

**EIXO TEMÁTICO 4 | SEGURIDADE SOCIAL: ASSISTÊNCIA SOCIAL, SAÚDE E
PREVIDÊNCIA****DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS UNIDADES DE SAÚDE EM LONDRINA-
PR: territorialização de políticas públicas de saúde e urbanização****SPATIAL DISTRIBUTION OF HEALTH UNITS IN LONDRINA-PR: territorialization of
public health policies and urbanization****Izabelle Cristina Gusmão da Silva¹****Osmar Fabiano de Souza Filho²****Léia Aparecida Veiga³****Julio Cesar Fernandes Alves de Lima⁴****RESUMO**

O uso dos equipamentos de saúde desempenha um papel fundamental na promoção do bem-estar e na melhoria da qualidade de vida da população. Esses equipamentos são essenciais para o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, além de oferecerem serviços de promoção da saúde e acompanhamento médico regular. Com isso em vista, esse artigo tem como objetivo discutir e problematizar a distribuição territorial das unidades básicas de saúde em Londrina/PR. A importância da proposta decorre da valorização das políticas de saúde em nível municipal e na garantia de acesso aos serviços de saúde pela classe trabalhadora. A metodologia da proposta consiste em uma análise quanti-qualitativa das unidades de saúde em Londrina e sua territorialização. Os resultados preliminares indicam que, para além da distribuição em todas as regiões da cidade, deve-se acompanhar uma divisão mais equânime dos recursos da saúde, a fim de combater as distorções e ter-se em Londrina áreas que concentram recursos e outras que não.

¹ Bacharel e licenciada em Geografia pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento (PPGPPD).

² Mestre em Geografia pela Universidade Estadual de Londrina (2023), é licenciado (2019) e bacharel (2022) em Geografia, além de especialista no Ensino de Geografia (2021), pela mesma instituição.

³ Doutora em Geografia pela Universidade Estadual de Maringá, Mestre em Geografia, Meio Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade Estadual de Londrina. Especialista em Análise Ambiental em Ciências da Terra pela Universidade Estadual de Londrina. Bacharel e licenciada em Geografia pela Universidade Estadual de Londrina. Licenciada em Pedagogia (2017) pela FATEC.

⁴ Graduado em Geografia pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (2022). Mestrando em Geografia pela Universidade Estadual de Londrina (2023).

Palavras-chave: políticas públicas; territorialização; diferenciais de renda.

ABSTRACT

The use of healthcare equipment plays a fundamental role in promoting well-being and improving the quality of life of the population. These equipments are essential for the diagnosis, treatment, and prevention of diseases, as well as for providing health promotion services and regular medical monitoring. With this in mind, this article aims to discuss and problematize the territorial distribution of basic healthcare units in Londrina, PR. The importance of the proposal stems from the valorization of health policies at the municipal level and in ensuring access to healthcare services for the working class. The methodology of the proposal consists of a quantitative and qualitative analysis of healthcare units in Londrina and their territorialization. Preliminary results indicate that, beyond distribution across all regions of the city, a more equitable division of healthcare resources should be pursued to address distortions and ensure that certain areas of Londrina concentrate resources while others do not.

Keywords: public policies; territorialization; income differentials.

1 INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde é um aspecto fundamental do bem-estar social sendo também determinante chave da qualidade de vida para os indivíduos. A prestação de serviços de saúde, facilitada por uma variedade de equipamentos médicos e instalações, desempenha um papel crucial no diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, bem como na promoção da saúde geral e no monitoramento médico regular. No entanto, a distribuição equitativa desses recursos de saúde permanece um desafio significativo em muitas regiões.

Neste contexto, este artigo tem como objetivo aprofundar o conhecimento acerca das dinâmicas complexas que envolvem a distribuição territorial das unidades básicas de saúde em Londrina, PR em 2024. Ao examinar a alocação geográfica das instalações de saúde, buscamos lançar luz sobre a extensão em que o acesso aos serviços médicos essenciais está distribuído em diferentes áreas da cidade. Esta discussão é crucial não apenas para entender o estado atual da prestação de cuidados de saúde em Londrina, mas também para abordar disparidades existentes e promover políticas de saúde mais inclusivas.

