



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE GEOGRAFIA, DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA



ADRIANO DANTAS DA SILVA

**O TERRITÓRIO DE SANTANA DO MUNDAÚ/AL NO CONTEXTO PANDÊMICO E
AS INTERVENÇÕES ESTATAIS**

MACEIÓ, AL

2024

Adriano Dantas da Silva

**O TERRITÓRIO DE SANTANA DO MUNDAÚ/AL NO CONTEXTO PANDÊMICO E
AS INTERVENÇÕES ESTATAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia – PPGG, do Instituto de Geografia, Desenvolvimento e Meio Ambiente – IGDMA, da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, como requisito para obtenção de título de Mestre em Geografia: Organização Socioespacial e Dinâmicas Territoriais.

Orientadora:

Profa. Dra. Gilcileide Rodrigues da Silva

Maceió-AL
2024

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S586t Silva, Adriano Dantas da.

O território de Santana do Mundaú/AL no contexto pandêmico e as intervenções estatais / Adriano Dantas da Silva. – 2024.

123 f. : il. color.

Orientadora: Gilcileide Rodrigues da Silva.

Dissertação (mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Geografia, Desenvolvimento e Meio Ambiente. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 85-90.

Apêndices: f. 92-96.

Anexos: f. 98-121.

1. COVID-19. 2. Globalização. 3. Saúde. 4. Território. I. Título.

CDU: 911.3:339(813.5)

Àquele que porta os atributos de Eterno, Soberano, grandioso e Supremo, tão presente no tempo e no espaço que é chamado simplesmente DEUS.

Aos meus pais, Manoel Dantas da Silva (*in memoriam*) e Maria José Bispo dos Santos.

A todos os cidadãos do meu município (Santana do Mundaú).

(*In memoriam*) de todas as 26 vítimas Mundaense da covid-19.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pelas oportunidades, inspirações e companhia em todos os momentos, inclusive nos mais difíceis.

Àquela que tanto amo, minha mãe, por ser meu exemplo máximo de competência, dedicação, abnegação, para não mencionar as demais virtudes.

À minha esposa, Rosiane Batista Dantas da Silva, por ter me dado a oportunidade de desenvolver esse projeto ao seu lado.

À minha filha, Ana Elloisa Batista Dantas, por ter sido minha fonte de inspiração e motivação para a cada dia poder almejar esse sonho e deixar como exemplo.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo e por vibrarem com as minhas vitórias.

À minha sogra, Maria Helena da Silva, meu sogro, Hélio Batista da Silva, e meus cunhados(as) pela força e incentivo na caminhada.

À professora Dra. Gilcileide Rodrigues da Silva, por ter aceitado orientar-me em um tema extremamente desafiador e pelas suas ricas contribuições ao longo do trabalho.

Ao Professor Dr. Kinsey Santos Pinto e ao Dr. Avelar Araújo Santos Junior, por terem aceitado fazer parte da banca de qualificação e de defesa. Suas contribuições foram sem precedentes e valiosas, enriquecendo a pesquisa.

Aos meus inesquecíveis professores, Dra. Gilcileide Rodrigues da Silva, Dr. Kleython de Araújo Monteiro, Dra. Maria Francineila Pinheiro dos Santos, Dra. Silvana Quintella Cavalcanti Calheiros, Dra. Kallianna Dantas Araújo, Dra. Edilma de Jesus Desidério, Dr. Melchior Carlos do Nascimento, Dr. José Vicente Ferreira Neto e Dr. Avelar Araújo Santos Junior, por ministrarem minhas disciplinas de Mestrado e contribuírem com minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

À secretária de saúde de Santana do Mundaú, Paula Cavalcante Gomes de Araújo Oliveira, por contribuir com a pesquisa disponibilizando os dados necessários.

À professora Daniele Márcia, por colaborar para que esta pesquisa fosse possível.

Aos meus colegas de mestrado, e em especial ao Franklin Luiz e ao José Carlos, pelas ricas relações interpessoais no processo da minha formação.

À Coordenação do Instituto de Geografia, Desenvolvimento e Meio Ambiente (IGDEMA).

Ao secretário Washington Gaia, por ser um modelo de competência, profissionalismo e dedicação, uma pessoa que ama o que faz.

Aos moradores do meu município e a todos que contribuíram de alguma forma para o enriquecimento da pesquisa.

A CAPES/FAPEAL, pelo incentivo financeiro, que é de suma importância em todo desenvolvimento desta pesquisa.

“A ação é o próprio do homem. Só o homem tem ação, porque só ele tem objetivo, finalidade. A natureza não tem ação porque ela é cega, não tem futuro. As ações humanas não se restringem aos indivíduos, incluindo, também, as empresas, as instituições” (Santos, 2006, p. 53).

RESUMO

Esta pesquisa analisou o contexto geográfico da covid-19, uma doença de infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-COV-2, a partir do território e da saúde do município de Santana do Mundaú, situado no estado de Alagoas/Brasil. A metodologia consistiu na realização de mapeamentos, registros fotográficos e aplicação de formulários aos servidores públicos municipais da área da saúde, com a finalidade de conhecer os impactos da transmissibilidade no município. O contágio da covid-19 pode ser explicado pela organização da população no território e pelo distanciamento espacial dos domicílios na zona urbana e na zona rural. Contudo, os efeitos da globalização possibilitaram a compreensão do rápido processo de transmissão da doença em diferentes territórios do Mundo, o que colocou todos sob o mesmo teto de risco e, conseqüentemente, levou a uma ação global (técnica e científica). Tanto o número de vítimas fatais da covid-19 quanto a descoberta da vacina mostram como os países e seus estados se conectam ao sistema mundo. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) não estava preparado para suportar o número de casos, desse modo, a pandemia de covid-19, pelas possibilidades da globalização, fez-se presente no local (município) de duas formas: pelo contágio do vírus e pelo uso do imunizante.

Palavras – chave: covid-19; Globalização; Saúde; Território.

ABSTRACT

This research analyzed the geographical context of covid-19, an acute respiratory infection disease caused by the SARS-COV-2 coronavirus, based on the territory and health of the municipality of Santana do Mundaú, located in the state of Alagoas/Brazil. The methodology consisted of mapping, photographic records and application of forms to municipal health workers, with the aim of learning about the impacts of transmissibility in the municipality. The spread of covid-19 can be explained by the organization of the population in the territory and the spatial distance between households in urban and rural areas. However, the effects of globalization have made it possible to understand the rapid process of transmission of the disease in different territories of the world, which has put everyone under the same risk ceiling and, consequently, led to global (technical and scientific) action. Both the number of fatal victims of Covid-19 and the discovery of the vaccine show how countries and their states are connected to the world system. In Brazil, the Unified Health System (SUS) was not prepared to support the number of cases, so the covid-19 pandemic, through the possibilities of globalization, made itself present locally (municipality) in two ways: through contagion of the virus and through the use of the immunizer.

Keywords: covid-19; Globalization; Health; Territory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Regiões de saúde de Alagoas.....	53
Figura 2 -	Os casos da covid-19 em Alagoas	55
Figura 3 -	Mapa de Santana do Mundaú, Alagoas e Brasil.....	59
Figura 4 -	Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Santana do Mundaú (AL)	60
Figura 5 -	Unidade Básica de Saúde (UBS) Águas Frias (Munguba).....	63
Figura 6 -	Unidade Básica de Saúde (UBS) Barro Branco	64
Figura 7 -	Unidade Básica de Saúde (UBS) Santana do Mundaú	64
Figura 8 -	Unidade Básica de Saúde (UBS) Família Elizabeth de Souza	65
Figura 9 -	Unidade Básica de Saúde (UBS) Padre Cícero	65
Figura 10 -	Estrada de acesso UBS Barro Branco (Sítio Cigarra)	76
Figura 11 -	Estrada de acesso UBS Águas Frias	77
Figura 12 -	Modelo de UBS segundo o Ministério da Saúde.....	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Número de usuários nas Unidades Básicas de Saúde do município de Santana do Mundaú	62
Gráfico 2 -	Classificação etária da covid-19 em Santana do Mundaú	67
Gráfico 3 -	Função profissional do respondente.....	68
Gráfico 4 -	Formação dos participantes.....	69
Gráfico 5 -	Experiência dos profissionais no enfrentamento da pandemia	69
Gráfico 6 -	Sexo dos infectados com covid-19	70
Gráfico 7 -	Perfil do paciente em pronto-atendimento	71
Gráfico 8 -	As medidas preventivas minimizaram o contágio da covid-19	71
Gráfico 9 -	Quantidades de pacientes no consultório	72
Gráfico 10 -	Comportamento da população acerca das medidas protetivas.....	72
Gráfico 11 -	Os casos de covid-19 após o acesso à vacina	73
Gráfico 12 -	Recursos disponibilizados pelo município.....	74
Gráfico 13 -	A política do município acerca da pandemia.....	74
Gráfico 14 -	Recursos financeiros para enfrentamento da pandemia.....	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Vacinômetro.....	34
Quadro 2 –	Medidas dos decretos no período de março a dezembro, 2020	54
Quadro 3 -	Criação de comitês no estado de Alagoas.....	54
Quadro 4 -	Covid-19 no município de Santana do Mundaú	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência de casos segundo classificação operacional para covid-19: Alagoas 2020 a 2023.....	56
Tabela 2 -	Frequência de casos segundo classificação operacional para covid-19 e ano de ocorrência: Alagoas, 2020 a 2023.....	56
Tabela 3 -	Especificação de itens necessários para uma UBS, segundo o MS	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS –	Agentes Comunitário de Saúde
CEP –	Código de Endereço Postal
COHAB -	Companhia de Habitação Popular
EPI -	Equipamento de Proteção Individual
ESF –	Equipe de Saúde da Família
HRM –	Hospital Regional da Mata
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MERS –	Síndrome respiratória do Oriente Médio
MS –	Ministério da Saúde
OMS –	Organização Mundial Saúde
ONU –	Organização das Nações Unidas
PPGG –	Programa de Pós-graduação em Geografia
PSF –	Programa de Saúde da Família
SAGE –	Sistema de Gestão
SARS –	Síndrome Respiratória Aguda
SARS-COV-2 -	Vírus da Família dos Coronavírus
SEPLAG –	Secretaria de Planejamento e Gestão
SG-	Síndrome Gripal.
SRAG -	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UPAS –	Unidade de Pronto Atendimentos
VSR -	Vírus Sincicial Respiratório

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 REVISÃO DA LITERATURA: GLOBALIZAÇÃO, TERRITÓRIO E SAÚDE .	20
1.1 Apontamentos dos fundamentos da globalização	21
1.2 Os fundamentos do território e territorialidade	25
1.3 A pandemia da covid-19: globalização e territórios	31
2 A GEOGRAFIA DA SAÚDE E SEUS APORTES TEÓRICOS	37
2.1 O conhecimento dos gregos acerca da saúde.....	37
2.2 A geografia médica	38
2.3 Geografia da saúde	39
3 O TERRITÓRIO DE SANTANA DO MUNDAÚ E A SAÚDE PÚBLICA	49
3.1 O sistema de saúde pública em Alagoas.....	49
3.2 Análise do território e da saúde do município Santana do Mundaú (AL)	57
3.3 O enfrentamento da pandemia da covid-19 no município de Santana do Mundaú	66
3.3.1 <i>Os servidores da saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19</i>	67
3.4 Ações mitigadoras para saúde pública em Santana Mundaú/AL	75
3.4.1 <i>Estrutura das vias de circulação</i>	76
3.4.2 <i>Deslocamento e uso de transporte</i>	77
3.4.3 <i>Número de usuários em atendimento</i>	78
3.4.4. <i>Composição das equipes</i>	79
3.4.5. <i>Edificações das UBS</i>	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE CONSULTA	92
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	98
ANEXO B – ATOS E DESPACHOS DO GOVERNADOR	105
ANEXO C – INFORME EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19	111

INTRODUÇÃO

Analisar o conceito de globalização no contexto da pandemia de covid-19 e a inserção do território de Santana do Mundaú/AL como espaço de intervenção e resistência no sistema de saúde pública possibilitou reflexões teóricas e um exercício de observar o município, na condição de local, como parte de um todo em movimento.

Dada a fragilidade da humanidade diante do vírus Sars-Cov-2, o tema proposto buscou dar respostas à sociedade acerca de questões que podem ajudar em futuras pandemias, destacando a contribuição da ciência médica em oferecer meios para mitigar ou solucionar o problema.

Ao refletir sobre um tema como este, é natural considerar políticas públicas. No entanto, por diversas razões e perspectivas, houve uma preferência pelo termo “intervenção estatais”. Isso se deve à amplitude do tema Políticas Públicas, que exigiria mais tempo para ser completamente abordado.

Com a pandemia pegando todos de “surpresa” em todo o mundo, políticas públicas remeteram a um planejamento, algo que foi desafiado pela urgência dos acontecimentos. No Brasil, as ações ocorreram de forma imediata, implicando de fato em intervenções estatais.

Dado o caráter urgente da questão da saúde pública em todo o território brasileiro, o município de Santana do Mundaú não fugiu à regra. Mas, embora o SUS seja um sistema que permeie todo esse território, ainda existem muitas lacunas a serem discutidas e solucionadas. Destarte, a partir do espaço territorial do município de Santana do Mundaú esta pesquisa buscou responder à seguinte questão: como se desenvolveu o conceito de globalização durante a pandemia de Covid-19? Logo, o objetivo foi analisar a interação entre a globalização e o espaço territorial com ênfase no contexto do Sistema Único de Saúde, usando a perspectiva da geografia da saúde e do materialismo histórico e dialético, aliado à pesquisa qualitativa.

A metodologia empregada consistiu em pesquisa de campo, com registros de fotografias das Unidades Básicas de Saúde das localidades de Barro Branco, Águas Frias, Santana do Mundaú, Padre Cícero e Elizabeth. Na visita técnica, foram anotadas as coordenadas geográficas para elaboração de mapas e coletados registros do Sistema Único de Saúde na Secretaria de Saúde do município. Para autorização da pesquisa, com uso de formulário para os servidores da saúde, foi solicitado o parecer do Comitê de Ética da

Pesquisa (CEP/Ufal), obtendo aprovação por meio do Parecer nº 6.114.278 (Anexo A). A pesquisa de campo consistiu em saber como o município enfrentou a pandemia da covid-19 e para isso contou com a participação de médicos, enfermeiros, agentes de saúde, secretária da saúde e farmacêutica, que responderam a um questionário de 19 questões (Apêndice A).

No município, foram observadas adesões ao conceito de pandemia que refletem as tendências globais. Por ser um município localizado no interior do Nordeste, os desafios são inevitáveis e a escassez de políticas públicas na área de saúde pública incentivaram a comunidade a se reorganizar diante da pandemia.

No âmbito desta pesquisa, o materialismo histórico e dialético foi crucial para ajudar a manter o foco no objeto analisado, fornecendo a possibilidade de concepção da realidade a partir das contradições, inerentes aos processos e fenômenos sociais, dinamicamente em movimento. Nessa perspectiva, é essencial compreender a materialidade do espaço, em uma ótica que analise as diferentes condições geográficas e históricas na produção, valorização e no uso da sociedade. Segundo Santos Junior (2016, p. 34),

[...] o materialismo histórico e dialético possibilita conceber a realidade a partir das contradições imanentes aos processos e fenômenos sociais em constante movimento. Daí a necessária acuidade na apreensão da materialidade do espaço levando em consideração as diferentes condições geográficas e históricas da sua produção, valorização e uso pela sociedade.

Ao abordar a extensão das políticas públicas e refletir sobre suas dimensões nos territórios, percebe-se que essas políticas assumem a centralidade como viés das perspectivas geográficas sobre os múltiplos territórios e, conseqüentemente, múltiplas territorialidades no contexto do processo de territorialização. Essa compreensão ressalta a ideia de pertencimento, conforme destacado por Santos Junior (2016).

Nos domínios dessa reflexão alusiva às dimensões territoriais das políticas públicas, a abordagem territorial assume centralidade como viés das nossas perspectivas geográficas sobre os múltiplos territórios e múltiplas territorialidades envolvidos no processo de territorialização [...] (Santos Junior, 2016, p. 38).

O método que norteou este trabalho, baseado no materialismo histórico e dialético, foi usado com o fim de abordar os efeitos da pandemia em diferentes escalas: mundial, nacional e local. Na Grécia Antiga, o termo "dialética" referia-se a um modo específico de argumentar que consistia em descobrir as contradições contidas no raciocínio do adversário (análise), negando, assim, a validade de sua argumentação e superando-a por outra (síntese). A dialética em Marx não é apenas um método para se chegar à verdade, é uma concepção do homem, da

sociedade e da relação homem-mundo. A dialética opõe-se necessariamente ao dogmatismo, ao reducionismo, portanto é sempre aberta, inacabada, superando-se constantemente. Todo pensamento dogmático é antidialético (Gadotti, 1997).

Na perspectiva da reestruturação da sociedade, o materialismo histórico e dialético busca identificar as regras de transformação inerentes a esse sistema, como podemos analisar nas palavras de Harvey:

O materialismo dialético não é também uma doutrina arbitrariamente inscrita subreptidamente no fenômeno para interpretar seu significado, mas um método que busca identificar as regras de transformação através das quais a sociedade é reestruturada (Harvey, 1980, p. 250).

No decorrer da história, as considerações sobre o método dialético ressaltam o dualismo entre o pensamento e a ação, entre a liberdade e a necessidade. Enquanto, os pensamentos podem permanecer no campo das ideias, são as ações que realmente transformam, constroem até mesmo destroem. Essa ideia é corroborada por Harvey, quando diz:

Marx constituiu um método que, pela fusão da teoria abstrata e da prática concreta, permitiu a criação de uma prática teórica através da qual o homem podia antes moldar a história do que ser moldado por ela. Marx viu o que ninguém tinha visto antes: que os inumeráveis dualismos que cercam o pensamento ocidental (entre o homem e a natureza, entre fato e valor, entre sujeito e objeto, entre liberdade e necessidade, entre a mente e o corpo e entre o pensamento e a ação) podiam ser resolvidos somente através do estudo da prática humana; e, quando necessário, através de sua criação (Harvey, 1980, p. 248).

Geograficamente, tanto as ações relacionadas ao ser humano quanto as relacionadas à natureza têm suas consequências. Na perspectiva dialética, essas ações podem atrair ou retrain, e os métodos pelos quais essas ações são gerenciadas por políticas podem convergir ou divergir.

Para compreender os efeitos da pandemia, os estudos geográficos requerem uma compreensão do que está subjacente a essa base, que tem produzido um coeficiente de vulnerabilidade não tão elevado em relação ao que se conhece como desenvolvimento de um município “globalizado”. Parece haver um contexto mais amplo por trás disso, no qual muitos podem ter se culpado por não obter sucesso, quando na realidade existe todo um sistema subjacente que provavelmente tem influenciado o que chamamos de globalização do “espaço”.

Não se pode negligenciar, em hipóteses alguma, a possibilidade de sermos considerados escravos modernos em sociedades que se consideram livres e democráticas, enquanto a supremacia nos aliena, pois ainda existem estruturas de poder e hierarquias que podem limitar a liberdade dos indivíduos. Assim, sempre quem mais sofre são os de classes menos favorecidas. A presente pesquisa analisa a “globalização/espço da pandemia” que surgiu no município de Santana do Mundaú/AL. Adota uma abordagem territorial no contexto do Sistema Único de Saúde, considerando a geografia da saúde e empregando o método histórico dialético, fazendo uso da pesquisa qualitativa.

As primeiras formulações das discussões foram submetidas, na categoria de artigo científico, à revista internacional *Estudios Interdisciplinarios de Economía Empresa y Gobierno* (EIEEG) do Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, Tonalá Jalisco, México. O trabalho foi intitulado “*Estudios de investigación del territorio y salud como resultado del covid-19 en el Municipio de Santana do Mundaú Estado de Alagoas Brasil*” e publicado na edição nº 1, de julio-diciembre 2023¹.

A discussão sobre o tema ampliou-se na participação on-line (híbrida) no IV Congresso Brasileiro de Geografia Política, Geopolítica e Gestão do Território (Congeo), que ocorreu na cidade de São Paulo/SP. “Crise federativa e espaços políticos na pandemia da covid-19: análise da situação dos feirantes em Cascavel/CE”; “Geografia e Saúde: Fundamentos do Conhecimento”.

À medida que a pesquisa avançava, os resultados eram organizados para publicação parcial, como a submissão do artigo “O Território e a saúde do Município de Santana do Mundaú/AL no Contexto da covid-19”, em janeiro de 2024, para a *Revista Contexto Geográfico* (Qualis A4).

A pesquisa está dividida em três capítulos. O primeiro aborda os fundamentos do território, da globalização e da saúde, com ênfase na pandemia da covid-19.

No segundo capítulo, a pesquisa trata dos conceitos da geografia da saúde e seus fundamentos e do sistema de saúde pública no estado de Alagoas. No terceiro capítulo, é analisado o território de Santana do Mundaú/AL e a saúde pública no contexto do enfrentamento da pandemia da covid-19.

A reflexão do território em destaque levou em conta a materialização das necessidades humanas, entendendo que isso ocorre quando o território é usado na mesma perspectiva do

¹ Disponível em: www.revistaestudiosieeg.com.

espaço banal, onde as ações delineadas são hiato. Nesse lugar, é onde acontece a maior luta, a luta pelo poder, pelas relações existentes de poder.

No processo de globalização e em suas diferentes fases nos territórios, estes foram “invadidos” pela ausência fronteiras, devido ao avanço tecnológico em locais como aeroportos, portos e rodovias, o que colocou todos no mesmo cenário da pandemia da covid-19. Isso exemplifica como o mundo está interligado e vive sem as tradicionais barreiras físicas.

O contexto geográfico da covid-19 foi entendido a partir do território e da saúde no município de Santana do Mundaú, em Alagoas. A pesquisa mostrou que o número de casos pode ser explicado pela distribuição da população no território e pelo distanciamento espacial dos domicílios na zona rural etc.

1 REVISÃO DA LITERATURA: GLOBALIZAÇÃO, TERRITÓRIO E SAÚDE

As políticas públicas devem se ajustar às particularidades de cada território, promovendo, assim, um espaço mais justo e igualitário. Conforme destacado por Santos (1997) a perspectiva do território utilizado sugere a ideia de um espaço comum, acessível a todos. Trata-se de um espaço compartilhado por todos os homens, independentemente de suas diferenças, por todas as instituições, independentemente de sua força, e por todas as empresas, independentemente de seu poder. Os usos do território perpassam essas duas dimensões – a psicosfera, que corresponde ao reino das ideias, dos sentidos, das crenças e dos valores em circulação; e a tecnosfera, que corresponde aos objetos fabricados (Pasti, 2020, p. 39). Já o ciberespaço é tido também campo de disputas, e a ação social é fundamental para tencionar as relações de poder, sobretudo em período de crise (Steda, 2020, p. 115).

O evento da pandemia da covid-19, e seu abrangente uso de tecnologias nos territórios, contribuiu para “A manipulação da narrativa, aproveitando a gravidade da pandemia para opor saúde e funcionalismo público [...]” (Pasti, 2020, p. 45). Inerente a um cenário conturbado devido às incertezas, “as condições desiguais para usufruir dos serviços de saúde se somam às condições também desiguais de moradias e trabalho nos diferentes lugares que viabilizam ou não o isolamento e distanciamento social- daí as desiguais gravidades territoriais da doença” (Pasti, 2020, p. 43).

No que diz respeito à territorialidade, Andrade (1995, p. 20) reconhece que “a formação de um território dá às pessoas que nele habitam a consciência de sua participação, provocando o sentido de territorialidade que, de forma subjetiva, cria uma consciência de confraternização entre elas”. Campos (2007, p. 37), por sua vez, afirma que “diz respeito, em particular, ao indivíduo e lugar apropriado, a identidade espacial, para ser factível e reconhecida pelos demais grupos sociais [...]”.

A globalização foi examinada sob uma perspectiva econômica, por meio da análise dos comportamentos das empresas no contexto global. Ribeiro (2002) destaca que a propagação do termo globalização teve origem na imprensa financeira internacional em meados da década de 1980. Já Castro (2009), argumenta que os termos sociedade global e globalização surgiram antes do triunfo político da globalização neoliberal da década de 1980. Esse período é marcado por uma “Violência da informação ou excesso de informação que acompanha uma desorientação das pessoas expressa uma infodemia” (Pasti, 2020, p. 51),

mesmo termo usado para descrever a avalanche de notícias relacionadas à pandemia da covid-19.

1.1 Apontamentos dos fundamentos da globalização

A globalização é um tema de interdisciplinar e transdisciplinar, sobretudo nas áreas ciências humanas, como Geografia, Sociologia, História, Filosofia e outras áreas afins. Ao longo da história, as diferentes áreas do conhecimento se debruçaram para entender e explicar o fenômeno em curso no mundo. Aqui serão destacados determinados aportes que contribuem para essa compreensão.

A globalização pode ser compreendida como um processo histórico-social de amplas proporções, que impacta de forma mais ou menos drástica os paradigmas sociais e mentais de indivíduos e comunidades (Ianni, 2001, p. 250).

Há, hoje, um relógio mundial, fruto do progresso técnico, mas o tempo-mundo é abstrato, exceto como relação. Temos, sem dúvida, um tempo universal, tempo despótico, instrumento de medida hegemônico, que comanda o tempo dos outros. Esse tempo despótico é responsável por temporalidades hierárquicas, conflitantes, mas convergentes. Nesse sentido todos os tempos são globais, mas não há um tempo mundial. O espaço se globaliza, mas não é mundial como um todo, senão como metáfora. Todos os lugares são mundiais, mas não há um espaço mundial. Quem se globaliza, mesmo, são as pessoas e os lugares.

