

Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil

Implementation of the Family Health Program and socio-spatial exclusion in the city of São Paulo, Brazil

Aylene Bousquat ^{1,2}

Amélia Cohn ^{2,3}

Paulo Eduardo Elias ^{2,3}

Abstract

The present article analyzes the implementation of the Family Health Program (FHP) in São Paulo, Brazil, taking as its reference the occupation of the city's space, characterized by strong socio-spatial segregation. The population coverage and consolidation achieved by the FHP and the partner institutions' legal and institutional formats were identified in 96 Administrative Districts (AD). The study then proceeded to stratify these ADs beginning with their position in a ranked social exclusion map. ADs were classified in five groups. Based on these results, a typology was produced in the FHP implementation in this capital city of the State of São Paulo. Clearly distinct patterns were identified when the ADs were ranked for exclusion/inclusion. FHP implementation was effective within the peripheral ADs, especially those in Group 1, indicating pressure for the Municipal Health Secretariat to comply with its discourse, which had assumed the FHP as a health care model to be implemented throughout the city, at least reaching the entire low-income population.

Family Health Program; Health Policy; Primary Health Care

Introdução

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) vem se configurando como a principal estratégia na organização da atenção básica levada a cabo pelo Ministério da Saúde (MS). Neste cenário, assume especial importância o estudo dos processos de implantação do PSF nas metrópoles, pois é exatamente nessas cidades onde se poderá confirmar ou não o êxito da estratégia assumida. Recorde-se que, atualmente, cerca de 75 milhões de habitantes residem nas 36 regiões metropolitanas brasileiras e que estes espaços configuram-se como centrais para a concretização de qualquer política de saúde que se pretenda universal e equânime, como o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) ¹.

A cobertura populacional do PSF nas regiões metropolitanas e nas cidades com mais de 500 mil habitantes vem alcançando percentuais inferiores às coberturas nacionais como um todo. Em 1998, a cobertura do PSF no país alcançava 1,96% e, em 2003, chegou a 33,32%; no mesmo período, nas grandes cidades, estes valores passam de 0,98% para 17,22% ².

No entanto, na maior cidade brasileira, São Paulo, o quadro encontrado difere do verificado na grande maioria das outras metrópoles, pois o PSF foi assumido como estratégia de reorganização da atenção à saúde a partir de 2001. Desde então, essa cidade concentra o maior número de equipes de saúde da família em ativi-

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, Santos, Brasil.

² Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, São Paulo, Brasil.

³ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

A. Bousquat
Centro de Estudos de Cultura Contemporânea,
Rua Airosa Galvão 64,
São Paulo, SP
05002-070, Brasil.
aylenebousquat@uol.com.br

dade no país. Dessa forma, a análise do processo de implantação do PSF na capital paulista pode trazer elementos importantes para se identificar alguns dos constrangimentos e potencialidades existentes na implantação do PSF nas metrópoles.

Porém, em virtude das características de construção do espaço urbano paulistano aliadas a seu *status* atual de metrópole global^{3,4}, a análise da implantação de uma política pública – no presente caso, de saúde – cobra dos pesquisadores a capacidade para realizar a “*conjugação entre já tradicionais e renovadas orientações analíticas*”⁵ (p. 26). Sendo assim, a incorporação do espaço como categoria de análise vem se apresentando como uma rica possibilidade teórico-metodológica, capaz de fornecer subsídios para se desvendar as lógicas aí existentes⁶.

Recorde-se que as especificidades dos processos de constituição do espaço urbano metropolitano, tanto nos países capitalistas centrais, quanto nos periféricos, vêm sendo objeto de numerosos estudos. Não obstante, o diálogo entre esses estudos e as análises de políticas de saúde é um campo ainda pouco explorado, denominado “Geografia da Atenção à Saúde”⁷.

Internacionalmente, essa linha de investigação vem ganhando peso na análise das políticas de saúde⁸. No Brasil, entretanto, “*a questão da espacialidade, da territorialidade brasileira, é sempre deixada de lado nas discussões políticas brasileiras e nas formulações dos planos e políticas públicas*”⁹ (p. 29). E é exatamente nos países capitalistas periféricos, os quais passaram por processos de urbanização pautados por modelo de forte segregação sócio-espacial¹⁰, que a incorporação de abordagem espacial às análises das políticas de saúde apresenta grandes possibilidades.

Com o intuito de explorar as potencialidades desse referencial teórico o presente artigo tem por objetivo avaliar a implantação do PSF na metrópole de São Paulo entre 2001 e 2003, tomando por referência os processos sócio-espaciais de exclusão social.

Breve recuperação do processo de implantação do PSF na metrópole paulista

O PSF começou a ser implantado na capital paulista em 1995, durante a administração estadual de Mário Covas, por meio de ação conjunta entre o MS, a Secretaria de Estado da Saúde e duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini. Foi denominado de Qualidade Integral em Saúde (QUALIS).

