

AS CENTRALIDADES URBANAS: O CASO DA ÁREA DA SAÚDE NA CIDADE DE MARINGÁ-PR¹

MACHADO, José Roberto²

RESUMO: O presente texto, intenta, a partir da consideração do processo dialético entre o espaço urbano e seus agentes atuantes na (re)produção desse espaço, fazer uma reflexão que possibilitem compreender, a partir dos reflexos desse embate, as diferentes centralidades urbanas em Maringá, que se traduzem num processo territorial, mostrando algumas especificidades da área da saúde enquanto equipamentos de usos coletivos. Nesse contexto, o trabalho visa identificar e analisar as diferentes tipologias da centralidade urbana em Maringá, através da concentração de atividades e fluxos de pessoas, que são importantes para a compreensão da (re)estruturação urbana.

Palavras-chave: Centro, Centralidade, Espaço Urbano, Saúde.

URBAN CENTRALITY AS: THE CASE OF HEALTH IN MARINGÁ-PR

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

Key Words: Downtown, Centrality, Urban Space, Health Care

¹Cidades Médias: dinâmica e centralidade

²Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Geografia, PGE, da Universidade Estadual de Maringá, UEM; Integrante do Grupo de Pesquisa: Organização Espacial e Modernização no Norte do Paraná; Linha de Pesquisa: Urbanização e Produção da Cidade; Bolsista da CAPES. E-mail: zeroma_uem@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

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

A importância do estudo do espaço urbano, ou da urbanização, decorre do fato de as cidades concentrarem grande parte da população mundial e de ser nelas que se dá o maior volume de investimentos de capital. É também nas cidades que explodem os conflitos sociais, onde encontramos os mais diversos segmentos da sociedade e onde estão os maiores problemas mundiais.

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

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

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta fase da pesquisa consistiu dos seguintes instrumentais: o referencial teórico, que consiste em um levantamento bibliográfico e documental, sendo que o primeiro viabilizará a análise da literatura atinente ao tema, enquanto o segundo possibilitará acesso, a outras fontes como, relatórios, planos e projetos de empreendedores.

O referencial empírico consiste na necessidade de se obter informações *in loco* e mediante entrevistas não padronizadas envolvendo empreendedores, administradores e freqüentadores e o referencial técnico, serão produzidos gráficos, tabelas, mapas, conforme as pesquisas.

Concluídas essas fases, vieram as duas últimas, que compreenderam a união da

investigação empírica, teórica e técnica envolta do objeto de análise, dando liberdade a uma imagem holística do objeto estudado, através dos dados adquiridos, transformados em material de base para a finalização do trabalho.

A última etapa corresponde à análise final dos dados obtidos na realização dos três referenciais da pesquisa, dando uma visão da espacialização e centralidade da área da saúde na cidade de Maringá-Pr.

AS DIFERENTES CENTRALIDADES URBANAS EM MARINGÁ: a área médica/hospitalar

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

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

Ao analisar área médica/hospitalar da cidade de Maringá no que diz respeito a sua distribuição territorial, nota-se uma grande concentração das clínicas especializadas, atendendo nas mais diversas especialidades, localizadas próximo aos hospitais existentes na cidade. Exceções a isso são o Hospital Universitário, situado no Quadrante Norte da cidade, e o Hospital Psiquiátrico, localizado na Zona 5 e Hospital Municipal, no Quadrante Sul, em cujos derredores não se instalou nenhuma clínica ou consultório médico. O primeiro, pelo serviço que presta à comunidade e pela própria localização geográfica, está começando a formar uma pequena centralidade, com o hemocentro e as

clínicas de psicologia e odontológica da Universidade Estadual de Maringá, o segundo, pelo tipo de especialidade que presta à comunidade em geral e o terceiro, pela recente inauguração e o tipo de classe social a que atende.