A globalização, com sua tendência de homogeneizar o mundo, tem revelado aspectos que não apenas preocupam os seus adeptos, como tem movimentado os pesquisadores em sua maioria. O mundo pós-globalização tem se comportado e vivenciado uma transformação significativa, com resquícios de épocas anteriores ainda visíveis nos dias atuais. Hoje, o uso de metáforas para descrever a globalização tem se destacado no meio acadêmico, como ilustrado por Ianni:

Há metáforas, bem como expressões descritivas e interpretativas fundamentadas, que circulam combinadamente pela bibliografia sobre a globalização: ‘economia-mundo’, ‘sistema-mundo’, ‘shopping center global’, ‘Disneylândia global’, ‘nova visão internacional do trabalho’, ‘moeda global’, ‘cidade global’, ‘capitalismo global’, ‘mundo sem fronteiras’, ‘tecnocosmo’, ‘planeta Terra’, ‘desterritorialização’, ‘miniaturização’, ‘hegemonia global’, ‘fim da geografia’, ‘fim da história’ e outras mais. Em parte, cada uma dessas e outras formulações abre problemas específicos também relevantes. [...] Mas é possível reconhecer que vários desses aspectos são contemplados por metáforas como ‘aldeia global’, ‘fábrica global’, ‘cidade global’, ‘nave espacial’, ‘nova babel’, entre outras (Ianni, 2001, p. 15-16).

O conceito de globalização é compreensível em sua simplicidade, acessível a qualquer cidadão. No entanto, ao se examinar o tema com mais profundidade, é possível perceber a sua complexidade. A globalização está intimamente ligada a tudo. Ela deve ser observada sob dois princípios, resultando, assim, em um produto sutil e camuflado.

A globalização do mundo obedece a dois princípios básicos e ordenados: previsão e precisão. Como no caso do imaginário que sedimentou a identidade nacional, a globalização do imaginário é uma forma de ordem. [...]. Porém, a globalização do imaginário deve ser compreendida a partir de uma vetor oposta àquele da territorialização (Ferrara, 1998, p. 46-47).

As águas dessa fonte podem ser claras e transparentes para alguns, enquanto para outros podem parecer obscuras e opacas. Onde alguns encontram firmeza, outros podem se sentir desorientados e totalmente perdidos, especialmente quando as medidas adotadas são de natureza antropomórfica, resultando em práticas locais diversas e mutuamente descoordenadas. A sociedade muitas vezes utiliza essas práticas como escudo para se proteger da curiosidade e do domínio de poderes superiores. Nesse mesmo contexto, Bauman afirma:

O que é facilmente legível ou transparente para alguns pode ser obscuro e opaco para outros. Onde alguns não encontram a menor dificuldade, outros podem se sentir desorientados e perdidos. Enquanto as medidas foram antropomórficas, tendo como pontos de referência práticas locais variadas e mutuamente descoordenadas, serviram às comunidades humanas de escudo para se protegerem da curiosidade e intenções hostis dos intrusos e, acima de tudo, das imposições de intrusos com poderes superiores (Bauman, 1999, p. 36).

Nessa linha de pensamento, o sistema estatal supostamente possui uma política externa, porém hesita em assumir essa posição. Tanto os governos municipais quanto os regionais, ou os subnacionais em geral, limitam-se a práticas de política externa como atividade planejada e ação externa como uma prática ocasional, nem sempre estruturada, como aponta Ribeiro (2009, p. 54).

No foco dos governos subnacionais em geral, tanto os governos municipais quanto os regionais, de instâncias em nível imediatamente superior e, ainda entendendo distintamente política externa como atividade planejada e ação externa como uma mera prática, nem sempre estruturada, uma visão preliminar deste tópico denuncia que muitas entidades subestatais têm ou aspiram ter uma política externa, mas não se atrevem a assumir tal posição, conforme alguns estudos recentes argumentam.

Não se pode abordar a globalização sem considerar a questão econômica. Ou seja, os fundamentos da globalização residem na economia e em suas diversas formas de circulação, incluindo o comércio de produtos e a articulação de produtores e consumidores em escalas

geográficas distintas, estabelecendo entre si uma relação de interdependência. Como destacado por Campos e Canavezes (2007, p. 24),

[...] o comércio constitui um dos principais e certamente o mais antigo fundamento de uma globalização econômica, ao articular produtores e consumidores geograficamente distantes e ao estabelecer entre eles uma relação de interdependência e mesmo, por vezes, de identificação entre si.

Os mercados, as mercadorias e os serviços estão cada vez se globalizando, com um engajamento crescente por parte das empresas e redes de empresas. Isso não significa que todas as empresas estejam presentes em todo o mundo, mais implica que todas elas se esforçam para que os seus produtos sejam comercializados globalmente, tanto as grandes quanto as pequenas empresas. Isso pode ocorrer diretamente ou por meio de suas conexões em redes que operam no mercado mundial. Essa possibilidade é viabilizada pelas tecnologias de transporte, que proporcionam os meios e as oportunidades para as negociações acontecerem em qualquer lugar, como afirma Castells (1999, p. 156).

De fato, os mercados de mercadorias e serviços estão se tornando cada vez mais globalizados. Mas as verdadeiras unidades de comércio não são países, porém empresas, e redes de empresas. Isso não significa que todas as empresas atuem mundialmente. Mas quer dizer que a meta estratégica das empresas, grandes e pequenas, é comercializar onde for possível em todo o mundo, tanto diretamente como através de suas conexões com redes que operam no mercado mundial. E, de fato, em grande parte graças as novas tecnologias da comunicação e dos transportes, existem canais e oportunidades para negócios em todo lugar.

Embora haja uma interconexão global por meio de redes, a economia não possui uma abrangência verdadeiramente planetária. Isso significa que ela não engloba todos os territórios, nem todas as atividades humanas. No entanto, é evidente que há uma influência direta ou indireta na vida de toda a humanidade, e os efeitos se estendem por todo o planeta. A estrutura da economia se relaciona principalmente com segmentos específicos das estruturas econômicas em países e regiões, conforme destacado por Castells (1999). Em complemento o autor afirma:

É indispensável mais uma classificação para a definição do perfil da economia global: ela não é uma economia planetária. Em outras palavras, a economia global não abarca todos os processos econômicos do planeta, não abrange todos os territórios e não inclui todas as atividades das pessoas, embora afete direta ou indiretamente a vida de toda a humanidade. Embora seus efeitos alcancem todo o planeta, sua operação e estrutura reais dizem respeito só a segmentos de estruturas econômicas, países e regiões, em proporções que variam conforme a posição particular de um país ou região na divisão internacional do trabalho (Castells, 1999, p. 173).

Por meio das redes, tudo se faz e se refaz. O que é hoje pode não ser amanhã, da mesma forma que não apenas muda de localização, mas também se liberta e circula pelo espaço, atravessando montanhas, desertos mares e oceanos, línguas, religiões, culturas e até mesmo civilizações. Em outras palavras, figuras se transformam, mesmo que possam parecer estáveis. Nesse contexto, as descobertas científicas, convertidas em tecnologias de produção e reprodução material e espiritual, disseminam-se, criando um mundo de imagens, shoppings, supermercados e, em suma, um mundo de luzes, como observado por Ianni (1996).

Tudo se desterritorializa e reterritorializa. Não somente muda de lugar, desenraiza-se circulando pelo espaço, atravessando montanhas e desertos, mares e oceanos, línguas e religiões, culturas e civilizações. As fronteiras são abolidas ou tornam-se irrelevantes ou inúteis, fragmentam-se e mudam de figura, parecem mas não são. Os meios de comunicação, informação, transporte e distribuição, assim como os de produção e consumo, agilizam-se universalmente. As descobertas científicas, transformadas em tecnologias de produção e reprodução material e espiritual, espalham-se pelo mundo. A mídia impressa e eletrônica, acoplada à indústria cultural, transforma o mundo em paraíso das imagens, videoclipes, supermercados, shopping centers, Disneylândia (Ianni, 1996, p. 169-170).

Com a rapidez dos acontecimentos das últimas décadas avançando de forma quase imperceptível, ao se examinar as articulações políticas, econômicas e sociais dos Estados nacionais, tem-se a impressão de que houve uma reviravolta global, em que o espaço se tornou o único lugar para todos os seres humanos. Isso é fortemente visto nas palavras de Bedin (1999, p. 124-125).

Que os principais acontecimentos das últimas décadas deslocaram, de forma quase imperceptível, parte do centro da articulação política, econômica e social dos Estados nacionais para uma espécie de sociedade mundial, na qual o espaço tornou-se, de um momento para outro, um único lugar para todos os seres humanos. Hoje, portanto, vivemos, querendo ou não, em um novo mundo, interdependente e globalizado.

Com a mundialização do capital, o mundo começou a seguir direções divergentes, em que as possibilidades de acessibilidade aumentaram, mas ao mesmo tempo houve exclusões. Com a nova configuração do capitalismo mundial e os mecanismos que comandam seu desempenho e sua regulação, as interconexões entre diferentes partes do mundo são mais visíveis, as influências globais são mais óbvias e as tendências sociais, econômicas e políticas são mais claras, porém são também mais competitivas a ponto de convergir e divergir as pessoas.

Mundialização do capital ou quando se dá um contexto mais rigoroso ao termo inglês “globalização”, está-se designando bem mais do que apenas outra etapa no processo de internacionalização [da economia], tal como o conhecemos a partir de

1950. Fala-se, na verdade, numa nova configuração do capitalismo mundial e nos mecanismos que comandam seu desempenho e sua regulação (Chesnais, 1996, p. 13).

A engenhosidade da globalização tem contribuído não apenas para a assistência, mas também para a exclusão. Enquanto traz a sensação de aquisição, também alimenta a desigualdade. A valorização das tecnologias em todos os setores não condiz com a realidade da sociedade brasileira. Assim como o poder se concentra nas mãos de poucos, a globalização segue o mesmo caminho, deixando apenas resquícios para o cidadão pobre, que muitas vezes não tem acesso aos recursos disponibilizados pela rede. Assim afirma Santos (2001, p.18):

De fato, se desejarmos a escapar à crença que esse mundo assim apresentado é verdadeiro, e não queremos admitir a permanência de sua percepção enganosa, devemos considerar a existência de pelo menos três mundos em um só. O primeiro seria o mundo tal como nos fazem vê-lo: a globalização como fábula; O segundo seria o mundo tal como ele é: a globalização como perversidade; e o terceiro, o mundo como ele pode ser: uma outra globalização.

É crucial ressaltar a perversidade que a globalização tem causado na sociedade. Se de alguma forma, o mundo que nos encanta é moldado apenas por essa engenhosidade, então o cidadão fica privado de usufruir ou participar desse processo. Esse é um processo que tanto inclui quanto exclui, que facilita as coisas e cria uma necessidade por elas. A mesma globalização que liberta também aprisiona, e aquela que facilita as coisas é a mesma que conduz à escassez, a depender da circulação do capital.

1.2 Os fundamentos do território e territorialidade

“O território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado. Mesmo a análise da fluidez posta a serviço da competitividade, que hoje rege as relações econômicas, passa por aí” (Santos, 1994, p. 16). Assim, se território for concebido como o lugar onde vivemos e trabalhamos, será precisamos compreendê-lo também como o lugar onde acontecem todas as relações, onde o capital circula, onde existe a luta pelo poder, poder esse que, em inúmeras vezes, tem trazido pesadelo do que levado o ser humano a sonhar.

[...] o território é onde vivem, trabalham, sofrem e sonham todos os brasileiros. Ele é, também, o repositório final de todas as ações e de todas as relações, o lugar geográfico comum dos poucos que sempre lucram e dos muitos perdedores renitentes, para quem o dinheiro globalizado – aqui denominado de real – já não é um sonho, mas um pesadelo (Santos, 2002, p. 48).

O território deve ser compreendido como o espaço apropriado, moldado por indivíduos e grupos sociais que o utilizam para afirmar sua identidade, ou seja, o sentimento de pertencimento. Dentro de cada território, há uma territorialidade, refletindo os processos sociais de territorialização e possibilitando a existência de múltiplas territorialidades. O território passa a naturalizar as relações sociais e de poder, tornando-se um refúgio, onde os indivíduos ou grupos se sentem em casa, apesar da divisão da sociedade. Esse aspecto é destacado por Porto-Gonçalves (2006), quando diz:

Território é espaço apropriado, espaço feito coisa própria, enfim, o território é instituído por sujeitos e grupos sociais que se afirmam por meio dele. Assim, há, sempre, território e territorialidade, ou seja, processos sociais de territorialização. Num mesmo território há, sempre, múltiplas territorialidades. Todavia, o território tende a naturalizar as relações sociais e de poder, pois se torna abrigo, lugar onde cada qual se sente em casa, mesmo que numa sociedade dividida (Porto-Gonçalves, 2006, p. 42).

Com relação aos usos e desusos do território, torna-se evidente que estes se individualizam conforme suas utilizações, como indicado por Santos (2002, p. 82) “Ao território das regiões superpõe-se um território das redes”. Essa particularidade é influenciada pelas pressões provenientes do que se denomina de todo ou totalidade, que está serviço da globalização: “[...]seria partir da totalidade concreta como ela se apresenta neste período de globalização – uma totalidade empírica – para examinar as relações efetivas entre a totalidade-mundo e os lugares” (Santos, 1996, p. 92).

O ser humano está constantemente em uma busca em seu entorno, na ânsia pelo futuro que, em certos momentos se desdobra em direções diversas e, em outros, converge com valores imensuráveis, mantendo-se fiel àquilo que é intrínseco a seu ser. O lugar, como mencionado por Santos (1996, p. 262) “[...] simboliza o homem e seu entorno, encarna na vontade ele enfrentar o futuro sem romper com o lugar”. Nesse contexto, o homem se reinventa e busca se reencontrar de diversas formas, impulsionado pelas necessidades que o moldam: “[...] uma adaptação sucessiva da face da terra as necessidades dos homens” (p. 81). De uma perspectiva dogmática, o homem passa a entender que o lugar subsiste em um espaço dinâmico, caracterizado por sistemas e objetos, sejam eles naturais ou artificiais: “[...] o conjunto indissociável de sistema de objetos naturais ou fabricados e de sistemas ações, deliberados ou não” (Santos, 1994, p. 49).

Essa interação de sistemas e objetos, denominada espaço, ocorre em certas limitações, uma vez que o espaço se globaliza, mas não na sua totalidade. “O espaço se globaliza, mas

não é mundial como um todo, se não como metáfora, todos os lugares são mundiais, mas não há espaço mundial. Quem se globaliza, mesmo, são as pessoas e os lugares” (Santos, 1994, p. 31). Essa ideia é reforçada por Faria e Bortolozzi (2009) que afirmam:

A abordagem do território nessa perspectiva permite estabelecer as relações entre os territórios em diferentes escalas. Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, etc.) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia, etc.) e, a partir daí, estabelecer a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda, etc. (Faria; Bortolozzi, 2009, p. 37-38).

O homem vem constantemente tentando se adaptar ao espaço que lhe é disponibilizado, independentemente da sua extensão, e essa é a realidade atual. Essa adaptação não exclui o fato de que o homem é inerentemente um ser social. Ocorrem, de fato, mudanças tanto sociais quanto demográficas em cada local, seja no aspecto micro, seja no aspecto macro.

A questão do espaço habitado pode ser abordada segundo um ponto de vista biológico, pelo reconhecimento da adaptabilidade do homem, como indivíduo, às mais diversas altitudes e latitudes, aos climas mais diversos, às condições naturais mais extremas. Uma outra abordagem é a que vê o ser humano não mais como indivíduo isolado, mas como um ser social por excelência. Podemos assim acompanhar a maneira como a raça humana se expande e se distribui, acarretando sucessivas mudanças demográficas e sociais em cada continente (mas também em cada país, em cada região e em cada lugar) (Santos, 1988, p. 14).

O sentimento de pertencer àquilo que nos pertence, também inclui território e suas territorialidades. Isso é o que podemos entender como o uso do território: é usufruir daquilo que temos em mãos, é lutar pelos direitos, é ter resistências, é poder fazer trocas materiais, é poder manifestar sua espiritualidade, é, de fato, poder viver, como afirma Santos (1999):

O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas. O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (Santos, 1999, p. 8).

Na prática do dia a dia, a realidade muitas vezes fica obscurecida diante dos nossos olhos, o que cria uma lacuna de alienação. A realidade que vivemos é outra, não podemos agir como se tivéssemos controle do tempo e do espaço. A noção de tempo em discussão é outra, pois sabemos que ele é relativo, ou, mais que isso: na relatividade desse tempo, parece que estamos fazendo uso dele quando, na verdade, o que ocorre é um abuso ou até mesmo uma

negligência. Neste ponto, o tempo deixa de ser tempo e, conforme Mészáros (2007) é descrito como uma carcaça.

Durante nossa jornada, ocasionalmente nos confrontamos com o vazio, um vazio que reflete nossa própria imagem. Pensamos que precisamos fazer algo para alcançar a liberdade, mas nesse processo de fazer, acabamos nos perdemos. A utilização do espaço está intrinsecamente ligada à dinâmica de poder, e o território se fundamenta nesse espaço. Assim, o uso do território é uma construção derivada do espaço que, por sua vez, se estabelece no campo de poder, conforme ilustrado por Raffestin (1993, p.144).

[...] Um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relação marcada pelo poder. [...] o território se apoia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção a partir do espaço. Ora, a produção, por causa de todas as relações que envolvem, se inscreve num campo de poder.

O espaço, que se desfaz se refaz, é moldado por suas relações sociais, relações de produção e interações entre o sistema de objetos e o sistema de ações, formando o que é chamado de configuração territorial. Esse fenômeno ocorreu em todos tempos e perdura até os dias atuais, com espaços cada vez mais artificiais, mais amplos, mais numerosos e mais rápidos.

[...] espaço como conjunto contraditório, formado por uma configuração territorial e por relações de produção, relações sociais e finalmente, [...] o espaço formado por um sistema de objetos e um sistema de ação. Foi assim em todos os tempos, só que hoje os fixos são cada vez mais artificiais e mais fixos, fixados ao solo, os flexas são cada vez mais diversos, mais amplos, mais numerosos, mais rápidos (Santos, 1994, p. 110).

Os resultados dessa interação transformam o ser humano em uma massa manipulável, em que sistema priva o homem até mesmo de sua subsistência. Isso tem levado as pessoas não apenas a viver em ilusões, mas também a encenarem suas próprias realidades como se estivessem em um teatro, muitas vezes sem compreender qual é, de fato, o papel que desempenham.

[...] são tanto o lugar da finalidade imposta de fêra, de longe e de cima, quanto da contrafinalidade, localmente gerada, o teatro e um cotidiano conforme, mais não obrigatoriamente conformista a, simultaneamente, o lugar de cegueira e da descoberta, da complacência e da revolta (Santos, 1994, p. 93-94).

A conformidade, em certo momento, pode semear a discórdia. Essa fragilidade faz com que o ser humano, muitas vezes produto de seu contexto cotidiano, sofra sem

compreender completamente sua situação: se é resultado do sistema ou se o sistema é resultado dele. Nesse raciocínio, o espaço precede, existindo antes de qualquer ação. Aqui reside a divergência entre o conceito de espaço e território, pois este último se apoia no espaço, como destacado nas palavras de Raffestin (1993, p. 143-144).

O espaço é, portanto anterior, preexistente a qualquer ação. O espaço é, de certa forma, ‘dado’ como se fosse uma matéria-prima. Preexiste a qualquer ação. ‘Local’ de possibilidades, é a realidade material preexistente a qualquer conhecimento e a qualquer prática dos quais será o objeto a partir do momento em que um ator manifeste a intenção de dele se apoderar. Evidentemente, o território se apoia no espaço, mas não é o espaço.

Essa questão demanda uma compreensão clara, considerando que o espaço é preexistente e o território se desenvolve a partir dele. Isso ocorre por meio de uma ação conduzida por um agente sintagmático, que ao se apropriar do espaço, seja de forma concreta, seja de forma abstrata, “territorializa” esse espaço. Portanto, o que denominamos território é o espaço no qual se realiza um trabalho, no âmbito da informação ou energético. Nesse sentido, o espaço representa a prisão original, enquanto o território é a prisão que os seres humanos constroem para si mesmos, em uma luta explícita pelo poder, conforme observado por Raffestin (1993, p. 143-144).

É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de Um espaço, concreta ou abstratamente, o ator ‘territorializa’ o espaço. [...] O território, nessa perspectiva, é um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. O espaço é a ‘prisão original’, o território é a prisão que os homens constroem para si.

Ao nos aprofundarmos no conceito de território, percebemos que se trata da apropriação, tanto efetiva quanto simbólica, de um espaço. Dessa forma, esse território é associado ao espaço do Estado-Nação, sendo a base física da soberania nacional. Isso traz consigo uma forte conotação de soberania, controle e poder, desempenhando um papel crucial na construção das identidades sociais. Essa dimensão simbólica é de extrema importância, como podemos observar em Brasil (2003, p. 13):

Produto da prática espacial: inclui a apropriação efetiva ou simbólica de um espaço [...] O território passou a ser identificado com o espaço do Estado-Nação, sustentáculo físico da soberania nacional. Território associa-se, portanto, à noção de soberania, poder e controle, além de conter uma dimensão simbólica, um sentido de enraizamento, uma evidência de construção compartilhada e um papel na construção das identidades sociais.

Daí decorre o surgimento do espaço como o primeiro território, território esse de governança de nação, ponto crucial de existência dos seres humanos. Esse território é organizado em diversas instâncias e escalas, como províncias, estados, departamentos e municípios. Esses modelos representam fragmentações integradas e, ao mesmo tempo, independentes do primeiro território. Esse pensamento é condizente com o que afirma Fernandes (2009, p. 11).

O primeiro território é o espaço de governança da nação. É o ponto de partida da existência das pessoas. [...] O primeiro território ou espaço de governança está organizado em diversas escalas e instâncias. Estados, províncias, departamentos e municípios são frações integradas e independentes do primeiro território. São diferentes escalas dos espaços de governança.

Antes que as coisas se concretizem no mundo real, elas são primeiramente concebidas no mundo das ideias. Ou seja, para que o território real exista e as coisas tenham sentido, necessário que primeiro ocorra no território das ideias, onde o imaterial e as intencionalidades coordenam e organizam esse mundo de coisas e de objetos. Assim, o mundo material surge a partir dessas ideias: transformamos, construímos, desconstruímos e produzimos o espaço territorial. Dessa forma, a relação entre o território imaterial e o material ocorre em um contexto de poder, como afirma Fernandes (2009, p. 15).

O território imaterial pertence ao mundo das ideias, das intencionalidades, que coordena e organiza o mundo das coisas e dos objetos: o mundo material. A importância do território imaterial está na compreensão dos diferentes tipos de território material. Nós transformamos as coisas, construímos e produzimos objetos na produção do espaço e do território. Penso o território imaterial a partir da mesma lógica do território material, como a determinação de uma relação de poder.

Na busca pelo poder, há uma representação vívida do que compreendemos como território, onde forças econômicas, políticas e culturais se relacionam e efetivam o território. Esse é um processo social que ocorre em diferentes centralidades, temporalidades e territorialidades. Essas forças atuam para formar territórios heterogêneos e sobrepostos, fundados nas contradições sociais, como destacado por Saquet (2004, p. 28).

[...] as forças econômicas, políticas e culturais, reciprocamente relacionadas, efetivam um território, um processo social, no (e com o) espaço geográfico, centrado e emanado na e da territorialidade cotidiana dos indivíduos, em diferentes centralidades/temporalidades/territorialidades. A apropriação é econômica, política e cultural, formando territórios heterogêneos e sobrepostos fundados nas contradições sociais.

Portanto, não devemos, de forma alguma, confundir o conceito de território com espaço ou lugar. O território está sempre associado à ideia de poder e controle, seja referência

ao poder público em todas as suas instâncias, seja em referência ao poder das grandes empresas, como bem ressaltado Andrade (1995, p. 19).

O conceito de território não deve ser confundido com o de espaço ou de lugar, estando muito ligado à ideia de domínio ou de gestão de uma determinada área. Deste modo, o território está associado à ideia de poder, de controle, quer se faça referência ao poder público, estatal, quer ao poder das grandes empresas que estendem os seus tentáculos por grandes áreas territoriais, ignorando as fronteiras políticas.

Quando se trata de território, inevitavelmente nos deparamos com questões sociais, pois o simbolismo cultural influencia na identidade territorial atribuída pelos grupos sociais. Com caráter político-disciplinar, a apropriação e ordenação do espaço servem como meios de dominação e disciplinamento dos indivíduos, como bem nos lembra Haesbaert (1997, p. 42).

O território envolve sempre, ao mesmo tempo, [...], uma dimensão simbólica, cultural, através de uma identidade territorial atribuída pelos grupos sociais, como forma de ‘controle simbólico’ sobre o espaço onde vivem (sendo também, portanto, uma forma de apropriação), e uma dimensão mais concreta, de caráter mais político-disciplinar [e político-econômico, deveríamos acrescentar] a apropriação e ordenação do espaço como forma de domínio e disciplinarização dos indivíduos.

Na busca pelo poder, entre o idealismo do material e do imaterial, na construção e demarcação que ultrapassam fronteiras, seja no fracasso dos poderes ou na ânsia por mais, observamos os indivíduos sendo manipulados. Ao mesmo tempo, a luta pela sobrevivência não cessa, deixando-nos com a sensação de pertencimento ao que nos é próprio.

