, me comunicar, eu sei muito bem. Tá com 11 anos (Entrevistado B).

Um fato interessante, presente nessa fala, consiste na maneira de associar-se o lidar com pessoas – de modo geral carentes em termos de renda – com a assistência social, não observando a hospedagem de pessoas como um negócio, uma troca de mercadorias; ou seja, prestação de serviços de hospedagens *versus* diárias cobradas. Sob este aspecto, o mercado de negócios, voltados à hospedagem de pessoas que buscam tratamentos de saúde em Teresina, vem se consolidando nesse espaço que concentra tais atividades bastante densas de formas e conteúdos espaciais.

Esse conteúdo das pensões, conjuntamente com o tempo em que elas começaram a inserir-se no espaço onde se concentram os serviços de saúde em Teresina, tem ainda outro fator que leva à consolidação desse tipo de atividade:

O fator é que hoje praticamente o trabalho de Teresina é a área das pensões. O fator é a falta de espaço de mercado aqui em Teresina, o pólo de saúde hoje, eu acho, que é a maior parte da renda de Teresina gira em torno desse trabalho de pensão e clínicas. Eu comecei a 11 anos (Entrevistado C).

Com base neste relato, podemos observar que a produção espacial das pensões na área em que se concentram os serviços de saúde é bastante antiga. E que, nos dias atuais, as atividades ligadas à prestação de serviços de saúde traz uma renda volumosa para Teresina e para aqueles que buscam nesse setor mecanismos de sobrevivência. Por outro lado, ainda na atualidade, continua a atrair pessoas com esse intuito conforme podemos comprovar por meio do seguinte relato:

Não, foi o seguinte. Eu tava desempregada, sem ter trabalho, aí eu tive a idéia de, sempre em minha casa eu hospedava as pessoas de minha cidade, eu levava pro médico, aí eu tive a idéia de ficar tentando. Foi em 2003 (Entrevistado D).

Esse *continuum* crescer numérico das pensões traz percepções diferenciadas aos atores desse processo; pois alguns vêem naquele espaço uma quantidade grandiosa de estabelecimentos, evidenciando a concorrência ali existente. Nesse sentido, quando se indaga sobre como era o espaço da subárea 2, há 11 anos, obtém-se como resposta:

Olha já existia muita pensão só que de um intervalo pra cá praticamente triplicou, aumentou demais mesmo (Entrevistado B).

Nessa mesma linha, relata outro entrevistado:

Não. Eram poucas. Hoje, de acordo com a Associação, diz eles que entre casa e pensão mesmo, diz que, acho que, tem mais de mil, tem muita mesmo (Entrevistado A).

No que se refere à quantidade exata das pensões, ainda não podemos precisar. Primeiro, em razão do não cadastramento de todas elas. Segundo, porque algumas pessoas que realizam essa atividade fazem-na de maneira informal, pois não querem pagar impostos, nem sofrer algum tipo de fiscalização. Deste modo, apresentamos o número de pensões associadas, nas quais, em alguns casos, não constam identificação completa; isto é, nome do proprietário e endereço. Ressalte-se que a falta de identificação em sua completude provém da documentação repassada – no caso, a lista de associados – pelo presidente da ASDONPE, conforme Quadro 1, a seguir.

<b>Nome da Pensão</b>	<b>Localização</b>	<b>Proprietário(a)</b>
Santa Inês	Rua José do Patrocínio, 3707, Piçarra.	Pedro Rodrigues Soares
Nossa Senhora do Amparo	Rua David Caldas, 1020, Vermelha.	Maria do Amparo Soares
Da Valdecy	Rua Desembargador Pires de Castro, 685, Centro Sul.	Valdecy evangelista Vidal
Petit	Rua Jônatas Batista, 2549, Porenquanto.	Raimundo Nonato Guilherme Petit
Nova Colinas	Rua Desembargador Pires de Castro, 876, Centro Sul.	Heloisa Alves
Hospedaria Loreto	Av. José dos Santos e Silva, 1837, Piçarra.	Francisco de Sousa Santos
Hospedagem São José	Rua Arlindo Nogueira, 157, Centro Sul.	Teresinha de Jesus Barbosa Paiva
Da Baixinha	Rua Honório de Paiva, 1150, Piçarra.	Isaurina Alves Feitosa
Da Didi	Av. Miguel Rosa, 3707, Piçarra.	Alzenira Paiva Dourado
Irmão Albino	Rua São Pedro, 2050, Centro Sul.	Albino Pereira Machado
Da Eva	Av. São Raimundo, Piçarra.	Eva Maria Bezerra
Lauriano	Rua Santa Catarina, 1013, Piçarra.	Adjane Gomes de Lima
Progresso	Rua Gabriel Ferreira, 1188, Centro Sul.	Núbia Lafaieth Azevedo
Santa Rosa	Rua Mestre Estevão, 154.	Renzo B. de Sousa Ramos
Vera Frazão	Rua 1º de Maio, 770, Centro Sul.	Vera Lúcia Pereira Frazão
Do Timóteo e Denê	Rua Anísio de Abreu, 599, Centro Sul.	Timóteo Gomes de Sousa
Nosso Lar	Rua Magalhães Filho, 560, Monte Castelo.	Railândia Martins Costa
Do Brito	Rua São Pedro, 2074, Centro Sul.	Manoel de Oliveira Brito
Do Deusdeth e Cidinha	Rua Jaicós, 960, Ilhotas.	Deusdeth Francisco Nonato dos Santos
Dona Joana	Av. São Raimundo, 74, Piçarra.	Joana da Cruz de Sales
Nova Canaã	Rua Mestre Estevão, 50, Piçarra.	André Fernandes da Silva
Da Glória	Rua Taumaturgo de Azevedo, 2043, Centro Sul.	Maria da Glória Alves Frazão Pereira
Veloso	Av. Pernambuco, 2347, Primavera I.	Maria Claudete de Oliveira Veloso.
Nova Pensão Gabriel	Rua Santa Luzia, 2726, Piçarra.	Antônia de Brito Pinheiro
Hospedaria Potiguar	Rua Tersandro Paz, 2224, Hugo Prado.	Ozánias Vinute da Silva
Mine Hotel Carvalho	Rua Taumaturgo de Azevedo, 2247, Centro.	Karlos Samarony Lima Costa
Enedino Sandes	Av. Odilon de Araújo, 275/577, Piçarra.	Enedino Sandes
Tia Ana	Rua Olavo Bilac, 1981, Centro Sul.	Ana Maria Felipe Sousa Miranda
Bacabal	Rua Lizandro Nogueira, 2196, Centro Norte.	Oziel Sousa Santana
Rakel	Rua Bartolomeu de Vasconcelos, 2858, Ilhotas.	Ivone Batista da Silva
Hospedaria São Luis	Rua Gabriel Ferreira, 1945, Macaúba.	Luiz Mendes de Carvalho Filho
Dois Amigos	Rua 1º de Maio, 682, Centro Sul.	Francisco Nascimento
Paulo Ramos	Av. São Raimundo, 204, Piçarra.	Genivaldo Nascimento Dias
Hospedagem Piauí	Av. José dos Santos e Silva, 2617, Piçarra.	José Elísio Rodrigues
Nosso Lar	Rua 1º de Maio, 564, Centro.	Janny de Almeida Padilha
Da Irmã Chaguinha	Av. Leônidas Melo, 302, Piçarra.	Francisca das Chagas Araújo Nascimento
Do Paiva	Rua Arimatéia Tito, 1323, Monte Castelo.	Leureci Paiva Dourado
Taquari Lanches	Rua Tersandro Paz, 2294, Centro Sul.	Lucimar Santos Quirino
Dona Hilda	Av. São Raimundo, 64, Piçarra.	Antônia Hilda Soares da Silva

Quadro 1 – Lista das Pensões Associadas da ASDONPE.

Fonte: Presidente da ASDONPE. Teresina-PI, 2008.



## Continuação

<b>Nome da Pensão</b>	<b>Localização</b>	<b>Proprietário(a)</b>
Real	Rua São Vicente, 1955, Piçarra.	Lourivaldo Nascimento Dias
Irmã Valda	Rua Olavo Bilac, 1967, Centro Sul.	Valda Pereira Silva
Novo Horizonte	Rua Gabriel Ferreira, 426, Centro Norte.	Nilton Paulo Pereira da Rocha
Da Lurdes	Av. Higínio Cunha, 363, Piçarra.	Wedson Araújo Oliveira
Primavera	Rua 19 de Novembro, 2405, Primavera.	Ana Lúcia
Marabá	Rua 1º de Maio, 684, Centro.	José Augusto
Da Dorinha	Rua 1º de maio, 778, Centro Sul.	Maria das Dores da Silva
Boa Esperança	Rua Acre, 430, Ilhotas.	Francisca Sousa
Fé em Deus	Rua Desembargador Pires de Castro, 781, Centro Sul.	Kátia Aparecida Reis de Sousa
Hospedaria Menino Jesus	Rua Arêa Leão, 859, Centro Sul.	Vicente de Sousa Carvalho
Da Germana	Rua Desembargador Pires de Castro, 120, Centro Sul.	Germana Duquesa
Da Fífia	Rua 1º de Maio, 552, Centro Sul.	Luiz Ferreira Lima
Cristo Vive	Av. Leônidas Melo, 291, Piçarra.	Francisco Nascimento Dias
Altamira	Rua Magalhães Filho, 1397, Nossa Senhora das Graças.	Cassilândia dos Santos Menezes
Boa Sorte	Rua 1º de Maio, 696, Centro sul.	Abidias Arcaño de Sousa Filho
Hospedagem 2 Irmãs	Rua Quintino Bocaiúva, 1246, Centro Sul.	Eliane Maria de Moura
Hospedaria Socorro Borger	Rua Desembargador Pires de Castro, 860, Centro Sul.	Maria do Socorro Silva de Sousa
Hospedaria da Meirel	Rua Padre Cícero Romão Batista, 159, Piçarra.	José Barros da Silva
Do Salu	Rua Coelho de Rezende, 663, Centro Sul.	Francisco das Chagas Silva
Cidade Verde	Rua 1º de Maio, 675, Centro Sul.	Reginaldo Peres da Cunha
Santa Maria	Rua 1º de maio, 584, Centro Sul.	João de Deus Mendes da Silva
Hospedaria Santa Marcelina de Moura	Av. Odilon Araújo, 565, Piçarra.	Raimunda Gomes de Melo
Irmã Justina	Rua 1º de Maio, 748, Centro.	Rafael Silva da Cunha
Hospedaria Pereira	Rua Tibério Nunes, 1359, Piçarra.	Marilan Ferreira Chagas
Palmas	Rua Rio Grande do Sul, 816, Piçarra.	José Filho
Uquias	Av. José dos Santos e Silva, 2620, Piçarra.	Uquias da Silva
Brejo de Areia	Rua Dr. Arêa Leão, 611, Centro Sul.	Paulo Sérgio
Maranhense	Rua Desembargador Pires de Castro, 809, Centro Sul.	Roberto Donizete de Sousa Carvalho
Silvana	Rua Desembargador Pires de Castro, 819, Centro Sul.	Maria Silvana Silva
Hospedaria Nosso Lar do Jacirol	Av. Odilon Araújo, 784, Piçarra.	José Jacirol de Sousa Carvalho
Da Sônia	Rua Arlindo Nogueira, 1847, Macaúba.	Sônia Regina Generosa
Hospedaria Eldorado	Rua Mato Grosso, 1476, Piçarra.	Francisco de Sousa Santos
Izabel	Primavera II.	Maria Izabel Feitosa dos Santos
Hospedaria Santana	Rua Barroso, 693, Centro Sul.	Mariza Santos Sales
Tânia Alves	Rua Félix Pacheco, 1470, Centro.	Tânia Alves Ribeiro do Nascimento
Antônio Carlos	Rua Santa Catarina, 960, Piçarra.	Vilmar Oliveira do Nascimento

Quadro 1 – Lista das Pensões Associadas da ASDONPE.

Fonte: Presidente da ASDONPE. Teresina-PI, 2008.