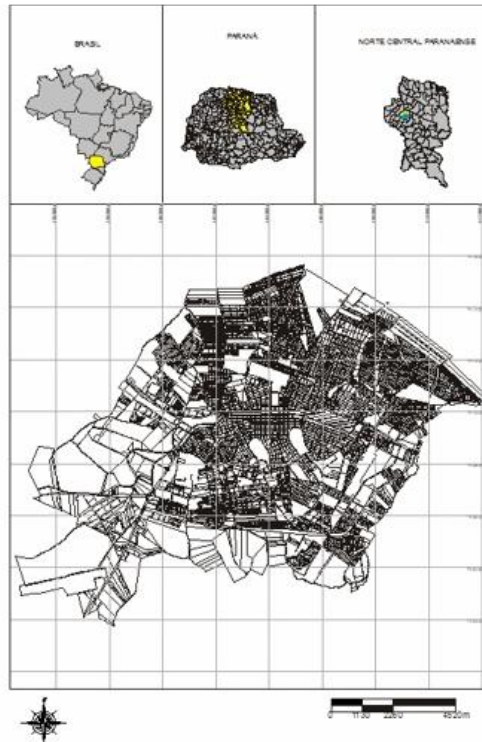


Figura 1: Localização de Maringá no Contexto da Mesorregião Norte Central Paranaense

Fonte: P. M. M., 2000; P.M.L., 2000, IBGE, 2006.

Organização e Confecção: TÖWS, R. L. 2009.

Do total das zonas da cidade de Maringá, verificou-se o processo de centralidade das clínicas médicas e hospitais, localizadas principalmente na Zona 1, seguida pela Zona 4 e posteriormente pela Zona 5. Das dez inicialmente projetadas no plano urbanístico da cidade, foram essas três zonas citadas, juntamente com a Zona 2, reservadas para abrigar a classe social mais abastada. A Zona 2 também foi reservada à classe social com alto poder aquisitivo e assim se desenvolveu, mas o processo de implementação de clínicas não ocorreu como nas demais (zonas 1, 4 e 5), pois possui uma forte associação de bairro, que luta por seus direitos e está impedindo a transformação de residências em estabelecimentos comerciais ou de prestação de serviços, ficando estes limitados às avenidas de eixo de comércio e serviços, conforme legislação municipal. Como a Zona 1 é o centro da cidade, com uma diversificada atividade funcional, atraídos pelo centro

prestador de serviços e pelo fluxo de pessoas os agentes do mercado (imobiliárias, médicos, proprietários) alugaram, venderam ou construíram os imóveis para clínicas. Foram estimulados por esses atrativos e também pela própria infra-estrutura (rede de esgoto, iluminação, asfalto, acessibilidade, arborização, etc.) implantada pelo poder público municipal, exatamente em favor da classe “dominante” da sociedade maringense.

Pesquisas realizadas em Maringá permitem dizer que houve, nessa cidade, nos últimos 20 anos, duas tendências paralelas e complementares.

Primeiramente, verificou-se a tendência à descentralização territorial dos equipamentos comerciais e de serviços, levando à emergência de novas áreas dinâmicas. Tal descentralização começou através da expansão territorial da própria área central, que passou a se estender para as quadras adjacentes, áreas que antes tinham predomínio da função residencial.

Paralelamente, apareceram pequenos subcentros, nos quais a concentração de estabelecimentos comerciais e de serviços emergiu para o atendimento de uma clientela restrita, territorialmente, às áreas residenciais próximas do próprio subcentro, gerando dessa forma subcentralidades de pequena expressão, pois aglutinam fluxos que se originam de parte do território urbano. No entanto, alguns autores afirmam que os subcentros se constituem, enquanto núcleos secundários, como “miniaturas” do centro principal, portanto, não possuem diferenças em relação a este, com exceção da escala, como podemos em Villaça (1998, p. 293), ao afirmar:

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

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

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

centro principal e fluxos de menor escala, oriundos de parcela do território da cidade, para os subcentros.

Com o aparecimento desses eixos de desdobramento, o que se verificou foi a tendência a um certo grau de especialização funcional, pois em seis deles (avenidas Cidade de Leria, Tiradentes, Luiz Teixeira Mendes, Curitiba, Independência e Rio Branco) há uma concentração maior de atividades médico-hospitalares (Moro, 2003); e em outro (Avenida Brasil) uma concentração de comércio e serviços voltados à agropecuária, entre outros desdobramentos de comércio e serviços distribuídos nas principais ruas e avenidas da cidade.

