

A (IN)ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM DOURADOS - MS: O CASO DOS MORADORES DO LOTEAMENTO DIOCLÉCIO ARTUZI I E II

THE (IN)ACCESSIBILITY OF HEALTH SERVICES IN DOURADOS - MS: THE CASE OF THE PEOPLE OF THE ALLOTMENT DIOCLÉCIO ARTUZI I AND II

Matheus Martins de Araújo Irabi

Graduando em Geografia na Universidade Federal da Grande Dourados
matheusmirabi@gmail.com

Nágela Maluf Lemes Ferreira

Graduanda em Medicina na Universidade Federal da Grande Dourados
nagelamaluf@gmail.com

Alexandre Bergamin Vieira

Prof. Dr. de Geografia da Universidade Federal da Grande Dourados
alexandrevieira@ufgd.edu.br

RESUMO

Aquiescer-se com a realidade socioespacial das cidades na atualidade tem se tornado um exercício cada vez mais inverossímil, devido a banalização da pobreza e das desigualdades alentadas por políticas públicas reversas, cuja implementação visaria equiparar as desigualdades, mas resulta em profundas contradições que agudizam os processos excludentes nas cidades brasileiras. Duas das maiores preocupações da população brasileira habitante da antítese do meio urbano é o “sonho” – que na verdade é um direito – à casa própria e o acesso aos serviços de saúde. Buscando compreender as contradições das políticas públicas setoriais, habitacionais e de saúde, este artigo faz um recorte dessa realidade, ao focar o acesso aos serviços de saúde pública na cidade de Dourados pelos moradores dos loteamentos Dioclécio Artuzi I e II, implementados a partir do Programa Minha Casa Minha Vida, na borda urbana sul da cidade, desprovida das infraestruturas sociais e urbanas. Para tal estudo foram realizadas pesquisas bibliográficas em torno das políticas públicas brasileiras e também a aplicação de questionários em Trabalho de Campo no loteamento. Sabe-se que a situação de acesso aos serviços de saúde pública no país é complexa e enfrenta diversos desafios. Localmente, pode-se afirmar que os moradores dos loteamentos analisados não fogem dessa mesma realidade, concluindo-se a percepção de diversos caminhos para a melhora coletiva do uso de recursos públicos, da administração correta das políticas efetivadas e também a necessidade de mudança na forma de se pensar e viver a Cidade, com políticas públicas integradas e efetivas e não isoladas.

Palavras chave: Acesso aos serviços de Saúde. Desigualdades socioespaciais. Sistema Único de Saúde. Programa Minha Casa, Minha Vida.

ABSTRACT

Consent with the socio-spatial reality of the current cities has become an improbable exercise, due to the trivialization of poverty and inequality encouraged by public policy reverse, whose implementation seems to equate the inequalities, but results in deep contradictions that explicit the excluding processes of the Brazilian cities. Two of the biggest preoccupations of Brazilian population that lives on the urban antitheses environment is the “dream” – that actually it is a right – of the own house and the access of health services. Searching to understand the contradictions of sectorial, housing and health public policies, this article made a clipping of this reality, when focusing the access of health public services by the

Recebido em: 18/09/2017

Aceito para publicação em: 26/10/2017

residents of allotment “Dioclécio Artuzzi I and II”, of the Dourados city, implemented from “Programa Minha Casa Minha Vida”, on the south edge of the city, without social and urban infrastructures. For this study has been fulfilled bibliographic researches about the Brazilians public policies and the application of questionnaires on Camp Work in the allotment. It is known that the situation of access to health public services on the Brazil is complex and faces various challenges. Local, the residents of the allotment doesn't escape of this reality, concluding the perception of several ways to a collective improvement of use the public resources, the right administration of policies implemented and also the need of change the way of think and live the City, together with integrated and effective public policies, and not isolates.

Key works: Access to health services. Socio-spatial inequalities. Health Unic System. My Home, My Life Program.