## Continuação

<b>Nome da Pensão</b>	<b>Localização</b>	<b>Proprietário(a)</b>
Da Ester	Av. Higino Cunha, 470, Piçarra.	Roberto Kennedy de Rocha Freitas
Parauebas	Rua Anízio de Abreu, 557, Centro Sul.	Marcos Marcelo de Araújo Sousa
Do Sr. Dico	Rua José Olímpio de Melo, Ilhotas.	Raimundo Pereira Sales
São Francisco	Rua Desembargador Pires de Castro, Centro Sul.	---- <sup>1</sup>
Cristal	Rua Desembargador Pires de Castro, Centro Sul	----
Dona Belinha	Rua José do patrocínio, 2316, Piçarra	----
Dona Odete	Av. José dos Santos e Silva, 1837, Piçarra.	----
Dedéia e Conrado	Rua 13 de Maio, 227, Centro.	----
São Raimundo	Rua 1º de Maio, 727, Centro Sul.	----
Modesta	Rua Santa Luzia, 2581, Piçarra.	----
Balsas	Rua Tersandro Paz, 2260, Centro.	----
São Jorge	Rua 1º de Maio, Centro.	----
Irmão Geraldo	Leônidas Melo, 291, Piçarra.	----
Luz do Sol	Rua Santa Catarina, 990, Piçarra.	Maria do Socorro S. Silva
Renascer	Rua Mestre Estevão, 478, Piçarra.	----
Sheila	Rua Tersandro Paz, 1880, Centro.	----
Santa Edvirgem	Rua Magalhães Filho, 776, Centro.	----
Da Mara	Rua Coelho de Resende, 673, Centro.	Alciomara Mendes Vieira
Leite e Silva	Rua Arêa Leão, 2260, Centro	Tânia Leite
Lauzinha	Rua Paissandu, 1969, Centro.	----
Santa Edvirgem	Rua Félix Pacheco, 1672, Centro.	Joaquim Cezar dos Santos
Jerusalém	Rua Félix Pacheco, 1368, Centro.	----
Hotel Tropical	Rua São Pedro, 1698.	----
Frei Galvão	Rua Olavo Bilac, 1881, Centro.	----
Bom Lugar	Rua Olavo Bilac, 2055, Centro.	----
Tocantins	Av. José dos Santos e Silva, 1910, Piçarra.	----
Santa Rita de Cássia	Av. José dos Santos e Silva, 1980, Piçarra.	----
Nossa Casa	Av. José dos Santos e Silva, 2104, Piçarra.	----
Pousada Colonial	Av. José dos Santos e Silva, 1885, Piçarra.	----
Lourêncio	Av. José dos Santos e Silva, 1840, Piçarra.	----
Santa Tereza	Av. José dos Santos e Silva, 1810, Piçarra.	----
Dona Odete	Av. José dos Santos e Silva, 1837, Piçarra.	----
Viturino Freire	Rua Desembargador Pires de Castro, 672, Centro Sul.	Maria de Jesus Nascimento Pereira

Quadro 1 – Lista das Pensões Associadas da ASDONPE.

Fonte: Presidente da ASDONPE. Teresina-PI, 2008.

Segundo os dados fornecidos, a ASDONPE congrega 115 associados, formando um grupo expressivo de pessoas interessadas em buscar a consecução de seus interesses, sejam coletivos sejam individuais. Na pretensão de visualizar a espacialização, via construção de territórios, buscamos elaborar a figura ilustrativa da distribuição e localização das pensões na subárea 2 do Pólo, especificamente na área denominada de espaço de intervenção imediata

<sup>1</sup> A falta de identificação precisa decorre do material fornecido pela fonte.

pela PMT. Acrescente-se que esta área foi ampliada, nesse estudo, fato que pode ser comparado quando analisamos a Figura 2, apresentada no capítulo anterior.

Por sua vez, a Figura 4 (mapa)<sup>2</sup> a seguir, representativa da área de estudo, evidencia a quantidade de pensões presentes na área de intervenção imediata denominada pela PMT, a qual faz parte da subárea 2 do Pólo de Saúde. Sua análise permite visualizar que as pensões estão nas proximidades das clínicas e hospitais, especialmente os maiores de Teresina, a saber: HGV, Hospital Infantil Lucídio Portela, Hospital de Doenças Tropicais (Natan Portela), Hospital São Marcos, Hospital Santa Maria e São Lucas.

Há, ainda, nessa pequena fração espacial, compreendida por 35 quarteirões, as maiores clínicas da cidade, como, por exemplo, a Clínica Lucídio Portela, a Med Imagem, Procardíaco, Itacor, Med Imagem, Max Imagem, Lívio Parente, Radimagem, Clinefro, Santa Clara, COI, Clínica Dr. Avelar, Centro de Catarata, CPO e Clínica Santo Antônio. Além dessas clínicas, coexistem dois edifícios que abrigam clínicas e consultórios médicos de diversas especialidades, os quais se localizam no Medical Center e no Centro Médico Dr. Dirceu Arcoverde.

É interessante notar que a proximidade das pensões com estes estabelecimentos que prestam serviços de saúde facilitam sua atividade, uma vez que os deslocamentos podem ser feitos através de caminhadas, requerendo transportes automotores somente em casos especiais. Deste modo, há uma redução dos custos para o usuário e para o dono da pensão, no que tange a gastos com transportes. Esse fator é um dos responsáveis pela atração exercida pelas casas de hospedagem, uma vez que, ali estando, o usuário tem um ganho de tempo e dinheiro.

O total das pensões presentes nessa área chega a representar cerca de 45% dos estabelecimentos associados a ASDONPE, o que possibilita que estas podem atuar como um grupo de pressão capaz de reivindicar do poder público a construção e implementação de políticas públicas voltadas para as mesmas. Isso é dito por considerar que elas conseguem absorver, na forma de hospedagem, um grande número de usuários dos serviços de saúde teresinenses.

---

<sup>2</sup> Mapa de localização da área de estudo – ampliado. Pensões na área de intervenção imediata.



Observa-se também que quatro quarteirões dessa fração espacial detêm 27 pensões, pondo em relevo os seus territórios, tanto individual como o coletivo, no caso, as casas de hospedagem. Assinale-se que estes espaços de concentração estão em uma área mais periférica dentro da delimitação da Prefeitura, mostrando que sua temporalidade de instalação veio posteriormente aos outros serviços de saúde, mas que estão por (re)construir seus territórios diariamente.

Nesse contexto, podemos perceber que as funções exercidas pelas formas espaciais estão em mutação; em outras palavras, casas residenciais estão perdendo seu espaço para acomodar pessoas que buscam serviços de saúde. Esse metamorfosear significa uma desterritorialização e territorialização de determinadas atividades e funções espaciais. Assim, as relações sociais, tecidas no dia-a-dia da configuração espacial da subárea 2, são repletas de intermediações de poder, as quais também são culturais, pois os donos, em seu devir diário, lidam com diversos atores que (re)produzem esse espaço; quais sejam: usuários, clínicas, laboratórios e hospitais (HAESBAERT, 2006).

É possível observar, nessa Figura 4, a rede de serviços de saúde que pode desencadear um processo de coesão espacial (CORREA, 1989). Essa coesão é posta porque há nesse espaço uma aglomeração de formas espaciais com funções voltadas para a prestação de serviços de saúde. Assim sendo, podemos afirmar que o território produzido pelas pensões, inseridos na rede de serviços, constitui-se como um conjunto de fixos e fluxos, no qual há uma concentração populacional, mercadológica – no caso saúde, divisão técnica e social do trabalho – funcionando como lócus de (re)produção espacial; ou seja, as formas materializam os fixos, os nós de uma rede; e os conteúdos dessas formas espaciais dão concretude aos fluxos, sejam materiais sejam imateriais (CARLOS, 1992).

Daí afirmar que a configuração do conteúdo existente nas formas espaciais das pensões é fruto da maneira como esses estabelecimentos prestam seus serviços; o que acaba por materializar em uma estruturação, construção, manutenção e reconstrução de seus territórios. Essa prestação de serviços tem suas nuances e, na maioria dos casos, se dão de forma semelhante. Podemos comprovar – quando o cliente chega até o estabelecimento, os fatos ocorrem na seguinte linearidade – segundo os depoimentos dos entrevistados:

Ele chega, agente recebe direitinho, arruma o quarto direitinho, coloca, aí de manhã a gente vai procurar qual o tipo de médico que ele tá a procura, aí a gente leva até a clínica (Entrevistado D).

Meus clientes chegam praticamente pelo endereço. Eu tenho bom trabalho no Maranhão e Pará. Eles chegam pelo endereço e tem todo acompanhamento, levo eles pro hospital, quando eles chegam na rodoviária, ligam e a gente vai lá buscá-lo (Entrevistado C).

Aqui agente recebe o cliente, atendemos aqui no caso da hospedagem, conversamos com o paciente pra saber qual tipo de doença, o que ele tá sentindo pra agente não ficar levando de médico em médico fazendo com que o paciente gaste ainda mais. Então, de acordo com o que ele relata, com que ele nos conta agente procura levar já ao médico adequado aquela doença (Entrevistado B).

Quando ele chega eu procuro logo saber qual o problema dele, problema de doença, né! Aí eu já levo pro médico certo às veis é pro clínico, nerologista, oftalmologista, já levo pra especialidade certa. (Entrevistado A).

As falas expostas trazem à tona que a linearidade dos acontecimentos ocorre por meio de uma conversa, na qual o dono da pensão, de certa forma, funciona como um clínico geral. Ao perguntar acerca da enfermidade do paciente, certamente estará tentando visualizar qual a especialidade médica a ser procurada. Nessa perspectiva, é salutar tal postura, por entendermos que esses clientes, na maioria dos casos, não conhecem os caminhos a serem trilhados aos consultórios, facilitando, portanto, sua vinda e utilização da medicina teresinense.

Por outro lado, essa conversa, ou consulta inicial, entre o dono e o usuário da pensão, abre fissuras para que os donos possam levar para médicos e clínicas com as quais mantenham um “convênio”, como é retratado em jornais da cidade, em que donos de pensões recebem por levarem clientes para determinadas clínicas, médicos e laboratórios.

É interessante perceber também que o fluxo para determinadas pensões faz com que se construam determinados laços, seja de amizade, seja de satisfação com o serviço, chegando a ponto de as pessoas ligarem para os donos e eles irem buscá-los em rodoviárias ou outros pontos de chegada. Essa relação é extremamente importante para os donos de pensões, posto que vislumbram, com isso, a possibilidade de aumentar sua rentabilidade com maior número de hospedagem.

Os prestadores de serviços procuram ofertá-los de maneira que facilitem a vida dos clientes, tendo em vista que muitos deles não conhecem a área que concentra os serviços de saúde, desde as clínicas, laboratórios e hospitais. Contudo, quando indagados se consideram a rentabilidade de tal atividade satisfatória, conjugando com períodos de maior fluxo de pessoas, eles respondem que não acham, como podemos visualizar nas exposições seguintes:

Nem tanta, mas dá para ganhar o pão. Nos períodos de férias, Janeiro e Julho. O pessoal se concentra na cidade para fazer tratamento (Entrevistado C).

Não, hoje não é rentável não. Tem muita concorrência aí, vários preços, tem gente que vai pelo preço mais baixo, aí desmantela. No período de férias e período político próximo as eleições (Entrevistado A).

Não, acho que dá muito é mais é trabalho. Porque eu acho que dá muito só é trabalho. Não é rentável não porque a diária é muito barata. Eu cobro R\$ 12,00 e tem direito a café, almoço, janta, dormida e tudo. O período de férias, Janeiro, fevereiro e julho (Entrevistado D).

Olha ela não é rentável, é tipo assim uma sobrevivência porque existe em todo tipo de trabalho existe gente de todo jeito. No meu caso aqui méis é um trabalho mesmo, um sustento. Maior período mesmo é Janeiro, Julho, só os períodos de férias pro pessoal de fora, mas é até um período a gente quase não se baseia porque ta vindo sempre, sempre ta vindo gente (Entrevistado B).

Os entrevistados foram enfáticos ao afirmar a não rentabilidade das pensões, mas que dá para sobreviver. Dessa forma, essa situação, no que diz respeito à rentabilidade, nos faz recorrer aos seguintes questionamentos: – Se as diárias cobradas junto aos usuários não trazem muita rentabilidade, como os donos de pensão procuram aumentar sua renda? E como fazem para aumentar sua demanda?

As elucidações dessas questões passam pela utilização de mecanismos que são utilizados pelos donos de pensões, os chamados “convênios”, selados sem documentação legal, entre os donos de pensões, clínicas, laboratórios e médicos. Essas ações são pagas pelos clientes, seja na realização de uma consulta seja de um exame, sendo que “os donos de pensões recebem 10 a 15% do valor do exame ou da cirurgia a que o paciente se submete. Os dados de todos eles já estão cadastrados no sistema de informática e pagamento das clínicas particulares” (JORNAL O DIA, 13 jan. 2008, p. 3).

Com relação à existência de tais “convênios”, acreditamos ser necessária uma busca por parte do poder público no sentido de coibi-los, pois torna a saúde uma mercadoria, traduzindo-se na seguinte relação: – quem tem dinheiro tem saúde, quem não tem fica com sua saúde debilitada. Por isso, acreditar na existência desses “convênios” faz sentido, porque se considerarmos os valores médios das diárias fica meio complicado admitir a rentabilidade oriunda apenas da hospedagem. Segundo o relato de uma das pessoas entrevistadas, a diária custa, em média, R\$ 12,00, com direito a três refeições e acompanhamento médico, fazendo com que surja a indagação: – Será que os custos imbuídos em três refeições diárias, assim como os outros serviços atrelados, são cobertos por R\$ 12,00?

Outro aspecto que chama a atenção é o fato de que a concentração das pessoas que buscam tratamentos médicos em Teresina dá-se nos meses de janeiro, fevereiro e julho, os chamados meses de férias, especialmente as escolares. Tal fato revela que muitas pessoas estão em busca de tratamentos de saúde, no sentido de checarem possíveis doenças, ou estão com enfermidades que podem aguardar. Por outro lado, também podemos conjecturar que, em muitos casos, os filhos podem acompanhar seus pais ou parentes, no período mencionado; presumimos, ainda, que não precisam de tanta atenção como quando estão em sala de aula.

