



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

GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

**CARTOGRAFIA SOCIAL: AS GEOTECNOLOGIAS APLICADAS
AO MAPEAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA EM
SÃO BORJA, RS**

Eduardo Cechin da Silva¹
João Paulo Gonçalves de Oliveira Junior²
Roberto Barboza Castanho³

Resumo. Este trabalho consiste no mapeamento e análise acerca da distribuição das unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de São Borja, RS. Metodologicamente, realizou-se uma revisão bibliográfica, pesquisa documental, tabulação de dados e mapeamento dos pontos de interesse. Foram identificados obstáculos, os quais geram desigualdades entre as regiões são-borjenses, seja pela falta de profissionais, de certos serviços, sobrecarga de demandas ou a sua área de abrangência. Por fim, será proposta uma nova regionalização, visando contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos usuários da Saúde Pública, especialmente de regiões mais vulneráveis da cidade.

Palavras-chave: Saúde Pública; Regionalização; Geotecnologia; São Borja; Serviço Social.

Abstract: This paper consists of mapping and analyzing the distribution of Family Health Strategy (ESF) units in the city of São Borja, RS. Methodologically, a literature review, documentary research, data tabulation and mapping of points of interest were conducted. Obstacles were identified, which create inequalities between the regions of São Borja, whether due to a lack of professionals, certain services, overload of demands or their area of coverage. Finally, a new regionalization will be proposed, with the aim of contributing to improve the quality of life of Public Health users, especially in the city's most vulnerable regions.

Keywords: Public Health; Regionalization; Geotechnology; São Borja; Social Work.

¹Aluno de Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Pampa - Campus São Borja, bolsista PROBIC/FAPERGS no Laboratório de Estudos e Pesquisas Transfronteiriças em Cartografia Socioambiental (LEPETRACS), eduardocechin.aluno@unipampa.edu.br.

²Aluno de Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Pampa - Campus São Borja, bolsista PIBIC/CNPq no Laboratório de Estudos e Pesquisas Transfronteiriças em Cartografia Socioambiental (LEPETRACS), joaopgdoj.aluno@unipampa.edu.br.

³Professor Titular do Departamento de Serviço Social e Professor Colaborador do Mestrado Acadêmico de Serviço Social e Proteção Social da Universidade Federal do Pampa - Campus São Borja, doutor em Geografia pela Universidade Federal de Uberlândia, coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas Transfronteiriças em Cartografia Socioambiental (LEPETRACS), robertocastanho@unipampa.edu.br.



1 - INTRODUÇÃO

Conhecer a localização de oferta de serviços, principalmente a saúde, é imprescindível para a otimização do tempo que os cidadãos dispõem para a busca de auxílio de situações adversas relacionadas à temática saúde e bem estar. Nesse sentido, esta pesquisa versa sobre a regionalização das Unidades Básicas de Saúde Pública na cidade de São Borja, no Rio Grande do Sul. Este trabalho tem por objetivo analisar criticamente a distribuição das unidades de saúde pública de São Borja com base nos dados obtidos, para futuramente, ser proposto uma nova regionalização caso se faça necessário. Portanto, a pesquisa em construção é quanti-quali, dado a quantificação do número das características das Estratégia Saúde de Família (ESF), junto a sua composição profissional e a análise crítica das mesmas.

Levando em consideração o recorte espacial, o espaço geográfico de São Borja, localizado no estado do Rio Grande do Sul, fazendo divisa com a Argentina, contém uma área de 3.616,690 km², tendo uma população de 59.676 habitantes, com densidade demográfica de 17,05 habitantes por km² (IBGE, 2022).

Metodologicamente, a pesquisa estruturou-se em etapas, sendo elas: a) revisão bibliográfica de produções teóricas sobre os temas que envolvem a Saúde Pública, atenção básica ou primária, Serviço Social, regionalização sob o aspecto da geografia crítica e uso das geotecnologias para mapeamento de Unidades Básicas de Saúde Pública; b) revisão documental sobre disposições legislativas entorno da ESFs e Equipe de Saúde da Família; c) busca pelos dados em sites do governo e da prefeitura da cidade, tal como foram feitas ligações as instituições de saúde em relação a composição do corpo profissional, sua abrangência, número de atendimentos, suas coordenadas e fotos por meio de trabalho de campo; c) tabulação dos dados específicos as ESFs da cidade; d) mapeamento dos estabelecimentos citados com base em imagens geradas pelo Google Maps e realizados com design de *Snazzy Maps*; e) análise crítica dos números obtidos, os quais poderão ser vistos no mapa e no gráfico desenhado, com base nas leituras feitas ao longo da pesquisa.