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

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

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

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

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

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

...essa redefinição não pode ser analisada apenas no plano da localização das atividades comerciais e de serviços, como já tem sido apontado por diferentes autores, mas deve ser

estudada/analizada a partir das relações entre essa localização e os fluxos que ela gera e que a sustentam. Os fluxos permitem a apreensão da centralidade, porque é através dos nódulos de articulação da circulação intra e interurbana que ela se revela.

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

A noção mais básica e fundamental que preside a definição de "centralidade urbana" é a de que duas unidades mínimas quaisquer de forma edificada, contendo atividades identificáveis, podem ser alcançáveis, de uma a outra, mediante o uso de alguns trechos de espaço público. A centralidade final pode ser obtida pela soma das centralidades devidas a cada par de Unidades de Forma Edificada (UFEs), atribuídas em frações a todos os segmentos de espaço público do sistema.

Nossa perspectiva é a de observar, sobretudo, os fluxos que sustentam e dessas localizações e a sustentam, para avaliar a centralidade através da articulação entre o que está fixo e o que está em movimento.

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

Primeiramente, é necessário considerar que a ampliação do acesso ao transporte automotor aumentou a potencialidade de mobilidade dos cidadãos e, embora em menor escala, daqueles que habitam e/ou trabalham em áreas rurais, mas são consumidores e/ou usuários em áreas urbanas.

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

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

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

Em Maringá, para se avaliar melhor como suas múltiplas centralidades se

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

Três desses pontos foram selecionados para se verificar a circulação: oeste do centro, proximidades do Hospital Paraná e Avenidas Rio Branco e Curitiba. No primeiro caso, há grandes problemas de tráfego, principalmente nos horários de pico, e também quanto ao estacionamento, pois essa área está regulamentada pela “Estar” de estacionamento pago rotativo, levando muitas pessoas a estacionar seus veículos nas ruas da Zona 4, que se situa perto, afogando as vagas das pessoas que trabalham ou usam os equipamentos urbanos de serviços de saúde dessa área. No segundo ponto, há uma concentração muito grande de veículos principalmente no estacionamento do Hospital Paraná, e também nos estacionamentos da Avenida Dr Luís Teixeira Mendes, que, por sinal, é de trânsito rápido. Ficam desde veículos pequenos até ambulâncias (Figura 2) e ônibus à espera de pacientes, principalmente aqueles vindos de cidades da região. Já o terceiro ponto, as duas avenidas – Curitiba e Rio Branco – são avenidas sem estacionamento pago, pois o sistema de Estar só está regulamentado para o Centro - Zona 1; mas há uma considerável concentração de veículos, que inclusive acabam ocupando as ruas residenciais.



Figura 2: Ambulância de Paraíso do Norte no estacionamento da Av. Dr Luiz Teixeira Mendes a espera de paciente do Hospital do Câncer de Maringá.

Fonte: Machado, J. R. 2004.

Devido a essa falta de estacionamento, ocasionado pela grande concentração de veículos, há problemas de poluição sonora, principalmente nas proximidades dos hospitais, e, muitas vezes, aquela “paradinha rápida” em fila dupla (Figura 3) para pegar pacientes gerando certo desconforto aos motoristas.



Figura 3: Veículo em fila dupla em frente ao hospital Santa Rita.

Fonte: Machado, J. R. 2004

Por outro lado, nota-se que os ritmos da circulação de veículos variam diferentemente, de ponto a ponto, no decorrer do dia. A partir dessa constatação, podemos pensar em uma centralidade cambiante, que se constitui e reconstitui continuamente, variando em intervalos curtos de tempo e apresentado-se em múltiplas nuances.

Em último lugar, mas não com menor importância, chamamos a atenção para a proporção entre os diferentes tipos de transporte que circulam pelos pontos pesquisados.

Essas diferenças são fortes indicadores do padrão socioeconômico dos freqüentadores dessas áreas centrais, oferecendo elementos para se trabalhar com a idéia de que não apenas há uma descentralização/recentralização de atividades comerciais e de serviços, mas, paralelamente à constituição de uma centralidade múltipla, há uma centralidade polinucleada (Sposito, 2001). Tal avaliação apóia-se na constatação de que as novas áreas centrais, ao mesmo tempo que revelam uma centralidade que se realiza para toda a cidade (ao contrário do que se verifica nos subcentros), mostram-se diferenciadas do ponto de vista dos padrões de consumo que estimulam e realizam.