Outro dado importante – que se traduz no crescimento dos serviços médicos teresinenses e sua importância frente a outras áreas de ofertas de saúde – é retratado por um

dos entrevistados, ao afirmar que, ultimamente, os períodos de férias já não servem como base para medir o fluxo de pessoas, pois, conforme seu relato, a cidade recebe indivíduos diariamente durante todo o ano, fato que pode ser percebido quando se percorre aquele setor de concentração de serviços de saúde, seja em hospitais, clínicas, laboratórios, pensões, seja nas próprias ruas que fazem parte desse conteúdo e fração espacial da cidade.

Tendo em vista a rentabilidade ser considerada baixa, faz-se necessário que a quantidade de usuários das pensões chegue a um número satisfatório. Nesse sentido, outra forma de conseguir um maior número de clientes e, por conseguinte, uma maior lucratividade, reside na competição entre as pensões. Essa disputa faz com que haja entre eles a (re)construção e manutenção de territórios que enviam pessoas para estabelecimentos pensionários específicos. Assim sendo, a maioria dos donos de pensões trabalha com clientes predeterminados de algumas localidades do Interior do Estado do Piauí, assim como de outras unidades da federação, fatos expostos nos depoimentos a seguir:

Não. Não trabalho com nenhum município do Piauí, só do Pará, Maranhão, Tocantins e até mesmo do Suriname, das Guianas Francesas. Hoje mesmo eu tenho 8 hóspedes das Guianas Francesas (Entrevistado C).

Da região, da microrregião de São Raimundo Nonato. Aqueles 13 municípios, a maior parte que recebo é de lá, aí tem da prefeitura de Palmeiras do Piauí. Aí vem do maranhão também, às vezes vem mais é mais difícil do Pará, do Tocantins às vezes vem mais é pingadim, às vezes é 1, 2 (Entrevistado A).

Recebo e de outros Estados também. Trabalho com duas prefeituras do sul do estado, de Anísio de Abreu e Caracol, que ele manda as pessoas pra cá e eu acompanho para o médico (Entrevistado D).

Recebo de Santa Luz – Piauí, Belém do Piauí e de Santa Cruz do Piauí (Entrevistado B).

As exposições dos entrevistados revelam que suas áreas de atuação, nas quais buscam seus possíveis clientes, extrapolam os limites estaduais, evidenciando que a Medicina teresinense tem uma significação para além das fronteiras piauienses, chegando até mesmo a outros países. Nessa ambiência, os donos de pensões também (re)constroem seus territórios de forma bem interessante, pois não somente esperam clientes, mas firmam contratos informais com determinadas prefeituras.

Ao falar em prefeituras, observamos que a saúde ainda vem se constituindo como um mecanismo de troca para alguns políticos, como pode ser notado na fala de um dos entrevistados que iniciou sua atividade por intermédio de uma das prefeituras piauienses, que depois o “abandonou”, mas que ainda hoje mantém contrato com outras prefeituras. Convém salientar que esse clientelismo, tendo como moeda de troca a saúde, funciona da seguinte forma: o líder político de um município envia pessoas para determinadas pensões, paga suas



diárias e os possíveis gastos com tratamentos de sua enfermidade, trazendo, em muitos casos, em carros próprios do poder público municipal.

A análise desses territórios (re)construídos nos remete a pensar as inter-relações entre rede e territórios. Esse binômio revela a fluidez dos pacientes que procuram os serviços das pensões, dentro desse território dos serviços de saúde; essas pensões funcionam como nós, pontos de entrecruzamento entre prestação de serviços que envolvem tratamentos de saúde e o indivíduo. É nessa perspectiva que essas formas espaciais revelam seus conteúdos, ou seja, sua vida social.

Ao tocar na existência de territórios, os quais podem ser chamados de microterritórios, dentro de um espaço territorializado por serviços de saúde como um todo, podemos ver que coexiste uma variedade de espacialidades que se vão construindo ao longo do tempo. A denominação microterritórios parte do entendimento das mutabilidades que tem este conceito nas formas espaciais da área em análise. Explicitando melhor, cada um dos atores tem seu espaço métrico de atuação, seja taxista, ambulante seja dono de pensão. O proprietário de pensão, no momento em que cria laços com usuários, donos de clínicas, laboratórios ou médicos, tece um jogo em que é possível analisar as três categorias-chaves para entender-se a (re)construção e manutenção de territórios, aqui chamados de micro, quais sejam: gestão, poder e identidade. Dentre esses microterritórios, podem ser citados: os taxistas, os vendedores ambulantes e as(os) agenciadoras(es) de clientes, como podemos observar nas fotos seguintes.



Foto 1 – Ambulantes, taxistas e pedestres em frente ao Hospital Getúlio Vargas.  
Fonte: BUENO, P. H. de C. (jan. 2008).

O fluxo de pessoas junto ao espaço em que se concentram os serviços de saúde teresinenses vem trazendo uma relocação de atividades típicas dos centros comerciais, no caso, os vendedores ambulantes. Essa atividade traz consigo alguns problemas que precisam ser enfrentados pelo poder público municipal de Teresina, tendo em vista que sua concentração dificulta o acesso aos hospitais e traz uma depreciação visual àquele espaço, dando uma visão de caos e de falta de organização espacial.

Este comércio ambulante, os chamados camelôs, revela, até certo ponto, duas realidades: 1) O poder de renda dos consumidores de serviços de saúde, evidenciando que são de baixa renda e buscam nesse comércio mercadorias a preços mais baixos que em lojas convencionais. 2) A falta de conhecimento do espaço teresinense pelos usuários da saúde, pois poderiam utilizar seu tempo de compras em outros espaços da cidade. É interessante ressaltar que a venda ambulante acontece também nas pensões, uma vez que vendedores, com mercadorias que vão de relógios a bolsas, trilham em busca de compradores, por ruas e pensões que cortam e existem na subárea 2 do Pólo de Saúde, conforme Foto 2.



Foto 2 – Taxistas e lanchonetes em frente ao Hospital São Marcos.  
Fonte: BUENO, P. H. de C. (jan. 2008).

A observação da paisagem retratada na Foto 2 mostra o fluxo de pessoas e a intensidade de relações econômicas e culturais extremamente vastas nessa fração espacial.

Essa realidade atual desafia o poder público municipal a dedicar maior atenção, por exemplo, à organização do trânsito em frente aos hospitais, paisagismo, vigilância sanitária junto às lanchonetes e outras formas de comércio de alimentos.

O conjunto de microterritórios traz uma vida social a esse espaço denominado de Pólo de Saúde que é ímpar na cidade de Teresina, pois há um fluxo de pessoas, mercadorias, culturas diferenciadas; enfim, as dimensões que cercam o ser humano encontram aí seu espaço de externalidade, seja via aquisição de produtos variados, seja via solução de problemas de saúde, ou mesmo diálogos socializadores entre os usuários das pensões. Esse diálogo é posto por considerar-se que a maneira como as pessoas que se hospedam em pensões trazem uma dinamicidade e uma propulsão de conhecimento acerca de procedimentos médicos, que extrapolam os limites físicos desse espaço, principalmente a Medicina curativa.

A vida social que as pensões (re)criam iniciam-se no momento da saída do cliente/usuário de sua residência para esse estabelecimento. As expectativas são variadas e os contatos interpessoais entre clientes variados, usuários e donos de pensões, clientes e serviços médicos geram ou não a satisfação desses usuários com determinadas pensões, favorecendo, portanto, a manutenção do microterritório de cada estabelecimento (re)construído diariamente.

Essa dinamicidade existente nas pensões e, por conseguinte, em seus microterritórios põe em relevo a idéia de Moreira (2006), acerca do território como relacional, uma vez que é possível percebê-lo como movimento, fluidez, conexão e produto/produtor de novas funções espaciais e relações sociais. Falar em novas funções espaciais é expor que casas residenciais da subárea 2 do Pólo de Saúde teresinense estão sendo alugadas, vendidas e remodeladas para receber e hospedar pessoas oriundas de outros territórios. Isso é posto e constatado pelo aumento crescente do número de pensões, as quais, em sua maioria, são alugadas, conforme expõe um dos entrevistados:

A maioria é alugada pouco tem casa mesmo. O aluguel varia por exemplo porque nesse mei aqui por causa das clinicas porque toda clinica é aqui nesse mei porque não adianta você ir lá pro Dirceu botar uma clínica lá porque não tem cliente então, por causa desse mei aqui os aluguel são caro, varia sempre é R\$ 600,00, 500,00, 1000,00, dependendo da casa R\$ 1000,00 e tanto é desse jeito (Entrevistado A).

Este relato mostra a valorização espacial que os serviços de saúde têm trazido à espacialidade da subárea 2 do Pólo de Saúde, fazendo com que haja um aumento significativo dos valores em todos os equipamentos que, neste espaço, se fazem presentes, inclusive os aluguéis residenciais. Assim sendo, percebe-se a lógica dos estabelecimentos comerciais que

envolvem o setor saúde, entrando em cena as pensões que ressignificam as antigas residências em casas para hospedagem.

Contudo, é interessante ressaltar que essas casas passam por algumas readaptações, com vistas a atender uma maior quantidade de clientes, fato explicitado por um dos entrevistados, quando faz a seguinte descrição de sua pensão:

São 10 quartos, tem 3 banheiros que é pra usar tudo e tem 2 banheiros só pra banhar, aí tem a sala, a parte da cozinha e essa parte aqui que aqui já foi tudo eu que fiz essa parte aqui, foi tudo eu que fiz, mas era só 3 quartos, aí eu fiz 7 (Entrevistado A).

A narrativa acima clareia as modificações realizadas para acomodar maior número de pessoas, sendo que a pensão do entrevistado teve sua estrutura física quase triplicada. Essa (re)adaptação pode ser vista no momento da realização das entrevistas, em que pudemos observar que algumas pensões fazem a separação de quartos por meio de madeirites e até mesmo compensados.

As (re)adaptações descritas desencadeiam certo desconforto nos usuários destes estabelecimentos, assim como podem vir a ser mecanismos de geração e propulsão de problemas de saúde. Crê-se que é nesse contexto que o presidente da Associação dos Donos de Pensões, em uma entrevista a um dos jornais teresinenses, expõe sua preocupação com a insalubridade dos estabelecimentos, ao comentar:

Não há fiscalização de ninguém. Nós não pagamos alvarás de funcionamento e sem nenhuma assistência da Vigilância Sanitária. Nós já pedimos ajuda, mas nenhuma autoridade nos atendeu (JORNAL O DIA, 13 jan. 2008, p. 4).

A exposição do presidente em afirmar que não há fiscalização põe em risco a atividade, especialmente por tratar-se de lidar com pessoas com diferentes enfermidades, aglomeradas em um único espaço, separados, em muitos casos, de forma inadequada. Esse fato pode vir a constituir situação de risco, bem como desencadear a proliferação de doenças.

É interessante ressaltar que os donos de pensões pagam impostos pela denominação de seu estabelecimento, o que, por conseguinte, deveria ser retribuído pelo poder público municipal, com o retorno de assistência, por exemplo, com a vigilância sanitária, junto aos donos desses estabelecimentos. Esse imposto varia entre os estabelecimentos, e é mensal, conforme relata uma das pessoas entrevistadas:

Eu pago um imposto pra prefeitura, só que eu acho muito, não vou mentir. Porque um pontim desse bem aqui, que só tem três quartos eu pago R\$ 80,00 ou R\$ 77,00 e todo mês tenho que pagar, tenho que dá aquela declaração que é a coisa que eu mais acho ruim, porque nem declarar eu não sei declarar bem e tem por obrigação e quem vai é meu fii, sai do colégio pra ir e todo mês eu pago essa

placazinha que tem bem aí informando pro pessoal que tem a pensão aí todo mês a gente paga R\$ 77,00 pra prefeitura e se atrasa. Eu to acostumada de pagar juro porque às veis o meu fii não tem tempo de ir declarar e eu não sei. Eu tenho os papéis tudim que eu pago, todos os mês eu tenho que pagar e tenho que declarar o que foi que eu ganhei, o que não ganhei, nem que não ganhou nada, mas tem que declarar se ta deixando alguma coisa, se não ta aí eu pago aquela taxa pra prefeitura de R\$ 77,00 e se não pagar paga juro (Entrevistado E).

A descrição do imposto pode ser visualizada na foto a seguir.

**PREFEITURA DE TERESINA**  
DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO DE TRIBUTOS MUNICIPAIS - DATM

NOME / RAZÃO SOCIAL / ENDEREÇO: ANTONIA SAUVA  
RUA PIRES DE CASTRO DES, CENTRO - 64001390 - TERESINA PI

Pagável até -> 10/09/2007  
DATA EMISSÃO: 28/08/2007

BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	Nº PROCESSO	PARCELA	Nº INSCRIÇÃO	Nº REFERÊNCIA/PROCESSAMENTO	VALOR - R\$
				08	094047-0	26 Exerc: 2007	77,29

ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA

ITEM	COD. RECEITA	NOME DA RECEITA	VALOR - R\$
01	1716	I.S.S. PESSOA JURIDICA	
02	6111	MULTA	
03	7111	JUROS	
04	5111	CORRECAO MONETARIA	
05	9111	HONORARIOS ADVOCATICIOS	

HISTORICO RECLAMACOES: CENTRAL DE ATENDIMENTO PALACIO DA CIDADE  
REF. PARC/EXER. => 08/2007  
----- ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO -----  
RUA PIRES DE CASTRO DES 0853/5  
CENTRO

TOTAL A PAGAR - R\$ 77,29

085412/PT574/11822/ESLASE/CAP->CAP3184

Foto 3 – Descrição do imposto a ser recolhido junto ao poder público pelos donos de pensões.  
Fonte: BUENO, P. H. de C. (jan. 2008).