INTRODUÇÃO

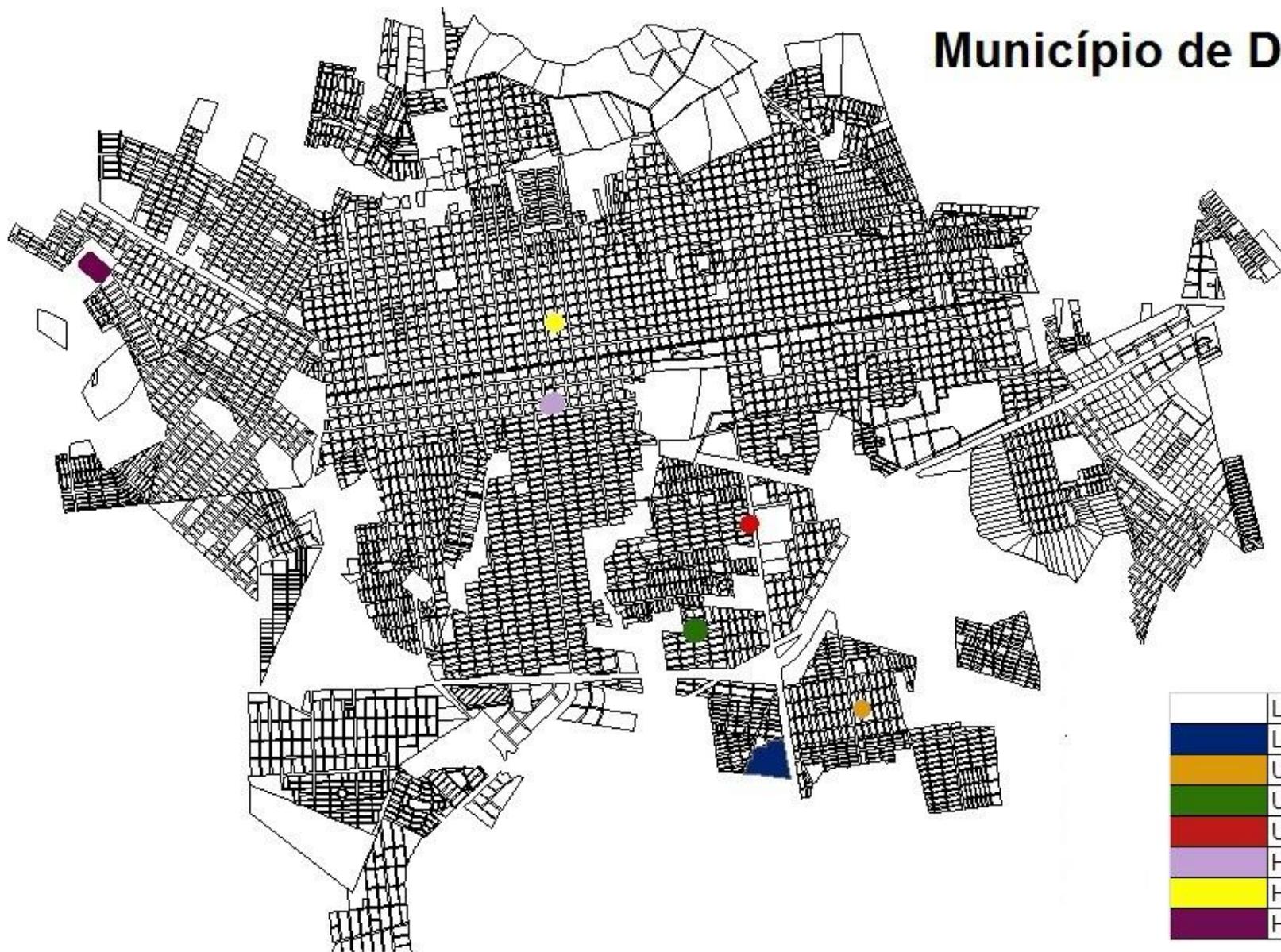
A cidade de Dourados, situada em Mato Grosso do Sul - na porção Sul do estado - é considerada como uma Cidade Média. Isso por conta da relação de hinterlândia que mantém com os municípios e distritos situados em sua região, principalmente no setor agroindustrial, educacional – com destaque para o ensino superior – e também nos serviços de saúde de média e alta complexidade, públicos e privados (SILVA, 2011).

Assim, como nas demais cidades médias, Dourados se caracteriza por (re)produzir uma acentuada desigualdade socioespacial advinda da complexidade dos serviços oferecidos, excluindo parcela de sua população que não se enquadram na lógica do mercado de trabalho conforme Vieira (2009). Dessa maneira, as políticas habitacionais, como o Programa Minha Casa, Minha Vida, acirram estas desigualdades ao alocarem e concentrarem os empreendimentos nas bordas periféricas e mal equipadas do município, com o intuito exclusivo de resolver o problema da falta de moradia própria e, conseqüentemente, criam-se novos problemas relativos aos demais serviços, como é o foco desse artigo: o acesso à saúde pública, como também a dificuldade de acesso à creches e escolas, lazer, serviços dos mais variados e até mesmo no acesso ao trabalho.

O SUS, Sistema Único de Saúde, é prestador dos serviços de saúde pública em todo o país. Conforme afirmado por Peres (2015), o acesso ao Sistema estabelece grandes desafios que percorrem as esferas de financiamento e principalmente gestão. Apesar de manter princípios que lhe oferecem legitimidade (a universalidade, a integralidade e a equidade), o SUS falha na comunicação harmoniosa com as demais políticas públicas de interesse social, não atendendo as especificidades de cada localidade. Ou seja, também se apresenta como uma política setorial.

Nos loteamentos Dioclécio Artuzzi I e II, situados no extremo Sul do perímetro urbano de Dourados, conforme mapa abaixo, uma de suas maiores deficiências e carências se encontra na falta de equidade com os serviços de saúde. O programa, ao se preocupar em destinar parte das unidades habitacionais as pessoas que passariam por uma situação de desigualdade ainda maior – como é o caso dos portadores de deficiência (5%), famílias com extrema vulnerabilidade socioeconômica (5%), idosos (5%) e moradores de áreas de risco (LEI nº3.601) – contraditoriamente afasta os mais necessitados dos serviços de saúde pública e, por conseguinte, de seu acesso. Tal realidade indica a falta de preocupação com as especificidades de cada região, revela a setorialidade e a falta de articulação com outras políticas públicas e mantém uma regra de “*busca por terrenos baratos, padrão construtivo das casas e geração de serviços na área da construção civil*” (AMORE, 2015).

Município de Dourados - MS



Por essas objeções, esse estudo teve o intento de conhecer uma parte dessa realidade, utilizando como estudo de caso os loteamentos Dioclécio Artuzi I e II, cujo enfoque neste texto se pauta, exclusivamente, em averiguar tais complexidades e dificuldade no acesso aos serviços de saúde pública. Valendo-se da pesquisa bibliográfica sobre os aspectos nacionais dessas políticas públicas e o levantamento de dados in loco, com trabalhos de campo e aplicação de questionários voltado a conseguir expor a visão daqueles que vivem cotidianamente essa realidade desigual e excludente.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização dessa pesquisa foram reunidas bibliografias relativas ao tema: Sistema Único de Saúde, Programa Habitacional “Minha Casa, Minha Vida”, acesso aos serviços de saúde e acessibilidade na cidade, objetivando embasar-se teoricamente e dar sustentação para o artigo e compreender como as políticas públicas são implementadas de forma isolada, sem articulação entre elas que possam promover o bem-estar e melhorar as condições de vida da população.

Uma segunda etapa da pesquisa foi o levantamento de dados em fontes secundárias, principalmente junto à AGEHAB (Agência Municipal de Habitação de Dourados), com o intuito de caracterizar o recorte espacial de análise e, ainda, o levantamento de informações junto à Secretaria Municipal de Saúde com o intuito de localizar e caracterizar os serviços de saúde mais próximos dos moradores dos loteamentos analisados.

