



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

(Direito à Cidade)

TEMPLATE – TRABALHO COMPLETO – Apresentação Comunicação Oral

**UBS na região urbana de Londrina: Atrofiamento na Atenção
Básica, Segregação Urbana e Racismo.**

Paulo Henrique dos Santos Silva ¹

Resumo: As unidades Básicas de Saúde (UBS) são fundamentais para a efetivação do Programa Saúde da Família e toda a estratégia de Atenção Básica, contribuindo para a universalização da saúde pública no país. Ao longo de 40 anos, essas unidades vêm sendo consolidadas na malha urbana de Londrina, sendo que compõe hoje 42 unidades dentro dessa região, de um total de 54 unidades no município. Ao longo desses anos, o processo de urbanização evidenciam os processos de segregação urbana na cidade, Londrina que foi referência no destino de milhares de migrantes, reproduziu uma lógica de cidade que não acolhe todos em sua plenitude de acesso aos direitos. Os processos de urbanização na cidade desde a década de 30, surgimento da cidade, em especial a década de 50 em diante, ao qual centramos nossa escrita, carregam a mesma marca do racismo que moldou outros centros urbanos pelo país e no estado. A investigação percorre na linha de uma pergunta: Como a segregação urbana existente também moldou o espaço urbano e as ações em saúde, em específico na atenção básica? O número de habitantes descobertos pela atenção básica é alarmante na cidade, no entanto, isso se dá em igual medida em todo o território urbano? O leitor encontrará um discurso não somente sobre esses processos históricos, mas também, algumas considerações e análises sobre a última década, no período de 2007-2018 para responder os questionamentos levantados.

Palavras-chave: UBS. Atenção Básica. Segregação Urbana. Racismo

Abstract: The Basic Health Units (BHU) are fundamental for the implementation of the Family Health Program and the entire Basic Health Care strategy, contributing to the universalization of public health in the country. Over 40 years, these units have been consolidated in the urban network of Londrina, and now comprises 42 units within this region, out of a total of 54 units in the municipality. Throughout these years, the urbanization process shows the processes of urban segregation in the city, Londrina that was a reference in the destiny of thousands of migrants, reproduced a logic of city that does not welcome all in their full access to rights. The processes of urbanization in the city since the 1930s, the emergence of the city, especially the 1950s and beyond, to which we center our writing, carry the same mark of racism that shaped other urban centers across the country and in the state. The research runs along the line of a question: How has existing urban segregation also shaped urban space and health actions, specifically in basic care? The number of inhabitants discovered by the basic attention is alarming in the city, nevertheless, this happens in equal measure in all the urban territory? The reader will find a discourse not only

¹ Universidade Estadual de Londrina, graduação em psicologia, santossilvaph@gmail.com



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

on these historical processes but also some considerations and analyzes on the last decade in the 2007-2018 period to answer the questions raised.

Keywords: UBS. Basic Attention. Urban Segregation. Racism

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) no Sistema Único de Saúde, surge em 1994 e no fim da década de 1990, ganha status no Ministério da Saúde como estratégia na atenção primária em saúde a ser implementada em todo o país, visando garantir assim, a universalização do acesso à saúde e a atenção básica (AB).

Os dados mostram que em 2004 o PSF já abrangia mais de 80% dos municípios brasileiros, com um considerável avanço nos pequenos municípios, com menos de 500.000 habitantes, entretanto, se considerarmos a população que se abrangia nessa época, o Programa alcançou a cobertura de pouco mais de 36% da população brasileira (ELIAS, P. E. *et al.* 2006, p. 634).

O que explica isso, segundo os estudos desenvolvidos pelos autores, seria a dificuldade da consolidação do Programa nas médias e grandes cidades com mais de 500.000 habitantes. Portanto o novo modo de organizar a atenção primária em saúde no Brasil por meio do PSF, tem dificuldades de se estruturar nas metrópoles urbanas como política garantidora da universalização da saúde (ELIAS, P. E. *et al.* 2006, p. 634).

“Desta forma, torna-se importante indagar em que aspectos a implantação do PSF nas metrópoles pode contribuir para o acesso à atenção básica à saúde universal e igualitária e também quais são as vantagens comparativas desta nova e das demais modalidades já incorporadas na rede de serviços” (ELIAS, P. E. *et al.* 2006, p. 634).