A importância desta pesquisa reside em suas implicações para políticas de saúde em nível municipal e a acessibilidade aos serviços de saúde, especialmente para a população trabalhadora. Ao analisar criticamente a distribuição espacial das unidades de saúde, pretendemos destacar áreas de melhoria potencial e defender uma alocação mais equitativa

de recursos para garantir que todos os residentes tenham acesso aos serviços de saúde essenciais.

Metodologicamente, este estudo pode ser caracterizado como de abordagem abrangente, combinando análise quantitativa com insights qualitativos para fornecer uma compreensão detalhada da territorialização da saúde em Londrina. Através do exame de diversos fatores que influenciam a distribuição de recursos de saúde, incluindo demografia, indicadores socioeconômicos e considerações geográficas, objetivamos identificar áreas de preocupação e oportunidades para intervenção.

Resultados preliminares indicam que, embora as unidades de saúde estejam distribuídas em diferentes zonas da cidade, há a necessidade de uma alocação mais equilibrada de recursos para abordar efetivamente disparidades existentes. Ao defender uma distribuição mais equitativa de recursos de saúde, espera-se contribuir para os esforços contínuos para melhorar o acesso aos serviços de saúde e promover equidade em saúde em Londrina.

2 TERRITORIALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO ESPAÇO URBANO: A SELETIVIDADE ESPACIAL

Não há uma única, nem melhor, definição sobre o que é política pública. Entretanto, a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, quaisquer decisões e análises sobre uma política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença isso causa. Assim, a política pública pode ser resumida como o campo de estudo que procura simultaneamente "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (Souza, 2006).

Das diversas definições e modelos sobre políticas públicas, podemos extrair e sintetizar seus elementos principais: a política pública possibilita diferenciar o que o governo planeja fazer e o que realmente faz (Souza, 2006).

Neste artigo, a política pública é caracterizada pela participação predominante de atores governamentais na formulação das políticas. Outra questão fundamental, pontuada por Secchi, guarda relação direta com a clássica definição de política pública proposta por Dye (1972, p. 1): tudo o que os governos decidem fazer ou não fazer. Neste momento, é necessário distinguir entre a ausência de uma política pública e a inação de um agente durante uma das etapas da política. Conforme argumentado por Secchi (2013, p. 6), a política pública deve ser

compreendida como uma diretriz e, portanto, pode ou não ser implementada.

Antes de discutir a territorialização, é necessário analisar o conceito de território. Raffestin (1993) distingue espaço e território ao afirmar que espaço e território não são termos equivalentes, é fundamental compreender que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, sendo o resultado de uma ação conduzida por um ator. A apropriação de um espaço, seja ele concreto ou abstrato (por exemplo, por meio da representação), leva o ator a "territorializar" esse espaço (Raffestin, 1993, p. 143).

Refletindo sobre a palavra territorialização, situada no contexto da Amazônia brasileira, Pierre Teisserenc em *Ambientalização e Territorialização* (2010), elucida que o termo territorialização já implica, em primeiro lugar, um processo que inclui agentes, ações nas quais eles participam, várias e cotidianas relações na forma de alianças ou redes de jogos, práticas objetivas e subjetivas em diferentes escalas espaciais. Através de suas interações, atividades e procedimentos, esses participantes colaboram para criar formas de apropriação, tanto materiais quanto simbólicas, do espaço que incluem aspectos econômicos, políticos e culturais (Teisserenc, 2010).

De modo geral, as políticas públicas têm sido implementadas no Brasil com base na territorialização de duas perspectivas: uma perspectiva de reordenamento/reorganização territorial buscando atualizar as políticas tradicionais de desenvolvimento regional, passando a dar ênfase à importância da consideração de uma escala menos abrangente, como é o caso da escala micro ou mesorregional, em vez das grandes regiões do país. Em contrapartida, uma abordagem que destaca a implementação de políticas públicas específicas em nível territorial, geralmente com foco setorial e diferenciado ou universal, visando alcançar maior eficácia na descentralização dessas políticas.