As geotecnologias, amparadas pelos Sistemas de Informações Geográficas (SIG), que são sistemas de Hardware, Software, informação espacial, procedimentos computacionais e recursos humanos, dispõem de importantes tecnologias para aprimorar a formulação e avaliação de políticas públicas, portanto, a análise das Unidades Básicas de Saúde pública sob o mapeamento do município gaúcho de São Borja, concerne a uma leitura científica da distribuição espacial das mesma nesta cidade, ou seja, a análise crítica da atual regionalização, das diferenciações, desigualdades entre suas regiões.



2 - SAÚDE PÚBLICA NO ASPECTO DA REGIONALIZAÇÃO E DA GEOTECNOLOGIA

Enquanto profissionais do Serviço Social, os/as assistentes sociais podem atuar em diversos setores da sociedade, porém encontram-se em uma grande parcela no primeiro setor (administração pública), sendo 78,16% no nível nacional, resultado da tendência histórica do Serviço social na esfera pública (Tenório *et al.*, 2005), assim os assistentes sociais operam também nas instituições da saúde pública, a fim de promover justiça social.

Contudo, é desafiador viabilizar os direitos da classe trabalhadora, porque ela é a única afetada negativamente no antagonismo de classe, mesmo em um Estado regido por uma constituição que apresenta exigências democráticas, a classe trabalhadora é cada vez mais afastada de seus direitos, devido os interesses da classe dominante burguesa.

Destarte, refletindo a fala de Gramsci ([19--] *apud* Giustina; Luiz, 2021) de que, malgrado a predominância do consenso no Ocidente, seus Estados não deixam de praticar sua força sobre os de baixo, com o intuito de atender os seus interesses. Estando interconectado ao ditado de Lênin (2019, p.85): “a repressão de uma classe significa a desigualdade dessa classe, sua exclusão da ‘democracia’”.

Portanto, a violação de direitos dos usuários expressa-se de diversas maneiras por meio das expressões da questão social, manifestando-se na pobreza, no desemprego e na violência, “com profundo espírito público, esses profissionais [do Serviço Social] são constantemente desafiados por contradições e desigualdades socialmente (re)produzidas” (Iamamoto, 2007, p. 141).

Em consonância, a indiferença às demandas sociais por parte do Estado, são combatidas pela classe trabalhadora por intermédio da resistência, que também é uma das expressões da questão social, a qual possibilitou – através de muita luta –, que a Saúde Pública fosse conquistada no Brasil.

Tal política pública tem um caráter universal, fazendo parte do tripé da seguridade social, tendo sido influenciado pelo modelo beveridgiano proposto do Plano Beveridge de 1942, na Inglaterra (Behring; Boschetti, 2011), independente, como disposto na Constituição Federal de 1988, de sua condição financeira, de classe, gênero, raça, orientação sexual e deficiência, ainda que existam específicas legislações na atualidade, que tipificam o atendimento especializado para específicos segmentos sociais.

Essa primazia é instituída no art. 196 da Constituição Federal de 1988, como sendo um dever do Estado garantir que a mesma se materialize como um direito de todos, devendo ser acessada igualitária e universalmente através das políticas sociais, que promovam a proteção dos usuários desta política pública. Disto, a saúde pública universal e



de qualidade passa ser regulamentada com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, legitimando o Sistema Único de Saúde (SUS) no país (BRASIL, 1990).

Mesmo com a desconstrução da concepção unilateral de saúde proporcionada a partir do momento em que o SUS foi estabelecido, reiterando esta política pública para além de, unicamente, tratar de doenças e buscar curas, ainda, a atuação do Serviço Social no setor da saúde permanece centrada na atenção hospitalar (Martini; Dal Prá, 2018, p. 120). Implicando a falta desses trabalhadores aos usuários do nível básico de complexidade do SUS, propondo atender, analisar, investigar e acompanhar as demandas sociais resultantes das complexas relações sociais do capitalismo.

Entre as propostas para a Estratégia Saúde da Família (ESF), com alcance individual e coletivo, estão: “*estar geograficamente próximo às comunidades*, a criação de vínculo contínuo entre os usuários, as equipes e as unidades de saúde, o planejamento, baseado nas realidades locais” (Kanno; Bellodi; Tess, 2012, p. 886, grifo nosso).

Para o conhecimento dos alcances geográficos, é necessário a elaboração de um mapeamento das regiões, que antes de tudo, requer apreender os conceitos que o envolvem, a exemplo da região e da regionalização.

Consequentemente, denotado por Corrêa (1986, p. 22), a região

Está ligada à noção fundamental de diferenciação de área, quer dizer, à aceitação da ideia de que a superfície da Terra é constituída por áreas diferentes entre si. A utilização do termo os geógrafos, no entanto, não se faz de modo harmônico: ele é muito complexo. Queremos dizer que há diferentes conceituações de região.