Na sua maioria, os municípios de grande e médio porte (mais de 500.000/hab) possuem um histórico de oferta de serviços de saúde que se traduz na existência de redes com experiências acumuladas em outras modalidades da atenção básica. No entanto são nesses centros urbanos onde o PSF é desconfigurado em sua função na ampliação e universalização do acesso à saúde pública, nessas condições, essa estratégia dos SUS tem sua estruturação comprometida, perante inúmeras dificuldades no processo de sua efetivação:

“É exatamente nestes municípios, nos quais o PSF não assume de pronto sua feição de ampliação de acesso, que esta modalidade vem tendo maior dificuldade em se apresentar como estruturante da atenção básica. Desta forma, torna-se importante indagar em que aspectos a implantação do PSF nas metrópoles pode contribuir para o acesso à atenção básica à saúde universal e igualitária e também quais são as vantagens comparativas desta nova e das demais modalidades já incorporadas na rede de serviços” (ELIAS, P. E. *et al.* 2006, p. 634).

Isso não escapa a Londrina, ao contrário, com os dados do IBGE e outros estudos e levantamentos sobre a gênese da cidade, sua estruturação, processos de desenvolvimento e



crescimento populacional, bem como econômicos, observamos padrões semelhantes a essa organização da ESF com outros municípios do seu mesmo porte populacional, seguindo as taxas e linhas de tendência nacional.

Segundo Buchele, Coelho & Lindner (2009) a promoção da saúde é associada a um conjunto de valores, tais como vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: do Estado buscando políticas públicas saudáveis, da comunidade nas ações comunitárias; dos indivíduos na busca de suas habilidades; do sistema de saúde reorientando-o, bem como de parcerias intersetoriais, com responsabilidade múltipla. "A promoção da saúde pretende ser um novo modo de compreender a saúde e a doença e um novo modo dos indivíduos e das coletividades obterem saúde" (Buchele, Coelho & Lindner, 2009). Portanto, devemos colocar nessa equação sobre a saúde coletiva e pública os processos de urbanização.

A respeito das diferenças e especificidades do processo de urbanização no território nacional, que marca o crescimento econômico das cidades em contínuo desenvolvimento, tem marcas muito semelhantes dentro do território nacional, marcas produzidas nesse processo tais como, a deterioração das condições de vida de amplas parcelas de sua população (Brant, V; Kowarick, L; et al, 1975, p. 21).

No estudo conduzido por Vinícius Brant e Lúcio Kowarick (1975), dentre outros autores e autoras, denominado "São Paulo 1975: Crescimento e Pobreza", os autores afirmam que: "*As condições de vida de uma população dependem de uma série de fatores, ligados direta e indiretamente as formas de produção e distribuição da riqueza*". As condições em que o trabalhador exerce seu trabalho agora não mais rural, num novo regime de trabalho na cidade, o quanto ganha pelo trabalho exercido, determinam seu acesso aos bens e serviços, bem como todo o acesso ao conjunto da infra-estrutura urbana e seu lugar na cidade (Brant, V; Kowarick, L; et al, 1975, p. 22, 23). Mais a frente destacam Brant e Kowarick (1975) que "a distribuição espacial da população na cidade acompanha assim a condição social dos habitantes, reforçando as desigualdades existentes" (p. 23).

Nesse sentido, como vemos, esse legado histórico influi diretamente nos marcos dos "nossos" processos de urbanização aqui no Brasil, com expressão central do racismo e da segregação racial, tal como a cidade se organiza, como o que aponta Silvio Almeida sobre o racismo institucional que nada mais é que as regulações e ordenamentos do Estado, como essas instituições são arranjadas para produzir e regular essa violência sistêmica a um grupo determinado, para assim preservar uma ordem social racista (ALMEIDA, S. L. 2018, p. 29-35, 42).



1.1 Objetivos

Identificar como os processos de urbanização moldaram e impactam na formação das UBS na malha urbana da cidade, com enfoque na problemática da segregação urbana.

2. MATERIAL E MÉTODO

2.1 Procedimento

- A elaboração do artigo se deu através dos estudos durante o estágio supervisionado em saúde, num primeiro momento pautou-se por levantamento bibliográfico na literatura sobre saúde pública e atenção básica e de documentos oficiais como, o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, Notas técnicas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Atenção Básica, banco de dados do DAB - Departamento de Atenção Básica na última década, banco de dados do IBGE/Ministério da Saúde.
- Levantamento bibliográfico na literatura sobre o processo de urbanização em Londrina.
- Dados através da lei de acesso à informação e transparência, via Ouvidoria Pública da Prefeitura Municipal de Londrina solicitando informações populacionais referentes aos territórios de abrangência de cada UBS.