Com a concentração desses serviços médicos, houve uma modificação da circulação intra-urbana, ocasionada pela intensificação dos fluxos de veículos particulares e coletivos para locais distantes do centro principal, levando à emergência de novos nódulos nos fluxos internos da cidade. O que tínhamos até a década de 1970 era a ocorrência de um centro principal e, no máximo, um ou dois subcentros. O que se verifica atualmente é a existência de eixos de desdobramento do centro principal, nas vias de fácil circulação, e o aparecimento de grandes equipamentos comerciais e de serviços.

Esse aumento e diversificação de áreas centrais permitem constatar a ocorrência de uma centralidade múltipla.

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

Ao visitar um centro de saúde ou um hospital público, percebemos sua contradição com a Constituição Brasileira, Artigo 196, quando prevê que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços par sua promoção, proteção e recuperação. Isso não é observado em algumas localidades e também para determinadas classes da sociedade. Tudo isso vem comprovar que no Brasil, no setor de saúde, não existem unicamente desigualdades sociais: existem também as desigualdades territoriais.

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

Por outro lado, os espaços opacos concentram a maioria da população, que não pode contar com uma infra-estrutura de qualidade como os primeiros. Para essas localidades, encontram-se apenas centros ou unidades básicas de saúde, que na maioria das vezes estão em condições muito ruins.

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

mercado voraz da indústria médica e da saúde (Camargo, 2003).

Maringá, como cidade média (Geiger, 2003), começa a apresentar como as demais metrópoles brasileiras, uma desigual distribuição espacial de equipamentos urbanos de saúde e, muitas vezes, a intervenção pública acaba contribuindo para o agravamento dessa desigualdade no território, como também para o aumento da pobreza, através da reprodução de mecanismos de segregação espacial. Como observa Santos (1979, p. 78), “o planejamento urbano constitui muitas vezes meramente uma fachada científica para operações capitalistas”.

Desse modo, as políticas públicas para saúde, em vez de atender à sociedade em geral, atendem apenas a interesses de certos grupos privilegiados, deixando a população mais necessitada com estruturas precárias ou sujeita ao assistencialismo (Camargo, 2003).

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

Outro aspecto que se pode perceber é a existência de alguns centros afastados dessa área central mais densa. Para isso, há duas possibilidades: ou são clínicas localizadas perto de universidades, ou são institutos da área médica delas. Por outro lado, para os bairros com menores níveis de rendimento restam apenas os postos e centros de saúde, os quais na maioria das vezes apresentam deficiências em vários aspectos, como de infraestrutura, de funcionários, de segurança e econômico, entre outros.

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

Não obstante, podemos dizer que a produção do espaço se realiza sob a égide da propriedade privada do solo urbano, onde o espaço fragmentado é vendido em pedaços, tornando-se intercambiável a partir de operações que se realizam através e no mercado. Tendencialmente produzido enquanto mercadoria, deste modo, o espaço entra no circuito da troca, generalizando-se na sua dimensão de mercadoria. Nesse contexto o espaço é fragmentado, explorado, e as possibilidades de ocupá-lo se redefinem constantemente, em função da contradição crescente entre a abundância e escassez, o que explica a emergência de uma nova lógica associada e uma nova forma de dominação do espaço que se reproduz ordenando e direcionando a ocupação a partir da interferência do Estado. Deste modo o espaço é produzido e reproduzido de um lado enquanto espaço de dominação e de outro enquanto mercadoria reproduzível. Nesse contexto o uso do espaço na cidade subordina-se cada vez mais à troca, à reprodução do valor de troca, que submete o uso às necessidades do mercado imobiliário.

Esta situação coloca como horizonte a necessidade de superar as contradições emergentes no processo de reprodução do espaço, pelas quais a raridade não ocorre em qualquer lugar da cidade, mas em determinados pontos, associada à centralidade, no contexto determinado do processo de urbanização. A escassez do espaço, nas proximidades do centro, requer a liberação de amplas parcelas do espaço, ocupadas com vista à criação de uma "área livre" para novos usos e necessárias à expansão da atividade econômica, bem como à supressão dos direitos conferidos aos proprietários urbanos, pela existência do estatuto da propriedade privada. Nesse contexto, para que continue o desenvolvimento do ciclo do capital, este necessita de uma aliança com o poder político, porquanto só ele pode atuar em grandes parcelas do espaço, produzindo a infra-estrutura necessária à reprodução, e no caso específico, "colocar em suspensão" o estatuto da propriedade privada do solo urbano, liberando as áreas ocupadas para novas atividades - o que significa a criação de novas estratégias entre as várias formas de capital e o Estado.