Posteriormente, partimos para a pesquisa empírica, com o estudo de caso nos Loteamentos Dioclécio Artuzi I e II, através da aplicação de um questionário, com perguntas fechadas e abertas com o intuito de revelar a realidade a partir da concepção dos moradores do loteamento. Ao todo, foram aplicados 64 questionários², de forma aleatória, em um total de quinze visitas, que foram realizadas através do transporte coletivo da cidade, buscando se aproximar ao cotidiano de boa parte dos moradores que se deslocam, prioritariamente, dessa forma, mesmo sendo um serviço precário e irregular.

Após análises dos resultados do Trabalho de Campo, foram elaborados gráficos informativos constatando a opinião da população, e também um mapa com a representação do espaço geográfico do município, correlacionando o Loteamento com os locais dos serviços de saúde, assim como uma tabela informativa das distâncias percorridas entre os mesmos.

O PMCMV ENQUANTO POLÍTICA HABITACIONAL

O PMCMV é uma política de governo na forma da Lei nº11.977 de julho de 2009, e tem como objetivo nivelar o déficit habitacional brasileiro majoritariamente via parceria com empresas privadas do setor da construção civil, para construção de unidades habitacionais, em escala industrial utilizando recursos do Orçamento Geral da União e tendo a Caixa Econômica Federal como Agente Financeiro (CARDOSO, 2014).

Pode ser considerado como uma “*ação emergencial anticíclica de apoio ao setor de construção privado para evitar o aprofundamento do desemprego, ameaça concreta na virada de 2009*” (BONDUKI, 2009, p.13), pois sua promulgação se deu no contexto da forte crise econômica mundial, a “crise do subprimes”, originada inicialmente nos Estados Unidos.

Existe um fragmento em Lefèbvre (2008 [1965], p.26) que remete a filosofia de políticas como as do PMCMV:

Os partidos de esquerda contentam-se com reclamar “mais casas”. Por outro lado, não é um pensamento urbanístico que dirige as iniciativas dos organismos públicos e semipúblicos, é simplesmente o projeto de fornecer moradias o mais rápido possível pelo menor custo possível.

Não queremos com isso, desconstruir a importância que é se pensar em uma política habitacional para com aqueles que historicamente foram deixado às margens dos “avanços e progressos” que o sistema capitalista trouxe, mas sim firmar um ponto de que isso seja realizado da maneira mais humana possível, pois o simples fato de se ter a moradia é indiferente a toda uma construção do que

² A amostra de 64 questionários foi obtida a partir do Laboratório de Epidemia e Estatística, vinculado ao Instituto Dante Pazzanese, a partir da estimativa de uma média. Para maiores informações acessar o site www.lee.dante.br

é habitar e vivenciar a cidade e seus serviços oferecidos, na perspectiva do verdadeiro Direito à Cidade, conforme preconizado por Lefèbvre (2008 [1965]).

Porém, é preciso se ater ao fato de que em suas propostas de faixas de atendimento, ele foge da lógica de concentrar o atendimento exclusivamente na camada mais pobre da população, que segundo AMORE, (2015, p.17) era responsável por 90% do déficit habitacional brasileiro no período de seu lançamento, esticando assim suas faixas de atendimento para as classes médias, conforme apontamos no quadro abaixo.

Quadro 1 - Faixas de rendas atendidas pelo PMCMV

Fase	Faixa	Renda familiar mensal
Fase 1	1	Até R\$1.395,00
	2	De R\$1.395,00 a R\$2.790,00
	3	R\$2.790,00 a R\$4.650,00
Fase 2	1	Até R\$1.600,00
	2	De R\$1.600,00 a R\$3.100,00
	3	De R\$3.100,00 a R\$5.000,00

Fonte: Amore (2015).

Com isso, o PMCMV se desdobra em uma política de âmbito nacional que universaliza as problemáticas vivenciadas pela população sem moradia, se dissociando até do que vinha sendo discutido pelo Ministério das Cidades, na elaboração do PLANHAB (Plano Nacional de Habitação), além de também assumir três elementos básicos presentes em seus loteamentos, a “*padronização da construção, geração de economia de escala e procura por terrenos baratos*” (AMORE, 2015, p.103), configurando mais uma política econômica, para privilegiar o mercado imobiliário e as construtoras do que uma política pública habitacional propriamente dita (BONDUKI, 2009). Nesse sentido Boulos (2015, p.113-114) afirma que:

O Minha Casa Minha Vida não foi construído como um programa habitacional. O objetivo não é e nem nunca foi resolver o déficit habitacional do Brasil. O objetivo do Minha Casa Minha Vida foi garantir liquidez para o setor da construção civil e surgiu, não por acaso, no primeiro semestre de 2009 como resposta à crise de 2008, depois do estouro da bolha do subprime nos Estados Unidos, ocasião em que o setor da construção no Brasil e no mundo todo sofreu ameaça de falência em série.(...) Foi a forma que encontraram para dar liquidez para essa turma. Injetar recursos públicos para que as construtoras gerissem o Programa, afinal, as construtoras são o agente principal. O Programa não está articulado com nenhuma política de cidade. Ele não constrói cidade e, sim, conjuntos habitacionais que viram guetos, porque constroem nas regiões mais distantes e periféricas.

O SUS QUANTO POLÍTICA PÚBLICA E O DESAFIO AO ACESSO AMPLO E IRRESTRITO

O Sistema Único de Saúde utilizado pela população brasileira teve seu nascimento em 1990, através da lei 8.080/90, assinada e sancionada pelo ex-presidente Fernando Collor de Mello, e visa regular os serviços de saúde prestados no país. No Art.2º é apresentado que “a saúde é direito fundamental de todo ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, sendo assim a garantia ao acesso a estes serviços prestados no Brasil responsabilidade do governo.