2.2 Tratamento dos dados

- Com esses dados obtidos, podemos delinear três linhas de análises para tratamento dos dados: 1) Atrofiamento e redução da atenção básica: na contratendência da universalização; 2) Agentes Comunitários de Saúde: um atrofiamento crônico; 3) Racismo e atrofiamento da AB.
- Posterior a isso foi construído o relatório trazendo os antecedentes históricos dos processos de urbanização da cidade de Londrina, alinhando aos dados da última década da qual obtivemos no DAB - Departamento de Atenção Básica, banco de dados do IBGE/Ministério da Saúde, no período entre Junho de 2007 a agosto de 2018.

3. MUDANÇAS NO EIXO ECONÔMICO NO ESTADO DO PARANÁ: O CRESCIMENTO DE UMA METRÓPOLE

A década de 50 foi marcada pela expansão da economia na região norte do Paraná. O estado rivalizava e dividia com São Paulo o destaque na produção agrícola, sobretudo de base cafeeira, onde Londrina obtinha o título de capital mundial do café, épocas que muitos autores chamam de *Os anos dourados*, que marca o principal período agroexportador do estado (BARTLO, Roger. 2015, pp.56, 57).



Um grande fluxo migratório se dá em maior expressividade entre 1940-1980, trazendo trabalhadores e trabalhadoras de regiões do nordeste e sudeste, ao norte do estado para ocuparem os postos nas expressivas lavouras de café. Esses trabalhadores, dos quais uma expressiva população negra vêm do norte de Minas Gerais, Pernambuco, Sergipe, Bahia sobretudo, o que promove um expressivo crescimento populacional e econômico, devido à conjuntura favorável (BARTLO, Roger. 2015, p. 57; PANTA, Mariana & SILVA, Maria. 2014, p. 37; SOUZA, Alexsandro & SILVA, Maria. 2014, pp. 68, 69).

Um ponto importante nesse período, foi a Lei Municipal 133/51 que promoveu um zoneamento urbano em Londrina, por meio de critérios econômicos. A forma como se organizou o espaço urbano da cidade estava visando afastar ricos e pobres. A divisão das denominadas “Zonas R” (Residencial) eram divididas em: classe “superior”, classe “média”, “econômicas” e “populares”, o que promoveu uma distinção profunda nas residências e lotes estabelecidos na área urbana, um padrão diferente entre esses lugares *“em relação ao padrão estético das residências, sua localização, área de testada e profundidade, o tamanho dos lotes e o acesso a benefícios como iluminação, saneamento e calçamento [...]”* (BARTLO, Roger, 2015, p. 59).

Nesse mesmo momento, começam a surgir na década de 50 as primeiras ocupações irregulares e favelas na cidade. Para meios oficiais, as ocupações irregulares, que eram conhecidas popularmente como favelas, basicamente eram levantadas em áreas de “ocupação judicialmente ‘ilegal’ de terras” (BARTLO, Roger, 2015, p. 62). As primeiras ocupações são: as do Pito Acesso, criada em 1953, atualmente extinta e que se localizava na região Sul, com 15 famílias nas proximidades da atual barragem do Lago Igapó; Vila do Grilo, criada em 1953, atualmente extinta e que se localizava na região Leste, com 108 famílias, próxima a atual rodoviária; Vila Esperança, criada em 1958, atualmente extinta e que se localizava na região Sul, abrigando 24 famílias, nas proximidades entre centro histórico e a rodoviária; Vila do Grilo da Caixa Econômica, atualmente Jardim Nossa Senhora da Paz, criada em 1959, abrigando 1248 famílias se localizava na região Oeste, era a mais distante da região urbana na época (BARTLO, Roger, 2015, pp. 63, 65).

Durante os anos de 1970-1980 as grandes mudanças estruturais ocorrem no plano político-econômico no Brasil, repercutem no estado do Paraná. O Estado interfere agudamente no plano desenvolvimentista do Paraná e do país, visando uma modificação da matriz agroexportadora, dando peso para um maior desenvolvimento industrial. Essa mudança estrutural, ocorre devido a uma crise e seguindo o modelo paulista de desenvolvimento, tinha que ser acompanhada de investimentos em infra-estrutura, de produção de energia, de estradas que ligassem as diversas regiões do estado (BARTLO, Roger, 2015, pp. 70; FRESCA, 2000).