Não obstante todas as dificuldades enfrentadas pelos donos de pensões, suas atividades continuam, e desencadeiam os conteúdos presentes em suas formas espaciais, os quais levam à (re)construção e manutenção dos microterritórios e provocam uma situação conflitante entre os mesmos. Em muitos casos, extrapolam o espaço dos serviços de saúde da subárea 2 do Pólo e até mesmo da capital piauiense. Essas revelações são feitas quando perguntamos sobre a competição entre as pensões, e obtivemos as seguintes respostas:

Ta tendo muita competitividade, mas o que ta mais acontecendo é o trabalho desleal, desonesto que tá acontecendo em nossa área, que muitas pessoas chega e vê a facilidade que o pessoal, já tenho conhecimento soube que na cidade o pessoal acolhe e tem muita gente se aproveitando disso pra enganar o povo (entrevistado C).

Ah! Isso é demais. Agora eu não. Se a pessoa chegar aqui e me perguntar “onde é a pensão do fulano, eu queria ir pra pensão de fulano”, eu digo, se eu souber eu ensino é em tal lugar. Eu não tiro ninguém de outra pensão. Eles chegam, às veis o cliente

diz vai para uma pensão, eles chegam aí diz “não, fulano mudou, não ta mais lá”, fulano morreu, não tem mais pensão, é sempre desse jeito. Eu mesmo já mataram umas poucas veis (Entrevistado A).

Olha, Existe tanta que hoje em dia, por exemplo, o pessoal vai pra rodoviária brigar, vão pra outra cidade onde tem o trem, essas coisas brigarem pra desviar os passageiros, eles pagam os taxistas pra trazerem pras pensões. Todo tipo de malandragem existe. Eu já faço diferente. Eu faço a minha clientela na própria pensão, recebendo bem, tendo a minha pensão sempre limpa, usando copo descartável, alimentação que é uma coisa que também chama muito. Então, sempre eu procuro me destacar dessa forma, mas questão de correr atrás, não (Entrevistado B).

As territorialidades conflitantes, desencadeadas pelos donos de pensões, revelam as faces presentes no conceito de território, que são as idéias de poder e gestão, uma vez que, nesses acontecimentos, muitos buscam construir, manter ou reconstruir seus territórios, o que acaba por interligar as frações espaciais das unidades da federação em que atuam, seja via prefeituras seja por meio de agenciadores em outros Estados.

É interessante notar que nos relatos dos entrevistados nenhum admitiu uma prática que considera desonesta, mas disseram haver tal realidade. Conforme se expressa um dos entrevistados, “existe todo tipo de malandragem”. Nesse contexto, pessoas vêm se aproveitando para ludibriar outras, aproveitando-se do desconhecimento da área em que se concentram os serviços, gerando, na atualidade, certa desconfiança, quanto aos donos de pensões e aos usuários.

Outro ponto destacado é a existência de taxistas que trazem pessoas diretamente para pensões já estabelecidas; vão buscar em rodoviárias, seja a de Teresina seja a de Timon (MA). Alguns revelaram que essa briga já extrapola esses espaços citados, posto que já existem pessoas que buscam clientes em várias cidades do Piauí, Maranhão e até do Pará.

Os conflitos de territorialidade envolvem desde a conquista do cliente até sua destinação em relação às clínicas, laboratórios, hospitais e médicos, além de outros serviços, fazendo com que algumas clínicas ofereçam descontos em procedimentos de tratamentos de saúde a pessoas específicas de determinadas pensões, repassando, *a posteriori*, a parte devida aos donos de pensões. Esse é o chamado “convênio” mencionado anteriormente. Essa rede está de tal forma consolidada que, nas palavras de Cícero, um dono de pensão:

Não precisa nem mais a gente passar lá levando documentações, já está tudo nos computadores e a gente só recebe a nossa parte semanalmente. Alguns chegam a faturar até R\$ 4 mil por semana, é uma mina de ouro (JORNAL O DIA, 13 jan. 2008, p. 3).

A existência desses convênios traz grande rentabilidade aos donos de pensões, que auxiliam na manutenção da atividade; porém precisa ser investigada, uma vez que é irregular,

e pode gerar uma mercantilização da saúde de forma brutal, como é retratado em algumas matérias jornalísticas intituladas “Pacientes denunciam cobranças indevidas” ou “Medo de Denunciar” (JORNAL O DIA, 13 jan. 2008, p. 4).

Na área de concentração dos serviços de Saúde os(as) agenciadores(as) de clientes que existem na subárea 2 do Pólo de Saúde também é feito ao longo do espaço, seja em esquinas, em frente aos hospitais seja em outros locais, conforme pode ser observado na Foto 4, a seguir.



Foto 4 – Agenciadores posicionados em frente a um dos grandes hospitais teresinenses, realizando a conquista de cliente para serem levados para determinadas clínicas.  
Fonte: BUENO, P. H. de C. (jan. 2008).

A Foto 4 evidencia os agenciadores de clientes à espera de sua aparição, repousando nos gradeados do hospital retratado. Ressalte-se que o hospital construiu um gradeado, que funciona como barreira, para inibir essa prática; porém não tem surtido muito efeito. Na tentativa de coibir tal prática nesse hospital, um de seus diretores expõe:

Já colocamos câmeras, seguranças e até grades. Mas, as calçadas são públicas e eles agem do lado de fora. Infelizmente, é uma prática antiética, irregular, mas é uma rede muito bem arquitetada e organizada que agencia pacientes de todas as regiões que procuram nosso hospital. Só temos a lamentar (JORNAL O DIA, 13 jan. 2008, p. 5).

A realidade conteudista descrita, enfim, as formas espaciais e os conteúdos inerentes às pensões, presentes na subárea 2 do Pólo de Saúde, requerem que se busque implementação

de políticas públicas, para que essa atividade possa ter um desenvolvimento de seus serviços. Além disso, é interessante que as mesmas atendam requisitos básicos de higiene, acomodação e cuidados com clientes de diferentes enfermidades.

No que tange à busca de construção e implementação de políticas públicas, os donos de pensões já constituíram sua Associação, que data do dia 04 de dezembro de 1999. Esse grupo possui 115 associados, mostrados no Quadro 1; acrescentando-se ainda que essa instituição tem registro junto aos órgãos competentes, conforme podemos ver na Foto 5, a seguir.

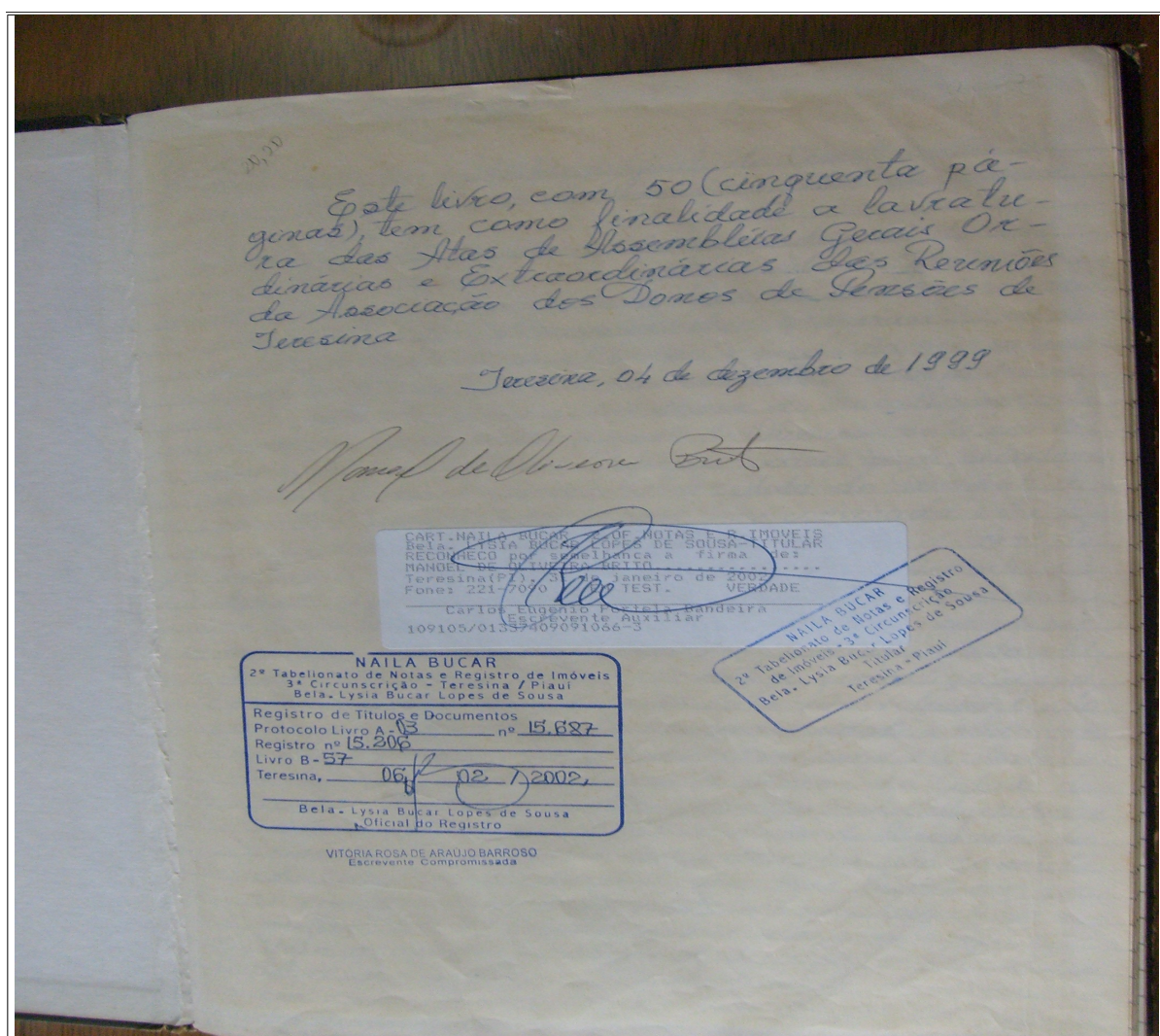


Foto 5 – Ata da ASDONPE e seus registros em cartórios.  
Fonte: BUENO, P. H. de C. (jan. 2008).

A necessidade de criar a associação, a qual pode desempenhar o papel de um grupo de pressão junto ao poder público, nasceu da percepção das políticas públicas voltadas para esses serviços. No que tange à atuação e reuniões dessa associação é relatado que:



Nós fazemos reunião de mês em mês. Hoje praticamente, tá com 6 meses que não fazemos reunião porque estou aguardando resultado desse projeto. Até mesmo porque ninguém acredita mais, em tudo que a gente pensa aí não dá certo, a gente não tem incentivo de nenhuma parte e a iniciativa privada não vai, pelo governo estamos perdendo as esperanças, aí tamo esperando pra ver o resultado se vai sair mesmo, se vai ser botado em prática esse projeto, se vai ser liberado esse recurso pra poder começar a fazer reunião, começar a selecionar as turmas que vai participar né. Até isso já foi decidido, são 42 aqui nesse pólo aí vai começar por aí depois (Presidente da ASDONPE).

A oralidade do entrevistado denota a desconfiança e o descrédito do poder público na atualidade, assim como a própria Associação, uma vez que as propostas discutidas não conseguem ser levadas adiante, gerando certo descontentamento entre os associados. Nessa ambiência, a visão dos donos de pensões com o poder público é extremamente negativa, fato evidenciado em suas respostas quando indagados sobre os incentivos do poder público, seja municipal seja estadual, que oferecem para a manutenção e crescimento das atividades. As respostas seguem-se assim:

Nenhum (Entrevistado C)

Até agora não tive nenhum projeto, nada não (entrevistado D).

Não oferece nada. Eu pelo menos num recebi nada (Entrevistado A).

Rapaz é muito pouco. Porque geralmente eles só cobram, né! Assim, impostos cobram da gente, mas oferecer assim uma segurança, algumas coisa a mais, ninguém tem nenhum incentivo (Entrevistado B).

Observa-se nos relatos o total descrédito dos donos de pensões para com a esfera pública, demonstrando que há uma necessidade premente de construção e implementação de políticas públicas. Por outro lado, é interessante notar que os representantes do poder público reconhecem a importância desses estabelecimentos, conforme podemos observar neste relato:

Elas são importantes porque já foi constatado que a maioria, porque muita gente que busca o pólo de saúde são de fora vem do Pará, Maranhão, Tocantins, Macapá, também já foi constatado que a maioria das pessoas que vem é de classe média... classe B ou C. São pessoas que tem pouco recurso, então as pousadas, as pensões elas crescem também por isso, porque as pessoas que vem de fora... Com um poder aquisitivo de menor valor por conta do poder que elas têm (Representante do poder público).

Esse relato demonstra o reconhecimento da importância das pensões, e abre um leque de possibilidades de atuação do poder público, pois os mesmos sabem quais as classes que mais se hospedam e de onde provêm os usuários, ensejando a implementação de políticas públicas específicas para esse público-alvo.

