



UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
MESTRADO EM GEOGRAFIA

ALESSANDRO BEZERRA DE OLIVEIRA

CARTOGRAFIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
DOURADOS-MS

DOURADOS-MS

2019

ALESSANDRO BEZERRA DE OLIVEIRA

**CARTOGRAFIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
DOURADOS-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia – Mestrado em Geografia, da Faculdade de Ciências Humanas, da Universidade Federal da Grande Dourados, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

Área de concentração: Produção do espaço regional e Fronteira.

Linha de pesquisa: Políticas Públicas, Dinâmicas Produtivas e da Natureza.

Orientador: Prof. Dr. Adeir Archanjo da Mota.

DOURADOS-MS

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

O48c Oliveira, Alessandro Bezerra De

CARTOGRAFIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
DOURADOS-MS [recurso eletrônico] / Alessandro Bezerra De Oliveira. -- 2019.

Arquivo em formato pdf.

Orientador: Adeir Archanjo da Mota.

Dissertação (Mestrado em Geografia)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2019.

Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:

<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Geografia da Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Mota, Adeir Archanjo Da. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.



UFPGD

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR **ALESSANDRO BEZERRA DE OLIVEIRA**, ALUNO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM GEOGRAFIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO “PRODUÇÃO DO ESPAÇO REGIONAL E FRONTEIRA”.

Ao quarto dia do mês de outubro do ano de dois mil e dezenove, às quatorze horas, em sessão pública, realizou-se na Universidade Federal da Grande Dourados, a Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada “**Cartografia da Atenção Primária à Saúde no Município de Dourados – MS**” apresentada pelo mestrando **Alessandro Bezerra de Oliveira**, do Programa de Pós-Graduação em Geografia, à Banca Examinadora constituída pelos membros: Prof. Dr. Adeir Archanjo da Mota/PPGG-UFPGD (presidente/orientador), Prof^ª Dr^ª Maria José Martinelli Silva Calixto/PPGG-UFPGD (membro titular) e Prof. Dr. Raul Borges Guimarães/UNESP (membro titular). Iniciados os trabalhos, a presidência deu a conhecer ao candidato e aos integrantes da Banca as normas a serem observadas na apresentação da Dissertação. Após o candidato ter apresentado a sua Dissertação, os componentes da Banca Examinadora fizeram suas arguições. Terminada a Defesa, a Banca Examinadora, em sessão secreta, passou aos trabalhos de julgamento, tendo sido o candidato considerado **APROVADO**, fazendo *jus* ao título de **MESTRE EM GEOGRAFIA**. Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Dourados, 04 de outubro de 2019.

Prof. Dr. Adeir Archanjo da Mota

Prof^ª Dr^ª Maria José Martinelli Silva Calixto

Prof. Dr. Raul Borges Guimarães

(PARA USO EXCLUSIVO DA PROPP)

ATA HOMOLOGADA EM: __/__/__, PELA PROPP/UFPGD.

Pró-Reitoria de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa
Assinatura e Carimbo

A minha esposa Daiane e a minha filha Camila, pelo carinho e amor compartilhados; aos meus pais, Ana Rita e Julio, pelo incentivo ao estudo; e aos demais familiares e amigos, pela torcida positiva.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha pessoa, que se superou dia-a-dia para a construção deste trabalho, deixando de lado família, amigos e lazer, comprometendo tempo, saúde física e mental com o processo de construção, não apenas da pesquisa, mas do intelecto de pesquisador e, por consequência, do fazer humano.

Sei que corro o risco de esquecer-me de alguns dos que contribuíram de forma direta ou indireta neste processo, mas gostaria de agradecer nominalmente, a fim de exprimir a importância de cada um neste período de minha vida.

Primeiramente, agradeço ao meu orientador, Adeir Archanjo da Mota, pela cuidadosa orientação, e por me conduzir através da árdua tarefa de construir, não apenas uma dissertação, mas além do pensamento científico, o olhar crítico para a sociedade como um todo, por me apresentar a Geografia da Saúde e grandes pensadores da contemporaneidade, além de ajudar no desenvolvimento do pensamento em torno da Saúde e ser exemplo de como viver com base no que acredita. Muito obrigado, sou uma pessoa melhor, pois convivi contigo.

Aos membros da banca de qualificação, Catia Paranhos Martins, Cláudia Marques Roma e Maria José Martinelli Silva Calixto, cujas observações, críticas e sugestões foram de primordial importância para indicar o caminho a seguir a fim de enriquecer o trabalho.

Em especial agradeço a minha esposa Daiane pelo apoio, confiança em minha capacidade e, em especial, pelo incentivo reservado ao longo desses anos que envolvem desde a tomada de decisão de ingressar em um programa de mestrado, cursar disciplinas como aluno especial para angariar créditos antecipados, até o ingresso e a conclusão desse processo. Palavras são inúteis para expressar o amor e a gratidão que sinto, mas mesmo assim, muito obrigado! Sem você não seria possível me manter na jornada, obrigado por cuidar de mim.

A minha filha Camila, por ser compreensiva e paciente com minha ausência, e por ser um dos motivos de eu continuar melhorando sempre. Obrigado pelo carinho, seu pai agora pode te escutar melhor, brincar e ficar ao seu lado.

Agradeço aos meus pais, Julio e Ana, por terem decidido que a maior herança que poderiam deixar aos filhos seria a educação, e por mudarem suas vidas para atingir esse objetivo, abdicando da vida pacata na área rural de Dourados, para prover acesso à educação aos filhos. Mudamos para cidade para estudar, como ninguém me pediu até agora, não parei e

não irei parar.

A minha irmã, Juliana, pelo apoio e em especial, pela contribuição intelectual, discutindo e ajudando durante todo o processo do mestrado. Escutarei o que me disse e, quando alguém precisar, irei retribuir.

Ao meu irmão, Neimar, pelo incentivo e apoio moral e financeiro, e além de ser o exemplo em que me espelhei como pessoa que deveria me tornar. A propósito, o dinheiro que me emprestou para fazer inscrição e comprar livros em congressos, não irei devolver.

À colega Laura Gondin, que além de dividir o mesmo orientador, por várias vezes foi mais que colega de orientação, auxiliando de forma direta, compartilhando as mesmas angústias, dúvidas e frustrações que o processo de produção científica proporciona, além, é claro, de poder contar com o incentivo e compartilhar discussões que foram primordiais para o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço em especial ao colega aluno do Doutorado em Geografia da UFGD, Rafael Brugnoli Medeiros, por produzir os produtos cartográficos que estão presentes na minha pesquisa.

Gilberto Assis, meu ex-aluno do ensino médio, e agora colega de pós-graduação, por tentar me ensinar a utilizar os softwares de produção de mapas, e por produzir produtos cartográficos para minha pesquisa. Além de compartilhar conhecimento, também dividiu saberes e incentivo.

Aos colegas Bruno Ferreira Campos, aluno do Doutorado em Geografia da UFGD, e Oslon Carlos Estigarribia Paes de Barros pelas imagens e arquivos digitais que contribuíram com a construção da pesquisa.

Ao meu grande amigo Rudy de Araujo Maruyama e a Sandra Velasques de Camargo, que torceram pelo meu sucesso lá do Japão. Meu mais profundo agradecimento. Ainda sinto saudades, meus amigos.

À amiga Luana Gutierrez, pelo incentivo e companheirismo que temos desde a graduação, e perduram por esses longos anos. Muito obrigado, minha amiga, por incentivar, discutir e me apoiar nesta jornada.

Aos amigos Clóvis, Marcos e Fábio, que juntos produzíamos a nossa própria cerveja, na qual paramos a produção por conta de minhas obrigações e falta de tempo. Agora podemos pensar em retomar a produção.

Aos professores, que desde minha formação básica, me auxiliaram, e me guiaram pelo longo caminho da alfabetização até a pós-graduação, que acreditaram que educação

transforma o mundo, e que superando as adversidades de serem professores, atuaram acreditando em criar um mundo melhor, em especial agradeço aos professores: Valdir, Raimunda, Cidinha e a tantos outros professores e coordenadores por acreditarem em minhas capacidades e por todas as vezes que “puxaram minha orelha” para eu ser uma pessoa melhor.

Aos amigos professores das escolas que lecionei. Muito obrigado por contribuírem com minha formação, agradeço pelo incentivo, e a diretora da escola Maria da Gloria Muzzi Ferreira, Sandra Regina da Silva, que foi um apoio especial em meu local de trabalho, por sua imensa compreensão e generosidade, muito obrigado!

A todos, citados ou não aqui, mas que de alguma forma me auxiliaram torceram ou me ajudaram, meu muito obrigado! A quem não acreditava em minha capacidade, obrigado também, mais uma vez eu supere as expectativas!

RESUMO

Este trabalho apresenta a distribuição das infraestruturas de atendimento básico em saúde no município de Dourados, no qual se verifica como se realizou desde a gênese da Atenção Básica em Saúde, até a expansão das Unidades Básicas de Saúde e das Estratégias de Saúde da Família, associadas à expansão territorial urbana do município. Foi realizada uma revisão histórica do processo de (re)ocupação do município de Dourados desde o período da instalação da Colônia Agrícola Nacional de Dourados, verificando assim, o que havia de infraestrutura em assistência à saúde, e o que houve de ampliação desta, além de compreender as formas que impulsionaram a ampliação e expansão territorial urbana de Dourados. Esta análise histórica, proporcionou também a compreensão da evolução da Atenção Básica em Saúde no Brasil, através da observação do processo da Reforma Sanitária Brasileira, onde se verificou como este modelo se tornou importante no processo de promoção e prevenção em saúde, em oposição à hegemonia do modelo hospitalocêntrico. Através de trabalho de campo com a aplicação de questionários e de levantamentos de dados na Prefeitura Municipal de Dourados, foi possível adquirir dados empíricos sobre a implantação das unidades básicas de saúde e das estratégias de saúde da família, e assim como compreender a relação destas com a densidade demográfica e transporte coletivo, criando mapas com informações obtidas através de trabalho empírico do levantamento das coordenadas geográficas, da localização das UBS que proporcionaram cruzamento destes dados com as informações contidas no IBGE. Esta análise está em consonância aos 30 anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, 1988 – 2018. Cabe ressaltar que o SUS tem por base a prevenção em saúde, que é realizada principalmente através do modelo de Estratégia de Saúde da Família, que também foi objeto de discussão neste estudo. Através desta pesquisa, foi verificada não apenas a infraestrutura instalada, mas também as demandas que o município possui. A pesquisa evidenciou que há infraestrutura, mas que esta necessita ser ampliada, uma vez que não proporciona uma cobertura total ao recorte espacial, e, portanto às demandas existentes.

Palavras-chave: Geografia da Saúde; Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This work aims at presenting the distribution of basic health care infrastructure in Dourados city, which shows how it has been done from the genesis of the basic health care to the expansion of the Basic Health Unit and of Family Health Strategies, associated with expansion of the municipality. It was occupied by conducting a historical review of the process of (re)occupation of the Dourados municipality since the establishment of the National Agricultural Colony of Dourados, thus verifying what was the infrastructure in health care, and what was its expansion, besides understanding the ways that propelled the growth of the Dourados city. This historical analysis also provided the understanding of the evolution of the Primary Health Care in Brazil, through the observation of the Brazilian Health Reform process, in which it was verified how this model became important in the process of health promotion and prevention, as opposed to hegemony of the hospital-centric model. Through fieldwork with applying of questionnaires and data collections in the city hall of Dourados it was possible getting empirical data about the Basic Health Unit implantation and of the Family Health Strategies, as well as understanding the relation of these with population density and public transport, creating maps with informations obtained through empirical work of the geographics coordinates survey, of the BHU localization that allowed the crossing of these datas with informations contained in IBGE. This analysis is consonance with the 30 years of implementation of the Unified Health System in Brazil, 1988 - 2018. It must be emphasized that the UHS, is based on health prevention, which is mainly implemented through the Family Health Strategy, which was also the subject of discussion in this study. Through this research it was possible to verify not only the installed infrastructure, but also the demands which the city has, it was verified that there is the infrastructure and that we believe it needs to be expanded, since it does not provide full coverage to the spatial cutting, and therefore to existing demands.

Keywords: Geography of Health; Public Health; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Evolução da população do município de Dourados 1940 a 2018.....	40
Gráfico 2 - Implantação das UBS no município de Dourados 1988 a 2017.	63
Gráfico 3 - Quantitativo de equipe de saúde da família nos distritos.....	76

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Localização do município de Dourados, Mato Grosso do Sul em 2019.	18
Mapa 2 – Loteamento urbano na cidade de Dourados Mato Grosso do Sul	21
Mapa 3 – Área ocupada pela Colônia Agrícola Nacional de Dourados, Mato Grosso do Sul, 1940.	33
Mapa 4 – UBS/USF no município de Dourados/MS 1990 - 2000 (a).....	68
Mapa 5 – UBS/USF no município de Dourados/MS 1990 - 2000 (b).	68
Mapa 6 – UBS/USF no município de Dourados/MS 2000-2010 (a).....	71
Mapa 7 – UBS/USF no município de Dourados/MS 2000-2010 (b)..	74
Mapa 8 – Distribuição espacial das UBS/USF na cidade de Dourados/MS 2010-2018.....	74
Mapa 9 – Densidade demográfica e as UBS/USF Dourados-MS, 2010.	89
Mapa 10 – Equipes de saúde da família por USF em Dourados-MS, 2018.....	84
Mapa 11 – Densidade demográfica com localização das UBS/USF área de abrangência de 500 metros Dourados-MS, 2018.....	89
Mapa 12 – Densidade demográfica com localização das UBS/USF área de abrangência de 800 metros Dourados-MS, 2018.....	91
Mapa 13 – Linhas de transporte coletivo e Unidades Basicas de Saúde de Dourados-MS 2018.	93
Mapa 14 – Espacialidade da atenção primária à saúde no perímetro urbano de Dourados em dezembro de 2018.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução da população do município de Dourados no período de 1940 – 2000. ..	37
Tabela 2 – Evolução da população e da infraestrutura em atendimento em saúde no município de Dourados.....	59
Tabela 3 – Evolução das unidades básicas de saúde no município de Dourados.....	62
Tabela 4 – Disposição dos Distritos e quantitativos de equipes.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAND	Colônia Agrícola Nacional Dourados
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CURA	Comunidade Urbana de Recuperação Acelerada
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Reforma Agrária
INDA	Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário
INAMPS	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MPS	Ministério da Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAR	Programa de Arrendamento Residencial
PLADESCO	Plano de Desenvolvimento Econômico e Social para o Centro-Oeste
PMD	Prefeitura Municipal de Dourados
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRODOESTE	Programa de Desenvolvimento do Centro-Oeste
PRODEGRAN	Programa Especial de Desenvolvimento da Região da Grande Dourados
SUDECO	Superintendência de Desenvolvimento do Centro-Oeste
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
UEMS	Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIGRAN	Centro Universitário da Grande Dourados

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	A TRADIÇÃO HOSPITALOCÊNTRICA NO MUNICÍPIO DE DOURADOS ATÉ 1987.	29
3	A IMPORTÂNCIA DA REFORMA SANITÁRIA PARA A MUDANÇA DE PARADIGMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	44
4	A DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM DOURADOS.	59
5	A ANÁLISE DA COBERTURA ESPACIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DOURADOS.....	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICES.....	107

1 INTRODUÇÃO

Ao desenvolver uma pesquisa científica, em especial, ao realizar a escolha de um objeto de pesquisa, é preciso escolher algo que seja importante o suficiente para promover o desprendimento de tempo, recursos e conhecimentos, além, é claro, de a problemática ser algo que promova uma devolução para a sociedade.

Existe, então, uma preocupação não apenas científica, mas também social com o objeto de pesquisa e, portanto, com a forma de fazer ciência. Cabe ressaltar que uma pesquisa deve, em seu processo de desenvolvimento, compreender valores e preceitos éticos que harmonizam com o desenvolvimento da ciência. Todavia, isso não significa que a pesquisa gira em torno de um objeto estéril e inerte, pois se trata de uma Ciência Humana, e, para desenvolver o pensamento científico, aplicando métodos e metodologias de análise, lançar mão desse objeto é essencial. A pesquisa, portanto, não possui apenas fundamentos técnicos, teóricos e metodológicos, mas também motivações pessoais.

Um dos temas relacionados à pesquisa é o que engloba a Geografia Urbana. Dessa forma, no Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação, tornou-se viável o pensamento em torno de um recorte da área urbana da cidade de Dourados, orientado pela Professora Maria José Martinelli Silva Calixto, através de um estudo de caso, que proporcionou o diálogo em torno de questionamentos sobre o processo de produção, apropriação e consumo do espaço urbano. Além disso, o trabalho investigou se essa expansão estava associada à oferta de aparatos públicos de educação na área do entorno do Residencial Itajú I, construído por meio de uma parceria envolvendo a Prefeitura Municipal de Dourados (PMD), a Caixa Econômica Federal (CEF) e os recursos públicos do Programa de Arrendamento Residencial (PAR). Enfim, já na graduação foi possível perceber a necessidade de aprofundar-se nesse tema. Portanto, há uma proximidade com o objeto de estudo, tanto relacionando a um serviço urbano quanto por viver em Dourados desde o nascimento.

Dessa forma, a escolha do objeto de pesquisa “Cartografia da Atenção Primária a Saúde no Município de Dourados-MS”, apesar de não ser o tema apresentado à banca de avaliação para ingresso no mestrado, é resultado de um longo processo de orientação e envolvimento, não apenas com o tema Saúde, mas também com a pesquisa como um todo.

A localidade escolhida para o desenvolvimento da pesquisa aproxima-se do objeto de estudo, pois se trata-se da localidade onde minha família reside há três gerações, sendo que o motivo da migração para a cidade de Dourados/MS se deu pela atração criada pela Colônia

Agrícola Nacional de Dourados (CAND). Tanto meus avós paternos quanto os maternos vieram tentar uma vida nova. Dessa forma, compreender o local onde minha família vive, e eu escolhi continuar, é uma das obrigações que considero importante como geógrafo, pois devemos conhecer o mundo partindo de onde estamos, para assim ampliar as leituras espaciais até o limite das possibilidades acadêmica e intelectual.

As discussões sobre saúde coletiva são de extrema importância, pois vão ao encontro do fato de a saúde não estar relacionada apenas ao indivíduo, mas ao coletivo. E a Geografia é, por essência, a ciência que trata não apenas do espaço, mas das interações e interseções sociais que ocorrem nele.

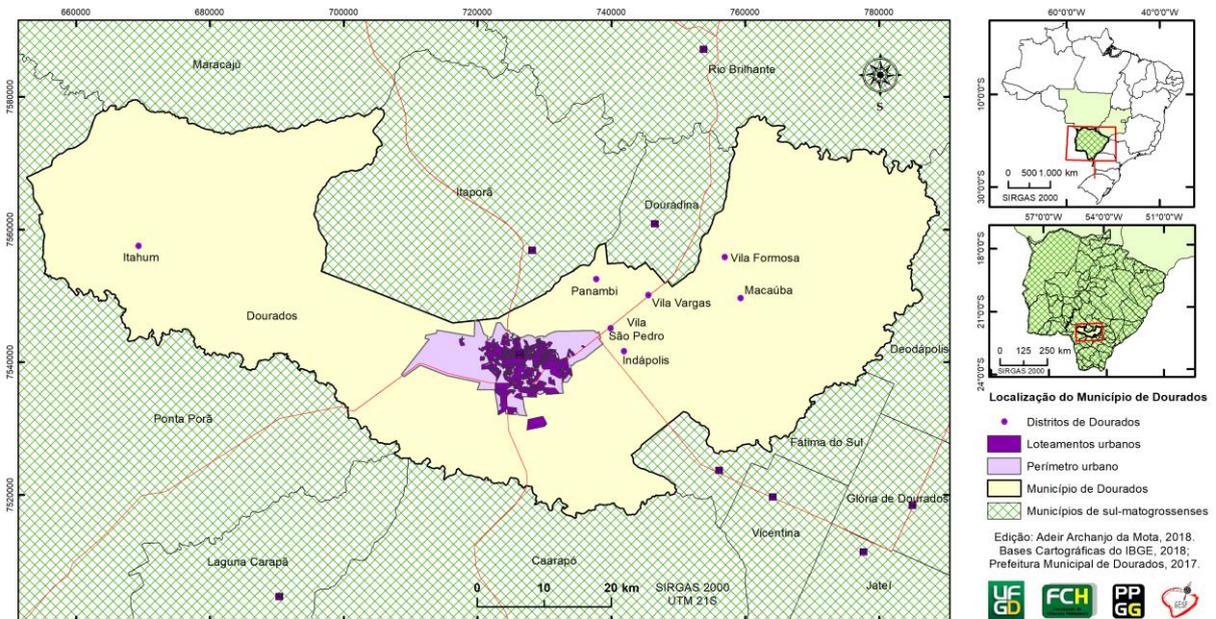
O tema saúde, em especial saúde coletiva, tem despertado interesse na comunidade geográfica latino-americana (GUIMARAES, PICKENHAYA e LIMA, 2014, p. 7), sendo que encontros como o Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, ocorrem desde 2003, com expressiva participação de pesquisadores.

Dessa forma, salientamos o retratado por Guimaraes, Pickenhaya e Lima (2014, p. 74) acerca da necessidade da inserção da Geografia no estudo do processo saúde-doença, “o insucesso do combate a diversas moléstias, mesmo contando com procedimentos de controle biologicamente corretos, trouxe a necessidade de explicações alternativas do processo saúde doença”. Dessa forma, para fomentar um maior entendimento do conceito de saúde, a Geografia se fez presente para o “enfrentamento do debate teórico metodológico suscitado pela crise epistemológica da epidemiologia, contribuindo para a evolução conceitual da disciplina” (GUIMARAES; PICKENHAYA e LIMA, 2014, p. 74).

O recorte temático neste estudo é a espacialização da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Dourados/MS. Este recorte está em consonância com Faria (2018, p. 90), ao afirmar que “pouco se indagou, todavia, sobre a prática da territorialização da APS no Brasil, mesmo sendo ela a determinar o próprio desenho da porta de entrada do SUS”.

Com relação ao município de Dourados, o Mapa 1 apresenta a localização no estado do Mato Grosso do Sul. Podemos verificar que sua localização está na porção sul do estado, na faixa de fronteira continental de 150 km da divisa internacional, possuindo um processo de formação e expansão intimamente ligado à expansão da fronteira agrícola. É, portanto, um município estratégico para a ligação com o país vizinho, o Paraguai.

Mapa 1: Localização do município de Dourados, Mato Grosso do Sul em 2019.



Conforme o disposto na Constituição Federal de 1988 e no artigo 2º da Lei do SUS nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), fica evidente que a saúde é um direito fundamental do ser humano. A atenção à saúde, segundo definição dada pelo dicionário da educação profissional da Saúde, fará a organização estratégica do sistema e das práticas em saúde. Portanto, o Estado promove as condições indispensáveis ao seu exercício através do cuidado, em grande medida realizada na APS, no Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Primária à Saúde também é denominada de Atenção Básica à Saúde, como se pode observar na denominação da política pública de saúde da esfera federal “Política Nacional de Atenção Básica”. Essa política caracteriza a atenção básica como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Para sua maior efetividade da Atenção Básica, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), afirma que esta deve ser desenvolvida de maneira descentralizada, uma vez que o município será responsável direto pela gestão dos recursos e organizará, conforme suas necessidades, o atendimento.

Ressaltamos que quem realiza de forma ampla e eficiente a prevenção e promoção

em saúde é o SUS. Apesar de estas poderem ser realizadas pela rede privada, o grande responsável por prevenção e promoção é o estado brasileiro através do Sistema Único de Saúde.

Sobre o modelo de atendimento preconizado pelo SUS, denominado de Atenção Primária à Saúde, Van Stralen (2008, p. 149), no artigo “Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil”, indica:

Estudos internacionais têm evidenciado que a atenção primária tem impacto positivo sobre vários indicadores de saúde; reduz gastos totais; melhora o acesso a serviços de saúde, a qualidade global da atenção à saúde e as ações preventivas; facilita a detecção precoce de problemas reduzindo internações hospitalares; garante cuidados mais apropriados e reduz o uso de cuidados desnecessários de atenção especializada à saúde. Estudos no Brasil apontam na mesma direção: a Saúde da Família melhora o acesso e tem alguns efeitos positivos na situação de saúde.

Ainda sobre a atenção primária, e sua organização, o Ministério da Saúde determina que essa deve ser a porta de entrada dos usuários ao sistema, organizando os cuidados em saúde para uma maior eficiência, sendo proporcionados, de forma integral, os princípios da universalidade e acessibilidade. Para isso, é necessário que a infraestrutura esteja acessível ao usuário, ou seja, que seja próxima, facilitando o acesso.

Para uma maior eficácia e eficiência do serviço de saúde, é necessário que se observem também os determinantes sociais em saúde. Conforme salienta Starfield (2002, p. 27), “ela deve focar a saúde das pessoas na constelação de outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual”.

Para fomentar a capilaridade no atendimento e, portanto, um contato de maior proximidade com os usuários do Sistema Único de Saúde, a APS foi reorganizada no início da década de 1990, com a implantação do SUS para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os principais objetivos para implantação da ESF são:

Visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p. 54).

Com relação à justificativa da pesquisa, essa se dá pela necessidade de compreender como está distribuída espacialmente a infraestrutura de atendimento da Atenção Primária à Saúde no município de Dourados, e como a APS têm se expandido.

Dourados tem sido analisada por vários estudos acadêmicos que discutem desde a expansão urbana à importância desta no contexto regional. Dentre as produções científicas mais relevantes, destaco as realizadas por Calixto (2000, 2008 e 2016), e Silva (2000) que contribuem com o teórico conceitual e com a revisão histórica para compreensão dos contextos de expansão urbana, utilizadas como referencial no que tange tanto a conceitos, quanto ao histórico de crescimento, espacialidade e desenvolvimento da cidade.

Sobre os referenciais teóricos utilizados, igualmente ricos e capazes de agregar e ampliar conhecimentos na pesquisa são o trabalho de Silva (2011), que em sua dissertação de mestrado, intitulada “Os papéis de Dourados-MS no contexto regional: apontamentos para análise de uma cidade média” discutem sobre a centralidade da cidade de Dourados, no qual dá ênfase, em um dos tópicos do capítulo 3, à questão da saúde. Esta dissertação abordou a saúde de maneira geral e central no que se refere à atenção de alta e média complexidade, no modelo hospitalocêntrico¹.

Destaco o escrito de Silva (2000), que em sua tese de doutorado, intitulada “Os novos rumos da política habitacional e o processo de urbanização de Dourados-MS”, faz apontamentos sobre a ampliação da cidade e como as políticas de financiamento foram determinantes para o seu desenvolvimento.

Sob o mesmo ponto de vista, consideramos a bibliografia produzida por pensadores da Geografia da Saúde como Guimarães, Pickenhaya e Lima (2014), que entre outros temas debatem a importância de políticas públicas eficazes no que tange ao atendimento em saúde, além de Soares, Costa, Lima e Costa (2014), que organizaram o livro intitulado “Construindo Cidades Saudáveis, Utopias e Práticas”.

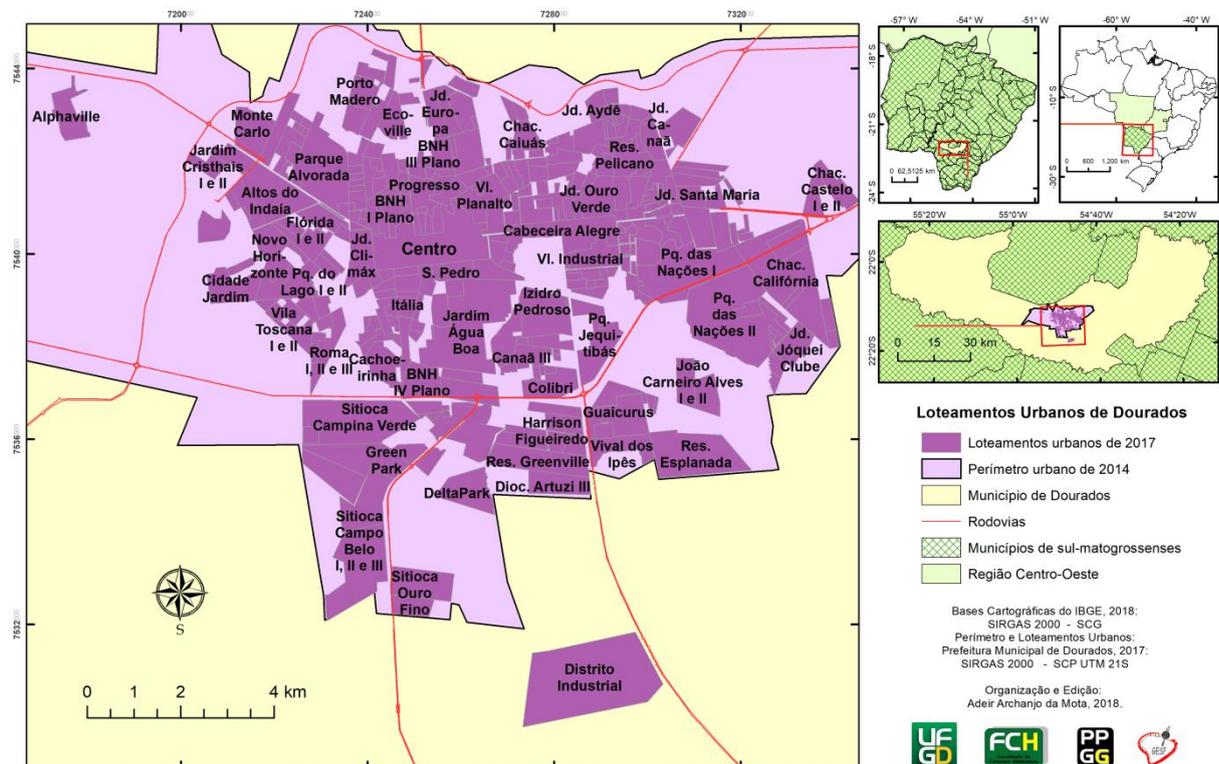
Já nos escritos de Mota (2014), é possível avultar tanto o pensamento relacionado às questões de saúde, quanto a necessidade da utilização do geoprocessamento como ferramenta para o desenvolvimento do pensamento científico na área da Geografia. Nesse sentido, importar-se com a saúde é preocupar-se também com a vivência do sujeito, em umas das mais íntimas relações que ele tem com o espaço urbano. Ao passo que, compreender como ocorre o

¹ O modelo de atendimento chamado de hospitalocêntrico tem por base os cuidados da saúde em hospitais, uma remediação com a doença já instalada, também é chamado de Modelo Biomédico, utiliza da valorização do complexo médico, da estrutura de atendimento, portanto atua no inverso do que preconiza o modelo da Atenção Básica em Saúde, no qual o foco principal está na prevenção (CARDOSO, 2014).

cuidado em saúde, ou seja, aquele que está intimamente ligado à promoção e prevenção em saúde, é compreender também como a vida se desenvolve e se (re)produz no interior da cidade.