Dessa maneira, ainda de acordo com o mesmo autor, esta diversidade conceitual acerca de região se dá em decorrência das diferentes formas em que a Geografia é utilizada, por meio do Determinismo Ambiental, do Possibilismo, da Nova Geografia e, também, da Geografia Crítica; esta última que será parte fundamental para interdisciplinaridade do presente trabalho junto ao Serviço Social, em decorrência que “essa corrente [Geografia Crítica] está fundada no materialismo histórico e na dialética marxista, por isso assume o caráter revolucionário para romper com as posturas empiristas” (Santos, 2010, p. 13).

A partir da filosofia do materialismo histórico-dialético e crítico, a regionalização é um produto social advindo de respostas ao Capitalismo, não podendo de forma alguma deixar de lado a importância de discutir a totalidade e a perspectiva de classes para a constituição das regiões (Contel, 2015).

A regionalização se faz presente nas diretrizes do SUS, neste contexto em específico, se faz em prol de um reordenamento das localizações dos serviços oferecidos, principalmente em cidades pequenas, presenciada a dificuldade dessas localidades em



fornecer certos serviços necessários, gerando uma desigualdade entre as regiões (Governo Federal, [202-]).

A dimensão territorial, o seu ordenamento e sua (re)elaboração são defendidos a partir da Constituição Federal de 1988, em prol de uma equidade regional no que tange os serviços de saúde pública entre diferentes lugares de moradias, como metrópoles, zonas rurais, periferias, entre outros (Duarte; Contel; Balbim, 2013).

Mesmo com os “avanços” globais, com os efeitos de reconfigurações territoriais socioeconômicas e político-institucionais (Viana; Iozzi, 2019), em homogeneizar países, e conseqüentemente suas regiões internas, as disparidades e desigualdades são acrescentadas, influenciando na contínua diferenciação entre áreas (Santos, 1996)

Concomitantemente, o processo de regionalização é um ato político, com fundo econômico, sendo influenciados pelas condições sociais a praticarem as mudanças a longo curso entre regiões, constituídas por determinações, especificidades e características sócio-regionais (Duarte; Contel; Balbim, 2013).

Conforme poderá ser visto com os dados da pesquisa na subseqüente seção, em vista do trabalho realizado na cidade gaúcha de São Borja, é exposto o que Viana e Iozzi (2019) redigem, que os municípios-polo e as cidades litorâneas são as macrorregiões que mais recebem serviços e tecnologias em contraste a outros lugares desassistidos.

Todas essas atividades e redes-suporte com enormes densidades de “ciência”, “informação” e “tecnologia” são o resultado direto da modernidade imposta pela globalização, e são parte constitutiva do “meio técnico-científico-informacional”. A difusão desse novo tipo de meio geográfico, porém, é extremamente seletiva, sobretudo nos países periféricos: há parcelas dos territórios que apresentam densidades técnicas e informacionais mais elevadas, e parcelas em que estes elementos aparecem com menor intensidade ou de forma “linear” ou “pontual”. As demais áreas, impregnadas de um meio técnico mais “obsoleto”, seriam o lócus de vida dos atores não hegemônicos e da população mais pobre (Contel, 2015, p. 456).

Devido a cidade em loco ter, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2022, 59.676 mil habitantes, a mesma é de médio porte (de 50.000 a 100.000 mil habitantes), classificada pela tipologia municipal da organização como urbana (IBGE, [20--]). Estando num intermediário entre cidades que recebem quase nenhum investimento e cidades que mais recebem investimentos governamentais. Entretanto, o município por ser dividido desde 2014 em quatro distritos, sua maioria fazendo parte de territórios afastados, a título de exemplo, Nhu-Porã, Samburá e Sarandi, acomete que o único distrito “acessível” e com localização via satélite para melhor precisão, seja a sede da cidade homônima.

As geotecnologias são extremamente importantes para se planejar o espaço urbano, permitindo assim, o uso racional do espaço e conseqüentemente subsidiar a estruturação de uma cidade que possa oferecer melhor qualidade de vida para sua população. E com toda a problemática socioambiental urbana que encontra-se hoje, a aplicação do geoprocessamento pode ser uma técnica para reduzir esses problemas (Leite, 2006, p. 64).



Esta tecnologia pode ser aplicada em diversas ocasiões, aumentando a velocidade de pesquisas e estudos, essencial para criação de mapas, para investigações de territórios urbanos e campestres.

Por exemplo, em um estudo de Schiavo *et al.* (2015, p. 1528) sobre a ocupação em São Borja, os mesmos aproveitaram das geotecnologias de maneira oposta ao da pesquisa deste trabalho científico, devido ao seu leque de ferramentas, onde “foram utilizadas imagens do satélite *Landsat 5*, sensor TM (*Thematic Mapper*), dos anos de 2000, 2005 e 2010, sendo que as mesmas apresentam resolução espacial de 30 metros”.