Para que o Sistema possa se organizar há a necessidade de se cumprir várias diretrizes, as quais devem ser garantidas durante todo o processo. Quanto ao acesso, prega-se o princípio da “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de sua assistência” (BRASIL, lei nº8080. Art.7º/I). Para que isso possa ocorrer, o SUS se divide em setores que abrangem demandas

nacionais e regionais, partindo do seu princípio de descentralização político-administrativa (BRASIL, lei nº8080/ Art 7º/IX) para que se possa garantir o atendimento as diferentes necessidades locais.

Apesar de tentar atender as diferentes demandas do país, o Sistema trata de atenção à saúde em diferenciadas escalas e magnitudes: desde a Atenção Básica, passando pela Média e até a Alta complexidade. A atenção básica compõe a “porta de entrada” do sistema, e é acessada, principalmente através da UBS (Unidade Básica de Saúde), conforme aponta Peres (2015, p.18), a partir da suspeita de qualquer problema de saúde. Nessa instância ocorrem consultas, vacinações, exames e certos procedimentos simples, assim como a distribuição de medicamentos à população.

Foi fundamentada na Portaria Nº 2488, de 21 de Outubro de 2011 a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde, bem como revisão de diretrizes e normas para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ela funciona em “territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (PNAB, 2012).

Outra maneira de se ter acesso ao SUS seria pela emergência, através principalmente de hospitais e da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e também pela fila de transplante de órgãos, (PERES, 2015, p.18). Tais setores, caracterizados de média e alta complexidade no SUS, consomem em torno de 40% dos recursos alocados para a Saúde e possui sua própria rede de informação, financeira e de organização, segundo Silva (2007, p.11). Porém, como dito que a atenção básica é a principal porta de entrada para o Sistema, ela também carrega a responsabilidade de ser ordenadora e poderia conter a resolutividade de pelo menos 80% dos problemas de saúde sem precisar das demais instâncias, (PERES, 2015, p.18).

O acesso a saúde depende da regulação do sistema, e nesse âmbito se encontram desafios que fazem com que toda a população sofra com filas, demoras e falta de oferta via a demanda existente. Segundo Peres (2015, p.18) observa-se que as principais queixas dos usuários são voltadas para a “burocracia do sistema” ou até mesmo para a “falha de comunicação”. A falta de transparência, falta de proximidade com as reais necessidades da população de cada território no que concerne suas tendências epidemiológicas e os interesses financeiros nos procedimentos previstos são apontados pelo autor como alguns dos fatores que desencadeiam o grande problema de acesso aos serviços de saúde observados hoje no Brasil.

CONHECENDO BREVEMENTE O MUNICÍPIO DE DOURADOS

A cidade de Dourados, assim como em diversas cidades de Brasil, teve como indutor principal na sua constituição a atividade comercial para atender o setor agrícola, e posteriormente diversificando-se em outros serviços, acompanhando o país que, de acordo com Santos (1993, p.29), passou por uma profunda modificação entre os anos de 1940 a 1980, marcado pelo contexto de fim da segunda guerra mundial, onde a população total do país triplica de tamanho e a população urbana cresce sete vezes e meio.

Realidade essa, que no Brasil, e sobretudo na cidade de Dourados, tornou-se incompatível para que as outras formas de sociedade que aqui já habitavam, como os indígenas e dos quilombolas (MOREIRA, 1990), ou seja, a “o projeto de integração matou a alma do índio” (LIDERANÇA INDÍGENA apud MOTA, 2017, p.63), como também, a população proletária que começava a se formar com o avanço dos meios de produção capitalista nas cidades brasileiras.

Contudo, esse modelo continua a se reproduzir pois, ao mesmo tempo que Dourados se apresenta como uma cidade média (SILVA, 2011 e CALIXTO, 2011), que concentra, coordena e determina a oferta de serviços no setor agroindustrial, na prestação dos serviços de saúde de complexidade média e alta e exerce uma centralidade regional na área educacional de nível superior, continuar a reproduzir e acirrar os processos excludentes, conforme apontado por nos trabalhos de Souza (2015) e Souza e Vieira (2014).

Segundo Lefebvre ([1965] 2008), apesar de a urbanização preexistir a industrialização, ela se configuraria como “indutora” enquanto que a problemática urbana produzida a partir dela seja a “induzida”. Assim, o processo de industrialização e, também, de agroindustrialização, constitui-se com uma ideologia liberal que produz, inevitavelmente, espaços desiguais, pois em sua essência, necessita da exploração da força do trabalho para se desenvolver.

Assim, o processo de consolidação das cidades médias acaba por banalizar as condições de vida das pessoas com baixa renda em sua urbanização e crescimento, (VIERA, 2009). Ou seja, (re)produz-se uma lógica urbana que afasta cada vez mais as pessoas de baixa renda dos serviços oferecidos em seu município e, ao mesmo tempo, corroendo e destruindo a consciência coletiva do direito à cidade dessa classe social, tornando a cidade e o urbano algo nefasto e excludente.

Contexto, este, que se reforça, intrinsecamente, em Dourados, quando da implementação das políticas setoriais de habitação, como o Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV) e a de saúde pública, com o Sistema Único de Saúde (SUS) e as dificuldades de acesso por parte da população empobrecida e excluída.

OS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS EM DOURADOS

Dourados, como apontamos anteriormente, é referência em serviços de saúde na sua hinterlândia, já que a mesma apresenta uma influência em 21 cidades de forma direta e em 13 cidades de forma indireta sendo que desta última, duas estão localizadas no estado do Paraná, reforçando ainda mais a questão sobre Região da Grande Dourados, conforme aponta Silva (2011), prestando serviços desde a baixa até a alta complexidade, sejam eles públicos ou privados.