Por fim, a pesquisa buscou analisar se a cobertura espacial da atenção primária à saúde está distribuída de forma equitativa às demandas do município de Dourados-MS, conforme a distribuição espacial dos loteamentos urbanos conforme podemos observar no mapa.

Mapa 2: Loteamentos Urbano na cidade de Dourados – MS



No contexto da discussão de Geografia da Saúde, duas produções tornaram-se relevantes para esta pesquisa. Em destaque, a tese de doutorado de Faria (2012) intitulada “A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectivas de adequação aos perfis do território urbano de Pouso Alegre - MG”, que contribuiu na construção da metodologia deste estudo, uma vez que produz uma análise quantitativa e qualitativa sobre a territorialização da atenção primária em saúde. Faria é atuante na análise espacial de indicadores de saúde da população e demonstra em seus escritos a importância de uma análise territorial para melhor compreensão do processo de saúde doença.

Em seguida, a dissertação de mestrado, desenvolvida por Aranha (2010), intitulada

“Uso do território e SUS: do mundo como norma ao lugar como forma” também corroborou com a discussão da temática relativa à Geografia da Saúde, principalmente ao processo de implantação do SUS.

Com isso, para melhor compreender este processo, faz-se necessário suscitar a questão sobre a Geografia da Saúde. Já que não se pode confundi-la com Geografia Médica, conforme argumenta Faria:

A Geografia Médica como campo de estudos não foi, a nosso ver, sucumbida pela chamada Geografia da Saúde. Trata-se de dois campos de estudos que se comunicam, mas que oferecem possibilidades teóricas e metodológicas diferentes. [...] Pode ser essencialmente definida como o estudo geográfico das questões médicas, justificando, assim, a sua denominação. Isso levou a considerar que a Geografia Médica se explica muito mais pelos usos médicos dos conhecimentos geográficos do que pelos usos geográficos dos conhecimentos médicos (FARIA, 2012, p. 12).

Sendo assim, é necessário diferenciar, conforme explica Faria (2012), a Geografia Médica de Geografia da Saúde, uma vez que a Geografia Médica toma como base uma análise sobre a doença, e a Geografia da Saúde atua de forma mais abrangente, levando em consideração tanto os fatores sociais, quanto os ambientais para o desenvolvimento do pensamento em torno, não apenas da doença, mas do seu tratamento, principalmente, sua prevenção.

Logo, a ideia é fazer uma análise de Geografia da Saúde, que é definida por Faria (2012) como a junção de dois conceitos distintos, o território e a saúde, inscritos no interior de uma temática, trabalhada sobre os preceitos da Geografia, sejam na análise territorial ou dos dados sobre o espaço geográfico. Em outras palavras, a Geografia da Saúde pode auxiliar no que diz respeito ao conhecimento, à prevenção e ao tratamento, além das tomadas de decisões relacionadas à saúde.

Portanto, a pesquisa desvela-se exatamente para esse pensamento que relaciona a espacialidade das Unidades Básicas de Saúde e das Estratégias de Saúde da Família, articulada à compreensão da expansão territorial urbana de Dourados.

Dessa forma, o estudo ficou estruturado em quatro itens, ou capítulos, sendo que a introdução apresenta os objetivos, as metodologias e os referenciais teóricos que foram utilizados.

O primeiro item apresenta uma revisão histórica do processo de formação e desenvolvimento de Dourados-MS, no qual foi possível dialogar sobre o município, seu histórico e crescimento com o intuito de compreender os processos que ocorreram na mesmo,

uma vez que o processo de formação do município trouxe resultados no processo de distribuição espacial tanto dos equipamentos públicos quanto da concentração de pessoas e, por consequência, de renda nesses espaços, criando toda uma dinâmica de funcionamento do município, retratada por Calixto (2000, 2008 e 2016).

O segundo trata da Reforma Sanitária Brasileira, e, portanto de como se desenvolveu o pensamento e por consequência a política pública relacionada à saúde no Brasil. É importante ressaltar este processo uma vez que é por consequência da Reforma Sanitária Brasileira que o Estado brasileiro adotou o modelo de atenção Básica em Saúde, pautado na promoção e prevenção em saúde.

No terceiro item, tratamos da Atenção Primária à Saúde, seus condicionantes e sua distribuição no município de Dourados no período inicial do recorte temporal, utilizando os recursos da Cartografia para identificar visualmente nos mapas de expansão territorial da malha urbana do estudo de Calixto (2000).

O quarto item trata da análise do desenvolvimento do município no recorte temporal determinado e o uso dos dados estatísticos referentes à mesma, tendo por base o trabalho de campo realizado, verificando assim a distribuição espaço temporal das unidades básicas de saúde em Dourados e de como esta se dá em relação à distribuição da população através da verificação da densidade demográfica. Também foi realizado mapeamento das linhas de transporte coletivo para, de forma sucinta, apontar as formas de acesso à atenção básica na cidade de Dourados.

Observamos que a presente dissertação tem como objetivo geral analisar a cobertura espacial da atenção primária à saúde no município de Dourados-MS. E como objetivos específicos, mapear a distribuição espacial da atenção primária à saúde no município de Dourados; analisar a implantação das Unidades Básicas de Saúde no processo de expansão territorial urbana do município de Dourados; e compreender a associação espacial entre a cobertura espacial da atenção primária à saúde, o transporte coletivo e a densidade demográfica da cidade de Dourados.

Com relação à escolha do método de pesquisa, observamos que não deve ser feita de forma antecipada. Assim concordamos com Andrade e Schimit (2015), que afirmam que as tentativas de investigação serão o fator determinante para a escolha da metodologia. Sendo assim, a metodologia utilizada neste trabalho, é classificada, segundo Gil (2002), como pesquisa exploratória descritiva quanto aos fins bibliográficos.

Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2002, p. 41).

Neste trabalho, segundo os objetivos de análise referenciados em Metodologia da Pesquisa e da Produção Científica (2011), organizado por Denise Maria dos Santos Paulinelli Raposo, a pesquisa enquadra-se como descritiva da cobertura da atenção primária à saúde, uma vez que “a pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (RAPOSO, 2011, p. 55).

Ao passo que, os procedimentos de coleta de dados e as fontes de informações se enquadram no tipo bibliográfico e documental, sendo com relação à natureza dos dados o método quantitativo, que melhor delimita o tipo de análise a ser desenvolvida.

Sendo assim, num levantamento bibliográfico preliminar, Gil defende:

Esse levantamento bibliográfico preliminar pode ser entendido como um estudo exploratório, posto que tem a finalidade de proporcionar a familiaridade do aluno com a área de estudo no qual está interessado, bem como sua delimitação. Essa familiaridade é essencial para que o problema seja formulado de maneira clara e precisa (GIL, 2002, p. 61).

Calixto enfatiza a necessidade de uma aproximação com o objeto de estudo como forma de melhor perspicácia sobre o tema pesquisado.

Na tentativa de buscar o desvendamento das facetas dessa realidade, entendemos que somente o contato do pesquisador com o objeto de pesquisa, orientado pela teoria e reconstruindo-a continuamente, poderá apontar, conforme já afirmamos em outra ocasião, para o amadurecimento da reflexão e contribuir para o entendimento da realidade (CALIXTO, 2000, p. 44).

Por sua vez, para análise do objeto, há possibilidade da variação das escalas de análises que podem ser tanto espacial, quanto temporal. Essas análises serão baseadas tanto na utilização de produtos cartográficos que permitam uma verificação dos dados de forma mais coerente, quanto no uso de referenciais que se adequam à análise pretendida, sobre variabilidade de escalas e de referenciais, sejam esses geográficos ou históricos. A esse respeito, Santos (2006) relata:

O uso dos objetos através do tempo mostra histórias sucessivas desenroladas no lugar e fora dele. Cada objeto é utilizado segundo equações de força originadas em diferentes escalas, mas que se realizam num lugar, onde vão mudando ao longo do tempo. Assim, a maneira como a unidade entre tempo e espaço vai dando-se, ao

longo do tempo, pode ser entendida através da história das técnicas: uma história geral, uma história local. A epistemologia da Geografia deve levar isso em conta. A técnica nos ajuda a historicizar, isto é, a considerar o espaço como fenômeno histórico a geografizar, isto é, a produzir uma Geografia como ciência histórica. Assim pode-se também produzir uma epistemologia geográfica de cunho historicista e genético, e não apenas historicista e analítico (SANTOS, 2006, p. 29).

Levando em consideração os dados colhidos para melhor compreender tanto o processo de implantação das UBS e ESF, quanto o que tange a inter-relação à expansão do espaço urbano de Dourados-MS, a quantificação é inerente a este tipo de estudo, uma vez que serão feitas análises de dados referentes à quantidade e distribuição espaço-temporal da APS na malha urbana de Dourados-MS. Com relação à pesquisa quantitativa, Andrade e Schimidt afirmam:

Na pesquisa quantitativa tudo é quantificável, ou seja, os fatos e fenômenos podem ser traduzidos por números, relatos e informações, propiciando classificações e análise dos resultados. Por isso, o uso de recursos e técnicas estatísticas são fundamentais nessa forma de abordagem (ANDRADE; SCHIMIDT, 2015, p. 12).

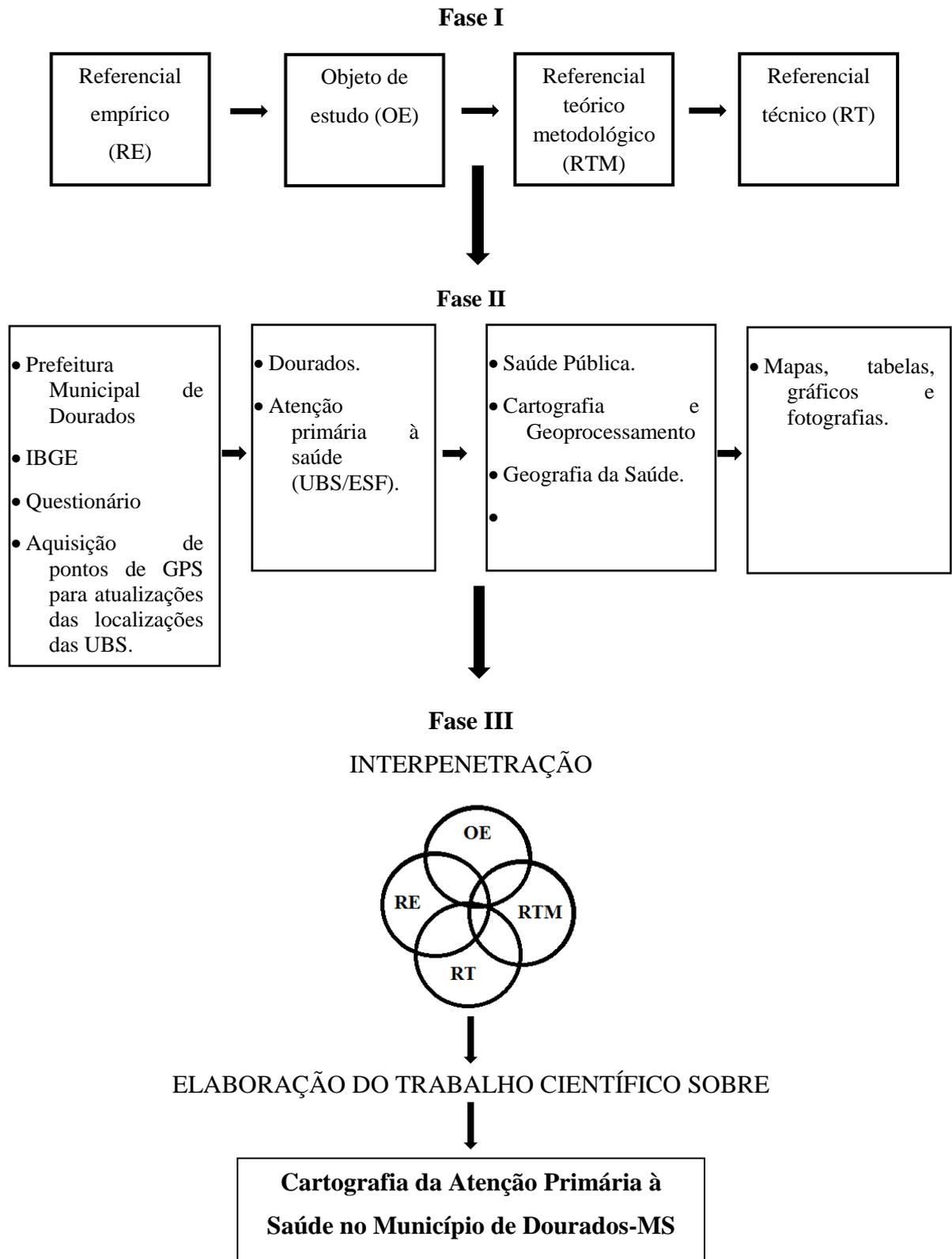
Dessa forma, Andrade e Schimidt (2015, p. 31) consideram que “tudo na Geografia que trabalha com o espaço é possível de mapear”. Ou seja, é possível demonstrar qualquer manifestação da realidade no tempo e no espaço geográfico.

Além disso, a Cartografia Temática enquanto base para retratar fenômenos também é caracterizada por Andrade e Schimidt como

[...] um instrumento de análise, interpretação e de comunicação por excelência do geógrafo. É nada mais do que um meio de comunicação do geógrafo pesquisador, pois permite uma escala própria e modos de representação bem específicos para se analisar diversos temas, podendo facilitar a elaboração de mapeamentos com assuntos bem delimitados (ANDRADE; SCHIMIDT, 2015, p. 32).

Após a escolha do recorte espacial a ser pesquisado, realizamos a pesquisa da distribuição da atenção primária à saúde, criando assim um banco de dados geográficos, operacionalizado em software de um sistema de informação geográfica, o ArcGIS 10.6.

Com base no organograma de Mendes (1992), adaptado por Mota (2007), para melhor organizar as etapas do estudo, bem como a interpenetração dos três referenciais (técnico, empírico e teórico), o estudo foi esquematizado, possibilitando assim a adaptação do organograma no presente trabalho científico.



Organograma 1: Organograma teórico-metodológico

Fonte: Adaptado de Mota (2007).

O recorte temporal do estudo é o período de 1988 a 2018, e para melhor compreender como que se encontrava o município de Dourados nesse período, foi realizada uma busca pelo processo de formação histórica da localidade.

O fato de, em 2018, a Constituição Federal completar 30 anos, e, por consequência, a criação dos aparatos jurídicos que propiciaram a estruturação do SUS, bem como, esse período ser de importante desenvolvimento para Dourados, uma vez que reflete o processo de desenvolvimento fomentado pelo Estado, em especial, a partir da década de 1970, inserindo Dourados na centralidade de desenvolvimento regional, conforme salientado por Calixto (2000).

Primeiramente, no que diz respeito ao texto da Constituição Federal de 1988, o artigo 6º, sobre direitos sociais, aloca a saúde como um dos pilares sociais. A Constituição também trata, no quinto item do mesmo artigo, sobre o direito à moradia. Para tanto, faz-se necessário primeiramente compreender como era e como se encontra o município de Dourados/MS atualmente. Desse modo, uma breve análise histórica do processo de formação da localidade é importante para localizar o objeto de pesquisa.

Simultaneamente, para o desenvolvimento de uma pesquisa, é necessário fazer um levantamento de referenciais teóricos com pesquisa bibliográfica, em seguida, é imprescindível fazer uma revisão histórica dos fatos. Dessa forma pretende-se compreender o processo de formação e desenvolvimento de Dourados. A intenção deste trabalho não é desenvolver uma pesquisa histórica, qualquer fenômeno, seja ele, o processo de evolução e transformação da área urbana de uma cidade ou a implantação das unidades básicas em saúde, sendo inegável a necessidade de contextualizar o período histórico.

Para o desenvolvimento de uma pesquisa, é necessária a formulação de uma questão norteadora, que neste caso é: qual a distribuição espacial da atenção primária em saúde no município de Dourados, e qual o aumento desta no período de implantação do SUS a atualidade? Ou seja, trata-se de um recorte temporal de 30 anos (1988 a 2018).

Quanto aos dados relacionados à saúde, serão coletados no DATASUS, uma plataforma digital do Governo Federal que reúne, armazena e disponibiliza dados do Sistema Único de Saúde, para que tanto profissionais de saúde, quanto pesquisadores e a população interessada tenham acesso aos dados estatísticos e quantitativos relacionados ao processo de atendimento em saúde e à estrutura de atendimento em saúde.

Enquanto isso, a criação de produtos cartográficos foi de fundamental importância para melhor análise dos dados coletados no DATASUS. Assim, para a criação cartográfica

também serão utilizadas informações contidas em outro banco de dados, neste caso, os dados estatísticos e os *shapefiles*, disponíveis na plataforma digital do IBGE.

Dessa forma, a análise incluirá uma perspectiva sócio espacial, levando em consideração as informações obtidas no banco de dados do IBGE e no banco de dados do DATASUS. Após a consulta, serão cruzados os dados referentes à densidade demográfica e à espacialização da infraestrutura de atendimento em saúde, nesse caso as UBS e ESF. Também será realizada a análise de vizinhança, será verificada a espacialização com áreas de abrangências centradas na localização das EBS para observar com relação ao acesso a mesma, além de utilizar a malha de transporte coletivo para realizar o mesmo tipo de verificação.

2 A TRADIÇÃO HOSPITALOCÊNTRICA NO MUNICÍPIO DE DOURADOS ATÉ 1987.

Inicialmente, é importante ressaltar que quando existe um recorte espacial numa pesquisa, nada mais congruente que observá-lo como fruto de um processo histórico, no qual produziu e reproduziu seus significados e suas importâncias durante determinado período de tempo. Partindo dessa premissa, priorizamos fazer um breve histórico do surgimento e expansão da cidade e da população de Dourados, visando melhor compreensão do trabalho como um todo.

Com relação ao período, destacamos o recorte temporal que abrange até a data de 1987, pois a mesma antecede a promulgação da Constituição Federal de 1988, no início do período de redemocratização do país e, portanto antecede a criação do SUS em 1990.

Sob o mesmo ponto de vista, conforme afirma Milton Santos (2008), a utilização do processo de produção partindo de uma reconstrução histórica é necessária e importante para compreender na totalidade o sistema de objetos na saúde ao afirmar que: “tempo, espaço e inundo são realidades históricas que devem ser intelectualmente reconstruídas em termos de sistema, isto é, como mutuamente conversíveis, se a nossa preocupação epistemológica é totalizadora” (2008, p. 19).

A intenção de apropriar-se do método historicista não é a de fazer uma síntese do que os historiadores já fizeram, mas referenciar as questões de onde, quando e como se deu a implantação dos serviços de saúde no município Dourados/MS, a fim de compreender não apenas o processo de implantação do SUS, mas também a acessibilidade espacial do cuidado à saúde da população atualmente e nas décadas anteriores, fundamentais para compreender a produção do território municipal.

Para tanto, é fundamental recorrer ao pensamento dialético e, portanto, à história para compreender a formação sócio espacial que contextualizada à dimensão da assistência à saúde de forma específica, assim como do cuidado, por outro lado, a pesquisa não vai abranger uma análise histórica do processo de implantação da Colônia Agrícola Nacional de Dourados (CAND) nem sobre o expansão territorial urbana de Dourados, mas buscar uma breve contextualização histórica relacionada à implantação das Unidades Básicas de Saúde – UBS.

Para aumentar a compreensão e buscar referências também dentro da Geografia, de grande valia são os escritos de Silva (2000), que em sua tese de doutorado dialogou sobre o processo de urbanização da cidade de Dourados/MS. Esse pesquisador faz uma leitura

geográfica do processo de expansão da mesma, apoiando-se em marcos históricos e, portanto, passíveis de serem utilizados como referencial geográfico e histórico do município estudado.

De acordo com Calixto (2000), Dourados, assim como todo o território nacional, desde o período colonial, tem por base um modelo de produção que está ligado à inserção do Brasil no mercado internacional, o que foi estruturado e realizado com base na ampliação da produção de *commodities* por consequência na expansão da fronteira agrícola do país:

O processo de integração territorial, a partir desse “modelo” apoiou uma forma de gerar divisas, visando a um equilíbrio na balança comercial, o que acabou por provocar um grande empenho com o fato de ampliar a fronteira agrícola, sobretudo a partir da década de 1960, objetivando integrar a região Sudeste (em intenso processo de industrialização) às regiões Centro-Oeste, Sul e Nordeste (CALIXTO, 2000, p. 45).

Com relação à ocupação humana do distrito de Dourados, parte do município de Ponta Porã até 1935, ocorreu inicialmente pelos povos indígenas, principalmente das etnias Guarani, Terena e Kaiowá, que, atualmente, encontram-se confinados em diminutas reservas indígenas.

Cabe ressaltar o que destaca Santos (2016) sobre a criação de reserva, em que esse tipo de ação está diretamente ligada ao interesse em liberar terras e transformá-las em propriedade privada, resultando em um confinamento dos indígenas nas aldeias.

Neste estudo não se abordará a saúde indígena, que requer novos estudos específicos, tanto pela complexidade relacionada à temática quanto pelo fato de estar em uma secretaria especial no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Com relação à Reserva Indígena de Dourados, Santana afirma:

As terras da região foram inicialmente habitadas por índios Guaranis e ex-combatentes da Guerra do Paraguai (1864-1870). Com a chegada de imigrantes no final do século XIX e início do XX, passam a ser exploradas mediante extração da erva-mate nativa e pecuária extensiva, situação que foi parcialmente alterada com a criação da Colônia Agrícola (SANTANA JUNIOR, 2009, p. 92).

Nesse ínterim, os registros históricos citados por Santos (2016) demonstram que as primeiras ocupações não indígenas de parte do território que se tornaria o município de Dourados são anteriores ao início do século XX, no período após a guerra travada entre Brasil, Argentina e Uruguai contra o Paraguai e, posteriormente, com a exploração de erva-mate nativa, um dos fatores que levaram à fixação nas terras.

Portanto, conforme salienta Santana Junior (2009), é possível compreender que a reocupação humana dessa porção do território brasileiro está diretamente associada ao maior

conflito bélico das Américas e, posteriormente, a uma dinâmica de exploração da terra, através da extração da erva-mate nativa na região, pela Companhia Mate Laranjeira. Cabe ressaltar que a região era rica em ervais nativos, e a dinâmica de exploração desses ervais acaba por ser determinante para o processo de ocupação realizado pelos não indígenas na região.

Nesse contexto regional, Silva (2000) afirma que o que se tornou a cidade de Dourados não surgiu de uma forma totalmente espontânea, uma vez que há um traçado urbanístico visível na montagem das quadras.

É importante destacar também uma afirmação clássica dos geógrafos, porém apontada em uma produção acadêmica da história, na qual Santos (2016, p. 74) afirma que “Dourados apresentava condições favoráveis para a organização do urbano; relevo plano ou pouco inclinado e um traçado regular nas ruas e avenidas através de linhas paralelas”.

Poderíamos questionar se esse seria um dos fatores a proporcionar a expansão horizontal da cidade nas últimas décadas do século XX. Destacamos esse ponto em específico uma vez que nas referências utilizadas para esta produção, os outros autores não levam em consideração os fatores físicos da cidade, dando destaque para uma análise histórica, política e econômica.

Em seguida, conforme relata Santos (2016), a localidade desenvolvia-se em seu lento ritmo, pautado na religiosidade. Assim, as festividades religiosas apresentavam grande importância para a vida social, sendo o elo de integração da vizinhança, tanto na pequena área urbana, que se desenvolve lentamente, quanto na área rural do município, composta de fazendas produtoras de gado e algumas pequenas propriedades, nas quais se praticava, direta ou indiretamente, a agricultura de subsistência, como era comum na época.

Por outro lado, a área, recém-emancipada, município de Dourados, contava com uma pequena área urbana e uma reserva indígena praticamente agregada ao sítio sede, sendo que a porção central da reserva estava localizada a 8 km da praça central, distância até o trevo de acesso às reservas indígenas Bororó e Jaguapiru.

Portanto, o município de Dourados contava, no período, com terras, ora com ervais explorados pela Cia Mate Laranjeira, ora com fazendas de gado, e uma tímida agricultura, além de áreas ainda não exploradas com áreas recobertas por floresta nativa, e alguns grupos indígenas que foram sistematicamente confinados nas reservas indígenas criadas no período, conforme relata Santos (2016).

Assim, o Governo Federal, visando, a integração do território nacional, em meados

da década de 1940, acaba por liberar uma vasta área para formar um processo de (re)colonização, desta vez orientada diretamente pelo Governo Federal, e não apenas pelos interesses dos chamados pioneiros. Em relação à economia, Calixto (2000, p. 58) registra:

Até meados da década de 1940, a economia da porção sul do atual estado de Mato Grosso do Sul girava em torno da exploração da erva-mate, monopolizada pela Cia. Mate Laranjeira, que arrendava a terra do governo federal”.

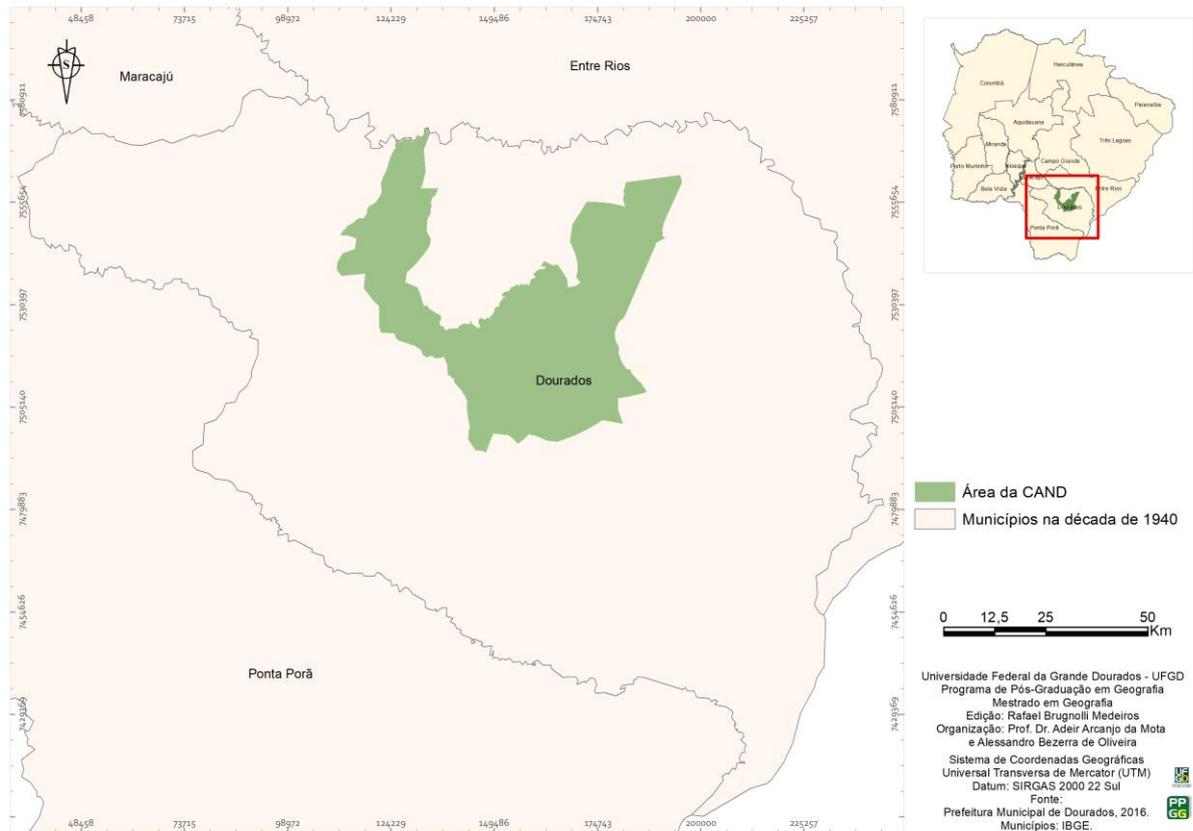
Assim, segue o processo de colonização da região nos anos posteriores, atrelado a diretrizes governamentais, com incentivos à produção agrícola, através da distribuição de terras gratuitas², visando o aumento da oferta de alimentos, política colocada em prática através do decreto nº 5.941, de 28 de outubro de 1943, que instituiu a criação da Colônia Agrícola Nacional Dourados – (CAND), (Mapa 03) no município de Dourados, no então, território federal de Ponta Porã.

É importante ressaltar que a demarcação da CAND seguiu diretrizes do Decreto nº. 3.059, de 14 de fevereiro de 1941, no contexto da Segunda Guerra Mundial, que estabelecia as disposições sobre a criação das Colônias Agrícolas Nacionais. O referido decreto traz uma série de recomendações e normativas de como deveria ser executada a criação de territórios para fomentar o povoamento no interior do Brasil, uma estratégia governamental que visava amenizar o problema da pobreza que assolava a nação.

Nesse sentido, o Governo Federal, com auxílio do decreto, pretendia desenvolver as regiões urbanas e industriais, e, para tanto, tornava-se necessário integrar o interior do país à economia nacional. Através dessa política, almejava-se povoar imensas áreas com baixa densidade demográfica do território nacional e, sobretudo, temia-se que as áreas de fronteira fossem apoderadas por outros países.

² A gratuidade indicada no texto refere-se ao fato de que os camponeses atraídos para a região não dispunham de valores financeiros para a aquisição da terra, porém o “preço” a se pagar era tornar o que se compreendia por uma terra produtiva. Assim era necessário derrubar a mata nativa e tornar a terra passível de ser explorada, além de fixar-se na localidade. Portanto a condição era se estabelecer na terra. Soma-se a isto, que há especificidade de atender a população pobre de todas as regiões do território nacional sendo explicitada no Decreto Lei nº 3.059, de 1941, em seu art. 20, estabelece que “os lotes rurais serão concedidos a cidadãos brasileiros maiores de 18 anos, que não forem proprietários rurais e reconhecidamente pobres, desde que revelem aptidão para os trabalhos da agricultura e se comprometam a residir no lote que lhes for concedido”.

Mapa 3: Área ocupada pela Colônia Agrícola Nacional de Dourados, Mato Grosso do Sul, 1940.



Assim, Dourados, no sul do então estado de Mato Grosso, desmembrado do território nacional de Ponta Porã, foi escolhida para sediar um dos projetos de colonização do país, no governo do presidente Getúlio Vargas.