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

Com a conjuntura desfavorável para a produção de café, com a queda dos preços no mercado internacional, bem como por grandes e frequentes geadas que impossibilitaram a produtividade do setor, vieram reformas com vistas para mudanças. Essa “modernização” do setor agrícola no Paraná, foi na prática a transição produtiva para as monoculturas (BARTLO, Roger, 2015, pp. 71, 72; CANCIAN, 1977; MORO, 1995).

Essa concentração vultosa de terras, beneficiam aqueles produtores de monoculturas e que podiam investir na compra de insumos e máquinas, isso forçou os médios e pequenos agricultores a vender ou arrendar suas terras. Outro efeito desse processo é que, com a necessidade cada vez menor de trabalhadores no campo, a modernização veio acompanhada de um grande êxodo rural para as cidades (BARTLO, Roger, 2015, p, 72; FLEISCHFRESSER, 1988; MORO, 1995).

Essa mudança proporcionou um forte crescimento da região norte do estado, pois a evasão do campo nessa região foi intensa, o que concentrou uma grande população na cidade de Londrina. Para se ter uma ideia, o crescimento populacional da cidade passou de 163.528 habitantes (população urbana) em 1970 para 266.940 habitantes em 1980 (BARTLO, Roger, 2015, p, 73; LINARDI, 1995, p. 107).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Atrofiamento e redução da atenção básica: na contratendência da universalização

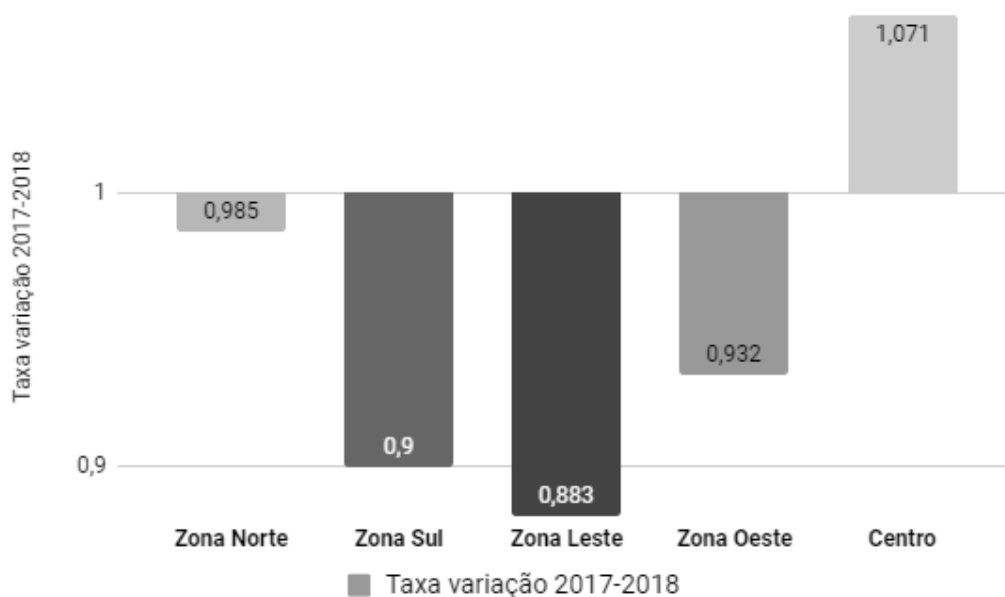
Muito se fala em cortes, redução, lógica minimalista, estado mínimo. Acredito que tudo isso cabe nas nossas análises, com os dados que obtivemos até então e que serão apresentados a seguir sobre a atenção básica em saúde na região urbana. Entretanto, creio que a palavra atrofiamento também tenha lugar, especialmente pelo fato de que esse processo de cortes no alcance da cobertura da AB vem acometendo a cidade há um período maior do que um evento pontual, portanto observamos um movimento nesse recorte histórico.

Ao longo de uma década a tendência imperante é de encurtamento dos braços da AB e das coberturas eficazes da Estratégia de Saúde da Família, ou seja, quando falamos em atrofiamento, reconhecemos que os elementos estruturais estão ali presentes, a política ocorre, mas conforme o tempo vai sendo atrofiada, perdendo capilaridade e capacidade de atingir a maioria e além disso, isso se dá em determinados espaço urbano. Hoje vários aspectos essenciais dessa política nacional atingem menos da metade da população, ou seja, ao longo da década que analisamos mais profundamente a partir de 2007, a PNAB existe, mas a cada ano menos abrangente, atrofiando os braços estratégicos da universalização.

Analisamos logo a seguir dez (10) unidades básicas de saúde, duas unidades de cada região, e o que encontramos, nos indica alguns alertas.