Para Rocha (2012), o problema para orientar as políticas públicas está exatamente em como elas se especializam na forma com que são conduzidas. A utilização das práticas espaciais como políticas públicas não é para afirmar direitos, mas sim para manter o status quo político e econômico. A compreensão aqui é que as políticas públicas são direcionadas de maneira fragmentada, privatizada, clientelista e individualizada. Então, o espaço urbano passa a ser disputado e até controlado, de acordo com Rocha (2012).

Nesse sentido, Lima (2008) ainda nos lembra que as políticas públicas reconfiguram os territórios pelo fato de incidirem seletivamente no espaço geográfico. A razão para isso é que estas modelam feições no território em formas e conteúdos sociais, redefinindo fixos e fluxos

no espaço. Ao pensar nessa perspectiva urbana, a seletividade espacial das políticas públicas atribui uma diferenciação a elas, onde sua produção está conectada com jogos de poder entre interesses particulares contínuos e a plena afirmação dos direitos urbanos.

Para fins metodológicos e em virtude da brevidade deste trabalho, vamos selecionar apenas a seletividade espacial como prática para pensar as políticas públicas e o urbano. A eleição do local e dos recursos que dão início à formação da estrutura espacial é resumidamente revelada como esse processo (Moreira, 2001). Dessa forma, se considerarmos as políticas públicas como práticas espaciais, podemos afirmar que a sua afetividade contribui para a produção do urbano.

Além do mais, nos mostra que a prática espacial pode gerar diferenciações, uma vez que sua aplicabilidade está diretamente ligada aos jogos de interesses entre grupos diferentes, os quais imprime seletividade espacial na distribuição de serviços básicos. Muitas vezes, a ineficácia revela-se como estratégia política, no entanto, é preciso pensar na perspectiva dos direitos e considerar o urbano não apenas como um "tecido urbano", mas sim como um espaço permeado por relações de poder, a fim de refletir melhor sobre políticas públicas.

3 A FORMAÇÃO TERRITORIAL DE LONDRINA: CLASSE DOMINANTE E SUA HEGEMONIA NO PROCESSO POLÍTICO LONDRINENSE

Com isso, o controle sobre o território é central para o exercício do poder e legitimação da classe dominante, de forma que o território é visto como um campo de luta, onde diferentes grupos sociais buscam afirmar seus interesses e reivindicações (Harvey, 1992).

A materialização do território ocorre quando uma classe social dominante impõe sua visão de tempo e espaço sobre as demais, influenciando, assim, a organização e a estruturação do espaço geográfico. Assim, Londrina, enquanto um território, foi construído historicamente a partir do estabelecimento de relações sociais de poder e dominação. Em sua história, Londrina foi construída como parte do processo de colonização e expansão da fronteira agrícola do café na região sul do Brasil. Nesse contexto, uma elite agrária e imobiliária se estabeleceu hegemonicamente, composta por grandes proprietários de terras e empresas imobiliárias, desempenhando o controle da organização e estruturação do território (Tomazi, 1997).

Londrina é produto de um processo de ajuste espacial, com a comercialização de suas terras visando acelerar em maior escala seu processo de acumulação da Companhia de Terras

Norte do Paraná (CNP), empresa de capital inglês responsável pela colonização deste território. O ajuste espacial se deu com a expansão das fronteiras agrícolas com a compra das terras visando a produção de algodão, o que na prática dilatava a área de circulação e influência do capital inglês sobre outros territórios (Souza Filho, 2023).

E mesmo com a interrupção da intencionalidade de produzir algodão, a criação de uma empresa para comercialização de terras e a criação de um mercado imobiliário, promoveu o retorno ao investimento desenvolvido na região oriundo de um processo de acumulação excedente anterior. Essa classe dominante impõe sua visão de tempo e espaço sobre a cidade, promovendo uma rápida urbanização voltada para atender às necessidades do setor agrícola em expansão.

Nesse processo histórico, constitui-se uma elite agrária centrada na busca por renda da terra e acumulação de capital, o que se refletiu na rápida expansão da fronteira agrícola e na concentração de terras nas mãos de poucos, mesmo que Londrina tenha uma menor concentração de terra que outras cidades do mesmo porte. A concepção de espaço dessa classe privilegiava a exploração dos elementos da natureza e a instalação de infraestruturas voltadas para o escoamento da produção agrícola, em detrimento das necessidades da classe trabalhadora que estava surgindo (Souza Filho, 2023).

