



OS DESIGUAIS LIMITES DA PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM POUSO ALEGRE-MG, BRASIL¹

THE UNEQUAL LIMITS OF ENTRANCE ON THE HEALTH UNIQUE SYSTEM (SUS) IN POUSO ALEGRE-MG, BRAZIL

Rivaldo Mauro de Faria

*Universidade Estadual de Campinas – Instituto de
Geociências
Campinas, SP, Brasil
e-mail: rivaldgeo@hotmail.com*

Artigo recebido em: 24/01/2013.

Artigo aceito em: 21/11/2013.

Resumo

O planejamento territorial dos serviços de atenção primária à saúde é um processo fundamental para se definir a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A atenção primária é a própria porta de entrada, mas o que a define são seus limites territoriais. Por isso, ter um território definido e uma população adscrita é uma normativa para a organização dos serviços nas unidades de atenção primária. Entretanto, uma porta de entrada mal desenhada pode comprometer a entrada, de um lado, e a coordenação dos fluxos, de outro. Do que derivam custos sociais (iniquidades) e econômicos (irresolutividades) enormes. Sob esse contexto, e considerando a natureza geográfica desta prática, este artigo propõe discutir o planejamento territorial da porta de entrada do SUS em Pouso Alegre, Minas Gerais. Portanto, é uma discussão dos limites territoriais e dos modos de planejamento destes limites. Os procedimentos metodológicos utilizados incluíram uma fase de matriz teórica, através da investigação dos instrumentos regulatórios das políticas de atenção primária à saúde no Brasil; e outra fase de natureza prática, através do mapeamento dos limites de atuação das unidades de atenção primária à saúde, de um lado, e dos limites das desigualdades socioterritoriais, de outro. Os resultados indicaram inadequações territoriais entre os limites político-administrativos dos serviços de atenção primária e os limites das desigualdades socioterritoriais. O que

¹ Trabalho financiado pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

pode desencadear problemas não apenas na atenção à saúde do SUS, mas também no aprofundamento das desigualdades sociais em saúde.

Palavras-chave: planejamento territorial; desigualdades; limites territoriais; atenção primária à saúde.

Abstract

Territorial planning services primary health care is an essential process to define the gateway to the Unique Health System (SUS) in Brazil. Primary care is the gateway, but what defines it are its limits. Therefore, having a defined territory and a registered population is a normative for the organization of services in primary care. However, a gateway badly drawn can compromise the input, one hand, and the coordination of the flows, on the other. The social costs (inequities) and economic (ineffective) are huge. In this context and considering the geographical nature of this practice, this article aims to discuss the territorial planning of the gateway of the SUS in Pouso Alegre, Minas Gerais. Therefore, it is a discussion of limits and ways of planning these limits. The methodological procedures used included a theoretical phase, through the investigation of regulatory instruments of the policies primary health care in Brazil; and another phase of a practical nature, by mapping the limits of operation of units primary health care, one hand, and the limits of socio-territorial inequalities, another. The results indicate inadequacy territorial between the limits political-administrative of the primary care services and the limits of socio-territorial inequalities. What can cause problems not only in the health care of the SUS, but also the deepening of social inequalities in health.

Keywords: territorial planning; inequalities; territorial limits; primary health care.

INTRODUÇÃO

A questão do planejamento territorial, mais especificamente do planejamento urbano, tem uma dupla relação com a questão dos limites. De um lado, há os limites “realmente existentes”, nomeados dessa forma porque são produzidos pela vida de relações sociais num dado momento histórico. De outro, há os limites político-administrativos, estes produzidos com a função precípua de ordenar os recursos e as ações da política do Estado. Os limites das desigualdades podem ser pensados no primeiro caso e as desigualdades dos limites no segundo. O correto é que os limites político-administrativos sejam condizentes com os limites “realmente existentes”, de modo que as ações sejam feitas para as pessoas e seus territórios e não para a administração em si.

Uma unidade de saúde especializada na atenção a diabéticos, por exemplo, deve ter seus limites compreendidos nos locais de maior adensamento de

diabéticos. Assim, primeiro se reconhecem os limites onde há maior adensamento de diabéticos, depois se definem os limites político-administrativos da unidade de saúde. Assim deveria ser também com a educação, segurança, entre outros. Contudo, e não raro, a prática política costuma ser burocrática, expressando-se como algo de fora que se projeta e se impõe, sem respeitar os limites das desigualdades. Há, dessa forma, a coexistência de dois territórios: o das pessoas e o do Estado. Não é preciso insistir que haverá a ineficiência na oferta do serviço pelo Estado, o que faz novamente gerar e aprofundar os limites das desigualdades sociais.

Essa questão ganha ainda maior importância em relação aos serviços de atenção primária. Primeiro, porque esses serviços devem operar para um público-alvo definido geograficamente. Segundo, porque os serviços de atenção primária devem atuar sobre as condições de saúde, não apenas sobre as condições de doença. Terceiro, porque a atenção primária tem o papel intercambiador dos fluxos em todo o sistema e em toda a rede de atenção. E em todas essas três dimensões o planejamento dos limites de atuação das unidades de saúde se apresenta como condicionante de primeira ordem, podendo tanto tornar suas ações mais resolutivas e equitativas, integrando o sistema, reduzindo os custos e melhorando as condições de saúde da população, quanto o contrário, ou seja, podendo ampliar as desigualdades no acesso à saúde.

No Brasil, a atenção primária é oferecida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Saúde da Família é sua estratégia prioritária, conforme determina a Política Nacional de Atenção Básica, PNAB (BRASIL, 2012). Cada UBS, cuja infraestrutura mínima e funcionamento são padronizados para todo o país, é formada por uma equipe multiprofissional representada, normalmente, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista e de quatro a seis agentes de saúde responsáveis pelo monitoramento da população de sua circunscrição e responsabilidade. Portanto, cada unidade deve se organizar para atender um público-alvo, representado, em síntese, por um conjunto de famílias agregadas e limitadas geograficamente. E sob a dimensão da família, essas unidades devem atuar, preferencialmente, prevenindo a doença e promovendo a saúde, além de realizar procedimentos de correção e reabilitação de menor

complexidade tecnológica. É sob esse contexto, e tendo em vista o papel estratégico da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e, sobretudo, na redução das desigualdades em saúde, que foi construído este trabalho.