Em seu início, a administração Marta Suplicy (2001-2004) se defrontou com uma situação singular: o município não se integrava a qualquer modalidade de gestão do SUS, mas contava com equipes de saúde da família geridas por organizações sociais parceiras do governo estadual. Ademais, o conjunto da rede municipal de atenção à saúde encontrava-se em situação bastante peculiar em virtude da decisão política da gestão Maluf-Pitta (1993-2000) de adotar no sistema de saúde a transferência de recursos públicos para agentes privados (cooperativas), denominando-a de Plano de Atendimento à Saúde (PAS).

Diante desse quadro, a proposta inicial da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na gestão 2001-2004 foi a de definir o PSF, juntamente com a municipalização e a distritalização, como eixos estruturantes do SUS no município. Foram consideradas estratégias fundamentais para a implantação do programa: abertura de debate político com as lideranças comunitárias; integração à rede de serviços da SMS daquelas unidades de saúde que estavam sob controle do PAS e implantação do PSF nessas unidades; municipalização de 250 unidades de saúde do Estado, visando a transformá-las em unidades de saúde da família; elaboração de proposta de atuação articulada e hierarquizada das unidades de saúde da família com a rede de média e alta complexidade, para garantir a atenção integral à saúde¹¹. Dessas estratégias, sem dúvida a mais bem-sucedida foi a municipalização das unidades de saúde do Estado, incluindo aquelas do QUALIS.

O desenho inicial de implantação do PSF priorizava os distritos administrativos com maior número de famílias com renda de até cinco salários mínimos e a denominava de “população-alvo”. A meta a ser atingida entre 2001-2004 previa a implantação de 1.749 equipes de saúde da família e 875 equipes de saúde bucal. A cobertura prevista aproximava-se de 6 milhões de habitantes, com o que se alcançaria a totalidade da “população-alvo”¹¹. Em fevereiro de 2003, a SMS contava com 572 equipes de saúde da família atendendo a cerca de 2.100.000 paulistanos. Este número de equipes de saúde da família era um pouco inferior à meta prevista, em razão tanto do corte orçamentário de 8% ocorrido na SMS em 2002, quanto da existência de 169 equipes que, por não disporem de médicos, encontravam-se incompletas. Vale destacar que a maior parte dessas equipes sem médicos se encontrava na zona periférica sul da cidade, onde há escassez de equipamentos públicos e dificuldade de fixar médicos nos serviços de saúde. Essa dinâmica, contudo, não cons-

titui peculiaridade do caso paulistano, já que, em 1979, Knox ¹², estudando a distribuição de médicos no Reino Unido, encontrou realidade semelhante, demonstrando que, mesmo após três décadas de implantação do National Health System (NHS), as regiões mais pobres continuavam enfrentando grandes dificuldades para atrair médicos.

Para a operacionalização do PSF, a SMS utilizou-se, como mecanismo para a contratação dos profissionais, da modalidade “convênio” com instituições privadas, as denominadas organizações parceiras. Essa opção merece ser destacada, pois de certa forma representava a continuidade e a expansão da experiência de parcerias iniciada com o QUALIS. Formalmente, cada instituição é responsável por diversas atividades, que vão desde a contratação dos recursos humanos das equipes de saúde da família até a complementação salarial de médicos e enfermeiros do quadro de funcionários da SMS vinculados às equipes de saúde da família. Todavia, há atuações distintas das diversas organizações envolvidas; algumas assumem apenas o papel administrativo e de repasse de recursos financeiros das equipes, enquanto outras agregam a este leque atividades de treinamento, coordenação e supervisão direta das equipes de saúde da família.

Referencial teórico-conceitual

O referencial teórico-conceitual assumido na presente investigação supõe o reconhecimento da heterogeneidade da construção do espaço urbano paulista para analisar o processo de implantação do PSF. Essa escolha decorre da constatação de que o processo de urbanização paulista, que se consolidou nos anos 70, foi marcado por forte viés de exclusão sócio-espacial, podendo-se considerar a concentração de atividades econômicas, particularmente industriais, o eixo organizador da cidade de São Paulo. Essa lógica resultou num modelo de ocupação urbana bastante polarizado e desigual, em que o crescimento demográfico, a migração e a disponibilidade de significativo exército industrial de reserva constituem alguns dos elementos que marcam esse período, caracterizando-se pelo fenômeno da “periferização” ¹³. A partir dos anos 80, no entanto, uma nova lógica econômica se impôs, com aumento progressivo do peso dos setores terciário e quaternário na economia paulistana. Embora o modelo espacial decorrente dessa nova lógica tendesse a ser menos polarizador do que o existente no período anterior, possibilitando inclu-

sive a criação de “subcentros”, não ocorreu ruptura com os padrões espaciais de desigualdade consolidados durante o período de industrialização da capital paulista ¹⁴. Ressalte-se que, da mesma forma que em outras metrópoles transacionais de países capitalistas periféricos, o processo de conformação da metrópole transacional paulista é marcado pela “intensificação e a renovação dos processos sociais de exclusão... Em outros termos, as novas feições na paisagem e a intensificação da exclusão social estão presentes nas metrópoles contemporâneas” ¹⁵ (p. 40), o que aumenta a importância da dimensão espacial da exclusão social na análise de políticas públicas.