Figura 1. Taxa variação dos funcionários 2017-2018 nas duas* maiores UBS das regiões



O próprio autor. As taxas de variação na figura, representam a variação na perda ou ganho de funcionários entre 2017 e 2018 nas duas maiores Unidades Básicas de Saúde de cada uma das cinco regiões urbanas da cidade de Londrina, os dados tratam de dez unidades ao total. *Na região central, foi feito a taxa de variação da segunda e terceira maior UBS, optou-se por excluir a maior unidade, buscando uma equiparação maior entre as abrangências populacionais de cada unidade nas regiões, visando uma maior equiparação entre o tamanho das abrangências, fato que não prejudica nossa análise dos recortes ao qual nos detemos. FONTE: PML - Prefeitura Municipal de Londrina; OGM - Ouvidoria Geral do Município; AMS/AMS-Gerência de Planejamento e Qualificação de Servidores, 2018.

As dez UBS analisadas no recorte desta figura, se referem às unidades Guanabara e Vila Brasil (Centro), segunda e terceira unidades em abrangência, respectivamente desta região; Armindo Guazzi e Piza/Rozeira (Leste); Cafezal e Itapoa (Sul); Alvorada e Santiago (Oeste); Vivi Xavier e Cabo Frio (Norte); todas as duas maiores unidades em abrangência respectivamente em sua região. Essas unidades somadas, representam uma abrangência populacional de 195.985 mil habitantes, pouco mais de 36% do conjunto de abrangência das unidades básicas de saúde na região urbana de Londrina.

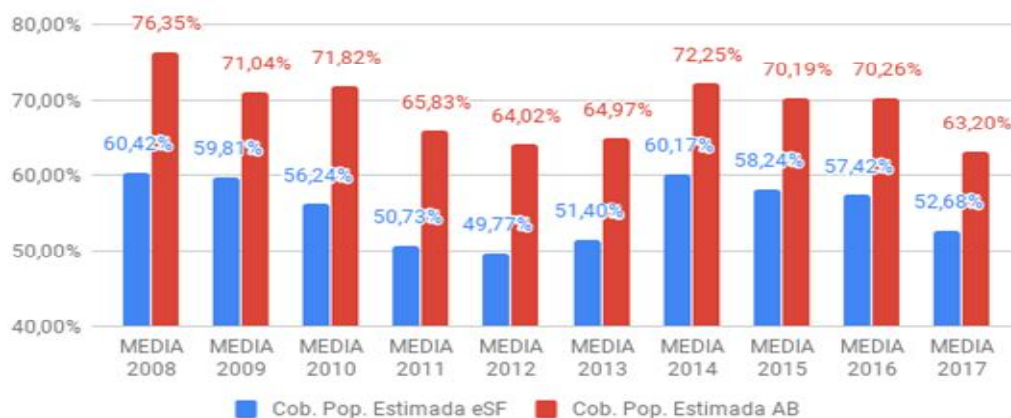
Observa-se que a região Leste perdeu mais funcionários em relação às outras regiões, percentualmente falando, houve redução de 12% dos quadros de funcionários nas duas maiores unidades dessa região. As unidades da região Sul em nosso recorte, também sofreram uma perda significativa de funcionários, totalizando 10%, ficando em segundo lugar em nossa análise específica deste gráfico. As duas unidades da região Oeste acompanham esta taxa de perda de funcionários, com diminuição de 6,7%, foi a terceira região que mais foi impactada em nosso recorte estatístico. As duas maiores unidades da região Norte apesar de perderem



funcionários, percentualmente e numericamente obtivemos um número pequeno, houve redução de 1,4%. A contra tendência ficou com a região central, que teve um ganho no número de funcionários de 7,1%.

A taxa de crescimento populacional no período, influência para baixo a variação da cobertura populacional da Atenção Básica, ou seja, de 2007 até o fim do primeiro semestre de 2018, a estimativa foi de uma queda percentual de 18,3% durante o período. As tendências de queda também se expressam de forma semelhante na cobertura estimada total da população pelas equipes de Saúde da Família, que no período 2007-2018, caem 11,9%, mesmo com variações positivas em meados de 2014, mas que com as contínuas e acentuadas quedas nos períodos seguintes, fecham a série histórica numa cobertura atrofiada, menor do que no início da série.