Ao todo, Dourados possui 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo as mesmas distribuídas pelas diferentes áreas da cidade, sendo nove delas na porção Oeste, 12 ao Norte, 6 ao Sul e mais 6 ao Leste (DOURADOS, 2016). Conforme especificado anteriormente, as unidades trabalham nos seus territórios específicos, acolhendo as demandas da população local e fazendo o seu acompanhamento, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Há, ainda, os serviços de média e alta complexidade oferecidos no município. Uma única UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para atender toda a demanda de emergência no âmbito público do município e Hospitais com atendimentos especializados, sendo estes: Hospital da Vida, Hospital Evangélico (privado mas com leitos do SUS), Hospital Universitário e Hospital das Missões (exclusivo para o atendimento indígena, e assim localizado na reserva indígena Jaguapiru) e conta, ainda, com dois CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), um Centro de Referência em Tuberculose e Hanseníase (CRTH) e o Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA) que atendem pacientes com AIDS/HIV e demais DST's.

Grande parte das unidades encontram-se no centro da cidade de Dourados, tornando o acesso dificultado, pois localizadas distante da população que delas necessitam. Poucas unidades, como o Hospital Universitário, encontram-se mais nas periferias da cidade, mas ainda numa borda distante da população de menor poder aquisitivo. Assim, essa localização central não é sinônimo de qualidade, uma vez que não se torna possível para todos cidadãos chegar até esses locais com facilidade, principalmente os que residem nas bordas urbanas.

O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS MORADORES DOS LOTEAMENTOS DIOCLÉCIO ARTUZI I E II

Para contextualizar a proposta de articular as políticas habitacionais e de acesso à saúde, definimos como recorte territorial e empírico os loteamentos Dioclécio Artuzi I e II, construídos no âmbito da política habitacional do Programa Minha Casa Minha Vida, que, como apontam diversos autores, dentre eles Bonduki (2009) e Cardoso (2013) concentra e reforça a reprodução muito forte das desigualdades socioespaciais, na lógica capitalista da estruturação das cidades, pois construímos cidades para o mercado, como investimento e não para as pessoas viverem (HARVEY, 2015).

Ambos os conjuntos, foram construídos no âmbito da faixa 1 do programa, para pessoas com baixa renda. Concluídos e entregues, respectivamente, em novembro de 2012 e abril de 2013, possuem um total de 465 moradias (casas unifamiliares), sendo 238 pertencentes ao Dioclécio Artuzi I e 227 no Dioclécio Artuzi II. Estes dois conjuntos habitacionais são um exemplo pertinente à respeito das tipificações básicas apontadas por Amore, Rufino e Shimbo (2015) e já citadas anteriormente, em relação a "padronização da construção, geração de economia de escala e procura por terrenos baratos", evidenciando assim - e também pelos relatos dos moradores - a precariedade das construções, problemas estruturais presente nas casas e principalmente da distância do conjunto em relação aos equipamentos urbanos necessários ao direito à cidade.

Assim, buscando identificar a realidade vivida pelos moradores no que se diz respeito ao (não)acesso aos serviços de saúde, foi elaborado e aplicado 64 questionários, em trabalhos de campo, pois o entendemos que na produção do conhecimento geográfico o Trabalho de Campo torna-se um instrumento chave, baseado, sobretudo, na “articulação entre conceitos, teorias e procedimentos metodológicos” (SERPA, p.10, 2006), principalmente, diante da especificidade da ciência geográfica frente às outras disciplinas.

É com a utilização dos recursos do Trabalho de Campo que as ciências, sobretudo a Geografia, encontra sua autonomia para analisar, conceituar e recortar o espaço, respeitando a ordem cronológica dos objetos estudados garantindo uma análise consistente e uma totalidade dos processos estudados. No caso específico da Geografia, centralizar suas discussões no estudo da dimensão social do espaço, bem como a dimensão espacial da sociedade. (SERPA, 2006).

Sendo assim, ressaltamos a importância do Trabalho de Campo na Geografia, como base da pesquisa, do ensino, da extensão e da produção do conhecimento geográfico. Pois, o Trabalho de Campo é o laboratório por excelência do geógrafo, tanto como ferramenta metodológica para o ensino, bem como método de trabalho e pesquisa, sendo essencial para que o aluno possa desenvolver a habilidade da investigação *in loco* e não apenas a partir do trabalho em gabinete e sala de aula conhecendo a realidade empírica.

Foram constatados, primeiramente, as dificuldades espaciais e físicas para o acesso à saúde, em vista das distâncias impostas entre os moradores do loteamento e a falta de acesso à veículos próprios para transporte, bem como a existência de uma rodovia que necessita ser atravessada para realizar ou acessar qualquer serviço e, citada pelos moradores, como de “difícil ultrapassagem a pé”. Nesse sentido, na tabela a seguir são apresentados as distâncias relativas aos loteamentos Dioclécio Artuzi I e II e os lugares de serviços citados anteriormente, bem como um mapa de localização de todos pontos referenciados.

Tabela 1 – Distâncias Loteamentos até Serviços de Saúde

Unidade de Destino	Distância a pé (km - tempo)	Distância carro (km - tempo)
UBS “Jardim Guaicurus”	1,8 kms – 24 minutos	1,8 kms – 6 minutos
UPA – Pronto Atendimento	3,0 km – 39 minutos	3,0 kms – 7 minutos
Hospital Evangélico	6,3 kms – 1h e 20 minutos	7,2 kms – 13 minutos
Hospital da Vida	7,3 kms – 1 h e 34 minutos	7,8 kms – 18 minutos
Hospital Universitário	11,4 kms – 2h e 22 minutos	12,7 kms – 22 minutos

Fonte: Trabalho de Campo (2016). Elaboração: Autores (2016)

Um segundo elemento que revela o descompasso entre as duas políticas públicas e que afetam diretamente as condições de vida da população empobrecida e que se correlaciona com os problemas das distâncias é o elevado percentual de pessoas portadoras de deficiência habitando nos dois loteamentos, resultado de uma “política de inclusão” que determina que 5% das unidades habitacionais destinam-se, exclusivamente, para estas pessoas, mas que, contraditoriamente a exclui uma segunda vez por não se garantir o acesso aos serviços e tratamentos de saúde especializados.