Assim, podendo ser compostas pelo Sistema de Informações Geográficas (SIG), abrangendo *Hardwares*, *Softwares*, informações espaciais, procedimentos computacionais e recursos humanos (Nowatzki; Delazari; Paula, 2023)

Da mesma maneira, denotado por Druck (2002), o SIG permite a integração, armazenamento, manipulação e exibição de dados georreferenciados, possibilitando entender relações complexas entre variáveis dentro de um contexto espacial e tornando possível a leitura de diversas informações. Além do SIG, fazem parte das geotecnologias diversas ferramentas, tais como, Cartografia Analógica e Digital, Sensoriamento Remoto, Sistema de Posicionamento Global (GPS), aerofotogrametria e geodesia.

Fazendo ser viável a utilização desta ferramenta no âmbito social, para avaliar, aprimorar e formular políticas públicas, visto que nos princípios éticos das/dos assistentes sociais estabelecidos em 1993, é defendido a gestão democrática, sua participação na formulação e gerenciamento das políticas sociais, a fim de transformar a vida dos indivíduos afetados pelas disparidades geradas pelo desigual acesso a estas políticas; neste caso, a complexidade básica da Saúde Pública no município de São Borja, no Rio Grande do Sul.

3 - MAPEAMENTO DAS ESFs EM SÃO BORJA, RS

A noção de desigualdade sobre a Saúde Pública em São Borja é gerada primeiramente pela falta de informações tanto virtuais como documentais, sobre a abrangência, os tipos de serviços e funcionários disponíveis aos usuários.

Antes de tudo, referente a ideia da composição da saúde na cidade conforme as informações obtidas, os bairros abrangidos pelo atendimento do ESF 15 ao ESF 18, são incertos, dado que os moradores possibilitados de procurarem tais estabelecimentos devem fazer parte dos seus “arredores”. Uma conotação vaga para interpretação, sem a possibilidade de saber a composição dos “arredores”.

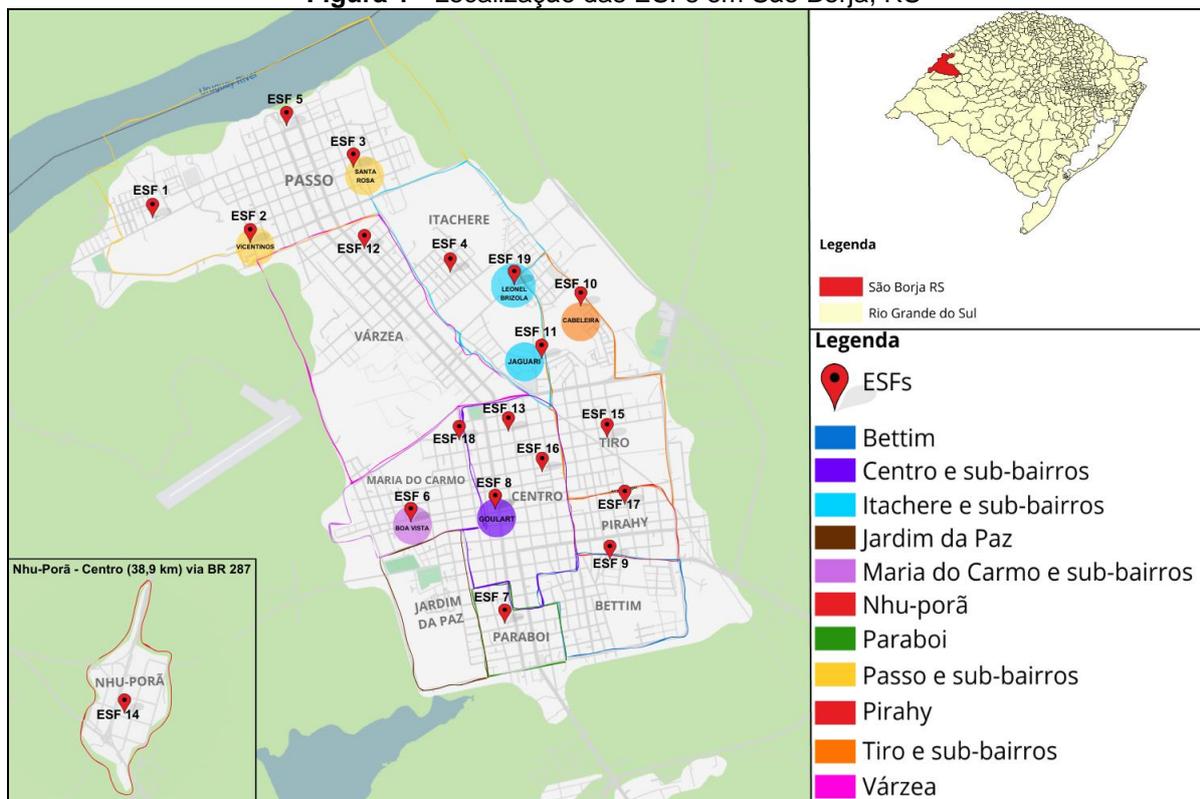
Outra questão remete a equipe móvel, a qual também é vaga na descrição sobre a abrangência ao classificar que atende vinte e quatro (24) localidades do interior sem ESF



fixo, sem citar nomes e locais definidos em si para o conhecimento dos pesquisadores e do público em geral.