Figura 2. Porcentagem (%) estimada da população coberta por eSF e AB segundo média anual 2008-2017



O próprio autor. A figura trata de dois índices: em azul e sempre com menor porcentagem, representada pela coluna da esquerda (dentro os pares sequentes a cada ano) está os índices de Cobertura da população estimada pelas equipes de Saúde da Família. Em vermelho e sempre com maiores porcentagens, representada pela coluna da direita (dentro os pares sequentes a cada ano) está os índices de Cobertura da população estimada pela Atenção Básica. O maior pico nos índices de eSF e AB encontram-se no ano de 2008, nos dois casos. Já os menores índices de eSF e AB, encontram-se em 2012 e 2017 respectivamente. FONTE: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB e IBGE, 2018.

Na figura acima, consideramos a média na última década da cobertura da população estimada na Atenção Básica (AB) e das equipes de Saúde da Família (eSF). Podemos observar que desde a série histórica ao longo da década, em 2017 os índices estão abaixo dos encontrados em 2008, no início da série. Outra observação relevante é que de 2008 até 2012 houve queda, com uma reversão da queda tendencial em 2013 e que em 2014 atinge taxas médias estatisticamente equiparadas a 2008, indicando uma recuperação da queda sofrida nos anos anteriores. Nos anos que se seguem após 2014, observa-se uma nova queda nas taxas



médias de coberturas, que se mantêm até o fim da série, tanto de equipes de Saúde da Família (eSF), como da população coberta estimada em Atenção Básica (AB).

Ao estratificamos a análise no mês a mês, podemos observar que a taxa tendencial de queda não se esgota em 2017, mas se estende no ano de 2018 adentro, no caso aqui, até Junho. A partir de janeiro de 2018 a queda é mais aguda e acelerada comparada ao período 2014-2017, ou seja, no ano de 2018, se regride com taxas mais aceleradas. No ano de 2016 de janeiro a dezembro se regrediu a uma taxa de 7,5%, em 2017 obtivemos uma desacelerada, mas com permanência de queda em 2,3% naquele ano, sendo que de janeiro a abril de 2018 as taxas aceleram a 7%, se considerarmos os últimos dados que temos de 2018, que remontam ao mês de junho, às taxas atingem quase o dobro aos 13%, dobram de ritmo comparados aos últimos anos, isso se dá pelo fato de que a cada mês a cidade perde equipes de saúde da família, sendo que ganha em número de população.

Atualmente, tomando como referência os últimos dados estimados de Setembro de 2018, o município apresenta cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 44,89%, e da Atenção Básica de 59,02%. O município tem 553.393 habitantes (projeção 2016), desta população, 543.912 habitantes estão no perímetro urbano, segundo dados do IBGE, 2017. Os dados nos levam a constatar que as dificuldades na universalização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para tal, na cidade de Londrina, corroboram com o que vem sendo encontrado a nível de Brasil. Nas cidades com mais de 500 mil habitantes, existe a barreira da segregação urbana, onde as massas populacionais que vivem nas periferias desses centros urbanos, sofrem concomitantes processos de exclusão das políticas públicas essenciais para uma vida de qualidade e sofrem com a desatenção estrutural em saúde básica.

4.2 Agentes Comunitários de Saúde: um atrofiamento crônico

A cobertura de ACS é preocupante, pois são esses agentes os responsáveis pelo mapeamento das populações nesses territórios, portanto, esse número reduzidos de agentes acarreta mais do que um buraco na cobertura da atenção básica, sobretudo acarreta na perda dos dados mais específicos das diversidades de cada território, quando se perde os ACS, se perde os olhos da UBS no território. Os dados que obtivemos pelo MS/SAS/DAB e IBGE apontam uma brusca perda da cobertura desses agentes nos territórios em Londrina.

Tabela 1. Situação atual (2018) da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Londrina.



Equipes	Teto	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse	Percentual de população coberta pelas equipes financiadas pelo MS*
Esf	277	85	73	432.850,00	44,89
ACS	1.383	299	258	261.612,00	26,50

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB e IBGE, 2018. *MS se refere ao Ministério da Saúde. Os incentivos mensais de custeio para a Equipe de Saúde da Família são: modalidade I R\$ 10.695,00 (dez mil e seiscentos e noventa e cinco reais), modalidade II R\$ 7.130,00 (sete mil e cento e trinta reais). Para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é repassado incentivo de R\$ 1.014,00 (hum mil e quatorze reais) a cada mês, sendo que no último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim, no mês de agosto do ano vigente.