1.3 A pandemia da covid-19: globalização e territórios

A pandemia da covid-19 evidenciou como tudo está interligado pelo viés da globalização. Mesmo sendo um evento que teve origem em um cenário local, todas as medidas adotadas rapidamente adquiriram uma dimensão global, circulando do local para o global, e vice-versa, em uma velocidade nunca vista antes, devido à globalização. Todos os setores sentiram o impacto, porém, foi o setor da saúde que teve que lidar diretamente com o vírus, buscando “encontrar maneiras de contê-lo.

Nesse contexto, cada território decide aderir ou não às medidas impostas pelos governos mundiais. A adesão varia de acordo com a extensão do território e as políticas dos governantes locais. Alguns territórios seguem integralmente as orientações impostas pela Organização Mundial e Saúde (OMS) e pelas Nações Unidas (ONU), enquanto outros podem

optar por adotar medidas parciais ou mesmo vetar algumas orientações e acrescentar outras de acordo com suas realidades específicas.

O coronavírus é uma família de vírus que pode causar doenças em animais ou humanos. Em humanos, esses vírus podem provocar desde um resfriado comum até doenças mais graves, como a síndrome respiratória do oriente médio (MERS) e a síndrome respiratória aguda grave (SARS). Assim, surgiu o que se conhece como covid-19 (SARS-COV-2), que teve origem Wuhan, na China, em dezembro de 2019.

A transmissão ocorre de uma pessoa infectada para outra não infectada por meio contato físico ou aproximação, e por meio de toque ou aperto de mão, gotícula de saliva, espirro, tosse, catarro, objetos ou superfícies contaminadas, como mesas, celulares, entre outros. O diagnóstico é realizado por profissional de saúde, que deve avaliar conforme critérios preestabelecidos pela OMS.

São característicos da covid-19 os sintomas respiratórios agudos, como febre acompanhada de tosse, dor na garganta ou coriza, dificuldades para respirar, ou sintomas de síndrome gripal (SG). Também são observados desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax, saturação de oxigênio menor que 95%, coloração azulada dos lábios ou rosto chamada de síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

O profissional de saúde poderá solicitar diferentes tipos de exames. O exame de biologia molecular (RT-PCR, em tempo real) serve para diagnosticar tanto a covid-19 quanto a influenza ou o vírus sincicial respiratório o (VSR). O exame imunológico (teste rápido) fornece uma resposta imediata sobre a presença de anticorpos desde que o paciente esteja com sete dias ou mais dos sintomas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda diretrizes essenciais para prevenir a propagação da covid-19. Uma dessas orientações é a lavagem frequente das mãos até a altura dos punhos, utilizando água e sabão, ou, alternativamente, higienizando com álcool em gel 70%. Além disso, ao tossir ou espirrar, é fundamental cobrir o nariz e a boca com um lenço ou com o braço, em vez das mãos, para evitar a disseminação de gotículas. É importante também higienizar as mãos ao tocar em superfícies compartilhadas ou de uso comum.

Manter uma distância mínima de 2 metros de qualquer pessoa é outra recomendação, juntamente com a prática de evitar abraços, beijos e apertos de mão. A higienização regular de objetos pessoais, como celulares e brinquedos infantis, é uma medida adicional de precaução.

Evitar o compartilhamento de objetos pessoais, como toalhas e talheres, manter os ambientes limpos e bem ventilados contribui para reduzir a propagação do vírus.

É importante limitar a circulação desnecessária em locais públicos, como ruas, igrejas e cinemas, para evitar aglomerações e reduzir o risco de transmissão. Caso apresente sintomas, é fundamental evitar aglomerações, garantir uma boa qualidade de sono e manter uma dieta saudável. O uso de máscara é obrigatório em espaços públicos e, se possível, é recomendável permanecer em casa, especialmente para aqueles que apresentam sintomas ou estão em grupos de risco. Essas medidas preventivas são essenciais para proteger a si mesmo e aos outros da propagação do vírus.

Desde 2019, o mundo vem se deparando com a ascensão vírus, ‘que teve origem em território chinês e, devido à globalização, espalhou-se por todo o mundo. Esse surto levou a Organização Mundial de Saúde a decretar emergência de saúde pública de importância Internacional.

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS decretou a covid-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Foram levados em conta vários aspectos epidemiológicos, incluindo o potencial de transmissão, a população suscetível, a severidade da doença, a capacidade de impactar viagens internacionais, entre outros fatores específicos (OMS, 2023).

Com o agravamento contínuo do problema, a OMS decretou, em 11 de março de 2020, que se tratava de uma pandemia. As consequências dessa terrível expansão puderam ser vistas em todos os lugares, até os mais remotos. A força da globalização convergiu os impactos para diversos locais, penalizando assim milhares de vítimas.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) até março de 2023, o mundo registrou um total de 760.360.956 casos confirmados de covid-19, resultando em 6.873.477 óbitos. Para contenção do vírus foram administradas 13.232.904.667 doses de vacinas, distribuídas em todo o país (OMS, 2023). Mesmo assim, a pandemia vitimou 37.145.514 pessoas, com 699.634 óbitos registrados. Nesse intervalo de tempo, foram aplicadas mais 509.635.971 doses das vacinas.

No estado de Alagoas, foram confirmados 337.774 casos, com 7.248 óbitos registrados, tendo sido aplicadas 6.763.356 doses da vacina. Na Região Nordeste houve 7.320.694 casos confirmados, resultando em 134.740 óbitos, conforme dados do Ministério da Saúde, desde o início da pandemia até março de 2023, conforme exposto no Quadro 1.

Quadro 1 - Vacinômetro

Brasil			Alagoas			Santana do Mundaú			
1ªdose	2ªdose	3ªdose	d.ref.	1ªd.ref.	2ªd.ref.	3ªd.ref.	d.adc.	d.únic.	total
84.218.489	66.816.150	2.525.732	105.518.642	1.650.792	43.770.024	1.026.650	4.986.840	5.053.004	15.566.322
2.666.564	2.327.115	4.929	1.279.015	17.870	446.034	2.889	11.857	56.223.	6.812.496
9.912	9.530	67	5.946	148	1.659	0	1	198	27.461

Fonte: Dados da MS, 9/7/2023, elaborado por Silva (2023).

Obs.: Atualização em 9/7/2023 segundo o MS. Vacinômetro da covid-19. Vacinação no Brasil, no estado de Alagoas e no município de Santana do Mundaú/AL.

É possível perceber a globalização por meio do acesso às diferentes vacinas, compreendendo que cada uma delas são de origens distintas e que foram disponibilizadas em todo o mundo, incluindo Santana do Mundaú/AL. Dentre os tipos de vacinas disponíveis destacam-se: Covaxin®, Convidecia™, CoronaVac®/Sinovac, AstraZeneca – Vaxzevria™, Covishield™, Janssen, Covovax™, Nuvaxovid™ (Novavax), Moderna – Spikevax, Pfizer BioNTech – Comirnaty®, Bivalente.

Ao analisar o contexto da pandemia e sua disseminação nos territórios, observamos que o surgimento e o desenvolvimento se deram por meio do processo de globalização, levando em consideração todas as particularidades. Com o avanço da globalização, a disseminação da vacina contribuiu para desacelerar o contágio da covid-19. Nesse ápice, em maio de 2023, a OMS declarou o fim da emergência de saúde pública de importância Internacional, como indicado em nota.

Brasília, 5 de maio de 2023 – A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou nesta sexta-feira (5/05), em Genebra, na Suíça, o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19. A decisão foi tomada pelo diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, após receber a recomendação do Comitê de Emergência encarregado de analisar periodicamente o cenário da doença. Durante a 15ª sessão deliberativa do Comitê, na quarta-feira (4/05), seus membros destacaram a tendência de queda nas mortes por COVID-19, o declínio nas hospitalizações e internações em unidades de terapia intensivas relacionadas à doença, bem como os altos níveis de imunidade da população ao SARS-CoV-2, coronavírus causador dessa enfermidade (OMS, 2023).

Analisando-se mais detidamente o contexto, podemos observar que a circulação do capital dentro da dinâmica da globalização pode tanto promover quanto desacelerar o processo de participação ativa ou passiva do indivíduo ou do coletivo globalizado. Diante desse desafio, o não ser se torna uma forma de existir sem verdadeiramente pertencer, é estar marginalizado, é pertencer estando fora. Esse fenômeno de exclusão é evidenciado pela abrangência da globalização, ao mesmo tempo em que ela nos exclui, como destacado por Araújo (2006).

O não ser é uma forma de existir sem ser e, portanto, é uma condição definidora, definidora do outro. É o estar dentro de forma marginal, é o pertencer estando fora (pela exclusão e pela desigualdade), sendo algoano e não sendo, ao mesmo tempo (Araújo, 2006, p. 95).

Ao tratar de questões de saúde, seja no âmbito público ou privado, assim como de educação ou mesmo de índice de consumo, é evidente a precariedade que afeta as regiões subdesenvolvidas. Esse cenário se manifesta em larga escala, especialmente no contexto da globalização dos serviços oferecidos pelo governo. Essa realidade constante na conjuntura econômica e social é gritante, como apontado por Castro (1968, p. 15).

Em matéria de produção, de saúde, de educação, de índice de consumo, em todos os fatores se evidencia a precariedade das regiões subdesenvolvidas. Mas a característica mais marcante, o traço mais negro e mais constante da conjuntura econômica e social destas regiões subdesenvolvidas é a fome crônica e generalizada.

Ao abordarmos a intersecção entre território, globalização e pandemia, fica perceptível a conexão entre eles, pois é no território que os eventos efetivamente se desenrolam. Todas as dinâmicas de poder, a circulação do capital simplificada pela globalização e o surgimento da pandemia estão intrinsecamente ligados aos territórios. Podemos observar esse fenômeno tanto na propagação viral quanto na distribuição de vacinas contra o vírus.

A compra e distribuição das vacinas é um exemplo claro dessa dinâmica globalizada, envolvendo não apenas a busca pela cura das pessoas, mas também questões de patente, em uma interação totalmente capitalista. Esse cenário foi detectado em diversos níveis governamentais, com diferentes governos buscando vacinas específicas, o que resultou em um jogo de interesses em nível internacional, nacional e também estadual. Em contrapartida, os municípios não tinham o mesmo poder de escolha que as outras instâncias, uma forte clara evidência da luta pelo poder.

A globalização, que visa a aproximação das pessoas, muitas vezes serve aos interesses do capital, transformando-as em massa de manobra. Aquelas que não atendem aos interesses econômicos são frequentemente excluídas desse convívio. Essa perversidade da globalização é notável na sociedade contemporânea.

2 A GEOGRAFIA DA SAÚDE E SEUS APORTES TEÓRICOS

A saúde tem sido durante toda a trajetória humana uma necessidade, não apenas como algo individual, como também no coletivo, isso nos remete a planejamentos de políticas públicas que corrobore para alcance de todos os cidadãos, implicando todos os aspectos inclusive os fatores causadores de problemas de qualquer natureza, neste contexto a geografia como ciências tem contribuído para possíveis soluções.

2.1 O conhecimento dos gregos acerca da saúde

O filósofo grego Hipócrates, por volta de 480 a.C., realizou estudos sobre a saúde humana, contrariando a crença de que as doenças eram um castigo divino. Ele demonstrou que os seres humanos adoeciam devido a fatores ambientais climáticos, evidenciando a influência dos ambientes no bem-estar geral. Hipócrates destacou que a qualidade do ar comprometido poderia causar de malefícios ao organismo humano, e seus estudos contribuíram não só para a Grécia, mas para todo o mundo.

Com o surgimento da concepção miasmática (teoria que associava as doenças a odores orgânicos) nos séculos XVIII e XIX, percebeu-se a necessidade de adotar medidas sanitárias para a higienização do espaço urbano, já no século XIX. Esse avanço na percepção higienista permitiu uma discussão sobre questões sociais e políticas, como analisado por Rodrigues (2004), que assim diz:

Não há dúvidas de que a teoria miasmática projetou a análise geografia. Para compreender o processo saúde-doença, fazia-se necessário atentar às condições de insalubridade do ambiente, principalmente o urbano, que foi um iminente objeto de intervenção. Entende-se que esta teoria também contribuiu às concepções sociais das doenças, no momento em que se via nos ambientes das periferias urbanas os efeitos maléficos da insalubridade. Contribuindo para pensar a concepção de saúde como um problema social e político (Rodrigues, 2004, p. 101).

A geografia tem desempenhado papel significativo no avanço do cuidado com a saúde, utilizando seus conceitos tanto no âmbito físico como no humano. A análise geográfica, por sua vez, tem contribuído para a ampliação do conhecimento, resultando na redução dos malefícios à saúde, bem como na identificação das causas subjacentes. Nas palavras de Rodrigues (2004, p. 134):

Além disso, destacou-se o caráter geográfico da teoria miasmática, visto que os eflúvios maléficos eram provenientes, na maioria das vezes, de elementos de interesse da geografia física como ar, o solo, a água e os pântanos, ou de interesse da geografia humana, como o matadouro, o mercado, a periferia da cidade e os seus cortiços, dentre outros pontos de circulação da população urbana. Desta forma, havia uma análise geográfica das condições ambientais do espaço urbano e da circulação de seus habitantes, observando-os como parte integrante de um conjunto.

Apesar de não ser propriamente uma cidade, quando os nômades se juntavam nas margens de um rio e lá permaneciam durante períodos de estiagem para realizar suas colheitas, a ideia era viver em resposta às necessidades básicas. No entanto, essa necessidade levou gradualmente o homem a buscar cada vez mais viver em aglomerados, surgindo assim a ideia de cidade. Nesse contexto, a relação entre saúde, ambiente e cidade pode ser vista como um foco de agravamento de doenças. Como discorre Guimarães (2015, p. 18):

A relação entre saúde, ambiente e cidade também não é uma ideia nova. O paradigma hipocrático, geralmente considerado a matriz do pensamento médico do mundo ocidental, já considerava o ambiente das cidades como um foco de agravos à saúde.

Vale ressaltar que, ao longo dos três momentos em que a geografia se dedicou ao estudo da saúde, houve sempre uma integração harmoniosa entre eles. Ao longo do tempo, a geografia tem incorporado essas contribuições e se aprimorado, tornando-se hoje um tema importante e amplamente discutido entre os cientistas.

2.2A geografia médica

A geografia médica teve sua origem na década de 1940, quando ocorreu o Congresso da União Geográfica Internacional (UGI), em Lisboa. Porém, a denominação geografia da saúde se deu apenas em 1976, no congresso da UGI de Moscou, como vemos nas palavras de Guimarães (2015, p. 30).

A origem oficial da Geografia médica é de 1949, no Congresso da União Geográfica Internacional (UGI) em Lisboa, e sua consagração somente ocorreu no Congresso de 1968, em Nova Déli, com a instalação de um grupo de trabalho. [...], No Congresso da UGI, realizado em Moscou em 1976, o grupo mudou de nome, passando a se chamar 'Geografia da saúde' (Guimarães, 2015, p. 30).

Com o passar do tempo, essa ciência também foi se aprimorando em relação a alguns termos sobre a saúde. O próprio termo "saúde" passou a ser utilizado como um estado de bem-estar completo, abrangendo aspectos físico, mental e social, não se detendo apenas à ausência de doenças. Isso trouxe benefícios em termos de compreensão social e cultural,

introduzindo uma nova perspectiva que diverge do foco exclusivamente médico. Como aponta Guimarães (2015, p. 32):

A Geografia acompanhou a tendência que pouco a pouco deslocou o conceito de doença para o de saúde, compreendida como um estado de bem-estar completo, físico, mental e social e não simplesmente marcado pela presença da enfermidade. Sem dúvida, o conceito ganhou um sentido mais positivo, sobretudo, uma dimensão cultural e social inteiramente nova, além de sair da órbita estritamente médica.

Os estudos de Josué de Castro, especialmente em sua obra “A Geopolítica da Fome”, representam um marco histórico e político no Brasil no que diz respeito às questões de população e alimentação. Esses princípios ecológicos e geográficos foram posteriormente aplicados em uma escala global. No contexto brasileiro, além de todos os agravos que afetam a saúde, existe um fator que contribui significativamente para o agravamento das doenças: a fome e a escassez de alimentos que geralmente acontecem com mais frequências em periferias, lugares desprovidos de políticas públicas. Essa luta tem sido travada no decorrer da história, como nos alerta Castro (1984, p. 267), ao dizer:

A fome no Brasil, que perdura, apesar dos enormes progressos alcançados em vários setores de nossas atividades, é consequência, antes de tudo, de seu passado histórico, com os seus grupos humanos, sempre em luta e quase nunca em harmonia com os quadros naturais. Luta, em certos casos, provocada e por culpa, portanto, da agressividade do meio, que iniciou abertamente as hostilidades, mas, quase sempre, por inabilidade do elemento colonizador, indiferente a tudo que não significasse vantagem direta e imediata para os seus planos de aventura mercantil.

Desde o início do século XIX, tem havido uma proliferação de produções científicas na área da geografia médica. Diversos trabalhos relacionados à área médica foram publicados, incluindo atlas de geografia médica de doenças, literaturas científicas intituladas como “Climatologia Médica”, “Meteorologia Clínica”, entre outros que compõem o acervo. Utilizando-se de metodologias quantitativas e qualitativas, essa abordagem mista visa abranger todo o contexto, tanto físico como socioeconômico.

2.3 Geografia da saúde

A geografia da saúde representa um avanço nas discussões e nos estudos desenvolvidos pelos gregos sobre saúde e da geografia médica. Hoje, esses estudos são mais direcionados e planejados, e têm o objetivo de desenvolver ações de prevenção, propondo trabalhos na perspectiva da medicina preventiva (Perehouskei; Benaduce, 2007).

“Nos anos 1970 houve um retorno de diversos estudos relacionados às doenças endêmicas, como exemplo, a malária, que vinha se proliferando, devido ao movimento de exploração dos garimpos e diversas ocupações de frentes pioneiras” (Perehouskei; Benaduce, 2007, p. 36). A respeito das metodologias da geografia da saúde, assim assegura Araújo (2022, p. 224):

A pesquisa na geografia da saúde é muitas vezes dividida entre metodologias quantitativas e qualitativas, sendo os estudos quantitativos mais intimamente ligados à epidemiologia e estudo qualitativos, sociologia médica e ciências Sociais. Embora sejam necessárias diversas abordagens para analisar alguns problemas complexos, essas metodologias compartilham um elemento comum: o estudo do papel da geografia e do espaço na saúde [...]. Frequentemente, os geógrafos da saúde combinam métodos quantitativos e qualitativos em abordagens mistas e complementar. Geógrafos contribuem para o desenvolvimento de metodologias provavelmente ajudarão a pesquisa médica, incluindo modelos estatísticos multiníveis, análises de clister e análise de regressão ponderada por critérios geográficos.

A geografia da saúde tem ganhado cada vez mais relevância no contexto do mundo contemporâneo. Sua metodologia se baseia na vivência, na produção, no consumo, na mobilidade e nas modulações no interior das contradições das espacialidades “em uma sociedade complexa e global. Nesse contexto, as questões atribuídas à saúde convergem de maneira significativa. Segundo Araújo (2022, p. 225):

A geografia da saúde avançou, desse modo, teórica e metodologicamente, ao encontro do mundo contemporâneo. As dimensões de vivência, produção, consumo, mobilidade e modulações e contradições das especialidades e temporalidades em uma sociedade global cada vez mais complexa aproximam-se e perfazem o escopo atual das questões de saúde. O desafio geográfico vai além do fator epistemológico da sua contribuição à análise de situações sanitárias. [...] o fator econômico, juntamente com dimensões culturais, políticas e sociais fizeram com que observássemos, em muitos casos, o oposto ao que é aprofundado e elaborado por geógrafos, epidemiologista e cientistas especialistas em temáticas de saúde pública. Do negacionismo do distanciamento social à descoordenação de políticas públicas de saúde, foi e ainda é possível angariarmos múltiplas dimensões entre o movimento globalizado atual.

A ciência geográfica abrange uma ampla gama de campos de estudo, incluindo a questão da saúde. Em várias escalas, analisa-se de forma diversificada a distribuição de doenças e causas de morte, estabelecendo uma relação estreita entre saúde e ambiente. Isso é evidenciado no contexto citado por Ramos (2014, p. 178), que explica:

[...] a Geografia da saúde irá ocupar-se das formas diversificadas de distribuição das doenças e causas de mortes, em diferentes escalas, de modo a evidenciar as variáveis relacionadas aos padrões espaciais observados, estabelecendo a relação entre saúde e ambiente, entendendo as doenças enquanto manifestações coletivas.

Com a aceleração empírica do tempo contemporâneo, é fundamental para a geografia abordar as categorias de forma, estrutura, extensão e conexão relacionadas ao tempo. Isso inclui considerações sobre a duração, o ciclo e até mesmo o ritmo, levando em conta as diferentes manifestações de espaços, territórios, lugares e regiões. Essas análises só podem ser realizadas adequadamente quando consideramos o período em questão e os processos que os moldam. Como destacado por Guimarães (2015, p. 86):

As categorias do espaço (forma, estrutura, extensão, conexão) e tempo (duração, ciclo, ritmo) são fundamentais para a abordagem geográfica da saúde. Elas ganham concretude em diferentes formas de espaço geográfico (território, lugar, região), que somente podem ser compreendidos no seu tempo (período, processo).

Para que a geografia aborde o tema saúde de forma adequada, é necessário contar com o respaldo de categorias e de conceitos, pois nenhuma ciência pode subsistir sem uma base que lhe proporcione suporte. Enquanto as categorias fornecem uma referência geral que agrupa fenômenos e podem ser consideradas universais no âmbito da abstração, a análise de conceitos diverge ao entrar no campo do concreto, ou seja, do real. Essa distinção é destacada por Guimarães (2015, p. 81), quando diz:

As categorias referem-se aos atributos gerais que agrupam fenômenos e objetos de um mesmo gênero, podendo ser consideradas universais abstratos. Os conceitos, por sua vez, conformam a ideia a respeito dos objetos reais, empíricos. Assim, do ponto de vista da lógica, a saúde é um conceito porque indica uma materialidade, que pode ser tomada como reprodução do espaço vivido ou, como prefere Maria Laura Silveira (2006), como empiricização da velocidade cada vez maior do tempo. Como pressuposto desse conceito, temos como suporte alguns aspectos espaciais fundamentais que determinam o seu conteúdo. Ou seja, para compreender o conceito de saúde, do ponto de vista geográfico, é preciso relacionar as categorias que o conformam, como extensão, ordem e conexão.

A principal preocupação da geografia da saúde é analisar o ser humano e suas ações, considerando onde e como ele vive, bem como os aspectos políticos que cercam sua subsistência. Isso envolve uma análise do território, do lugar e da região, avaliando as políticas públicas que alcançam esses locais, seu funcionamento e como esse espaço habitado foi estruturado em termos de saneamento básico, tráfego de carros, qualidade do ar, gestão de resíduos recicláveis, tratamento de água e acesso das pessoas a serviços de saúde. Em suma, há inúmeras questões que devem ser analisadas à luz do contexto geográfico (Breilh; Granda, 1989).

A sociedade está enfrentando desafios significativos, pois os direitos estão sendo comprometidos enquanto o poder se concentra nas mãos de poucos. Isso tem resultado em

uma situação de vulnerabilidade para a grande massa, uma vez que as políticas implementadas têm contribuído para a ampliação da desigualdade social. A reflexão acerca dessa dinâmica foi delineada por Breilh e Granda (1989), ao afirmarem que;

[...] do ponto de vista da Epidemiologia, o processo saúde-doença é a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo, nos diferentes grupos sociais, o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde (Breilh; Granda, 1989, p. 40).

Quando se trata de saúde, sua abrangência permeia todo o território. Em cada local, os sistemas de saúde possuem suas próprias codificações. No Brasil, a saúde é assegurada pelo art. 196 da Constituição, que a define como um direito de todos os cidadãos. A promoção da saúde é responsabilidade do Estado que, por meio de políticas públicas sociais e econômicas, busca reduzir os riscos de doenças e de outros agravos. É preconizado que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de forma universal e igualitária.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2003, p. 20).

A geografia da saúde se fundamenta em duas vertentes principais. A primeira, conhecida como nosogeografia, tem uma longa tradição e concentra-se na análise das doenças e sua distribuição no contexto espaço-temporal. A segunda vertente, denominada atenção médica, dedica-se aos estudos das estruturas dos serviços de saúde, enquanto critica os modelos de políticas públicas e suas fragilidades na acessibilidade para diferentes populações.

Analisando apenas a geografia da saúde, os estudos têm-se fundamentado em duas vertentes principais: a primeira, a mais antiga e tradicional, é a **nosogeografia**, que se destina a analisar as doenças e sua distribuição, baseada em relações espaço-temporais. A segunda vertente é da **atenção médica**, destinada aos estudos sobre a estrutura dos serviços de atenção médica, que se estabelece como crítica aos modelos de políticas públicas de saúde, suas fragilidades e suas acessibilidades por suas diferentes populações (Santana, 2004; Dummer, 2008; González Castañeda, 2013 *apud* Fogaça, 2018, p. 24).