Para que tenhamos idéia das políticas públicas que poderiam tomar corpo e que são requeridas pelos donos de pensões, vejamos o que estes dizem:

Todas as cabíveis. Uma fiscalização da vigilância sanitária que tem casas aí que o pessoal se diz pensão, mas que não deveria funcionar, não tem a mínima estrutura e assim vai. O mínimo que ele poderia fazer era botar uma fiscalização na vigilância sanitária para acompanhar, que a gente não tem (Presidente da ASDONPE).

Só se fosse um empréstimo pra gente melhorar porque diz a Associação sempre dizer que vai arrumar isso pra melhorar as pensões, mas até agora nunca arrumaram nada. Eu mesmo nunca arrumei nada e os outros também nunca arrumaram nada (Entrevistado A).

Olha, até no sentido mesmo porque a maioria, aliás quase todos donos de pensões não tem casa própria né!, Pra manter o seu negócio. Então, um incentivo bom seria empréstimo mais acessível que a pessoa pudesse fazer. Também até às vezes pra comprar alguma coisa pra melhorar, menos juros, aquelas coisas mais baixa, esse tipo de... Pra poder oferecer mais qualidade (Entrevistado B).

O poder público poderia melhorar mais no tratamento do SUS, porque a gente tem uma dificuldade muito grande em levar o paciente para o tratamento porque muito, não tem condição. Por exemplo, no meu caso que eu recebo gente da Prefeitura muitos deles não têm condição de pagar a consulta particular, aí e o SUS você sabe como é, é um fracasso (Entrevistado D).

Os depoimentos expostos têm um leque de possíveis intervenções e auxílios públicos, para essas atividades que vão desde a regulamentação das atividades até facilitar empréstimos, o que pode trazer a jusante, como diz um dos entrevistados, uma melhoria da qualidade dos serviços prestados. Uma das faltas mais graves é a ausência de assistência da Vigilância Sanitária, deixando os donos sem balizadores que orientem a lida com pessoas com diferentes casos de problemas de saúde.

Partindo desse quadro de ausência de políticas públicas, no âmbito do poder municipal, relatado pelos entrevistados, foi que a Prefeitura de Teresina projetou a Agenda 2015, traduzindo-se em alguns possíveis programas de auxílio. Assinale-se que a participação ocorreu de forma já discutida em partes anteriores desta Dissertação; contudo, o presidente da associação relata:

Foi debatido em ciclos nos quais são pontos críticos, foram debatidos junto com a nossa Associação, Sindicato dos Médicos, enfermeiros, farmácias. Foi debatido e elaborado, baseado no que foi debatido lá, que tá aqui nesse documento aqui que eu tenho (Presidente da ASDONPE).

Constatado a participação na discussão das políticas públicas da Agenda 2015, indagamos ao presidente sobre os programas previstos, dentre os quais são expostos:

A qualificação do atendimento entre as pensões e recepção, curso de culinária para as pensões, curso técnico de equipamento hospitalar para a área. Vou dar uma olhada quais são. Técnico em gerenciamento de resíduo e de serviço de saúde são os cursos que tá sendo que esse projeto aqui vai abranger, técnico em manutenção de equipamentos hospitalar, em informática, em gestão e serviço de saúde são esses cursos. É uma parceria entre o governo federal, estadual e municipal. (Presidente da ASDONPE).

O relato expõe que o desejo do poder público é o de qualificar os serviços prestados, o qual tem como mecanismo de concretização a construção e funcionamento do Projeto Pensão Modelo, que terá a seguinte função:

Segundo a Prefeitura é pra funcionar a Pensão Modelo, pra ser dado um treinamento sobre tudo de hotelaria, de recepção, de atendimento ao cliente, de culinária e aí depois desse curso é a questão da padronização e um selo de qualidade que a prefeitura vai colocar. Agora eu acho que vai ter que ser na pressão, porque por incentivo eu sou um dos que acha que o próprio não vai mais para lugar nenhum não (Presidente da ASDONPE).

As expressões manifestadas trazem à tona que o poder público deseja reconfigurar a forma-mercadoria, para usar a expressão de Claus-Offe (1984), das pensões, trazendo possibilidades de se construir um agregar em seus serviços prestados. Além disso, buscar-se-á a melhoria da qualidade dos serviços, via qualificação da mão-de-obra, seja com cursos de culinária, seja de cuidados com doentes.

Destaque-se que esses cursos são importantes, por tratar-se de um público que cresce diariamente. Desta forma, há necessidade de maior organização, de equilíbrio em termos de precauções contra possíveis disseminações de problemas de saúde, papel a ser realizado via fiscalização da Vigilância Sanitária.

Por outro lado, o entrevistado expõe que a maioria dos donos de pensões não faz seu cadastramento; entretanto, estes proprietários serão, de certa forma, forçados a aderir aos programas, especialmente com a possibilidade de normatização desses estabelecimentos; fazendo com que aquele que não quiser inserir-se seja excluído, podendo vir a perder sua clientela com o passar do tempo.

Ao explicar sobre a Pensão Modelo, o representante do poder público relata:

Pensão modelo não é nada mais que definir parâmetros, por exemplo, o quarto hoje que fica 10, 12 pessoas vamos estabelecer um parâmetro de 2, 3 pessoas. Nós temos a regulamentação da vigilância sanitária, elas estão enquadradas nessa regulamentação, se não estão temos que enquadrar sob pena de que é isso que nós temos que ver como é que vamos fazer, não ter alvará de funcionamento. Essas pousadas que se enquadram dentro desses critérios nós poderemos fazer uma divulgação na rodoviária pra que elas tenham, sejam referência na cidade e agora nós temos um problema porque a maioria é informal, nós estamos ainda trabalhando como é que vamos fazer isso sendo elas informais, porque lógico que a prefeitura tem o poder mandar formalizar. Qualquer atividade econômica tem que ser registrada, mas não é interesse nosso, nós queremos é que elas sintam a necessidade de formalizar (Representante do Poder Público).

A análise do projeto, mesmo que seja por via da fala do representante, permite vislumbrarmos que é ausente a efetiva execução de políticas públicas referentes aos serviços de hospedagem realizados pelas pensões; sendo, portanto, urgente sua plena consecução. É

interessante notar que o poder público, ao menos no que é relatado, abre-se para o diálogo, deixando que os donos de pensões sintam a real necessidade de se organizar e buscar auxílio junto às esferas públicas.

Esse dialogismo, poder público *versus* donos de pensões, evidencia as possibilidades de construir-se uma organização territorial, logo espacial, centrada na alteridade dos sujeitos construtores das formas e conteúdos espaciais da área em análise (MOREIRA, 2006).

Acrescente-se que as possibilidades de atuação dos donos de pensões, via associação, podem colaborar na manutenção e (re)construção de seus territórios, tornando esses espaços lugares singulares, especializados; enfim, dar um conteúdo espacial mais denso e coeso. Por outro lado, pensamos que as normatizações frente aos padrões de cuidados de saúde podem vir a ser ferramentas de busca pela saúde em seu estado proximal de plenitude, conforme discutido na primeira parte deste trabalho.

A análise da Figura 5, a seguir, põe em relevo que os usuários vêm em busca de tratamentos médicos em Teresina; sob este aspecto, utilizam as pensões como ponto de acomodação e de direcionamento para os hospitais, clínicas e laboratórios. Assim, fazem da pensão um nó que interliga, conecta os serviços da rede de saúde, propiciando um fluxo grandioso de conteúdo nesse espaço, seja no aspecto social, econômico seja cultural.

As discussões nas páginas anteriores podem ser sintetizadas na Figura 5, que apresenta o Esquema das redes e território, a seguir.

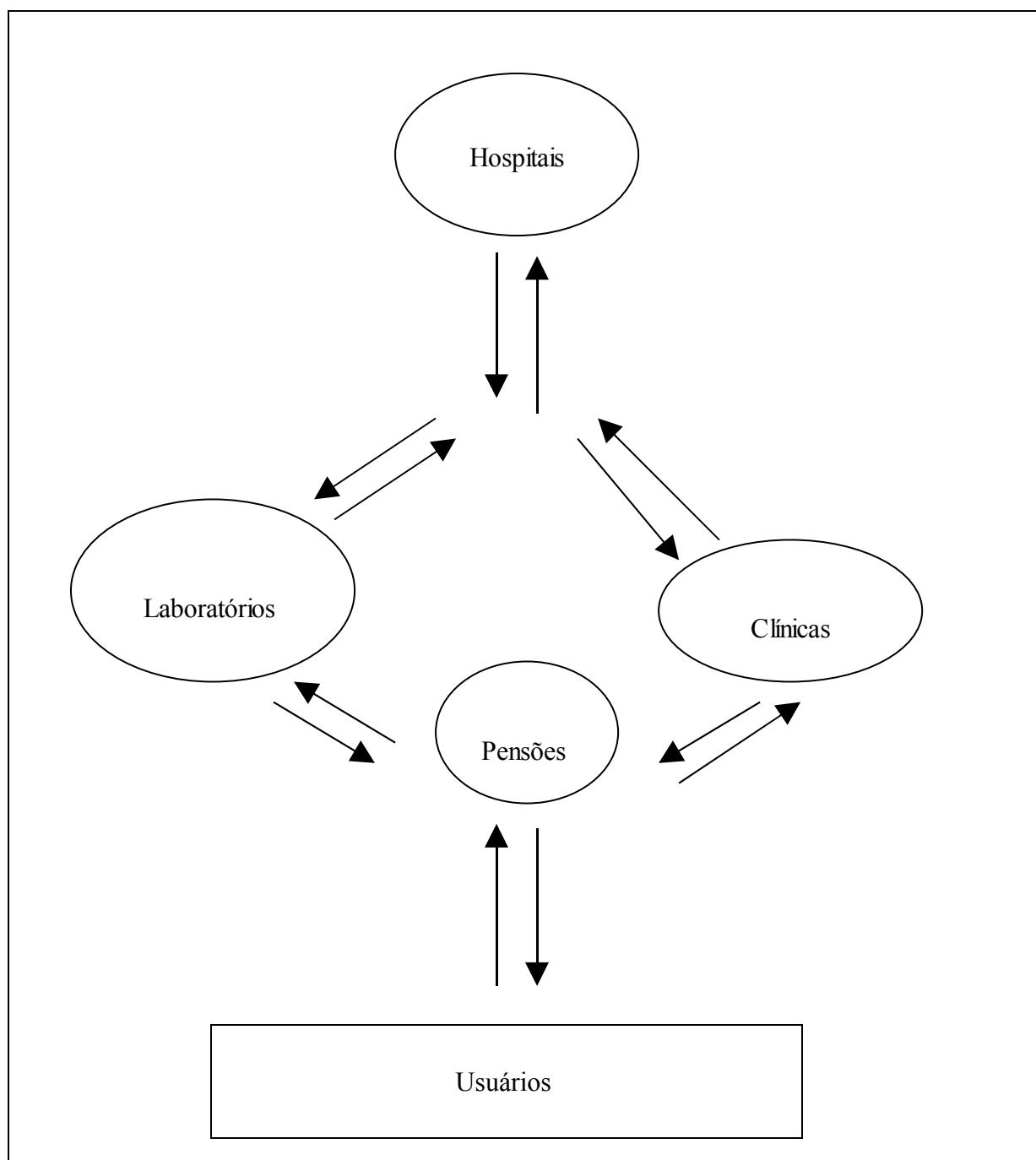


Figura 5 – Esquema das redes e território.  
Fonte: BUENO, P. H. de C. (2008).

No que tange à dimensão social, citamos a geração de empregos nessas pensões, seja para acompanhar pacientes, seja para cuidar da alimentação e limpeza dos estabelecimentos, assim como as possibilidades de relações sociais que podem ser desencadeadas nesses contatos interpessoais. Já o aspecto econômico advém do fato de que as pessoas que buscam as pensões trazem uma renda volumosa, quer para os donos de pensões, quer para os outros prestadores de serviços, tendo em vista que, em muitos casos, essas pessoas passam, ao

menos, 3 dias hospedadas; espaço temporal este suficiente para consultar um médico, fazer os exames e dar os resultados desses diagnósticos. Há também a face cultural, uma vez que esses contatos propiciam a interiorização da linguagem tipicamente médica, além de possibilitar o conhecimento de outras realidades, o que para pessoas oriundas de outras localidades é completamente novo.

A seta que indica para os usuários evidencia uma busca constante dos donos de pensões por clientes, gerando conflitos de territorialidade que, em muitos casos, extrapolam os limites do município de Teresina. Por outro lado, mostra que os territórios das pensões chegam a outras unidades da federação, assim como do Interior do Piauí, trazendo consigo uma valorização constante da Medicina teresinense, tendo em vista o crescente aumento da demanda por serviços médicos. Esses conflitos de territorialidade vêm, em muitos casos, funcionando como um mecanismo de conquista de votos, pois diversas pensões mantêm contratos informais com prefeituras, que enviam usuários, bancando as despesas que porventura venham a ocorrer.

Uma vez os usuários estando nas pensões, tem início um trajeto previamente elaborado para os hospitais, clínicas e laboratórios. Esse trilhar é repleto de conexões entre esses estabelecimentos, concorrendo entre si por clientes, o que acaba por gerar disputas por territórios bastante tensos e perigosos. Falar de tensão é remeter ao que já discutimos em páginas anteriores sobre as reportagens acerca da chamada “máfia das pensões”, que levam clientes para clínicas e laboratórios predeterminados em troca de pagamentos.