Procedimentos metodológicos

A escolha da escala da análise é um procedimento essencial e preliminar nos estudos que utilizam abordagens geográficas. No presente estudo, optou-se pela escala dos Distritos Administrativos, por ser esta a menor divisão administrativa da Prefeitura Municipal de São Paulo e por permitir o diálogo com o *Mapa da Exclusão Social* do Município de São Paulo ¹⁶.

O processo de implantação do PSF em cada um dos 96 distritos administrativos foi avaliado com base em três grandes vertentes: a cobertura, a maturidade e a caracterização das instituições parceiras por referência à sua natureza jurídico-institucional. Todos os dados utilizados foram fornecidos pela SMS de São Paulo.

As coberturas foram calculadas para cada DA em fevereiro de 2003, utilizando o parâmetro da SMS de uma equipe para 3.700 habitantes. Esse cálculo foi realizado tanto para a população total do Distrito, como para a população-alvo (renda familiar inferior a cinco salários mínimos). Coberturas superiores a 70% da população foram consideradas altas; entre 70% e 40%, intermediárias; entre 10% e 40%, baixas; as que atingiram 10% ou menos foram classificadas como residuais.

A vertente maturidade (tempo de implantação) foi escolhida para compor esta análise, pois na pesquisa *Indicadores de Monitoramento da Implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos* ¹⁷, a sua utilização como variável descritiva contribuiu não só na delimitação dos distintos modelos de atenção básica/PSF, como também na avaliação do desempenho destes nos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes. Deste modo, sua utilização no presente estudo tem como objetivo contribuir na diferenciação do estágio de implantação do PSF entre os distritos administrativos, e aqueles que contavam com equipes de PSF implan-

tadas antes de 2000 foram considerados como de maior maturidade

As organizações parceiras foram classificadas segundo sua orientação institucional em três grupos: as religiosas, as universitárias (ligadas a Faculdades de Medicina) e as associativas/comunitárias. No caso da Santa Casa de São Paulo, em que a instituição religiosa é a mantenedora da Faculdade de Medicina, optou-se por classificá-la como universitária.

Após esses procedimentos, os distritos administrativos foram estratificados a partir de sua inserção no *ranking* do Mapa da Exclusão Social do Município, ou seja, do seu índice de exclusão/inclusão social. Esse índice é um indicador composto, construído com 47 variáveis agregadas em quatro grandes áreas: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade. A cada um desses indicadores foram atribuídas notas decimais negativas e positivas, variando de -1 a 1, sendo o zero definido como o padrão básico de inclusão social. Os distritos foram classificados nesses intervalos conforme a distância positiva ou negativa do padrão. A faixa de variação foi dividida levando à identificação de oito estratos de exclusão/inclusão social no município.

Esse procedimento tornou possível a operacionalização do objetivo desta pesquisa, ou seja, cotejar a implantação do PSF com o quadro de desigualdade sócio-espacial presente no município. No entanto, os oito estratos de inclusão/exclusão foram reagrupados em cinco (Tabela 1). Os quatro primeiros estratos do original foram mantidos e os correspondentes aos cinco a oito (os mais bem situados no *ranking*) foram sintetizados em um único estrato (Figura 1). As fundamentações para essa síntese residem basicamente no fato de existirem apenas 18 equipes de saúde da família nestes estratos.

Por fim, buscou-se identificar a existência de regularidades nas três vertentes de análise

(cobertura; organização parceira e maturidade) em cada estrato. Com base nos padrões encontrados, foi construída uma tipologia do processo de implantação do PSF segundo os estratos de exclusão social.

Resultados

O PSF alcança coberturas bastante distintas nos 96 distritos administrativos (Figura 2), mas em apenas quatro deles (Jardim Ângela, Jaguará, Vila Curuçá e Pari) atinge mais de 70% da população. O distrito de Vila Curuçá alcança 100% de cobertura da população (144.226 habitantes).

A cobertura da população-alvo (Figura 3) evidencia, como esperado, um maior número de distritos administrativos (17) com altas coberturas. Além dos cinco distritos administrativos citados anteriormente, agregam-se os de Vila Jacuí, Ermelino Matarazzo, São Lucas, Pedreira, Jardim São Luiz, Campo Limpo, Vila Andrade, Vila Leopoldina, Pinheiros, Barra Funda, Bom Retiro, Bela Vista e Cambuci.

Note-se que 50% dos distritos administrativos apresentam cobertura residual para o PSF, isto é, abaixo de 10% da população total (Figura 2). Em virtude da lógica de implantação do PSF, que priorizou a população de baixa renda, seria de se esperar um número pequeno de distritos administrativos com coberturas residuais para a população-alvo. No entanto, tal fato não se verificou, uma vez que 47% dos distritos administrativos apresentam cobertura de tipo residual para a população-alvo (Figura 3).