O objetivo deste estudo, portanto, é discutir o planejamento territorial dos serviços de atenção primária apontando, a partir de um espaço empírico selecionado, como as desigualdades dos limites político-administrativos podem contribuir para ampliar os limites das desigualdades. Obviamente, ao fazer isso, contribui-se também para refletir sobre seu contrário, ou seja, sobre a importância do planejamento na redução das desigualdades em saúde. O espaço empírico de análise é a área urbana de Pouso Alegre-MG, local onde foi desenvolvida a tese de doutoramento, sob financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, Ministério da Educação, Brasil), que materializa parte deste trabalho.

Os procedimentos metodológicos utilizados incluíram duas fases. A primeira, de cunho teórico, buscou escrutinar os instrumentos regulatórios das políticas de atenção primária à saúde no SUS e suas implicações no planejamento territorial dos serviços. A segunda, de caráter prático, fez o mapeamento das condições gerais de vida e saúde da população da área urbana de Pouso Alegre-MG, juntamente com o mapeamento das UBS e dos seus limites territoriais. Dessa forma, foi possível correlacionar e entender os limites das desigualdades sociais (isso através de dados gerais relacionados com a educação, saúde e moradia) e os limites político-administrativos dos serviços. Ademais, o trabalho apontou também aspectos importantes como a fragmentação da atenção, a descoordenação dos fluxos e a rigidez dos limites territoriais dos serviços, o que tem causado, não raro, a exclusão social aos serviços de saúde.

OS DESIGUAIS LIMITES DA PORTA DE ENTRADA PARA O SUS: ANOTAÇÕES A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUS NO BRASIL

O principal instrumento regulatório da atenção primária ou básica² à saúde no Brasil é dado na Política Nacional de Atenção Básica, PNAB (BRASIL, 2012). Para o propósito desse texto interessa a sua leitura, pois nela são dadas as diretrizes para a organização da atenção primária no país.

É importante iniciar enaltecendo os inúmeros esforços pactuados entre os entes federativos para a ampliação e qualificação da atenção primária no Brasil. A “nova” PNAB materializa novamente esses esforços e sinaliza mudanças, fruto das reflexões feitas nesses seis anos da publicação do “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão” (BRASIL, 2006). E novamente se faz necessário refletir sobre suas orientações, especificamente no que se refere ao planejamento territorial dos serviços. Nesse, em particular, parece não ter havido mudanças substanciais.

As desigualdades da porta de entrada do SUS vêm sendo reduzidas nos últimos anos. Os números sinalizam nesse sentido: entre 2001 e 2011 o número de pessoas atendidas em unidades Saúde da Família saltou de pouco mais de 76 milhões para quase 115 milhões e os índices de cobertura ultrapassam 60% da população (SIAB, 2012). Mas elas ainda estão aí a incomodar. Ademais, é importante pensar as desigualdades não apenas em termos de cobertura, de oferta, mas de qualidade da atenção. E nesse quesito, a reflexão sobre os limites de atuação dos serviços de atenção primária ganha importância singular, pois são eles que definem o seu público e as suas ações.

Há duas dimensões relacionadas aos limites territoriais de atuação dos serviços que podem contribuir para as desigualdades. A primeira está relacionada com os limites em si, com suas funções, ou melhor, com sua dupla função. O limite limita duplamente, incluindo, de um lado, e excluindo, de outro. Obviamente, ele indica o que está dentro e fora. Num cenário em que os serviços são universalizados, não há problema. Contudo, embora os índices de cobertura estejam aumentando significativamente, isso ainda é um porvir. Portanto, uma parte da população será “excluída” pelo limite. Mas essa é uma questão de oferta e talvez não seja adequado, embora importante, entrar no mérito. A segunda dimensão está relacionada com a alocação dos limites, com os modos de inscrevê-los. Sua

² “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes” (BRASIL, 2012, p. 22).

definição equivocada pode resultar em ações igualmente equivocadas. Nesse caso, as desigualdades serão produzidas pela baixa resolutividade das ações, pela sua ineficiência.

De acordo com a PNAB (2012), a atenção primária é a principal porta de entrada para o SUS. Esse é um dos seus atributos mais importantes. Mas é preciso desenhar essa porta, de modo que as pessoas sejam capazes de reconhecê-la. Para alguns a porta é o serviço. Mas apenas o serviço não denota o desenho dessa porta ou mesmo sua existência. Há hoje, por exemplo, muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas as pessoas nem sempre acessam o SUS por elas. Os fluxos acabam acontecendo de todos os lados ou de um lado só (normalmente de um lado só, diretamente nos hospitais). Há muitas razões a explicar tal comportamento, entre as quais a cultura hospitalocêntrica se apresenta em primeira ordem. Mas uma dessas razões, talvez pouco discutida, está relacionada com os limites. Veja-se que a porta indica a entrada pelos seus limites, não se entra numa casa pelas suas janelas. Ora, são os limites que dão existência à porta.

Veja-se que a PNAB reconhece isso. No primeiro parágrafo, logo após definir a atenção primária como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, diz-se que a mesma deve ser desenvolvida “[...] sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de *territórios definidos*, pelas quais assume responsabilidade sanitária [...]” (BRASIL, 2012, p. 19, grifo nosso). Isso é curioso porque essa é uma forma de organização, não é um princípio, mas uma diretriz. Por que a PNAB se preocuparia em apontar uma diretriz organizativa logo no seu primeiro parágrafo? A razão, acredita-se, é que tal diretriz será um condicionante para efetivação dos princípios da atenção primária, um dos quais apresentado imediatamente no segundo parágrafo, qual seja: “[...] ser o contato preferencial dos usuários, a principal *porta de entrada* e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012, p. 19, grifo nosso).

O território é, portanto, a primeira diretriz da atenção primária. Assim está posto (propositalmente?) na PNAB. Ele aparece também como a primeira característica do processo de trabalho nas equipes de atenção primária. Por isso, “participar do processo de *territorialização* e mapeamento da área de atuação da equipe [...]” (BRASIL, 2012, p. 43, grifo nosso) é a primeira atribuição dada a seus

membros. E é justamente nesse ponto, ou seja, na territorialização, que reside a problemática dos limites de atuação dos serviços de atenção primária. Retome-se a seu respeito algumas objeções feitas em Faria (2001; 2012).