Através das imagens de satélite, coletadas por um *software* online (*Snazzy Maps*) que possibilita uma visão detalhada e atualizada dos acessos da cidade, acompanhado por diversas revisões bibliográficas, desenvolveu-se um mapa do estado e da cidade de São Borja, destacando ESFs, bairros, sub-bairros e distritos (Figura 1). Possibilitando uma compreensão maior sobre as localidades frisadas, capacitando analisar e propor, futuramente, uma nova regionalização para o município.

Figura 1 - Localização das ESFs em São Borja, RS



Fonte: elaboração dos autores (2024)

No geral, todos ESFs, exceto um, abrangem entre dois (2) a cinco (5) localidades, por si só, estes dados não traduzem toda a diferenciação entre áreas existentes em São Borja. Com isso, condizente ao número de ESFs por bairro, o Passo tem o maior contingente desses pontos de saúde pública, seguido pelo Centro e Itacherê que têm (3) ESFs cada, enquanto Maria do Carmo e Tiro acessam 2 (dois) estabelecimentos do tipo, e com apenas um (1) locais de saúde primária, estão Bettim, Paraboi, Várzea e o distrito de Nhu-Porã, ostensivamente, o bairro Jardim da Paz não tem nenhum ESF na localidade, apesar de constituir a abrangência de outros.

Além disso, uma das tarefas desta pesquisa é pontuar a existência dos vários profissionais que podem compor a equipe multiprofissional da Saúde Básica ou Primária,



objetivando conhecer a falta de certos recursos providenciados pela saúde primária em determinadas regiões, pois

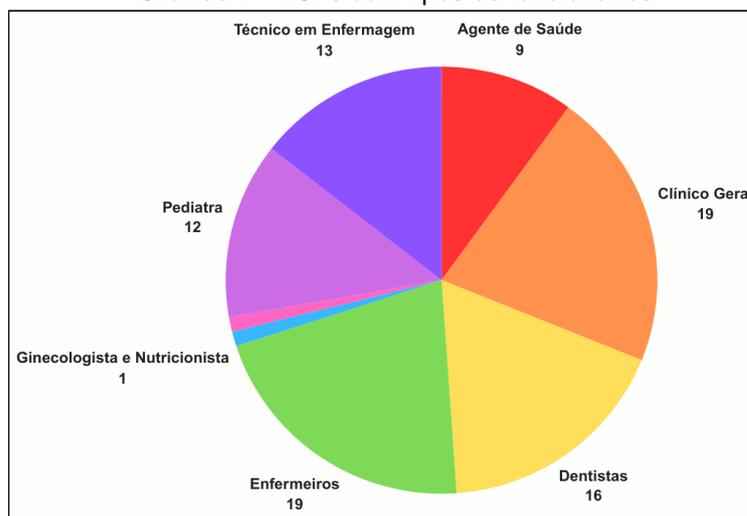
[...] o contexto de crise política, institucional e econômica do período recente (pós-2015) criou barreiras para a interlocução entre atores da política setorial e intersetorial, dificultando a criação de propostas conjuntas de concretização dos princípios fundantes do SUS (Viana; Iozzi; 2019, p. 6).

Remetente às características dos funcionários desses estabelecimentos de saúde pública, houve uma falta da disponibilização de informações na sua plenitude, alguns ESFs informam apenas alguns tipos de funcionários e explicam que há um certo número de outros não especificados, o que complica uma comparação completa entre o corpo profissional dos postinhos de saúde.

Em intendo a Política Nacional de Atenção Básica, a composição das Equipes de Saúde da Família, os quais são parte fundamental dos objetos urbanos em análise, devem ser compostos, no mínimo, por médico generalista ou especialista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; podendo ser adicionado a equipe, os profissionais e técnicos da saúde bucal (Brasil, 2012).

Para analisar esta diferenciação de serviços públicos entre lugares da cidade, de início, pelos profissionais mais recorrentes, que são Clínicos Gerais e Enfermeiros, que, indiscutivelmente, atendem a todos ESFs, a todos bairros são-borjenses, podendo ser olhado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - ESFs com tipos de funcionários



Fonte: elaboração dos autores (2024)

Quantitativamente seguidos pelos profissionais da saúde bucal, os Dentistas, se encontram em dezesseis (16) ESFs da cidade, fazendo com que os locais remotos da



cidade atendidos pela Equipe Móvel não tenham acesso a este profissional através da atenção primária à saúde, bem como o distrito Nhu Porã e o bairro Maria do Carmo.