No caso em questão há uma aliança de interesses entre o mercado imobiliário e o setor produtivo na construção do "novo espaço". De um lado o setor imobiliário, para continuar se reproduzindo, necessita sempre de novas estratégias, capazes de permitir sua reprodução; de outro, o setor produtivo vê-se diante de novas necessidades quanto ao espaço construído, mas ambos necessitam de uma infra-estrutura moderna. A tendência de escassez do solo urbano no entorno dos centros econômico-financeiros gera a necessidade de novas estratégias capazes de permitir a reprodução do capital, assegurada através da possibilidade de se contornar o problema do espaço urbano enquanto mercadoria tornada rara, em decorrência da intensificação do processo de urbanização e de mudanças no processo produtivo. A interferência do Estado, mudando a legislação,

permitindo transformações na lei de zoneamento, dirigindo o processo de desapropriação do solo urbano, criando mecanismos que permitam o remembramento de terrenos urbanos e aumentando o coeficiente edificável (o que permite a verticalização), vai criar mudanças significativas na cidade.

Nesse processo político, a ação do Estado no espaço vai produzir a infra-estrutura necessária à nova atividade produtiva. É assim que se abrem novas avenidas que cortam bairros antigos, ampliando-se a malha viária, para assegurar o fluxo contínuo no espaço. É assim que o espaço revela, em seu processo de produção, interesses divergentes que encontram uma "unidade" no Estado e revelam um comando, pois têm a seu cargo a produção de grandes conjuntos e obras de infra-estrutura que, para além de nomear e qualificar espaços, redefinem o seu sentido. Por outro lado, o Estado tem a seu cargo a orientação e definição de metas que planificam o espaço (tanto no plano geral da sociedade quanto no plano micro do bairro dentro da cidade), e com isso interfere e delimita os umbrais da vida cotidiana, através de estratégias de atuação, e exerce seu poder através do espaço. É no espaço que o poder ganha visibilidade através de intervenções concretas; é por isso que as contradições no processo eclodem no plano institucional. No contexto do espaço planejado, manipulado, que aparece como objetivo e neutro, esconde-se seu sentido político, enquanto meio de dominação.

Nesse sentido, através do Estado, o espaço é um elemento de dominação, em contradição ao espaço da apropriação, revelado claramente nas lutas que nele se realizam, questionando as contradições geradas no processo (como por exemplo, a necessidade de uma renovação urbana em detrimento de uma outra melhoria na cidade, como escola ou saúde).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

O processo de centralidade modifica o espaço urbano, redefinindo o valor e o uso do solo e alterando as relações sociais entre os homens e o meio ambiente urbanizado. Deve-se destacar que a atuação do capital imobiliário no processo modelador do espaço urbano ocorre de forma contundente, deixando registrada a sua principal característica: o interesse na obtenção de lucros e acumulação de capital.

A concentração de estabelecimentos de saúde em cidades de porte médio é explicável pela tendência à centralidade que existe em um sistema predominantemente liberal.

Há uma predominância de estabelecimentos privados no atendimento secundário, que pode ser explicada pela política de saúde adotada no país, que privilegia este tipo de atendimento.

A maior quantidade de estabelecimentos hospitalares privados torna caótica a distribuição destes equipamentos, que desta forma acompanha simplesmente as leis do mercado, implantando-se em regiões de maior poder aquisitivo.

A saúde constitui um direito essencial da população. Entretanto, com a hegemonia de certos grupos dentro dessa área, tais direitos ficam restritos a poucas pessoas que podem pagar por planos de saúde, por internações em hospitais particulares e atendimento em clínicas especializadas. Por outro lado, o restante da população, ou seja, os que não possuem renda suficiente para pagar por esses serviços, restam apenas as longas e intermináveis filas do sistema único de saúde e os centros e postos de saúde, dos quais muitos estão em péssimas condições estruturais e profissionais.