Analisando-se o perfil de implantação do PSF nos estratos (Tabela 2), considerando as três vertentes definidas, observa-se que:

O estrato 1 é o único no qual o PSF está implantado em todos os distritos administrativos, sendo também o de maior cobertura média, ao atingir 40% da população total e 56% da população-alvo com medianas respectivas de 42% e 56%. É aquele que concentra as experiências mais antigas de PSF no município, incluindo a mais madura (Vila Curuçá). As entidades religiosas, especialmente a Irmandade Santa Marcelina, respondem pelo maior número de parcerias.

No estrato 2, três distritos administrativos não têm PSF implantado (José Bonifácio, Marilac e Vila Medeiros), e a cobertura média alcança 21% da população total e 31% da população-alvo, com as medianas respectivas de 11% e 17%, sendo bastante inferior à do estrato precedente. Com exceção dos distritos administrativos de Sapopemba, Cidade Ademar e Cachoeirinha, as experiências do PSF são em ge-

Tabela 1

Estratos do mapa da exclusão social. Município de São Paulo, Brasil, 2002.

Estrato	Número de distritos	Índice da exclusão social Pontuação
1	13	-1,00 a -0,75
2	19	-0,73 a -0,50
3	18	-0,49 a -0,27
4	27	-0,24 a 0,00
5	19	0,03 a 1,00

Fonte: Adaptado de Sposati et al. 16.

ral recentes, datando de 2001. Tal como no estrato precedente, as instituições parceiras são entidades religiosas.

No estrato 3, são cinco os distritos administrativos sem PSF (Brás, Jaguaré, Ponte Rasa, Sé e Rio Pequeno), e a cobertura média chega a 20% da população total e 33% da população-alvo, com medianas respectivas de 21% e 32%. As coberturas são semelhantes às do estrato precedente. As equipes de saúde da família são de implantação recente (2001), e as parcerias são realizadas predominantemente com instituições universitárias.

No estrato 4, 14 distritos administrativos não têm PSF implantado; entretanto, em quatro deles os percentuais de cobertura são elevados (Bela Vista, Bom Retiro, Jaguará e Pari), provocando a elevação na média do estrato. Assim, a cobertura média alcança 17% da população total e 31% da população-alvo, ambas com medianas de 0%. Tal cobertura é semelhante à do estrato anterior, mas com distribuição bastante desigual. A implementação do PSF também é recente (2001) e realizada sob comando de organizações universitárias.

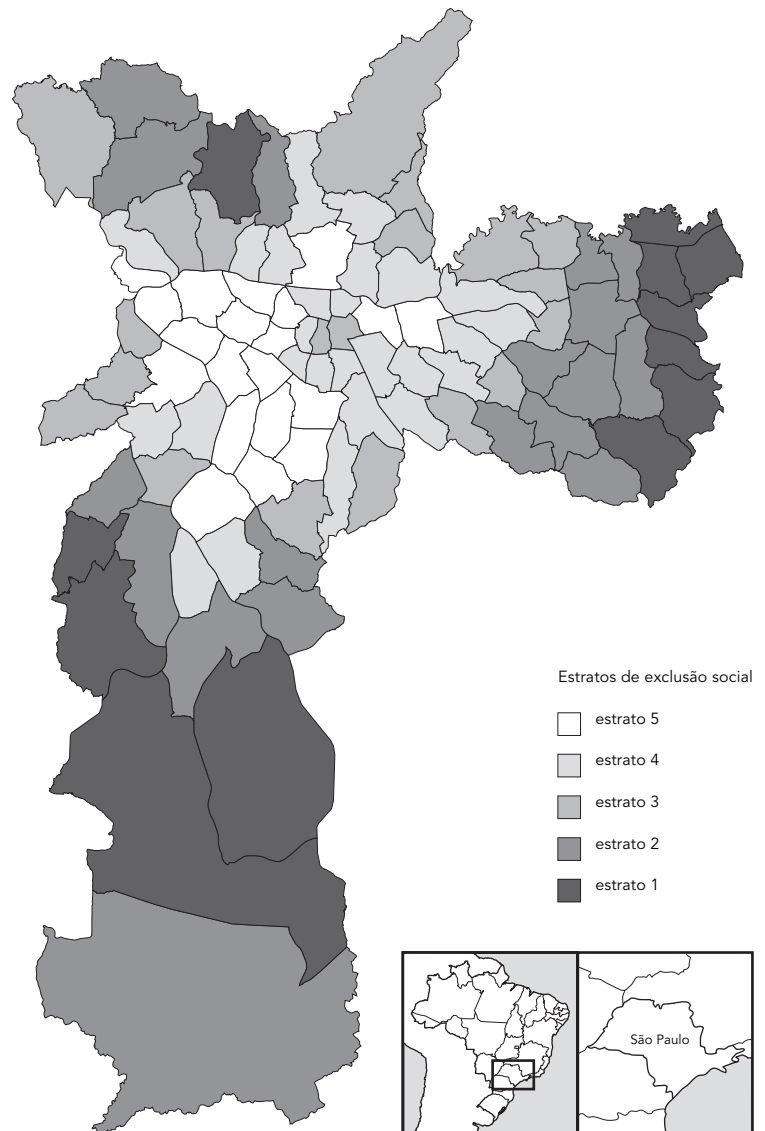
No estrato 5, em 12 distritos administrativos não se verifica a implantação do PSF, o que corresponde a 63% dos distritos deste estrato. Em nenhum deles se verifica alta cobertura para a população total, e em apenas três a cobertura atinge percentuais altos para a população-alvo (Barra Funda, Pinheiros e Vila Leopoldina). A cobertura média do estrato situa-se em 9% da população total e 25% da população-alvo, ambas com as medianas de 0%, caracterizando cobertura residual e desigual. A implantação do PSF é recente, datando de 2001. Em relação às parcerias, mantém-se o mesmo perfil dos dois estratos precedentes.