Outro serviço essencial, necessário para o auxílio ao trabalho dos enfermeiros, são os técnicos em enfermagem, que segundo a referenciada portaria devem estar incluídos na equipe multiprofissional do posto de saúde. Infelizmente, treze (13) ESFs tem tais profissionais enquanto outros seis estabelecimentos (6) estão sem.

Em sintonia, os agentes de saúde, são denominados como assignados a nove (9) ESFs, excluindo do mapa de cuidado o saneamento básico de dez (10) ESFs, fazendo com que os agentes comunitários de saúde, conforme as informações disponibilizadas, não atendam aos seis (6) bairros do município.

Descumprindo a obrigatoriedade estabelecida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual dispõe sobre a composição do supracitado local básico da saúde pública, junto ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Coligado aos dados, os pediatras são outros atuantes da equipe multiprofissional necessária para a efetivação da saúde primária regional que estão em falta, em especial ao bem estar e ao desenvolvimento infantil, das dezenove (19) instalações, sete (7) não têm no corpo profissional, o respectivo trabalhador.

O município de São Borja em 2013 ocupou a 67ª colocação na taxa de mortalidade infantil, com 24,5 óbitos por mil nascidos vivos no ranking a respeito da taxa de mortalidade no Rio grande do Sul, porém na última atualização do ranking em 2022, São Borja se encontrava em 225ª colocado com 7,55 óbitos infantis (IBGE, 2022). Este dado expressa a importância da inserção de pediatras na rede pública, principalmente na saúde primária, para combater e prevenir mortes no período da infância.

Por ser mais recente sua inclusão no atendimento à saúde da população por meio da entrada básica dessa política pública, os nutricionistas, em analogia aos ginecologistas, são os únicos prestadores de serviços que existem em apenas uma (1) ESF no município.

A inserção de nutricionistas é fundamental nesses objetos urbanos para contribuir na melhoria de vida e do bem estar populacional, por existirem altas porcentagens de sujeitos com obesidade no Rio Grande do Sul, igual a 23.2% de pessoas do sexo masculino e 20.3% de pessoas do sexo feminino (Ministério da Saúde, 2020). Com o desaparecimento deste tipo de atendimento, poderá ocasionar em complicações longínquas, sendo que é na atenção primária onde estes profissionais atuam de maneira preventiva, para a diminuição da taxa de obesidade e outras condições que requeiram acompanhamento nutricional.

Outra situação precária é em relação a saúde feminina, com a enorme falta de ginecologistas na Saúde Primária ou Básica da cidade, podendo ser encontrado esse profissional apenas em um local, o ESF 6: Emílio Trois da Mota, que abrange, tecnicamente,



apenas três sub-bairros: Boa vista, São João Batista, ambos pertencentes ao bairro Maria do Carmo e Jardim da Paz.

Nesse quesito, mulheres de outros bairros e/ou vilas da cidade, não podem consultar com uma ginecologista, a não ser no Hospital João Goulart, o qual divide-se entre saúde pública e particular, que se encontra no Centro, de certo modo, impedindo o melhor gerenciamento da saúde das mulheres, que são de acordo com o IBGE (2022), 51% da população municipal. Assim, afetando as mais pobres, que talvez não possam se locomover até estas regiões, por inúmeros motivos.

A falta de profissionais, juntamente com os obstáculos para dar entrada à saúde pública e de qualidade, dificultam a vida das mulheres no Brasil. Cerca de 13% das mulheres brasileiras não vão ao ginecologista na Saúde Pública, entre os motivos está a dificuldade de agendar de consultas, a ausência desse profissional próximo a sua residência (Ferraz Junior, 2022).

O resultado desta falta de procura pelo ginecologista, como mostrou o Instituto Nacional de Câncer, pode acarretar em diversas complicações, majoritariamente a alta taxa de mortalidade por câncer de mama e ginecológico, sendo a doença que mais mata mulheres no Brasil (*apud* Ferraz Junior, 2022).

Os exames de prevenção são ferramentas principais para redução da taxa de mortalidade feminina. Estes instrumentos para diminuição de óbitos são acessados através de consultas médicas, portanto, uma contradição se faz presente na Saúde Pública, pois o impedimento da paciente ao médico, é resultado da própria falta de profissionais da área.

Destacando o quadro de trabalhadores que efetivam a funcionalidade dos serviços prestados pelo SUS, o qual atende milhares de indivíduos na cidade, em relação fluxo mensal de atendimentos das Unidades Básicas de Saúde, nota-se uma enorme demanda com esta amostra dos ESFs na região Centro, com apuramento expressivo de atendimentos mensais. Sendo assim, cerca de 15% dos moradores da cidade são atendidos apenas nesta Unidade Básica de Saúde.