Em 2007 a média da cobertura anual foi de 394,25 agentes implantados, em 2017 a média anual equivalia a 300,66 agentes, uma queda durante a década de aproximadamente 23,7%, número bem expressivo e que significa para a cidade, milhares de famílias sem a cobertura dos agentes e unidades sem informações sobre as populações da qual são responsáveis por 42 abrangências. Se estendermos essa análise percentual de queda até o mês de setembro de 2018, referente aos últimos dados que temos, a perda na cobertura atinge 29,9%, um esfacelamento crônico da cobertura dos agentes na cidade, sem perspectivas de recuperação dado uma observação mensal ao longo da década.

O que se mostra numa fotografia da queda desde 2007 até hoje é um depauperamento agudo, confirmando as críticas de Morosini & Fonseca (2017) da fundação Oswaldo Cruz, que mostram o agravamento ainda maior dessa condição dos ACS, devido às novas normativas da PNAB que pretendem com a revisão da política fundir os agentes comunitários de saúde com os agentes comunitários de endemias (ACE), *“o corte de custos pela diminuição de postos de trabalho e a intensificação do trabalho dos ACS e ACE”*, as pesquisadoras chamam a atenção para uma política com a lógica dos mínimos. Não objetivamos mensurar essa lógica na cidade de Londrina, mas considerando que seja implementada, agravaria ainda mais as condições da Atenção Básica. De 2017 para 2018 os ACS são transferidos para a função de Serviço Comunitário de Saúde, o que necessitaria de uma análise mais acurada dos efeitos dessa mudança, ainda em processo, mas que significa uma retirada das atribuições exclusivas dos agentes no território.

Considerando os 1383 agentes que o município tem como teto, podendo credenciar e implantar, os atuais 258 agentes representam apenas 18% da força de ACS que poderiam estar nas ruas, ou seja, quase 80% dos agentes não foram credenciados, lembrando que a falta de credenciamentos, acarreta uma baixa cobertura e que implica em 74% do território desassistido.



4.3 Racismo e atrofiamento da AB

As perguntas cruciais que tentamos responder com esses dados são desafiadoras. Qual a relação entre urbanização e a saúde pública? Como a urbanização se relaciona com os processos de segregação e racismo na cidade? É possível que a urbanização e a organização das cidades, em específico a cidade de Londrina, esteja relacionada com o processo de atrofiamento da atenção primária e da saúde pública?

Hoje não se faz habitação para morar, mas para lucrar. Como a localização do terreno fica a critério das construtoras, as casas são erguidas em áreas distantes e isoladas, onde o custo da terra é mais baixo, favorecendo assim os processos de gentrificação e especulação. As periferias tornam-se regiões onde não há a mínima infraestrutura urbana: o cidadão ganha uma casa, mas perde a cidade, não há linhas de ônibus, escolas públicas, unidades de saúde ou rede de saneamento no local, recentemente, o maior exemplo disso na cidade foi o Bairro Vista Bela e a ocupação Flores do Campos, cada uma em um extremo oposto na Zona Norte de Londrina. Se observarmos isso à luz das pesquisas trazidas no livro “Território e segregação urbana: o “lugar” da população negra na cidade”, veremos que o mapeamento dos bairros com maior população negra, são justamente aquelas regiões onde as UBS mais são atrofiadas (PANTA, Mariana & SILVA, Maria, 2014, pp. 40, 42; PANTA, Mariana, 2013, p. 79).

A forte urbanização e verticalização em Londrina, no período que coincide com o estabelecimento e pulverização das Unidades Básicas de Saúde na malha urbana, expressa onde na cidade circula não só o dinheiro e “sucesso econômico” (o capital), mas os direitos e acesso às políticas públicas, sobretudo a condição e estrutura adequada, física e humana, da política de saúde. O território onde se espalhou essa verticalização na região centro-sul, na mesma medida que concentram a riqueza, expressam em sua outra face a força da segregação racial urbana da cidade, empecilho para a garantia dos pilares basais do SUS: integralidade, igualdade, universalidade e equidade a toda população (PANTA, Mariana & SILVA, Maria, 2014, pp. 40, 42; PANTA, Mariana, 2013, p. 79; LEITZKE, Airton, 2015, p. 15; BARTLO, Roger, 2015, p. 70).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Londrina nos últimos 10 anos, encontrava-se padrões razoáveis na cobertura da população pelas equipes de saúde da família, atingindo 60,42% de cobertura, um marco que se pensado a longo prazo, poderiam melhorar e galgar níveis universalizantes. Mas esses índices foram caindo paulatinamente nos anos que se seguiram, chegando em 2012 a uma cobertura estimada em 64,02% na atenção básica e 49,77% da ESF, uma queda vertiginosa. Em 2017,



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

as estimativas que temos são as piores da década que analisamos desde 2008. terminando com o preocupante 63,20% e 52,68% na cobertura da atenção básica e equipes de saúde da família respectivamente, ambas em queda desde abril de 2014, sendo que em 2018, os dados estimados que dispomos, são ainda mais alarmantes.