Discussão

A implantação do PSF na capital paulista apresenta padrões nitidamente distintos quando se toma por referência a inserção dos distritos administrativos no *ranking* de exclusão/inclusão social. Observe-se que a implantação do PSF só ocorre de forma mais abrangente e com grau maior de maturidade nos distritos administrativos mais periféricos, notadamente naqueles pertencentes ao estrato 1. Este achado indica uma certa contradição entre o discurso postulado à época pela SMS e a realidade da efetivação do PSF na cidade. No discurso, apontava-se o PSF como modelo de atenção a ser implantado no conjunto da cidade para no mínimo atingir toda a população-alvo. Embora a

Figura 1

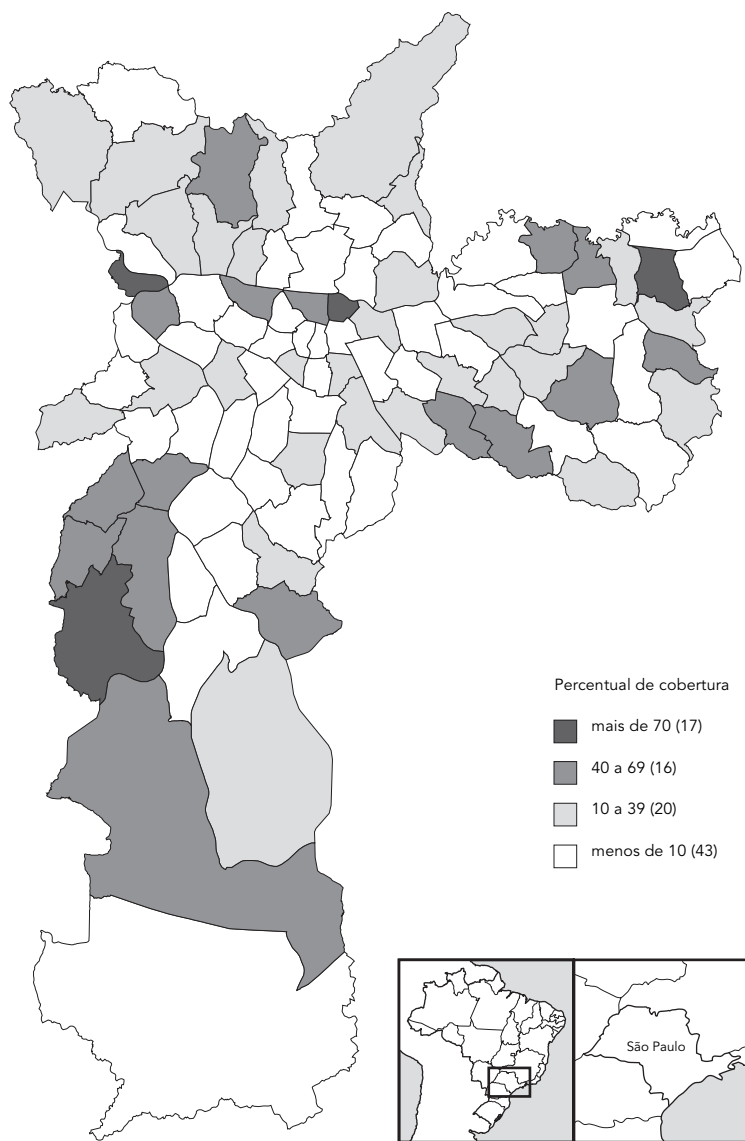
Estratos de exclusão social. Distritos administrativos, Município de São Paulo, Brasil, fevereiro de 2003.



opção por se privilegiar a população-alvo no processo de alocação das equipes de saúde da família pareça bastante coerente, ao não se combinar com um projeto concomitante de expansão da rede básica, fez com que a implantação do PSF se restringisse à rede existente, claramente insuficiente para propiciar cobertura adequada aos munícipes definidos como "população-alvo", pois é sabido que ocorre uma distribuição marcadamente desigual

Figura 2

Cobertura populacional do Programa Saúde da Família (PSF).
Distritos administrativos, Município de São Paulo, Brasil, fevereiro de 2003.



de serviços de saúde, mesmo quando se comparam áreas periféricas¹⁸.