Propulsionando a uma sobrecarga, não apenas aos serviços oferecidos, mas também aos profissionais, devido ao número não tão expressivo destes, notado que todos os estabelecimentos têm unicamente um (1) médico geral. Tornando as demandas expressivas, tal como o trabalho desgastante, para amostra, a ESF 5: Ricardo Pinheiro, atende 4.226 pessoas. Indo além do que foi estabelecido no terceiro inciso das especificidades da Equipe de Saúde da Família,

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o



grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (Brasil, 2012, p. 54).

Também infringindo esta requisição, que torna aviltante o dia-a-dia dos trabalhadores do local, é a ESF 16: Dr. Andrade Damasceno de Jesus, a qual atende ao Centro e seus arredores, lidando, em média, com 10 a 15 mil usuários mensalmente em busca de acompanhamentos, encaminhamentos, exames e tratamentos.

Consolidando uma leitura entorno da questão da saúde-doença com base na biologia, psicologia, sociologia e geografia, um “mero” atendimento demanda muito de quem o faz, especialmente quando são acrescentadas atribuições que não sejam suas, dada a falta de assistentes sociais e psicólogos nos ESFs; para tanto, impactando na qualidade dos serviços prestados, dos diagnósticos e dos tratamentos realizados, devido o confronto com o tempo escasso permitido pela produtividade exigida (Kanno; Bellodi; Tess, 2012).

Se houvesse para além da inserção mínima de profissionais obrigatórios da Equipe de Saúde da Família – o que já não ocorre em São Borja –, a contratação de assistentes sociais para a atenção primária do SUS, colocaria em ação a base do Projeto Ético-Político, do projeto da Reforma Sanitária, bem como defenderia a Política de Saúde Pública frente a sua precarização, a fim de promover a cidadania (Martini; Dal Prá, 2018).

Dessa forma, conforme o nono fundamento do último Código de Ética da/o assistente social (CFESS, 1993, p. 24), é obrigatório estar em “articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as”.

Os profissionais do Serviço Social defendem igualmente as outras categorias profissionais, pois todos compartilham da característica de assalariamento. Porém, a/o assistente social se distingue dos outros nos diferentes setores que é inserido, em razão de estar comprometido com as lutas sociais. Tal como, tendo compromisso na situação inerente a pesquisa, em exigir dos gestores, governantes, políticos municipais e afins – com base nos dados obtidos –, urgentes transformações para a mais acessível e eficaz regionalização da saúde pública na cidade.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de mapear e visualizar as desigualdades entre regiões, isto é, a regionalização, se faz de extrema importância para a diminuição das disparidades regionais sob vista das questões socioeconômicas e ambientais, que envolvem a população de um determinado local estudado, o qual nesta pesquisa foi a cidade de São Borja, no Rio Grande do Sul. Portanto, o mesmo foi possível com o desenvolvimento de mapas através do



programa online *Snazzy Maps*, que fornece imagens de satélite, podendo ser observado a diferenciação das regiões onde estão localizadas as ESFs, a fim de propor uma regionalização dessas mesmas, podendo assim alterar a vida dos habitantes de São Borja.

Evidencia-se que São Borja é uma cidade com uma população com mais de 50 mil habitantes, sendo considerada como urbana, ao lado de uma grande extensão territorial, de forma que as localidades entre as ESFs sejam afetadas, havendo disparidades de serviços proporcionados pelas mesmas, principalmente aos moradores de vilas e os trabalhadores rurais nos outros distritos do município, os quais são Nhu-Porã, Samburá e Sarandi.

Relacionado a dimensão numérica de Unidades de Saúde Pública na cidade correspondem a dezenove (19). Desses, todos têm acesso, pelo menos, a Clínico Geral e Enfermeiros, apesar de a legislação especificar que estes tipos de unidades, devem ser compostos por uma equipe composta além desses, com Agentes de Saúde, Dentista e Técnicos em Enfermagem. Os quais, respectivamente, fazem parte de nove (9), (16) dezesseis e treze (13) objetos urbanos de saúde primária.

Foi observado na tabela 1, uma quantidade excessiva da população dividida em bairro diante dos quadros de profissionais atuantes, gerando uma contradição, pois com a sobrecarga nas instituições, acarreta a uma exclusão massiva de consultas, dada a falta de profissionais em determinados locais, como as regiões remotas de São Borja, Várzea, Bettin, Maria de Carmo, Paraboi e Pirahy.

Por exemplo, a exponencial falta de Ginecologistas nas cidades, faz com que apenas um (1) bairro na cidade tenha acesso a este, vulnerabilizando e precarizando a saúde das mulheres em São Borja. Outro profissional em falta são os Nutricionistas, com os mesmos números descritos acima pelo outro especialista, ainda que novos na composição da atenção básica ou primária, estes podem contribuir muito para a melhoria da qualidade de vida da população.