A territorialização pode ser entendida como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de atenção primária à saúde (UNGLERT, 1993; 1995). Em termos práticos, pode ser definida como o processo de criação de territórios de atuação das unidades de atenção primária à saúde, justificando, assim, o uso do termo territorialização, ou seja, processo de criação de territórios. Esse foi o modo encontrado para resolver a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária, ou seja, territorializando-os e cadastrando (adscrição de clientela, como é chamada) a população do seu interior. Entretanto, como técnica de intervenção na realidade ou como uma técnica de planejamento, não existe uma territorialização, dado que se trata de um processo. Obviamente, toda ação social, incluindo a prática política do planejamento, tem uma função territorializadora, pois interfere direta ou indiretamente na constituição do território. Mas como dado de intervenção, acentue-se, como uma técnica de planejamento é, conforme Souza (2004), um equívoco falar numa territorialização da saúde.

Observa-se que a territorialização é o processo de constituição do território. Mas a problemática não está no processo, mas no que o anima e dá vida. Nesse caso, a problemática deveria ser pensada no âmbito das territorialidades. Conforme Sack (1986), a territorialização é o processo, a prática efetivamente; as territorialidades são as estratégias, onde estão presentes as relações de poder políticas, econômicas e culturais. Deve-se perguntar, portanto, o que motiva a territorialização da saúde. E a resposta: a necessidade política do planejamento dos limites territoriais dos serviços. Portanto, o fator motivador desse processo é a necessidade política do Estado, expressa numa dimensão política dos serviços. Quanto a isso não há objeção, pelo menos neste momento. Mas também não se está aqui a defender o planejamento baseado nas territorialidades. É o território como totalidade das relações sociais, como dado concreto e histórico, e não as dimensões que o desencadeiam, o objeto do planejamento (SANTOS, 1996).

Acredita-se que a territorialização da saúde é uma prática simplificada de planejamento territorial. É um contrassenso, obviamente, mas a territorialização da

saúde secundariza o território como objeto de planejamento (FARIA, 2011). E tal afirmação encontra sentido porque o que determina o ato territorializador são o serviço e sua capacidade de oferta e não o território e suas diferentes demandas. Obviamente, não é intenção negligenciar as inúmeras contribuições dadas no sentido da produção de uma tecnologia de territorialização da saúde (MONKEN, 2003; 2008; MONKEN e BARCELLOS, 2005; 2007; GONDIN e MONKEN, 2008; GONDIN, 2011, entre outros). Ademais, quando se afirma que o território é um dado secundário, não se está afirmando que o mesmo está sendo desconsiderado. É a ordem das coisas o que se está questionando. “Serviço-oferta-território” é a tríade explicativa da territorialização da saúde (FARIA, 2011; 2012).

Observou-se que o território é uma diretriz da atenção primária, uma característica do trabalho das equipes e uma atribuição dos seus membros. Entretanto, e paradoxalmente, a mesma PNAB padroniza a oferta e a condiciona ao repasse dos recursos (BRASIL, 2012). Cada Equipe Saúde da Família deve atender uma população de no máximo quatro mil/habitantes, recomendando-se uma média de três mil/habitantes. Às grandes cidades são dadas outras orientações. Mas tal padrão se impõe como condicionante. Dessa forma, os limites dos territórios são dados pelo cadastramento ou pela adscrição de clientela. A territorialização expressa, assim, a apropriação do espaço pelo serviço (primeiro movimento), tendo em vista uma oferta padronizada (segundo movimento), através da qual são definidos os limites territoriais (terceiro movimento). Sobre isso não há o que aprofundar.

Sabe-se que os limites do território não são iguais. Não há também uma única escala, nem um único território. Conforme Santos (2004), o território resulta das relações sociais num dado momento histórico. São as ações que lhe dão existência. Mas as ações são feitas sobre os objetos, sobre a materialidade. As ações são intencionadas e normatizadas por diferentes lógicas, entre as quais o mercado ganha cada vez mais importância. Mas a materialidade se apresenta rugosamente às ações, também as condicionando e sendo condicionadas por elas. As ações e os objetos se apresentam sistemicamente, por isso o planejamento urbano é algo complexo. As desigualdades resultam dessa sistemicidade. Há limites ao acesso e acesso aos limites.

Não há um limite apenas, como também não há uma única demanda. Muito se avançou em atenção primária no Brasil, mas padronizar a oferta, inclusive a equipe de saúde, é algo a ser repensado. “Território-serviço-oferta” é uma tríade que pode alterar a racionalidade do planejamento baseado na oferta, na territorialização (FARIA, 2012). A dinâmica do serviço, suas ações e sua oferta são feitas em relação a uma dada realidade territorial. Portanto, os limites dos serviços são os limites do território, não são criados (territorializados), são reconhecidos. A esse respeito e como contribuição ao planejamento, foi feito um estudo prático na área urbana de Pouso Alegre-MG. Considerem-se alguns apontamentos feitos neste estudo como exemplo do que se está propondo.

LIMITES DAS DESIGUALDADES E AS DESIGUALDADES DOS LIMITES: ANOTAÇÕES A PARTIR DA TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM POUSO ALEGRE, MINAS GERAIS, BRASIL

Pouso Alegre é uma cidade média de mais de 130 mil/habitantes (IBGE, 2010) localizada no Vale do Sapucaí, região Sul de Minas Gerais (figura 1). Seu crescimento econômico e populacional está diretamente, mas não somente, ligado à sua localização. O município é cortado pela Rodovia Fernão Dias (BR-381), principal responsável pela integração entre as regiões metropolitanas de Belo Horizonte e São Paulo. Assim, recebe as influências dessa integração, constituindo-se, no Sul de Minas Gerais, uma das principais cidades do chamado “Eixo de Desenvolvimento Fernão Dias” (ACSELRAD, 2001). Dessa forma, os múltiplos e integrados fenômenos relacionados com a desconcentração urbana brasileira, como a desmetropolização, a desconcentração industrial, a involução metropolitana e o próprio fenômeno das cidades médias no país (SANTOS, 1993), serão influenciadores da urbanização de Pouso Alegre.

Há que se considerar esse caráter de transição próprio das cidades médias (BRANCO, 2007) na prática do planejamento. São territórios dinâmicos, localizados, conforme Santos (2004), na encruzilhada entre uma realidade e uma demanda local (as horizontalidades) e uma realidade e uma demanda global (as verticalidades). Portanto, é natural que seus limites, a começar pelo limite do território urbano, sejam transitórios e mutáveis. E tal transitoriedade estará relacionada com a densidade

técnica de cada fração do território urbano. Produzir-se-ão, conforme Santos (2004), espaços da rapidez e da lentidão, espaços da densidade e da rarefação, luminosos e opacos, rugosos e viscosos. A lógica que os explica será a mesma: a reprodução das relações capitalistas de produção (CARLOS, 2008).