Os dados encontrados indicam uma maior dificuldade para se atingir as populações-alvo não moradoras nos distritos administrativos periféricos. Esse aspecto ganha maior relevância ao se tomar por referência a constituição atual do espaço urbano paulistano, no qual o antigo modelo dual – centro *versus* periferia –, contrastando o centro rico e a periferia pobre,

com escassez de serviços públicos, não se revela mais suficiente como modelo explicativo, pois evidências empíricas¹⁹ apontam para a disseminação da pobreza por toda a cidade, inclusive em áreas restritas próximas ao centro.

Os distritos administrativos nos quais não houve implantação de equipe de saúde da família localizam-se a partir do estrato dois e mantêm percentual crescente até o estrato cinco, apesar de São Paulo concentrar o maior número de equipes de saúde da família no País, revelando mais uma vez a distribuição desigual dos recursos de saúde.

A constatação das diferenças entre as coberturas alcançadas pelo PSF nos distintos distritos administrativos remete a um dos constrangimentos para sua efetiva expansão nas metrópoles, ou seja, a atual política de repasses de recursos implementada pelo MS. Ao se privilegiar o cálculo de cobertura para o município como um todo, acaba-se por privilegiar as cidades de pequeno porte em detrimento das grandes concentrações urbanas, tais como as metrópoles. Nessa situação, para atingir o repasse de recursos correspondente ao dos municípios de pequeno porte, as metrópoles necessitam atingir o mesmo padrão de abrangência populacional, exigência que, no caso das grandes concentrações urbanas, desconsidera a maior complexidade e dificuldade para atingi-la em relação aos pequenos municípios^{20,21}.

Quanto às organizações parceiras, a tipologia elaborada indica a predominância de instituições religiosas na implantação do PSF nos estratos de maior exclusão social. São os estratos 1 e 2, exatamente os que concentram as iniciativas anteriores à gestão 2001-2004, portanto as experiências mais maduras, aquelas em que prevalecem as instituições de cunho religioso, mostrando a vinculação pioneira dessas entidades com a implementação do PSF no município.

A metrópole global se caracteriza por espaços fluidos, nos quais convivem lado a lado locais inseridos dentro dos circuitos superiores da economia²², integrados à dinâmica capitalista mundial, e outros locais – não inseridos e desintegrados, porém necessários – onde ainda existe cotidianamente uma cidade local, repleta, como bem definiu Milton Santos, de “cidadãos incompletos”²³, que não fazem uso da potencialidade da metrópole global. Note-se que, no presente caso, é nos estratos nos quais mais facilmente podem ser identificados os moradores da cidade local que não só o PSF se apresenta com maior cobertura, como também os parceiros são predominantemente entida-

des religiosas, que têm seu *status* social amplificado exatamente na cidade local.

Considerações finais

Ao adotar a perspectiva de que as relações sociais e espaciais são homólogas e dialeticamente inseparáveis^{24,25,26}, a presente investigação permitiu um novo olhar sobre a implantação do PSF na única metrópole global brasileira. Descortinando padrões nitidamente distintos a depender da inserção dos distritos administrativos na metrópole, ela demonstrou as potencialidades deste referencial teórico para a análise de políticas públicas.

Os resultados encontrados possibilitam duas interpretações não necessariamente excludentes. A primeira refere-se ao ritmo e ao processo de implantação, em que se destacam os distritos administrativos periféricos, a indicar a configuração de política pública capaz de contribuir para a diminuição das desigualdades sócio-espaciais na metrópole paulista, denotando uma “discriminação positiva”. A outra indica ser o PSF política pública voltada à população de baixa renda e residente na periferia urbana, evidenciando uma opção de tipo focalizador. O aprofundamento dessas questões necessita de novos estudos capazes de evidenciar o modo de articulação do PSF com a rede de serviços de saúde e o elenco de serviços efetivamente utilizados por essa população.

As instituições religiosas se situam principalmente nas regiões periféricas da metrópole, aquelas com a melhor cobertura e maior maturidade do PSF, caracterizando um tipo de inserção espacial distinto daquele presente nas universidades.