O que necessita que assistente sociais estejam incluídos no corpo profissional da saúde básica, pois os mesmos atribuem em sua formação, a busca pela justiça social, a promoção da cidadania, o qual junto a colaboração das geotecnologias, e também do mapeamento realizado no presente trabalho, poderá demandar do governo, do município o atendimento às requisições legais de determinados profissionais que faltam na maioria das ESFs são-borjenses, tal como a viabilização às necessidades da população.

4 - REFERÊNCIAS

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 213.



BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 62 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2023. 267 p.

BRASIL. **Lei nº 8080, 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. Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 18055, 20 set. 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 22 out. 2011.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. Brasília: CFESS, 1993. 60 p.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Câncer de mama: prevenção, detecção precoce e redução de riscos evitáveis estão entre as estratégias para diminuir a mortalidade. **Site do Governo Federal**, 23 de out. de 2023, Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3193-cancer-de-mama-prevencao-deteccao-precoce-e-reducao-de-riscos-evitaveis-estao-entre-as-estrategias-para-diminuir-mort>. Acesso em: 05 mar. 2024.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde Social**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 447-460, 2015.

CÔRREA, R. L. Região e Organização Espacial. 1. ed. São Paulo: Ática, 1986. 93 p.

DRUCK, S. A geoestatística e os sistemas de informações geográficas. **Revista Espaço e Geografia**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 1-15, 2022.

DUARTE, L. S.; CONTEL, F. B.; BALBIM, R. N. **Regionalização da saúde e ordenamento territorial**: análises exploratórias de convergências. São Paulo: IPEA, 2013. 172 p.

FERRAZ, C. A. de M.; VIEIRA, R. R. T.; BERBERIAN, C. de F. Q.; NÓBREGA, R. A. de A.; DIAS FILHO, N. O uso de geotecnologias como uma nova ferramenta para o controle externo. **Revista do TCU**, Brasília, v.1, n. 133, p. 42-53, maio/ago. 2015.

FERRAZ JUNIOR. Cerca de 13% das mulheres brasileiras não vão ao ginecologista. **Jornal da USP**, 12 de mar. 2019, Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/cerca-de-13-das-mulheres-brasileiras-nao-va-ao-ginecologista/>. Acesso em: 05 mar. 2024.

GIUSTINA, E. F. D.; LUIZ, D. E. C. O debate do Estado e da sociedade civil em Gramsci e no Serviço Social. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, Minas Gerais, v. 21, n. 1, p. 97-111, jan./jun. 2021.

GOVERNO FEDERAL. Regionalização. **Site do Governo Federal**. [202-]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>. Acesso em: 12 fev. 2024.



IAMAMOTO, M. V. Entrevista com Marilda Villela Iamamoto. [Entrevista concedida a] Equipe da Revista SS&S. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v.6, n. 6, p. 127-142, maio 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. São Borja. **Cidades IBGE**. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-borja/historico>. Acesso em: 01 mar. 2024.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação dos municípios por Tipologia Rural-Urbana**. [20--] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/classificacao_municipios_tipologia_rural.pdf. Acesso em: 01 mar. 2024.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Social**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

LEITE, M. E.; ROSA, Roberto. Geografia e Geotecnologias no estudo urbano. **Caminho de Geografia**, Uberlândia, v. 7, n. 17, p. 180-186, 2006.

LENIN, V. I. **Democracia e luta de classes**. 1. ed. São Paulo, Boitempo, 2019. 222 p.

MARTINI, D.; DAL PRÁ, K. R. A inserção do assistente social na atenção primária à saúde. **Argum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 118-132, jan./abr. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137 p.

NOWATZKI, A.; DELAZARI, L. S. D.; PAULA, E. V. Análise Comparativa entre Métodos para Determinação de Dados Demográficos e Socioeconômicos em Ottobacias: Estudo de Caso da Bacia Hidrográfica do Rio Paranapanema. **Revista Brasileira de Cartografia**, [S. /], v. 75, n. 0, 2023.

SANTOS, G. S. **Teoria da Região e Regionalização**. 1. ed. São Cristão, Sergipe: Universidade Federal do Sergipe, CESAD, 2010.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHIAVO; B. N. V.; TERRA, L. G.; DUARTE, M. M.; GATIBONI, T. N. Uso de imagens orbitais multitemporais para caracterização de uso e ocupação da terra no município de São Borja. **Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental**, Santa Maria, RS. v. 19, n. 2, p. 1526-1534 mai./ago. 2015.

TENÓRIO, M. D.; PRÉDES, R.; MACHADO, R. M. M.; BORGES, M. V. Relações de trabalho. In: CFESS - Conselho Federal de Serviço Social (Org.). **Assistentes sociais no Brasil**: Elementos para o estudo do perfil profissional. 1. ed. Brasília: CFESS, 2005. p. 23-37.

VIANA, A. L. A.; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, [S. /], v. 35, n. 2, p. 1-12, 2019.