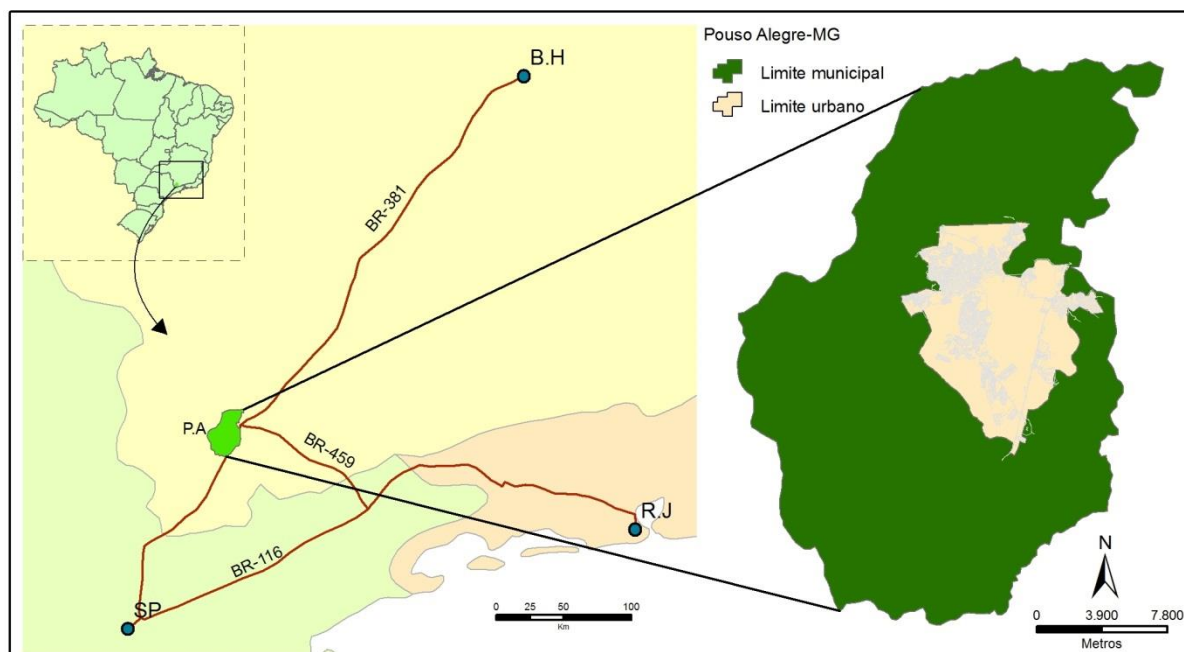


Figura1: Localização do Município de Pouso Alegre, MG, em relação às regiões metropolitanas de Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro

Elaboração: Faria, 2012

Haverá espaços de extremidades, se assim podemos nos referir, ou seja, espaços onde os vetores da modernização são bem acolhidos e, portanto, irão expressar elevados índices de desenvolvimento social e técnico; e espaços alheios aos vetores da modernização, onde os índices expressarão o contrário. De acordo com Corrêa (1995), esses são locais de fácil identificação, pois comportam certa homogeneidade socioespacial. De um lado, estão as áreas de ocupação por uma população de renda muito elevada e, de outro, as áreas ocupadas por uma população incapaz de consumir a terra, representadas por ocupações irregulares ou precariamente financiadas pelo Estado.

Visto sob esse prisma, o território urbano é uma dubiedade de formas produzidas e hierarquizadas espacialmente. Mas não é tão simples assim, pois, não raro, espaços da rapidez e da lentidão se confundirão, conviverão. Portanto, entre as extremidades do desenvolvimento, entre os mais incluídos e excluídos, encontrar-se-á uma miscelânea de usos, de objetos historicamente produzidos e de formas de

vida heterogêneas. Por isso, os indicadores socioespaciais são importantes, embora não únicos. Obviamente, um território de complexidades exige olhares múltiplos e integrados. Os indicadores, como o Índice de Privação Sociomaterial (IPSM) proposto por Santana (2004) e Santana e Roque (2007) e aplicado nesta área de estudo, contribuem para pensar as extremidades e suas transições. Evita-se, dessa forma, uma alocação equivocada dos serviços. E especificamente em relação aos serviços de atenção primária, evita-se a alocação equivocada da porta de entrada para o SUS.

Diante do exposto, podemos, então, adentrar esse território. A tarefa é relativamente simples, mas de suma importância para a prática do planejamento: observar os limites dos serviços de atenção primária, ou seja, os limites criados pela territorialização da saúde, e confrontá-los com os limites das desigualdades. Obviamente, há muitas formas de pensar as desigualdades, de medi-las ou mesmo de representá-las espacialmente. O IPSM é uma dessas formas. Mas também a sua construção pode encontrar variações, a depender da escala, do objetivo e, principalmente, das variáveis selecionadas. Neste estudo, o IPSM representa a síntese dos seguintes indicadores: analfabetismo, mortalidade infantil, renda per capita e condições sanitárias domiciliares relacionadas com esgotamento e coleta de lixo. A partir da orientação dada por Santana e Roque (2007), standardizamos essas variáveis (método de *z-score*) de modo que cada uma tivesse a mesma influência no resultado final. O índice de privação representa a soma dessas variáveis standardizadas. Conforme Mcloone, citado por Santana e Roque (2007, p. 184), “esse método permite identificar *clusters* de maior privação”, que, por sua vez, deverão permitir identificar os limites da privação sociomaterial.

O estudo que deseja medir, refinadamente, as desigualdades, precisa, obviamente, inserir outras variáveis, conferir pesos conforme suas implicações sociais e ponderá-las histórica e geograficamente. Nesse, o uso do IPSM tem uma dimensão muito mais metodológica, de reflexão em torno do planejamento dos limites dos serviços, portanto, sem a exigência de tal refinamento. Por isso, as variáveis selecionadas correspondem àquelas que indicam distâncias sociais mais expressivas e evidentes (SPOSATI, 1996). Com isso, não se está evitando ou negligenciando variáveis, mas ajuizando, ou seja, tornando sensato seu uso. Os

dados deste estudo foram coletados no final do ano de 2010 e são representados espacialmente por setores censitários do IBGE (2010). Uma atualização foi feita, embora os limites territoriais dos serviços propriamente ditos não tenham sofrido alterações no período.