O termo “máfia das pensões” pode soar como extremamente pejorativo, contudo, deixa claro que as relações existentes entre os atores que (re)constroem o tecido espacial da área analisada precisa ser investigado, para que se tenha uma prestação de serviço, em especial, ligada à saúde, mais condizente com os preceitos constitucionais que garantem esse direito a todos de forma justa e igualitária.

Essa conexão pode ser assim resumida: o usuário chega à pensão, conta seu problema de saúde; o dono o escuta e o leva para a especialidade que acredita ser a recomendada. Por sua vez, logo após a consulta, vêm os exames, os quais são realizados em laboratórios e clínicas que pagam uma quantia pela escolha de seu estabelecimento.

Por outro lado, caso haja a necessidade de cirurgia, o dono geralmente conhece algum médico que pode realizá-la por um preço a combinar. Se for particular, pode ocorrer a tentativa de burlar o Sistema Único de Saúde (SUS), pois o sistema reserva-se a atender pessoas especificamente do município do indivíduo, no caso a população teresinense. Após a realização desse procedimento, cria-se um vínculo entre o dono da pensão e o usuário, que

acaba por recomendá-la a outras pessoas, fazendo, portanto, a divulgação do estabelecimento, o que pode extrapolar até mesmo os limites do Brasil, conforme evidenciado por um dos entrevistados.

Convém enfatizar, ainda, a existência de outros personagens, tais como: os vendedores ambulantes, taxistas, donos de restaurantes e lanchonetes; enfim a área é repleta de um comércio variado, o qual requer uma organização espacial urgente. Essa organização diz respeito ao tráfego de veículos, aspecto visual da paisagem, camelôs em locais inapropriados, dentre outros.

A rede de serviços de Saúde – na qual as pensões funcionam como *nós* – precisa ser esmiuçada, para que haja uma construção e implementação de políticas públicas que visem ordenar aquele espaço. Nesse sentido, torna-se necessário que se busque conhecer cada elemento constituinte dessa configuração espacial, dos vendedores ambulantes aos procedimentos médicos que habitualmente são burlados.

Esse jogo de relações presentes na subárea 2 do Pólo de Saúde constitui-se como relações objetivas de transação e concorrência, para utilizar um termo de Bourdier. Isso é posto por considerar-se que há uma concorrência entre todos esses atores que (re)constroem esse espaço, seus territórios, microterritórios e suas redes. Essas relações de concorrência podem ser resumidas em disputas por parte das pensões e seus usuários; das clínicas e laboratórios por clientes, e destes com as pensões; dos hospitais, com as pensões; dos outros atores que ocupam as ruas entre si e as próprias pensões. Por fim, com base na realidade pesquisada, podemos afirmar que há uma tensão constante nesse território dos serviços de Saúde em Teresina, requerendo, portanto, uma intervenção do poder público, seja municipal seja estadual, com vistas ao ordenamento territorial (MOREIRA, 2006).

## 5 CONCLUSÃO

Partindo das discussões tecidas ao longo dos capítulos precedentes, podem ser realizadas algumas inferências acerca dos objetivos propostos para a construção desta dissertação. Ressalte-se, porém, que essas reflexões são apenas a título de considerações finais, uma vez que a pesquisa não finda, pois é processo em constante busca de compreensão do fenômeno analisado.

A produção espacial das casas de pensões, na subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina, começou a intensificar a partir dos anos de 1990, resultando em crescimento da demanda por serviços de saúde, que a capital piauiense oferece; em especial, a medicina curativa e privada. Nesse contexto, as pensões encontram-se nas proximidades dos hospitais, clínicas e laboratórios, o que facilita o acesso dos usuários desses estabelecimentos junto aos médicos.

Essa contiguidade, diariamente, traz uma (re)construção de territórios, em particular as pensões, inseridas na rede de serviços de saúde. Assinala-se ainda que, na produção de territórios, formas espaciais que antes serviam como residências estão sendo ressignificadas para casas de pensões. Esses territórios construídos produzem conflitos que vão desde as tensões entre os donos de pensões e suas práticas, assim como entre esses donos e as clínicas, laboratórios e hospitais. É interessante considerar também que no espaço pesquisado há uma vasta produção de microterritórios, dentre os quais podem ser citados: os ambulantes, lanchonetes, taxistas, agenciadores(as) de clientes para serem levados para clínicas e laboratórios predeterminados, dentre outros.

Os territórios construídos pelas casas de pensões extrapolam os limites da capital piauiense e do próprio Estado, pois seus usuários são oriundos de espacialidades diferentes. Nessa relação de busca de usuários, são realizados alguns contratos informais com prefeituras do Piauí, o que acaba por ser uma forma de clientelismo político ainda existente no Estado.

Uma vez estando o usuário na pensão, inicia-se uma série de acontecimentos que percorrem a seguinte linearidade: o dono da pensão pergunta ao usuário qual seu problema de saúde; de acordo com a descrição do sujeito, tem-se uma visão de qual a especialidade será requerida; este, por conseguinte, será levado até as clínicas e hospitais da cidade. Por este serviço, além das refeições diárias, é cobrada uma taxa de, em média, R\$ 12,00 (doze reais). O preço da diária, segundo os entrevistados, não traz muita rentabilidade, fazendo com que os donos de pensões busquem criar vínculos, o que alguns chamam de “convênios”, com clínicas, laboratórios e médicos, para que se aumente o retorno financeiro do serviço.



As casas de pensões têm uma estrutura física que deixa a desejar em alguns momentos; falta também uma fiscalização mais constante da vigilância sanitária; o que requer, portanto, que se construam e executem políticas públicas por parte, especialmente, do poder público municipal. Contudo, já existem políticas formuladas na Agenda 2015, porém sua praticidade ainda está por vir.

No intento de se buscar implementação de políticas públicas, os proprietários de pensões edificaram sua associação, mas esta não está atuante como deveria. Nessa perspectiva, aponta-se para a necessidade de se mobilizarem com mais intensidade e periodicidade para se constituírem como um grupo de pressão, capaz de atuar junto ao poder público.

Um ponto que merece atenção são os conflitos e as redes de relações que se desencadeiam entre os atores que (re)constróem os conteúdos presentes na subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina, configurando-se, em alguns “convênios”, aliciamento a clientes e possíveis usos indevidos dos serviços do Sistema Único de Saúde.

Convém salientar que ao tecer alguns comentários à guisa de conclusão, nosso objetivo não constituiu apontar saídas, elaborar cenários desejados hipoteticamente ou responder questões suscitadas de forma conclusiva, mas fomentar leitores deste estudo a questionar, pensar e agir (n)o espaço geográfico, via conceitos de territórios e redes, (re)construídos na subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina.

Nessa ambiência dos serviços de saúde, sugere-se que se façam outras pesquisas, uma vez que a presente não findou, não esgotou a temática, nem o espaço em análise. Só a título sugestivo apontamos, como possíveis meandros e objetos de posteriores pesquisas, os seguintes tópicos: os microterritórios produzidos pelos ambulantes, taxistas, agenciadores(as) de clientes, organização espacial da área, tipos predominantes de enfermidades tratadas nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, a vida cultural das pensões, entre outras.

Findo minhas considerações expondo que os resultados desta pesquisa consistem em um início para um conhecimento mais profundo da realidade em questão, requerendo, deste modo, pesquisas em outros elementos/atores que (re)constróem aquela fração espacial cidadina. É importante frisar também que a produção espacial das casas de pensões (re)configura seus territórios; há uma temporalidade e processualidade que requerem políticas públicas que visem a otimização desses serviços de hospedagem. Por fim, com base na realidade estudada, acrescenta-se que algumas políticas públicas já existem no papel, particularmente na Agenda 2015, mas ainda é preciso torná-las efetivas para que sejam postas em prática.

## REFERÊNCIAS

- AFFONSO, C. A. A. Planejamento estratégico e o Plano Teresina Agenda 2015. **Scientia et Spes**. Revista Instituto Camilo Filho, Teresina, v. 1, n. 2, 2002, p. 71-89.
- ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2001.
- AZEVEDO, Aluísio. **Casa de pensão**. São Paulo: Rideel, 2000.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisa de Survey**. Belo Horizonte: UFMG, 2003.
- BARCELLOS, Christovam; MONKEN, Maurício. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 898-906, maio/jun., 2005. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 03 nov. 2006.
- BARREIRA, M. C. R Nobre. **Avaliação participativa em programas sociais**. São Paulo: Veras, 2000.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- BUENOS AYRES, Carlos A. M. de C. Democratização da administração pública e o caso do paradigma estado cêntrico no Brasil. São Paulo. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, n. 3, p. 442-469, jan./jun. 2004.
- CARLOS, Ana Fani A. **A cidade**. São Paulo: Contexto, 1992.
- CASTELLS, Manuel. & BORJA, Jordi. As cidades como atores políticos. In: **Novos Estudos CEBRAP**, n. 45, p.152-166, jul. 1996.
- CONFALONIERI, Ulisses E. C. Variabilidade climática, vulnerabilidade social e saúde no Brasil. **Terra Livre**. São Paulo, Ano 19, vol. 1, n. 20, p. 193-204, jan./jul. 2003. Disponível em: <[www.agb.org.br](http://www.agb.org.br)>. Acesso em: 3 nov. 11 2006.
- CORREA, Roberto Lobato. **O espaço urbano**. São Paulo: Ática, 1989.
- DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- DAMIANI, Amélia Luisa et alii. **O espaço no fim de século**: a nova realidade. São Paulo: Contexto, 1999.
- DIAS, Leila Christiana. Redes: emergência e organização. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo C. da C.; CORRÊA, Roberto L. **Geografia**: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.
- DOWNS, Anthony. **Uma teoria econômica da democracia**. Tradução Sandra Guardini Teixeira Vasconcelos. São Paulo: EDUSP, 1999. p. 11-56.

FAÇANHA, Antônio Cardoso. **A evolução urbana de Teresina**: agentes, processos e formas espaciais da cidade. 1998. Dissertação (Mestrado) – Recife: UFPE, [1998].

\_\_\_\_\_. **Gestão urbana e dilemas no poder local**: internidade e dispersão em Teresina (PI). IX Simpósio Nacional der Geografia Urbana (SIMPURB), Manaus (AM), 18 a 21 de out. 2005.

\_\_\_\_\_. **O plano estratégico de Teresina (PI)**: mercado, consenso e limites no urbano. VIII Simpósio Nacional de Geografia Urbana (SIMPUBR), Recife (PE), 10 a 14 de nov. 2003b.

FERREIRA, Maria Eugenia M. C. Doenças Tropicais: o clima e a saúde coletiva. Alterações climáticas e a ocorrência de malária na área de influência do reservatório Itaipu-PR. **Terra Livre**. São Paulo, Ano19, vol. 1, n. 20, p. 179-191, jan./jul. 2003. Disponível em: <www.agb.org.br>. Acesso em: 3 nov. 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio século XXI escolar**: o minidicionário da língua portuguesa. 4.ed. Rev. e Ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FOOTE-WHYTE, W. Treinando a observação participante. In: GUIMARÃES, A. Z. (Org.). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. p. 77-86.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 22 ed. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979. (Cap. V).

\_\_\_\_\_. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. 22 ed., rio de Janeiro: Graal, 1979. (Cap. VI).

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 64-89.

GIDDENS, Anthony. Sociologia do corpo: saúde, doença e envelhecimento. In: GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. (Cap. 6).

\_\_\_\_\_. As cidades e os espaços urbanos. In: GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. (Cap.18).

GOLDENBERG, M. Entrevistas e questionários. In: \_\_\_\_\_. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 2001. p. 85-91.

GOMES, Paulo César da Costa. Geografia e fin-de-siècle: o discurso sobre a ordem espacial do mundo e o fim das ilusões. In: GOMES, P. C. C.; CASTRO, Iná E. et alii (Org.). **Explorações geográficas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

GOTTDIENER, Mark. **A produção Social do espaço urbano**. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 1997.

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde urbana: velho tema, novas questões. **Terra Livre**, São Paulo, n. 17, p. 155-170, 2º sem. 2001. Disponível em: <www.agb.org.br>. Acesso em: 3 nov. 2006.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigação quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Tradução Flávio R. Kothe. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p. 169-213.

HAESBAERT, Rogério. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: Santos, Milton et al. **Território, territórios**: ensaios sobre o ordenamento territorial. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

\_\_\_\_\_. **Territórios alternativos**. São Paulo: Contexto, 2002.

HAGUETTE, T. M. F. Pesquisa-ação e pesquisa participante. In: \_\_\_\_\_. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 95-150.

HISSA, Cássio Eduardo Viana. **A mobilidade das fronteiras**: inserções da geografia na crise da modernidade. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

IANNI, Octavio. **A era do globalismo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BRIGA JUDICIAL POR TERRENO AMEAÇA SAÚDE DE HÓSPEDES. **Jornal Meio Norte**. Caderno Cidades. 10 jul. 2007.

MÁFIA DAS PENSÕES. **Jornal O Dia**, 13 jan. 2008.

TRÁFICO DE PACIENTES. **Jornal O Dia**, 13/01/2008.