A produção agrícola foi se modificando ao longo do tempo, primeiro a produção do algodão foi interrompida, depois desenvolveu-se a cultura do café – que é um elemento central na produção deste território – e mais recentemente, após 1980 deu-se a especialização para culturas como a soja, trigo e milho. A mudança da cafeicultura para lavouras temporárias intensivas em mecanização ocasionou o êxodo rural, transformando trabalhadores rurais em assalariados urbanos (Tomazi, 1997).

Esse território então, se desenvolve sob a égide dos interesses de suas elites hegemônicas, e a criação de questões urbanas, como a falta de moradia são consequências diretas destes processos. Esse modelo de desenvolvimento baseado na comercialização da terra como mercadoria fortaleceu os interesses da elite agrária e contribuiu para a reprodução das desigualdades socioespaciais, no qual áreas urbanas, como zona norte e zona leste, foram segregadas e estruturadas na decorrência destes, com bairros periféricos surgindo para abrigar os trabalhadores rurais migrantes e outros grupos marginalizados (Da Silva, 2004).

A desigualdade gerada por esses processos evidencia-se na distribuição desigual de recursos e serviços urbanos. Bairros periféricos, habitados principalmente por trabalhadores,

com menores rendas e muitas vezes enfrentando carências de infraestrutura básica, como saneamento, transporte público de qualidade e o acesso a equipamentos sociais. Enquanto isso, áreas mais centrais, ou com co-centralidades, são valorizadas e beneficiadas por investimentos em infraestrutura e serviços de qualidade (Da Silva, 2004).

Essa divisão espacial reflete não apenas uma distribuição desigual de serviços urbanos, mas, especialmente, na segregação socioeconômica que limita as oportunidades de desenvolvimento e qualidade de vida para os residentes das áreas desfavorecidas. Pode-se identificar como certas áreas de Londrina são ativamente apropriadas e vivenciadas pela população, enquanto outras são deixadas de lado e negligenciadas pelas políticas públicas e pelo mercado imobiliário. Historicamente, Londrina foi influenciada pela elite agrária e pelo capital imobiliário, que moldaram a distribuição de recursos e oportunidades na cidade. Esse processo resultou em uma segregação socioespacial evidente, onde áreas periféricas enfrentam carências de infraestrutura básica, incluindo acesso limitado a serviços de saúde de qualidade. Essa segregação reflete-se na territorialização dos equipamentos de saúde. Bairros mais centrais e valorizados concentram uma maior oferta de serviços médicos, enquanto áreas periféricas são negligenciadas nesse aspecto. Essa disparidade na distribuição geográfica dos serviços de saúde cria barreiras significativas ao acesso, especialmente para comunidades com menores rendas e maior vulnerabilidade socioeconômica (Da Silva, 2004).

Nesse sentido, evidencia-se as relações de classe que dão origem ao território e a cidade de Londrina no qual, as elites hegemônicas impõem suas concepções da realidade aos demais. Gestou-se, assim, uma cidade e um território orientados ao lucro imediato e pela capitalização da renda da terra, mas, concomitantemente, criou-se uma classe trabalhadora contra-hegemônica que busca acessar e permanecer na cidade. Assim, torna-se fundamental defender ações políticas que busquem revolucionar o espaço urbano e garantir o acesso universal a oportunidades e serviços de qualidade, visando construir uma cidade mais justa e inclusiva para todos. A seguir apresenta-se uma discussão acerca da distribuição espacial das Unidades Básicas de Saúde pela cidade de Londrina.

4 TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: A DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS UBS EM LONDRINA

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro associa a perspectiva territorial à diretriz da descentralização em sua concepção, por meio da estratégia de regionalização das ações e

serviços de saúde. Assim, configura-se como um projeto de organização do sistema de saúde que deve atender à diversidade regional do país, sendo unificado, descentralizado e hierarquizado em todo o território nacional. O principal objetivo deste modelo é expandir o acesso à saúde (universalidade e integralidade), atender às necessidades locais, envolver a participação social e utilizar os recursos de forma eficiente (Gadelha *et al.*, 2011).