O Decreto 3.059 em seu artigo 1º estabelece:

O Governo Federal, em colaboração com os Governos estaduais e municipais e todos os órgãos da administração pública federal e por intermédio do Ministério da Agricultura, promoverá a fundação e instalação de grandes Colônias Agrícolas Nacionais, as quais serão destinadas a receber e fixar, como proprietários rurais, cidadãos brasileiros reconhecidamente pobres que revelem aptidão para os trabalhos agrícolas e, excepcionalmente, agricultores qualificados estrangeiros (BRASIL, 1941).

Já no que diz respeito às estruturas, o referido Decreto nº 3.059 propõe que fossem criadas estruturas educacionais, voltadas para a educação e o aprendizado dos filhos dos colonos assentados, para o trato do campo, e das atividades rurais, além de estruturas necessárias para o beneficiamento dos produtos agrícolas e florestais produzidos pelos assentados.

A terra era distribuída de forma gratuita para os mais pobres, que em sua maioria

eram “colonos”, mesmo que essa distribuição significasse confinar os povos originais que ocupavam a terra, nesse caso, as diversas etnias nativas que ocupavam, ainda que mesmo que parcialmente a região, deslocando a pobreza, neste caso os colonos, para longe dos grandes centros urbanos do país, e deixá-los à própria sorte no que tange à saúde no interior do Brasil.

Em resumo, o próprio decreto não coloca como uma obrigatoriedade o atendimento em saúde. De acordo com o decreto nº 3.059, em seu art. 13, “aos colonos serão facultados os seguintes auxílios, a partir da data de sua localização no núcleo: [...] 2) assistência médica e farmacêutica e serviços de enfermagem até a emancipação de colônia;”. Dessa forma, o adjetivo utilizado para definir se haverá o atendimento ou não foi “facultado”, isso significa, entre outras definições, uma possibilidade que algo aconteça, demonstrando uma indefinição e, por consequência, uma falta de comprometimento efetivo do poder público no que diz respeito à saúde e à vida do colono.

A propósito, nem o decreto de criação das colônias agrícolas nacionais, o decreto 5.941, de 28 de outubro de 1943, que cria a Colônia Agrícola Nacional de Dourados, que ignora a existência de serviços de saúde.

De acordo com Santos (2016), “a década de 50 é referendada por diversos estudiosos como um período de desenvolvimento do núcleo urbano, em grande medida devido à criação da CAND”. As demarcações do território para implantação da CAND ficaram a cargo da divisão de Terras e Colonização, do Departamento Nacional da Produção Vegetal do Ministério da Agricultura.

Nesse sentido, no setor de atendimento à saúde, por intermédio do Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário (INDA)³, foi criado um hospital, localizado no atual distrito de Indápolis. Esse hospital, comparado com as estruturas atuais, poderia se caracterizado como uma UBS, por apresentar condições e estruturas bastante simples, mantido através de recursos federais repassados através do INDA, e pela Igreja Católica, que fornecia mão de obra, através da congregação das Freiras Salesianas, que davam assistência à saúde a todos aos moradores da CAND que recorriam ao Hospital em questão.

Todavia, o atendimento de saúde no período após implementação da CAND, para as áreas rurais do município de Dourados, era concentrado na sede da Colônia Agrícola, atual distrito de Indápolis, uma vez que a precariedade das estradas e a dificuldade de acesso por veículos de locomoção tornavam difícil e, muitas vezes, impedia o acesso aos serviços de

³ O Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário (INDA) foi renomeado para Instituto Nacional de Reforma Agrária (INCRA).

saúde que se concentravam na área urbana, do município, sendo mais conveniente e de fácil acesso, o posto médico, popularmente denominado de “Hospital das Irmãs”, localizado no distrito de Indápolis, pois ali também havia atendimento, mesmo que precário.

Certamente, as instituições religiosas, de matrizes cristãs, tanto católicas quanto evangélicas, têm especial interesse em participar da assistência hospitalar em Dourados, sendo possível observar atualmente nos nomes das instituições de tratamento de saúde, como Hospital Evangélico, ou Missão Evangélica Caiuá, Hospital Santa Rosa⁴ e Hospital Santa Rita.

Em tempo, o posto médico, que teve seu processo de implantação citado acima, é removido para novas instalações no distrito de Vila São Pedro, onde desenvolveu suas atividades por mais algum tempo, sendo encerrada sua atuação em meados dos anos 1990 por decisão das instituições mantenedoras, após a criação do SUS.

Assim, é possível observar uma estreita ligação entre o processo de extração de madeira e a expansão da fronteira agrícola, uma vez que o desflorestamento vai proporcionar “terras limpas” para a agricultura.

Dessa forma, a indústria madeireira e a produção agrícola são impulsionadas, surgindo pequenas indústrias, principalmente no ramo de beneficiamento de madeira e arroz. A agricultura se fortalece cada vez mais, atraindo mais população e, conseqüentemente, maior crescimento econômico.

Entretanto, todo esse “desenvolvimento” não oferece apenas aspectos positivos, uma vez que polos atrativos, em especial, com rápido crescimento, como foi o caso do município de Dourados, normalmente ocasionam uma ampliação das mazelas sociais, fato agravado pela composição social dos migrantes da CAND serem trabalhadores de baixa renda dos grandes centros e em especial, da região nordeste, conforme relata Menezes:

Foi na década de 1950, que Dourados recebeu uma “avalanche” demográfica composta de migrantes de diversas regiões do país, mas, sobretudo do Nordeste, os quais saindo de uma terra seca e árida vinham tentar a vida nas terras férteis do Sul de Mato Grosso (MENEZES, 2011, p. 2).

Em tempo, com relação a esse crescimento, após a implantação da CAND, na cidade de Dourados, Calixto salienta:

Ao assumir novos papéis, funções e conteúdos, a cidade de Dourados passou da condição de centro de beneficiamento e comercialização da produção agrícola dos

⁴ O referido hospital encerrou as atividades no município a partir do ano de 2011 devido a envolvimento de seus gestores em escândalo de desvio de verbas e corrupção.

colonos para a de centro de comercialização de bens e prestação de serviços, consolidando sua posição de principal centro urbano regional (CALIXTO, 2000, p. 69).

Desse modo, a prestação de serviços se apresenta de diversas maneiras, sendo que, a atenção à saúde recebe destaque, em especial, no que se refere à média e à alta complexidade. Todavia, neste período, na a década de 1940 durante a implantação da CAND, a atenção à saúde era bastante simples, no que diz respeito aos serviços, equipamentos, infraestrutura e condições de tratamento. Com uma pequena estrutura física e ausência de profissionais para o atendimento, os procedimentos considerados de média e alta complexidade eram concentrados no recém inaugurado Hospital Evangélico, oficialmente nomeado de Hospital Dr. e Sra. Goldsby King, que iniciou as atividades no ano de 1946.

Com relação ao funcionamento do Hospital Evangélico, Moreira (1990) afirma:

O hospital começou a funcionar em 1946 em apenas 25 leitos, tendo sido idealizado pelo casal Sydenstricker: reverendo Dr. Mário e D. Margarida. Foi instalado pela antiga EAST BRASIL MISSION e construído com donativos das Annie e Dúllie King, em memória de seus pais. O hospital é propriedade da Igreja Presbiteriana do Brasil e sua administração é feita pela associação beneficente de Dourados (MOREIRA, 1990, p. 92).

A cidade recebe um novo hospital no ano de 1953, com o nome de “Hospital São Lucas”. Sobre este, Moreira (1990, p. 74) relata que foi o segundo hospital construído em Dourados.

A Casa de Saúde e Maternidade Santa Rosa foi inaugurado em 1961, sendo que neste período o município de Dourados contava com 16 médicos para atender uma população que quadruplicou entre as décadas de 1950 e 1960.

Em seguida, com relação ao movimento de ampliação das cidades promovido pelo Estado, este foi primordial para o crescimento populacional e da área de Dourados.

[...] o projeto nacional desenvolvimentista na realização de sua estratégia de industrialização da economia brasileira promoveu a urbanização acelerada das populações rurais. Nesse processo transferiu um enorme contingente demográfico do campo para as cidades, criando um exército de reserva para a indústria, concentrando-o nas áreas urbanas. Como não se criou empregos na mesma proporção, acumularam-se déficits de infraestrutura [sic] urbana, entre eles o déficit habitacional (SILVA, 2000. p. 02).

Este processo promoveu a ampliação da população urbana de Dourados, não promovendo, na mesma medida, a ampliação dos serviços e estruturas de atendimento básico para a população.

A aceleração da dinâmica econômica do município se deu pela expansão da fronteira

agrícola, esta no contexto destacado por Calixto (2000), quando a autora enfatizou a situação econômica nacional:

A economia brasileira passou a vivenciar um novo momento, a partir da década de 1950, com a introdução de um “modelo” calcado na maior inserção do Brasil na economia internacional (por meio da entrada de capitais externos) e na estruturação de um mercado interno, via integração nacional, apoiada em uma nova divisão territorial do trabalho (CALIXTO, 2000, p. 45).

Tratar do processo de urbanização demanda iniciar pela sua população, haja vista que é dela e por ela que a cidade existe e existirá. Assim, Calixto (2000) explana a respeito da Região de Dourados⁵, que na década de 1960 já contava com um total de 184.729 habitantes. essa população, de acordo o IBGE, 84.955 habitavam no município de Dourados, com uma forte predominância de habitantes na área rural, uma vez que, de sua população total, apenas 16.468 habitantes residiam na área urbana do município.

Assim, quando os dados dizem respeito à área médica, é possível observar através dos estudos de Calixto (2000) e Moreira (1990), que o município possuía um quantitativo de um médico para aproximadamente 7.079 habitantes.

De acordo com DataSUS, que tem por base os indicadores da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado de médicos por habitantes deve ser de 1 para cada 1000 habitantes. Portanto, Dourados, no período em questão, estava distante de atingir o nível satisfatório de assistência.

Tabela 1: **Evolução da população do município de Dourados 1940 – 2000.**

	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000
População Urbana	1.821	4.730	16.468	31.599	84.849	122.856	139.695
População Rural	13.164	18.104	68.483	47.587	21.644	13.128	13.496
População Total	14.985	22.834	84.955	79.186	106.493	135.984	153.191

Fontes: IBGE, 2018 (Censo demográfico de Mato Grosso – 1940, 1950, 1960, 1970).

IBGE, 2018 (Censo demográfico de Mato Grosso do Sul 1980 1991 e 2000).

Organização: Alessandro Bezerra de Oliveira

De acordo com Calixto (2000), é possível notar que houve uma rápida

⁵ A região de Dourados foi abordada com base em produto cartográfico contido em Calixto (2000, p. 48), que abrange os seguintes municípios: Amambai, Aneurilândia, Angélica, Antônio João, Aral Moreira, Bataiporã, Bataguassu, Bela Vista, Caarapó, Coronel Sapucaia, Deodópolis, Dourados, Douradina, Eldorado, Fátima do Sul, Glória de Dourados, Guia Lopes da Laguna, Iguatemi, Itaporã, Ivinhema, Japorã, Jardim, Jateí, Juti, Laguna Caarapã, Itaquiraí, Mundo Novo, Naviraí, Nova Alvorada do Sul, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, Maracajú, Paranhos, Ponta Porã, Rio Brillhante, Sete Quedas, Tacuru, Taquarussu e Vicentina. A região da Grande Dourados, em consonância com a microrregião de Dourados, abrange, portanto, uma área maior do que a projetada pela CAND, uma vez que a área que abrigava a Colônia Agrícola compreendia o que hoje são as cidades de Dourados, Douradina, Glória de Dourados, Jateí, Fátima do Sul e Vicentina.

transformação da região, a partir da década de 1960, em especial do município de Dourados, visto que ocorreu um expressivo crescimento da população relacionada às demais áreas. Assim, um dos fatores associados ao acelerado aumento da população está atrelado ao fato de a região receber incentivos e recursos oriundos dos planos nacionais de desenvolvimento implantados pelo regime militar.

Portanto, o município adota o modelo de integração com a economia nacional, atendendo uma demanda imposta pelo mercado, que fomenta a economia em torno do agronegócio, pautado na expansão da produção da soja e do gado para exportação.

Para Calixto (2000), a política na Região da Grande Dourados estava diretamente vinculada aos interesses nacionais, fazendo parte do Plano Nacional de Desenvolvimento⁶, recebendo tanto aporte financeiro quanto estrutural nas áreas de pesquisa voltadas para a agricultura e a pecuária.

Portanto, com a instalação da Colônia Agrícola Nacional de Dourados, a região tornou-se um verdadeiro polo atrativo, tanto para demanda de população, quanto para demanda de estruturas de atendimento aos moradores da microrregião, com um crescimento populacional de mais de 600%, conforme salienta Foweraker (1982, p. 73):

Esse crescimento maciço, por sua vez, deveu-se principalmente a Dourados, área da colônia federal e principal centro de cultivo. Durante a década⁷, sua população cresceu em torno de 611%, respondendo pelo crescimento municipal mais rápido do estado. Esse crescimento populacional continua na década seguinte, de tal forma que em 1970 dos dez municípios mais populosos oito encontravam-se na região de fronteira.

Dessa forma, após a implantação da CAND, para o pleno funcionamento das atividades agrícolas da região, foi necessária a construção de estruturas que atendessem à demanda criada. Para isso, foi edificada uma serraria movida a caldeira e motor diesel, localizada no atual distrito de Indápolis, que durante longo período foi denominado como “Serraria”, local renomeado como Indápolis⁸, por meados dos anos 1970.

Assim, de acordo com Calixto (2000), Dourados acaba por ser escolhida como polo de desenvolvimento regional, recebendo sucessivamente, no período entre as décadas de 1960 a 1980, projetos que visavam dinamizar a economia da região como, por exemplo: o Projeto

⁶ No Regime Ditatorial Militar, que teve início em 1964, foram criados os Planos Nacionais de Desenvolvimento I e II, visando ampliar o desenvolvimento nacional.

⁷ Foweraker refere-se à década de 1960.

⁸ O nome Indápolis vem da junção da sigla de Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário (INDA) com o sufixo pólis, do grego, que significa cidade.

de Desenvolvimento da Criação de Gado, no ano de 1967; o Programa de Desenvolvimento do Centro-Oeste – PRODOESTE, no ano de 1971, que através da construção de rede rodoviária visava desenvolver a região centro-oeste, conseqüentemente, a “Grande Dourados”;

Houve também o Plano de Desenvolvimento Econômico e Social do Centro-Oeste – PLADESCO, de 1973, que ampliava a ação do Estado em favor do desenvolvimento da produção agrícola.

O principal projeto que contribui com a região é o Programa Especial da Região da Grande Dourados – PRODEGRAN, de 1976, que através da atuação de uma autarquia federal denominada Superintendência de Desenvolvimento do Centro-Oeste – SUDECO, tinha por objetivo promover o desenvolvimento econômico da região Centro-Oeste, conforme especificado na Lei 5.365 que criou a SUDECO (BRASIL, 1967).

Ainda que o processo de desenvolvimento econômico do município de Dourados estivesse em crescente ascensão, a cidade, em si, não experimentava o mesmo, já que uma maior demanda de pessoas também gerava maior demanda de gastos com os serviços públicos, todavia:

O processo de crescimento populacional significou uma enorme sobrecarga para o município, isso porque, entre outros fatores, parcela significativa do contingente vindo do campo, embora demandasse por serviços públicos, não se tornou contribuinte, pois não se inseriu no mercado formal de trabalho (CALIXTO, 2000, p. 54).

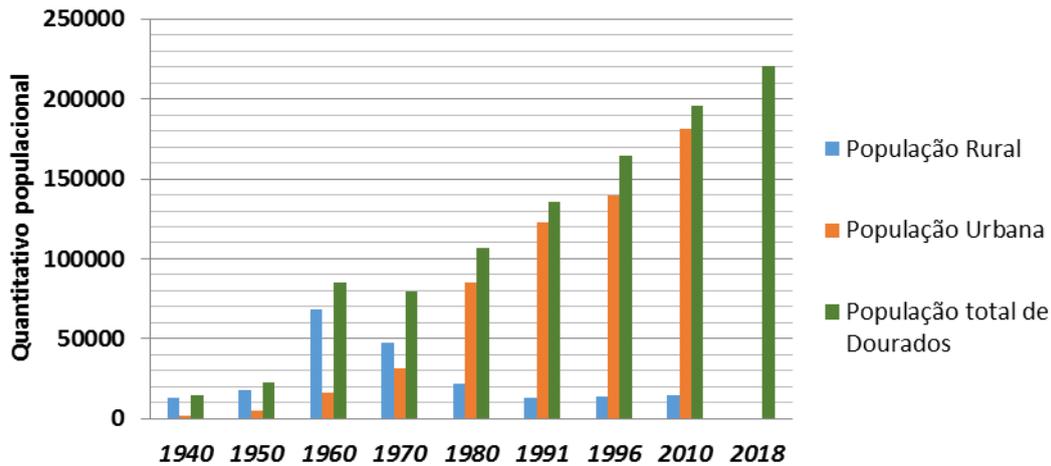
Em síntese, o processo de desenvolvimento econômico, fomentado pelo Estado, através da SUDECO e dos diversos projetos implantados por ela para atender uma demanda do modelo capitalista de exploração, acabou por fomentar um desigual desenvolvimento no campo, o que, por sua vez, reflete na ampliação do quantitativo populacional e por conseqüente do município como um todo.

Assim, através de dados referentes à década de 1980, verificamos que Dourados já possuía uma população superior a 100.000 habitantes, portanto, podendo ser classificada como uma cidade de porte populacional médio⁹ (Calixto 2000).

Conforme o gráfico abaixo é possível detectar que a população de Dourados passa por um processo de crescimento.

⁹ Para classificar Dourados como cidade média, os escritos utilizados são de Calixto (2016).

Gráfico 1 – Evolução da população do município de Dourados 1940 – 2018.



Fonte: IBGE – Censos Demográficos 1940 a 2010; IBGE – Estimativa populacional 2018^{.10}
Org.: Alessandro Bezerra de Oliveira.

Portanto, o processo de ampliação populacional do município se deu tanto com o crescimento vegetativo quanto no que diz respeito ao crescimento migratório, conforme afirmam Calixto (2000) e Silva (2000), pois ambos descrevem a importância dos processos migratórios para a composição da classe média de Dourados, formada por profissionais liberais e funcionários públicos, atraídos ou designados para atuarem na localidade em razão dos projetos de desenvolvimento fomentados pelo estado, ou mesmo, atraídos por empresas que se instalaram.

Com relação à classe média do município de Dourados, destaco o que afirma Calixto (2000, p.85) ao analisar a proporção da ocupação dos projetos de financiamento de moradia efetuados pelo BNH, em que parte significativa desses projetos de fomento a moradia urbana, acabou sendo ocupada por uma parcela de “profissões consideradas especializadas, como por exemplo: médicos, dentistas, professores universitários, engenheiros agrônomos, veterinários, além de comerciantes, pecuaristas e produtores rurais”.

Destaco esse ponto, pois fica evidente que a ocupação dessas moradias dos projetos habitacionais desenvolvidos em Dourados acaba por significar uma ampliação de profissionais na área médica no município.

Além disso, o município se desenvolve, ampliando seu quantitativo populacional e formando uma cidade heterogênea, que se expande de forma horizontal, apesar de um

¹⁰ Segundo Calixto (2000, p. 217), a cidade de Dourados teve parte de seu território desmembrado na década de 1960, sendo este o motivo da queda populacional verificada na década de 1960 comparada com a de 1970. Os dados referentes a 2018 não apresentam estimativa de população urbana e rural.

contraditório processo de verticalização presente na cidade desde a década de 1970, conforme relata Calixto (2008).

Dessa forma, esse processo de ampliação que Dourados, ocorre como uma tentativa de uma criação de infraestrutura da cidade, conforme salienta Silva:

[...] ao procurar responder às necessidades da nova lógica econômica implantada no território regional, vão produzir um espaço urbano definido por uma nova racionalidade, tornando-o, ao mesmo tempo, mais adequado ao controle e à instrumentalização pela prática do planejamento (SILVA, 2000, p. 136).

Do mesmo modo, essa ampliação de infraestrutura pode ser observado no desenvolvimento de projetos que visavam o atendimento das necessidades comuns na área urbana, que vão desde acesso à moradia, saneamento básico e rede de drenagem, até serviços de saúde.

Nesse sentido, merece destaque o projeto CURA, Comunidades Urbanas para Recuperação Acelerada, que pretendia possibilitar a consolidação da estrutura de crescimento definida para a cidade de Dourados (JAIME LERNER..., 1978, p. 40) Sobre o projeto, Calixto afirma:

Em Dourados, o programa CURA restringiu sua atuação à área central da cidade, ampliando os eixos comerciais e de serviços, provocando um adensamento da área e dando novos rumos ao processo especulativo, porém trabalhando com a idéia de atendimento às necessidades comuns (CALIXTO, 2000, p. 188).

Em resumo, é inegável a importância que o programa CURA tem no que diz respeito à urbanização e modernização da cidade. Sobre o projeto, Silva argumenta:

Entre as intervenções federais mais importantes no espaço urbano douradense, no período em tela, destacou-se a implantação, em 1978, do Projeto CURA. Essa intervenção sobressaiu-se frente às anteriores, porque, além de ser um instrumento de financiamento de equipamentos urbanos, foi também um raro momento de reflexão e de planejamento mais sistemático dos rumos do processo de urbanização de Dourados no novo contexto de profundas mudanças desencadeadas pela expansão das lavouras tecnificadas de soja e trigo (SILVA, 2000, p. 131).

Sobre o projeto de intervenção, Dourados recebe no final da década de 1970, um grande projeto de intervenção na cidade, no qual a equipe do urbanista Jaime Lerner elabora o Plano de Complementação Urbana que, de acordo com Calixto (2000, p.186),

[...] pode ser considerado um dos principais instrumentos de intervenção na cidade, respaldando inclusive ideologicamente, em razão do papel que desempenhou no imaginário social, a atuação do poder público municipal. Ele continha em seu bojo a preocupação de equipar a cidade, visando atender à nova realidade imposta pelo novo ciclo econômico da agricultura agroexportadora, embora tentasse se justificar pela necessidade de solução de problemas sociais.

Este projeto dividia o perímetro urbano da cidade de Dourados em zonas, de baixa, média e alta densidade demográfica e também em zonas de serviços separada em dois níveis. Além de propor uma (re)organização do uso do solo, também centrava em discutir a implantação dos loteamentos que eram realizados na cidade no período em questão. Sobre as preocupações expostas no plano, Calixto argumenta:

Neste sentido, apesar de o Plano de Complementação Urbana revelar uma preocupação com o fato de os loteamentos serem implantados em áreas distantes, onerando a administração pública municipal e criando áreas ociosas, além da preocupação com o surgimento de favelas, esse questionamento ficou apenas no discurso, uma vez que não desencadeou uma discussão mais aprofundada e ampla sobre os mecanismos especulativos e de como o poder público poderia agir diante dessa realidade, marcando um profundo distanciamento entre o que se apresenta no projeto e o que se quer alcançar e se alcançou na realidade social (CALIXTO, 2000, p. 187).

O plano de complementação urbana proposto pela equipe de Jaime Lerner cita a carência de equipamentos em saúde, quando trata de superestrutura, em que a área dois, ou seja, a porção da cidade de baixa/média densidade demográfica é totalmente desatendida no setor de recreação e de saúde. Sobre o atendimento em equipamentos de saúde, Santos afirma:

Considerando que as áreas abrangidas pelo Projeto CURA, que compreendia a região central de Dourados e suas proximidades, encontravam-se desequipadas de infraestrutura e equipamentos, pode se esperar que os demais bairros da cidade estivessem em situações ainda piores. (SANTOS, 2016, p. 115)

Ainda sobre o plano de complementação urbana, com relação aos distritos, Lerner enfatiza:

Os núcleos de distritos já apresentam algumas atividades de suporte ao meio rural, porém, com deficiências nas áreas de saúde, educação e lazer, bem como, no apoio infraestrutural à produção e à comercialização dos produtos agrícolas (pavimentação de estradas de acesso e construção de silos e armazéns). Uma atuação voltada para a melhoria dessas condições, junto aos núcleos de distritos, poderia estimular a fixação de parte do contingente migratório que se desloca para a sede do Município (LERNER, 1978, p. 13).

Nesse caso, o plano de complementação urbana, com relação à saúde, tem o interesse em proporcionar uma melhoria, visando diminuir o contingente migratório, para a sede municipal e não especificamente estar preocupado com os processos de diagnóstico, tratamento e manutenção em saúde.

O SUS é resultado dos avanços no atendimento público de saúde realizado no Brasil graças aos movimentos sociais que se fortaleceram no período da ditadura militar, conhecido como Movimento Sanitarista Brasileiro, período no qual a possibilidade de acesso ao

atendimento em saúde passou por estágios onde este acesso era fomentado apenas aos trabalhadores, e gerenciados pelo Ministério da Previdência Social, que através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), atendia a população. Porém as pessoas que estavam inseridas no mercado de trabalho informal não tinham direito ao atendimento.

A propósito, quando buscamos compreender a Atenção à Saúde, em específico, o que se refere à prevenção e ao tratamento que são realizados atualmente pelas UBS e ESF, nos voltamos também ao processo histórico de atendimento em saúde no Brasil como se apresentará no próximo item do estudo.

3 A IMPOSTÂNCIA DA REFORMA SANITÁRIA PARA A MUDANÇA DE PARADIGMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.

Ao longo da história, surgiram movimentos que se organizavam no que tange à Atenção à Saúde. Dessa forma, o Estado também precisou atuar nesse aspecto, já que a sociedade civil organizada preocupava-se com o tema e propunha práticas mais modernas. Sobre a questão de saúde na história do Brasil, Silva destaca:

O movimento de Reforma Sanitária surgiu no Brasil no início do século XX durante a República, sob a liderança de médicos higienistas, alcançou importantes resultados. Entre as conquistas, destacou-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920 (SILVA, 2016, p. 24).

Consequentemente, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) representa o objetivo do Estado de fornecer atendimento em saúde para a população de forma e solucionar os problemas pertinentes às mazelas sociais e as condições sanitárias desfavoráveis. Sobre o atendimento de saúde no século XIX Silva ressalta:

Antes do século XIX, não se encontrava nas instituições médicas bem como no aparelho estatal uma relação explícita entre a saúde e a sociedade como se observa atualmente. Naquele contexto colonial a administração não organizava a sociedade de forma a planejar as ações de promoção à saúde com o intuito de combater doenças, pois a ausência do entendimento de saúde como algo a ser cultivado, incentivado e organizado induzia à falta de prevenção (SILVA, 2016, p. 24).

Dessa forma, o atendimento à saúde passa a ser uma política do Estado, oficial e estruturada, apenas após o governo de Getúlio Vargas, no período que compreende meados de 1953, no centro dessa política ocorre a criação do Ministério da Saúde e Educação, e consequentemente se ampliam as ações sanitárias e de controle de endemias, e os processos de vacinação.

Mais adiante, sobre o modelo de combate das endemias, logo, sobre a atuação na área de saúde, Silva destaca que “com o intuito de combater as epidemias urbanas e, mais tarde, para as endemias rurais, foi adotado o modelo de ‘campanha sanitária’, modelo de inspiração americana, contudo importado de Cuba” (2016, p. 24).

Ou seja, o Brasil estava tão atrasado no que diz respeito à vacinação e controle de doenças que foi preciso reproduzir modelos de outros países. Esse modelo já nasce rígido e pautado na burocracia, conforme explana Silva:

A partir desse modelo se estruturou o discurso dominante na política de saúde, simultaneamente às políticas de urbanização e de habitação. Consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, técnico burocrático e corporativista,

isto é, ligada a um corpo médico em geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha. Esses traços configuraram o perfil autoritário que ainda hoje caracteriza, em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil (SILVA, 2016, p. 25).

Assim, no período que compreende a década de 1960 até o final de 1980, o perfil de assistência passa por grandes modificações, assim como todas as estruturas nacionais a partir do golpe de 1964, visto que os militares usurpam o poder e se apoderam do projeto de país, gerando um longo retrocesso democrático, além de sucessivas crises financeiras (REZENDE, 2013).

Além disso, no que tange à saúde, foi instaurado um modelo de assistência com base nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), posteriormente transformado em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O modelo era pautado na centralidade dos hospitais, que atuavam muito mais no atendimento do tipo emergencial do que na prevenção de doenças. Dessa forma, essas instituições buscavam exercer uma função curativa na solução do problema de saúde.

Como se não bastasse, esses hospitais eram para aqueles que possuíam melhores condições financeiras, paradoxalmente, geravam um processo de exclusão social, visto que o atendimento era direcionado para os filiados ao INPS, ou seja, trabalhadores devidamente formalizados com carteira de trabalho.

Cabe ressaltar que o INPS sofria sobrecarga e, por vezes, o usuário do sistema era encaminhado para o atendimento privado, subsidiado pelo Estado. Em decorrência dos constantes problemas que passava e, sobretudo, das ações dos movimentos sociais, o INPS foi transformado, por meio de decreto nº 6.439, 1º de setembro de 1977, em Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social – INAMPS (BRASIL, 1977).

Esse novo Instituto passou a realizar atendimentos e adotar formas de funcionamento que tendem a ser universais como, por exemplo, o fim da exigência de documentações que comprovem a filiação ao Instituto, passando a atender quase todos, uma vez que antes eram atendidas apenas as pessoas que possuíam um emprego formal e contribuía com o Estado.

Por certo, esse processo de modificação no acesso aos serviços públicos de saúde é fruto de lutas e demandas apresentadas pela sociedade civil, através dos movimentos sociais. Ao passo que, apesar de uma evolução no processo de atendimento e na forma de executá-lo, o atendimento ainda não era universal e sem a cobrança de taxas diretas.

Como resultado do processo de redemocratização, através da promulgação da

Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito social:

Art. 6 São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Após a publicação da Constituição Federal de 1988, foi criada a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, popularmente conhecida como a “Lei do SUS” que, por sua vez, trata somente dos assuntos relacionados à saúde apresentados na Carta Magna.

Dessa forma, a Lei do SUS, criada com o objetivo de regulamentar o atendimento de saúde pública no Brasil, que a partir desse momento, passou a ser feito de forma pública, gratuita e universal.

Sobre a criação do SUS, Faria afirma:

Do ponto de vista de sua organização jurídica, o SUS pode ser considerado um dos maiores avanços nas políticas sociais brasileiras, reconhecido internacionalmente como um dos programas mais avançados em políticas públicas até então adotada em um país democrático (FARIA, 2012, p.39).