Segundo as reflexões de Fogaça (2018), que discorre sobre os estudos de González Castañeda (2013), a geografia da saúde pode ser dividida em dois níveis distintos. O primeiro nível, denominado operacional, concentra-se na resolução dos problemas de saúde por meio de investigações que analisam dados espaciais, fornecendo informações essenciais aos setores de saúde. Já o segundo nível, conhecido como diretivo, está relacionado com o planejamento de ações voltadas para políticas públicas e tomadas de decisões em diversas escalas. Essa

divisão reflete a abordagem abrangente e multifacetada da geografia da saúde, como evidenciado em González Castañeda (2013 *apud* Fogaça, 2018), que explica:

O **nível operacional** refere-se à resolução dos problemas de saúde mediante a investigação e a análise dos dados espaciais para, assim, fornecer informações aos setores de saúde. Já o **nível diretivo** se refere ao planejamento das ações, mais voltado às políticas públicas e à tomada de decisão em escalas locais, municipais e regionais (González Castañeda, 2013 *apud* Fogaça, 2018, p. 24)

Na perspectiva da geografia da saúde, uma das linhas de preocupação reside na identificação e avaliação dos fatores de risco, cujo propósito é identificar e avaliar populações enfrentam situações de riscos, ou seja, os elementos que podem causar doenças. Outra área de estudo é o planejamento dos serviços de saúde, que investiga aspectos culturais, sociais e econômicos, analisando redes de serviços de saúde para aprimorar o atendimento aos indivíduos. Isso inclui a distribuição de serviços nos núcleos integrados de saúde (NIS) e nas unidades básicas de saúde (UBS), visando aumentar sua capacidade resolutiva. Conforme destacado por Perekouskei e Benaduce (2007, p. 37):

Uma destas linhas de pesquisa volta-se para a identificação e avaliação dos fatores de risco – procura identificar e avaliar populações que se encontram situação de risco, ou seja, encontram-se pela exposição a fatores que possam causar a doença, a uma situação de vulnerabilidade. Outra linha de pesquisa é o planejamento dos serviços de saúde, que representam estudos ligados a aspectos culturais, sociais e econômicos e que também investiga a rede de serviços de saúde, objetivando a melhoria do atendimento à saúde do cidadão. Principalmente no que se refere à distribuição e serviços ofertados pelos núcleos integrados de saúde (NIS), a capacidade resolutiva de cada unidade básica de saúde (UBS), o recorte territorial da área de abrangência de responsabilidade desses núcleos, bem como suas localizações e diversas atividades desenvolvidas no setor.

Para a geografia da saúde abranger os territórios, esta foi subdividida em conceitos que se delimita em cada realidade específica. O território como área de abrangência define os limites e alcance das intervenções. Já o território como processo se refere aos procedimentos adotados e à dinâmica de sua execução. O território como área de influência examina como o território é influenciado e quais patologias podem surgir como resultado. Por fim, o território-rede diz respeito ao sistema de conexões, estabelecendo vínculos entre diferentes áreas territoriais. Essas categorias são delineadas conforme as observações de Perekouskei e Benaduce (2007) sobre

[...] os conceitos de território-área de abrangência, território-processo, território-área de influência e território-rede, onde identifica-se claramente esta relação. Mesmo delimitando, a partir de uma realidade vivenciada e percebida pela população, o recorte territorial da área de abrangência de determinado NIS, verifica-se que simultaneamente estarão sempre interagindo dinamicamente outros territórios, que

são os territórios-processo, de área de influência e os territórios-rede, ‘[...]’ (Perehouskei; Benaduce, 2007, p. 40).

Nessa perspectiva, o recorte territorial da área de abrangência define as responsabilidades da unidade básica de saúde, orientando-se pelos critérios de acessibilidade e pelos fluxos populacionais. Essa análise considera as condições de vida da população em várias dimensões, incluindo a disponibilidade de meios para acesso a UBS e sua efetividade. Além disso, é levado em conta o aspecto cultural, valorizando os costumes e tradições da comunidade atendida. Esse aspecto é esclarecido em Perehouskei e Benaduce (2007), que assim afirmam:

O recorte territorial da área de abrangência representa a área de responsabilidade da UBS e baseia-se em critérios de acessibilidade e fluxos de população. Esse acesso está ligado às condições de vida da população, podendo ser analisado sobre vários enfoques, como por exemplo, o geográfico, que refere-se a distância a ser percorrida para chegar até o serviço, relacionada à disponibilidade de meios de transporte e barreiras geográficas existentes nos percursos (vias de fluxo, ruas não asfaltadas, trevos, aclives ou declives e outros). Também o enfoque funcional: a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. O enfoque cultural: valorização dos costumes da população dentro desse contexto (Perehouskei; Benaduce, 2007, p. 40).

Nesse contexto, a geografia da saúde adotou uma abordagem analítica dos processos de saúde e de doença, buscando compreender as distribuições dos equipamentos e dos recursos disponíveis. Isso foi realizado considerando os princípios metodológicos da geografia, incluindo questões relacionadas ao território, às espacialidades e às escalas geográficas; Além disso, foram examinados os contextos das desigualdades sociais, com ênfase na pobreza urbana. Conforme afirma Guimarães (2015, p. 38):

A partir daí, caberia à Geografia da saúde a análise dos processos de saúde e doença, bem como suas articulações com a distribuição dos equipamentos e recursos existentes, tendo em vista os principais eixos metodológicos da Geografia: a unidade espacial ou territorial e a escala. Será preciso discutir mais detalhadamente a dimensão técnica da saúde, assim como a reprodução da vida em contextos de desigualdade social e pobreza urbana.

O espaço habitado pelo homem pode ser compreendido de duas maneiras distintas. No primeiro cenário, observa-se grandes aglomerações de casas em suas diferentes formas e estruturas, onde se concentram também os serviços oferecidos tanto pelas empresas quanto pelos governos, incluindo o acesso à saúde. Já no segundo cenário, caracterizado pela descentralização dos serviços, tanto empresariais quanto governamentais, os serviços de saúde são escassos ou praticamente inexistentes. A esse respeito assim descrevem Peiter *et al.* (2006, p.15):

O espaço transformado pelo homem, ou espaço socialmente organizado, assume diversas formas, dentre as quais podem-se apontar duas bem distintas: o espaço urbano e o espaço rural. Os espaços urbanos caracterizam-se pelo maior adensamento humano enquanto que os rurais, pelo povoamento mais disperso (Peiter *et al.*, 2006, p. 15).

No vasto universo da geografia da saúde, a análise dos dados necessita de sistemas como os Sistemas de Informação de Gestão Social (SIGs) para proporcionar uma visão mais clara da realidade. Esses dados permitem a descrição das localizações, dos objetos e dos relacionamentos espaciais, transformando esses dados coordenadas, códigos ou símbolos, que são representados em mapas. Esse conceito é explicado por Pina *et al.* (2006, p. 87) da seguinte maneira:

Os dados gráficos descrevem a localização, os objetos geográficos e os relacionamentos espaciais entre os objetos, ou seja, a descrição gráfica do objeto como simbolizado em um mapa: coordenadas, códigos, símbolos (Pina *et al.*, 2006, p. 87).

É possível observar que a geografia está intrinsecamente ligada aos temas relacionados à área da saúde, pois enquanto a primeira se preocupa com os aspectos sociais que influenciam o surgimento e a disseminação das doenças, a segunda se preocupa com as interrelações entre os fatos físicos, sociais e culturais na disseminação destas. Fogaça (2018) assim se pronuncia sobre essa análise:

Com base nesses pressupostos, identificamos como geografia se relaciona com os temas da área da saúde, por intermédio da geografia médica e da geografia da saúde, resultando suas particularidades e os caminhos que as consolidaram em cenário mundial. A geografia da saúde tornou-se um ramo diferente da geografia médica por priorizar as inter-relações entre os fatos físicos, sociais e culturais na disseminação das doenças. No entanto, constatamos que a geografia médica tem apresentado esforços para evidenciar aspectos sociais na consolidação das doenças. Por fim, apresentamos o contexto ambiental e o papel das ciências, com suas multiáreas, no entendimento do meio ambiente e sua relação com a produção de doenças para subsidiar as ações de planejamento e políticas públicas de saúde (Fogaça, 2018, p. 35).

Desde 2020, o mundo tem enfrentado os desafios impostos pela pandemia da covid-19, que se espalhou por todo o globo, resultando em consequências devastadoras. Diante desse cenário, órgãos mundiais e nacionais se mobilizaram em busca de soluções que pudessem conter a doença. De acordo com Jardim, Pereira e Rodrigues (2022, p. 15):

A infecção por COVID-19 está associada a um evento de grande magnitude, considerada pela OMS como pandemia em 11 de março de 2020. Desde então, tem ocasionado impactos sociais e econômicos negativos aos países onde foram registrados casos dessa nova doença. Destarte, a pandemia passou a representar um

grande problema à saúde pública global, dado seu potencial de dispersão, pelo número de casos graves e de óbitos.

A sociedade, frequentemente afetada por diversas doenças, necessita de uma estrutura de saúde que esteja em conformidade com a com a legislação de cada país. No Brasil, a Constituição Federal assegura aos cidadãos acesso a serviços de saúde pública e de qualidade. Nesse contexto, é fundamental que o cidadão conheça seus direitos e deveres a fim de usufruir deles plenamente. Nesse aspecto, a geografia da saúde desempenha papel crucial, como afirma Oliveira e Silva (2021, p. 8):

Em uma visão ampliada, a geografia da saúde é importante, pois a partir dela pode-se realizar um reconhecimento da multiplicidade dos diversos territórios existentes, ampliando os conhecimentos sobre as doenças, doentes e sistemas de saúde, para evitar que a população passe por pandemias que causam crises mundiais.

Nesta perspectiva, torna-se mais viável administrar o que chamamos de sistemas complexo, uma vez que suas partes estão interligadas por meio de interações. Nesse caso, esse sistema não só conhece as partes, mas também sua dinâmica por meio das relações estabelecidas entre elas. Essas partes, quando conectadas por uma rede de interações, gradualmente fluem para uma unidade coletiva, ou seja, um sistema. Essa coletividade pode ser observada em diversas instâncias. Nesse contexto, a geografia da saúde emerge como uma ferramenta para auxiliar na gestão da população e no acesso aos serviços de saúde. Como destacam Marinho e Silva (2021, p. 377):

Chamasse de Sistema complexo um conjunto de partes ligadas por suas interrelações. Logo, para identificar um sistema deve-se não somente conhecer as partes, mas também sua dinâmica de relações. Esta ação gera um grande fluxo de informações, com grandes consequências. Estas partes, que são conectadas por uma rede de relações, geram em conjunto uma Unidade Coletiva chamada Sistema, podendo ser reconhecido em diversas instâncias: célula, ecossistema, cidade, computadores, moléculas, corpo humano, meio ambiente e etc... A complexidade vem ganhando espaço na discussão dos sistemas, tanto os naturais, quando os sociais.

Esses sistemas demandam dos governantes um planejamento cuidadoso, uma vez que o resultado desse tipo de planejamento promove a saúde. Nessa perspectiva, criar cidades saudáveis significa não apenas reduzir os focos de poluição, mas também diminuir as filas nos postos de saúde. Isso ocorre porque uma sociedade exposta à poluição pode gerar um colapso no sistema de saúde. Portanto, com planejamento adequado, todos saem ganhando, como ressaltam Moreira e Silva (2022). Em complemento, os autores afirmam:

Atende ao contexto de criar cidades mais saudáveis para seus habitantes e de reduzir os focos de poluição atmosférica e sonora. As Zonas de Coexistência, são, cada vez mais, assumidas como uma das tantas soluções promissoras, que permitem combinar a gestão do tráfego com o desenho urbano, saúde física e mental de uma determinada população (Moreira; Silva, 2022, p. 154).

Nesse mesmo contexto, podemos analisar as consequências de uma cidade não planejada que resulta em uma série de problemas, incluindo a falta de espaços verdes que fornecem oxigênio para seus habitantes. Como observado por Silva (2022), esses aglomerados urbanos são considerados subnormais, deixando os cidadãos não apenas à mercê da falta de serviços adequados, mas também vulneráveis à contaminação por doenças, como a covid-19 e outras.

Nos aglomerados subnormais, residem, em geral, populações com condições socioeconômicas, de saneamento e de moradia mais precárias. Como agravante, muitos aglomerados possuem uma densidade de edificações elevada, podendo facilitar a disseminação do COVID-19 (Silva, 2022, p. 156).

A intervenção dos Estados na promoção da saúde da população é fundamenta e deve ser um direito garantido a todos os cidadãos. No entanto, quando o Estado falha em cumprir suas obrigações e, em vez disso, abusa de seu poder, surgem preocupações legítimas. Durante a pandemia de coronavírus, vimos muitos países adotando medidas extremas em busca de soluções, como no caso da China, que implementou um monitoramento rigoroso. Isso incluiu o monitoramento de smartphones da população, o uso de centenas de milhões de câmeras de reconhecimento facial e a imposição de verificações de temperatura e relatórios de sintomas obrigatórios. No entanto, surge uma questão importante: o que o governo chinês fará com esse sistema de monitoramento após a pandemia? Essa preocupação levantou debates significativos sobre privacidade e liberdades individuais. Conforme Harari (2020, p. 31):

Na batalha contra a epidemia do coronavírus, vários governos já empregaram as novas ferramentas de vigilância. O caso mais notório é a China. Monitorando os smartphones da população, recorrendo ao uso de centenas de milhões de câmeras de reconhecimento facial e obrigando as pessoas a verificarem e reportarem sua temperatura e seu quadro clínico, as autoridades chinesas podem não apenas detectar rapidamente possíveis infectados, mas também rastrear sua movimentação, identificando qualquer pessoa que tenha entrado em contato com eles. Uma série de aplicativos de celular avisa os cidadãos da proximidade de pacientes infectados.

Podemos aumentar a durabilidade de nossas vidas ao abordarmos os problemas de forma adequada, reconhecendo e compreendendo as diferentes escalas do mundo, tanto macro quanto micro. É essencial educarmo-nos para melhorar a situação, especialmente em níveis menores, como municípios, bairros e ruas, e assumir essa responsabilidade como nossa.

Devemos considerar essa questão como parte integrante de nossas vidas, assim como cuidamos do nosso próprio corpo. Se as gerações futuras forem educadas sobre esses aspectos, poderemos não só preservar, mas também promover a saúde (Brandão, 2010). Em outras palavras:

As pessoas podem aprender a fazer do seu município uma parte de si mesmas, uma vez que isso representa a extensão do seu bairro, assim como o bairro é a extensão de suas ruas e de suas casas e de seu próprio corpo. Sem desenvolver esse processo de identificação de pessoas com esses espaços, não há um município saudável (Brandão, 2010, p. 38).

Não podemos depender do acaso. É fundamental contar com políticas públicas que gerenciem e planejem, com governos comprometidos em fornecer serviços, com instituições que justifiquem seu papel de servir a sociedade e com profissionais competentes, capazes de facilitar o acesso aos serviços. É necessário o comprometimento com a educação e com o bem-estar de todos os cidadãos.

3 O TERRITÓRIO DE SANTANA DO MUNDAÚ E A SAÚDE PÚBLICA

3.1 O sistema de saúde pública em Alagoas

Alagoas comporta 3.127.511 habitantes em uma área de 27.831 km², segundo o IBGE (2022). Trata-se de um estado instituído, em 1711, a partir do desmembramento da Capitania de Pernambuco. Atualmente com 206 anos, o estado foi emancipado em 16 de setembro de 1817 e teve sua primeira constituição em 11 de julho de 1891. Ficou conhecida pela produção de cana-de-açúcar, por ter políticos importantes no cenário nacional e pelo cenário de violência atrelado ao coronelismo existente, que acarretou a formação de quilombos – destacadamente o Quilombo dos Palmares, que se localizava na Serra da Barriga, em União dos Palmares.

Dispondo de tal percurso histórico, o estado de Alagoas ao longo desses 206 anos teve de se reestruturar social e economicamente, “[...] para interromper o ‘fator intergeracional da pobreza’ – a miséria que passa de pais para filhos, sem que nenhum integrante da família consiga sair da condição de penúria e ignorância” (Carvalho, 2016, p. 129). Com sua produção de cana-de-açúcar, a economia do estado se baseava nessa atividade, sendo que a relação de miserabilidade entre usineiros e boias-frias era imensurável. “A partir de 1999, deu-se início um processo de reestruturação produtiva que atingiu as 27 usinas e as 33 destilarias (22 anexas e 11 autônomas) então existentes no estado” (Carvalho, 2009, p. 6).

Diante da luta pela existência e pela subsistência, muitos desses trabalhadores teriam que se reinventar e se dedicar ao que conhecemos hoje como agricultura familiar. Na situação em que se encontravam, era necessário que desenvolvessem uma atividade que lhes proporcionasse a garantia de pelo menos uma refeição diária aos membros da família. Em tais condições de vulnerabilidade, essas pessoas estavam suscetíveis a doenças de todo o tipo, por diversos fatores, inclusive pela falta de acesso à assistência médica. Esse contexto implicou, por exemplo, na quantidade de crianças nascidas em casa, já que faltava até mesmo atenção básica de saúde.

Em ambientes assim, é claro que o crescimento da ignorância é notório, o que acarreta que hoje seja indispensável a criação de incentivos para que a campanha de vacinação tenha êxito, para que o câncer de mama e o câncer de próstata sejam precocemente tratados, ampliando chances de cura. Ou seja, essa ignorância perdura até hoje. Além disso, cabe

destacar que nas moradias sem conforto, muitas vezes era preciso dividir espaço com o besouro barbeiro, causador da doença de chagas: “As casas dos moradores, dispersas pela propriedade, quase sempre são construídas de taipas, cobertas de telhas ou de palha” (Andrade, 2010, p. 91-92).

Nesse estado marcado pela violência generalizada, a mídia tem desenvolvido um destacado papel na difusão do senso comum e, através da reprodução diária de imagens de violência, tem ajudado a banalizar a violência no estado de Alagoas. Cabe destacar que esse contexto é servido de políticas de violência e não de políticas públicas voltadas à saúde ou à educação, necessidades básicas de qualquer sociedade. “Em Alagoas não há balas perdidas, porque aqui as balas têm um endereço certo” e “A violência política representa uma articulação do *trinômio violência-poder-cultura*” (Vasconcelos, 2014, p. 102). Esse é o cenário muitas vezes noticiado pela imprensa. Majella (2006, p. 38) cita o exemplo: “A imprensa alagoana noticiou com frequência as descobertas sucessivas de cemitérios clandestinos, chegando a noticiar que num curto período de menos de 2 anos foram encontrados cerca de 10 cemitérios clandestinos”. Há também a questão das diversas situações de desvantagem em que são mantidas as pessoas negras, já que as políticas públicas ainda não são direcionadas para todos: “[...] assistência médica a pessoas brancas e de classes sociais mais abastadas em detrimento do acesso dos negros [...] significa dizer que os negros são mantidos em desvantagens (Riscado, Silva, Nascimento, 2011, p. 63).

Não podemos esquecer que precisamos de políticas públicas voltadas para o setor da saúde que o tratem de forma ampla, contemplando a junção saúde–doença dentro da dinâmica social, ou seja, que se expandam para a relação do que conhecemos como biológico até a instância cultural. “É sabido que o processo saúde-doença não pode representar um campo separado da dinâmica social. [...]. O processo não pode ser considerado como algo em si, mas em uma relação em que se tem desde o biológico até o cultural” (Vilela e Almeida, 2011, p. 48).

No Brasil, o sistema que vigora para a saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), que perpassa os diversos estados e, especificamente em Alagoas, é um sistema governamental. Esse sistema é alimentado financeiramente pelos governos federal e estaduais, sendo que muitos serviços são oferecidos, enquanto alguns não. Ainda assim, é preciso considerar que “O SUS, como todo fenômeno social, é uma síntese de múltiplas determinações” (Cavalcanti,

2017, p. 148), realidade que é alicerçada na dialética público/privado imposta pelo capital, situada nos conflitos de interesses individuais e coletivos, segundo Cavalcanti (2017).

Na análise do SUS, portanto, é fundamentalmente necessário levarmos em consideração a sua constituição, alicerçada na dialética público/privada, posta pelo *sóciometabolismo* do capital. Afirmamos, amparados nas concepções marxistas, que a forma como se organiza o trabalho no capitalismo faz surgirem, à sua maneira, conflitos de interesses individuais e coletivos (Cavalcanti, 2017, p. 155). Assim, o SUS está sendo sucateado devido a demandas desencadeadas, aceleradas e impostas a partir da crise estruturada pelo capital, uma vez que o setor saúde virou mercado, e com alto grau de potencialidade mercantil. Enquanto isso, podemos ver usuários morrendo nas filas à espera de atendimento. “Destarte, é materializado atualmente um processo de descaracterização e sucateamento arquitetado do SUS, indo de encontro a muitos dos ideais propostos pela RBS”, sendo que “[...] o setor saúde constitui também um mercado em potencial” (Cavalcanti, 2017, p. 157-158).

A utilização da mídia para melhoria do acesso da população à saúde é de suma importância, uma vez que os veículos de comunicação tenham o compromisso de levar informação aos seus telespectadores. Se essa política tivesse sido aplicada em qualquer escala, a pandemia poderia ter sido manejada de outra maneira e os números de vítimas poderiam ter sido diferentes; em Alagoas a história seria outra. Precisamos que as mídias não sejam censuradas, que a livre expressão possa ganhar espaço e que a propagação de *fake news* – que podem ser destruidoras tal qual bombas nucleares – seja penalizada de alguma forma. O foco deve estar na importância da mídia para a conscientização da população em relação à promoção da melhoria da saúde: “A mídia deve ser um veículo importante para aumentar o grau de conscientização da população sobre a importância e as possibilidades concretas de promover a melhoria da saúde” (Vivarta, 2003, p. 46).

No SUS foi criada a chamada “Equipe de Saúde da Família”, a ESF, que comporta um aparato de profissionais qualificados no Programa de Saúde da Família, o PSF. São ferramentas que não extrapolam os espaços urbanos, chegando à zona rural, a depender dos limites da Unidade Básica de Saúde (UBS). O Ministério da Saúde assim descreve a formação da ESF:

Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família,

auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2012, p. 55).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (MS), os PSF são compostos pelos, Agentes Comunitários de Saúde, os ACS, estes são os responsáveis que cobrir 100% da população. Sendo assim, a quantidade de ACS deve ser suficiente, e cada um deles poderá atender no máximo 750 pessoas. Cada ESF, por sua vez, poderá ter no máximo 12 ACS; ou seja, existe um teto para não sobrecarregar a equipe e de modo que fique impedida de realizar seus atendimentos ou manter qualidade em seus serviços, segundo o MS.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (Brasil, 2012, p. 55).

Nesta mesma linha, o Ministério da Saúde delimita a quantidade de pessoas que serão atendidas pela ESF, que é de no máximo 4.000 pessoas, com um número recomendado de 3.000. Esse quantitativo leva em conta o grau de vulnerabilidade das famílias, ou seja, varia a depender da demanda, de como elas se encontram dentro dos contextos que conhecemos como áreas de risco, tanto na questão social quanto na questão da saúde. Assim, quanto maior a vulnerabilidade, menor deve ser a quantidade de pessoas assistida por uma ESF.

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.55).

Segundo dados do governo de Alagoas (SEPLAG, 2023), são 47 hospitais/UPAS divididos nas dez regiões sanitárias que cobrem todo o estado alagoano. Além disso, há um total de 907 UBS funcionando em todo estado, segundo a Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE), dados de 2023. Destaca-se que cada UBS tem de ser formada por Equipes de Saúde da Família, e cada equipe pode conter três ou quatro ACS, a depender da quantidade e do grau de vulnerabilidade das famílias.

No período de 2020 a 2023, que marca o início e o fim da pandemia e que aqui me propus a analisar, o estado dispôs de recursos federais e próprios que fortaleceram o enfrentamento da pandemia da covid-19. O governador do estado de Alagoas, no uso de suas atribuições e considerando a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância

Internacional, bem como a Declaração de Pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em decorrência da infecção humana pelo novo covid-19 (coronavírus) declarou, pelo decreto nº 69.541, de 19 de março de 2020 (primeiro decreto), a situação de emergência no estado de Alagoas e intensificou as medidas para o enfrentamento da pandemia no âmbito do estado de Alagoas.

Figura 1 - Regiões de saúde de Alagoas



Fonte: IBGE, 2018, Malha Municipal; SESAU, 2011, Regiões de Saúde de Alagoas; SEPLAG/SINC/GGEO 2020.

O Decreto nº 69.501, de 13 de março de 2020, por sua vez, dispôs, em seu Art. 1º, sobre as medidas que poderiam ser adotadas, no âmbito da administração pública do estado de Alagoas, para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do covid-19 (coronavírus). É o que se pode verificar nas disposições do Art. 2º do mencionado decreto:

Art. 2º Para o enfrentamento da emergência de saúde decorrente do covid-19 (coronavírus) poderão ser adotadas as seguintes medidas: I – isolamento; II – quarentena; III – exames médicos; IV – testes laboratoriais; V – coleta de amostras clínicas; VI – vacinação e outras medidas profiláticas; VII – tratamentos médicos específicos; VIII – estudos ou investigação epidemiológica; IX – exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; e X – requisição de bens e serviços de

pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa (Alagoas, 2020, p. 1).

Podemos analisar que as medidas decretadas pelo governador alagoano (Quadro 2) são as mesmas ou semelhantes às medidas tomadas pelas instâncias nacional e internacional, o que nos leva a identificar a situação como uma intervenção.

Quadro 2 – Medidas dos decretos no período de março a dezembro, 2020

MEDIDAS DOS DECRETOS NO PERÍODO DE MARÇO A DEZEMBRO (2020)					
ESTADOS	Uso de Máscara	Distanciamento social	Fechamento e suspensão de atividade	Trabalho remoto	Barreiras sanitárias
Alagoas (AL)	X	X	X	X	X
Bahia (BA)	X	X	X	X	X
Ceará (CE)	X	X	X	X	X
Maranhão (MA)	X	X	X	X	X
Paraíba (PB)	X	X	X	X	X
Pernambuco (PE)	X	X	X	X	X
Piauí (PI)	X	X	X	X	X
Rio Grande do Norte (RN)	X	X	X	X	X
Sergipe (SE)	X	X	X	X	X

Fonte: Mendonça e Silva (2021).