Inicie-se esclarecendo que Pouso Alegre tem uma atenção primária fragmentada em dois modelos de atenção (o que não é incomum na maioria dos municípios brasileiros). Há uma atenção dada nas Equipes Saúde da Família (ESF), com territórios definidos e organizadas sob a dimensão da saúde da família; e há uma atenção dada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, sem territórios definidos e organizadas para atender uma demanda espontânea. A diferença é simples: enquanto as ESF se organizam para atender uma população adscrita territorialmente; as UBS tradicionais se articulam para atender uma demanda vinda de toda parte. Obviamente, essa forma de organização das UBS tradicionais contraria as orientações dadas na PNAB, pois fere os princípios da atenção primária como, por exemplo, a continuidade da atenção e controle dos fluxos. Contudo, e infelizmente, esse processo substitutivo da Saúde da Família em relação à atenção tradicional é um processo relativamente lento no Brasil.

Não entraremos no mérito do estudo das UBS tradicionais, pela simples razão de que esse modo de organização territorial deve deixar de existir. Ademais, como elas não se organizam territorialmente, a discussão sobre os limites de atuação desses serviços perde viabilidade e sentido.

O município de Pouso Alegre tem 21 ESF instaladas atualmente (SIAB, 2012). Estas equipes atendem mais de 60 mil habitantes. O que equivale a mais de 45% da sua população. A área urbana, objeto desse estudo, possui 17 equipes instaladas e um índice de cobertura em torno de 40%. Ressalte-se que esses números estão abaixo da média nacional, que é de quase 65% da população, e, sobretudo, de Minas Gerais, que tem uma média de mais de 75% da sua população atendida. Há duas razões possivelmente explicativas para esse número abaixo da média de país e Estado: a permanência de um modelo tradicional, de um lado, e o privilegiamento da implantação da Saúde da Família nas regiões socialmente mais carentes, de outro (os índices de cobertura dos municípios do Norte são superiores ao do Sul de Minas Gerais, por exemplo).

Portanto, cerca de 60% da população urbana de Pouso Alegre está desassistida pelo serviço Saúde da Família. O que em si não seria um problema se essa população estivesse organizada e condicionada territorialmente a uma porta de entrada para o SUS, ou seja, a uma UBS. E essa não é uma questão relacionada com a oferta, pois nem mesmo é possível dimensioná-la nesse sistema fragmentado já anunciado. Há uma dimensão exata da demanda e da oferta nas ESF, mas não nas UBS tradicionais. Um problema de planejamento, evidentemente. São desiguais, portanto, os limites territoriais da atenção primária à saúde em Pouso Alegre. O que os justificam? A existência de uma porta estreita, possível para alguns, inacessível para outros. Sobre isso não há o que se aprofundar dada a sua obviedade.

A figura 2 apresenta as portas do SUS nessa cidade - áreas territorializadas pelas ESF, na cor verde - e as áreas que não possuem UBS/ESF de referência, ou seja, não tem uma porta de entrada definida para o sistema de atenção - áreas não territorializadas, em rosa.

Apresenta-se, agora, a questão de se saber se os 40% atendidos pelas ESF correspondem aos mais necessitados em termos de atenção, ou seja, àqueles que convivem com os índices mais elevados de privação sociomaterial. A atenção primária não é um pacote de saúde pobre para os pobres (OMS, 2008); ela deve ser universal e adequada às diferentes realidades territoriais. Mas se é necessário privilegiar algumas áreas em detrimento de outras, que isso seja feito em relação àquelas socialmente mais carentes.

Vê-se na figura 2 que algumas ESF, em lilás, estão instaladas nas UBS. Entretanto, nem sempre estão integradas a elas. O trabalho de Faria (2012) apontou, através de entrevistas realizadas nestas UBS/ESF, que, em geral, funcionam desarticuladas. Há uma proximidade física apenas, mas não funcional. Outras ESF, em amarelo, estão provisoriamente instaladas em prédios alugados especificamente para abrigá-las. Por isso, não contam com a infraestrutura da UBS, o que novamente contraria as orientações da PNAB. Por fim, há àquelas UBS sem ESF, em vermelho, atendendo uma demanda espontânea, vinda de toda parte.

Observa-se maior adensamento das equipes nas áreas periféricas. No Centro e seu entorno imediato, entre as Rodovias MG-290 e BR-459, estão localizadas apenas duas ESF: Yara e Esplanada. Nos bairros São João e São Geraldo estão

presentes três ESF cada um. São Cristóvão, Faisqueira e Cidade Jardim têm duas ESF instaladas em cada um. Por fim, Vergani, Jatobá e Belo Horizonte têm uma equipe cada um, respectivamente.