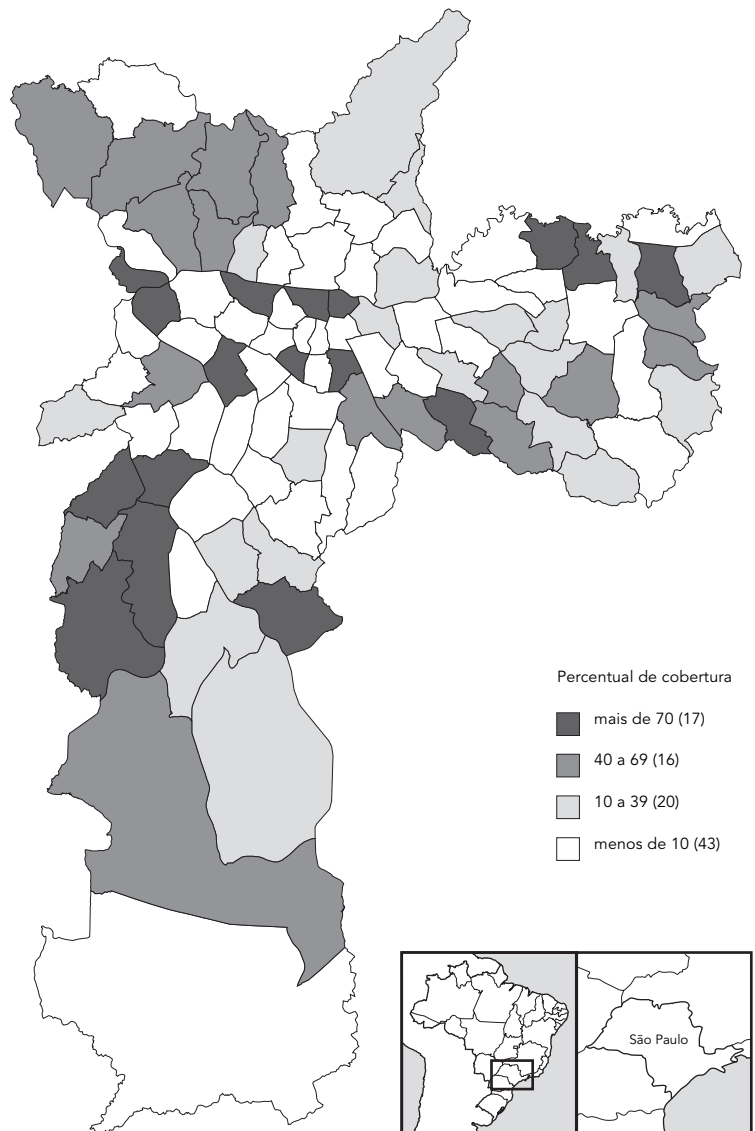
Nos estratos mais bem situados no *ranking* do Mapa da Exclusão, a população-alvo apresenta índices menores de cobertura do que os encontrados nos estratos 1 e 2, denotando dificuldades para se atingir essa população.

Há uma clara tensão entre o discurso da SMS, o qual identificava o PSF como estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no município, e o processo que efetivamente ocorreu, marcado por profunda heterogeneidade. No estrato 5, o PSF se configura como uma política residual ao não estar presente na maior parte dos distritos administrativos e por não alcançar, em termos de cobertura, sequer a população-alvo.

Se no Brasil o PSF inicia sua implantação pelos municípios de pequeno porte – que em grande parte possuem pequena disponibilidade de equipamentos de saúde –, ao se tomar o exem-

Figura 3

Cobertura populacional do Programa Saúde da Família (PSF) e população-alvo. Distritos administrativos, Município de São Paulo, Brasil, fevereiro de 2003.



plo do caso paulistano como ilustrativo da situação nas metrópoles, verifica-se que o padrão brasileiro se repete, ou seja, a implantação se inicia pela periferia metropolitana, também as regiões classicamente com menor oferta de equipamentos públicos. Como esse processo de implantação é relativamente recente nas metrópoles, é o seu acompanhamento que permitirá afirmar se o PSF se consolidará como a estratégia de organização da atenção básica brasi-

Tabela 2

Tipologia da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) por estrato da exclusão social. Distritos administrativos, Município de São Paulo, Brasil, fevereiro de 2003.

Estrato	Maturidade	Organização parceira (tipo predominante)	Distritos sem PSF (%)	Cobertura		População-alvo	
				População total Média	População total Mediana	População-alvo Média	População-alvo Mediana
1	Alta	Religiosa	0,0	40,2	42,0	56,0	56,0
2	Pequena	Religiosa	15,8	21,4	11,0	30,7	17,0
3	Sem	Universitária	27,8	19,7	21,0	32,7	32,0
4	Sem	Universitária	51,8	16,8	0,0	30,9	0,0
5	Sem	Universitária	63,2	9,0	0,0	24,7	0,0

leira consoante o ideário do Ministério e de várias Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Em síntese, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de se aprofundar a investigação do PSF como política pública sob novas perspectivas metodológicas, capazes de incorporar a complexidade urbana e padrões de exclusão sócio-espaciais característicos das

metrópoles de países capitalistas periféricos. Especialmente no caso das metrópoles, o (re)conhecimento das diferenças *nos* e *dos* distintos lugares da cidade torna-se fundamental para a identificação de elementos que contribuam efetivamente na execução de políticas de saúde mais eficazes, isto é, promotoras de equidade social.