A partir disso, tomamos por foco o estado de Alagoas, uma vez que ele é o objeto de análise neste trabalho. No Quadro 3, podemos verificar ação criada pelo governo no enfrentamento da pandemia da covid-19.

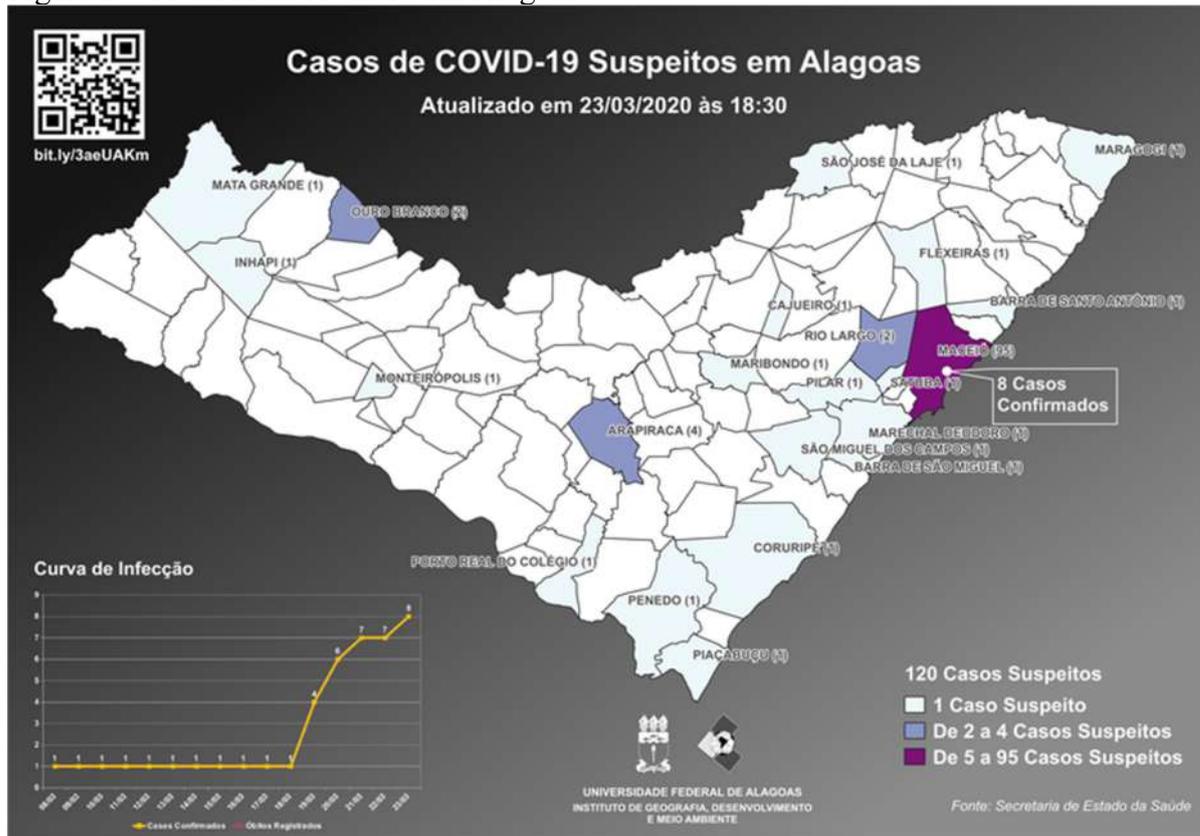
Quadro 3 - Criação de comitês no estado de Alagoas

ESTADOS	CRIAÇÕES DE COMITÊS (2020)
Alagoas	1 – Gabinete de Crise da Situação de Emergência – GCSE para combate ao COVID-19 (Decreto nº 69.463, de 12 de março de 2020) 2 – Comitê de Gerenciamento de Impactos Econômicos da Crise do COVID-19 (Decreto nº 69.531, de 19 de março de 2020)

Fonte: Mendonça e Silva (2021).

“As medidas tomadas pelos governos estaduais para evitar o colapso no sistema público de saúde e a proliferação do vírus, foram restrições e proibições de determinados estabelecimentos para evitar aglomerações” (Medeiros; Silva, 2021, p. 1008).

Figura 2 - Os casos da covid-19 em Alagoas



Fonte: IGDEMA/UFAL (2020).

A Figura 2 mostra o primeiro mês da Covid-19 no estado, quando considerada oficialmente como pandemia pela OMS. Podemos observar que onde há maior fluxo de pessoas há um maior número de possíveis infectados, como é o caso da capital Maceió. Nota-se que em Rio Largo, na ocasião, começavam-se a identificar casos suspeito, devido sua aproximação com a capital, e também por conta do “aeroporto” Internacional Zumbi dos Palmares. Destacam-se, além disso, Arapiraca, por ter um quantitativo alto de habitantes, sendo a segunda maior cidade do estado, e o município de Ouro Branco, este último talvez por se aproximar de outros estados, e mesmo pelo fluxo de pessoas, ou seja, pelo deslocamento causado pela busca de assistência médica na capital.

Tabela 1 - Frequência de casos segundo classificação operacional para covid-19: Alagoas 2020 a 2023

TOTAL	Casos Notificados	Casos Confirmados		Casos Descartados		Casos Recuperados		Óbito/Letalidade	
		929.114	338.758	36,5%	589.465	63,4%	330.908	97,7%	7.260
Casos notificados na última semana epidemiológica									
Casos:		131		Óbitos:		4			
Casos em investigação*				891				0,10%	

Fonte: CIEVS/AL, 2023.

Na Tabela 1, podemos ver a destruição que o vírus SARSCOV-2 causou: em três anos de pandemia, foram 7.2060 mortes, além de 338.758 casos confirmados. Ou seja, os óbitos no estado equivaliam à população de um município, realmente uma tragédia.

Tabela 2 - Frequência de casos segundo classificação operacional para covid-19 e ano de ocorrência: Alagoas, 2020 a 2023

ANO	Casos Notificados	Casos Confirmados		Casos Descartados		Casos Recuperados		Óbito/Letalidade	
2020	259.617	116.008	44,7%	143.609	55,3%	112.983	97,4%	2.743	2,4%
2021	424.240	127.459	30,0%	296.781	70,0%	123.731	97,1%	3.750	2,9%
2022	229.880	93.540	40,7%	136.340	59,3%	92.612	99,0%	733	0,8%
2023	15.377	1.751	11,4%	12.735	82,8%	1.582	90,3%	34	1,9%

Fonte: CIEVS/AL, 2023.

Como podemos analisar na Tabela 2, nos casos de covid-19, mais detalhados por ano, notamos claramente que depois da globalização das vacinas, no último ano da pandemia, os números de notificações, os casos confirmados e os números de óbitos caíram significativamente.

Diante deste cenário, o estado de Alagoas passou pelo processo de resistência ao vírus devido às medidas adotadas pela gestão, sendo que as intervenções aconteceram de forma significativa e eficaz, trazendo uma resposta segura e rápida diante do momento vivido. As medidas sanitárias, a decisão por parte do governo de respeitar as medidas impostas pela OMS e pela ONU contribuíram para amenizar o contágio e, por que não dizer, o pânico que a pandemia da covid-19 causou.

3.2 Análise do território e da saúde do município Santana do Mundaú (AL)

A pesquisa buscou encontrar aportes teóricos na compreensão da Geografia da Saúde, que se preocupa com as formas diversificadas de distribuição das doenças e causas de mortes em diferentes escalas (Ramos, 2014). É importante estabelecer relação entre saúde e ambiente, entendendo as doenças enquanto manifestações coletivas. Assim, “[...] o território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si” (Santos, 1999, p. 8), exibindo quais são os meios usados para desvendar aquilo que chamamos de defasagem na compreensão de mundo. De maneira simples e significativa, tal abordagem serve para explicar esse fenômeno, que vem causando não apenas um sentimento de fracasso, mas também divergência do conhecimento.

A pesquisa analisou o contexto pandêmico no município de Santana do Mundaú (AL), fazendo uma relação entre a globalização e a pandemia de covid-19 e seus efeitos em escala local, a partir da compreensão do território e da saúde. Em Santana do Mundaú, os efeitos da pandemia trouxeram os mesmos problemas presentes em todo o contexto mundial e, por tratar-se de um município do interior de Alagoas, os sofrimentos são inevitáveis. A análise abrange, além disso, o conhecimento das políticas públicas na área da saúde no município e as formas de enfrentamento da pandemia.

A saúde pública está assegurada em todo o território brasileiro, conforme a Constituição Federal de 1998, no Art. 196, destaca: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Não poderia ser diferente na cidade, já que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema que abrange todo o país.

O conceito de município, aqui, é visto como “espaço da globalização”, porque não existe um espaço global (Santos, 1997, p. 271). É fundamental pensar o mundo como norma, em diversos aspectos: técnicos, informacionais, econômicos, sociais, políticos e culturais, que contribuem também para o avanço da pandemia, além da mídia, por sua vez, que é um canal importante para a disseminação de informações acerca de uma doença letal. Um tema tão diversificado como este, tona-se, afinal, algo acessível, já que seu enfrentamento exigiu ações que dependem do local.

O contexto pandêmico da covid-19 foi declarado como emergência pelo Ministério da Saúde do Brasil em 26 de março de 2020. É a partir do município de Santana do Mundaú que realizamos uma leitura da Geografia da Saúde numa abordagem transdisciplinar, pois a saúde pública requer essa perspectiva de dialogar com diferentes áreas do conhecimento preocupadas com a questão da saúde.

Para o estudo da espacialização das unidades de saúde do município, consideraram-se os estudos realizados por Travassos *et al.* (2000 *apud* Brasil, 2006, p. 38), nos quais

[...] a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde.

Assim, o acesso da população às unidades de saúde não se define simplesmente pela localização, mas engloba múltiplos fatores. E foi a partir da Secretaria Municipal de Saúde, com os dados disponibilizados pelo DATASUS (2023), que reunimos aspectos quantitativos para a pesquisa, sobretudo acerca da covid-19.

De acordo com legislação em vigor, as UBS devem atender no máximo 4.000 mil usuários, sendo que o recomendado pelo Ministério da Saúde é de 3.000 mil usuários. No caso de Santana do Mundaú, as UBS que estão distribuídas na zona rural funcionam como apoio à população, com atendimentos médicos, dentistas, enfermeiros etc. (Brasil, 2012).

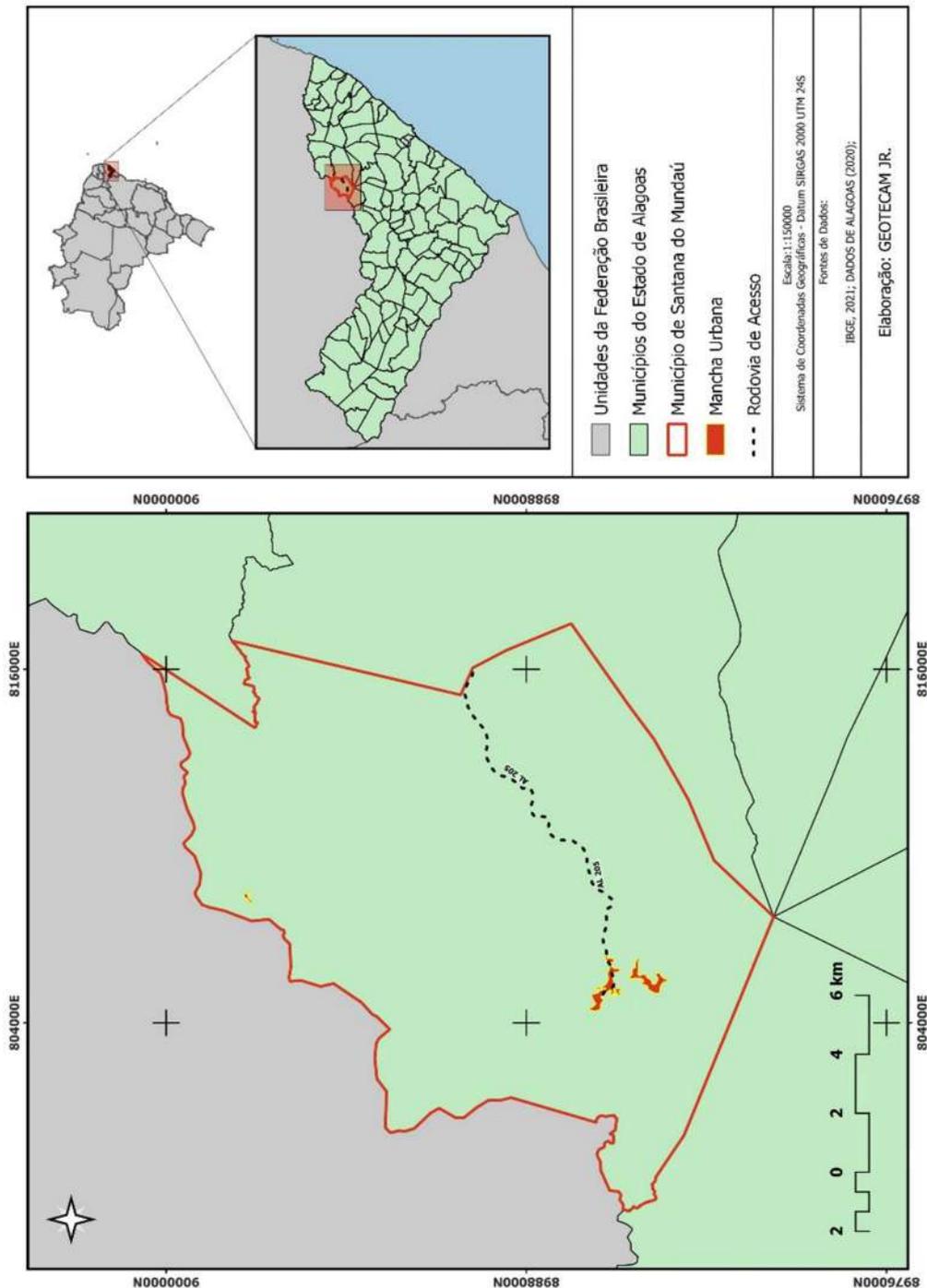
Segundo o portal mais médico, as UBS são a porta de entrada preferencial do SUS. O objetivo das Unidades Básicas é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais.

A Geografia da Saúde tem uma metodologia baseada na vivência, na produção, no consumo, na mobilidade e nas modulações dentro das contradições das espacialidades, nos “*cromos*” de uma sociedade complexa e global, que convergem com as questões atribuídas à saúde. Entende-se, ainda, nas palavras de Araújo, Folmer e Maria (2022, p. 225), que a:

Geografia da saúde avançou, desse modo, teórica e metodologicamente, ao encontro do mundo contemporâneo. As dimensões de vivência, produção, consumo, mobilidade e modulações e contradições das especialidades e temporalidades em uma sociedade global cada vez mais complexa aproximam-se e perfazem o escopo atual das questões de saúde.

A Geografia da Saúde fornece meios para uma compreensão e mostra como se obtém acesso ao SUS, consideram-se os aspectos da acessibilidade do direito à saúde no município, percebidos através da representação espacial das UBS.

Figura 3 - Mapa de Santana do Mundaú, Alagoas e Brasil

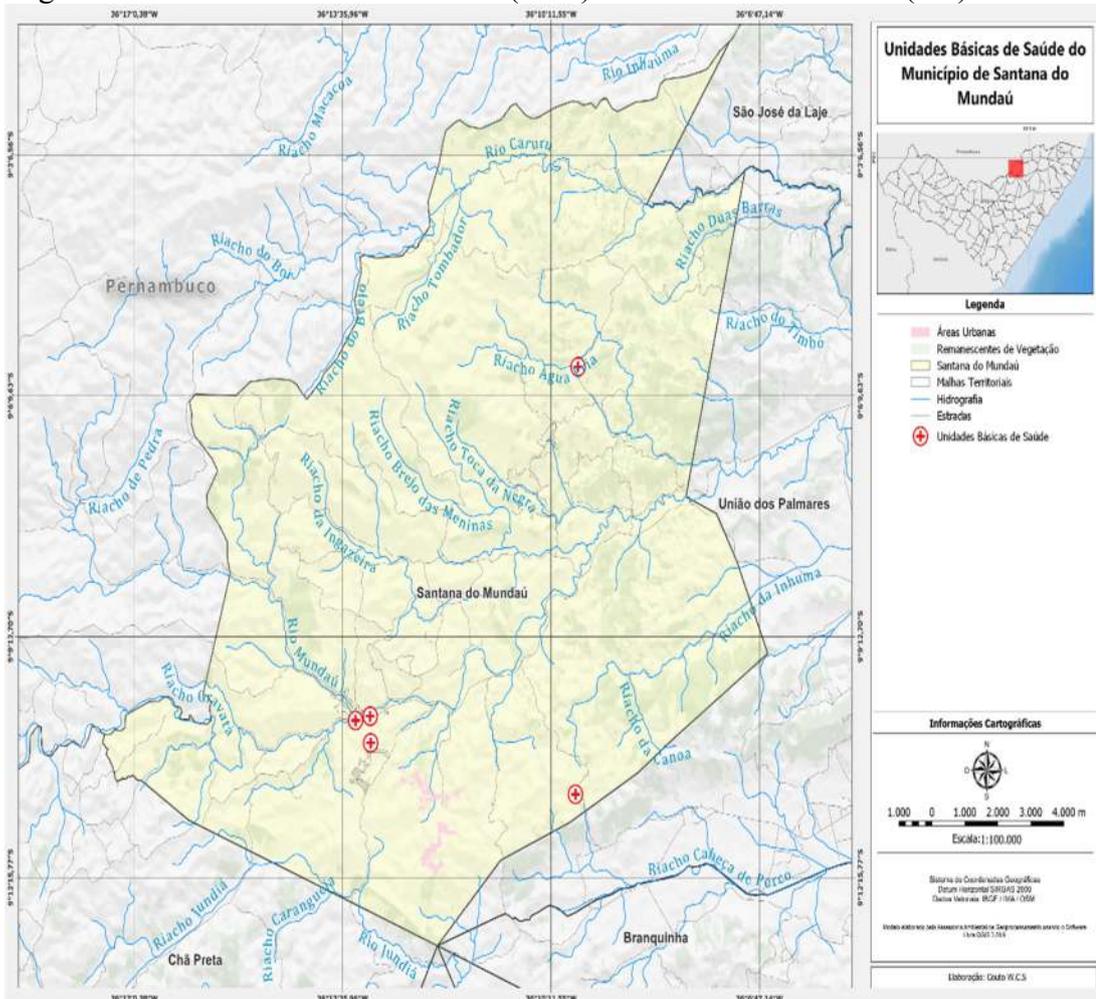


Fonte: IBGE (2021).

O município está situado ao norte (Figura 3), fazendo fronteira com o estado de Pernambuco e o município de São José da Laje; ao sul, com o município de Chã Preta; ao leste, com o município de União dos Palmares; e a oeste, com o estado de Pernambuco. Sua área territorial é de 232.169 km², segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022).

Em Santana do Mundaú, o último Censo registrou o total de 11.323 habitantes, sendo que 48,38% dos habitantes residem na zona rural, enquanto a zona urbana comporta 51,62% dos habitantes. Observa-se na Figura 4, ao lado esquerdo, um pequeno aglomerado, indicando a zona urbana, com 5.844 habitantes. Enquanto, na zona rural conta-se com 5.478 habitantes.

Figura 4 - Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Santana do Mundaú (AL)



Fonte: IBGE (2022).

Das UBS distribuídas no município, duas situam-se na zona rural e três na zona urbana. A população do município conta com 11.323 habitantes. O número de UBS está em consonância com as normas do Ministério da Saúde, conforme as recomendações já mencionadas. Em particular em Santana do Mundaú, ao se dividir o número total de habitantes pelo número de UBS, contam-se 2.264,6 usuários, ou seja, número abaixo do recomendado pela legislação do Sistema Único de Saúde.

É relevante esclarecer que, matematicamente, quanto ao número de habitantes para o perímetro urbano (5.844 hab.) e para o perímetro rural (5.478 hab.), há uma diferença de 366 pessoas a mais na zona urbana, o que se justifica pelo maior número populacional na zona urbana. Já o perímetro rural é maior em extensão e conta com duas UBS. A distância, então, é um obstáculo ao acesso às unidades rurais, pois as distâncias das unidades às casas dos moradores não foram consideradas, ou seja, a variável espacial, que consiste no deslocamento dos usuários aos serviços de saúde, não está prevista em documentos normativos.

Quanto ao número de habitantes da zona urbana dividido pela quantidade de UBS, temos 1.948, portanto inferior ao recomendado pela legislação. Nesse caso, é preciso avaliar melhor a oferta dos serviços das UBS. De acordo com a Secretaria de Saúde do Município, como mostram a Figura 4, anterior, as UBS, tanto da zona rural quanto da zona urbana, estão com a população em números próximos. No entanto, existem usuários da zona rural que estão cadastrados nas UBS da zona urbana, o que pode implicar em problemas de acesso dos usuários. Afinal, as vias rurais não são asfaltadas, muitas das vezes o acesso é feito a pé, ou através de deslocamento com animais (cavalos).

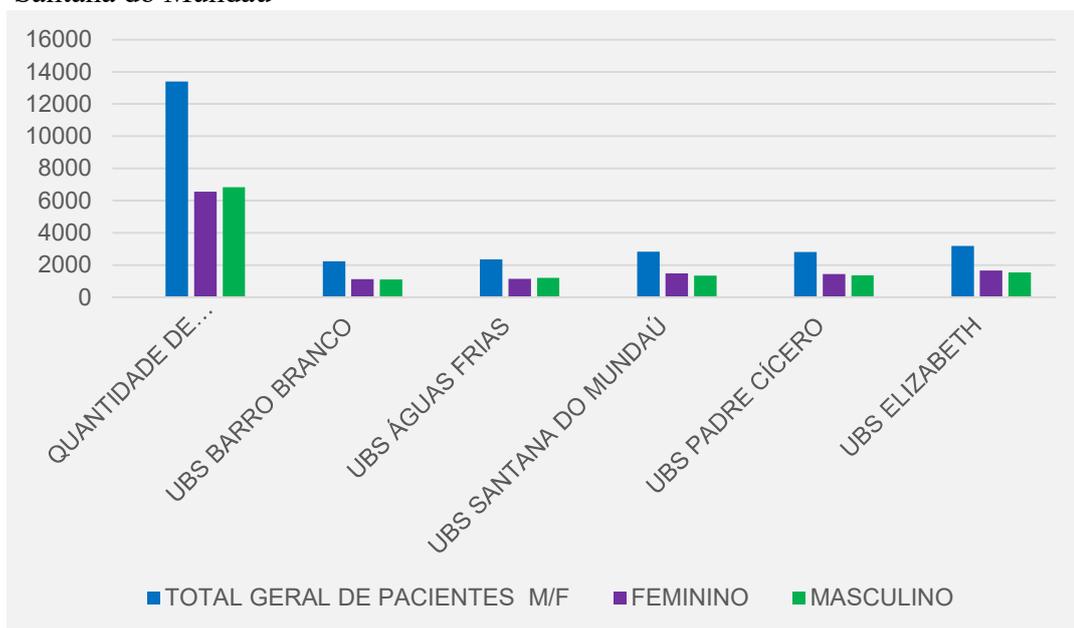
Se levarmos em consideração que os usuários procuram as UBS por estarem sentindo algum desconforto ou doentes, há que se questionar: como iriam andar quilômetros a pé, ou percorrer distâncias em cima de um animal para poderem se consultar? Mesmo o município disponibilizando veículos, a frota é insuficiente para atender a demanda, principalmente ao levarmos em consideração a idade dos pacientes – se há crianças de colo ou não –, a gravidade do desconforto, as estações do ano – verão ou inverno.

Enfim, existem uma série de fatores que afetam a questão do acesso dos usuários de UBS da zona rural. Além disso, as unidades muitas vezes não têm atendimento de serviços prestados por médico(a), enfermeiro(a), dentista, nutricionista, fisioterapeuta e farmácia. Destaca-se que a Equipe de Saúde da Família deve ser composta por

[...] no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2012, p. 55).

O que está previsto em lei é que cada equipe possa dar assistência a 2.500 usuários, e neste caso o município necessitaria de cinco equipes. A respeito dos atendimentos nas unidades, existe nas UBS da zona urbana – uma vez que os da zona rural não têm os mesmos serviços prestados – diferentes jornadas de trabalho, o que dificulta ainda mais os habitantes que fazem uso das UBS rurais. No município, as equipes da zona rural prestam serviços uma vez por semana, nas suas respectivas UBS, e o restante da carga horária é prestado na UBS da zona urbana, devido aos seus deslocamentos. Nesse contexto, podemos nos debruçar sobre a questão do acesso e do uso dos serviços que condizem com a realidade.

Gráfico 1 - Número de usuários nas Unidades Básicas de Saúde do município de Santana do Mundaú



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Mundaú (AL) (2022).

O Gráfico 1 apresenta o quantitativo de usuários ativos na rede pública de saúde do município de Santana do Mundaú, entre outros, considerando sexo masculino e sexo feminino, que são atendidos por UBS. O maior problema é com os usuários que moram na zona rural, pois têm dificuldade no deslocamento até a unidade, e deve-se também ao fato de que essa unidade presta serviços uma vez por semana, além de ter o número de atendimentos

limitado 15 por dia. Evidentemente, há pouco serviço para a demanda da população e, dessa forma, as UBS da zona urbana acabam atendendo não só os seus usuários, mas toda a demanda que ficou da zona rural, não apenas do dia do atendimento, mas de toda a semana.