DONOS DE PENSÕES DEFENDEM CONVÊNIOS. **Jornal O Dia**, 13 jan. 2008.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 90-113.

LIMONAD, Ester. Urbanização e organização do espaço na era dos fluxos. In: SANTOS, Milton et al. **Território, territórios**: ensaios sobre o ordenamento territorial. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. (Cap. 7).

MANCUR, Olson. **A lógica da ação coletiva**: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais. Tradução Fábio Fernandez. São Paulo: EDUSP, 1999. p. 17-64.

MARTES, Ana C. B. et al. **Modelo de avaliação de programas sociais prioritários**: relatório final. Campinas: NEPP/UNICAMP, 1999.

MELO, Lúcia Carvalho P.; ROLIM, Francisco Sales C. **O setor de serviços de saúde nos Estados de Pernambuco e Piauí**. Fortaleza: banco do Nordeste, 2000.

MENDONÇA, Francisco. **Clima e criminalidade**: ensaio analítico da correlação entre a temperatura do ar e a incidência de criminalidade urbana. Curitiba: UFPR, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 08.080 de 19/09/1990. Disponível em: <[www.ministeriodasaude.gov.br](http://www.ministeriodasaude.gov.br)>. Acesso em: 3 nov. 2006.

MOREIRA, Ruy. O espaço e o contra-espaço: as dimensões territoriais da sociedade civil e do Estado, do privado e do público na ordem espacial burguesa. In: Santos, Milton et al.

**Território, territórios:** Ensaio sobre o ordenamento territorial. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

MORIN, E. O pensamento dissimulado (paradigmatologia). In: \_\_\_\_\_. **O método 4. As idéias. Habitat, vidas, costumes, organização.** Porto Alegre: Sulina, 2001. p. 258-292.

OFFE, Claus. **Problemas estruturais do Estado capitalista.** Tradução Bárbara Freitag. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

PASQUINO, Gianfranco. Grupos de Pressão. In: BOBBIO, Noberto et al. **Dicionário de política.** 5. ed. Brasília: Universitária de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000.

PEITER, Paulo. **Curso de Geografia da Saúde.** Disponível em: <[www.igeo.ufrj.br/fronteiras/aulas/paulo01/img0.htm](http://www.igeo.ufrj.br/fronteiras/aulas/paulo01/img0.htm)>. Acesso em: 27 mar. 2006.

PINTO, João Bosco G. **Algumas indicações para o diário de campo.** Recife: [s.ed., 198?]. (Mimeo).

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA. **Teresina Agenda 2015:** Plano de Desenvolvimento Sustentável. Teresina, 2002.

RAMOS, Francisco Ferreira. **Memorial do Hospital Getúlio Vargas:** contexto histórico-político-econômico-sociocultural 1500 – 2000. Teresina: Gráfica do Povo, 2003.

ROCHE, Chris. **Avaliação de impactos dos trabalhos de ONGs:** aprendendo a valorizar mudança. São Paulo: Cortez; ABONG: Oxfan: Inglaterra, 2002.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública.** Tradução Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec/UNESP, 1994.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia científica:** a construção do conhecimento. 6. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna.** Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço:** técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: EDUSP, 2002.

\_\_\_\_\_. **O espaço dividido:** os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2004.

\_\_\_\_\_. O dinheiro e o território. In: Santos, Milton et al. **Território, territórios:** ensaios sobre o ordenamento territorial. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. (Cap. 1).

\_\_\_\_\_. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

\_\_\_\_\_. **O espaço dividido:** os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2004.

\_\_\_\_\_. **Território e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. Entrevista concedida por Milton Santos.

SILVA, Teresinha de Jesus Ferreira da. **Sustentabilidade do pólo de saúde de Teresina**. 2006. 121 fls. Dissertação (Mestrado) – UFPI/TROPEN/PRODEMA, [2006].

SILVA E SILVA, Maria Ozanira (Org.). Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: \_\_\_\_\_ (Org.). Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática. São Paulo: Veras, 2001.

SOUZA, Marcelo J. Lopes de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo C. da C.; CORRÊA, Roberto L. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

\_\_\_\_\_. **Mudar a cidade**: uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

SPÓSITO, Maria Encarnação B. A urbanização da sociedade: reflexões para o debate sobre novas formas espaciais. In: DAMIANI, Amélia Luisa et alii. **O espaço no fim de século**: a nova realidade. São Paulo: Contexto, 1999.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

THIOLLENT, M. Definição das técnicas de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, 1987. p. 31-39.

VELOSO FILHO, F. de A. Teresina Agenda 2015: desenvolvimento econômico. **Scientia et Spes**. Revista Instituto Camilo Filho, Teresina, v. 1, n. 2, 2002, p. 143-170.

# Apêndices

## VIVENCIANDO A PENSÃO

Pesquisar não é tarefa fácil, requer uma dose de disposição para enfrentar obstáculos desconhecidos; significa descortinar e entender o objeto a ser pesquisado. Todas as situações que envolvem trabalhos investigativos ensejam experiências, nas quais o pesquisador sente necessidade de aprofundar, por meio do estudo, a realidade em que pretende debruçar-se.

É nesse contexto que esta pesquisa faz sua introspecção, tendo em vista a necessidade de um conhecimento mais profundo sobre o objeto de estudo escolhido; desta forma, toma corpo a experiência que aqui se apresenta. Consiste em uma descrição reflexiva da primeira aproximação empírica, na qual vivenciei a condição de pólo pesquisado, em que foram realizadas observações, ao tempo em que experienciei o cotidiano de quem se hospeda em uma pensão, localizada na subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina, em busca de tratamento médico.

A inserção do pesquisador no ambiente do pólo pesquisado visou o entendimento de duas questões, a saber: – Qual a infra-estrutura física e de recursos humanos oferecida pelas pensões? Que reflexões podem ser desencadeadas no interagir entre o pesquisador e seu objeto de estudo?

Antes de ir a uma pensão, decidi procurar na lista telefônica alguns números desses estabelecimentos que ofertam serviços de hospedagem; em seguida, liguei para quatro delas. Em todas, perguntei se existiam quartos individuais; em uma foi respondido que sim. Optei então por uma localizada na Rua Pires de Castro; acrescenta-se que solicitei a reserva do quarto individualizado para a quarta-feira (13 dez. 2006), porém não pediram meu nome ou outro dado qualquer, mas mesmo assim decidir ir.

A não exigência do nome ou outros dados pessoais é inerente a quase todas as pensões, dando um aspecto de pessoalidade muito patente e, até certo ponto, preocupante. A idéia *de preocupação* parte do entendimento que, se não solicitam dados pessoais, podem abrir-se espaços para ações de cunho periculoso junto a esses estabelecimentos e as pessoas que neles se hospedam e transitam.

Saí de casa às 07:40h da manhã de quarta-feira, fazendo o deslocamento por meio de ônibus, o qual tem uma parada em frente à pensão onde iria hospedar-me, e, por volta de 08:30h, cheguei àquele lugar. A primeira impressão foi de angústia, talvez pelo medo do inesperado, e também pela ansiedade. Ao chegar, toquei a campainha (duas vezes), não sendo



atendido à porta, resolvi entrar, uma vez que o portão de entrada fica aberto. Tal ação desencadeou o processo de observação descritiva que passo a discorrer agora, mesmo não de todo fidedigno aos detalhes característicos da pensão.

A entrada fica defronte da parada do ônibus; possui uma ampliação do telhado, uma área coberta na frente da pensão, a qual serve para sombrear, especialmente à tarde, porque o estabelecimento fica exposto ao sol nesse período. Nessa área sombreada, há um grande banco de madeira, que serve de local para conversas dos hóspedes e observação do fluxo de pessoas e carros que passam na rua. No portão de entrada, tem uma campainha do lado esquerdo, dando acesso a um corredor com seis cadeiras, encostadas na parede do lado esquerdo de quem entra, com espaguete azuis e alguns verdes. Ao final do corredor, existe uma área que pode ser chamada de serviço, com uma pia de lavar roupas e outra de lavar as mãos, uma lavadora de roupas e ainda um banheiro; há também três caixas d'água de 500 litros cada, apoiadas no alto sobre suportes de madeira, funcionando como reserva para uma eventual falta d'água.

Dessa área, tem-se acesso à primeira sala (a de refeições), do lado direito de quem adentra no recinto. Do lado esquerdo, voltando em paralelo ao portão de entrada, existem seis quartos, além de um banheiro. Ligado à sala, tem-se um quarto com banheiro (este por sinal menor que os outros da casa). A sala também precede a cozinha e os outros quartos (um total de quatro), sendo que um é o do casal, donos da pensão. Do lado do que foi reservado para mim tinha um com seis camas e duas redes. Após a cozinha, há o que se pode chamar de segunda sala, com uma cama ao lado da parede, uma televisão, uma tábua de passar roupas, duas muletas penduradas na parede, um ventilador de teto e borrifador (talvez o próprio dono faça a desinsetização). Os quartos são todos com camas, sendo utilizadas redes quando há muita gente ou por preferência de quem se hospeda. Logo após a segunda sala tem-se um corredor pequeno que dá acesso aos outros dois quartos.

Na sala de refeições, encontra-se uma mesa com seis cadeiras, dois sofás, um bebedouro, um balcão com os copos e outros objetos; a dica para a higiene de quem bebe encontra-se em cartaz afixado na parede: “Ao beber coloque o copo na mesa”. Os copos, uma vez estando na mesa, são retirados e lavados para serem colocados de volta na bandeja. É interessante notar o informativo acerca das refeições; traz os horários, mas também avisa que pode haver possíveis atrasos, prevendo a ocorrência de algumas eventualidades problemáticas, a exemplo da falta de gás.

Nessa sala vê-se também um extintor de incêndio, o que demonstra uma preocupação dos proprietários da pensão para casos de acidentes que, porventura, envolvam fogo, trazendo

maior segurança ao usuário que ali se encontra. A ventilação é feita com um ventilador fixado na parede, o qual, por meio de seu giro, leva uma amenização da temperatura aos comensais junto à mesa. Essa descrição da sala de refeições pode ser visualizada nas Fotos 1 e 2.



Foto 1 – Sala de refeições, na qual podem ser visualizados os equipamentos integrantes de seu espaço.  
Fonte: BUENO, P. H. de C. (jan. 2008).



Foto 2 – Cartazes informativos acerca das normas de higiene e horário das refeições.  
Fonte: BUENO, P. H. de C. (jan. 2008).

A cozinha é pequena; consiste em dois miniespaços, sendo o primeiro o local em que se encontram a pia de lavar louça e uma mesa; e no segundo estão o fogão de seis bocas e uma estante com os alimentos, funcionando assim também como despensa. Esses espaços podem ser vistos nas Fotos 3 e 4.



Foto 3 – Pia de lavar louça da cozinha.  
Fonte: BUENO, P. H. de C. (jan. 2008).



Foto 4 – Outro espaço da cozinha que contém o fogão e um armário.  
Fonte: BUENO, P. H. de C. (jan. 2008).

Os conteúdos das pensões são produzidos diariamente, através das relações sociais, econômicas e culturais, tecidas nas formas espaciais destes estabelecimentos. É interessante como esta pensão parece um labirinto; daí destacar que sua entrada é marcante, pois o seu corredor, com aproximadamente 8 metros de comprimento, remete a pensar-se em um caminho para o inesperado, para o novo, enfim para algo estranho até o momento. Ressalte-se que, no fim do corredor, onde já descrevi área de serviço, esta se encontrava ornamentada com alguns enfeites e artigos natalinos.

Ao dobrar a esquerda, tive acesso à primeira sala, a de refeições, em que se encontravam cinco pessoas (assim dispostas: duas sentadas no sofá menor; uma no maior; e duas servindo-se à mesa) tomando o café da manhã. Ao deparar-me com as pessoas que ali estavam, saudei-os com um bom dia, o que foi prontamente respondido. Perguntei pela dona e uma senhora foi chamá-la, porém ela não se encontrava, e quem veio me atender foi sua filha (uma mocinha com mais ou menos 15 anos, magrinha, porém bastante simpática). Falei para ela que havia ligado na segunda-feira e ela então se lembrou; pediu-me para esperar um pouco. Neste momento, os que estavam na sala tomando seu café disseram para sentar-me.

Em alguns minutos (cerca de 3 min.), a mocinha veio chamar-me, conduzindo-me até o quarto. Pude, ao longo desse trajeto, observar a paisagem do interior da pensão, percebendo que inicialmente passamos pela cozinha, muito pequena por sinal, adentrando em um corredor, dando acesso a uma segunda sala e um outro corredor para que pudéssemos chegar ao quarto que me foi reservado. Foi possível perceber também a existência de outros quartos e um banheiro; à primeira vista é perceptível que a casa foi modificada para ser uma pensão.

Em instantes, chegamos ao quarto reservado para mim, o que mais parece uma cela de cadeia (apesar de nunca ter estado em uma, apenas visto na televisão e em filmes). O quarto era extremamente pequeno, creio que 1,20m de largura com 3 metros de comprimento; nele está uma cama de solteiro que preenche quase todo o seu espaço dimensional. A porta é de aramado e seu interior é pintado de branco, contendo um reboco até a metade de sua altura e o restante “chapiscado”; tem ainda uma lâmpada que serve para os dois quartos, o meu e o do lado. Existe também um ventilador, de cor branca, em bom estado de funcionamento, uma cadeira de espaguete (acredito que seja para colocar a roupa e outros artigos ou conversar com alguém), um cabide pequeno com dois suportes para roupas. A cama é coberta por um tecido simples (lembrei do tempo da chita), tem estampa florida, assim como a fronha do travesseiro. Seu aspecto visual parece trazer um conforto, ao menos imaginário e espiritual pelas estampas floridas. Pelo cheiro, parece-me que as cobertas foram “colocadas hoje” (13/12/06), ou seja, postas para receber um novo hóspede.