Diante disso, cabe ressaltar, que esse modelo de atuação em saúde pública pautado na universalidade do atendimento não é uma exclusividade do Brasil, países como Reino Unido, Canadá, Austrália, França e Suécia promovem a saúde com o mesmo princípio de universalidade, todavia, o Brasil se destaca pelo tamanho do país e público atingido, levando em consideração que o SUS é utilizado por mais de 200 milhões de brasileiros sem a cobrança de taxas.

Desse modo, a Constituição Federal de 1988, no artigo 23º, delimitou as competências de cada esfera pública, definindo que cuidar da saúde é uma competência comum de todas as esferas de governo, portanto, governos municipais, estaduais e a união devem em regime de cooperação técnica e financeira, se preocupar e se responsabilizar com o tema. Sendo assim, cada esfera contará com competências específicas.

Desse modo, para que o sistema entre em pleno funcionamento, de forma a atender a demanda da população, foi necessária a criação de legislações próprias. Simultaneamente, para organizar a participação popular no que tange à gestão do SUS, o Governo Federal instituiu a Lei 8.142 de 1990, que trata tanto da transferência de recursos quanto da participação da população na gestão do sistema.

Essa lei propõe a participação do cidadão nas tomadas de decisões e, sobre isso, o artigo 1º, § 1º, esclarece:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

Diante disso, fica a cargo do cidadão avaliar, opinar e até mesmo sugerir condutas, ou seja, o usuário do SUS deve fazer a avaliação e, assim, opinar sobre a elaboração de políticas públicas na área da saúde. No artigo 1º, da referida Lei, §2º, delibera-se sobre o Conselho de Saúde:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Some-se a isso que a Lei 8.142 de 1990 também sugere sobre a representação feita pelos secretários de saúde. Assim, para agrupar o arcabouço central de legislações e normativas relacionadas à Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) reuniu num documento, publicado em 2003, intitulado “Legislação do SUS”, além da referida lei, uma sequência de outras normativas, orientações e legislações específicas para o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Logo, o documento “Legislação do SUS” será utilizado para fomentar e nortear a discussão a respeito de saúde nessa pesquisa.

Primeiramente, a Legislação do SUS apresenta uma definição do que se trata a atenção básica e, em que nível do atendimento ela se encontra:

Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2003, p. 157).

A propósito, o documento também ressalta a importância que deve ser dada à atenção básica quando argumenta que “a ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente” (BRASIL, 2003, p. 140). Sendo assim, o Estado foi obrigado atuar com a prioridade de ampliar a qualidade de vida do cidadão, para isso, precisou agir no âmbito da prevenção, em outras palavras, em função da Atenção Básica em Saúde.

A ampliação das discussões sobre saúde e, por consequência da forma de se realizar o atendimento em saúde, nos diversos níveis de complexidade, é exemplificada através das conferências de saúde, que ocorrem desde a década de 1940. A partir da década de 1960,

porém, as conferências passam a ocorrer em um intervalo de tempo menores, e assim acabam por propiciar uma ampliação do debate sobre a saúde, e por consequência sobre atenção primária, que culminou com o processo caracterizado como Reforma Sanitária. Esse processo de discussão sobre saúde acaba por contribuir e resultar como parte do processo da redemocratização do estado brasileiro.

Dessa forma faz necessário ampliar a discussão sobre a reforma sanitária brasileira, processo iniciado através das conferências de saúde. Trataremos, portanto, do final deste processo, ou seja, do período referente à 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorre no ano de 1986, onde ampliam-se os debates sobre atenção primária à saúde e por consequência a sistematização do Sistema Único de Saúde.

Sobre o processo de construção do SUS, Sousa observa que

[...] podemos verificar que começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde), que instituiu o SUS. Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país (SOUZA, 2002, p. 13).

Dos trabalhos que discutem Saúde Coletiva, um dos grandes pensadores contemporâneos é Jairnilson Silva Paim, que em 2008 publicou o que consideramos uma das mais importantes obras da contemporaneidade sobre a Reforma Sanitarista Brasileira, a qual utilizaremos como base para nortear a discussão sobre o que foi a Reforma Sanitária.

Uma pergunta que muitos fazem ao se depararem com o tema, em especial, “[...] para os leitores não iniciados na ideia de democratização da saúde, nem na proposta da reforma sanitária” (PAIM, 2008, p. 23), é “o que foi a reforma sanitária”?

Para responder à questão, Paim aponta a importância de compreender a magnitude do que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual “[...] reafirmou-se o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do estado [...]” (PAIM, 2008, p. 27) que, como já afirmamos anteriormente, é um dos princípios que norteiam o SUS.

A referida Conferência tornou possíveis ideais socializados verbalmente em décadas atrás e foi o início legítimo, leia-se escrito, da democracia no que tange à área da saúde. Sobre essa questão, Paim destaca:

A partir dessa conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo

doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma reforma democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou o nome de Reforma Sanitarista (PAIM, 2008, p. 27).

Em seguida, quando se discute a reforma sanitária, é importante lembrar que ela foi fruto de um processo que ocorre em um contexto difícil para a sociedade civil brasileira, com muita violência e ilegítimo poder. Sobre esse período e contexto, Paim relata:

No caso do Brasil, surgiu em meados da década de 70, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (PAIN, 2008, p. 27).

Dessa forma, o movimento resulta em uma profunda transformação na forma de disponibilizar o cuidado em saúde para a população brasileira, o que modifica não apenas a estrutura organizacional médica, mas o sistema médico previdenciário nacional como um todo.

Diante disso, Paim afirma que a “Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema da saúde” (PAIM, 2008, p. 173).

Assim, sobre esse longo processo de mudança, em especial no que tange à atenção em saúde, partimos da implantação do INAMPS, uma vez que este alterou o modelo de funcionamento da previdência social, inserindo o conceito de assistência médica, juntamente ao sistema previdenciário.

Do mesmo modo, sobre o sistema médico previdenciário nacional, o Ministério da Saúde (2002) afirma que o INPS é substituído no ano de 1974 pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, que também preconizava o acesso com base nas carteiras de trabalho assinadas. Assim, o atendimento em saúde no Brasil estava ligado diretamente ao pagamento ou vinculado a formas de provimento que poderiam gerar situações complexas e de exclusão social.

Desse modo, o Ministério da Saúde (2002), diferente do INPS e posteriormente do INAMPS, o SUS preconiza o atendimento universal, no qual todos os brasileiros, natos ou naturalizados, têm o direito ao atendimento independente de condições sociais e pagamentos, algo a se salientar, é que mesmo os indivíduos que possuem condições financeiras para prover acesso aos tratamentos e estruturas de saúde, de forma privada, não estão excluídos do

atendimento no SUS, ou seja, ser integrante de plano de saúde privado não exclui o indivíduo ao direito de atendimento no SUS.

Cabe ressaltar que havia hospitais e centros de saúde que faziam a assistência de forma gratuita para a população que não se enquadrava nos requisitos dispostos pelo INAMPS, destacando os hospitais universitários e as unidades filantrópicas.

Assim, a Lei 8.080 de 1990, em seu artigo terceiro, aponta os princípios e diretrizes, que estão em consonância com o artigo 198 da Constituição Federal de 1988. O primeiro trata da universalidade, diferentemente do que ocorria com o INAMPS; o segundo princípio é o da integralidade, ou seja, o cidadão brasileiro será atendido de forma integral, independente do nível de complexidade do caso específico.

Outros princípios destacados na lei dão indicações sobre a igualdade, transparência dos processos e informações, quanto à participação comunitária e descentralização política administrativa.

Portanto, o SUS é um sistema que segue os princípios constitucionais e ainda prioriza padrões específicos de atendimento. Sobre isso, Souza destaca a grandeza e a diferença que faz um sistema ser único:

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 16).

Com objetivo de promover a saúde, surge em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que segundo Rosa e Labate (2005, p. 1030), tem por finalidade original “contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas”.

Assim, a ampliação do atendimento, através do modelo de prevenção em saúde proporcionaria uma maior eficiência no tratamento em saúde. Segundo Rosa e Labate (2005, p. 1028), “o programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica [...]”.

Dessa forma, busca romper com o modelo hospitalocêntrico conforme referenciado anteriormente, uma vez que “[...] o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas” (ROSA; LABATE, 2005, p. 1028).

Ainda segundo Rosa e Labate (2005), o PSF é resultado de uma reunião entre o Ministério da Saúde e o UNICEF, realizada no ano de 1993, que utilizou os êxitos obtidos pelo PACS, que atuava na região Nordeste e tinha como norteadora da discussão a necessidade de ampliar o programa e incorporar profissionais nas equipes para atuar de forma conjunta e, portanto, com maior eficácia.

Em 1994 foi iniciado à atuação em âmbito nacional, com regulamentação em 2006, através da Portaria nº 648 (BRASIL, 2006), que reforça a atuação em direção do que determina os princípios do SUS. Enfim, as equipes de Saúde da Família passam a ser oficiais e legalmente a porta de entrada para o SUS, incluindo tanto a promoção quanto a prevenção em saúde no Brasil.

Portanto, quando se trata de população em condição de vulnerabilidade, obter acesso a um serviço de saúde, que desvincule das lógicas postas pelo mercado, associadas à indústria farmacêutica é de grande valia. Nesse sentido, Soares afirma sobre a ESF:

A ESF se propõe a desenvolver o cuidado primário no Brasil atuando como filtro para a entrada do usuário no serviço secundário e terciário de saúde, e apresenta um custo efetivo governamental muito importante. A população, então, passa a contar com um serviço capaz de lhe oferecer melhores condições de saúde, condições desvinculadas de convênios ou da indústria farmacêutica (SOARES, 2015, p. 22).

Conseqüentemente, com relação à estruturação dos profissionais de Saúde, equipamentos e infraestrutura, a portaria nº 648, de 28 de março de 2006, substituída posteriormente pela portaria nº 2.488, de 28 de outubro de 2011, a qual revisou as diretrizes e normas para a organização da atenção básica em saúde, fornece fundamentos para a organização e atuação dos profissionais na área.

Dessa maneira, as equipes de Saúde da Família podem ter formas e composições diversas, com variações que vão desde equipes composta por um enfermeiro e agentes comunitários de saúde, ou médicos, odontólogos e outros profissionais da saúde, como auxiliares de enfermagem e auxiliares de dentista (SOARES, 2015).

Todavia, de acordo com Soares, o que é considerado básico para uma ESF funcionar é que “a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um técnico ou um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Essa equipe deve atuar em uma área com, no máximo, 4000 pessoas” (2015, p. 13).

Assim, partindo do pressuposto do quantitativo populacional de Dourados em 2018, que segundo estimativa do IBGE é de 220.965 habitantes, e realizando uma divisão da população pelo número de 51 equipes de ESFs, temos uma estimativa que se aproxima do

indicado pelo Ministério da Saúde, que deveria ser no mínimo de 55 ESF para esse quantitativo populacional.

Partindo para a importância da APS, Soares sintetiza um consenso entre estudiosos de Saúde Pública:

A APS bem organizada na sua estrutura e funcionalidade é bastante efetiva, uma vez que grande parte da demanda é solucionada na própria unidade. Além disso, ela: oferece fácil acesso à população; organiza os demais níveis da assistência (secundário e terciário); atua na promoção e prevenção da saúde, evitando agravos de alta morbidade, mortalidade e onerosos (SOARES, 2015, p. 13).

Portanto, não basta existir a equipe de saúde da família, mas deve haver o quantitativo de profissionais recomendados pelo Ministério da Saúde, além de ter uma infraestrutura capaz de abrigar tanto a equipe quanto o público que será atendido por ela, as UBS/ESF.

A priori, é importante destacar que uma das concepções de atendimento em saúde é a centrada nos hospitais, ou seja, aquele pautado no modelo hospitalocêntrico, que predominava no território nacional anteriormente à implantação do Sistema Único de Saúde e que ainda coexiste no período atual.

Para discutir sobre Atenção Primária à Saúde, buscou-se entender como se encontra organizada no Brasil. Desse modo, a Portaria nº 2.488 de 2011 estabeleceu a Política Nacional de Atenção Básica, revisando as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é o início de uma política que passa a atender, com prioridade, a questão da saúde da família.

Conseqüentemente, em 2012, em atendimento às propostas dessa portaria, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica, sendo esse documento essencial para assimilações e discussões dentro do presente item. Dessa forma, a Atenção Básica à Saúde exerce um papel fundamental para melhorar o processo de cura e prevenção de doenças, uma vez que atua por integrar o atendimento, e assim, ser a porta de acesso para dinâmicas de atendimentos mais complexos ao sistema ou à rede SUS. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Em outras palavras, a Atenção Básica pode ser compreendida também como o trabalho realizado para a prevenção em saúde, o cuidado de menor complexidade tecnológica desempenhado pela rede de saúde, pública. Em suma, essa preocupação com a prevenção já era anunciada, conforme explica Aranha (2010 p.17):

No Brasil, a atenção primária à saúde surge e é difundida, principalmente pelo grupo responsável pelo processo da reforma sanitária brasileira, na década de 1980, cujas ideias foram efetivamente normatizadas na Constituição Federal de 1988, a qual legitima o atual arcabouço normativo do Sistema Único de Saúde (SUS)

Assim, na busca por referências que ajudem a compreender o processo de atendimento à saúde, em especial, literatura produzida por geógrafos, é possível encontrar vários textos sobre o atendimento de atenção básica, relacionados à alta e média complexidade, o que evidencia que Saúde é um tema relevante na Geografia. Dessa forma, a produção sobre o tema Saúde, e em especial sobre o SUS, proporciona diálogos de grande valor dentro da pesquisa acadêmica como um todo, em especial na geografia. Mas cabe compreender como o SUS se desenvolve como ideia de atendimento, e passa do campo das ideias para a prática, através da reformulação do modelo de atendimento em âmbito nacional.

Após a criação do SUS, o atendimento passa a ser direcionado à prevenção, através da criação das unidades básicas de saúde que foram organizadas em redes de atendimento, de forma a atender as necessidades básicas da população, conforme indica Aranha (2010):

Durante o processo de implantação do SUS, ao longo da década de 1990, fez surgir da atenção primária à saúde, a singularidade da “Atenção Básica” no Brasil, que vem sendo organizada na esfera de governo municipal desde as Ações Integradas de Saúde (AIS), perpassando pelo SUDS até se conformar concretamente pelo SUS através de um conjunto de ações e serviços estruturados (ARANHA, 2010, p. 17).

Semelhantemente, no que diz respeito ao direito de acesso à saúde, Silva afirma:

Embora, o SUS seja um sistema de atendimento a necessidade da população de baixa renda observa-se que o país apresenta dificuldades para assegurar este direito, ainda que exista um orçamento significativo ao setor, políticas públicas e aparelhos modernos, o que se observa é a dificuldade do governo de facilitar o acesso à saúde (SILVA, 2011, p. 73).

Acreditamos que dialogar sobre o SUS deve proporcionar um avanço no pensamento e por consequência um debate que amplie o campo de conhecimento. Portanto, partindo do que se afirma em Aranha (2010) e Silva (2011), o SUS deve romper com as dificuldades e, assim, proporcionar uma ampliação não apenas da rede de atendimento, mas sim das possibilidades de prevenção em saúde.

É importante destacar que as dificuldades de assegurar o direito à saúde são mais

complexas do que aparentam e demandam debates e análises mais acuradas sobre os problemas que acometem o SUS. Essa dificuldade de acesso se dá tanto por ausência de infraestrutura, quanto pela dificuldade e gerenciamento de recursos, e perpassa até mesmo a qualificação dos profissionais envolvidos no processo.

Cabe ressaltar que o SUS não é voltado apenas para determinados segmentos da população nacional, mas sim para toda a população nacional, uma vez que é um sistema pensado em proporcionar atendimento independentemente de renda, classe social ou qualquer outra forma de diferenciação que queira ser realizada.

Assim, conforme indicam Guimarães, Pickenhaya e Lima (2014) a saúde, apesar de ocorrer de forma individual, uma vez que a doença se manifesta no sujeito, não é apenas uma questão pessoal do indivíduo, ela é também uma questão coletiva, já que o atendimento e a prevenção podem ser coletivizados. É preciso discutir, portanto, o que pode, e irá, influenciar todo o processo de desenvolvimento da própria sociedade e do modelo de produção capitalista.

Do mesmo modo, a atenção básica à saúde passa a ser uma preocupação em âmbito mundial quando na década de 1970 foi realizada uma importante Conferência Internacional, que resultou na Declaração de Alma-Ata (1978), cidade da então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS, que discutiu sobre a necessidade da ação de todos os governos para a melhoria da saúde no âmbito mundial.

O primeiro item, a Declaração de Alma-Ata, dá ênfase na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (1978, p. 01), o que contribui para fundamentar o que é observado na legislação nacional. No segundo item, a Declaração destaca a desigualdade, em particular, a desigualdade comparada entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. A Declaração destaca também que saúde é responsabilidade dos governos e, para que haja promoção e proteção da saúde, de forma individual ou coletiva, é preciso providenciar medidas sanitárias adequadas para que essa promoção seja eficiente.

Mais adiante, no quinto item, a Declaração de Alma-Ata coloca sob a responsabilidade dos governos a saúde de seus povos e, vai além, impõe uma meta:

Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 01).

Em resumo, o documento propõe aos governos que se responsabilizem pela saúde de seu povo. Dessa forma, para que a meta acima fosse alcançada, os países precisaram se atentar e priorizar os cuidados primários de saúde. Sobre isso, afirma ser uma forma de desenvolvimento e justiça social. De acordo com a Declaração de Alma-Ata:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 01)

Para a Declaração de Alma-Ata, fruto da Conferência Internacional já mencionada, o Brasil não enviou representante algum. Todavia, o país já estava atento no que se refere à atenção primária em saúde, conforme afirma Van Stralen et al:

O Ministério da Saúde do Brasil não enviou delegados para essa conferência, mas já estava investindo na atenção primária por meio de programas de extensão da cobertura de serviços de saúde, entre os quais se destacava o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (VAN STRALEN *et al*, 2008, p. 148).

Portanto, é possível afirmar que a modalidade de atendimento em saúde voltada para a prevenção, utilizando o modelo descentralizado, é resultado de movimentações, tanto da classe que trabalha com saúde, quanto da luta social que ocorreram no Brasil e no mundo.

Dessa maneira, sobre a atenção primária, Faria destaca sua importância como primeiro acesso aos cuidados essenciais de saúde:

Além de seu papel de porta de entrada e primeiro contato do usuário com o SUS, a atenção primária deve exercer um papel estratégico de coordenação em relação aos demais níveis de atenção, uma vez que os fluxos devem (ou deveriam) passar por ela, ser encaminhados e retornar a ela (FARIA, 2012, p. 2).

Portanto, durante a última metade do século XX, com os avanços da Medicina em seus vários aspectos, tanto em técnicas quanto em barateamento dos procedimentos e equipamentos, observa-se que é possível ter um custo inferior para realizar procedimentos de prevenção, ao invés de apenas realizar atendimentos emergenciais, desta forma, compreende-se que o processo de prevenção em saúde acaba por baratear o custo efetivo total do tratamento de saúde.

Entretanto, a modernização dos equipamentos nem sempre promove um barateamento, uma vez que equipamentos modernos de alto custo e técnicas avançadas significam investimentos em pesquisas que terão custos, dessa forma, o sistema de saúde, que

atua com base no modelo capitalista de produção repassará esses valores para o usuário final, que arcará com os custos.

Ainda sobre a atenção primária, existiram alguns modelos que precederam o SUS, conforme salienta Melo:

Desde o período ditatorial assiste-se ao discurso da expansão da cobertura, mas até hoje não ocorreram mudanças significativas no modelo de atenção, em que pese o amplo leque de iniciativas intituladas de APS (PIASS, PREV-SAÚDE, CONASP, AIS, SUDS, SUS, DS, PSF, ESF e AB) verifica-se ainda um modelo centrado no modelo médico assistencial privatista (MELO, 2009, p. 183).

Dentre as diversas iniciativas citadas acima, é importante destacar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), de 1979, que pode ser comparado ao que se tem hoje na Estratégia de Saúde da Família. De acordo com Van Stralen, esse programa visava:

[...] à implementação de serviços básicos de caráter permanente, preconizando ampla utilização de pessoal auxiliar, ênfase na prevenção de doenças, desenvolvimento de ações de saúde de baixo custo e alta eficácia em caráter permanente, organização de sistemas regionalizados e hierarquizados, e ampla participação comunitária (VAN STRALEN, 2008, p. 148-149).

Sobre esse modelo de atenção primária, Melo (2009, p. 113) destaca que “Apesar do caráter predominantemente conservador dessas iniciativas, estas possibilitaram a expansão dos serviços, mas não ocorreram mudanças significativas no sistema de saúde”.

Contudo, sobre a atenção primária Faria discorre sobre a sua importância, em particular, sua capacidade de ligar os modelos de atendimentos conforme sua complexidade, mantendo um canal de comunicação entre si.

Tudo converge para a atenção primária, pois é a única dotada de estrutura capaz de acompanhar sistematicamente as condições de saúde da população no seu território. Daí seu papel intercambiador dos fluxos, pois a ela compete referenciá-los em direção aos serviços de atenção especializada. Esta última deve acolher estes fluxos e oferecer especialidades tecnológicas hospitalar e ambulatorial não encontradas na atenção primária. Mas não só isso. A atenção especializada deve também contrarreferenciar esses fluxos como um retorno à atenção primária, que novamente irá acompanhar a evolução das condições de saúde de cada pessoa, família ou comunidade em particular (FARIA, 2012, p. 78).

Portanto, a ação de prevenção deve ser priorizada, visando que se diminuam os riscos e, conseqüentemente, os índices de mortalidade e utilização da estrutura de alta complexidade, já que esta tem um custo muito maior, e deve atender apenas os casos que realmente necessitam de tal estrutura, dessa forma, barateiam-se os custos de tratamentos em saúde, conforme citado anteriormente em Van Stralen (2008, p. 149).

No que diz respeito à atenção primária no Brasil, a Lei nº 8.080 de 1990, apresenta diretrizes para o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde, conforme menciona o inciso 1º, do artigo 2º:

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 (BRASIL, 1990).

Portanto, a legislação brasileira deixa claro que tratará da atenção à saúde de forma integral. Desse modo, para promover o atendimento à saúde, é necessário criar uma rede de atendimento, uma vez que passa a ser primordial a organização de princípios, diretrizes e padrões preestabelecidos para proporcionar o atendimento amplo e de acordo com as necessidades da população.

Com isso, é importante destacar que a primeira palavra utilizada na CF de 1988 foi “direito”, portanto, todos, independentes de condições sociais, financeiras, ou quaisquer formas de diferenciação presentes na sociedade, têm o dever de cobrar o acesso à saúde.

Logo, depois da CF de 1988, também foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2012, e que acaba de ser retificada pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, portanto, a legislação em saúde é resultado de um processo de construção social, político e coletivo. Sobre a atenção básica, o documento Política Nacional de Atenção Básica, publicado em 2012, afirma que:

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012, p. 09).

A atenção básica à saúde terá como base física para realizar os procedimentos e atendimentos uma Unidade Básica de Saúde – UBS, que pela definição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, deve ser um espaço para promover e proteger a saúde, onde será possível realizar tanto diagnósticos quanto tratamentos, objetivando uma atenção integral ao indivíduo no que tange a saúde (BRASIL, 2004).

Portanto, partindo do princípio que o município de Dourados segue o preconizado pela legislação nacional, no processo de criação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde contará com uma rede de atendimento em saúde organizada em UBS/ESF.

Ressalto o que afirma Lima (2016 p. 85) “Os programas de promoção de saúde

devem buscar a mudança dos contextos desfavoráveis à saúde relacionado às condições de vida e aos estilos de vida dos indivíduos”. Portanto o modelo de prevenção diferentemente do modelo biomédico, deve proporcionar que individuo tenha condições de não adoecer.

Desta forma concordamos com o exposto por Lima (2016 p. 85) onde o mesmo propõe:

As ações de prevenção e promoção da saúde só tem sentido e efetividade se realizar com o objetivo de eliminar ou reduzir a ação dos determinantes de saúde que se manifestam no território. Para curar a doença o objeto da ação é o individuo e o seu corpo biológico. Mas para realizar prevenção e promoção de saúde, trabalhando sobre a situação de saúde, o objeto é o território que expressa o modo de vida dos indivíduos e das populações no lugar que se vive.

Pensar em como esse se dá à distribuição espacial da infraestrutura em atendimento em saúde, é pensar se este sistema proposto esta de fato atendendo ao que ele se sugere, ou seja, proporcionar uma possibilidade de prevenção e cuidados em saúde a partir da existência ou não de infraestrutura.

Pensando por esta logica, questionamos como se dá esta distribuição? A quem ela atende? Para isto é necessário ampliar este debate, e como uma das ferramentas para o desenvolvimento do pensamento científico em torno da distribuição será necessário utilizar a cartografia como recurso metodológico de análise dos dados coletados em trabalho de campo.

4 A DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM DOURADOS.

Dourados, por vários fatores já referenciados nos itens anteriores, assume o papel de centralidade urbana e regional do Mato Grosso do Sul, em outras palavras passa a ser uma referencia urbano-regional, conforme indica Calixto (2000), essa se manifesta no ponto de vista econômico, em especial, no comércio e prestação de serviços, também será observada no atendimento em saúde, uma vez que apresenta significativa quantidade de centros de atendimentos em saúde, conforme salienta Silva (2011):

O estado de Mato Grosso do Sul de acordo com os dados do CNES, possui um total de 3284 estabelecimentos de saúde, sendo que Dourados representa 7,33% destes estabelecimentos, um número significativo quando observamos a participação dos demais municípios que variam de 0,09% à 4,87%, com exceção da capital do estado, Campo Grande, que representa 35,26% do total (SILVA, 2011, p. 77).

De fato, a centralidade em saúde também justifica-se por de Dourados ser um centro de formação profissional na área de saúde, já que abriga quatro instituições de ensino superior presenciais, sendo duas públicas, UFGD e UEMS, e duas privadas UNIGRAN e ANHANGUERA, o que contribui para a formação de profissionais, pois todas as instituições de ensino superior citadas possuem cursos na área de saúde

O ordenamento temporal das implantações das UBS/ESF seguiram conforme explicitado na Tabela 1 e no Gráfico 1, todavia, algo que nos chama a atenção é que no município de Dourados também ocorre uma ampliação de quantitativo populacional. Assim, para exemplificar a ampliação populacional e de infraestrutura de atendimento em saúde, organizamos a seguinte tabela:

Tabela 2: Evolução da população e da infraestrutura em atendimento em saúde no município de Dourados.

Variáveis	1991	2000	2010	2018*
Quantidade de UBS/ESF em funcionamento	13 ¹¹	19	26	34
População residente no município de Dourados	135.984	153.191	196.035	220.965
Quantitativo aproximado de UBS/ESF por habitante	10460	8062	7539	6498

Organização: Alessandro Bezerra de Oliveira.

Fonte: Trabalho de campo

Em outras palavras, verifica-se que o número de habitantes tem ampliado de forma

¹¹ Os dados referentes ao quantitativo populacional foram obtidos em Calixto 2000 p. 64 e os dados referentes ao quantitativo de infraestruturas foram obtidos em trabalho de campo.

significativa no município de Dourados, duplicando-se nas últimas 3 décadas, enquanto o número de UBS/ESF tem quase triplicado no mesmo período, o fazendo com que nas últimas décadas a proporção de habitantes por UBS/ESF tenha se tornado menor. Na década de 1990, a proporção era de dez mil quatrocentos e sessenta habitantes para cada ESF, já no ano de 2018 esse número é de seis mil quatrocentos e noventa e oito habitantes para cada ESF.

Todavia, apesar disso, o número de habitantes para cada ESF deveria ser ainda menor, pois o recomendado pelo Ministério da Saúde é que cada ESF atenda até quatro mil habitantes. Sendo necessária, em média, a criação de 14 ESF para estar dentro dos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde.

É importante ressaltar que não será abordada a questão de qualidade da APS, uma vez que estamos realizando uma análise quantitativa do acesso espacial das UBS/EBSF e a cobertura espacial das ESF.

Com relação aos estabelecimentos de saúde no estado de Mato Grosso do Sul, Silva destaca:

Dentre os estabelecimentos de saúde no estado de Mato Grosso do Sul destacamos a presença dos hospitais, ressaltando novamente a participação do município de Dourados. Pois, ao considerarmos o número total de hospitais que é de 121 entre Hospital Geral e Especializado, percebemos que Dourados concentra 6,61% dos hospitais do estado, número expressivo se comparado a outros municípios que não ultrapassam a 2,47%; no entanto, Campo Grande merece destaque com 19% dos hospitais da região (SILVA, 2011, p. 78).

Dessa forma, é possível observar que a proporção de hospitais, uma vez que Dourados tornou-se um polo de atendimento para a região, e como é de se esperar para polos regionais, este tipo de estabelecimento, hospitais especializados, surjam, tanto com base em recurso públicos quanto em instituições privadas. De acordo com Silva (2011), Dourados contava, em 2010, com um total de sete hospitais.

Além disso, este tipo de atendimento, o hospitalar de média e alta complexidade, é muito importante para a dinâmica de funcionamento da cidade e também para o tratamento da doença, uma vez que a Atenção Primária em Saúde será a porta de entrada e fará o processo de encaminhamento dos casos que necessitem de atendimento especializado.

Com isso, Dourados abriga e atende um público não apenas de seu território, ou seja, dentro dos limites de seu município, mas também de vários centros que compõem a rede urbana de Dourados. Sobre isso Silva salienta que:

Os serviços de saúde reforçam o papel de centralidade de Dourados, pois cerca de 60% dos atendimentos realizados somente nos hospitais são de usuários de outros

municípios, que se deslocam, diariamente ou mensalmente, de acordo com o serviço buscado (que varia desde consultas de rotina a tratamentos mais especializados) (SILVA, 2011, p. 81).

Como se não bastasse, não se trata apenas de atendimentos especializados, mas também atendimentos rotineiros, ou seja, algo que poderia ser feito em estruturas de atenção primária, nos municípios de origem, mas que por motivos desconhecidos, os usuários buscam ou são encaminhados para realizar na cidade de Dourados (SILVA, 2011).

Do mesmo modo, em relação à situação de atendimento à saúde no município de Dourados, na década de 1990, Lory Alice Gressler (1995), em um material gráfico da Prefeitura Municipal de Dourados, portanto, um material que pode ser classificado como panfletário sobre a administração vigente na época, descreve de forma bastante resumida os serviços de saúde existentes no município.

O atendimento à saúde é realizado através dos seguintes hospitais: Hospital indígena “porta da esperança”; Hospital evangélico DR King Goldsby; Hospital e Maternidade Santa Rosa; Hospital e Maternidade Santa Cruz; Hospital Santa Rita; Instituto Douradense de Cardiologia; Hospital e Maternidade Antônia Marques (GRESSLER 1995 p. 45).