Apesar disso, o SUS, que foi criado e estabelecido no final dos anos 1980, enfrentou a complexidade do cenário político dos anos 90 ao se observar uma mudança no padrão de intervenção do Estado - e na direção da descentralização de responsabilidades e recursos no país, com impactos significativos nas relações. A complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual e com um sistema político federativo é continuamente tensionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais, como revelado pela experiência brasileira (Gadelha *et al.*, 2011).

Após o diagnóstico feito pelo movimento da Reforma Sanitária nos anos de 1970 e 1980, em relação aos serviços oferecidos à população, foram identificados problemas relacionados à oferta de serviços em algumas unidades de saúde e ausência em outras; além da centralização e fragmentação do atendimento, prejudicando as camadas sociais mais pobres. Assim, o processo de territorialização na saúde tem início na Constituição de 1988, e com a criação do SUS através das diretrizes organizativas: as ações e serviços devem ser regionalizados e descentralizados para os municípios. Os serviços foram organizados com base no nível de complexidade, na população e na localização geográfica (Gondim *et al.*, 2008).

A municipalização dos serviços de saúde resultou em uma nova organização das ações e serviços da atenção básica, articulada em redes, visando ampliar a cobertura populacional em um território capaz de lidar com os problemas de saúde da população residente na área delimitada. Para Gondim *et al.* (2008) devido às diferenças regionais relacionadas à densidade populacional, muitos municípios ainda enfrentam dificuldades na operação dos serviços de saúde, apesar da municipalização ter trazido benefícios ao promover a autonomia.

Para facilitar a gestão dos serviços e recursos de saúde pelos municípios, bem como estabelecer um enfoque mais gerencial, foi emitida a portaria nº 4.279 de 2010, quando o SUS passou a ser estruturado com base em arranjos de acordo com as particularidades das densidades tecnológicas. Ou seja, parte-se de um nível de menor densidade e capacidade de atendimento, para um intermediário, até o nível de maior densidade: Primária (básica), secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade) de atenção (Conselho

Nacional de Saúde, 2011).

A Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017 revisou a Definição da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), antes definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2012, em seu artigo 2º, como: “um conjunto de atividades de saúde individual, familiar e coletiva que abrange promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e vigilância em saúde”. Além disso, a PNAB destaca que a APS é descentralizada e capilarizada; ela precisa estar próxima da vida das pessoas e ser o ponto de contato preferencial, a principal porta de entrada e centro de comunicação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2011), a Atenção Primária à Saúde deve ser formada por uma equipe multidisciplinar que atende a toda a população, integrando e coordenando os cuidados, bem como suprindo suas necessidades de saúde.

Durante a implantação das equipes de Unidades Básicas e Saúde da Família, é possível dividir o município em vários territórios. Os usuários e as equipes, a capacidade de estrutura física e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições inerentes ao local em que se encontra inserido são peculiaridades presentes em cada território (BRASIL, 2009). Segundo Mendes (2011), em saúde, os territórios podem ser: 1) Território distrito: define uma área administrativa de assistência, incluindo um conjunto de pontos de atenção à saúde e uma população inscrita. Visa aproximar o poder administrativo público da comunidade; 2) Território-área: é equivalente ao campo de atuação de uma ou, no máximo, três equipes de saúde. Visa planejar as ações, organizar os serviços e viabilizar os recursos para atender às necessidades dos usuários residentes no território, com foco na vigilância à saúde; 3) Território microárea: uma unidade territorial corresponde à área de atuação de um Agente Comunitário em Saúde (ACS).

Assim, a territorialização envolve ação, movimento ou processo de construção e formação de territórios por meio da apropriação, uso, identificação e enraizamento em áreas específicas do espaço através das dinâmicas políticas, econômicas ou culturais. Foi dessa forma que se resolveu a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de Atenção Primária à Saúde, ou seja, territorializando os serviços e cadastrando (a descrição da clientela, como é conhecida) a população em seu interior (Faria, 2013).