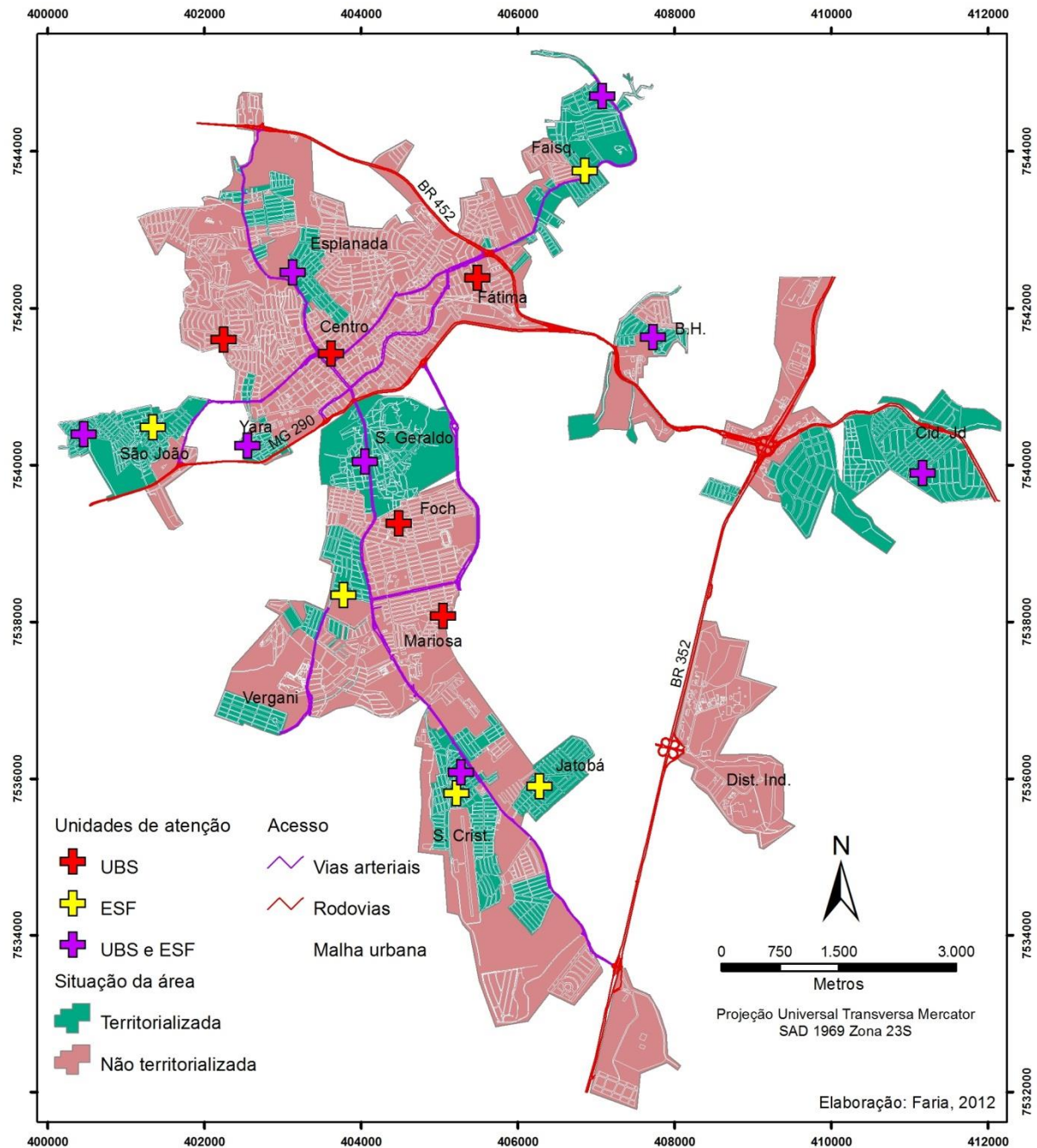


Figura 2: Distribuição espacial das áreas urbanas territorializadas e não territorializadas pelas ESF e localização espacial das UBS e ESF no seu interior - Pouso Alegre-MG

Cada ESF atende, em média, 2.836 pessoas. Em acordo, portanto, com a recomendação da PNAB. O que define seus limites, em resumo, é um número

relativamente padronizado, nunca ultrapassando quatro mil/habitante por ESF. Equipes limítrofes, como ocorre no São João; São Geraldo; Faisqueira; Cidade Jardim e São Cristóvão, foram mapeadas como uma unidade espacial, pois deve haver integração entre elas.

De posse dos limites territoriais das ESF, foi feita a sua correlação com o mapa da privação sociomaterial, figura 3. Atente-se para essa figura e o que ela oferece.

Observa-se que as ESF estão instaladas nas áreas de maior privação. Portanto, há uma correlação espacial, indicando o bom senso dos planejadores municipais. Vê-se que São João, São Geraldo e Faisqueira são as áreas de maior privação sociomaterial, em vermelho, ao passo que o Centro e seu entorno, sobretudo a área que vai do bairro Esplanada ao Fátima, na cor verde-escuro, se dá o contrário. Essas são as áreas de extremidades de que se falava, por isso, são mais facilmente identificadas, corroborando a afirmação de Corrêa (1995) de homogeneidades socioespaciais em locais de maior e menor privação social. Faz-se jus, nesse caso, à exigência de que as ESF sejam instaladas, primeiramente, nas áreas de maior carência social. Isso é positivo.

Entre as extremidades estão os espaços de transição, mais difíceis de serem detectados, pois se apresentam descontínuos e fragmentados. Podemos classificá-los em três grupos. O primeiro será representado por aqueles espaços tendentes ou mais próximos de uma situação de elevada privação sociomaterial. São as áreas com dados ainda positivos na direção da privação, na cor laranja. É o caso da extensa área entre os bairros Belo Horizonte (B.H.) e Cidade Jardim (Cid. Jd.) e de duas manchas relativamente contínuas no Foch e no Vergani. O segundo grupo, o contrário, são fragmentos espaciais mais próximos das áreas de menor de privação social, com dados negativos, em verde-claro. Elas podem ser encontradas na região do Centro e entorno (entre as rodovias MG-290 e a BR-459) como uma extensão das áreas de menor privação; e, ainda, entre Foch e Mariosa e na proximidade do São Cristóvão-Jatobá. Por fim, o terceiro grupo, mais difícil de ser classificado, cujos dados apresentam a menor distância intercalar, entre -0,05 e -0,98, na cor amarela. É, basicamente, o primeiro dígito inteiramente negativo em termos de privação. Mas isso não significa que se trata de uma área de poucas privações. Não é possível,

pelo menos com esses dados, determinar isso. Há maior adensamento no bairro Mariosa e na proximidade da BR-352, a Fernão Dias. Mas são encontradas também pequenas manchas espalhadas na proximidade do Centro.