Em resumo, observa-se uma crescente ampliação da rede de atendimento de alta e média complexidade feita por hospitais no município de Dourados-MS, comparada com a década de 1950, quando Dourados contava apenas três hospitais¹². O dado sobre atendimento de alta complexidade, por estar relacionados a obras de grande porte, com a compra de equipamentos complexos e caros, acaba sendo emblemático e, por isso, propagandeado pelo Estado e seus gestores, da mesma forma acontece com a Atenção Primária em Saúde, porém envolvendo menor quantidade de cifras.

Deste modo, é possível observar que o atendimento da Atenção Primária em Saúde, até a década de 1980, era realizado nos chamados Postos de Saúde. Cabe ressaltar que as unidades básicas de atendimento em saúde, eram nomeadas, no princípio do processo de implantação do SUS, como Postos de Saúde, e posteriormente foram reorganizadas e renomeadas conforme seu tamanho, abrangência e modo de atendimento, classificadas em Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família.

Já sobre o tipo de atendimento realizado nas UBS e ESF, esses se classificam em assistência ambulatorial, que segundo o CONAS é um “[...] conjunto de procedimentos

¹²Dourados, na década de 1950, contava com os seguintes hospitais: Hospital evangélico, Hospital Santa Rosa e Hospital São Lucas.

médicos e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde” (BRASIL, 2004, p. 131).

De acordo com os decretos de lei do município de Dourados e informações obtidas em trabalho de campo, a criação das unidades básicas de saúde seguiu o seguinte ordenamento temporal.

Tabela 3: **Evolução das unidades básicas de saúde no município de Dourados.**

Nome da unidade básica	Lei de criação	Data de criação
UBS SELETA	Lei nº 2.070	21 de julho de 1979*
USF Vila Cachoeirinha	Lei nº 1.752	04 de dezembro de 1991
USF Vila Hilda	Não encontrada ¹³	1979*
USF Jardim Cuiabazinho	Não encontrada	2003
USF Novo Horizonte	Não encontrada	2010
USF Parque do Lago	Não encontrada	2006
USF Altos do Indaiá	Não encontrada	2013
USF Vila Matos	Não encontrada	2008
USF Itahum	Não encontrada	Anterior a 1988*
UBS VILA ROSA	Não encontrada	1990
USF do Maracanã	Lei nº 2.064	21 de maio de 1996
USF Jardim Carisma	Não encontrada	2006
USF Piratininga	Não encontrada	2013
USF Jardim Ouro Verde	Lei nº 1.761	16 de dezembro de 1991
USF Chácara Caiuá	Não encontrada	2008
USF Vila Índio	Não encontrada	2013
USF Vila São Pedro	Não encontrada	Anterior a 1988*
USF Panambi	Não encontrada	Anterior a 1988*
USF Indápolis	Não encontrada	Anterior a 1988*
USF Vila Vargas	Não encontrada	Anterior a 1988*
USF Vila Formosa	Não encontrada	11 de novembro de 1988
USF Macaúba	Não encontrada	11 de novembro de 1988
UBS JARDIM SANTO ANDRÉ	Lei nº 2.065	21 de maio de 1996
USF Bem-te-vi (Jardim colibri)	Não encontrada	2005
USF Izidro Pedroso	Não encontrada	2003
USF BNH IV Plano	Lei nº 1.738	21 de outubro de 1991
USF CSU	Não encontrada	Anterior a 1988*

¹³ Foram solicitadas à câmara municipal as leis de criação das UBS/USF, porém até o dia 15 de julho de 2019 não houve retorno.

Nome da unidade básica	Lei de criação	Data de criação
USF Campo Dourado	Não encontrada	2011
USF Antônia de Carvalho (Jóquei)	Não encontrada	1999
USF Parque das Nações I	Lei nº 1.689	04 julho de 1991
USF Parque das Nações II	Não encontrada	1996
USF Cabeceira Alegre	Não encontrada	2013
USF Vila Vieira	Não encontrada	2011
USF Guaicurus	Não encontrada	2014

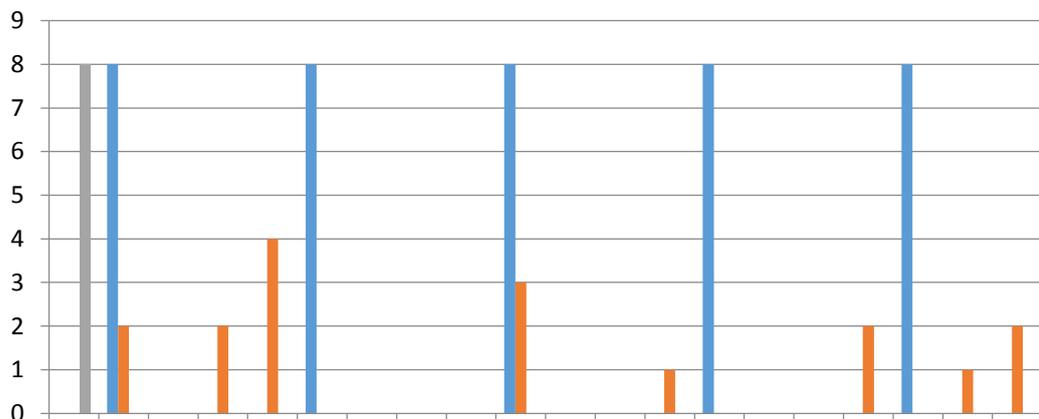
* O atendimento é anterior a 1988, segundo relato dos gestores.

Fonte: Trabalho de campo realizado entre 3 de novembro a 3 de dezembro de 2018.

Organização: Alessandro Bezerra de Oliveira, 2019.

Em outras palavras, a crescente ampliação da infraestrutura de atendimento e implantação das UBS no município de Dourados, apresenta um ordenamento temporal que aparentemente demonstra um propósito eleitoral, uma vez que as inaugurações seguem o calendário que antecede os pleitos eleitorais, conforme o gráfico.

Gráfico 2: **Implantação das UBS no município de Dourados 1988 a 2017.**



Fonte: pesquisa de campo.

Organização: Alessandro Bezerra de Oliveira

Além disso, com relação aos quantitativos de postos de saúde no município de Dourados, Gressler (1995), afirma:

“[...] o município é servido por um Centro Homeopático e 22 postos de saúde, distribuídos nas vilas e distritos. Conta também com o posto de atendimento médico PAM e o Centro de Saúde tipo “A”, onde são prestados serviços especializados como os de cardiologia, neurologia e oftalmologia” (GRESSLER, 1995, p. 45).

É fato que a instalação de unidades básicas de saúde deve atender uma demanda posta pela população, e, portanto vem ao encontro do que se compreende como função da política pública.

Segundo Agum, Riscado e Meneses (2015, p. 14), “A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações para produção de resultados ou mudanças no mundo real”. Ou seja, a política pública deve sempre atender a necessidade da população.

De acordo com dados da prefeitura de Dourados, na década de 1990, a cidade tinha uma malha urbana, na qual acomodava um total de nove UBS, sendo três na área urbana do município e seis nos distritos.

Portanto, é importante ressaltar que os dados apresentados a seguir são resultado de trabalho de campo realizado no entre os dias 06 de novembro e 06 de dezembro de 2018, onde foram coletados os pontos de mapeamento presentes neste estudo, e onde também foi aplicado um formulário de pesquisa, (Apêndices) no qual identificamos a localização das UBS/ESF, levantamos dados como início de funcionamento, tipo do prédio: próprio ou alugado, e qual a composição da equipe da ESF.

O mapeamento que iremos apresentar refere-se à estrutura que foi possível levantar através da pesquisa de campo, porém ressaltamos que os mapas produzidos retratam as infraestruturas que atualmente abrigam as Estratégias de Saúde da Família. Sendo assim, os pontos destacados nos mapas estão à disposição da população para o atendimento em prevenção de saúde desde a data indicada, todavia inicialmente, tratava-se de postos de saúde, para posteriormente serem reestruturados e adequados com o modelo de Estratégia de Saúde da Família conforme salientado anteriormente.

No que se refere à estrutura que havia anteriormente na cidade de Dourados, e sobre a necessidade de pensar o seu processo de desenvolvimento, ressaltamos o Plano de Complementação Urbana de Dourados, que segundo Calixto (2000 p.186) foi elaborado pela equipe do urbanista Jaime Lerner. O plano foi solicitado ao escritório de arquitetura, pela Prefeitura Municipal de Dourados, e conforme consta na apresentação do referido plano, “A montagem do Plano de Complementação Urbana (Projeto CURA/BNH) para a Cidade de Dourados tem como objetivo básico viabilizar os investimentos essenciais que possibilitem a consolidação da sua estrutura de crescimento.” (Dourados 1978 p. 3)

Para a efetivação do plano, a equipe do urbanista fez uso de mapeamentos, onde indicaram áreas de zoneamentos e de interesses além de indicações e orientações para reestruturar a organização da cidade para, assim, prover o processo de crescimento que se esperava para a cidade de Dourados.

Não há menção direta ou identificação da existência de infraestrutura de atendimento

básico em saúde, no referido plano, porém indica, na página 66, que havia carências estruturais, entre outras, a infraestrutura de Saúde.

Na conclusão do referido plano de intervenção urbana, Lerner expõe sobre a necessidade da realização do programa de obras e da construção de um centro comercial¹⁴ para o atendimento com equipamentos e infraestrutura de postos de saúde pública e serviços públicos.

Com relação aos distritos, não há mudanças do quantitativo de infraestrutura em saúde após o final da década de 1980, quando ocorreu a inauguração em 1988 de uma infraestrutura para abrigar um posto de saúde em cada distrito, o que existiu foi a mudança do modelo de atendimento em postos de saúde para o modelo de ESF.

Assim, os Mapas 03 e 04 retratam Dourados, porém utilizando-se de duas escalas, uma abrangendo todo o território do município, demonstrando a localização dos distritos e a outra apresentando a localização das UBS no perímetro urbano no período retratado. O mapa 4 expõe o mesmo território em uma escala cartográfica maior, centrado na malha urbana do município, apresentando um maior detalhamento, no qual utilizaremos esse padrão para realizar nossas leituras.

Observamos que o Programa Mais Médicos, regulamentado pela Lei nº 12.871 de outubro de 2013, tinha por finalidade “formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2013). A presente Lei, portanto, tinha como objetivos:

- I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II – fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III – aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV – ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V – fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI – promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII – aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII – estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

¹⁴ O referido centro comercial foi construído e estruturado no bairro IV Plano, sendo o local onde esta localizada a infraestrutura da UBS/ESF IV Plano.

Portanto, a implantação do Programa Mais Médicos, conforme delimitado na Lei nº 12.871, vai ao encontro do interesse de melhorar o atendimento em saúde realizado pelo SUS, e para isso, é necessário levar profissionais de saúde capacitados para as regiões com escassez destes profissionais.

Com base nos dados coletados em pesquisa de campo, produzimos os Mapas 5 e 6 que demonstram Dourados e sua malha urbana em 1990, período após a retomada do processo democrático no país, e após o momento inicial da implantação do SUS. Nesse momento Dourados contava com três UBS na área urbana e seis nos distritos. Essa realidade dos distritos do município de Dourados se mantém até a atualidade. Além disso, o distrito de Vila Vargas não possuía UBS nesse período, uma vez que o mesmo contava com um hospital de internação e atendimentos emergenciais.

Todavia, ressaltamos que na área urbana havia um centro de especialidades, denominado Posto de Saúde Tipo A, responsável pelo atendimento de especialidades como pediatria, ginecologia, ortopedia entre outras, além do Pronto Atendimento Médico (PAM), que fazia os atendimentos de emergência, e consultas ambulatoriais especializados. Neste período também existia um centro de tratamento homeopático, que foi fechado pela administração da então prefeita Adélia Godoy Razuk.

Destacamos ainda a existência desses centros de especialidades, para observar, que a cadeia de atendimento do SUS, se dá, inicialmente com prevenção em saúde., Dessa forma, caso houvesse necessidade, haveria a possibilidade de continuidade nos tratamentos nos níveis de complexidade maiores, que poderiam ser realizados do município de Dourados, ou ainda ao fato do SUS disponibilizar acesso a tratamentos alternativos, respeitando as individualidades, e por consequência o acesso a um processo de prevenção, diagnóstico e tratamento que contemplem não apenas a medicina pautada na comercialização de fármacos.

Assim, comparando os mapeamentos realizados sobre a década de 1990 (mapas 4 e 5) com a década seguinte, (mapas 6 e 7), notamos que, em uma década, Dourados ampliou a quantidade de infraestrutura de atendimento básico em saúde. Já, em relação ao quantitativo populacional, Dourados tinha 135.984 habitantes no ano de 1991 e, em 2000, o município estava com 153.191 habitantes.

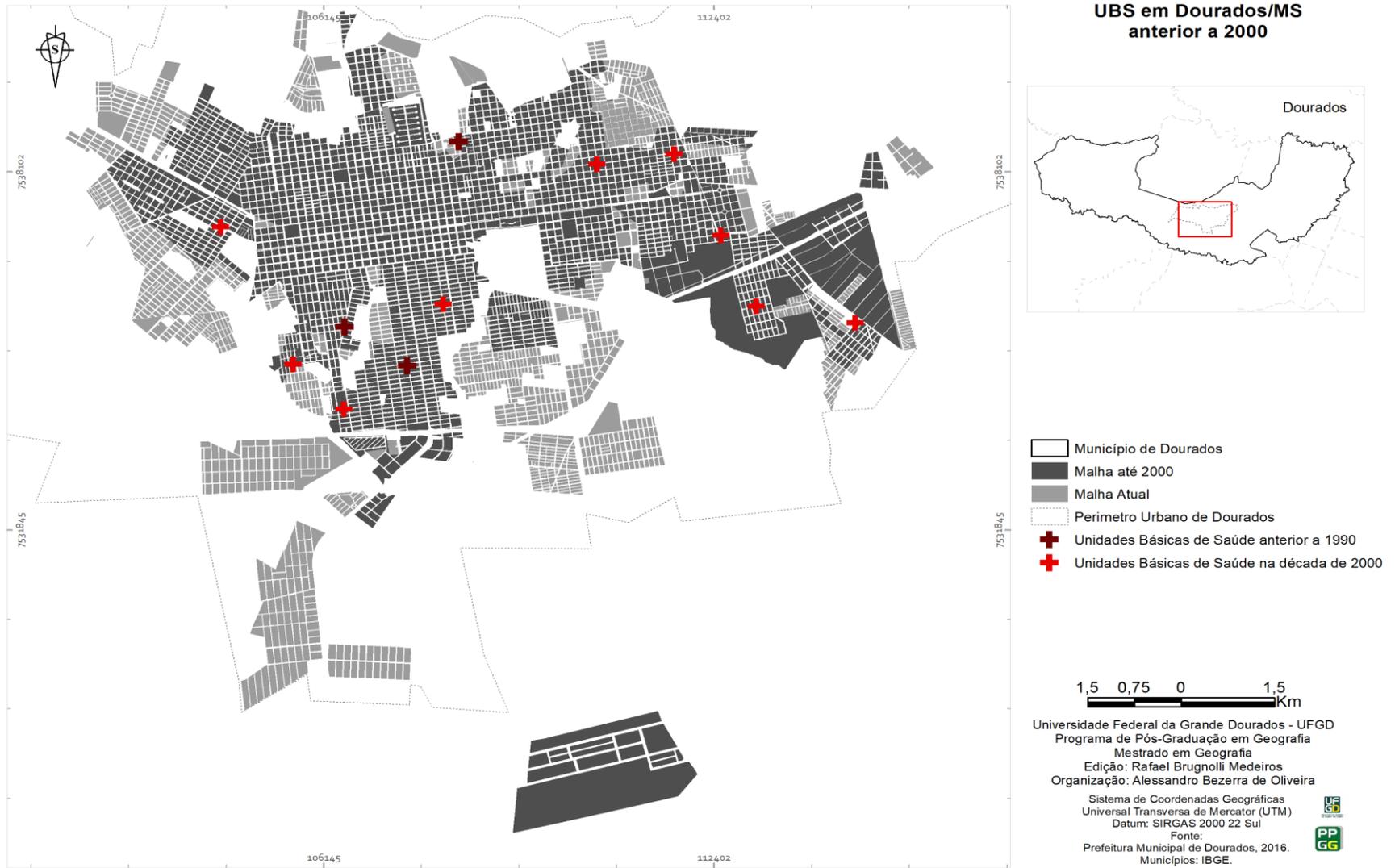
Conforme podemos observar em produto cartográfico, a malha urbana de Dourados acaba sendo ampliada, com crescente ampliação da população absoluta do município.

Observando os produtos cartográficos Mapa 4 e 5, verificamos que até o ano de 2000, o município de Dourados contava com um total de dezoito UBS, dos quais onze

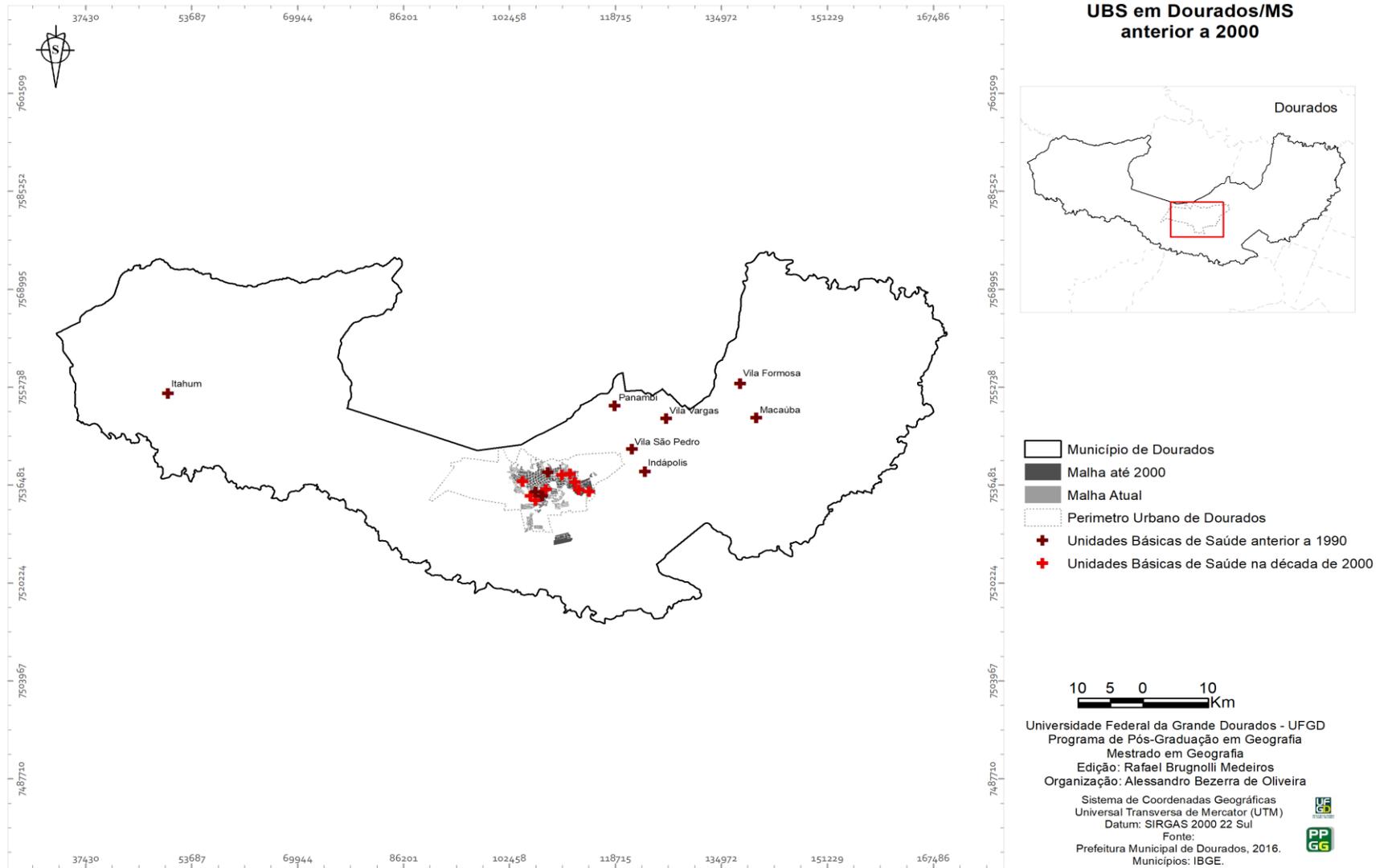
estavam localizados no perímetro urbano e sete nos distritos¹⁵. Conforme podemos observar nos mapeamentos, é possível concluir que a implantação de UBS, nesse período, segue as orientações do Ministério da Saúde em ampliar a oferta de prevenção em saúde através das UBS.

¹⁵ O hospital do distrito de Vila Vargas acabou sendo transformado em UBS, na década de 1990.

Mapa 4: UBS/USF no município de Dourados/MS de 1990-2000(a)



Mapa 5: UBS/USF no município de Dourados/MS de 1990-2000(b).

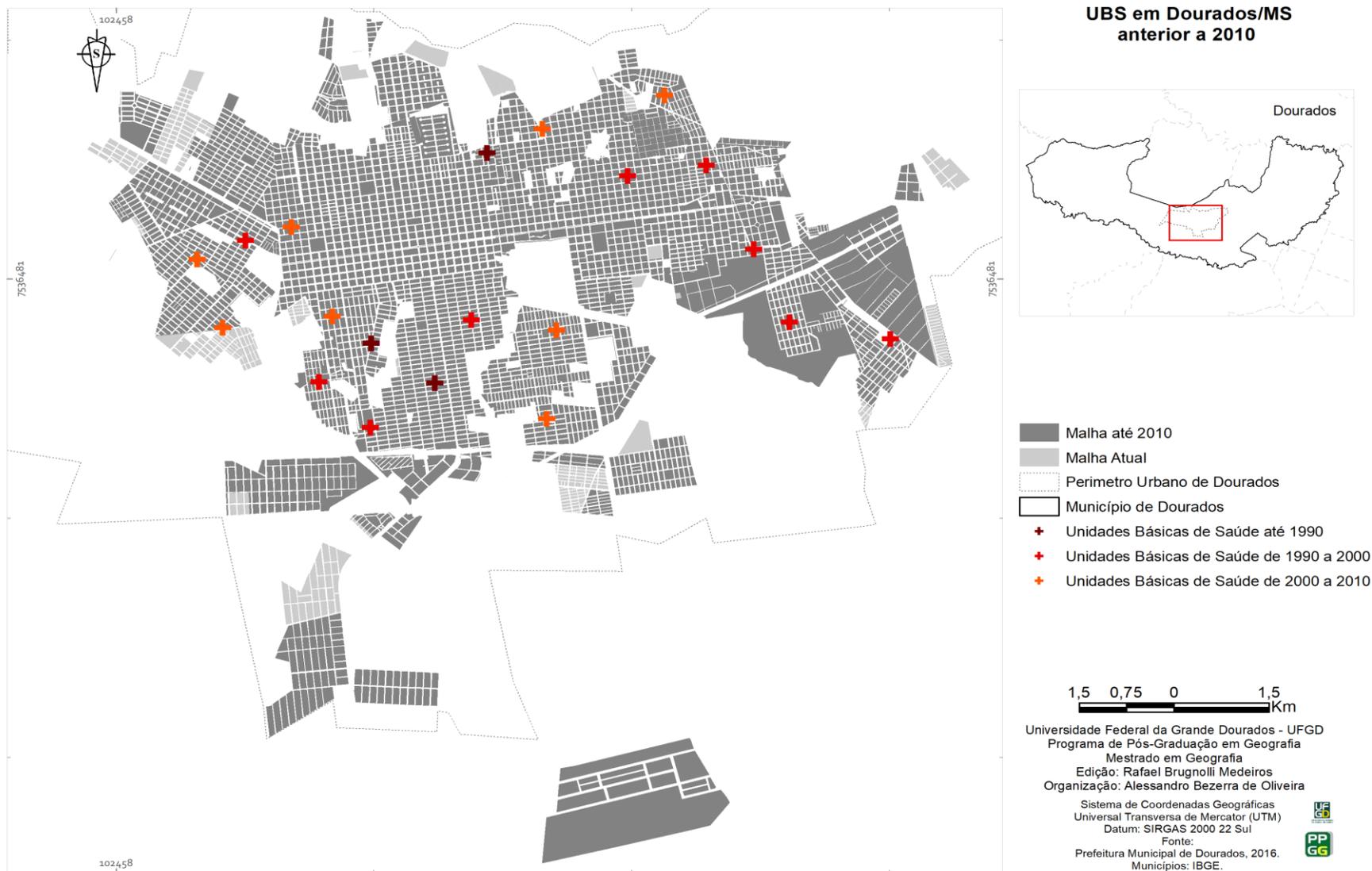


Dessa forma, utilizando o mapeamento do município como base, podemos verificar dois pontos específicos. Primeiramente, em uma década houve uma significativa expansão territorial urbana da cidade, fato também colaborado pela alteração da Lei de Uso do Solo, na qual se observa a ampliação na porção sudoeste, em específico, na região dos bairros Novo Horizonte e Parque do Lago, e na região sul, em específico, nos bairros Jardim Guaicurus e Harrison de Figueiredo, que foram loteamentos destinados às classes de mais baixa renda, no caso de ambos os bairros, através de programas de habitação social promovidos pela Prefeitura de Dourados.

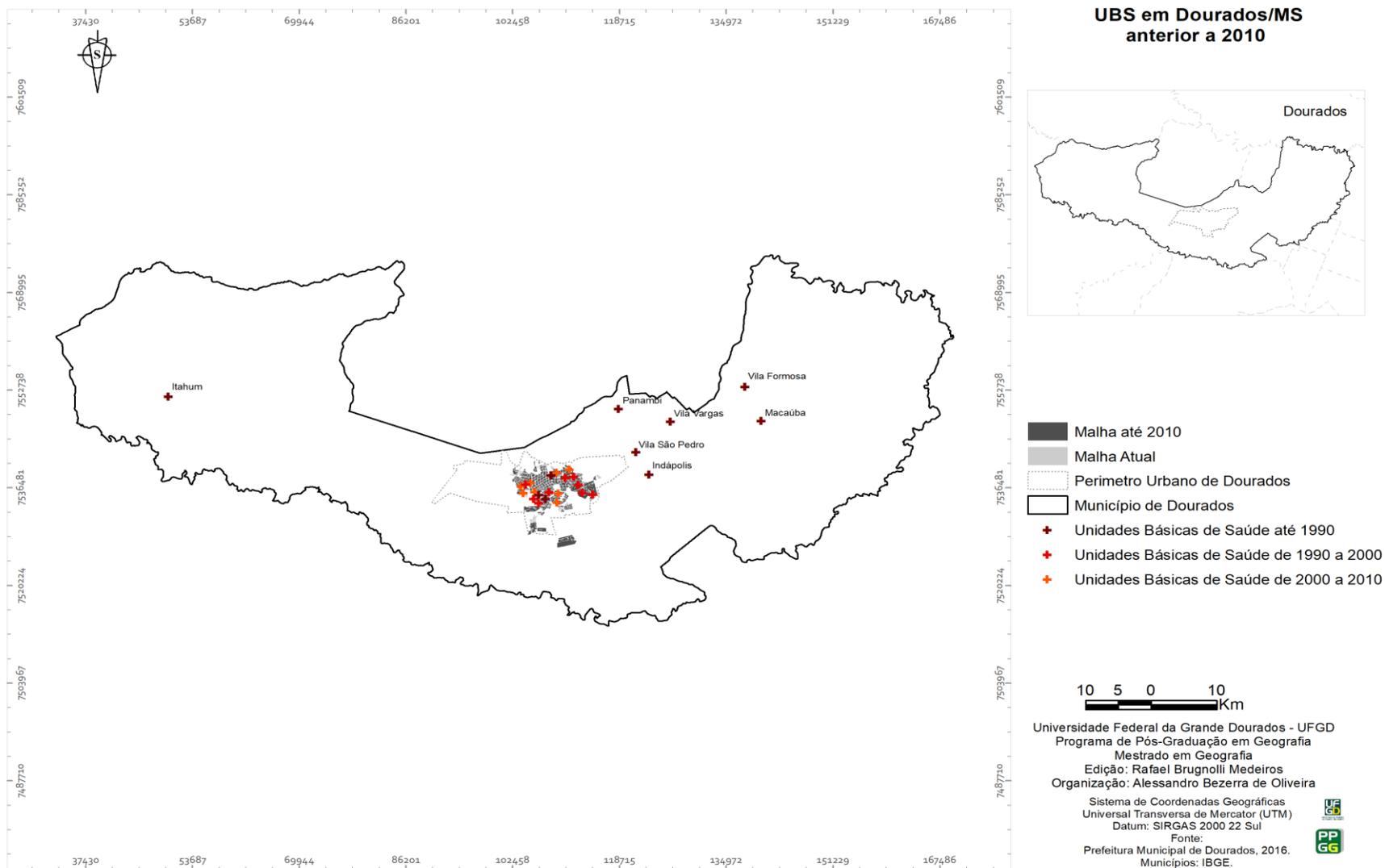
Em tempo, destacamos que, inicialmente, dos bairros citados acima, apenas a região do Parque do Lago recebeu ESF nesse período. Portanto, a assistência na região do recém-loteado Harrison de Figueiredo não possuía cobertura de equipes de saúde da família, sendo esse problema solucionado apenas na década seguinte.

Posteriormente, no período de 2000 a 2010, (Mapa 06 e Mapa 07) ocorreu a ampliação da oferta em atenção básica em saúde, principalmente na periferia consolidada da cidade, com destaque para os loteamentos Jardim Flórida, Cachoeirinha, e BNH Quarto Plano, que receberam infraestrutura na porção sudoeste da cidade, além do Jardim Santo André.

Mapa 6: UBS/USF no município de Dourados/MS 2000-2010 (a)



Mapa 7: UBS/USF no município de Dourados/MS 2000-2010 (b).