A influência das condições sociais da população é direta no processo de saúde e doença, sendo assim, a territorialização ajuda no planejamento de medidas eficazes em saúde e voltadas para atender às necessidades dessa população. Respeitar as etapas que a

territorialização exige é necessário para o desenvolvimento de ações em saúde para que a equipe de saúde possa acessar as características do território e sua população em cada etapa do processo de territorialização.

A territorialização é parte da organização da rede de serviços e das práticas de saúde locais no SUS. No entanto, as áreas limítrofes territoriais são frequentemente mal definidas e incluídas nas delimitações de territorialidade para a implementação dos programas e ações de saúde, o que resulta em desigualdade no acesso aos serviços pelos usuários do SUS. Isso impacta negativamente a atenção em saúde pública, minando e enfraquecendo o princípio de universalidade do SUS.

Neste contexto, convém salientar o exposto por Mendonça (2004, p. 189), quando menciona que: na cidade, o espaço urbano emerge de contradições imensas que permitem a coexistência do melhor e pior da sociedade. Dessa forma, além da riqueza e do acesso privilegiado à informação sobre os fluxos financeiros, entre outros, também se observam as manifestações mais fortes de violência, pobreza e exclusão. Isso aponta para a gravidade das questões socioeconômicas e ambientais que prevalecem neste espaço. Nesse sentido, observa-se que o espaço urbano está diretamente relacionado com a condição de saúde das populações.

A Carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação para a promoção em saúde: 1) Políticas públicas saudáveis devem ser elaboradas e implementadas; 2) Deve-se criar ambientes favoráveis à saúde; 3) É importante fortalecer a ação comunitária; 4) Habilidades pessoais devem ser desenvolvidas, e, 5) O sistema de saúde deve ser reorientado. O contexto da urbanização e da cidade é perpassado por este conjunto de ações, direta e indiretamente.

As UBS desempenham um papel fundamental na implementação do Programa Saúde da Família e de toda a estratégia de Atenção Básica, contribuindo para a universalização da saúde pública no país. Durante 40 anos, essas unidades foram sendo consolidadas na malha urbana de Londrina e hoje somam 42 unidades dentro da região, do total de 54 no município; sendo assim distribuídas: na zona urbana há um total de 7 UBS no centro, 11 no Norte, 9 no Sul, 8 a leste e 7 a oeste. Somadas às 12 instaladas na zona rural, conforme informações do site da Prefeitura Municipal de Londrina (2023).

No estudo de Ferri *et al.* (2023) sobre as UBS em Londrina, a produção das UBS Cafezal, Cabo Frio/Imagawa, Itapoã e Marabá foi verificada como a maior, com mais de 70 mil atendimentos/procedimentos identificados em 2016, representando respectivamente 4,14%, 3,82%, 3,78% e 3,63% de todos os atendimentos os atendimentos no município. Unidades com

menor representatividade em 2016 foram Centro (0,63%), São Luiz (0,64%), Ernani (0,70%), Regina (0,72%), Maravilha (0,79%), Selva + Três Bocas (86), Mister Thomas e Irerê + Taquaruna que atenderam menos de 20 mil procedimentos. De acordo com os autores, na zona urbana, as unidades Centro, Ernani e Mister Thomas podem ter uma produção menor devido ao tamanho reduzido da população referente à área de abrangência (Ernani e Mister Thomas) ou ao perfil socioeconômico dos moradores da região (UBS Centro), demonstrando que UBS urbanas, em geral, revelaram-se mais dispendiosas do que as rurais devido à preferência da maioria dos servidores com maior tempo de serviço pela zona urbana (Ferri *et al.*, 2023).

Durante esses anos, a urbanização de Londrina evidenciou os processos de segregação urbana na cidade que reproduziu uma lógica de cidade que não acolhe todos em sua plenitude de acesso aos direitos. Apesar da disponibilidade quantitativa de serviços de saúde na cidade, é crucial realizar uma análise qualitativa dos mesmos, pois as consequências da distribuição desigual de recursos são amplas e impactam diretamente na saúde das comunidades em áreas periféricas. A falta de acesso a cuidados médicos preventivos e tratamentos adequados contribui para maiores incidências de doenças evitáveis e crônicas nessas regiões. Além disso, as barreiras financeiras e de transporte exacerbam ainda mais a dificuldade de acesso aos serviços de saúde disponíveis em outras partes da cidade, principalmente na região central onde há mais alocação de recursos.