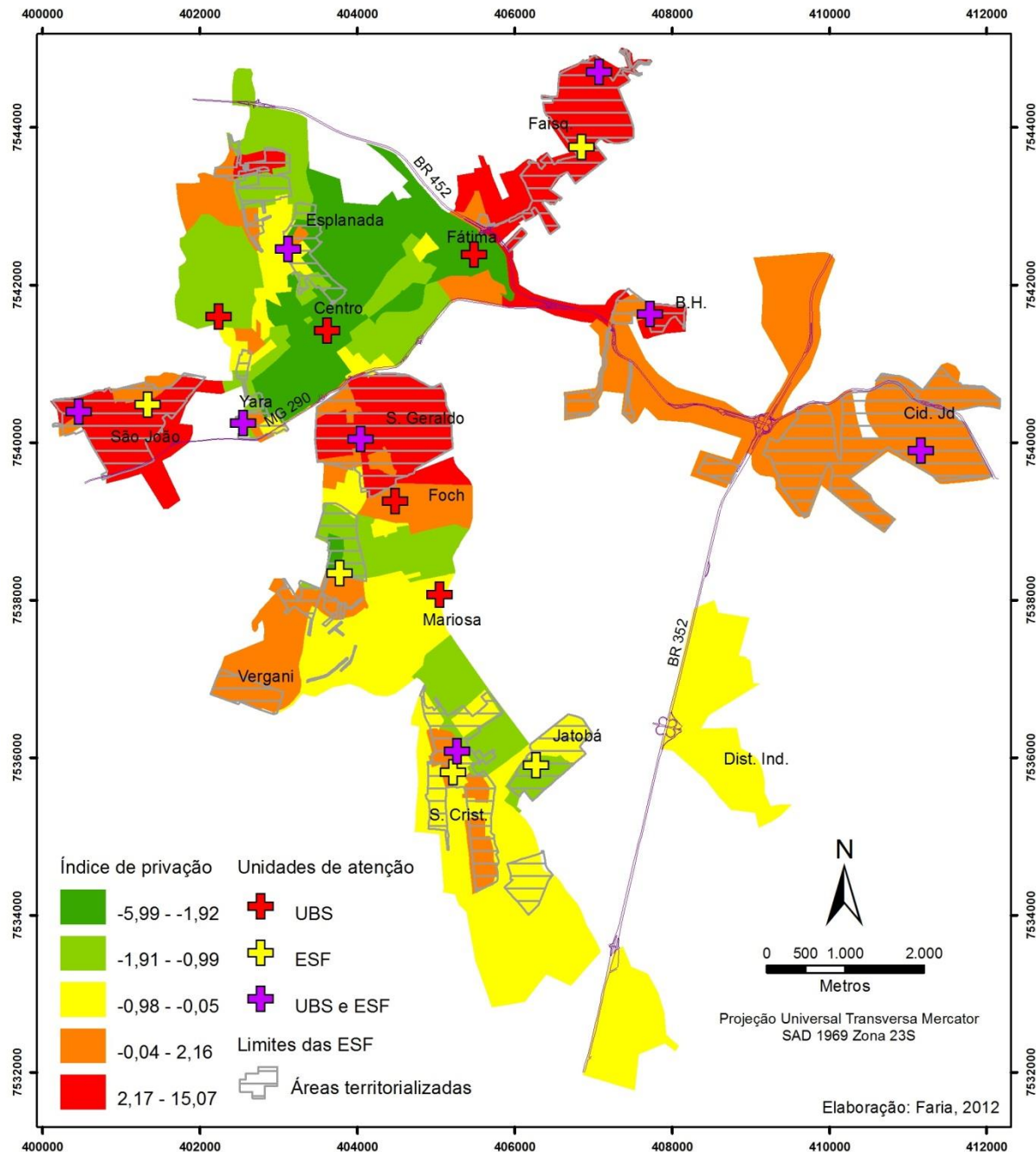


Figura 3: Índice de privação sociomaterial e localização espacial das áreas urbanas territorializadas pelas ESF em Pouso Alegre-MG, 2012.

Atentemos, agora, especificamente as áreas de maior privação sociomaterial. Elas nos interessam particularmente para alavancar o debate sobre a alocação dos

serviços de atenção primária à saúde. Tais áreas indicam claramente os limites das desigualdades, seus extremos. A correlação espacial entre ESF e áreas de maior privação, já mencionada, não indica, contudo, a correlação entre limites. O olhar atento irá notar o desalinhamento entre eles.

Tal desalinhamento será representado por frações do território indicados como de elevado índice de privação sociomaterial e não incorporados pelas ESF. E isso ocorre exatamente nos limites, ou seja, na proximidade das áreas territorializadas pelas equipes. São exemplos os trechos urbanos próximos do São João (em contato com a rodovia MG-290); São Geraldo (entre este e o bairro do Foch) e Faisqueira.

Ao apontar esse desalinhamento, não se está negligenciando ou mesmo reduzindo a boa prática de planejamento feito para essas equipes. A correlação espacial, já mencionada, indica positivamente. Contudo, na borda, ou seja, nos locais de contato entre áreas “territorializadas” e não “territorializadas”, apresenta-se uma questão delicada, pois como justificar aos desassistidos a razão para esses limites? Em áreas como parte do Foch, cujas condições sociais são relativamente parecidas com as do São Geraldo, por exemplo, tais limites são injustificados. Mas, então, como afirmar sua existência? É aí que entra a burocracia do número. Cada ESF atende uma população numericamente definida. É também em casos como esse que a territorialização justifica a prática, pois os limites são criados pelo cadastramento, pela adscrição, ou seja, pelo número de habitantes.

Observemos agora três ESF cujas localizações poderiam se questionadas. A primeira é a ESF do bairro Esplanada. A maior parte do território dessa equipe está instalada numa área de baixo índice de privação. A segunda é a ESF do Yara. O bairro Yara, propriamente, é classificado como de média e alta privação. Mas a equipe se estende para áreas de baixo índice de privação. A terceira ESF está localizada no bairro Vergani. Observe-se que parte dessa equipe atende áreas cujos índices de privação são baixos.

Novamente, a razão para a existência dos limites dessas três ESF está relacionada com o número. Ocorre também que o financiamento as condiciona numericamente. Por isso, ao instalar uma ESF num local, a média de três mil/habitantes por equipe acaba sendo obrigatoriamente seguida. Do contrário, é

uma verba mal aplicada. Seria conveniente, por exemplo, ampliar o atendimento para as áreas não atendidas do São João. Portanto, ampliando o número de pessoas cadastradas nas ESF aí instaladas. Mas tal não é possível, pois levaria à extrapolação de um teto financeiro programado. Por outro lado, as três ESF dos bairros Yara, Esplanada e Vergani têm seus limites definidos justamente pela obrigatoriedade de atingir esse limite populacional. Há uma incongruência, portanto, entre um território realmente existente, cujas necessidades são numericamente variadas (sem aqui mencionar a natureza múltipla dessas necessidades), e uma oferta padronizada, cuja expressão será feita à moda de uma territorialização.