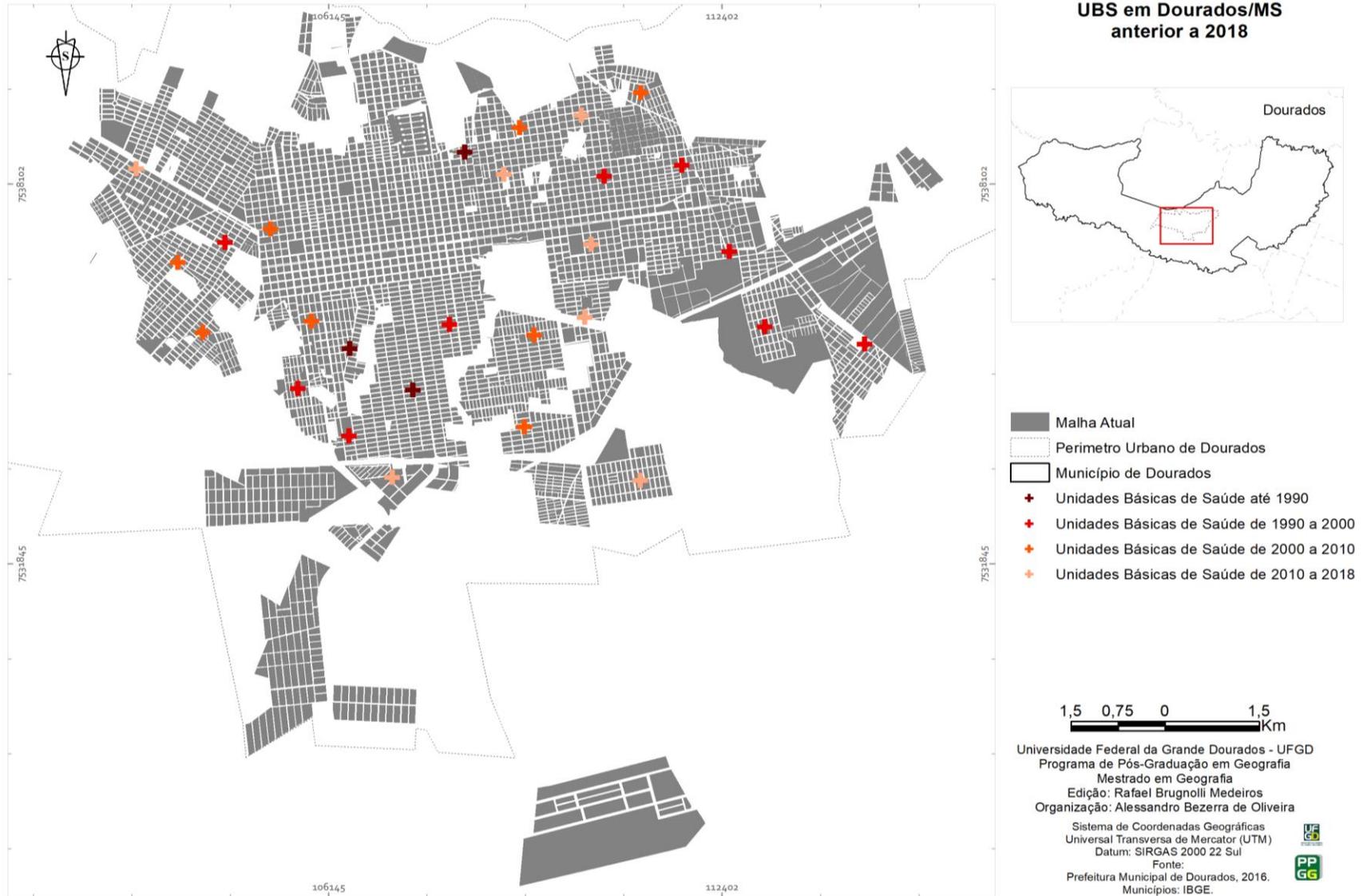
Com base nas representações cartográficas apresentadas, verifica-se que, na década seguinte, há um crescimento na quantidade de UBS na porção leste da cidade, abrangendo o Parque das Nações 1 e 2, além da Cabeceira Alegre.

Por fim, no período que abrange o recorte temporal de 2010 a 2018, o município de Dourados apresenta um total de 34 unidades básicas de saúde. É importante destacar o fato de nessas unidades de atendimento há um total de 51 equipes de Saúde da Família, conforme constatado no trabalho de campo.

Além disso, destacamos que a expansão das UBS e das equipes de ESF acabaram sendo ampliadas na região mais afastadas do centro do município, respondendo em parte a uma demanda do crescimento populacional da cidade, como verificado nos gráficos e mapas apresentados anteriormente.

Assim, observando o Mapa 8, notamos que há algumas áreas, ao noroeste da cidade de Dourados, que não possuem acessibilidade espacial adequada a APS. Ressaltamos que se trata de bairros que possuem uma densidade demográfica menor, conforme se discutirá no próxima seção, e também trata-se de um quadrante da cidade com renda *per capita* mais elevada, abrigando os bairros de maior valor da terra urbana da cidade.

Mapa 8: Distribuição espacial das UBS/USF na cidade de Dourados/MS 2010-2018.



Observa-se nos mapeamentos apresentados que há uma expansão territorial urbana na cidade de Dourados, provocada, entre outros fatores, pela ampliação da demanda de mão de obra devido às necessidades postas pela expansão da fronteira agrícola, e pela ampliação do setor terciário.

Nota-se que também há uma ampliação das infraestruturas que podem prover acesso à prevenção e à promoção em saúde, preconizadas pelo SUS. Dessa forma faz necessário ampliar o diálogo para melhor compreender sobre a efetividade da atenção primária em saúde, e como esta se organiza no município de Dourados.

5 A EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS.

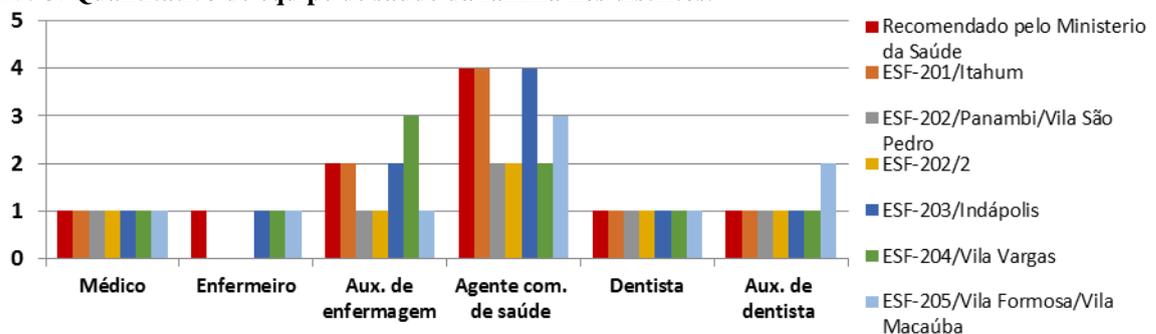
Como indicado anteriormente, faz-se necessário ampliar os processo de verificação e análise dos dados levantados através de trabalho de campo e de pesquisa bibliográfica e documental sobre a distribuição espacial da infraestrutura da Atenção Primária à Saúde em Dourados/MS. Para tanto, será necessária a fragmentação do território para melhor realizar a análise dos dados. Assim utilizaremos a divisão existente dos distritos e da área urbana do município de Dourados.

É necessário ressaltar a forma de acesso aos distritos, e se estes deslocamentos serão realizados por rodovias asfaltadas ou não. Isso é relevante pois, caso um usuário que, após ser atendimento na UBS do distrito, necessitar de atendimento que requeira estrutura de média ou alta complexidade, precisará de deslocamento, e isso pode ser um fator determinante para ampliação do risco de morte ou mesmo de agravos e sequelas pelo tempo despendido no deslocamento.

Além disso, destacamos que não há médicos que residam em nenhum dos distritos, e no caso de Itahum, também não existe enfermeiro que resida no distrito. Portanto para o pleno funcionamento, há a necessidade de deslocamento dos profissionais em saúde para atender nas ESF das referidas localidades.

Já em relação à infraestrutura de atendimento em saúde, cada um dos distritos possui uma unidade que abriga pelo menos uma ESF, porém quando tratamos dos profissionais que atuam nesses distritos, nem todas as unidades possuem atendimento durante todo o período de funcionamento da mesma, e nem todas as equipes estão completas, conforme pode-se verificar no gráfico abaixo.

Gráfico 3: **Quantitativo de equipe de saúde da família nos distritos.**



Organização: Alessandro Bezerra.

Fonte: Trabalho de campo.

Podemos observar, no gráfico 3, que parte das equipes que atendem nos distritos não possui o quantitativo total de profissionais recomendado pelo Ministério da Saúde, sendo que três equipes não possuem enfermeiro em seu quadro, e quatro não apresentam o total de auxiliares de enfermagem recomendado.

O mesmo ocorre com os agentes comunitários de saúde, uma vez que apenas três das oito equipes dos distritos possuem o quantitativo de profissionais recomendado.

Partindo para a descrição da APS e da distancia entre os distritos e o distrito sede do município de Dourados¹⁶ são eles: Indápolis, Itahum, Panambi, Guaçu, Vila São Pedro e Vila Vargas. Faremos um breve relato e observação de cada um dos distritos e suas estruturas para atendimento da população no que tange ao atendimento de saúde oferecido pelo Estado, através das UBS/ESF.

O distrito de Indápolis fica localizado a vinte quilômetros do centro da cidade de Dourados. Para acesso, utiliza-se a rodovia BR-163, em um trecho de quinze quilômetros, que possui asfaltamento e vias duplicadas, e, atualmente, faz parte do sistema rodoviário privatizado¹⁷, além de mais cinco quilômetros pela rodovia MS – 276, que também é asfaltada, porém com pista simples e não faz parte das rodovias privatizadas.

Em se tratando da estrutura pública de atendimento em saúde, o distrito de Indápolis possui uma unidade básica de saúde denominada oficialmente como ESF-203/Indápolis, (apêndice A, foto 01). Essa ESF possui uma equipe incompleta, uma vez que conta com um médico, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar administrativo, um agente de limpeza¹⁸ e dois vigias noturnos, quando, na verdade, deveria dispor de seis ACS, conforme recomendação do Ministério da Saúde, além do fato de a enfermeira que atende na USF ser a responsável administrativa da unidade e de mais outras duas USF, Panambi e Vila São Pedro.

Dessa maneira, observa-se que o Ministério da Saúde aponta como recomendação, o quantitativo de profissionais visando a maior eficiência do atendimento na ESF. O fato observado no distrito de Indápolis, com a ausência de profissionais na equipe, é recorrente em

¹⁶ Para os cálculos de distância dos distritos, foi utilizada a ferramenta GoogleMaps, delimitando os cruzamentos das ruas Presidente Vargas, com Marcelino Pires como o ponto inicial até a área central do distrito.

¹⁷ A rodovia em questão, BR-163, é administrada pela empresa CCR-VIA e não há praças de cobrança de pedágios no trecho que percorre o município de Dourados.

¹⁸ Os agentes de limpeza, em sua maioria, são terceirizados. No período da realização do trabalho de campo, as UBS/ESF encontravam-se sem a presença desses funcionários, devido ao fato da empresa responsável pela contratação dos funcionários estarem envolvida em escândalo de corrupção com superfaturamento de contratos.

outras ESF, principalmente nos distritos.

Atualmente, o distrito de Vila São Pedro conta com uma unidade básica de saúde, oficialmente denominada como ESF-202/Vila São Pedro (Anexo 1/foto-02), que possui uma equipe composta por um médico, um auxiliar de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar de dentista, um técnico administrativo, um agente de limpeza e dois vigias noturnos.

O distrito de Vila São Pedro é o mais próximo ao perímetro urbano de Dourados, localizado a 16 quilômetros do distrito sede, sendo o acesso à área urbana de Dourados realizado através da BR-163, que possui o trecho em questão totalmente asfaltado e duplicado, administrado pela concessionária do sistema rodoviário CCR.

Partindo para a análise do distrito de Panambi, localizado a 21 km do distrito sede, verificamos que, atualmente, possui uma unidade básica de saúde oficialmente denominada ESF-202/Panambi (Anexo 1/foto-03) e conta com uma equipe composta por um médico, um auxiliar de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar de dentista, um agente de limpeza e dois vigias noturnos.

Essas Estratégias de Saúde da Família, ESF-202/Panambi e ESF-202/Vila São Pedro, também possuem equipe incompleta, já que há apenas dois ACS para realizar o atendimento de toda a população de cada distrito. Cabe ressaltar que as ESF localizadas em Vila São Pedro e Panambi possuem não apenas o mesmo número de registro (ESF 202), mas também compartilham parte da equipe de atendimento, visto que há um médico para realizar o atendimento nas duas unidades, sendo que às segundas, quartas e sextas-feiras, o médico atende no distrito de Vila São Pedro e nas terças e quintas, atende no distrito de Panambi.

A enfermeira gestora da ESF-203/Indápolis, que também é coordenadora das ESF-202/Panambi e ESF-202/Vila São Pedro. A mesma relatou que não exerce atividade de enfermagem nas unidades, atuando apenas como gestora das três ESFs.

Temos, ainda, o distrito de Guaçu, que abrange dois pequenos vilarejos, denominados Vila Macaúba e Vila Formosa.

Atualmente, Vila Macaúba possui uma unidade básica de saúde oficialmente denominada ESF-205/Vila Macaúba, que conta com uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, um dentista, dois auxiliares de dentista, dois auxiliares administrativos, dois agentes de limpeza e dois vigias noturnos.

O distrito de Vila Macaúba está localizado a quarenta e oito quilômetros do centro da

cidade de Dourados, na porção leste do atual território, sendo que o acesso se faz pela rodovia BR-163, já citada. O percurso até o distrito, por essa rodovia, é de vinte e sete quilômetros, seguindo pela rodovia MS-274, que não possui asfaltamento, por mais quatorze quilômetros. Além desse acesso, também é possível se dirigir ao distrito através de uma rodovia toda pavimentada, que é a rodovia MS-470, porém, o trajeto se amplia para um total de cinquenta e um quilômetros.

O segundo vilarejo do distrito de Guaçu é denominado Vila Formosa. Para ter acesso ao vilarejo, utiliza-se a rodovia BR-163 e a rodovia MS-470, em um trajeto de 43 quilômetros as duas rodovias pavimentadas.

Atualmente, o distrito de Vila Formosa possui uma unidade básica de saúde oficialmente denominada ESF-205/Vila Formosa, que conta com uma ESF composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, um dentista, dois auxiliares de dentista, dois auxiliares administrativos, dois agentes de limpeza e dois vigias noturnos.

Do mesmo modo, semelhantemente ao que ocorre na ESF 202, há o compartilhamento de equipe pelos dois vilarejos, sendo que a equipe composta pelo médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem realizam atendimento no período matutino na Vila Macaúba e no período vespertino na Vila Formosa.

Em seguida, o terceiro distrito em proximidade com a área urbana de Dourados é o de Vila Vargas, que está localizado a 25 quilômetros do centro do município de Dourados, com acesso também através da rodovia BR -163, atualmente, possui uma unidade básica de saúde oficialmente denominada como ESF-204/Vila Vargas e conta com uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, um dentista, um auxiliar de dentista, um auxiliar administrativo, um agente de limpeza e um vigia noturno.

Com relação ao distrito de Itahum, o mais distante da sede do município, está localizado na porção oeste, a 65 quilômetros do distrito sede. O acesso é feito através das rodovias MS-162 e MS-270, ambas asfaltadas. Itahum conta com uma unidade básica de saúde que está ativa desde o início da década de 1990.

Dessa forma, a ESF do distrito de Itahum, oficialmente denominada ESF-201/Itahum, possui uma equipe incompleta, contando com um médico que atende de segunda

à sexta-feira, das 7 às 14 horas¹⁹. Não há enfermeiro na equipe, e é possui quatro ACS, dois funcionários administrativos e dois agentes de limpeza, não há vigia noturno na unidade. Ou seja, o distrito conta com uma equipe incompleta de acordo com o que recomenda a normativa do Ministério da Saúde.

A partir dos dados levantados na pesquisa de campo, visando melhor possibilidade de análise dos dados, foi possível a elaboração da seguinte tabela.

Tabela 4: Disposição dos distritos e quantitativo de equipes.

Distrito	Itahum	Guaçu Macaúba	Formosa	Vila Vargas	Panambi	Indápolis	Vila São Pedro
População 2010	691	608	436	678	286	847	1377
Distância do distrito sede	65 km	48 km	43 km	25 km	24 km	20 km	16 km
Médicos	1	1	1	1	1	1	1
Dentista	0	1	1	1	0	0	1
Auxiliar de dentista	0	2	2	1	0	0	1
Auxiliar de enfermagem	2	1	1	3	1	0	1
Enfermeiro	0	1	1	1	1	1	1
Agentes Comunitários de Saúde	4	3	2	2	2	4	2

Fonte: Trabalho de campo realizado entre 3 de novembro a 3 de dezembro de 2018.
Organização: Alessandro Bezerra de Oliveira, 2019.

Observando o quadro, podemos notar que há uma notável incompletude das equipes em diversos segmentos. Quase metade das equipes está incompleta com relação a dentistas, e, com relação aos enfermeiros, também há um grande déficit.

Esta incompletude ou inexistência dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família, conforme o recomendado pelo ministério da saúde poderá implicar no acesso ao serviço de prevenção e promoção em saúde oferecido pelo poder público municipal.

¹⁹ A coordenação do posto não soube informar o motivo do médico realizar o atendimento até às 14 horas.

Dessa forma, é importante destacar que os ACS são o elo forte da cadeia de atendimento da Saúde da Família, uma vez que eles farão a ligação entre o usuário e SUS, trazendo as informações e agendando consultas para a comunidade.

De acordo com Boviot, “o ACS tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe” (2016, p. 22).

Por sua vez, a completude da Equipe de Estratégia de Saúde da Família será de grande importância para a eficiência do processo de atendimento e, por consequência, do tratamento e prevenção em saúde.

Em suma, a distribuição da população na cidade de Dourados não é igualitária, sendo que há loteamento com maior e outros com menor densidade demográfica, como podemos observar no mapa 8. Cabe ressaltar que os dados de densidade demográfica apresentados no mapa a seguir são referentes ao Censo Demográfico de 2010 e, dessa forma, não apresentam o panorama de 2018, uma vez que bairros como o Jardim Guaicurus, que no período do recenseamento estava em processo de loteamento, acabou sendo ocupado, ampliando assim a densidade demográfica da região.

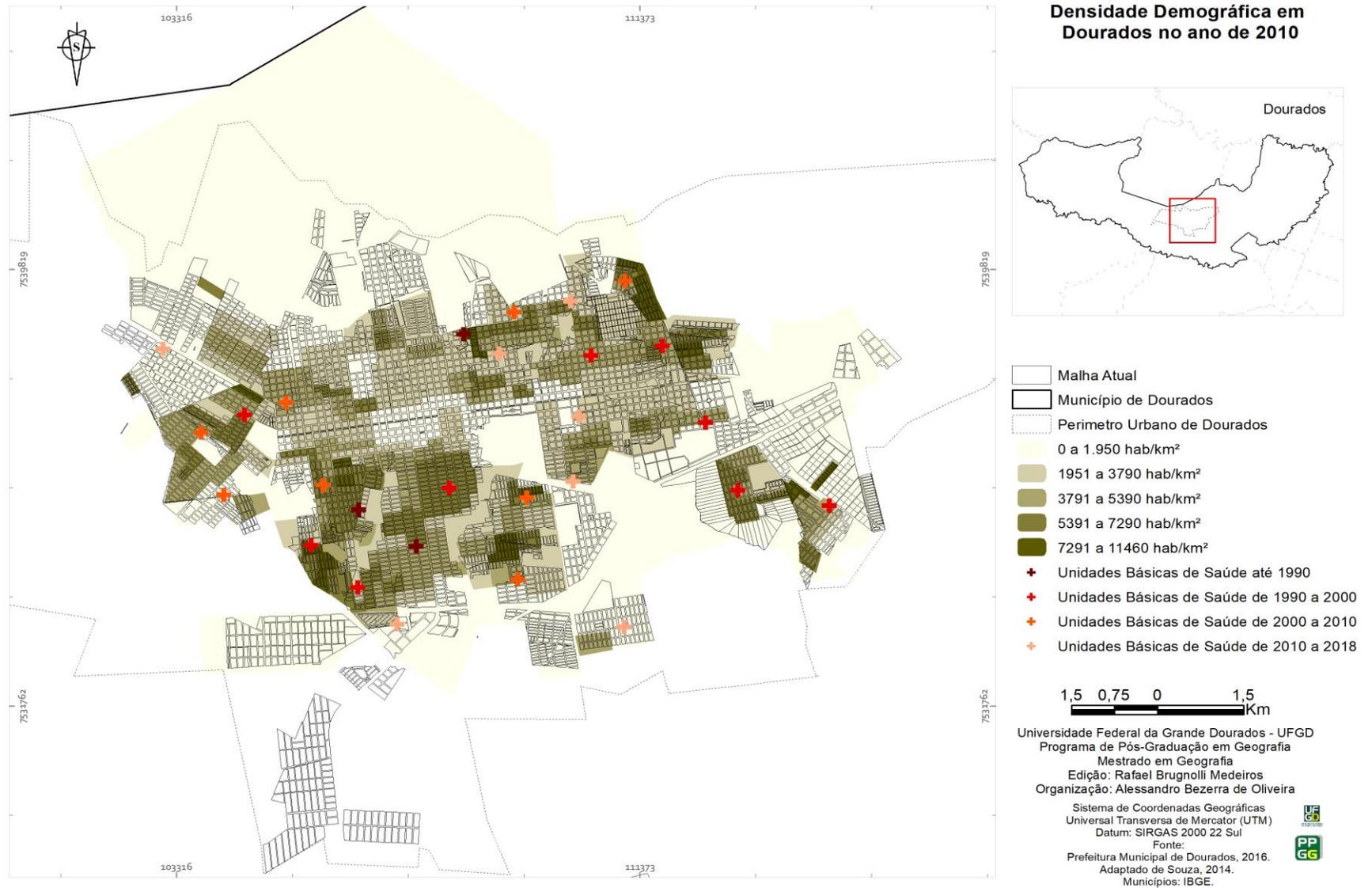
Também observamos o mesmo tipo de situação ocorrendo no loteamento Parque do Lago. É importante ressaltar também que ambos os bairros são locais que receberam loteamentos populares e distribuição de moradias através do programa de habitação social, que visa diminuir o déficit habitacional do município.

Assim, no ano de 2018 existia, em Dourados um total de 34 unidades UBS, ou seja, 34 infraestruturas para proporcionar o acolhimento dos profissionais das equipes de ESF e, por consequência, da população usuária. Há um quantitativo superior de equipes de ESF realizando atendimento nessas unidades.

Há unidades que abrigam até três equipes de Saúde da Família. Sobre isso, o Ministério da Saúde sugere que podem existir mais de uma equipe de ESF por unidade de atendimento, desde que haja estrutura física para acomodar todas elas.

Foi verificado em trabalho de campo que há, no momento, cinquenta e uma equipes de saúde da família, distribuídas em trinta e uma UBS/ESF, ou seja, três funcionam apenas como UBS, a saber: Seleta, Vila Rosa e Santo André. Estas UBS também possuem atendimento clínicos ambulatoriais, para as quais as 34 USF encaminham os usuários para algumas clínicas de média complexidade.

Mapa 9: Densidade demográfica e as UBS/USF Dourados-MS, 2010.



É possível observar uma incongruência nos dados, uma vez que há trinta e quatro UBS e cinquenta e uma Equipes de Estratégia de Saúde da Família; ressaltamos que três das infraestruturas não abrigam ESF.

As unidades são denominadas de UBS Seleta, localizada na região do Jardim Florida 1, a UBS da Vila Rosa, e a UBS do Jardim Santo André, e contém médicos generalistas e especialistas, além de cirurgiões dentistas atendendo na unidade, porém, por utilizarem sistema online de agendamentos de consultas, há a possibilidade de encaminhamentos de usuários por equipes de outras localidades.

Já a UBS do Santo André, localizada no bairro de mesmo nome, atua com duas equipes Estratégias de Saúde da Família, e também possui médicos especialistas.

Observando o quantitativo populacional da cidade de Dourados em 2018, que segundo estimativa do IBGE era de 220.965, e realizando uma divisão da população pelo número de equipes de ESF, que é um total de 51, temos uma estimativa de que cada equipe teria para si um total médio de mais de quatro mil e trezentos indivíduos para realizar o acolhimento, acompanhamento e possível atendimento. Essa proporção, conseqüentemente, acaba por sobrecarregar as equipes.

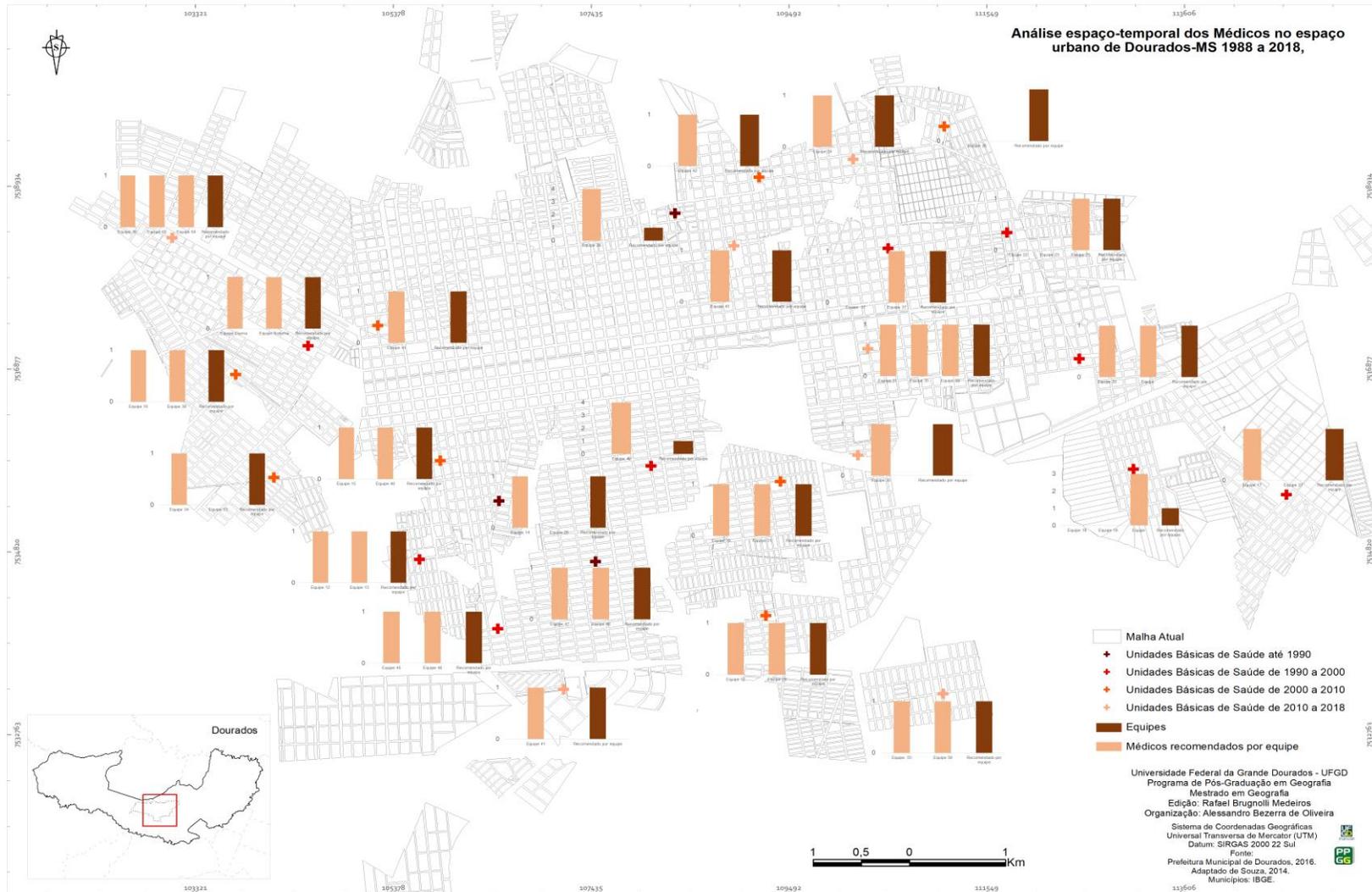
Cabe ressaltar que o indicado pelo ministério da saúde é que cada equipe realize o atendimento de três a quatro mil e quinhentos indivíduos. Portanto, Dourados deveria ter de quarenta e nove a setenta e três equipes conforme, indica o Ministério da Saúde, inserindo o município próximo do quantitativo mínimo de equipes para proporcionar o atendimento adequado. , Destacamos ainda que das unidades pesquisadas, nem todas possuem o quantitativo total de profissionais conforme recomendação do pelo Ministério da Saúde, como demonstram os gráficos a seguir.

Na pratica há vinte e sete infraestruturas de atendimento no perímetro urbano de Dourados, com um quantitativo total de cinquenta e uma equipes, e muitas destas não possuem o quantitativo total de profissionais recomendado pelo Ministério da Saúde, conforme podemos observar no mapa 10.

O mapa a seguir trata do quantitativo de médicos que as equipes de Estratégias de Saúde da Família possuíam no período do trabalho de campo realizado entre os dias 06 de novembro e 06 de dezembro de 2018.

Observando o Mapa 9, verificamos que 18% das equipes estão sem o profissional médico para realizar a assistência médica.

Mapa 10: Equipes de saúde da família por USF em Dourados-MS, 2018.



A ausência de médicos nas unidades pesquisadas aconteceu pelo rompimento dos contratos do governo Cubano que fornecia profissionais em Saúde, nesse caso os médicos e o Programa Mais Médicos, do Governo Federal.

O Programa Mais Médicos era responsável pela contratação de profissionais em saúde, tendo a possibilidade de serem brasileiros ou estrangeiros, para atuarem no atendimento em saúde, nos mais variados tipos de unidades, sendo UBS, ESF, UPA Pronto atendimento, etc., e para as mais diversas localidades de todo o território nacional.

As equipes que não possuíam médicos no período da pesquisa eram compostas por médicos cubanos anteriormente, que tiveram seus contratos rescindidos a pedido do governo cubano, em decorrência do posicionamento ultraconservador e de ataques aos profissionais de saúde, realizados pelo então candidato à presidência da república de extrema direita, Jair Bolsonaro.

O candidato em questão foi eleito para o cargo de presidente da república e, após o final do pleito, o governo cubano decidiu rescindir os contratos.

Cabe ressaltar que os profissionais cubanos são, em sua totalidade, médicos formados pelo sistema de ensino superior de Cuba, que é considerado um dos mais avançados no processo de formação de profissionais em saúde do mundo, e que todos os médicos cubanos que atuavam no programa possuíam especialização em Saúde da Família.

Além disso, ressaltamos também o que ocorre nas equipes dos distritos de Vila São Pedro e de Panambi, com as equipes ESF-202, que compartilham o médico, que realiza atendimentos em dias alternados em cada distrito.