Parafrazeando Lefebvre (2008 [1965]): “a economia industrial, não acompanha a vida social”, ou seja, ao não equipar devidamente as áreas onde são direcionadas essas políticas urbanas, como essa que estamos analisando, cria-se contraditoriamente mais problemas na vida cotidiana do morador, adjacentes aquele da moradia, assim, um programa habitacional que visa solucionar o problema da falta de moradia das pessoas, acaba reforçando ou criando novos problemas, como o fato de 100% dos moradores relatarem que não existe uma cobertura dos agentes de saúde da família no bairro, uma vez que esses não passam em suas casas pelo fato do bairro não estar na abrangência da política.

Gráfico 1 – Residências com moradores portadores de deficiências:

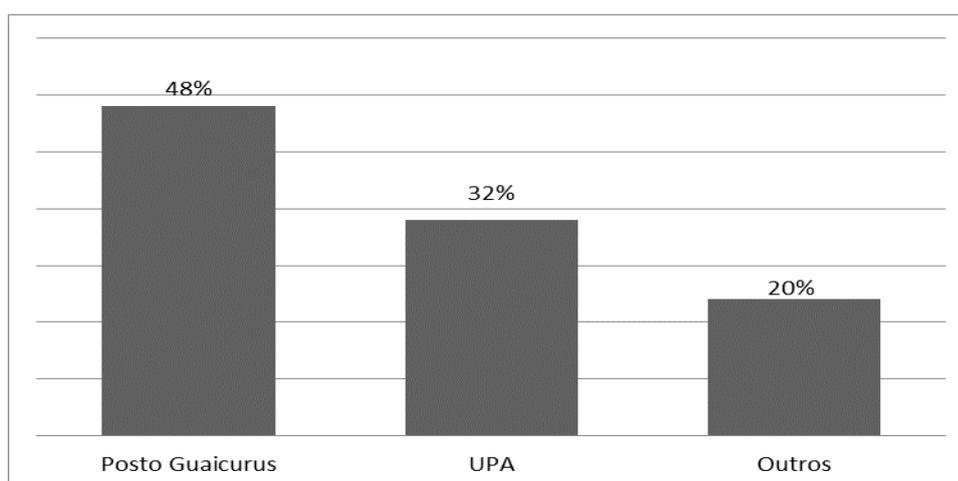


Fonte: Trabalho de campo (2016). Elaboração: Autores (2016)

Isso, aliado a um número expressivo de casas que contém em seu núcleo algum membro familiar com alguma deficiência (Microcefalia, Hidrocefalia, Síndrome de Down, Síndrome do Espectro do Autismo, e ainda problemas relativos a acidentes de trabalho), revela uma realidade perversa à qual estão submetidos os moradores, que são cada vez mais afastados dos centros sociais de saúde e saúde mental, como o CAPS de Dourados, localizado na área central da cidade de Dourados.

Na sequência, no gráfico 2, apresentamos as informações referentes aos locais mais utilizados pelos moradores para realizarem suas consultas médicas.

Gráfico 2 – Locais mais utilizados para consultas médicas



Fonte: Trabalho de campo (2016). Elaboração: autores (2016)

Os dados expressos no gráfico indicam uma maior utilização da UBS (Unidade Básica de Saúde) do Jardim Guaicurus pelos moradores do loteamento Dioclécio Artuzi I e II. Isso comprova o que é

afirmado por Peres (2015), onde a atenção básica de saúde é a porta de entrada para o acesso aos serviços prestados pelo SUS, e assim tem a responsabilidade de ser reguladora do sistema. O principal recurso utilizado para a organização da regulação na atenção básica é chamado de SisReg, segundo ainda Peres (2015), o mesmo é disponibilizado pelo Ministério da Saúde e está integrado com outros bancos de dados gerenciados pelo Ministério, como por exemplo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e também o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP). O SisReg, de acordo com a Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores, consiste em uma ferramenta online de gerenciamento, para administrar vagas disponíveis e verificar a instituição mais adequada a cada paciente, considerando critérios como regionalidade e complexidade de cada caso.

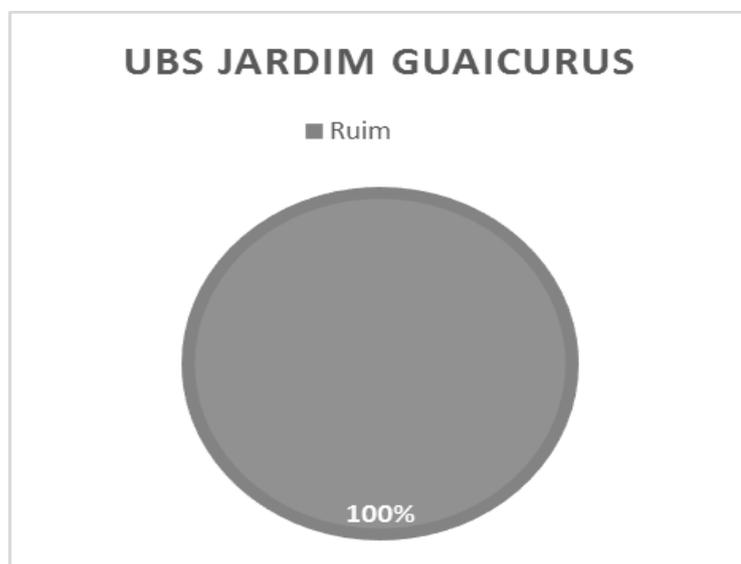
Afirmado por Peres (2015), a atenção básica possui capacidade de resolução para pelo menos 80% da demanda advinda da população, porém o mau gerenciamento, o afastamento com o público, e os interesses financeiros atrapalham tal regulação e resultam na dificuldade ao acesso dos serviços de saúde, tanto em Dourados quanto em todo o país.

A utilização da emergência, no caso os moradores fazem acesso a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) da cidade de Dourados, é estabelecida em casos de rápida resolução e possui encaminhamentos diferentes. O acesso a estes locais tem um desafio maior ainda, sendo ditas por Peres (2015) como uma entrada mais curta para o acesso aos serviços de saúde, caracterizando a superlotação dos mesmos e a consequente dificuldade de atendimento.