Este panorama reflete também, de forma inequívoca o amplo conjunto da saúde coletiva. Londrina, que detém a gestão plena dos recursos da saúde, vem sofrendo com a deterioração do acesso à saúde de qualidade pela população, hoje mais de 200 mil habitantes estão fora do alcance da política de atenção básica no município. Para se ter ideia do tamanho desses números, dos 399 municípios do Paraná, somente 8 deles têm população maior que 200 mil. A população desassistida é maior do que a população total de municípios próximos como Cambé, Apucarana e Araongas por exemplo. É uma população maior do que as populações de Cambé, Rolândia e Ibiporã juntas. As pessoas sem atendimento e cobertura, estão nas periferias da cidade, massivamente onde reside a população negra.

Tratamos aqui da saúde com abordagem ampla, tendo a raça como variável que expressa o racismo nas políticas da AB e PSF. Faz-se necessário compreender que as pessoas adoecem, dado às condições de trabalho, educação, moradia, saneamento, etc. Em suma, deve-se pensar a questão da saúde, em nossas cidades, enquanto totalidade e quando se deixa de fora o debate sobre racismo, nem de longe obteremos uma análise total. A hipótese defendida é que isso se dá somente por meio de um modelo de saúde universal, público, gratuito e descentralizado, que tenham como norteador o combate sistemático ao racismo, considerando as populações negligenciadas na cidade desde sua gênese e fundação, que conte com formas efetivas de controle social e participação popular.

Referências

ALMEIDA, Sílvio L. **O que é racismo estrutural?**. Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

BARTLO, Roger Henrique. **Padrões da segregação residencial em Londrina – PR: 1930 - 2010**. 2015. 189 f. Dissertação (Mestrado em Geografia, Meio Ambiente e Desenvolvimento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

BUCHELE, Fátima; COELHO, Elza Berger Salema; LINDNER, Sheila Rubia. *A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, Feb. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200900100033&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2015.

CANCIAN, N. A. **Cafeicultura paranaense 1900/1970 – estudo de conjunturas**. 1977. Tese (doutorado em história) – Departamento de História, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

ELIAS, P. E. *et al.* **Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo.** acesso em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>>. 2006.

FLEISCHFRESSER, V. **Modernização tecnológica da agricultura: contrastes regionais e diferenciação social no Paraná da década de 70.** Curitiba: Ed. Livraria Chain, 1988.

FRESCA, T. M. **Transformação da rede urbana do Norte do Paraná: o estudo comparativo de três centros.** 2000. Tese (doutorado em geografia) – Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GORDON, David M. **Trabajo segmentado, trabajadores divididos.** La transformación histórica del trabajo en los EEUU. Madri, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1986, p. 236.

LEITZKE, Airton. **Política Habitacional em Londrina-PR: Conjuntos Habitacionais e Regularização Fundiária.** Londrina, 2015.

LONDRINA. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** <http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_2018_2021.pdf>. Conselho Municipal de Saúde, 2017.

LONDRINA, PML - Prefeitura Municipal de Londrina. OGM - **Ouvidoria Geral do Município.** AMS/AMS-Gerência de Planejamento e Qualificação de Servidores, 2018.

MORO, D. A. **Aspectos geográficos da modernização agrícola no Norte do Paraná.** Boletim de Geografia – UEM. Maringá. ano 13, n. 12, out., 1995. p 79- 93.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 1, e00206316, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 dez. 2018. Epub 13-Fev-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00206316>.

BRASIL, Ministério da Saúde - MS/SAS/Departamento de Atenção Básica/IBGE, 2018.

SACHS, J. e Warner, A. **Economic reform and the process of global integration.** Brooking Papers on Economic Activity. 1: 1995.

SILVA, M. & PANTA, M. **Território e segregação urbana: o “lugar” da população negra na cidade** / Maria Nilza da Silva, Mariana Panta (orgs.). - Londrina : Universidade Estadual de Londrina, 2014.

SOUZA, Alexsandro. Nas franjas da cidade: o cotidiano de negros moradores do Jardim União da Vitória. pp. 67-86. In SILVA, M. & PANTA, M. **Território e segregação urbana: o “lugar” da população negra na cidade**, 2014.