Resumo

O presente artigo analisa o processo de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) na capital paulista, tomando por referência a construção do espaço urbano, caracterizado por forte segregação sócio-espacial. Os 96 Distritos Administrativos foram divididos em cinco estratos a partir de sua inserção no ranking do Mapa da Exclusão Social. A cobertura populacional, a maturidade do PSF e a caracterização da natureza jurídico-institucional das instituições parceiras foram identificadas. Com base nos resultados, foi elaborada uma tipologia da implantação do PSF pelos estratos. A implantação do PSF é heterogênea, consolidada apenas nos estratos de maior exclusão, indicando tensão com o discurso da Secretaria Municipal de Saúde, segundo o qual o PSF é modelo de atenção para o conjunto da cidade e com foco inicial na população-alvo com renda de até cinco salários mínimos. Há menor cobertura da população-alvo residente nos estratos superiores, evidenciando um constrangimento para alcançá-la na cidade como um todo. As instituições religiosas estão situadas nos estratos com maior exclusão, aqueles com alta cobertura e maior maturidade, caracterizando um tipo de inserção espacial distinto daquele das instituições universitárias.

Programa Saúde da Família; Política de Saúde; Atenção Primária à Saúde

Colaboradores

A. Bousquat contribuiu na elaboração da metodologia, análise e discussão dos resultados e redação final do artigo. P. E. Elias e A. Cohn colaboraram na discussão dos resultados e redação do artigo.

Agradecimentos

Este artigo é parte do resultado da primeira fase da pesquisa *Avaliação e Construção de Indicadores para o Monitoramento da Implantação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo*, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo no âmbito do Edital de Políticas Públicas (processo n. 01/03003-3).

Referências

1. Caetano R, Dain S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis* 2002; 12:11-23.
2. Bousquat A, Cohn A, Elias PE. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: Viana ALD'A, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 244-65.
3. Santos M. Por uma economia política da cidade – o caso de São Paulo. São Paulo: Editora Hucitec/ EDUC; 1994.
4. Castells M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
5. Ribeiro AC, Silva CA, Vieira H. Em defesa da reflexão na escala metropolitana: o ângulo da saúde. In: Najjar AL, Marques EC, organizadores. *Saúde e espaço – estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. p. 23-42.
6. Bousquat A. Para a incorporação do espaço no estudo da saúde [Tese de Doutorado]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.
7. Pyle GF. Expanding North American perspectives on medical geography. *Soc Sci Med* 1979; 13:205-7.
8. Mohan JF. Explaining geographies of health care: a critique. *Health Place* 1998; 4:113-24.
9. Souza MA. Geografia da desigualdade: globalização e fragmentação. In: Santos M, Souza MA, Silveira ML, organizadores. *Território globalização e fragmentação*. São Paulo: Editora Hucitec/ Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional; 1996. p. 21-8.
10. Verhasselt Y. Geography of health: some trends and perspectives. *Soc Sci Med* 1993; 36:119-23.
11. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Projeto de implantação do PSF no Município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 2001.
12. Knox P. Medical deprivation, area deprivation and public policy. *Soc Sci Med* 1979; 13:111-21.
13. Bógus L, Wanderley LE. *A luta pela cidade de São Paulo*. São Paulo: Cortez Editora; 1992.
14. Bógus L, Taschner S. São Paulo, velhas desigualdades, novas configurações espaciais. *Revista de Estudos Urbanos e Regionais* 1999; 1:153-74.
15. Lencioni S. Mudanças na metrópole de São Paulo (Brasil) e transformações industriais. *Revista do Departamento de Geografia* 1998; 12:27-42.
16. Sposatti A. Mapa da exclusão social. *Revista FAPESP* 2002; 83:14-20.
17. Ministério da Saúde. Indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros urbanos [CD-ROM]. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2002.
18. Bousquat A. Saúde pública e espaço urbano – a trajetória da Região de Santo Amaro, Município de São Paulo, 1958-1991 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1995.
19. Torres H, Marques E, Ferreira M, Bitar S. Pobreza e espaço: padrões de segregação em São Paulo. *Estud Av* 2003; 17:97-128.
20. Matos RA. O incentivo ao Programa Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis* 2002; 12:77-108.
21. Marques RM, Mendes A. Atenção básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:403-15.
22. Santos M. Por uma economia política da cidade – o caso de São Paulo. São Paulo: Editora Hucitec/ EDUC; 1994.
23. Santos M. *Espaço do cidadão*. São Paulo: Nobel; 1993.
24. Lefèbvre H. *The survival of capitalism*. London: Allison and Busby; 1976.
25. Lefèbvre H. *The production of space*. Oxford: Blackwell; 1995.
26. Soja E. *Geografia pós-moderna. A reafirmação do espaço na teoria social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1993.

Recebido em 07/Jun/2005

Versão final reapresentada em 03/Nov/2005

Aprovado em 26/Dez/2005