No entanto, o que chama atenção é que mais de 50% da população não utiliza ou não acessa a Unidade de Saúde de referência para o loteamento, reforçando a dissociação entre as políticas habitacionais e de acesso aos serviços de saúde.

E isso é corroborado com os dados dos gráficos 3 e 4, a seguir, que revela a opinião dos moradores e usuários em relação à Unidade de Saúde de referência e a Unidade de Pronto Atendimento.

Gráfico 3 – Satisfação dos entrevistados em relação a UBS Jardim Guaicurus



Fonte: Trabalho de campo (2016). Elaboração: Autores (2016)

Para poder acessar aos serviços de saúde da Atenção Básica, os moradores do Dioclécio Artuzi I e II necessitam andar 1,8 km, atravessando a Rodovia MS 156 – considerada pelos mesmos como perigosa. As principais críticas ouvidas durante o Trabalho de Campo no loteamento foram: falta de médicos e de especialidades disponíveis, lotação de espaço e falta de infraestrutura para atender a quantidade de pacientes.

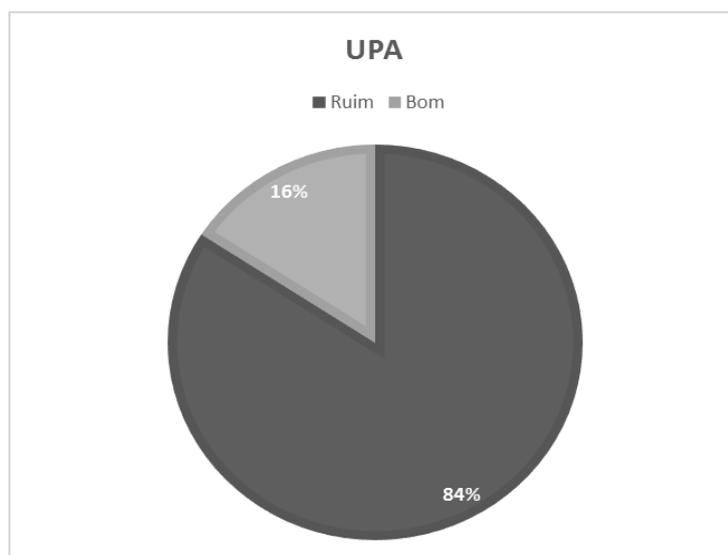
Por outro lado, o PNAB (2012) (Plano Nacional de Atenção Básica) aponta o seguinte: “a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção”. No caso específico da UBS que atende a população dos loteamentos aqui analisados é notório perceber que ele afronta as diretrizes em vários sentidos, conforme apontam os relatos dos entrevistados.

A proximidade não é efetiva, sendo que as pessoas são dependentes de um transporte público ineficiente, e para se locomoverem a pé passam por trajetos de alta periculosidade, o que torna o acesso físico dificultado. A capacidade de acolhimento é falha, uma vez que faltam profissionais e a demanda populacional do território abrangido pelo Posto Guaicurus é maior do que a oferta dos serviços. E, ainda assim, a atenção domiciliar que deveria ser dada por Agentes Comunitários de Saúde não acontece no loteamento, uma vez que os mesmos não fazem a cobertura da área.

Assim, é fácil concluir o porquê da reação tão negativa em relação à UBS, que deveria ser tida como porta de entrada principal e resolutiva dos problemas. É função das mesmas serem base, resolutiva, conhecer as demandas de saúde da sua área, ter elevado grau de descentralização (PNAB), porém a realidade provada não condiz com o preconizado pela normativa.

Isso revela, novamente o descompasso entre a política pública habitacional e a política de acesso à saúde, ou seja, a localização do loteamento não considerou a existência e/ou capacidade de atendimento e infraestrutura da unidade de saúde para atendimento básico para a população.

Gráfico 4 – Satisfação dos entrevistados em relação à UPA



Fonte: Trabalho de campo (2016). Elaboração: Autores (2016)

Na UPA de Dourados, são utilizados “Classificações de Risco” para que se possa ordenar o acesso, em vista da urgência de cada caso e o tempo máximo de espera para o atendimento. Peres (2015) diz que tal política, aplicada tanto em ambulatorios – como na UPA de Dourados – quanto em hospitais, contribuem para o conhecimento da população e ordenamento da regulação, sendo importantes passos para a resolução do problema de acesso na média e alta complexidade dos serviços de saúde do SUS, em nível local e também nacional.

Outro instrumento de extrema importância para auxílio ao acesso nesse nível são os Complexos Reguladores, os quais segundo as Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores são compostos por centrais de regulação como a Central de Regulação de Urgência (inclui o SAMU),

Central de Regulação de Internações, Central de Regulação Ambulatorial, Central de Regulação da Alta Complexidade, dentre demais.

O problema estrutural das UPA's, comentado por Peres (2015), também se compõe em muitas vezes não conseguir atender a situação demandada pelo usuário. O atendimento mais resolutivo em emergências faz com que a superlotação de leitos seja constante, vista outras unidades de médio e pequeno porte, como as UBS (Unidades Básica de Saúde). Para que se possa melhorar a situação da UPA, seria necessário a vinculação das Unidades à atenção básica ou aos hospitais especializados, com o papel de diminuir as filas, ao atender as urgências (PERES, 2015). A mesma não deve ser vista como substituta de hospital e nem deve ter um tempo de permanência do usuário superior a seis horas, visto que se o mesmo precisa de internação, também necessita de exames e procedimentos mais complexos que estão além do papel da Unidade de Pronto Atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMCMV (Programa Minha Casa Minha Vida) ousou ser a maior política pública habitacional no Brasil. Assim, cria-se a noção da problematização na sua conduta e como isso reflete de forma decadente, em esferas sociais, no espaço urbano. Isso devido a não preocupação com a transformação da cidade para uma melhor qualidade de vida de seus moradores de baixa renda, e sim o propósito vulgarizado na procura de terrenos de baixo valor – nas bordas do município – para a construção de unidades habitacionais padronizadas que não se atentam às necessidades da população alvo da política habitacional.