A UBS Águas Frias (Munguba) (Figura 5), que se localiza na zona rural do município, presta assistência aos 2.347 usuários que demandam seu atendimento, que ocorre, com a presença da Equipe da Saúde da Família, uma vez por semana. Observe-se que se trata de uma UBS rural e que não há aglomeração de moradias em seu entorno, o que denota a dificuldade de acesso dos usuários.

Figura 5 - Unidade Básica de Saúde (UBS) Águas Frias (Munguba)



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

A UBS Barro Branco (Figura 6), que se localiza na zona rural do município, conta com assistências aos 2.228 pacientes que demandam atendimento e acompanhamento da Equipe da Saúde da Família, composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta. Os atendimentos acontecem uma vez por semana. Os usuários também têm acesso à farmácia, quando há medicamentos disponíveis. Trata-se de uma UBS rural, de difícil acesso aos usuários.

Figura 6 - Unidade Básica de Saúde (UBS) Barro Branco



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

A UBS Santana do Mundaú, por sua vez, localiza-se na zona urbana do município e promove assistência aos 2.821 pacientes que demandam atendimento. São atendimentos de acompanhamento a gestantes (pré-natal), acompanhamento da equipe de saúde da família no PSF e encaminhamento a especialidades, nos casos necessários. Como se trata de uma UBS próxima das residências, já que se localiza no Residencial Jussara (casas novas, construídas depois da enchente de 2010), o atendimento é de segunda a sexta, tanto a demandas da própria UBS como outras.

Figura 7 - Unidade Básica de Saúde (UBS) Santana do Mundaú



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

A UBS Família Elizabeth de Souza (Figura 8) se localiza na Cohab, zona urbana do município, e conta com assistência a 3.188 pacientes. Essa UBS tem uma estrutura ampla, sendo que os atendimentos ocorrem de segunda a sexta, com eventuais plantões de médicos e de enfermeiras no período da noite.

Figura 8 - Unidade Básica de Saúde (UBS) Família Elizabeth de Souza



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

A UBS Padre Cícero, que se localiza na zona urbana do município, conta com assistência aos seus 2.806 pacientes. Essa UBS teve uma reforma recentemente concluída (em 2023) e, portanto, seus usuários atualmente contam com uma estrutura nova, como podemos observar pela Figura 9.

Figura 9 - Unidade Básica de Saúde (UBS) Padre Cícero



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

3.3 O enfrentamento da pandemia da covid-19 no município de Santana do Mundaú

A pandemia em Santana do Mundaú também confere relevo aos efeitos da globalização, notórios no território Mundauense devido à circulação da população, entre ela a de profissionais da gestão do município, que residem em outras cidades, e de profissionais da saúde e da educação, que se deslocam de outros municípios para ali trabalhar. Há enfermeiros, médicos, assistente social, psicólogos, dentistas, professores – tanto das escolas municipais como da rede estadual, sendo estes, em sua maioria, de outro estado.

A circulação dos pacientes também era intensa, visto que estes se deslocavam até a capital para ter assistência médica. Também houve o uso do sistema financeiro (movimentação financeira, transação) em cidades vizinhas, como município de União dos Palmares: os aposentados e os beneficiários do Auxílio Brasil lotavam as filas dos bancos, em especial a Caixa Econômica Federal, para receberem seus benefícios e/ou as entregas de produtos alimentícios, trazidos de outras cidades ou advindos da exportação da laranja lima (circuito inferior da economia). As idas e vindas desse grupo de pessoas proporcionaram a disseminação vírus, mesmo estando em vigor o decreto do Ministério da Saúde sobre a segurança, com medidas como uso de máscaras e distanciamento social. Quanto àquele cenário, podemos observar, no Quadro 4, a seguir, o número de registros de casos no município.

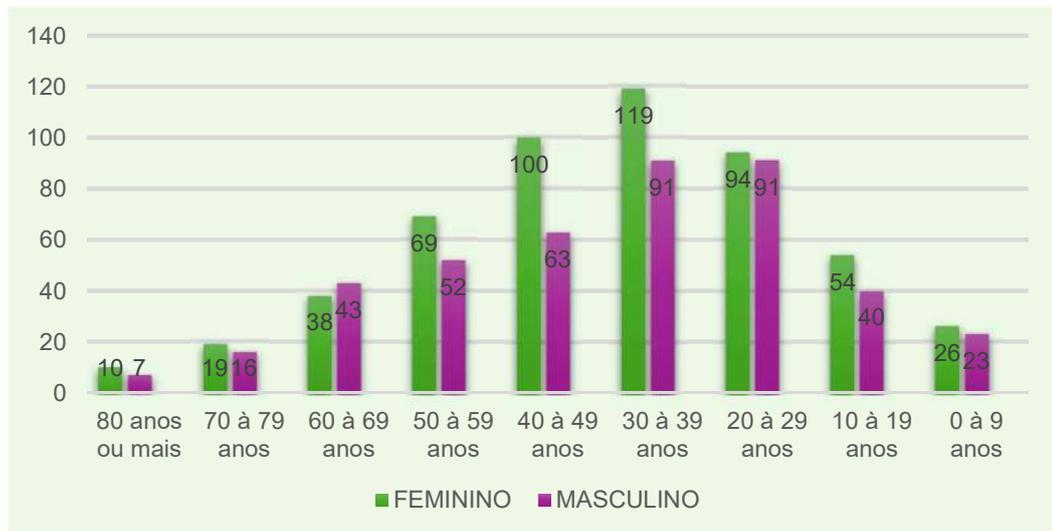
Quadro 4 - covid-19 no município de Santana do Mundaú

Registro	2020	2021	2022	Total
Suspeitos	695	818	458	1.971
Confirmados	322	437	110	869
Descartados	373	382	349	1.104
Óbitos	08	17	01	26

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Mundaú (AL) (2023).

No período de 2020 a 2023, o município de Santana do Mundaú registrou cerca de 1.971 casos suspeitos, entre os quais 869 foram confirmados e 1.104 descartados; ocorreram ao todo 26 óbitos. Os casos representam 0.23%, aproximadamente 0,24% da população de 11.323 habitantes (IBGE, 2022). O número de casos pode ser explicado pela distribuição da população no território, e pelo distanciamento espacial dos domicílios na zona rural.

Gráfico 2 - Classificação etária da covid-19 em Santana do Mundaú



Fonte: Secretaria de Saúde de Alagoas (2023).

Analisando a classificação etária dos infectados pela covid-19 em Santana do Mundaú, em uma leitura da direita para a esquerda, observamos que o grupo que mais foi infectado pertence à faixa etária de 30 a 39 anos, tanto do sexo masculino quanto do feminino. Esse dado condiz, provavelmente, com a realidade de essa faixa etária representar a idade produtiva, de pessoas que exercem jornada cotidiana de trabalho, ficando mais sujeitas ao contágio.

3.3.1 Os servidores da saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19

A participação dos servidores das UBS na pesquisa se deu através da aplicação dos formulários, com os quais foram consultados oito funcionários para conhecer o enfrentamento da covid-19 no município. Entre as dezenove questões formuladas (Apêndice 1), destacam-se aqui as questões que trataram do perfil dos pacientes, das medidas tomadas, do comportamento da população, das medidas preventivas, dos casos de Covid-19 após a vacina, da política do município acerca da pandemia e dos recursos financeiros destinados ao combate à pandemia.

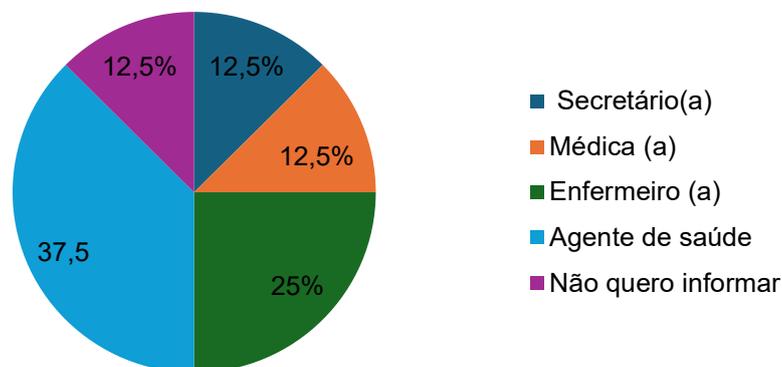
Trata-se de uma análise do território de Santana do Mundaú, no contexto da pandemia da covid-19, como espaço de intervenção e de resistências aos serviços públicos de saúde. Foi a partir da colaboração dos participantes no preenchimento do formulário que pudemos obter uma compreensão acerca dos serviços dos SUS no enfrentamento da pandemia da covid-19. A

pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFAL), sob CAAE: 66787122.0.0000.5013 e parecer número 6.114.278 (Anexo A). Após aprovação, contamos com o apoio de funcionários da Secretaria de Saúde: a secretária de saúde, uma médica, uma farmacêutica, duas enfermeiras e três agentes de saúde do município de Santana do Mundaú (AL), totalizando oito participantes.

Quanto aos servidores das UBS, foram consultados cerca de oito funcionários para conhecer os enfrentamentos da covid-19 no município. Entre as dezenove questões respondidas pelos participantes (Apêndice A), apenas na Questão 15, que se refere aos infectados pela coronavírus questionando se tomaram vacina e quantas doses tomaram, houve um participante, entre os sete que responderam, que achou por bem não opinar.

Em relação à função (cargo profissional) desenvolvida pelos profissionais, tivemos uma diversidade (Gráfico 3), uma vez que a pesquisa pré-selecionou os participantes: três são agentes de saúde (37,5%), um é médico (12,5%), duas são enfermeiras (25%), uma não quis informar (12,5%) e uma afirmou ser secretária (12,5%).

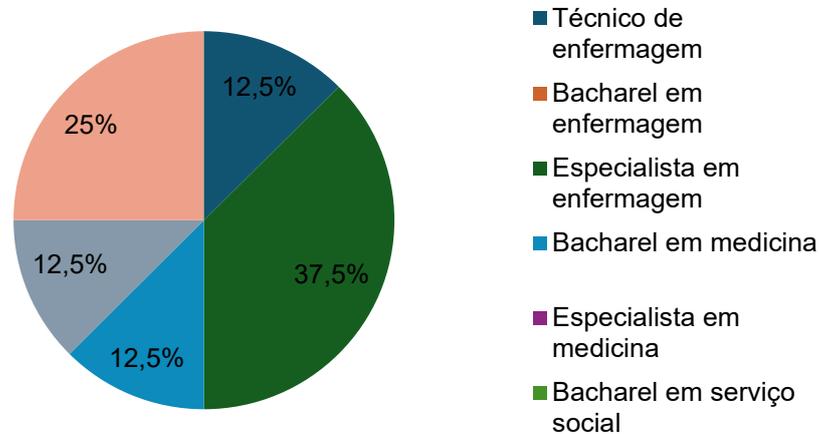
Gráfico 3 - Função profissional do respondente



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

Sobre suas formações, tivemos uma diversificação, como mostra o Gráfico 4: três são especialistas em enfermagem (37,5%), um é técnico de enfermagem (12,5%), um é bacharel em medicina (12,5%), um respondeu ter Ensino Médio (12,5%) e dois (25%) informaram ter outras formações. Aqui não houve quem respondesse que tem formação em enfermagem, especialista em medicina, em serviço social ou quem não quisesse informar.

Gráfico 4 - Formação dos participantes

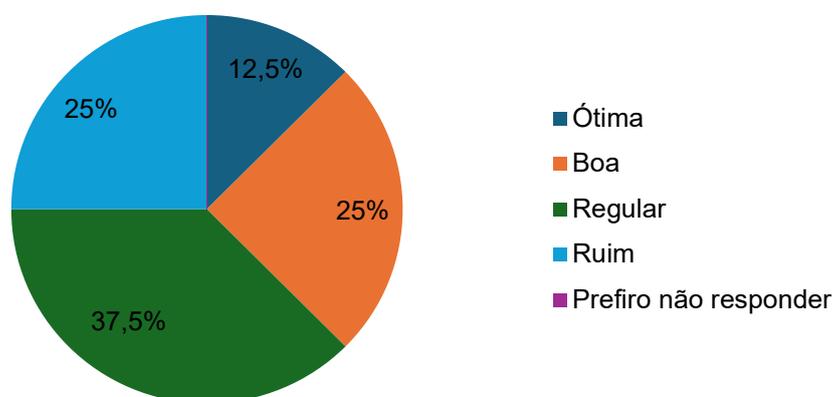


Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

Quanto ao tempo de atuação na profissão, todos os participantes afirmaram atuar há mais de cinco anos. Ou seja, todos já possuíam uma experiência considerável diante de suas atribuições. Nenhum dos respondentes optou por não informar sobre o tempo de atuação.

Quanto à experiência profissional no enfrentamento à pandemia, um participante (12,5%) informou que foi ótima, dois (25%) informaram que a sua vivência foi boa, dois (25%) afirmaram que foi ruim e três (37,5%) acharam regular, como podemos verificar Gráfico 5. Nenhum dos entrevistados optou por não responder (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Experiência dos profissionais no enfrentamento da pandemia

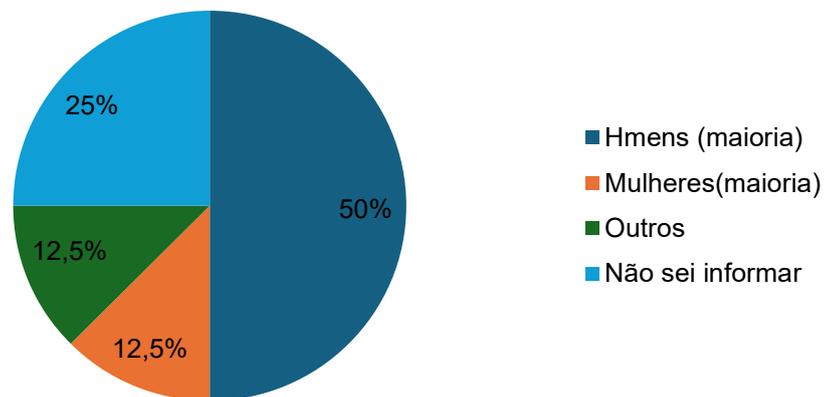


Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

Em relação à disseminação do vírus entre os consultados, (25%) não testaram positivo pra covid-19 e seis (75%) responderam que foram infectados. Não houve quem não soubesse responder ou que se recusasse a informar.

Sobre a faixa etária dos pacientes que testaram positivos para covid-19, todos responderam que eram adultos, não houve quem optasse pelas opções *jovens*, *crianças* ou *idosos*. Quanto ao gênero dos infectados, o Gráfico 6 mostra que 12,5% afirmaram serem mulheres, 50% eram homens, portanto a maioria, 12,5% responderam que os pacientes tinham outra orientação sexual, e 25% não souberam informar.

Gráfico 6 - Sexo dos infectados com covid-19

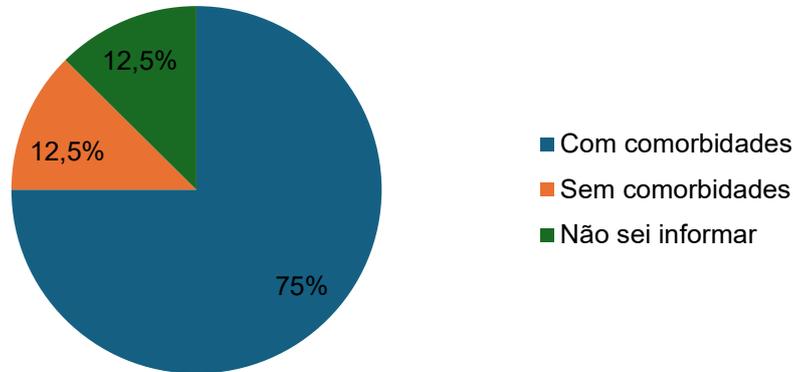


Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

Dos infectados, 25% responderam que eram de cor branca, e 75% afirmaram que eram de cor parda. Quando questionados se os pacientes que mais buscaram o pronto-atendimento moravam na zona rural ou na zona urbana, os oitos participantes responderam que foram os da zona urbana. Estatisticamente não seria necessário do gráfico, uma vez que geraram informações redundante, ou seja, cem por cento ou com duas variáveis, setenta e cinco e vinte e cinco por cento.

Em relação ao estado de saúde dos infectados, 75% responderam que se tratavam de pacientes com algum tipo de comorbidade, 12,5% responderam que seria sem comorbidades, e 12,5% não souberam informar a respeito, como podemos observar no Gráfico 7.

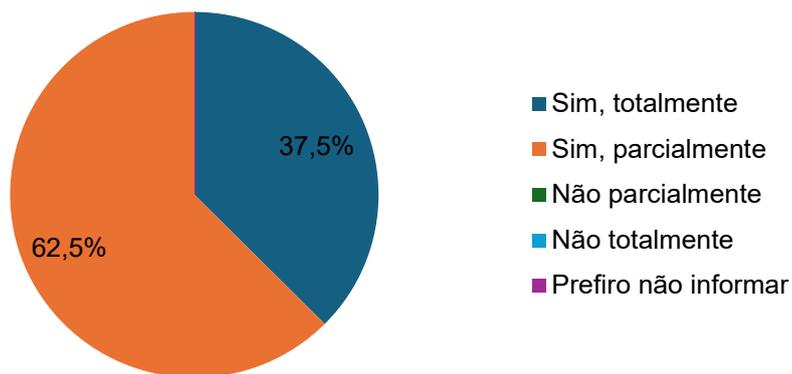
Gráfico 7 - Perfil do paciente em pronto-atendimento



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

Quando se perguntou a respeito das medidas de segurança, como uso de máscara, distanciamento social, higienização e se esses fatores contribuíram para amenizar o contágio, 37,5% responderam que sim, totalmente, enquanto 62,5% afirmaram que sim, só que de maneira parcial. Nenhum dos entrevistados respondeu “não parcialmente”, “não totalmente” ou preferiu não informar (Gráfico 8).

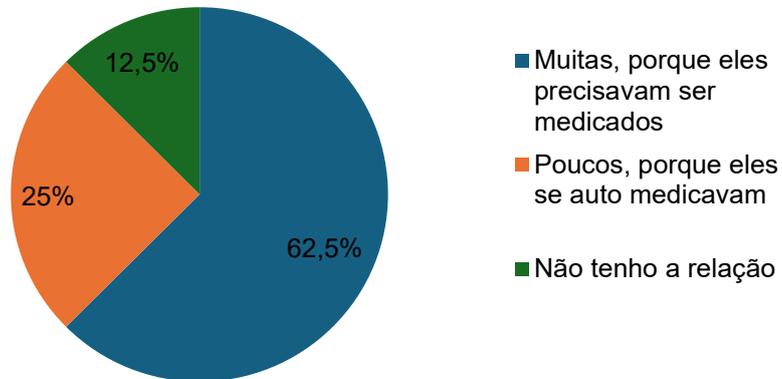
Gráfico 8 - As medidas preventivas minimizaram o contágio da covid-19



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

A respeito das quantidades de pacientes que buscaram ajuda nos consultórios médicos, 12,5% dos entrevistados não souberam informar, 25% afirmaram que foram poucos, devido à prática da automedicação, e 62,5% informaram que foram muitas pessoas que buscaram ajuda nos consultórios (Gráfico 9).

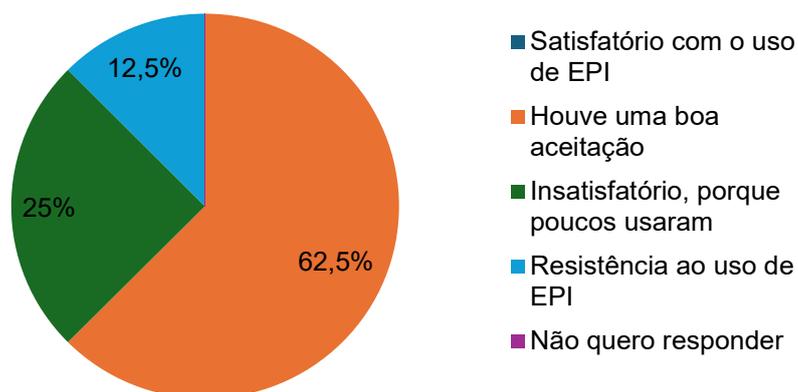
Gráfico 9 - Quantidades de pacientes no consultório



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

A respeito do comportamento da população diante das medidas de proteção, 25% responderam que foi insatisfatório, já que poucas pessoas adotaram as medidas, 12,5% responderam que a população teve resistência ao uso de EPI, e 62,5% viram uma boa aceitação da população em relação ao uso de EPI. Nenhum dos entrevistados respondeu que a reação da população em relação ao uso de EPI foi satisfatória. Também não houve quem não quisesse responder (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Comportamento da população acerca das medidas protetivas



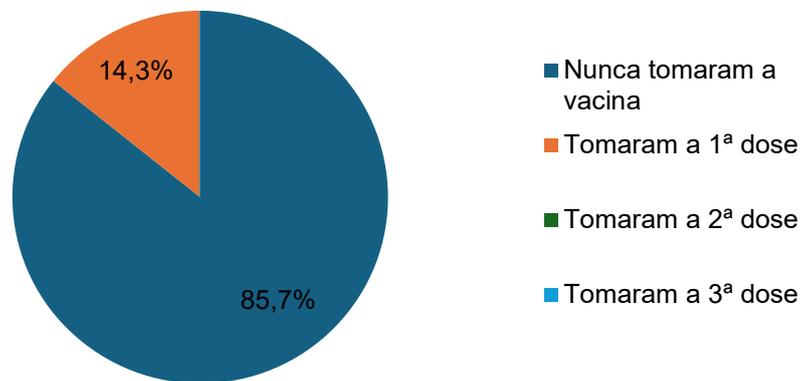
Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

A princípio, a vacina foi distribuída de forma bem regulada, a despeito da pequena quantidade. Doses foram distribuídas por estados, e a depender da quantidade da população

haveria liberação maior de doses. Assim também se deu nos municípios, sendo que essa vacina era disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A respeito dos pacientes infectados, quando questionados sobre se haviam tomado a vacina e quantas doses, 85,7% dos funcionários responderam que os infectados eram pessoas que não tinham tomado a vacina, 14,3% responderam que os infectados teriam tomado a primeira dose, e um(a) participante não quis responder, como vemos no Gráfico 11. Nenhum dos que responderam fez referência à segunda ou à terceira doses.

Gráfico 11 - Os casos de covid-19 após o acesso à vacina

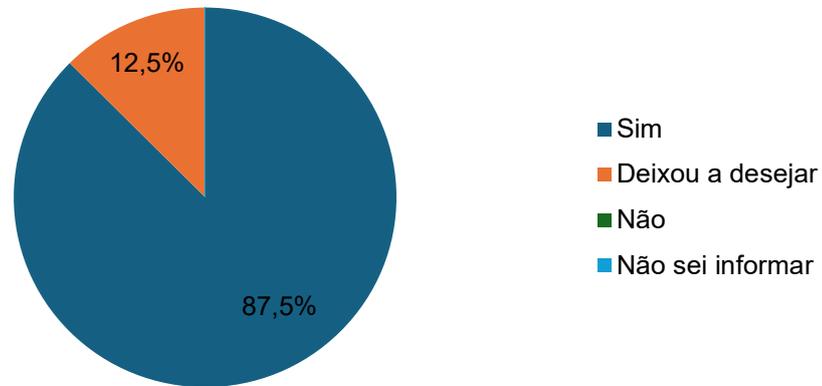


Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

Acerca do ambiente de trabalho em relação ao seu estado para funcionamento no enfrentamento da pandemia, 50% dos respondentes que o ambiente estava parcialmente pronto, mas que precisava de mais equipamentos, ao passo que os outros 50% afirmaram que o ambiente estava totalmente pronto para receber os infectados. Nenhum considerou que o ambiente não estivesse adequado ou não quis opinar.

A respeito dos recursos assistenciais disponibilizados pelo município aos profissionais de saúde, 87,5% afirmaram que sim, o município cumpriu seu papel, e 12,5% afirmaram que o município deixou a desejar. Como podemos ver, nenhum participante respondeu negativamente ou não quis informar (Gráfico 12).

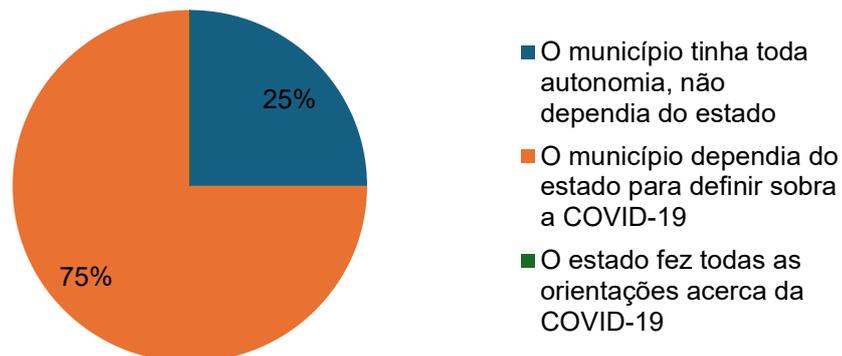
Gráfico 12 - Recursos disponibilizados pelo município



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

A respeito da autonomia do município, 75% responderam que o município dependia do Estado para tomar as decisões e 25% afirmaram que o município tinha toda autonomia, que suas decisões não ficavam à mercê do Estado. Nenhum afirmou que o estado foi quem fez todas as orientações acerca da covid-19 (Gráfico 13).