A problemática das desigualdades dos limites das ESF é, pois, política, programática, estrutural. As responsabilidades são partilhadas, talvez ainda não totalmente pactuadas. O planejamento territorial é feito no âmbito das Secretarias Municipais, mas em acordo com as determinações dadas pelas Secretarias Estaduais e pelo Ministério da Saúde. Há ainda muito a se fazer no sentido de alinhar essa racionalidade, fazendo conviver autonomia e responsabilidade. Não há autonomia financeira, o que faz amarrar uma autonomia administrativa. O planejamento reflete esse cenário. Mas não se pode desresponsabilizar a Secretaria Municipal, fazendo crer que as desigualdades são resultados do modelo de atenção primária no Brasil, da falta de autonomia. Ao contrário, observamos que Pouso Alegre não se alinhou ao que orienta a PNAB, insistindo em manter UBS tradicionais, distantes do modelo “Saúde da Família” baseando num público-alvo. Observe-se, para exemplificar, o caso da UBS localizada no bairro Foch. Alguns poderiam dizer que essa população não está desassistida. E é verdade, pois, afinal, há uma UBS nesse local. Mas não é uma porta de entrada, pois não há condicionamento do fluxo: toda a cidade pode entrar por ali, até mesmo a população do bairro São Geraldo que já está usufruindo do serviço da ESF. Portanto, isso não ameniza uma “territorialização” parcial do território, para ser redundante, um cenário de desigualdades.

É fundamental, no caso de Pouso Alegre, que toda a população tenha acesso ao SUS por uma porta de entrada definida. E isso depende, em primeiro lugar, da unificação do modelo em torno da Saúde da Família, tal como orienta a PNAB. Essa é uma decisão local. Não menos importante se faz a produção de políticas flexíveis,

agora em âmbito de país, tornando possível a adaptação dos serviços às diferentes realidades territoriais, aos seus diferentes limites e suas diferentes demandas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNAB confere singular importância ao território de atuação dos serviços de atenção primária no Brasil. Não sem razão, pois o território definido indica a porta e a população que deve passar por ela. O território existe como dado da vida social, como resultado histórico dos usos. Ele é sistêmico, dialético, ao mesmo tempo conteúdo e forma socioespacial (SANTOS, 2004). Este deve ser o ponto de partida para o planejamento territorial dos serviços. Os limites não são criados, mas reconhecidos, pois já existem como um dado da vida de relações.

A territorialização é uma prática de planejamento dos serviços de atenção primária à saúde do SUS. Seu ponto de partida é o serviço e sua oferta padronizada para todo o país. Por isso, seus limites são desiguais, pois não podem, sob essa perspectiva, atender os limites das desigualdades, os limites realmente existentes. Observamos que em Pouso Alegre os serviços foram instalados nos locais de maior privação sociomaterial. Mas seus limites, padronizados pela oferta, são desalinhados, não atendem as desigualdades. Há equívocos em seus desenhos e localizações, fruto de uma modelo incapaz de atender a complexidade do território, um modelo duro, inflexível. Ademais, especificamente em Pouso Alegre, a inadequação às orientações da PNAB faz gerar um modelo dubio, fragmentado, gerido sob uma visão hospitalocêntrica que confere às UBS um comportamento parecido com os do pronto atendimento, descompromissadas com um público-alvo, passivas a esperar a procura do serviço pelas pessoas. E os principais resultados são conhecidos: uma porta estreita para o SUS; a descoordenação e desordenamento dos fluxos; os sobrecarregamentos nos pronto-atendimentos; as correções em detrimento das prevenções, entre outros. Mas também os caminhos não são desconhecidos, a saber: a unificação SUS, a adequação dos serviços aos territórios e a consolidação da porta de entrada do sistema através da definição de seus limites.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, H. **Eixos de Articulação Territorial e Sustentabilidade do Desenvolvimento no Brasil**. Rio de Janeiro: Projeto Brasil Sustentável e Democrático: Fase, 2001.

BRANCO, M. L. C. Cidades Médias no Brasil. In: SPOSITO, E. S.; SPOSITO, M. E. B.; SOBARZO, O. **Cidades Médias: produção do espaço urbano e regional**. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 245-277.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARLOS, A. F. A. **A (Re) Produção do Espaço Urbano**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

CORRÊA, R. L. **O Espaço Urbano**. São Paulo: Ática. Série Princípios, 1995.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização como política e como tecnologia de gestão dos serviços de atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde: análise de uma prática geográfica da saúde. In: BORTOLOZZI, Arlêude (org.). **Cidades reivindicadas territórios da luta, das utopias e do prazer**. São Paulo: Olho d'água, 2011, p. 29-47.

FARIA, R. M. de. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde**: perspectivas de adequação aos perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG. 2012. 315f. Tese (Doutorado em Geografia). Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Campinas, 2012.

GONDIN, Grácia Maria de Miranda. **Território da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** Rio de Janeiro. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, 2011.

GONDIN, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2008, p. 392-399.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Acessado em: 20 de maio de 2011.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde**. 2003. 170f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

_____. Contexto, território e processo de territorialização de informações. Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, Christovam (org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, p. 141-163.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS. **Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

_____. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, Angélica; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). **O território e o processo saúde doença**. Rio de Janeiro: ESPJV/Fiocruz, 2007, p. 177-224.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca**. Lisboa, Ministério da Saúde, 2008.

SACK, R. D. **Human territoriality: Its theory and history**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTANA, A. P. R. **Geografias da saúde e do desenvolvimento**. Coimbra: Almedina, 2004.

SANTANA, A. P. R.; ROQUE, N. A (in) segurança na Amadora. In: SANTANA, A. P. R. (org.). **A cidade e a saúde**. Coimbra: Almedina, 2007, p. 181-195.

SANTOS, M. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SANTOS, M. **O retorno do Território**. In: SANTOS, M. *et al.* (org.). Território: Globalização e Fragmentação. 4. ed. São Paulo: Hucitec: Anpur, 1996, 15-20.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. **Cadastramento Familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB>. Acessado em: 17 de dezembro de 2012.

SOUZA, M. A. A. de. Uso do território e saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, A. M. G. **O processo de construção de municípios potencialmente saudáveis**. Campinas: IPES Editorial, 2004, p. 57-77.

SPOSATI, A. **Mapa da exclusão/inclusão social de São Paulo**. São Paulo: Educ, 1996.

UNGLERT, C. V. de S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distritos Sanitários: processo social de mudança nas**

práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993, p 221-235.

_____. **Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente.** São Paulo: Tese de livre docência, Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1995.