Conjuntamente, há o SUS (Sistema Único de Saúde) como uma das maiores e únicas políticas no mundo, que visa garantir o acesso universal à saúde de forma gratuita a toda população brasileira, sendo responsabilidade exclusiva do Estado. Em contrapartida, problemas existentes na gestão e no financiamento do mesmo problematizam o cumprimento da sua função social, causando um alto índice de desaprovação por parte dos usuários de forma geral, assim como também de seus servidores.

Ambas as políticas públicas reproduzidas em Dourados carregam em si os mesmos impasses de âmbito nacional citados acima, em conformidade com a visão dos loteamentos Dioclécio Artuzi I e II. Em acordo com o Trabalho de Campo realizado, é possível averiguar nos loteamentos a falta de infraestrutura, dificuldade de acesso aos usuários de transporte público para locomoção cotidiana, afastamento dos principais serviços prestados na cidade e, especialmente notado, a forma em que tais empecilhos afetam o acesso à saúde.

Segundo dados colhidos e relatos dos moradores, há uma dificuldade existente no acesso físico à UBS Jardim Guaicurus, pela distância e presença da rodovia no caminho, falta de profissionais na UBS para a realização de consultas diárias, atrasando o agendamento prévio e assim, como consequência de tal cenário, uma superlotação na UPA – única da cidade – que apesar de ter como objetivo o atendimento apenas de emergências, acaba sendo feita de porta de entrada mais rápida para procedimentos simples que teriam a sua resolução no acesso básico de saúde.

Por fim, é observado claramente um cenário tipicamente problematizado, e de repercussão em cunho nacional. Atenta-se, logo, para a criação de novas políticas públicas baseadas e fundamentadas em reconfigurar a forma em que o social urbano é pensado, nas suas instâncias excludentes e insuficientes, para que assim haja uma nova forma de se viver a Cidade com boa qualidade de vida para todos – garantida essa pelo Estado.

REFERÊNCIAS

- AMORE, C. ; RUFINO, M. ; SHIMBO, L. **Minha casa... E a cidade?:** Avaliação do programa minha casa minha vida em seis estados brasileiros. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015.
- BONDUKI, N. Do projeto moradia ao programa minha casa. In. **Teoria e Debate**. São Paulo, maio 2009. Pg. 112- 119
- BOULOS, Guilherme. Entrevista concedida a Liliane Machado e Antonio José (Tomzé) Vale da Costa à revista **Universidade e Sociedade**. Brasília: Andes-SN. N.56, agosto 2015, p.110-119.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, LEI 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. **Constituição Federal (1988)**. Brasília, DF: Senado, 1988.

CALIXTO, Maria José Martinelli da S. **O processo de consolidação da centralidade de Dourados-MS na rede urbana: uma contribuição para a análise de uma cidade média**. Rio de Janeiro, 2011. 118 p. Relatório (Pós-doutorado em Geografia) – CCMN/UFRJ

CARDOSO, Adauto L. (org.) **O programa minha casa minha vida e seus efeitos territoriais**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.

DOURADOS, Prefeitura Municipal. **Lista de endereços Unidades de Saúde** disponível em: <http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/lista-dos-postos-de-saude/> (acesso em dezembro de 2016)

HARVEY, David. **Nós estamos construindo cidades para investir, não para viver**. disponível em: <http://portal.aprendiz.uol.com.br/2015/06/10/david-harvey-nos-estamos-construindo-cidades-para-investir-nao-para-viver/> (acesso em novembro de 2015)

LEFÈBVRE, H. **O direito a cidade**. Cidade: São Paulo (SP). Centauro, 2008 (1965), 5 ed.

MOTA, Juliana G. O projeto de integração matou a Alma do índio”. As consequências Da integração forçada dos povos Guarani e kaiowá em mato grosso do Sul realizada pelo estado brasileiro. SILVA, SILVA, Walter e SILVA, Paulo F. J. **Mato Grosso do Sul no início do século XXI: Integração e desenvolvimento urbano-regional** - Volume 2. Campo Grande: Life Editora, 2017.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. São Paulo: EDUSP, 1993.

SILVA, V. F. **Os Papéis de Dourados- MS no Contexto Regional**: Apontamentos para a

Análise de uma Cidade Média. Dourados: Universidade Federal da Grande Dourados, 2011. Dissertação (Mestrado em Geografia).

SOUZA, Luana S. **DOURADOS E AS DESIGUALDADES SOCIAIS: MAPEAMENTO COM BASE NO CENSO DE 2010**. Dourados MS, 2014.

SOUZA, Luana S. e VIEIRA, Alexandre B. As Diversas Vertentes das Desigualdades Socioespaciais no Município de Dourados-MS. In.: **Anais do VII Congresso Brasileiro de Geógrafos**. Vitória: AGB, 2014.

PERES, Ana Cláudia; BATALHA, Elisa e STEVANIM, Luiz. A medida da fila. In. **Revista RADIS**, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, nº.159, p. 14 – 29, dez. 2015

VIEIRA, Alexandre B. **Mapeamento da exclusão social em cidades médias: interfaces da Geografia Econômica com a Geografia Política**. 194f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia – Universidade Estadual Paulista. Presidente Prudente. 2009

DOURADOS. LEI Nº 3.601. **“Dispõe sobre a Política Municipal de Habitação de interesse social e dá outras providências”**. DOURADOS, MS: 09 de Julho de 2012. Disponível em: <http://novo.dourados.ms.gov.br/wp-content/uploads/2014/08/Lei-n%C2%BA-3601-Pol%C3%ADtica-Munic.-de-Habita%C3%A7%C3%A3o-Social.pdf> (Acesso em: Janeiro 2017)