5 CONCLUSÃO

Na perspectiva em que se destaca a dimensão espacial do processo saúde-doença das populações, a Geografia apresenta contribuições neste contexto. A importância do foco específico nas questões urbanas aumenta à medida que se concentra nos espaços urbanizados um número maior de habitantes. Se a população, que se pretende assistir, não tiver acesso aos recursos profissionais, materiais ou financeiros presentes nos serviços, apenas a presença destes não assegurará melhores níveis de saúde. Relevando esse aspecto, apresentadas foram as possíveis discrepâncias na distribuição dos serviços de saúde básica, entre as diferentes regiões urbanas de Londrina.

Destacando, que os maiores aportes não, em via de regra, se destinaram às zonas com maior número de famílias carentes. Todavia, respeitou os maiores números de atendimentos realizados por cada unidade. Somando a variável do custo de pessoal sendo o maior dispêndio

das unidades básicas, e por vezes, os profissionais mais qualificados estando nas unidades de zonas financeiramente mais abastadas. Contudo, a peregrinação de profissionais, diariamente, entre unidades distintas, tem sido uma medida comum no município, a fim de contornar os pequenos quadros de pessoal e possíveis carências de serviços. Destarte, as etapas de territorialização dos serviços de saúde se apresentam como uma metodologia geográfica, passível de grande contribuição, ao acompanhamento rumo à manutenção e melhora da qualidade junto do impacto dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DA SILVA, Willian Ribeiro. Novos centros, novas centralidades, novas diferenças. A fragmentação do espaço urbano de Londrina. In: **Geografia**, v. 29, n. 1, p. 55-70, 2004.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. In: **Hygeia**, Uberlândia, v. 9, n. 16, p. 131-147, 2013.

FERRI, Camila Moliani *et al.* Custos e saúde pública: um estudo comparativo dos custos em Unidades Básicas de Saúde no município de Londrina/PR. In: **Revista Gestão e Secretariado (GeSec)**, São Paulo, v. 14, n. 7, 2023.

DYE, Thomas. **Undertanding Public Policy**. Englewwod Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1972.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois *et al.* Desenvolvimento Territorial: Articulação de Políticas Públicas e Atores Sociais. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, 2011.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, p. 237-255.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

LIMA, Ivaldo Gonçalves. Território de Políticas Públicas. In: **Segundo seminário do Projeto Rio Democracia-caderno de textos**. Observatório de Favelas: RJ, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDONÇA, Francisco. S.A.U.-Sistema Ambiental Urbano: uma abordagem dos problemas socioambientais da cidade. p. 185-208. In: MENDONÇA, Francisco. (org.). **Impactos Socioambientais Urbanos**. Curitiba: Ed. da UFPR, 2004.

MOREIRA, Ruy. As categorias espaciais da construção geográfica das sociedades. In: **GEOgraphia**. Niterói, n. 5, a. 3, p.1-18, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA. **Unidades Básicas de Saúde, UBS**. Disponível em: <https://saude.londrina.pr.gov.br/index.php/unidade-basica-saude.html>.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

ROCHA, André Santos da. Seletividade Espacial das Políticas Públicas e o Território Urbano – Algumas Reflexões. In: **Geo Uerj**, a. 14, n. 23, v. 1, 2012.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. In: **Sociologias**, Porto Alegre, a. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA FILHO, Osmar Fabiano de. **A PRODUÇÃO SOCIAL DO ESPAÇO URBANO E O PROGRAMA MINHA CASA MINHA VIDA EM CIDADES DO AGLOMERADO URBANO DE LONDRINA/PR (2009-2019)**. 2023. p.199. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Geografia) – Centro de Ciências Exatas, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

TEISSERENC, Pierre. Ambientalização e Territorialização: situando o debate no contexto da Amazônia brasileira. In: **Revista Antropolítica**, n. 29, p. 153-179, 2010.

TOMAZI, Nelson Dacio. **Norte do Paraná: história e fantasmagorias**. 1997. Tese de Doutorado. Tese (doutorado em História) Universidade Federal do Paraná, Curitiba.