Interessante tem sido o fato de que cheguei à pensão há mais ou menos uma hora e trinta minutos e nem a dona nem os “funcionários” (as aspas são postas porque a mão-de-obra desta pensão é composta por membros da família) vieram falar comigo a respeito do que eu tinha vindo fazer ali, também não foi solicitado o preenchimento de ficha cadastral nenhuma; enfim sou estranho/hóspede, entro e saio sem ser questionado, ficando então a pergunta: – É seguro estar aqui na pensão? Qualquer pessoa pode entrar aqui e não ser perguntada sobre o que veio fazer?

Nesse ínterim, já vivenciando o contexto da pensão, iniciei uma conversa com um dos hóspedes; ele discorria sobre seu problema, dizendo que sofreu uma pancada no rosto enquanto jogava bola, trombando com o goleiro; faz dois meses que aconteceu tal evento, mas só agora começou a ter dor de cabeça, sentindo a necessidade de vir a Teresina em busca de tratamento médico. Ele é de Caracol-PI, e veio de Van para Teresina, viagem essa que durou mais ou menos 10 horas. A Prefeitura do referido município está pagando sua hospedagem. O mencionado hóspede fez uma tomografia computadorizada que custou R\$ 170,00 (Cento e setenta reais), sendo que o prefeito deu R\$ 70,00 (Setenta reais) como ajuda, ficando o restante a seu cargo. Continuando a falar de sua vida, disse que é envolvido com futebol, é técnico, jogador, árbitro e organizador de campeonatos; mas agora se encontra apreensivo por não poder exercer suas atividades nem outros tipos de trabalhos que sejam realizados sob o sol, uma vez que é casado e pai de duas filhas; seus pais já faleceram e os irmãos moram em São Paulo. Expressava-se ele: – o que farei da minha vida agora para sobreviver?

Conversando com outros hóspedes, foi possível perceber os entrelaçamentos entre as pensões e prefeituras, em especial de cidades pequenas. Nesta pensão, ora em pauta, três prefeituras são apontadas como atores desse processo de interação usuário – serviço de saúde em Teresina: Jurema, Anísio de Abreu e Caracol; todas essas cidades são municípios piauienses.

Residente em Anísio de Abreu, dona Imaculada, ao travar um diálogo, relata que está liberada dos médicos, findando todo o processo de consulta; e mostra dos exames. Segundo ela, seu problema é úlcera, desvio na coluna e “bico de papagaio”; disse ainda que vai tomar os remédios, mas não ficará boa. É conformada com a vida, diz ser feliz por ter uma família sem “problemas”. É interessante que, ao externar seu desejo de ir embora, faz o seguinte comentário: “é ruim está na casa dos outros, meu filho!” Essa fala me deixa intrigado pelo seguinte raciocínio: se ela está em um estabelecimento comercial, que presta um serviço de hospedagem, que é pago, mesmo que não seja por ela, como considera que seja *casa dos outros*? Isso remete a pensar-se que muitos hóspedes não vêem a pensão somente como

negócio, mas a vêem como abrigo, uma extensão de uma mão amiga em horas difíceis, mas que não se pode abusar da ajuda. E a questão cultural parece ser muito mais presente do que a matriz econômica. Essa mesma senhora disse que já passou por oito cirurgias, e, em sua última, passou três meses aqui em Teresina, em uma outra pensão. Conclui sua fala dizendo quem não tem nada a reclamar dos médicos, dos enfermeiros, da pensão ou mesmo da cidade.

Depois de um tempo na pensão, tive meu primeiro contato com a proprietária. Nessa ocasião, ela perguntou sobre o que me trazia a Teresina. Falei que estava aqui para fazer um tratamento odontológico, e ficaria no máximo dois dias. Comentei ainda que faria o tratamento pelo IAPEP (Instituto de Assistência e Previdência do Estado do Piauí) e ela prontamente me ensinou o caminho, porém não disponibilizou ninguém para acompanhar minha ida até o respectivo Instituto. Aliás, algumas pessoas que aqui estão vão e vêm sozinhos para suas consultas e exames, e, ao que me parece, são aqueles que já aprenderam o caminho.

Durante essa conversa, passei por uma situação que se pode chamar de tirar o véu do disfarce. A dona da pensão perguntou se já havia ministrado aulas na Fundação Nossa Senhora da Paz, localizada na Vila da Paz, um dos bairros teresinenses. Respondi que sim e ela disse: “Ah! É porque minha filha na hora em que lhe viu reconheceu você e disse que já foi professor dela”. Creio que este foi o motivo pelo qual levou a dona da pensão a não me ofertar acompanhamento até o serviço que iria procurar, no caso tratamento odontológico. Assim, troquei mais algumas palavras com ela e fui ao IAPEP, um longo caminho percorrido e bastante pensativo, pois me perguntava: – e agora? Como mantereis meu “disfarce”? Como serei apenas mais um hóspede?

Ao retornar, a irmã da proprietária – que já tinha morado em minha cidade natal Arraial-PI – veio com uma avalanche de perguntas; e, ao responder, tentava não me identificar muito, para que posteriormente ela não descobrisse toda a verdade, pois prefiro, em um outro contato, revelar o meu segredo, no caso, a pesquisa.

A primeira refeição do dia é posta por volta de 06:40h, para que os hóspedes possam servir-se. Neste momento, são colocados na mesa da sala de refeições: uma garrafa térmica com café e outra com leite, um recipiente com pães franceses e um bolo doce, os mesmos são comprados diariamente e bem cedo. Além disso, uma margarina é posta para ser utilizada como um acompanhamento para degustar o pão francês. Naquele instante, não percebi a existência de nenhum tipo de fruta, suco, ou outros alimentos recomendados como mais saudáveis para a saúde humana, em especial para quem já está doente ou em busca de tratamento médico.

O almoço foi servido à mesa por volta de 12:20h; para tanto, puseram vários pratos, talheres, uma travessa com arroz, outra com feijão, outra com macarrão (este bastante gorduroso), outra com carne bovina frita na gordura e uma última com salada crua (composta por pepino, tomate e alface). Cada hóspede serve-se à vontade; alguns se sentaram ao redor da mesa, porém, como são apenas seis cadeiras, outros tiveram que comer sentados no sofá, ou então levar para o seu quarto. A comida não é muito boa; mas, para quem está hospedado, não resta alternativa, em especial aqueles que não conhecem nada além do caminho da pensão para o seu médico. Consegui sentar à mesa para almoçar e pude observar os outros; isto ampliou minha percepção da simplicidade daqueles que ali compartilhavam a comida, retratados em sua maneira de lidarem com talheres ou colheres e a maneira como se punham ao redor da mesa. O jantar não diferiu muito do almoço, apenas modificou o tipo de carne, que no caso foi frango ao molho, seguindo o mesmo ritual da refeição anterior.

Algumas indagações podem ser tecidas acerca da qualidade da comida servida e seus valores nutricionais, em especial os voltados para quem está doente. Dentre esses questionamentos, todos podem ser citados, sem distinção do tipo de enfermidade. Eles são “obrigados” a comer a mesma comida. E se não puderem? Se as pensões são estabelecimentos em que alguém se hospeda em busca de tratamento de saúde, por que não servem alimentos mais saudáveis, tipo fruta, suco, barras de cereais e outros? Há algum acompanhamento de nutricionista na elaboração do cardápio? Quais os padrões de higiene seguidos no preparo do alimento? Enfim, tantas outras são possíveis ainda, mas findo aqui, por considerar que essas indagações são apenas o topo de um *iceberg* que detém segredos, que podem ser perseguidos durante uma pesquisa.

O conjunto de aspectos contidos na pensão torna nossa visão, que no meu caso já fiquei hospedado em outros locais, um tanto quanto negativa; certamente poderia haver mais higiene, conforto, organização, enfim, melhor qualidade do serviço prestado. O vivenciado aqui parece como em uma casa de família lotada de “filhos”, pois faltam espaço e organização padronizada.

Alguns hóspedes se foram logo após o jantar. Eu e mais três fomos “passear” na Avenida Frei Serafim; para dois deles era a primeira vez que estavam na Capital, já para o outro era a segunda. Ao longo da caminhada, percebi que eles vêem a pensão como algo bom, uma proteção nesse labirinto que é o setor de saúde teresinense. Um deles – o Tadeu (tinha um tumor na cabeça) – disse que anda com o cartão da pensão na bolsa para o caso de necessitar de um táxi; mas disse também que a clínica em que foi realizar o exame disponibilizou um carro para ir deixá-lo na pensão. Outro aspecto levantado por Tadeu foi que

o médico que o consultou recomendou que devia fazer o exame (no caso um de sangue, só que complexo) na clínica em que ele trabalha, pois esse médico não confiava muito nos resultados das outras clínicas.

Deste modo, pude ver que para essas pessoas as pensões são uma extensão de seu lar, mesmo quando têm algo que não gostam (o arroz, por exemplo, comentou Tadeu, “estava com um cheiro de passado de tempo”); não reclamam, aceitam a realidade na qual se inserem com “confortabilidade”. O passeio foi interessante por trazer à tona algumas histórias, o quanto essas pessoas, mesmo leigas em medicina, já dominam nomes de exames, remédios; enfim, sobre medicina curativa de forma bastante significativa. Esses “amigos”, mesmo morando em suas cidades, trabalham de roça, assunto que freqüentemente era tratado.

Um aspecto que me chama a atenção na vida noturna da pensão é que as pessoas ficam, após o jantar, sentadas na calçada, conversando sobre seus males, tratamentos médicos, sobre suas vidas, sabores e dissabores, seu trabalho (roça ou não); enfim, percebe-se uma prática de hábitos rurais ou de cidades pequenas em uma grande cidade.

Na volta do passeio, conversamos mais um pouco, chegando depois a hora do descanso. A pensão estava em silêncio, apenas o som do ventilador me fazia companhia, pois os outros hóspedes já tinham ido dormir. A proprietária, seu esposo e suas duas filhas e uma sobrinha haviam saído, e ainda não tinham retornado. A mãe da dona da pensão estava a sua espera. Essa senhora manteve um longo diálogo enquanto assistíamos a um filme (O todo poderoso – TV Globo – 13/12/06); aliás, ela pouco assistiu, pois, quando eu parava de conversar, ela tirava um cochilo sentada sobre uma cadeira. Quanto a mim, estava sentado sobre uma cama encostada na parede na segunda sala. Essa senhora, bastante simpática, depois de descobrir minha origem, começou a perguntar por algumas pessoas que são parentes dela e que moram em Arraial. Ela mora em Regeneração, está aqui há cinco meses, por causa da neta que cria, pois sua mãe mora em Floriano, mas que já havia ido embora. Contou-me, ainda, que sua filha (a dona da pensão) está no negócio há três anos e faz parte da Associação dos Donos de Pensões; o marido trabalha como motorista de ônibus no turno da tarde.

Contou, ainda, que as pensões são alugadas, todas as que se situam aqui por perto; essa aqui tem “convênio” com as prefeituras de Jurema, Anísio de Abreu e Caracol, fato já exposto nas conversas com os hóspedes. O dia em que mais chegam pessoas é aos Domingos, o que, segundo ela, é uma loucura; e que, neste último (10/12), havia tanta gente que foram obrigados a colocar pessoas para dormir em outras pensões próximas, e algumas tiveram que dormir em redes.



A dormida foi tranquila. O silêncio perdurou a noite toda, apenas o som do ventilador colocara-se em meu quarto. Dormi bem, e achei a cama “confortável”, embora tenha colocado meu lençol, que havia trazido como coberta, o que demonstra certo receio dos panos de cama da pensão.

Outro dia começa, o café da manhã é posto e todos começam a degustá-lo. Como não tinha conseguido nenhuma consulta com dentista, decidi sair às 09:30h da manhã, porém sem falar com a dona da pensão, tendo em vista que ela tinha ido acompanhar um hóspede que acabara de chegar (14/12). Sua filha foi quem fechou a minha conta, apenas com palavras, dizendo que minha estada custou R\$ 13,00 (Treze reais). Depois de pagar-lhe, despedi-me comentando que voltaria em breve.

Esse valor cobrado contrasta com as diárias de um grande hotel que se instalou na subárea 2 do Pólo de Saúde de Teresina, fato que pode ser evidenciado na Foto 5.



Foto 5 – Valores das diárias cobradas em um grande hotel da subárea 2.

Fonte: BUENO, P. H. de C. (jan. 2008).

Os valores assinalados acima acabam por segregar os usuários que buscam em Teresina tratamentos de saúde; a diferença no que diz respeito aos preços, ao tratamento, dentro das hospedarias, é gritante. Essa diferenciação é exposta por considerar que na pensão se pode encontrar mais informalidade nas relações pessoais, diferentemente dos hotéis convencionais, conforme retratado na Foto 5.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)