Assim, o mesmo ocorre com a equipe dos distritos de Macaúba e Vila Formosa, ESF-205, na qual o médico, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem atendem no período matutino no distrito de Vila Formosa e no período vespertino, no distrito de Macaúba.

No que diz respeito às equipes de Saúde da Família, podemos verificar que das cinquenta e uma ESF distribuídas pelas 34 infraestruturas que existem no território do município de Dourados, apenas dez possuem todos os profissionais necessários, conforme o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde.

Com relação a ausências de profissionais, verificamos, portanto, uma incompletude que atinge o total de 80% das equipes de Estratégia de Saúde da Família. Ressaltamos, ainda, que se trata de profissionais das mais variadas funções.

Em seguida, para analisar a distribuição dos profissionais das ESF do município de Dourados, faremos a observação dos dados, separando os quantitativos por tipo de função

desempenhada.

Primeiramente, com relação aos médicos, generalistas ou especialistas em saúde da família, verificamos que quarenta e nove equipes contavam com esse profissional e nove não contavam. Esclarecemos que essa situação foi constatada no período da realização da pesquisa de campo, nos meses de novembro a dezembro de 2018.

Do mesmo modo, quanto aos enfermeiros que atuam nas ESF no município de Dourados, quarenta e oito equipes estão completas e três encontravam-se incompletas no período da realização do trabalho de campo.

Assim sendo, ressaltamos a importância desses profissionais na ESF, uma vez que eles desempenham um papel de suma importância na direção à melhoria da qualidade de saúde do indivíduo atendido pelo programa. Com relação às atribuições do enfermeiro no ESF, Costa, Lima e Oliveira destacam:

No tocante as suas atribuições no PSF, detectou-se que o enfermeiro executa ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e à terceira idade. Atuando também como instrutor- supervisor dos agentes comunitários de saúde; no gerenciamento do pessoal de enfermagem e da Unidade de Saúde, além de participar do Conselho Comunitário de Saúde do município (COSTA; LIMA; OLIVEIRA, 2000, p. 152).

Da mesma forma, com relação aos auxiliares de enfermagem que atuam nas ESF no município de Dourados, temos quarenta e quatro equipes completas, e sete equipes com desfalque de acordo com o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde.

No que diz respeito ao desenvolvimento das atividades em uma ESF, todos os profissionais envolvidos no processo e, portanto, dentro das recomendações do Ministério da Saúde, tem a sua devida importância no acolhimento, e atendimento do usuário os auxiliares de enfermagem, Ogata e França (2010) destacam:

O auxiliar de enfermagem na ESF é um profissional de essencial importância no desenvolvimento de diversas ações. Em termos quantitativos e considerando sua relevância no processo de trabalho, constitui o contingente mais expressivo entre os trabalhadores da equipe de enfermagem e de toda a área da saúde (OGATA e FRANÇA, 2010, p. 507).

Além disso, podemos dizer que o agente comunitário de saúde possui a mesma importância do Auxiliar de Enfermagem, uma vez que ele será o elo inicial do processo de atendimento e acolhimento do usuário, mesmo antes do seu deslocamento até a unidade.

Quando se trata dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam nas ESF no município de Dourados apenas dezessete das cinquenta e uma equipes estavam completas,

sendo que trinta e quatro equipes encontravam-se, no período da realização do trabalho de campo, com quantitativo inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde.

A ausência da quantidade adequada de agentes nas equipes, conforme a recomendação do Ministério da Saúde, evidencia uma realidade preocupante uma vez que esses profissionais desempenham papel primordial nas ações de Saúde da Família. Em outras palavras, o ACS é a ligação entre o possível usuário e o sistema de atendimento. Portanto, uma equipe desfalcada de agentes comunitários ficará sobrecarregada, e, dessa forma, o trabalho será executado de forma incompleta, o que significa uma ineficiência e uma possibilidade do não atendimento ao público.

Igualmente, a incompletude das equipes também acontece com os auxiliares de saúde bucal, já que seis equipes não estavam assistidas por este profissional no período da realização do trabalho de campo, sendo que quarenta e cinco equipes possuíam o número de profissionais recomendados pelo Ministério da Saúde.

Já com relação aos cirurgiões dentistas que atuam nas ESF na cidade de Dourados também há o desfalque que está em dez por cento dos profissionais. Cinco das equipes estão sem o quantitativo recomendado pelo Ministério da Saúde e quarenta e seis das equipes possuem os profissionais conforme as recomendações.

Portanto, poucas são as Equipes de Saúde da Família que estavam atuando com o quantitativo recomendado pelo Ministério da Saúde, o que pode impactar nas possibilidades de acesso ao serviço de saúde de forma direta.

Ao mesmo tempo, com relação às variações nas formas de atendimento das UBS/ESF pesquisadas, as unidades do Parque das Nações II e da Seleta realizam atendimentos no período noturno em forma de plantão, aberta ao público das 17 às 22 horas, e ambas as unidades contam com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um assistente administrativo.

Conforme Pain (2008), os avanços trazidos pelo SUS, e, por consequência, o seu sucesso, nos âmbitos iniciais de sua proposta, ocorre devido o SUS se uma política de Estado, não de governo.

No entanto, os cortes orçamentários implementados pelo governo de Michel Temer, assim como o teto de gastos, regulamentado pela Emenda Constitucional nº 95, acabam por transformar o SUS em uma política de governo, perdendo assim toda a capacidade de efetividade.

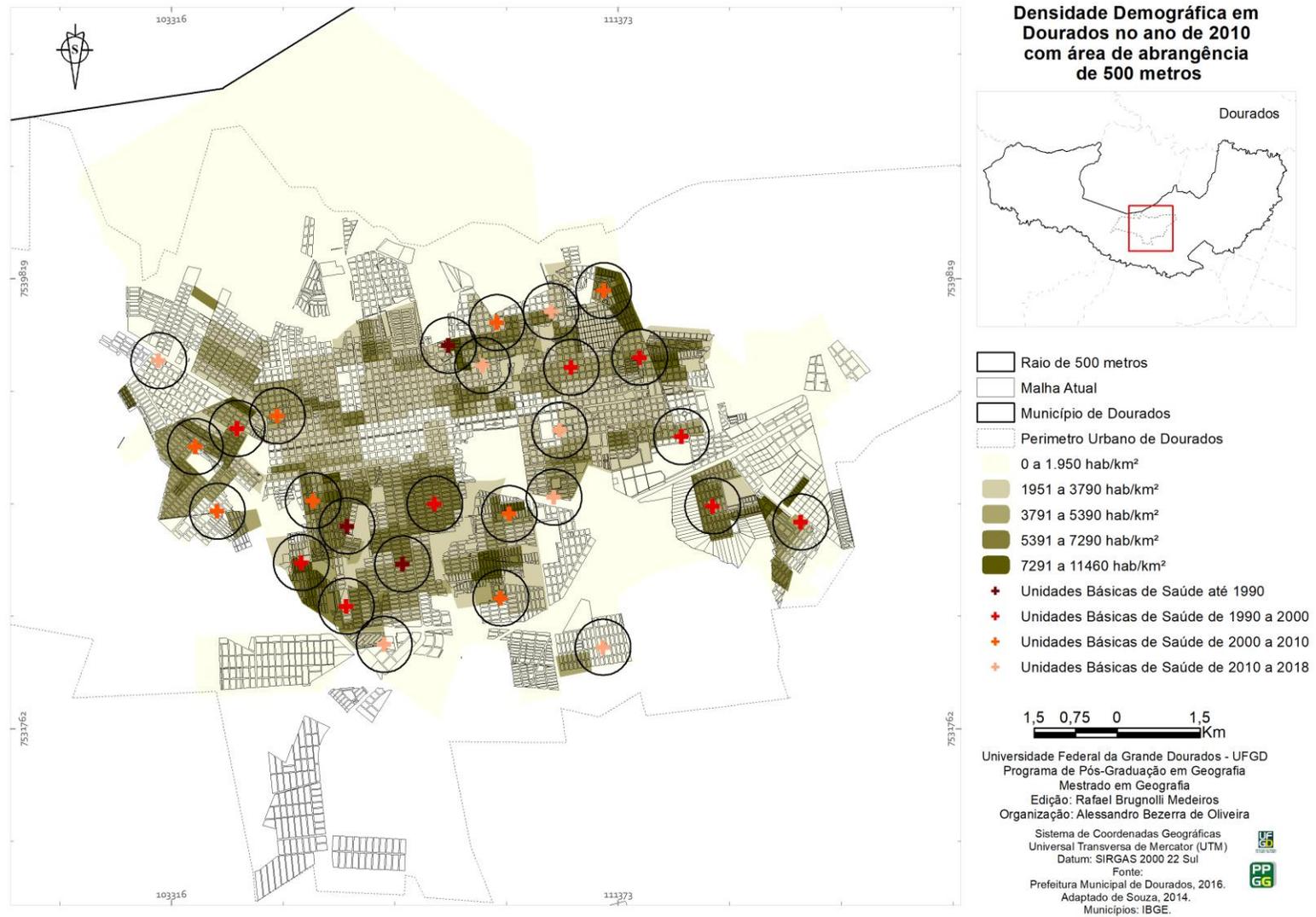
Sob o mesmo ponto de vista, quanto à distribuição das ESF, podemos verificar, no

mapa a seguir, a distribuição espacial da infraestrutura de atendimento em saúde na cidade de Dourados, no ano de 2018.

Para uma melhor observação, utilizaremos inicialmente os *buffers* de abrangência em 500 metros, uma vez que devemos considerar que quem busca o atendimento em saúde está em situação de vulnerabilidade e, muitas vezes, possuem dificuldades de locomoção.

Os *buffers* de atendimento visam possibilitar a observação dos pontos onde estão localizadas as infraestruturas, que abrigam as equipes de Saúde da Família, e possibilitar uma leitura do seu entorno, onde linearmente, abrange-se de 500 a 800 metros de distância. Ressaltamos que os *buffers* não levam em consideração arruamentos, quadras ou outros fatores que dificultem o acesso a UBS, portanto pretendemos verificar, utilizando esse padrão de análise, se há cobertura de atendimento.

Mapa 11: Densidade demográfica com localização das UBS/USF área de abrangência de 500 metros Dourados-MS, 2018.



Ao observarmos o mapa apresentado anteriormente, é possível perceber que existem áreas sem cobertura de atendimento. Essas áreas abrangem toda a porção central da cidade e principalmente os bairros localizados ao norte.

Todavia, a questão é se esses bairros, que não possuem UBS para abrigar equipes de ESF, pelo fato de os moradores pertencerem a segmentos de maior poder aquisitivo, não estão tendo pretensão de utilizar os serviços, É importante lembrar do exposto na Constituição Federal, que afirma que o Estado tem o dever de oferecer saúde pública para toda a população.

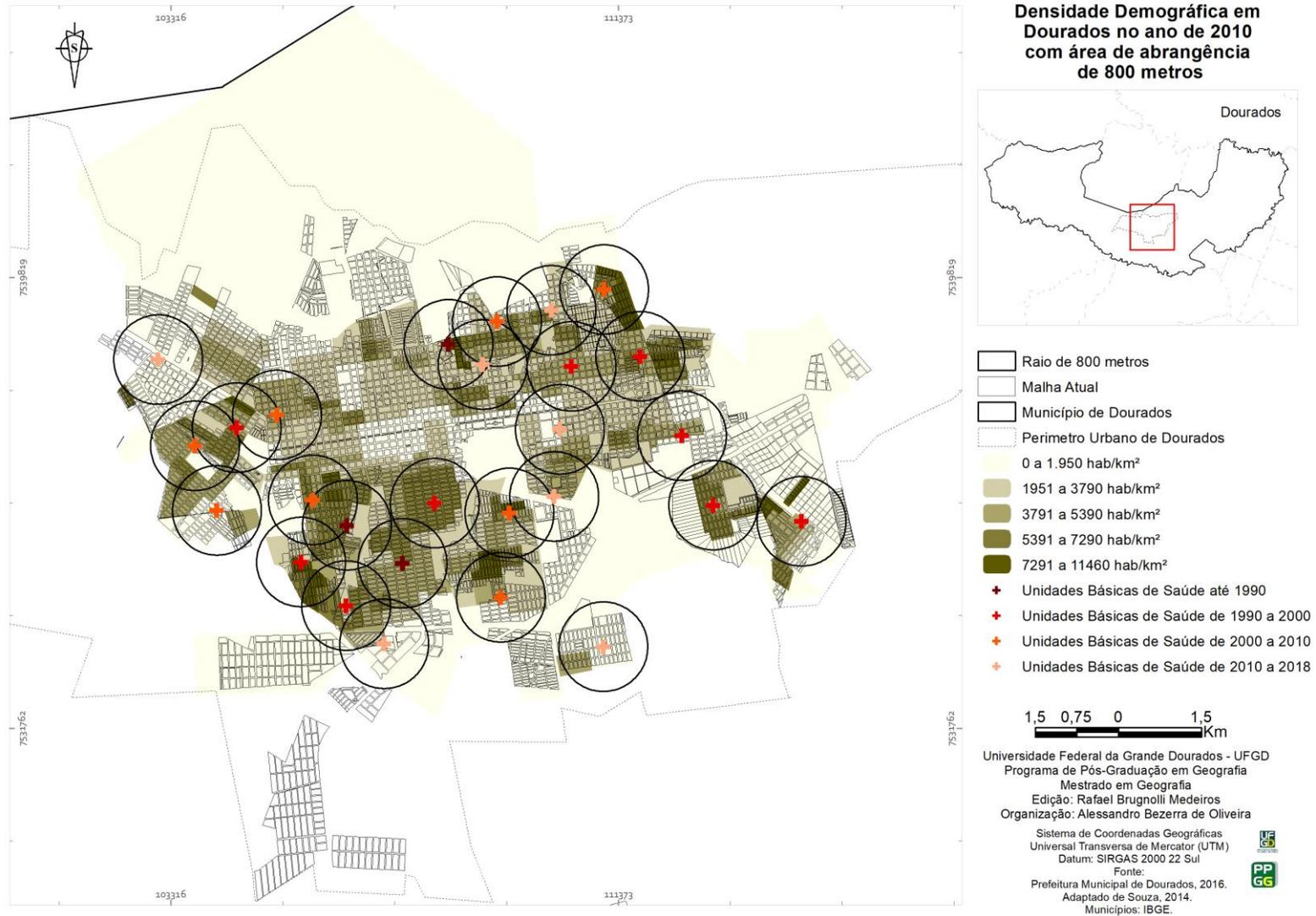
Além disso, ao comparar o que afirma Silva (2011), verificamos que o quadrante norte da cidade, onde não há infraestrutura de atenção básica, apresenta uma grande concentração de consultórios particulares.

Ainda, sobre a abrangência em 500 metros, verificamos que, mesmo os bairros onde há infraestrutura que abrigam as ESF, não são totalmente atendidos.

Assim iniciamos as observações com os *buffers* de abrangência em 500 metros, pois estamos primeiramente, observando as condições e pensando no acolhimento de pessoas pertencentes aos segmentos com menores rendimentos. Desse grupo, a maioria não possui meios próprios de transporte, e, portanto, necessitaria se deslocar a pé, de bicicletas ou de transporte coletivo, o que é relativamente comum na cidade devido ao seu relevo aplainado.

Dessa forma, para ampliar o processo de análise, utilizaremos *buffers* de abrangência em 800 metros, o que nos permite observar se a cobertura existe e atende minimamente a população residente nesses espaços, conforme o mapa a seguir:

Mapa 12: Densidade demográfica com localização das UBS/USF área de abrangência de 800 metros Dourados-MS, 2018.



Nesse sentido, ao observar o mapa acima, notamos que em uma abrangência de 800 metros existe uma cobertura significativa na área urbana do município. Ainda assim, áreas como o bairro João Paulo II na porção leste da cidade, ou o bairro Harrison de Figueiredo, ou o Jardim Monte Carlo, estão desprovidos de acessibilidade a APS, devido à distância da infraestruturas e portanto de unidade de atendimento.

Destacamos a situação do bairro Harrison de Figueiredo onde há uma unidade de saúde construída, no entanto, até o período final da realização desta pesquisa, julho de 2019, não havia sido inaugurada e encontra-se fechada devido à falta de equipamentos e recursos humanos. Além dessas áreas citadas, os novos loteamentos construídos no prolongamento da avenida Marcelino Pires, que são destinados às classes menos abastadas da população, também não possuem cobertura com acessibilidade.

Com relação ao deslocamento da população, Barros (2016) em seu trabalho intitulado “Transporte público coletivo na cidade de Dourados-MS: mudanças, permanências e relações com a Política Nacional de Mobilidade Urbana” debate sobre as dificuldades e possibilidades do transporte público na cidade de Dourados.

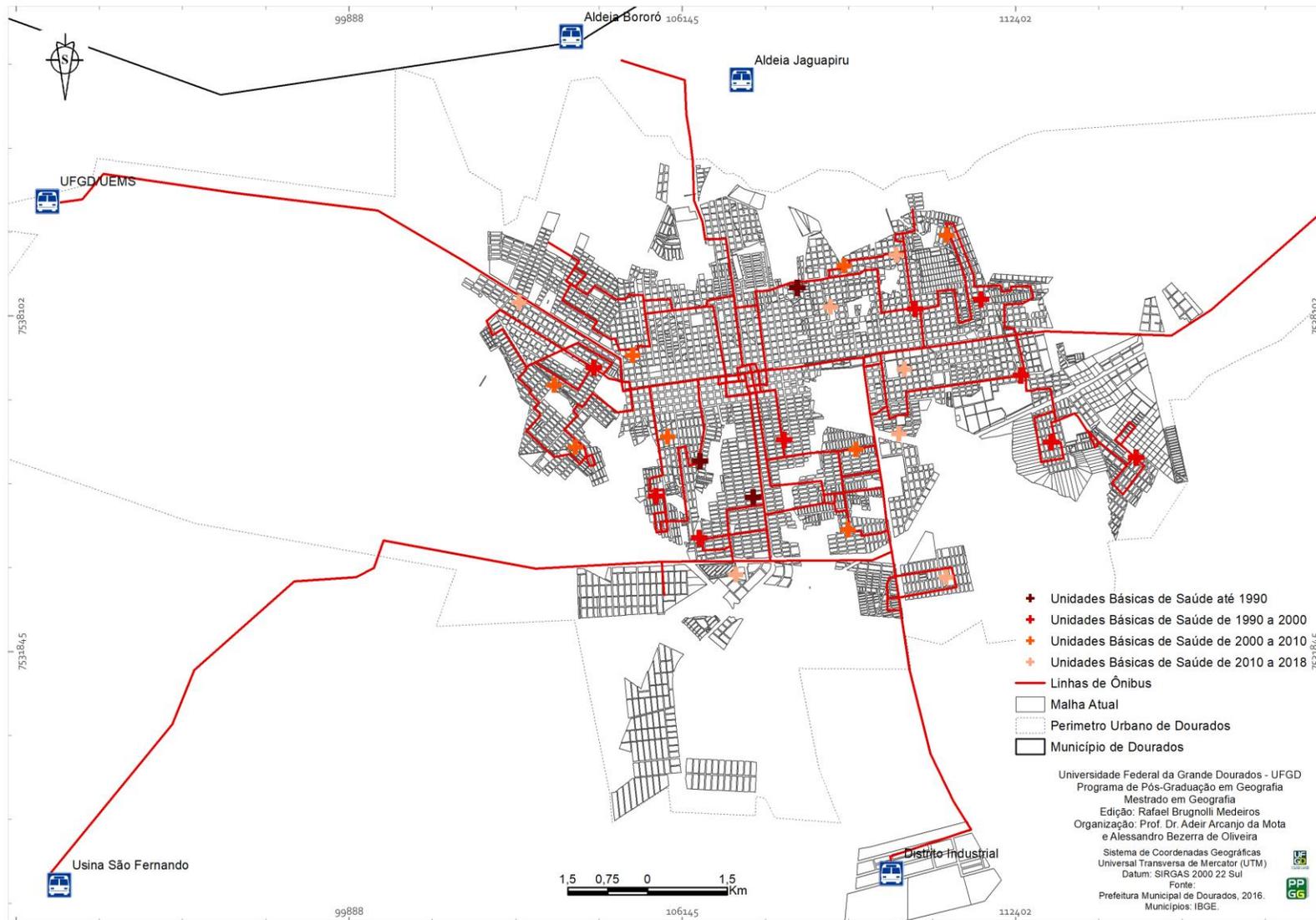
Neste sentido o trabalho citado vem ao encontro da preocupação que desenvolvemos ao realizar esta pesquisa, ou seja, da questão do deslocamento para se ter acesso à saúde. Pois, no caso dos indivíduos que, por ventura, residam em localidade que não possuem infraestrutura de atendimento básico em saúde, terão como uma das alternativas possíveis o deslocamento via transporte público.

Porém, ao aprofundar a leitura do trabalho em questão, notamos que a mobilidade urbana também deve ser matéria de reestruturação por parte do poder público, uma vez que a prestação desse serviço ocorre, segundo Barros (2016), de forma ineficaz e com qualidade questionável.

Desta forma, observar as linhas de atendimento do transporte coletivo e as possibilidades que elas proporcionam à população mais vulnerável é algo que acreditamos ser de suma importância. Portanto, faz-se necessário atentar tanto à distribuição das linhas de ônibus quanto à distribuição da infraestrutura das USF na área urbana do município de Dourados-MS.

Em suma, com base no mapeamento, podemos verificar que os vazios de atendimento também ocorrem se observarmos a dependência do transporte público coletivo que atende o município, já que como uma alternativa para o deslocamento, acaba sendo mais um entrave para o acesso à prevenção em saúde, através das ESF.

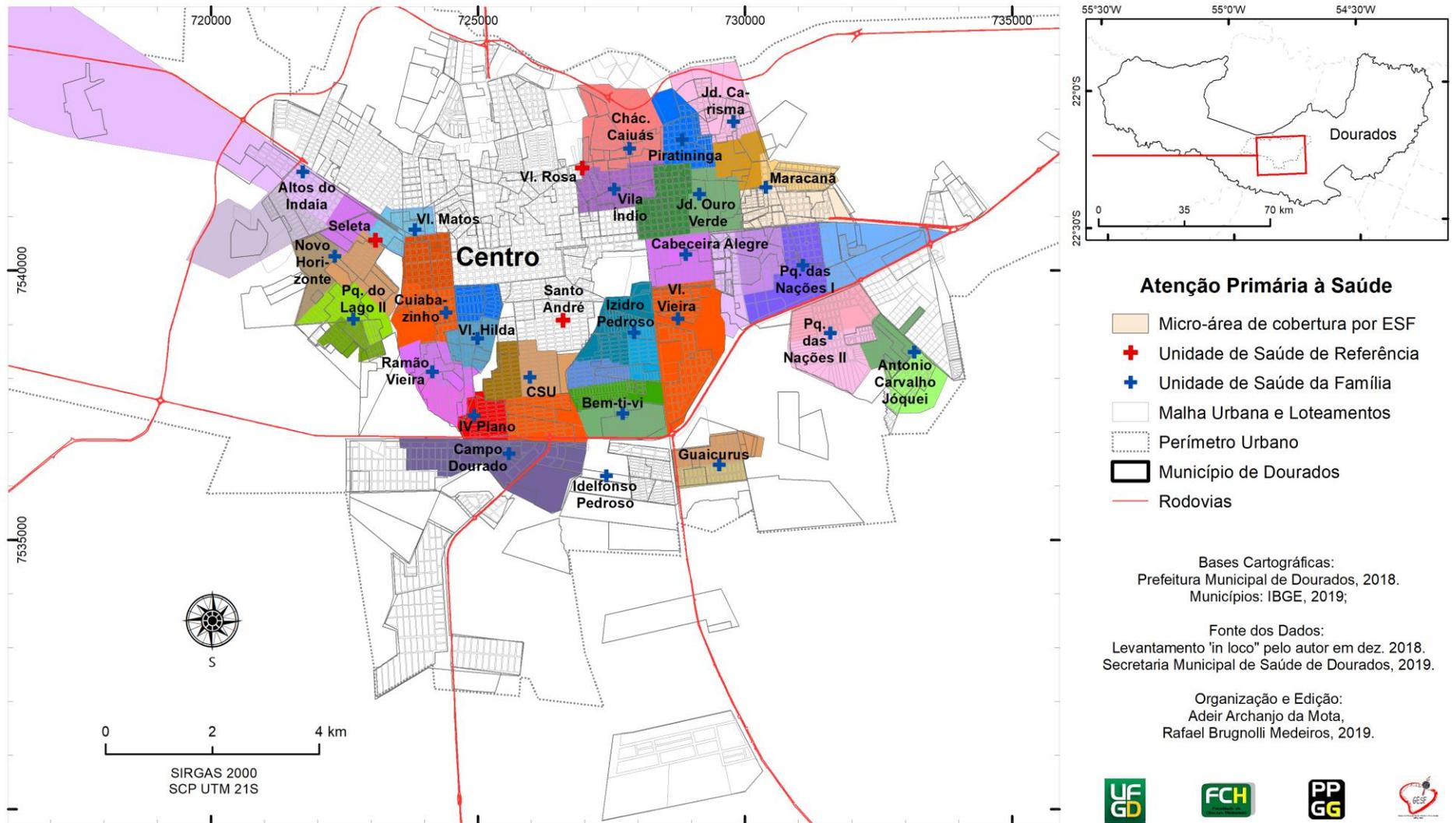
Mapa 13: Linhas de transporte coletivo e Unidades Básicas de Saúde de Dourados-MS, 2018.



Ainda sobre a atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família, a análise foi realizada a partir de onde está localizada a infraestrutura para o acolhimento e atendimento do usuário do SUS, porém quando aprofundamo-nos nas leituras, em especial no trabalho de campo, verificamos que cada infraestrutura pode receber mais de uma equipe de ESF. Além disso, cada equipe possui uma área delimitada para atuação, que nem sempre corresponde ao modelo de distanciamento que utilizamos até o momento com *buffers* de abrangência.

Assim, com base nos dados coletados durante trabalho de campo e dados cedidos pela prefeitura de Dourados, foi possível o Mapa 14 que demonstra onde cada equipe de ESF atua e onde está instalada sua base física ou infraestrutura de atendimento.

Mapa 14: Espacialidade da atenção primária à saúde no perímetro urbano de Dourados em dezembro de 2018.



Assim, ao observarmos a localização das infraestruturas e as áreas de atuação das equipes, ao invés da utilização da área de abrangência com buffers de proximidade, constatamos que a situação de atendimento é ainda mais preocupante, uma vez que a cidade possui áreas em que certamente não há cobertura de atendimento pelas equipes de ESF.

Portanto, nas áreas que não foram destacadas no mapa anterior, (mapa 16) não existe atendimento do agente comunitário de saúde, dessa forma, ocorre a descontinuidade do processo de prevenção em saúde na cidade de Dourados.

Diante disso, partindo do fato que existem regiões da cidade que não possuem cobertura de atendimento, foi possível elaborar o Mapa - 17 que destaca as áreas em que não há atuação das equipes de Estratégia de Saúde da Família. Assim fica evidente a existência de bairros de elevada densidade demográfica que estão sem a vigilância em saúde.

Enfim a partir do mapeamento contido na página anterior fica evidente a existência de bairros de elevada densidade demográfica que estão sem assistência prevista em lei.

Além disso, o atendimento em saúde deve seguir o que determina a Constituição Federal, em seu título VIII, que trata da ordem social, na segunda seção, que delimita especificamente os condicionantes legais sobre a saúde, conforme o artigo 196:

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 às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ao Considerar a expressão “direito de todos e dever do Estado”, entende-se que, o Estado deve prover a saúde, mediante políticas públicas, nas quais as ESF são a materialização dessa determinação constitucional, relacionando principalmente à promoção e proteção à saúde.

Em outras palavras, ao levar em consideração o disposto na Lei nº 8.080 de 1990, que em seu artigo 2º afirma “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, compreendemos, portanto, que a figura do Estado, aqui representada pelo poder público municipal, é o responsável direto em prover o acesso à saúde, e que a proximidade da infraestrutura de atendimento em saúde será um determinante para os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho se construiu no contexto da discussão de Geografia da Saúde, e se propôs a realizar uma análise quantitativa sobre a territorialização da atenção primária em saúde no município de Dourados. Portanto, seguindo o que indica Faria (2012), sobre a necessidade de realizar uma análise espacial para uma melhor compreensão do processo de saúde doença, e por consequência para poder atuar dentro do que preconiza as diretrizes do SUS, com prevenção em Saúde.

Para a realização desta pesquisa, foi necessário a realização de coleta de dados através de trabalho de campo, além de levantamentos bibliográfico e documental e a elaboração de Mapas para compreender como se deu a expansão territorial e de infraestrutura, UBS ESF, e, portanto como está a APS no município de Dourados.

Os primeiros capítulos trazem tanto a contextualização do objeto de estudo, quanto uma breve observação do processo histórico que ocorreu no recorte espacial da pesquisa, o município de Dourados. Ressalto que é importante observar o recorte espacial como sendo fruto de um processo histórico, e, desta forma, retrocedemos no contexto dos antecedentes da CAND, até o período da redemocratização do Brasil, perpassando pela reforma sanitária brasileira, para poder melhor compreender sobre a Atenção Primária à Saúde.

Posteriormente discutimos e observamos os dados referentes à distribuição espaço temporal das Unidades Básicas de Saúde de Dourados. A utilização da cartografia como ferramenta foi primordial para a realização deste estudo, uma vez que proporciona a possibilidade de observar os dados compilados nos diferentes períodos do recorte espacial estabelecido.

Desta forma, quando iniciamos a pesquisa, a hipótese se configurava em torno da existência ou não de infraestrutura para atendimento da Atenção Básica à Saúde, materializada pela UBS e ESF.

Foi possível observar que há uma infraestrutura instalada no município de Dourados, porém é insuficiente para a cobertura total da demanda existente, uma vez que há localidades dentro do município que não possuem coberturas de atendimento das equipes de ESF, e que os quantitativos populacionais para acolhimento das ESF estão fora dos padrões recomendados pelo Ministério da Saúde.

Assim, é necessária a ampliação do número de equipes de Estratégia da Saúde da Família e também das infraestruturas para abrigar as equipes ESF. Ressaltamos que há

também o fato da incompletude das equipes existentes.

Ao analisarmos os dados coletados em trabalho de campo e os dados contidos no IBGE, construímos representações cartográficas que possibilitaram uma análise mais acurada tanto do processo de expansão territorial urbana do município de Dourados, associando distribuição espacial das infraestruturas de atenção básica em saúde, assim como a distribuição das equipes de estratégias de saúde da família. Isso propiciou a constatação de que Dourados necessita de uma urgente ampliação tanto da infraestrutura de atendimento quanto do quadro de profissionais para suprir a demanda das equipes de ESF para melhor atender a necessidade da população.