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

Convém sublinhar que as estratégias que percorrem o processo de reprodução espacial são estratégias de classe, referem-se a grupos sociais diferenciados, com objetivos, desejos e necessidades diferenciados, o que torna as estratégias conflitantes. O Estado, por sua vez, desenvolve estratégias que orientam e asseguram a reprodução das relações no espaço inteiro (elemento que se encontra na base da construção de sua racionalidade). Assim o espaço se revela enquanto instrumento político intencionalmente organizado e manipulado pelo Estado; é, portanto, um meio e um poder nas mãos de uma classe dominante que diz representar a sociedade, sem abdicar de objetivos próprios de dominação.

REFERÊNCIAS

CARLOS, A. F. A. *Espaço-tempo na metrópole: a fragmentação da vida cotidiana*. São Paulo: Contexto, 2001.

- CAMARGO JR, W. V. P. de. Os Sintomas do Território Usado: a saúde em Campinas. In: SOUZA, M. A. A. de. (org.). *Território Brasileiro: Usos e Abusos*. Campinas: Territorial editora, p. 583-596, 2003.
- CASTELLS, Manuel. *A Questão Urbana*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- _____. Innovation technologique et centralité urbaine. *Cahiers de recherche sociologique*. Paris, vol. 6, n. 2. p. 28-36. 1988.
- COLBY, Charles C. Centrifugal and Centripetal Forces in Urban Geography. In: KOHN, C.; MAYER, R. (eds). *Readings in Urban Geography*. Chicago: The Chicago University Press, p. 287-298. 1958.
- CORDEIRO, Helena K. *O centro da metrópole paulistana*. São Paulo: USP-IG, 1980.
- CORRÊA, Roberto Lobato. *A rede urbana*. São Paulo: Ática, 1989.
- _____. *O Espaço Urbano*. São Paulo: Ática, 4^o Edição, 1999.
- DEL RIO, Vicente; OLIVEIRA, Livia de (Org.). *Percepção Ambiental: a experiência brasileira*. 2^o ed. São Paulo: Studio Nobel; 1999.
- FILHO, Vitor Ribeiro. A Área Central e Sua Dinâmica: Uma Discussão. In: *Sociedade & Natureza*, Uberlândia, 16 (31), p. 155-167. 2004.
- GEIGER, P. P. *As formas do Espaço Brasileiro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2003.
- LEFEBVRE, Henri. *La revolución urbana*. Madri, Espanha. Alianza Editorial, 1983.
- MACHADO, J. R. *As centralidade e as (Dês)centralidades: um olhar geográfico sobre a espacialidade dos serviços da saúde na cidade de Maringá*. Maringá:UEM, 2004. (Dissertação de Mestrado).
- MENDES, C. M. *O Edifício no Jardim: um Plano Destruído. A Verticalização de Maringá*. São Paulo: DG-USP. 1992. Tese (Doutorado em Geografia).
- RAMIRES, J. C. & SOARES, B. R. O arranha-céu e a modernização da paisagem urbana de Uberlândia. *História e Perspectiva*, Uberlândia, n. 12/13, p.29-57, jan./dez. 1995.
- SANTOS, Milton *Por uma outra globalização - do pensamento único à consciência universal*. São Paulo: Record, 2000.
- SANTOS, M. *Economia espacial: Críticas e alternativas*. São Paulo: Hucitec, 1979.
- SANTOS, M. & SILVEIRA, M. L. *O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI*.

Rio de Janeiro: Record, 2001.

SEABRA, O. C. De L. A insurreição do uso. In: MARTINS, J. de S. (Org.). *Henri Lefebvre e o retorno da dialética*. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 71-86.

SILVA, William Ribeiro da. *Para Além das Cidades. Centralidade e Estruturação Urbana: Londrina e Maringá*. Presidente Prudente, Unesp, 2006. (Tese de Doutorado).

SOUZA, Maria Adélia de. *A Identidade da Metrópole – A Verticalização de São Paulo*. São Paulo, USP, 1989. (Tese de Doutorado).

SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. *Multi(poli)centralidade urbana*. Presidente Prudente, Gasperr, xerop., 1996.

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

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