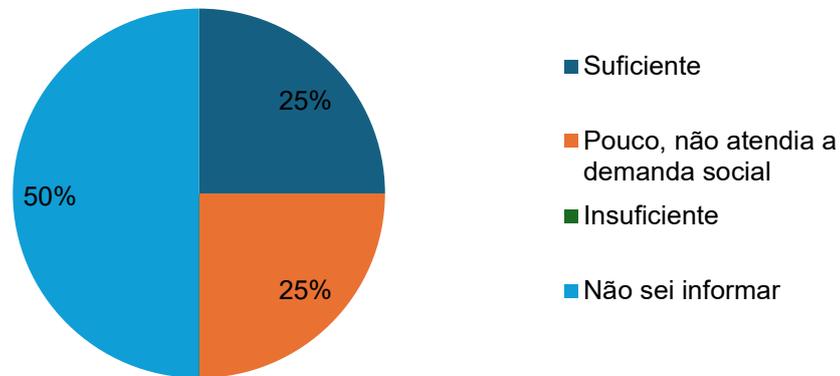
Gráfico 13 - A política do município acerca da pandemia



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

Acerca dos recursos financeiros destinados ao enfrentamento da covid-19, 50% não souberam informar, 25% responderam que os recursos foram poucos e que não atendiam a demanda, e 25% informaram que, em sua visão, os recursos foram suficientes. Como mostra o Gráfico 14, nenhum que respondeu à entrevista achou que os recursos foram insuficientes.

Gráfico 14 - Recursos financeiros para enfrentamento da pandemia



Fonte: dados gerados pela pesquisa (2023).

3.4 Ações mitigadoras para saúde pública em Santana Mundaú/AL

Como observado no início deste capítulo, a população rural e a urbana de Santana Mundaú/AL tem quantitativos próximos. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), através dos dispositivos normativos, 3.000 usuários devem ser atendidos por cada UBS, sendo assim, a quantidade de duas unidades para a zona rural do município é considerada suficiente. A questão que exige reflexão, portanto, está no acesso aos serviços das unidades, ao constatarmos a distância das unidades em relação à casa dos moradores, ou seja, a variável espacial, que consiste no deslocamento dos usuários aos serviços de saúde.

A partir dessa constatação, propomos medidas mitigadoras ou reparadoras baseadas na previsão ou verificação de eventos adversos sobre o Sistema Único de Saúde em Santana do Mundaú/AL. Tais medidas, conforme citado no decorrer do texto, visam otimizar as condições de implantação e operacionalização das UBS.

As medidas propostas estão agrupadas em duas seções. A primeira seção, intitulada **medida mitigadora preventiva**, consiste em uma medida que tem como objetivo minimizar ou eliminar eventos adversos que se apresentam com potencial para causar prejuízos aos usuários do SUS em Santana do Mundaú. Esse tipo de medida procura anteceder a ocorrência do impacto negativo.

A segunda seção trata da **medida mitigadora corretiva**, que consiste em mitigar os efeitos de um impacto negativo identificado, quer seja pelo restabelecimento da situação anterior à ocorrência de um evento adverso (o Sistema Único de Saúde em Santana do

Mundaú/AL), quer seja através de ações de controle para neutralização do fator gerador do problema.

Essas medidas podem ser solicitadas por qualquer cidadão, uma vez que, conheça seus direitos. Entretanto, esses pedidos poder ter aceitação ou não, a depender das pessoas que tenham mais influência no município. As leis podem ser as referências para implementar determinadas ações ou ainda para propor acréscimos que não estão previstos em lei, levando a exercer o papel do cidadão na sociedade.

3.4.1 Estrutura das vias de circulação

No que diz respeito ao deslocamento das pessoas da zona rural para as UBS, além da distância tem-se a questão do difícil acesso, devido as vias serem estradas vicinais e a falta de veículos. Entre o deslocamento da residência para a cidade, e depois para o Hospital Regional Mata, pode não haver tempo hábil, conforme a gravidade do paciente. Neste caso, tempo é vida. Entendemos, então, que há uma necessidade de ter uma melhor cobertura das vias para as duas UBS rurais.

A Figura 10 mostra a estrada que conduz à UBS Barro Branco na estação de verão. Entretanto, quando chega o inverno, as condições realmente são precárias, dificultando o acesso dos usuários.

Figura 10 - Estrada de acesso UBS Barro Branco (Sítio Cigarra)



Fonte: Pesquisa direta (2023).

Percebe-se que a estrada é bastante elevada e que não há residências por perto. Além disso, os usuários têm de se deslocar por uma certa distância para chegar à UBS enfrentando

muitas dificuldades. A figura 11 mostra a estrada de acesso à segunda UBS da zona rural, em condição semelhante à primeira.

Figura 11 - Estrada de acesso UBS Águas Frias



Fonte: Pesquisa direta 2023.

De acordo com as imagens, as duas UBS estão a uma grande distância, fazendo com que os usuários levem um tempo para chegar ao destino. A depender do problema de saúde enfrentado, o tempo pode ser um inimigo. Ademais, o fato de as casas serem distantes umas das outras na zona rural desenvolve a necessidade de vias com boas qualidades, uma vez que os usuários terão que se deslocar por quilômetros até a UBS. Neste caso, as estradas devem estar sempre conservadas e monitoradas, sobretudo no período de chuvas, quando grande parte do percurso fica obstruído, uma vez que as estradas são estreitas.

Uma forma de **medida mitigadora preventiva** em relação à estrutura das vias de acesso às UBS é o monitoramento destas, atentando para as áreas que apresentam risco de desabamento, enchentes e outros. E como **medida mitigadora corretiva** devem ser abertas vias de acesso para as unidades com estradas vicinais ou estradas pavimentadas para melhorar circulação dos veículos.

3.4.2 Deslocamento e uso de transporte

O município de Santana do Mundaú não oferece à população transporte coletivo. Na UBS Águas Frias (Munguba) existe um carro disponível, no povoado Munguba, onde o condutor reside. Trata-se de um povoado a mais de 20 km da cidade e com estradas de difícil acesso. O veículo tem que ser 4x4.

Na UBS Barro Branco não há veículos, antes até tinha, porém, para suprir uma outra necessidade do município foi retirado. Mesmo a secretaria disponibilizando outros meios de condução dos seus pacientes, sabemos que, a depender da gravidade que acomete o paciente, poderá ser fatal a espera, uma vez que a UBS Barro Branco está a 10 km da cidade e que os casos mais graves são encaminhados para União dos Palmares, hospital regional que presta atendimentos a outros municípios, uma vez que possui uma maternidade, e para Hospital Regional da Mata (HRM), que fica a uma distância de 26 km de Santana do Mundaú.

A rede de pedestres integra sistema viário, sendo elemento voltado ao conforto e bem estar do pedestre. A concepção dessa rede deve conter elementos incentivadores, facilitadores e de atração, constituindo o conjunto de rotas acessíveis para o deslocamento seguro e qualificado de pedestres. O conceito de Rota Acessível (Guimarães, 1990) consiste no percurso livre de qualquer obstáculo de um ponto a outro (origem e destino) e compreende uma continuidade e abrangência de medidas de acessibilidade. As rotas ligam pontos de atração para o pedestre e têm, geralmente, como sua origem os pontos de parada de transporte coletivo e terminais de transporte (Brasília, 2015, p. 9).

Os pontos de atração são aqueles para onde há um deslocamento maior de pessoas, como serviços públicos, áreas comerciais, escolas etc. “O sistema viário constitui uma das estruturas territoriais que compõem o espaço urbano de extrema importância para viabilizar o funcionamento da cidade” (Brasília, 2015, p. 3).

Uma forma de **medida mitigadora preventiva** é o monitoramento dos veículos que podem apresentar problemas no deslocamento até o local dos pacientes. E como **medida mitigadora corretiva** deve ser feita a implementação de ambulâncias utilizadas no transporte e atendimento de doentes, que deverão ser classificadas em: Classe A - Ambulância de transporte; Classe B - Ambulância de suporte básico; Classe C - Ambulância de resgate; Classe D - Ambulância de suporte avançado (U.T.I), o ideal seria para todas as UBS. E para as UBS rurais carros 4x4 (traçados) para poder transitar em qualquer estação, desde que esses carros possam ficar em posse da UBS.

3.4.3 Número de usuários em atendimento

É preciso analisar o quantitativo de paciente atendido por dia, ou seja, o número de fichas (14) distribuídas por dia. Considerando uma demanda de quase 3.000 usuários, com 70 fichas por semana para as UBS da zona urbana, enquanto nas UBS da zona rural só tem atendimento uma vez por semana, tem-se apenas 14 atendimentos na zona rural, o que é muito

pouco, mesmo sabendo que existe o que a secretaria chama de ponto de apoio (casas, escolas ou mesmo um mini posto situado em boa parte dos sítios do município e que são usados pela equipe de saúde para atender os pacientes). Uma questão deve ficar bem clara:

A Saúde da Família é uma estratégia de caráter substitutivo da Atenção Básica tradicional, acima de tudo, compromissada com a promoção à saúde, com as mudanças dos hábitos e padrões de vida, mediante o empoderamento dos indivíduos e famílias frente à vida. Para tal, a Equipe de Saúde da Família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. É responsável pela atenção integral continuada à saúde de uma população até quatro mil pessoas residentes em seu território de abrangência (Brasil, 2008, p. 8).

Deve-se levar em consideração outras questões: o quantitativo de atendimento diário é insuficiente, pois, se pegarmos um médico que tem uma jornada de 40h, ele tem que trabalhar 8h diário, se ele fizer uma consulta a cada 20min. Ele poderia atender 24 pacientes a cada dia no consultório, mas, como ele trabalha por PSF, há momentos que está em visitas, porém, o quantitativo pulou de 14 para 24, (a depender da demanda). Lembremos que isso deverá acontecer com a equipe e não apenas com o médico que foi citado como exemplo.

Uma forma de **medida mitigadora preventiva** é o monitoramento das equipes, averiguando se estão enfrentando problemas em dar assistências. E como **medida mitigadora corretiva** devem ser analisadas as equipes que têm 20h semanais, dobrando para 40h. Assim o número de pacientes assistidos também dobrará. Em caso de equipe com 40h semanais, com apenas um médico, a lei prevê que poderá contratar mais médico. Com essa prestação de serviços terá o dobro de usuários atendidos. No caso das UBS rural, elas deveriam ser assistidas normalmente, como as UBS da cidade, uma vez que o quantitativo de usuários é semelhante e que para eles é complicado se dirigirem para suas UBS da cidade.

3.4.4. Composição das equipes

“As ESF estão capacitados a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade. Portanto, é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso” (Brasil, 2008, p. 9)

existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os

profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (Brasil, 2011).

Como podemos analisar, a equipe deve estar composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes de saúde, cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal, formando assim uma equipe multiprofissional.

A Saúde da Família é uma estratégia de caráter substitutivo da Atenção Básica tradicional, acima de tudo, compromissada com a promoção à saúde, com as mudanças dos hábitos e padrões de vida, mediante o empoderamento dos indivíduos e famílias frente à vida. Para tal, a Equipe de Saúde da Família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. É responsável pela atenção integral continuada à saúde de uma população até quatro mil pessoas residentes em seu território de abrangência (Brasil, 2008, p.8).

O dispositivo normativo assegura o horário de trabalho para cada equipe de saúde, que pode ser de 20h semanais até 40h. Neste caso, criar uma nova equipe para poder melhorar na assistência, ou, se for o caso, de 20h dobrar para 40h e assim aumentar o quantitativo de atendimentos. Devemos ressaltar que essas UBS, tanto as rurais quanto as urbanas, trabalham com Programa de Saúde da Família (PSF), ou seja, em algum momento essa equipe vai ter que se deslocar até as residências, caso haja uma necessidade ou mesmo a questão da escala elaborada pela gestão, isso significa que, quando essa equipe está realizando visitas a UBS não tem assistência. Sendo o caso de duas equipes, essa falta seria sanada, enquanto uma estava prestando serviços através de visitas a outra estaria assistido na UBS.

Uma forma de **medida mitigadora preventiva** é o acompanhamento se esta equipe está cobrindo toda a demanda. E como **medida mitigadora corretiva**, contratar outra equipe, desta forma o número de assistidos dobrariam e as equipes teriam como se planejar melhor.

3.4.5. Edificações das UBS

Os parâmetros de estrutura devem levar em consideração o perfil da população e as ações e serviços de saúde a serem realizados, bem como prever espaços físicos e ambientes adequados para educação permanente na UBS.

Segundo dados levantados pela Anvisa, no Brasil, cerca de 120 toneladas de lixo urbano são produzidos por dia, sendo que um a 3% desse total é produzido por estabelecimentos de saúde e 20 a 25% representam risco à saúde. Com o gerenciamento adequado desse resíduo, torna-se possível reduzir a possibilidade de contaminação do lixo comum, diminuir o risco de acidentes com trabalhadores de saúde reduzindo, também, o impacto causado no meio ambiente e à saúde pública (Brasil, 2008, p. 20).

Entre eles pode-se destacar: Grupo A (potencialmente infectantes); Grupo B (químicos); Grupo C (rejeitos radioativos); Grupo D (resíduos comuns) e Grupo E (perfuro cortante). Já em relação a atenção vejamos o que a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 assegura:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (Brasil, 2008, p. 20).

A seguir, vejamos o modelo de Unidade Básica de Saúde proposta pelo Ministério da Saúde em respeito às suas normativas.

Figura 12 - modelo de UBS segundo o Ministério da Saúde



Fonte: (Brasil, 2008, p.32).

Na Tabela 3, tem-se os itens necessários para uma Unidade Básica de Saúde estar no padrão do ministério da Saúde.

Tabela 3 - Especificação de itens necessários para uma UBS, segundo o MS

Ambientes	1 ESF	2 ESF	3 ESF	4 ESF	5 ESF
Recepção/Arquivo de prontuários	1	1	1	1	1
Espera	Para 15 pessoas	Para 30 pessoas	Para 45 pessoas	Para 60 pessoas	Para 75 pessoas
Administração e gerência*			1	1	1
Sala de reuniões e educação em saúde	1	1	1	1	1
Almoxarifado			1	1	1
Consultório com sanitário	1	1	2	3	3
Consultório	1	3	3	4	5
Sala de Vacina	1	1	1	1	1
Sala de curativo/procedimento	1	1	1	1	1
Sala de nebulização	1	1	1	1	1
Farmácia (sala de amaz. de medicamentos)***	1	1	1	1	1
Equipo odontológico	1	2	3	4	4
Escovário**	1	1	1	1	1
Área de compressor	1	1	1	1	1
Sanitário para usuário	1	2	2	4	4
Sanitário para deficiente ****	1	1	1	1	1
Banheiro para funcionários	1	1	1	2	2
Copa/cozinha	1	1	1	1	1
Depósito de materiais de limpeza	1	1	1	1	1
Sala de recep.lavagem e descontaminação***	1	1	1	1	1
Sala de esterilização***	1	1	1	1	1
Sala de utilidades (apoio à esterilização)**	1	1	1	1	1
Abrigo de resíduos sólidos	1	1	1	1	1
Depósito de lixo	1	1	1	1	1
Sala para ACS*	1	1	1	1	1

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência
** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios
*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.
**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.
No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente.

Fonte: Brasil (2008, p.16).

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral". ((Brasil, 2011, p. 1).

Uma forma de **medida mitigadora preventiva** é analisar se as edificações estão dentro da normatização recomendada. As UBS devem estar em um lugar que seja próximo das moradias dos usuários, composta de uma estrutura física adequada em no mínimo 36m². Nessa mesma perspectiva, cada UBS deve no mínimo conter o que está inserido no quadro 3. E como **medida mitigadora corretiva** deve-se buscar a adequação, por meio de uma reforma nos consultórios médicos, que devem dispor de banheiros com sanitários. As UBS de uma forma geral devem ser bem sinalizadas, assim como o modelo citado acima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise aqui delineada revelou que existem muitas coisas a serem construídas para um atendimento de qualidade nas UBS e que há um grande trabalho a ser feito para sanar as dificuldades enfrentadas pelo estado e pelo município nesse sentido, uma vez que estamos lidando com um objeto infiltrado dentro da globalização. O Sistema Único de Saúde está dentro do sistema de globalização e o mundo hoje pode ser entendido como uma aldeia global, ou mesmo como sistema de redes.

Situações como essa podem ser vistas como positivas ou como negativa, a depender do ponto de análise. O que se observa é que, assim como na Alemanha, “o muro caiu” para o mundo, “a cortina foi rasgada”. De dentro de nossas casas, podemos entender o que está acontecendo em tempo real na guerra da Ucrânia, ou mesmo na reunião da ONU, graças ao avanço da tecnologia, que reflete no avanço que tivemos de duas décadas pra cá na questão da saúde. Hoje, temos quase ressurreição de mortos através de procedimento complexos, ou mesmo antídotos contra a morte através de clonagens.

O mundo ficou realmente pequeno e pudemos ver isso na pandemia da covid-19, quando, em questão de dias, o vírus que surgiu na China infectou todo o mundo, mostrando, assim, que o muro não mais existe, que as fronteiras são transponíveis e que não há lugares seguros. Estamos à mercê de vírus, bactérias, fungos ou mesmo de atos de espionagens. Por outro lado, podemos desfrutar de várias coisas que o sistema oferece, algumas já citadas, como a cura de algumas doenças, através de delicados tratamentos, e a possibilidade de aquisitivo de compras, uma vez que o sistema econômico é o meio pela qual acontece a globalização e hoje podemos comprar, da poltrona de nossas casas, objetos em outros países e que em questão de dias estão em nossas mãos. Isso era impossível há meio século atrás, significa que tivemos um avanço extraordinário na pandemia, com a disseminação do imunizante. As vacinas foram produto consistente de uma questão econômica globalizada.

Nos parâmetros do conceito de território como o espaço habitado, é neste contexto que se sonha, que se realiza que se manifestam as diferentes formas de ser; é quando sentimos que fazemos parte daquilo que nos pertence. Devemos pensar o território como a transformação da necessidade do homem, entendendo que isso acontece quando o território é usado na mesma perspectiva do espaço banal. É o lugar onde se projetam as ações, um lugar hiato, onde acontece a maior luta, a luta pelo poder.

A ciência geográfica vem ao encontro dos conceitos de território e de globalização, com o tema geografia da saúde. Estudos nessa área têm corroborado para a elaboração de políticas públicas e, conseqüentemente, para a preservação de vidas. Graças aos avanços das pesquisas nessa temática, houve um grande avanço na ciência geográfica, por isso Yves Lacoste (1997) afirmou que a “geografia antes de mais nada servia pra fazer a guerra”. Claro que isso tem todo um contexto, porém, anos depois, na década de 80, a geografia começou a enxergar novos horizontes, trazendo à tona a temática da geografia da saúde. Hoje, podemos ver claramente que a ciência geográfica salva e preserva vidas, assim como a ciência médica, isso graças a tantos pesquisadores que se disponibilizaram a pesquisar e contribuir para a temática. No contexto da pandemia da covid-19, o vírus (SARS-COV-2), que por sua vez se desenvolveu em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, tornou-se avassalador em todo o planeta. Foram milhares de vidas ceifadas e sequelas que poderão levar décadas para se normalizarem, tanto no âmbito da saúde física quando na questão econômica e psicológica. O mundo parou diante do invisível. Os sistemas tiveram que se reinventar e para os seres humanos ficou provada a sua pequenez diante do desconhecido e das incertezas que nos rodeiam diante de um amanhã que cada vez mais se distanciava no horizonte.

O estado de Alagoas enfrentou a pandemia com os recursos disponíveis e com um histórico de violência, preconceito e receio da população, tanto quanto às medidas tomadas pela gestão do governo, quanto em relação às organizações nacionais como internacionais, levando em consideração a extensão territorial e sua localização que fica no Nordeste. Marcado pela pobreza e vulnerabilidade diante das políticas públicas, o estado viveu maus bocados, tendo como tragédia final mais de sete mil pessoas dizimadas pelo vírus.

No município de Santana do Mundaú, com 11.232 habitantes em uma pequena área urbana, e uma extensão rural bem elevada, com recursos limitados e sem tecnologias, a população se viu desprovida de assistências básicas, como uma UPA, um hospital ou mesmo clínicas médicas em redes SUS ou privada. Os suportes do município foi das cinco UBS e dos hospitais União dos Palmares e Hospital geral do Estado HGE. Mesmo com um quantitativo de 26 óbitos em três anos de pandemia, a população mostrou-se forte e guerreira, lutou até o fim. Esta pesquisa não traz respostas a todos os questionamentos feitos a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos atendimentos que acontecem nos territórios de Santana do Mundaú e de Alagoas, pois há muitos passos a serem dados e a história está em constante construção, vivendo o dinamismo da globalização.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. C. **A questão do território no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Recife: IPESPE, 1995.
- ANDRADE, M. C. **Os rios-do-açúcar do Nordeste Oriental**: os rios de Coruripe, Jequiá e São Miguel. 2. ed. Maceió: EDUFAL, 2010. v. 1 (Coleção Olhares de fora).
- ARAÚJO, C. C. Identidade e Cidadania: a dinâmica do estar dentro e fora ao mesmo tempo. *In*: CAVALCANTI, B. C.; FERNANDES, C. S.; BARROS, R. R. A. (org.). **Kulé Kulé: visibilidades negras**. Maceió: EDUFAL, 2006.
- ARAÚJO, G. C.C.; FOLMER, I.; MARIA, V. A. Geografia e Sars-cov2: olhares e reflexões sobre a pandemia. **Geoiंगा: Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 220-247, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Geoiंगा/article/view/61445>. Acesso em: 27 jul. 2022.
- BARCELLOS, C. Prefácio. *In*: ROMA, C. M. *et al.* (org.). **Geografia e saúde: conceitos, teorias e metodologias**. Dourados: UFGD, 2020. p. 9-14.
- BARCELLOS, C.; BUZAI, G. D.; HANDSCHUMACHER, P. Geografia e saúde: o que está em jogo? **História, temas e desafios**, Confins, n. 37, p. 01-13, 2018.
- BAUMAN, Z. **Globalização: as consequências humanas**. Tradução Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.
- BEDIN, G. A. **Estado, cidadania e globalização do mundo**: algumas reflexões e possíveis desdobramentos. *In*: OLIVEIRA, O. M. (org.). **Relações internacionais e globalização: grandes desafios**. Ijuí: Ed. Unijuí, 1999.
- BRANDÃO, I. R. Na trilha do município saudável. *In*: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Políticas integradas em rede e a construção de espaços saudáveis**: boas práticas para a Iniciativa do Rostos, Vozes e Lugares. Brasília: OPAS; 2010.
- BRASIL. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2012.
- BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. Nota Técnica NT 02/2015-DAUrb/SUAT. Diretrizes para o sistema viário Novos parcelamentos. Brasília. 2015. Disponível em: <https://www.seduh.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/nt02-2015-diretrizes-sist-viario-novos-parcelamentos.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2022.

BREILH, J.; GRANDA, E. **Investigação da saúde na Sociedade**: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

CAMPOS, L.; CANAVEZES, S. **Introdução à globalização**. [S.l.]: Instituto Bento Jesus Caraça, 2007.

CAMPOS, A. **Do Quilombo à Favela**: a produção do ‘espaço criminalizado’ no Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

CARVALHO, C. P. **Análise da reestruturação produtiva da agroindústria sucroalcooleira alagoana**. 3. ed. rev. e ampl. Maceió: EDUFAL, 2009.

CARVALHO, C. P. **Economia Popular**: uma via de modernização em Alagoas. 7. ed. rev. e ampl. Maceió: EDUFAL, 2016.

CASTELLS, M. **A Sociedade em Rede**. Atualização para 6. ed.: Jussara Simões. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 1.

CASTRO, J. **O Livro negro da fome**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1968.

CASTRO, J. **Geografia da fome**: o dilema brasileiro – pão ou aço. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.

CAVALCANTI, F. M. S. **A formação em enfermagem no Brasil e as imposições do capital em crise**. Maceió: Edufal, 2017. 180p.

CERTEAU, M. **A Invenção do cotidiano**: a arte de fazer. 16. ed. Trad. Ephraim Ferreira Alves. Petrópolis: Vozes, 2009.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. *In*: BARROS, A.; DUARTE, J. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2009.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. **Espaço, Território e Saúde**: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da Saúde no Brasil. *R. RA'E GA*, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, Território e Saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da Saúde no Brasil. *R. RA'E GA*, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

FERNANDES, B. M. Sobre a tipologia dos territórios. *In*: SAQUET, M. A; SPÓSITO, E. S. **Territórios e territorialidade**: teorias, processos e conflitos. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 197-216.

- FERRARA, L. D. Do mundo como imagem à imagem do mundo. *In*: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (org.). **Território, globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1998. 332 p.
- FERREIRA, M. U. Epidemiologia e geografia: o complexo patogênico de Max Sorre. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 3, p. 301-309, 1991.
- FOGAÇA, T. K. **Geografia da saúde**. Curitiba: InterSaberes, 2018.
- GUIMARÃES, R. B. Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas. *In*: GUIMARÃES, R. B. **Saúde: fundamentos de geografia humana**. São Paulo: UNESP, 2015. p. 79-97.
- GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- GUIMARÃES, R. B. **Saúde: fundamentos de Geografia humana**. São Paulo: Unesp Digital, 2015.
- GUIMARÃES, R. B. Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas. *In*: GUIMARÃES, R. B. **Saúde: fundamentos de Geografia humana** [online]. São Paulo: Editora Unesp, 2015. p. 79-97. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4xpyq/pdf/guimaraes-9788568334386.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2022.
- HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- HAESBAERT, R. **Des-territorialização e identidade: a rede ‘gaúcha’ no Nordeste**. Niterói: Eduff, 1997.
- HARARI, Y. N. **Notas sobre a pandemia: e breves lições para o mundo pós-coronavírus**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- HARVEY, D. **A justiça social e a cidade**. São Paulo: Editora Hucitec, 1980.
- HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- IANNI, O. **A sociedade global**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.
- IANNI, O. **Teorias da globalização**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1976.
- LACAZ, C. S. Conceituação: Atualidade e interesse do tema. Súmula histórica. *In*: LACAZ, C. S.; BARUZZI, R. G.; SIQUEIRA JÚNIOR, W. **Introdução à geografia médica no Brasil**. São Paulo: Edusp: 1972. p. 01-22.
- LE GOFF, J. A história do cotidiano. *In*: DUBY, G. *et al.* **História e nova história**. Lisboa: Teorema, 1986. p. 73-82.