Dessa forma não é apenas uma questão de ampliar a infraestrutura, mas também é necessário compreender os processos e fatores que ajudam a população a não adoecer. Conforme afirma Lima, “[...] a doença está no corpo, mas o processo saúde doença relaciona o corpo com o modo de vida, que se explica no território” (2016 p.109).

Assim, esta pesquisa vem em consonância com a necessidade de compreender a expansão territorial urbana de Dourados e como se dá a distribuição das UBS e a área de cobertura das ESFs no território do município de Dourados, uma vez que é preciso desenvolver a saúde do território, que é um determinante relevante na mitigação de problemas e necessidades de saúde da população que se relacionam aos contextos de vida.

Desta maneira, nos sentimos confortáveis para sugerir investimentos em localidades onde trará tanto uma maior eficiência ao sistema de prevenção, quanto uma cobertura dentro do que indica a legislação e as portarias que regulamentam o Sistema Único de Saúde. Destacamos que uma das áreas mais propícias para a ampliação da infraestrutura em atendimento básico de saúde seria as regiões que se encontram desassistidas atualmente, e as áreas de maior densidade demográfica, que demandam por APS.

As áreas que possuem maiores necessidades tanto de criação de infraestrutura, quanto na ampliação das equipes de estratégia de Saúde da Família são as adjacências dos seguintes bairros: Harrisom de Figueiredo, Jardim Santa Felicidade, Jardim Santa Maria, Jardim Monte Carlo, Estrela Porã e as adjacências da sítio Campina Verde nas proximidades da BR 463.

Acreditamos que se faz necessário ampliar o processo de pesquisa visando compreender os fatores subjetivos que se apresentam no território. Portanto, esta pesquisa arrisca-se a servir de base para o desenvolvimento de futuras pesquisas qualitativas sobre o tema, em especial sobre o quanto a distribuição espacial das USF associada às dispare

possibilidades de mobilidade urbana de populações com diferentes poderes aquisitivos impacta na efetividade da atenção primária em saúde no município de Dourados.

REFERÊNCIA

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENESES, M. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em revisão. **Revista Agenda Política - UFSCAR**, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 12-42, Jul./dez. 2015. Revista de Discentes de Ciência Política da UFSCAR. Disponível em: <http://www.agendapolitica.ufscar.br/index.php/agendapolitica/article/view/67/63>. Acesso em: 2 jan. 2019.

ANDRADE, A. R. D.; SCHIMIDT, L. P. **Metodologias de pesquisa em Geografia**. Guarapuava: Unicentro, 2015. 56 p.

ARANHA, P. R. M. **Do mundo como norma ao lugar como forma: o uso do território pela estratégia da saúde da família**. 2010. 100 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

_____. **Usos do território e SUS: do mundo como norma ao lugar como forma**. Natal: UFRN, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informações e documentação: numeração progressiva de seções de um documento escrito: apresentação NBR 6024**. Rio de Janeiro: ABNT, 2003.

BARROS, O. C. E. P. de. **Transporte público coletivo na cidade de Dourados-MS: mudanças, permanências e relações com a Política Nacional de Mobilidade Urbana**. Dourados, MS: UFGD, 2016.

BORGES, C. C. **Sentidos de Saúde/Doença produzidos em grupos numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2002.

BOVIOT, A. B. **A importância do agente comunitário de saúde para a Estratégia Saúde da Família: a Unidade Básica de Saúde da Família de Saturnino Braga, em Campo dos Goytacazes, RJ**. 2016. 32f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Aberta do SUS, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção primária e as redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 604p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária** - Seminário do Conass para construção de consensos. Brasília: CONASS, 2004. 44 p. (CONASS Documenta, v.2).

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2019.

BRASIL. **Decreto 34.596, de 16 de novembro de 1953**. Regulamenta a criação do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, seção 1, 19 nov. 1953, p. 19.803 [Publicação Original].

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 3.059, de 14 de fevereiro de 1941**. Dispõe sobre a criação de Colônias Agrícolas Nacionais. Diário Oficial da União: Seção 1, Rio de Janeiro, DF, Página 3.029, 17 fev. 1941 [Publicação Original]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3059-14-fevereiro-1941-413001-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. **Decreto Lei nº 5.941, de 28 de outubro de 1943**. Cria a Colônia Agrícola Nacional "Dourados", no Território Federal de Ponta Porã, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, Rio de Janeiro, DF, p. 16.115, 30 out. 1943 [Publicação Original]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5941-28-outubro-1943-416007-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 95**. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias para instruir o novo regime fiscal e da outras providências. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. **Lei nº 5.365, de 1º de dezembro de 1967**. Cria a Superintendência do Desenvolvimento da Região Centro-Oeste (SUDECO). Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, p. 12.119, 4 dez. 1967 [Publicação Original]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5365-1-dezembro-1967-359109-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977**. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Brasília, DF: Presidência da República, [2018]. Publicação original: Diário Oficial da União de 02 set. 1977, p. 11617, col. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6439.htm. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 1 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 28 Dezembro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. , Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa de saúde da família (PSF) e o programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. Outubro 2006. [Revogada pela PRt GM/MS nº 2.488 de 21 out. 2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 10 jan. 2019.

CALIXTO, M. J. M. S. **Apontamentos sobre as relações/articulações entre uma cidade média e uma cidade pequena do estado de Mato Grosso do Sul**. Dourados: editora UFGD, 2016.

_____. **O espaço urbano em redefinição: cortes e recortes para análise dos entremeios da cidade**. Dourados: Editora UFGD, 2008.

_____. **O papel exercido pelo poder público local na (re)definição do processo de produção, apropriação e consumo do espaço urbano em Dourados-MS**. 2000b. 296 f. Tese (Doutorado em Geografia) – FCT/ UNESP, Presidente Prudente-SP, 2000.

_____; FLORENTINO, V. F. S. **Produção do espaço urbano e regional: leituras de uma cidade média**. Dourados: editora UFGD, 2016.

CARDOSO, V. **Medicalização e o cuidado a saúde na estratégia de saúde da família**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pós-graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências

Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

CARLOS, A. F. A. **A cidade**. São Paulo: Contexto, 1994.

_____. **Novos Caminhos da Geografia**. São Paulo: Contexto, 1999.

_____. **O espaço Urbano**. Novos escritos sobre a cidade. São Paulo: Contexto, 2004.

COSTA, B. D. S.; LIMA, C. B. D.; OLIVEIRA, C. P. D. **Atuação do enfermeiro no programa saúde da Família (PSF) no estado da Paraíba**. R. Bras. Enferm., Brasília, v. 53, n. especial, p. 149-152, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53nspe/v53nspea25.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2019.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma Ata, Cazaquistão, 1978. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 10 dez. 2018.

DEUS, B. D. **As cidades médias na nova configuração territorial brasileira**. Boletim Goiano de Geografia, Goiânia, 24, Jan/Dez 2004. 81-91.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS. **Plano de Complementação Urbana**. Curitiba, 1978.

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. 336f. Tese (Doutorado em Geografia) - Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Campinas, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/286710>. Acesso em: 25 jul. 2018.

_____. **A territorialização da atenção primária à saúde do SUS: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região Sul do Brasil**. Hygeia, Uberlândia, MG, vol. 14, n. 29, p. 89-104, set. 2018. ISSN: 1980-1726. DOI: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia142908>. Acesso em: 1 jan. 2019.

FOWERAKER, J. **A luta pela Terra: a economia política da fronteira pioneira no Brasil de 1930 aos dias atuais**. Trad. Maria Júlia Goldwasser. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GRESSLER, L. A. **Dourados 60 anos de emancipação 1935 -1995**. Dourados: [s.n.], 1995.

GUIMARAES, R. B.; PICKENHAYA, J. A.; LIMA, S. C. **Geografia e saúde sem fronteiras**. Uberlândia: Assis, 2014.

JAIME L. PLANEJAMENTO URBANO. **Dourados: Plano de complementação urbana**. Curitiba, novembro de 1978.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, D. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEFEBVRE, H. **O direito a cidade**. São Paulo: Centauro, 2008.

LIMA, S. DO C. **Território e promoção da saúde. Perspectivas para a atenção primária à saúde**. Jundiaí: Paco editorial, 2016.

MELO JUNIOR, C. D. S. **Saúde da Família: uma proposta de reorganização no processo de trabalho de uma unidade básica de saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Juiz de Fora, 2015.

MELO, R. J. de. **Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde: os discursos ideopolíticos do Ministério da Saúde**. 2009. 208f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2009.

MENEZES, A. P. Colônia Agrícola Nacional de Dourados - História, Memória: considerações acerca da construção de uma memória oficial sobre a CAND na região da Grande Dourados. **Revista História em Reflexão**, Dourados, v. 5, n. 9, jan/jun 2011. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/download/1165/697>. Acesso em: 10 maio 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **O Sistema público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional Tendências e desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 2 jan. 2019.

MOREIRA, R. H. T. **Memória Fotográfica de Dourados**. Dourados, MS: UFMS, 1990.

MOTA, A. A. **A Geografia do ensino superior de Maringá: a dinâmica regional e as transformações no espaço urbano**. Dissertação (Mestrado em Geografia) Maringá: UEM, 2007.

_____. **Suicídio no Brasil e os contextos geográficos: contribuições para política pública de saúde mental**. 2014. xviii, 208 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Estadual

Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, 2014.

OGATA, M. N.; FRANÇA, Y. **Atuação do Auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família**. ACTA Paul Enferm, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 506-511, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/10.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2019.

PAIN, J. S. **Reforma sanitária brasileira: Contribuição para compreensão e crítica**. 1. ed. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/ Editora fiocruz, 2008.

RAPOSO, D. M. D. S. P. **Metodologia da pesquisa e da produção científica**. Brasília: W Educacional, 2011.

REZENDE, M. J. de. **A ditadura militar no Brasil: Repressão e pretensão de legitimidade (1964 – 1984)**. 1. ed. Londrina: EDUEL, 2013. [Livro digital].

ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão preto, V. 13, n. 6, P. 1027-1034, Nov./Dez., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2019.

SANTANA JUNIOR, J. R. **Formação territorial da região da Grande Dourados: colonização e dinâmica produtiva**. Geografia, Londrina-PR, v. 18, 2, p. 206, jan./jun. 2009. (Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Geociências). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/2447-1747.2009v18n2p89>. Acesso em 20 dez. 2018.

SANTOS, M. **O espaço dividido: os dois círculos da economia urbana dos países subdesenvolvidos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

_____. **Por uma Geografia nova, a crítica da Geografia e uma Geografia crítica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1980.

_____. **A natureza do espaço**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **A natureza do espaço: técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da USP, 2006.

_____. **Espaço e Sociedade (Ensaio)**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

_____. **Técnica, espaço e tempo: Globalização e meio técnico científico informacional**. 5. ed. São Paulo: Edusp, 2008.

SANTOS, M. de S. **Dourados: Planejamento, experiências olhares sobre a cidade (1970 – 2003)**. 2016. 390f. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Ciências Humanas,

Universidade Federal da Grande Dourados (PPGH/FCH/UFGD), Dourados, 2016.

SILVA, M. C. T. D. **Os novos rumos da política habitacional e o processo de urbanização de Dourados-MS.** São Paulo: FFLCH/USP, 2000.

SILVA, M. C. V. da. **Graduação em Enfermagem e em Medicina:** formação na perspectiva da integralidade da assistência. 2016. 71p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2016.

SILVA, M. C. T. da. **Os novos rumos da política habitacional e o processo de urbanização de Dourados-MS.** 2000. Tese (Doutorado em Geografia) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVA, V. F. da. **Os papéis de Dourados-MS no contexto regional:** Apontamentos para análise de uma cidade média. 2011. 165f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal da Grande. Dourados, 2011.

SILVEIRA, S. E. D. **Educação em Saúde:** Análise do Sistema de Serviços de Saúde de Uberlândia. 2011. 141f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/16100>. Acesso em: 30 nov. 2018.

SOARES, B. R. *et al* (orgs). **Construindo cidades saudáveis:** utopias e práticas. Uberlândia-MG: Assis Editora, 2017. v. 2. (Série Cidades Saudáveis).

SOARES, I. C. **Mapeamento da sobrecarga de atribuição em equipe da Atenção Primária.** 2015. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em saúde, Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Montes Claros, 2015.

SPOSITO, E. B. **Espaços urbanos:** territorialidades e representações. Presidente Prudente: UNESP, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VAN STRALEN, C. J. *et al.* **Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica:** comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 24, suppl.1, p.148-158, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>. Acesso em: 10 dez. 2018.

APÊNDICE

FORMULÁRIO DE PESQUISA UBS/ESF

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária à saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Altos do Indaiá

Ponto do GPS 01

2 – Responsável pela UBS/ESF: Leila

3 – Desde quando a UBS está em funcionamento? Março 2013

4 – O prédio desta unidade é alugado? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS-F

Função	Equipe 39	Equipe 50	Equipe 54
Médico	1	1	1
Enfermeiro	1	1	1
Auxiliar de enfermagem	2	2	2
Agentes comunitários de saúde	5	5	4
Dentista	1	1	1
Auxiliar de dentista	1	1	1
Administrativos	1	1	1
Agente de limpeza	0	0	0
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e não há agentes para substituir.



Foto 01 Alessandro Bezerra de Oliveira

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária à saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Seleta

Ponto do GPS: P02

2 – Responsável pela UBS/ESF: Araci

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1979

4 – O prédio desta unidade é alugado? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS

Função	Equipe Diurna	Equipe Noturna	
Médico	2	1	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	5	2	
Agentes comunitários de saúde	0	0	
Dentista	0	0	
Auxiliar de dentista	0	0	
Administrativos	4 funcionários	1 estagiário	
Agente de limpeza	2**		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

Não há atendimento de especialidades no momento

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e não há agentes para substituir.



Foto 02

Formulário de pesquisa UBS/ESF Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**
 Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária Á saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Novo Horizonte

Ponto do GPS: p03

2 – Responsável pela UBS/ESF: Sandra de Souza Rodrigues

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2010

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS-F

Função	Equipe 16	Equipe 38	Equipe
Médico	1	1	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	2	2	
Agentes comunitários de saúde	6	6	
Dentista	1	1	
Auxiliar de dentista	1	1	
Administrativos	1 recepcionista	2 estagiários	
Agente de limpeza	1 Douraser		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

Observação: O espaço deveria ser para apenas 1 equipe de saúde da família, construído para abrigar 1 equipe, adaptado para abrigar 2. A adaptação não é totalmente adequada.

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e não há agentes para substituir.



Foto 03



Foto 04

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Parque do Lago II Dr nelson Kosorover Ponto do GPS: 04

2 – Responsável pela UBS/ESF: Bianca

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2006

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS-F

Função	Equipe 34	Equipe 53	Equipe
Médico	1	0*	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	2	2	
Agentes comunitários de saúde	6	4	
Dentista	1	1	
Auxiliar de dentista	1	0	
Administrativos	1	1	
Agente de limpeza	1**		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

* O médico da equipe 53 faz parte do programa mais médicos, é cubano e deixou a equipe no dia 21/11/18

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Observações: há 8 anos houve ampliação e reestruturação interna.



Foto 05

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Ramão Vieira (Cachoeirinha)

Ponto do GPS 05

2 – Responsável pela UBS/ESF: Bianca

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento?

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS-F

Função	Equipe 12	Equipe 13	Equipe
Médico	1	1	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	2	2	
Agentes comunitários de saúde	5	5	
Dentista	1	1	
Auxiliar de dentista	1	1	
Administrativos	1	1	
Agente de limpeza			
Vigias (plantão noturno)			

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Observação: A unidade foi feita pela própria comunidade através de recursos do PMAC – programa de melhorias.



Foto 06

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Vila Hilda

Ponto do GPS 06

2 – Responsável pela UBS/ESF: Ivonete Tomas

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1979

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS-F

Função	Equipe 14	Equipe 28	Equipe
Médico	1	0	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	2	2	
Agentes comunitários de saúde	6	6	
Dentista	1	1	
Auxiliar de dentista	1	1	
Administrativos	1	1	
Agente de limpeza			
Vigias (plantão noturno)			
Coordenador	1		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Observações: há 8 anos houve ampliação e reestruturação interna.

* O médico da equipe 28 faz parte do Programa Mais Médicos, é cubano e deixou a equipe no dia 21/11/18



Foto 07

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Cuiabazinho

Ponto do GPS 07

2 – Responsável pela UBS/ESF: Tiaia

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2003

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X) Prédio “doado” pela igreja católica

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS-F

Função	Equipe 15	Equipe 40	Equipe
Médico	1	1	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	2	2	
Agentes comunitários de saúde	5	5	
Dentista	1	1	
Auxiliar de dentista	1	1	
Administrativos	1	1 + 1 estagiário	
Agente de limpeza			
Vigias (plantão noturno)			

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Observações: há 8 anos houve ampliação e reestruturação interna.



Foto 08

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: IV Plano

Ponto do GPS 08

2 – Responsável pela UBS/ESF: Adriana / Rosangela

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1991

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS-F

Função	Equipe 45	Equipe 46	Equipe
Médico	1	1	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	2	2	
Agentes comunitários de saúde	6	5	
Dentista	0	1	
Auxiliar de dentista	1	1	
Administrativos	1 + 3 estagiários		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Observações: há 8 anos houve ampliação e reestruturação interna.

A técnica Rosangela negou responder o questionário e repassar informação sobre a reestruturação afirmando que necessitava ter autorização para isso.



Foto 09

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Izidro pedroso
do GPS 09

Ponto

2 – Responsável pela UBS/ESF: Valdirene

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2003

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS-F

Função	Equipe 30	Equipe 31	Equipe 32
Médico	1	1	0
Enfermeiro	1	1	1
Auxiliar de enfermagem	2	2	2
Agentes comunitários de saúde	5	5	5
Dentista	1	1	0
Auxiliar de dentista	1	1	0
Administrativos	1	1	1
Agente de limpeza			
Vigias (plantão noturno)			

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito?
Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Observações: há 8 anos houve ampliação e reestruturação interna.

* O médico da equipe 32 faz parte do Programa Mais Médicos, é cubano e deixou a equipe no dia 21/11/18



Foto 10

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Vila Matos

Ponto do GPS 10

2 – Responsável pela UBS/ESF: Maria Agda Benites Gonçalves

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2008

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim (X) Não ()

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS-F

Função	Equipe 41	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	1		
Agentes comunitários de saúde	6		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	1 estagiário		
Agente de limpeza			
Vigias (plantão noturno)			

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Observações: há 8 anos houve ampliação e reestruturação interna.



Foto 11

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Guaicurus

Ponto do GPS 11

2 – Responsável pela UBS/ESF: Glaucia

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2014

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS

Função	Equipe 55	Equipe 56	Equipe
Médico	1	1	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	2	2	
Agentes comunitários de saúde	5	4	
Dentista	1	1	
Auxiliar de dentista	1	1	
Administrativos	1 estagiário		
Agente de limpeza	1**		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.



Foto 12

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Santo André

Ponto do GPS: 12

2 – Responsável pela UBS/ESF: Carla

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento?

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS

Função	Equipe 49	Equipe 51	Equipe
Médico	4		
Enfermeiro	3		
Auxiliar de enfermagem			
Agentes comunitários de saúde	7	7	
Dentista	2		
Auxiliar de dentista	5		
Administrativos	6		
Agente de limpeza	2**		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Tratasse de uma UBS

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: CSU

Ponto do GPS: 13

2 – Responsável pela UBS/ESF: Maria Teresa

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1982

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (x)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 47	Equipe 48	Equipe
Médico	1	1	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	2	2	
Agentes comunitários de saúde	6	6	
Dentista	1	1	
Auxiliar de dentista	1	1	
Administrativos	1	1	
Agente de limpeza	1**		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.



Foto 13

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Bem-Ti-Vi

Ponto do GPS: 14

2 – Responsável pela UBS/ESF: Gianina

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2005

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (x)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS

Função	Equipe 52	Equipe 29	Equipe
Médico	1	1	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	1	2	
Agentes comunitários de saúde	4	6	
Dentista	0	1	
Auxiliar de dentista	0	1	
Administrativos	1	1	
Agente de limpeza	1**		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.



Foto 14

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Vila Vieira

Ponto do GPS: 15

2 – Responsável pela UBS/ESF: Lucimara

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2011 Alugada 2013 neste endereço

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (x)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 33	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	2		
Agentes comunitários de saúde	6		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	1 servidor concursado e 2 Estagiários		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.



Foto 15

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Cabeceira Alegre

Ponto do GPS 16

2 – Responsável pela UBS/ESF: Rosa Maria

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2013

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (x)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS

Função	Equipe 21	Equipe 35	Equipe 58
Médico	1	1	1
Enfermeiro	1	1	1
Auxiliar de enfermagem	2	2	1
Agentes comunitários de saúde	5	5	3
Dentista	1	1	1
Auxiliar de dentista	1	1	1
Administrativos	2		
Agente de limpeza	1*		
Vigias (plantão noturno)	1		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

1 médico do Mais Médico, mas não é cubano.



Foto 16



Foto 17

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária Á saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Jardim Ouro Verde

Ponto do GPS: 17

2 – Responsável pela UBS/ESF: Ivani

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1992

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (x)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 37	Equipe 37	Equipe
Médico	0*	1	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	2	2	
Agentes comunitários de saúde	6	6	
Dentista	1	0	
Auxiliar de dentista	1	1	
Administrativos	1		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

O medico da equipe 37 é cubano e fazia parte do mais medico, deixou a equipe em 21/11/2018

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Maracana

Ponto do GPS 18

2 – Responsável pela UBS/ESF: Andressa

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1996

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS

Função	Equipe 22	Equipe 23	Equipe 25
Médico	0	0	1
Enfermeiro	1	1	1
Auxiliar de enfermagem	2	2	2
Agentes comunitários de saúde	5	5	6
Dentista	1	1	1
Auxiliar de dentista	1	1	1
Administrativos	1	1	1 + coord
Agente de limpeza	1 conc. 1**		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Jardim Carisma

Ponto do GPS: 19

2 – Responsável pela UBS/ESF: Cleia

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2006

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 26	Equipe	Equipe
Médico	0		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	2		
Agentes comunitários de saúde	3		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	2		
Agente de limpeza	0		
Vigias (plantão noturno)	1		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.



Foto 18

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Vila Rosa

Ponto do GPS 20

2 – Responsável pela UBS/ESF: Rosalia

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento?

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? UBS

Função	Equipe	Equipe	Equipe
Médico	2 Clínicos 1 Pediatra 1 Ginecologista		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	3		
Agentes comunitários de saúde			
Dentista	2		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	4		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	1		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Chácara Caiuás

Ponto do GPS: 21

2 – Responsável pela UBS/ESF: Tassila

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2008

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim (X) Não () Alugada, terceiro endereço. Reformada e adptada

5 – Qual a composição/tipo da equipe? Esf

Função	Equipe 42	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	2		
Agentes comunitários de saúde	5		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	0		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	1		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

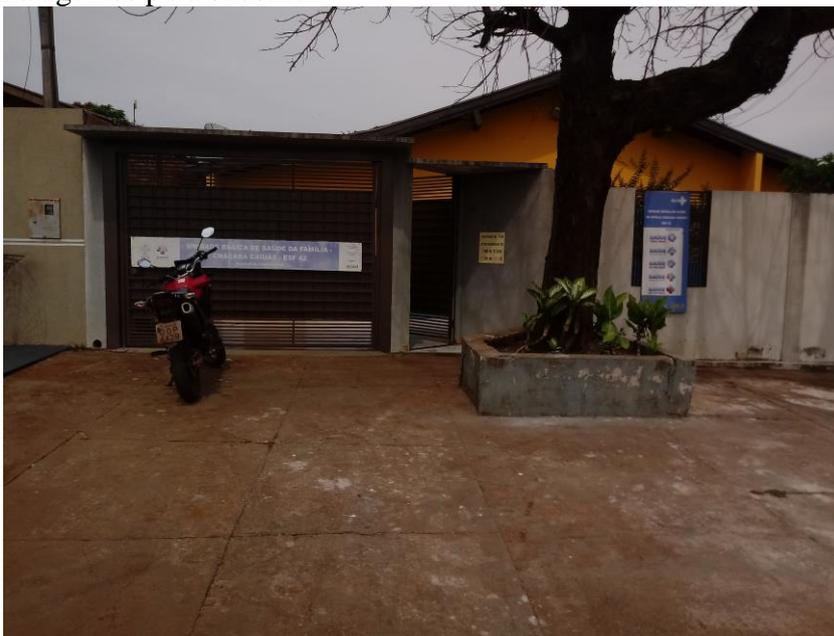


Foto 19

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Vila Indio

Ponto do GPS: 22

2 – Responsável pela UBS/ESF: Simone

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2013 –neste local, mas a ubs existe a 15 anos

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 43	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	2		
Agentes comunitários de saúde	6		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	1		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	1		
Coordenador	1		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Piratininga

Ponto do GPS: 23

2 – Responsável pela UBS/ESF: Rosevaldo

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? _____

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim (1) Não ()

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 24	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	2		
Agentes comunitários de saúde	6		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	1		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito?
Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Campo Dourado

Ponto do GPS: 24

2 – Responsável pela UBS/ESF: Cristiane de Alencar

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2011

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 44	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	2		
Agentes comunitários de saúde	4		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	1, 3 estagiários 1coord		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	1		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.



Foto 20

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: DR Luiz Carlos Sielot

Ponto do GPS:25

2 – Responsável pela UBS/ESF:

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento?

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF fechada não esta aberta

Função	Equipe	Equipe	Equipe
Médico			
Enfermeiro			
Auxiliar de enfermagem			
Agentes comunitários de saúde			
Dentista			
Auxiliar de dentista			
Administrativos			
Agente de limpeza			
Vigias (plantão noturno)			

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.



Foto 20



foto 21

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Parque 1

Ponto do GPS: 26

2 – Responsável pela UBS/ESF:

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1991

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 20	Equipe	Equipe
Médico	1	1	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	2	2	
Agentes comunitários de saúde	3	3	
Dentista	1	1	
Auxiliar de dentista	0	1	
Administrativos	1		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	1		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.



Foto 22

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Parque II

Ponto do GPS: 27

2 – Responsável pela UBS/ESF: Pamela

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento?

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 18	Equipe 19	Equipe
Médico	0	0	Funciona noturno em plantão 3 médicos 2 enfermeiros
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	2	2	
Agentes comunitários de saúde	5	4	
Dentista	0	1	
Auxiliar de dentista	1	1	
Administrativos	1		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.



Foto 23

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Antonio de Carvalho Jóquei

Ponto do GPS: 28

2 – Responsável pela UBS/ESF: Joana D´Arc

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 2006 neste local desde 1999 alugada

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 17	Equipe 27	Equipe
Médico	1	0	
Enfermeiro	1	1	
Auxiliar de enfermagem	1	2	
Agentes comunitários de saúde	4	4	
Dentista	0	1	
Auxiliar de dentista	0	0	
Administrativos	1		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.



Foto 24

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Panambi

Ponto do GPS: 29

2 – Responsável pela UBS/ESF: Andreia Bondezan

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1988

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 202**	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	0		
Auxiliar de enfermagem	1		
Agentes comunitários de saúde	2		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	0		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

** A equipe atende às segundas-, quartas, e sextas-feiras, pois nos outros dias está na Vila São Pedro. A coordenadora é responsável pelos PSF do Panambi, Indápolis e Vila São Pedro.



Foto 25

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF: Vila São Pedro

Ponto do GPS: 30

2 – Responsável pela UBS/ESF: Andreia Bondezan

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1989

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 202**	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	01		
Auxiliar de enfermagem	2		
Agentes comunitários de saúde	1		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	1		
Agente de limpeza	1*		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

* Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

** A equipe atende às terças e quintas-feiras, pois nos outros dias está no Panambi.

A coordenadora é responsável pelos PSF do Panambi, Indápolis e Vila São Pedro.



Foto 26

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF Indapolis

Ponto do GPS: 31

2 – Responsável pela UBS/ESF: Andreia Bondezan

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1988

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 203	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	2		
Agentes comunitários de saúde	4		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	1		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	2		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

A coordenadora é responsável pelos PSF do Panambi, Indápolis e Vila São Pedro.



Foto 27

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária À saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF Vila Vargas

Ponto do GPS: 32

2 – Responsável pela UBS/ESF: Não Há

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento?

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	3		
Agentes comunitários de saúde	2		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	1		
Agente de limpeza	1		
Vigias (plantão noturno)	1		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

Foi Hospital na década de 1990



Foto 28

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária Á saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF Vila Formosa

Ponto do GPS 33

2 – Responsável pela UBS/ESF: Regiane Nascimento

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1988

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 205**	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	1		
Agentes comunitários de saúde	3		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	2		
Administrativos	1		
Agente de limpeza	1*		
Vigias (plantão noturno)	0		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

* Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

** O médico e parte da equipe atendem apenas no período vespertino.



Foto 29

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária Á saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF Macaúba

Ponto do GPS 34

2 – Responsável pela UBS/ESF: Regiane Nascimento

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1988

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe 205**	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	1		
Auxiliar de enfermagem	1		
Agentes comunitários de saúde	3		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	2		
Administrativos	1		
Agente de limpeza	1*		
Vigias (plantão noturno)	0		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito? Não (X)

* Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

** O médico e parte da equipe atendem apenas no período matutino.



Foto 30



Foto 31

Formulário de pesquisa UBS/ESF.

Pesquisador: **Alessandro Bezerra de Oliveira.**

Título da pesquisa: **Análise espaço-temporal da Atenção Primária Á saúde no espaço urbano de Dourados-MS 1988 a 2018.**

1 – Identificação da UBS/ESF Itahum Ponto do GPS: _____

2 – Responsável pela UBS/ESF: Marli

3 – Desde quando a UBS esta em funcionamento? 1988

4 – O prédio desta unidade é alugada? Sim () Não (X)

5 – Qual a composição/tipo da equipe? ESF

Função	Equipe	Equipe	Equipe
Médico	1		
Enfermeiro	0		
Auxiliar de enfermagem	2		
Agentes comunitários de saúde	4		
Dentista	1		
Auxiliar de dentista	1		
Administrativos	2		
Agente de limpeza	2		
Vigias (plantão noturno)	0		

6 – Houve ampliação ou reforma da unidade nos últimos anos? Quando foi? O que foi feito?
Não (X)

** Os agentes de limpeza, eram contratados pela empresa Douraser, que foi acusada de ilegalidades em contratos, sendo o proprietário preso, os contratos rescindidos, e portanto não há agentes para substituir.

O médico e parte da equipe atendem apenas no período matutino.

O médico atende das 7h às 14h30min



Foto 32