MAIS MÉDICOS. **O que tem na UBS?** Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/o-que-tem-na-ubs>. Acesso em: 2 mar. 2023.

MAJELLA, G. **Execução sumária e grupos de extermínios em Alagoas (1979 – 1988)**. Maceió: Edufal, 2006.

MARINHO, P. H. T.; SILVA, G. R. da. Introdução à teoria e abordagem sistêmica: contextualização e fundamentos para a geografia. *In*: MELO, R. G.; FREITAS, P. G. (org.). **Variantes do meio ambiente [livro eletrônico]:** atuação, interdisciplinaridade e sustentabilidade: Rio de Janeiro: e-Publicar, 2021. v. 2.

MENDONÇA, R. S. A.; SILVA, G. R. Pandemia da covid-19: ações normativas nos territórios dos estados do Nordeste do Brasil. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE: DIMENSÕES GEOGRÁFICAS DOS IMPACTOS E DESAFIOS DAS PANDEMIAS, 10., 2021, Campina Grande. **Anais [...]**. Campina Grande: UFCG, 2021. p. 1007-1015. Disponível em: <https://www.anaisgeosaude.com>.

MÉSZÁROS, István. **O Desafio e o Fardo do Tempo Histórico**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MOREIRA, L. A. V.; SILVA, G. R. da. **A experiência nos centros urbanos das cidades de Porto (PT) e Benidorm (ES) com as zonas de coexistências:** a viabilidade das zonas de coexistências para cidade de Maceió (BR) Lisboa: Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa, set. 2022.

OLIVEIRA, J. F.; SILVA, G. R. Territorialização dos serviços de saúde pública no município de Delmiro Gouveia – Alagoas/Brasil. **Geoconexões** (online), v. 1, n. 2 p. 47-56, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 09 jul. 2023

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Histórico da pandemia de COVID-19**. [S.l.:s.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 7 set. 2022.

PASTI, A. **Mídia, território e pandemia:** sentidos em disputas. *In*: ARROYO, M; ANTAS J. R., ANTAS, R. M.; CONTEL, F. B. (org.). **Usos do território e pandemia:** dinâmicas e formas contemporâneas do meio técnico-científico informacional. Rio de Janeiro: Ed. Consequência, 2020.

PEITER. P. C.; BARCELLOS. C.; ROJAS. L. B. I.; GONDIM.G. M. M. Espaço geográfico e epidemiologia. *In*: SANTOS, S.; BARCELLOS, C. (org.). **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PEREHOUSKEI, N. A.; BENADUCE, G. M.C. Geografia da saúde e as concepções sobre o território. **Gestão & Regionalidade**, v. 23, n. 68, pp. 34-44, sept.-dic. 2007.

PINA, M. F.; MAGALHÃES, M. A. F. M.; OLIVEIRA, E. X. G.; SKABA, D. A.; BARCELLOS, C. Análise de dados espaciais. *In*: SANTOS, S.; BARCELLOS, C. (org.). **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PORTO-GONÇALVES, C. W. De Saberes e de Territórios: diversidade e emancipação a partir da experiência latino-americana. **Revista GEOgrafia**, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 16, p. 41-55, 2006.

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

RAMOS, R. R. O espaço na investigação em saúde: uma perspectiva geográfica? **Geografia**, Londrina, v. 23, n. 1, p. 173-189, 2014.

RIBEIRO, M. C. M. **Globalização e novos atores: a paradiplomacia das cidades brasileiras**. Salvador: EDUFBA, 2009.

JARDIM, R. O.; PEREIRA, C. R. P.; ZULIMAR, M. R. R. Rotas da covid-19 no estado do Maranhão, BR. **HYGEIA – Revista Brasileira de Geografia Médica e de Saúde**, Uberlândia-MG, v. 18, p. 14-28, mar. 2022.

RISCADO, J. L. S.; SILVA, S. R. F. F.; NASCIMENTO, E. F. A construção social da masculinidade e a repercussão na saúde do homem. *In*: RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B. (org.). **Quilombolas, guerreiros alagoanos: AIDS, prevenção e vulnerabilidades**. Maceió: Edufal, 2011. p. 63-84.

RODRIGUES, Z. M. R. **Geografia da saúde e o espaço urbano de São Luís-MA: interfaces da relação saúde e ambiente no período de 1854-1954**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Centro de Ciências Biológicas e de Saúde, Universidade Federal do Maranhão, 2004. 237f.

ROJAS, L. B. I. Geografia e Saúde: o antigo, o novo e as dívidas. *In*: GURGEL, H.; BELLE, N. (org.). **Geografia e saúde: teoria e método na atualidade**. Brasília: Universidade de Brasília, 2019.

Santana do Mundaú. Wikipédia, a enciclopédia livre (wikipedia.org). 2021 Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Santana_do_Munda%C3%BA. Acesso em: 15 abr. 2022.

SANTOS JUNIOR, A. A. **A conflitualidade para além da regularização territorial: a propósito das múltiplas determinações das políticas públicas na Terra Indígena Caiçara/Ilha de São Pedro, em Sergipe**. 2016. 371 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Geociências, Salvador, 2016.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1978. 236 p.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teórico e metodológico da geografia**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec, 1994. Disponível em: <http://reverbe.net/cidades/wp-content/uploads/2011/livros/tecnica-espaço-tempo-milton-santos.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2023.

SANTOS, M. Por uma geografia cidadã: por uma epistemologia da existência. **Boletim Gaúcho de Geografia**, Porto Alegre, n. 21, p. 7-14, 1996a.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996b. 308 p.

SANTOS, M. **O dinheiro e o território**. Conferência de inauguração do Mestrado em Geografia da Universidade Federal Fluminense e abertura do ano letivo de 1999, proferida em 15/3. 1999.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, M. **O país distorcido**: o Brasil, a globalização e a cidadania. Organização, apresentação e notas de Wagner Costa Ribeiro; ensaio de Carlos Walter Porto Gonçalves. São Paulo: Publifolha, 2002.

SANTOS, S.; BARCELLOS, C. (org.). **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SAQUET, M. A. O território: diferentes interpretações na literatura italiana. *In*: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. **Território e desenvolvimento**: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004.

STEDA, M. Produção e consumo de aplicativos no cotidiano da pandemia, conectividade e usos do território. *In*: ARROYO, M; ANTAS J. R., ANTAS, R. M.; CONTEL, F. B. (org.). **Usos do território e pandemia**: dinâmicas e formas contemporâneas do meio técnico-científico informacional. Rio de Janeiro: Ed. Consequência, 2020.

TEDESCO, J. C. **Paradigmas do cotidiano**: introdução a uma constituição de um campo de análise social. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 1999.

THOMPSON, P. **A voz do passado**: história oral. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, R. **O poder e a cultura de violência em Alagoas**. 2. ed. Maceió: Edufal, 2014.

VIVARTA, V. **Saúde em pauta**: doença e qualidade de vida no olhar da imprensa sobre a infância. São Paulo: Cortez, 2003. (Série mídia e mobilização social; v.1).

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE CONSULTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE GEOGRAFIA, DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

FORMULÁRIO DE CONSULTA

O TERRITÓRIO DE SANTANA DO MUNDAÚ/AL NO CONTEXTO PANDÊMICO E AS INTERVENÇÕES ESTATAIS

Esta pesquisa irá analisar o conceito de globalização no contexto da pandemia e a inserção do território de Santana do Mundaú/AL como espaço de intervenção e resistências no sistema de saúde pública. Para isto se farar necessário a aplicação deste questionário sobre o desenvolvimento do SUS no enfrentamento da pandemia da covid-19.

PÚBLICO ALVO: funcionários da secretária de saúde, médicos, enfermeiros e agente de saúde do município de Santana do Mundaú/AL.

IDENTIFICAÇÃO

1 - Sexo () masculino () feminino () outros

2.Nome _____

3. Cargo

a) Secretário/a

b) Médico/a

c) Enfermeiro/a

d) Agente de saúde

FOMAÇÃO PROFISSIONAL

4.Formação profissional:

- a) Técnico de enfermagem
- b) Bacharel em enfermagem
- c) Especialista enfermagem
- d) Bacharel em medicina
- e) Especialista em medicina
- f) Bacharel em serviço social
- g) Ensino médio
- h) Outros _____

4 - Há quanto tempo atua na profissão?

- a) Menos de um ano
- b) Entre dois e três anos
- c) Entre três e cinco anos
- d) Acima de cinco anos
- e) Não quero informar

INFORMAÇÃO SOBRE A COVID-19

5 – Assinale o conceito que melhor define sua experiência profissional no enfrentamento a pandemia?

- a) Ótimo
- b) Muito bom
- c) Bom
- d) Regular
- e) Ruim
- f) Prefiro não responder

6 - Você testou positivo para covid-19 ?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

7 - Qual faixa etária dos pacientes que testaram positivo para covid-19?

- a) Crianças
- b) Jovens
- c) Adultos
- d) Idosos

8 - O sexo daqueles que testaram positivo para covid-19:

- a) Homens (maioria)
- b) Mulheres (maioria)
- c) Outros

9 - Os infectados eram de cor:

- a) Branca
- b) Preto
- c) Pardo
- d) Amarela
- e) Indígena

10 - Os pacientes que mais buscaram pronto atendimento moravam:

- a) Zona rural
- b) Urbana

11 - Qual o perfil do paciente que mais fez uso do serviço pronto atendimento:

- a) Com Comorbidade
- b) Sem comorbidade
- c) Não sei

12 - Em relação às medidas de proteção como a higienização, uso da máscara, e o distanciamento social, contribuíram para minimizar o avanço do contágio.

- a) Sim totalmente
- b) Sim parcialmente
- c) Não parcialmente

- d) Não totalmente
- e) Prefiro não informar

13 - A quantidade de paciente atendidos foi:

- a) Muitos, porque eles precisavam ser medicados.
- b) Poucos, porque eles se auto medicavam.
- c) Não tenho a relação

14 - Como a população se comportou em relação às medidas de proteção como a higienização, uso da máscara, e o distanciamento social.

- a) Satisfatório com uso de EPI
- b) Houve uma boa aceitação
- c) Insatisfatória porque poucos usavam
- d) Resistência ao uso de EPI

15 - Os casos de infectados pela corona vírus foram pacientes que.

- a) Nunca tomou a vacina
- b) Tomou a 1ª. dose
- c) Tomou a 2º. dose
- d) Tomou a 3ª. dose

16 - O ambiente de trabalho estava.

- a) Totalmente pronto pra receber os infectados;
- b) Parcialmente, ainda precisando de mais equipamentos;
- c) Não estava adequado
- d) Não opino sobre

17 - O município disponibilizou recursos assistenciais para que os profissionais da saúde pudessem desenvolver seu trabalho.

- a) Sim
- b) Deixou a desejar.

- c) Não
- d) Não quero informar

18 – Sobre as decisões a respeito da pandemia, o município:

- a) O município tinha toda autonomia, não dependia do estado.
- b) Não completamente, pois, dependia do estado para definir sobre a covid-19.
- c) O estado é quem definia todas as orientações da covid-19.

19 - Os recursos financeiros destinados ao combate a pandemia foram

- a) Suficiente
- b) Pouco, não atendia a demanda sócia.
- c) Insuficiente
- d) Não quero informar

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O TERRITÓRIO DE SANATANA DO MUNDAÚ/AL NO CONTEXTO PANDÊMICO E AS INTERVENÇÕES ESTATAIS

Pesquisador: ADRIANO DANTAS DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66787122.0.0000.5013

Instituição Proponente: Instituto de Geografia, Desenvolvimento e Meio Ambiente

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.114.278

Apresentação do Projeto:

"No município de Santana do Mundaú existem aderências ao conceito de pandemia que tem tornado comum a todo o contexto mundial, por ser um município do interior nordestino os sofrimentos são inevitáveis, a escassez de política pública em relação a saúde pública tem encorajado o município a se reconstituísse em frente a pandemia.

Como a saúde pública é um tema gritante em todo o território brasileiro, no município de Santana do Mundaú não teria como ser diferente, apesar do SUS ser um sistema que permeia a todo esse território, ainda falta muitas lacunas a serem discutidas e solucionadas.

Para poder compreender os efeitos da pandemia os estudos geográficos, faz-se necessário compreender o que está se elevando a essa base que tem produzido um coeficiente não tão vulnerável com o que diz respeito àquilo que conhecemos como o desenvolvimento de um município então "globalizado". Sendo assim, parece que há um contexto por trás e que muitos talvez tenham se culpado por não ter obtido êxito, onde na realidade existe todo um sistema por trás que possivelmente tem dominado aquilo que chamamos de globalização do "espaço". Não podemos em hipóteses alguma esquecer que podemos ser considerados escravos modernos

diante das hierarquias, as quais, às vezes, nos achamos livres; ao mesmo tempo em que a supremacia nos aliena, assim como sempre quem sofre mais são os de classes menos favorecidos."

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, n°1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.114.278

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o conceito de globalização no contexto da pandemia e a inserção do território de Santana do Mundaú/AL como espaço de intervenção e resistências no sistema de saúde pública.

Objetivo Secundário:

Conhecer o conceito de globalização para o conhecimento geográfico e fundamento da pesquisa;
Compreender a literatura da Geografia da Saúde em seus aportes teóricos e metodológicos;
Contextualizar a Pandemia da Covid-19 e seus efeitos nos territórios;
Discutir como o território de Santana do Mundaú/AL e o estado desenvolve o seu papel no enfrentamento da pandemia;
Conhecer sistema de saúde pública de Santana do Mundaú/AL nos aspectos de abrangência e limitações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores

Riscos

Os incômodos e possíveis riscos da pesquisa de acordo com a resolução 510/2016, podem ser inibição/constrangimento diante de um observador, não saber responder e perda de tempo. Para evita-los a pesquisa será desenvolvida da forma mais cautelosa possível, evitando constranger os envolvidos. Em caso de ausência de respostas constará na coleta de dados que o participante não respondeu ao questionamento, evitando comentário inapropriado acerca do sujeito. A perda de tempo será evitada havendo pontualidade e compromisso por parte do pesquisador, mas se caso ocorrer, os sujeitos envolvidos poderão desistir a qualquer tempo de participar da pesquisa. Se o pesquisador responsável perceber algum risco ou constrangimento que prejudique ao sujeito participante da pesquisa, suspenderá imediatamente.

Benefícios

Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa são: para os esclarecimentos das várias questões levantadas na pesquisa, de contribuições tanto ao conhecimento científico como social, à produção científica do município de Santana do Mundaú-AL e para minha formação acadêmica.

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.114.278

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem como material de análise a "globalização/espço da pandemia" que surgiu no município com aplicações de questionários aos secretários de saúde e de assistência social. Além de aplicações dos questionários nas unidades de saúde do município com quatro médicos(as) e quatro enfermeiros(as), e se necessário à dois agente de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

DOCUMENTOS APRESENTADOS E APRECIADOS:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2037875.pdf

ANUENCIA.pdf

PROJETODETALHADO.docx

TCLE.docx

folhaderosto.pdf

DECLARACAODAPROFESSORA.pdf

DECLARACAOASSINADA.pdf

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO.

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 510/16. As pendências anteriormente listadas foram atendidas. Ressaltamos que situações como essa, as pendências devem ser respondidas nos documentos e em CARTA RESPOSTA.

1. A anuência da instituição necessita vim com papel timbrado e/ou carimbo institucionais. Solicita-se adequação do documento

PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Riscos e Benefícios:

2.1 Nas informações básicas da plataforma brasil o pesquisador não descreve formas de minimizar os riscos no item benefícios. Esta informação deve ser inserido no item "riscos". De acordo com a Norma Operacional n. 001/2013 da CONEP, os pesquisadores devem descrever os possíveis benefícios, diretos ou indiretos, para a população estudada e a sociedade. Solicita-se a inserção nas informações básicas, no projeto e no TCLE dos benefícios diretos ou indiretos para o participante da pesquisa (estas informações devem ser uniformizadas).

2.2 Nas informações básicas quando descreve forma de minimizar os riscos, o pesquisador refere

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.114.278

a possibilidade de entrevistas on line, neste caso a metodologia deve ser descrita considerando a Carta circular 01/2021 que trata de pesquisa com seres humanos em ambiente virtual. Esta informação também deve ser constada no TCLE. Solicita-se esclarecimentos e adequações as normativas caso em alguma etapa seja aplicado formulários na forma virtual.

Resposta do pesquisador

Os incômodos e possíveis riscos da pesquisa de acordo com a resolução 510/2016, podem ser inibição/constrangimento diante de um observador, não saber responder e perda de tempo. Para evita-los a pesquisa será desenvolvida da forma mais cautelosa possível, evitando constranger os envolvidos. Em caso de ausência de respostas constará na coleta de dados que o participante não respondeu ao questionamento, evitando comentário inapropriado acerca do sujeito. A perda de tempo será evitada havendo pontualidade e compromisso por parte do pesquisador, mas se caso ocorrer, os sujeitos envolvidos poderão desistir a qualquer tempo de participar da pesquisa. Se o pesquisador responsável perceber algum risco ou constrangimento que prejudique ao sujeito participante da pesquisa, suspenderá imediatamente.

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa são: para os esclarecimentos das várias questões levantadas na pesquisa, de contribuições tanto ao conhecimento científico como social, à produção científica do município de Santana do Mundaú-AL e para minha formação acadêmica.

PENDÊNCIAS ATENDIDAS

3. No TCLE

3.1 item 9. O pesquisador deve informar por que meios, como e quando o participante terá retorno dos resultados da pesquisa. Solicita-se adequação.

Resposta

Você será informado(a) por e-mails do resultado final do projeto e sempre que desejar, ou (a cada três meses) serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3.2 Dados do CEP. Corrigir e-mail do CEP para cep@ufal.br, além disso inserir texto objetivo explicando o participante o papel do CEP. Texto sugerido "Se voce tiver duvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, voce pode contatar o Comite de

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.114.278

Etica em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo telefone: (82) 3214-1041 ou e-mail cep@ufal.br. O CEP trata-se de um grupo de individuos com conhecimentos científicos que realizam a revisao etica inicial e continuada do estudo de pesquisa para mante-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP e responsavel pela avaliacao e acompanhamento dos aspectos eticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel esta baseado nas diretrizes eticas brasileiras (Res. CNS 466/12, CNS 510/16 e complementares)." Solicita-se adequação.

PENDÊNCIA ATENDIDA

4. O projeto traz que a coleta de dados acontecerá em janeiro 2023, prazo praticamente inexecuível, haja vista a necessidade de aprovação prévia por parte deste CEP. Solicita-se a mudança da referida data, levando-se em consideração também a necessidade de se atentar para o tempo necessário à tramitação total do projeto neste Comitê. Ressalta-se, por oportuno, que as datas de coleta de dados constantes do TCLE, do projeto completo e das informações básicas devem ser alteradas. Solicita-se a uniformização/padronização das mesmas em todos os documentos.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016: O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S.^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 6.114.278

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2037875.pdf	10/05/2023 18:36:03		Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	10/05/2023 18:33:51	ADRIANO DANTAS DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.docx	10/05/2023 18:32:33	ADRIANO DANTAS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/05/2023 18:31:46	ADRIANO DANTAS DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/12/2022 19:59:57	ADRIANO DANTAS DA SILVA	Aceito
Outros	DECLARACAODAPROFESSORA.pdf	14/12/2022 23:11:29	ADRIANO DANTAS DA SILVA	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAOASSINADA.pdf	14/12/2022 23:10:16	ADRIANO DANTAS DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.114.278

Não

MACEIO, 13 de Junho de 2023

Assinado por:
Carlos Arthur Cardoso Almeida
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

ANEXO B – ATOS E DESPACHOS DO GOVERNADOR

Diário Oficial

Maceió - segunda-feira
16 de março de 2020

Estado de Alagoas
Unidade Federativa do Brasil

SUPLEMENTO

Edição Eletrônica Certificada Digitalmente conforme LEI N° 7.397/2012

Ano 108 - Número 1283

Poder Executivo

ATOS E DESPACHOS DO GOVERNADOR

DECRETO N° 69.501, DE 13 DE MARÇO DE 2020.

DISPÕE SOBRE AS MEDIDAS PARA ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL DECORRENTE DO COVID - 19 (CORONAVÍRUS), E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE ALAGOAS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso IV do art. 107 da Constituição Estadual, e tendo em vista o que consta do Processo Administrativo n° E:01101.0000000619/2020, Considerando a classificação de pandemia e a declaração de situação de emergência internacional pela Organização Mundial de Saúde – OMS;

Considerando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante Políticas Sociais e Econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, na forma do art. 196 da Constituição Federal; e Considerando a necessidade de regulamentação no Estado de Alagoas, da Lei Federal n° 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do COVID-19 (coronavírus), bem como as demais medidas adotadas pela União Federal,

DECRETA:

Art. 1° O presente Decreto dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas, no âmbito da Administração Pública do Estado de Alagoas, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do COVID-19 (coronavírus).

Art. 2° Para o enfrentamento da emergência de saúde decorrente do COVID-19 (coronavírus) poderão ser adotadas as seguintes medidas:

- I – isolamento;
- II – quarentena;
- III – exames médicos;
- IV – testes laboratoriais;
- V – coleta de amostras clínicas;
- VI – vacinação e outras medidas profiláticas;
- VII – tratamentos médicos específicos;
- VIII – estudo ou investigação epidemiológica;
- IX – exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; e
- X – requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa.

Art. 3° Para os fins deste Decreto, considera-se:

- I – isolamento: separação de pessoas e bens contaminados, transportes e bagagens no âmbito intermunicipal, mercadorias e outros, com o objetivo de evitar a contaminação ou a propagação do COVID-19 (coronavírus); e
- II – quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou ainda bagagens, contêineres, animais e meios de transporte, no âmbito de sua competência, com o objetivo de evitar a possível contaminação ou a propagação do COVID-19 (coronavírus).

§ 1° A requisição administrativa, como hipótese de intervenção do Estado na propriedade, sempre fundamentada, deverá garantir ao particular o pagamento posterior de indenização com base na chamada “tabela SUS”, quando for o caso, e terá suas condições e requisitos definidos em atos infralegais emanados pela Secretaria de Estado da Saúde – SESA, sendo certo, que seu período de vigência não pode exceder à duração da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do COVID-19 (coronavírus) declarada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, e envolverá, em especial:

- I – hospitais privados, independentemente da celebração de contratos administrativos; e
- II – profissionais da saúde, hipótese que não acarretará na formação de vínculo estatutário ou empregatício com a Administração Pública Estadual.

§ 2° As medidas previstas neste artigo somente poderão ser determinadas com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde e deverão ser limitadas no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública.

§ 3° Fica assegurado às pessoas afetadas pelas medidas previstas neste artigo:

- I – o direito de serem informadas permanentemente sobre o seu estado de saúde e a assistência à família conforme regulamento;
- II – o direito de receber tratamento gratuito; e
- III – o pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas.

Art. 4° Ficam suspensos, no âmbito do Estado de Alagoas, eventos de qualquer natureza com público superior a 500 (quinhentas) pessoas em eventos abertos e 100 (cem) pessoas em eventos fechados.

§ 1° Fica vedada a visitação em bibliotecas, museus e teatros, permanecendo o seu funcionamento interno.

§ 2° Ficam suspensos os jogos com público do Campeonato de Futebol no Estado de Alagoas, sendo permitidos jogos com os portões fechados.

Art. 5º A Entidade responsável pela administração de porto organizado deverá suspender as operações de atracação de cruzeiros e outras embarcações de passageiros de grande porte, nos termos dos incisos VIII e X do § 1º do art. 17 da Lei Federal nº 12.815, de 5 de junho de 2015.

Art. 6º Na contratação de bens ou serviços para tratamento, prevenção, isolamento ou quarentena, em caso de dispensa de licitação, a SESAU deverá observar os procedimentos da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, em especial, a instrução do processo com a devida justificativa e parecer do órgão de assessoria jurídica, na forma do art. 38 da referida Lei.

Parágrafo único. A dispensa de licitação a que se refere o caput deste artigo é temporária e aplica-se apenas enquanto perdurar a situação de emergência internacional declarada pela OMS.

Art. 7º Em caso de descumprimento das medidas previstas neste Decreto, as autoridades competentes devem apurar as eventuais práticas de infração administrativa prevista no inciso VII do art. 10, da Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, bem como do crime previsto no art. 268 do Código Penal.

Art. 8º Fica autorizada a abertura de crédito suplementar para a adoção das medidas pela SESAU com o objetivo de conter a emergência do COVID-19 (coronavírus), nos limites previstos na Lei Orçamentária Anual – LOA e na Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, tendo sua vigência enquanto perdurar a situação de emergência internacional.

Art. 10. Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO REPÚBLICA DOS PALMARES, em Maceió, 13 de março de 2020, 204º da Emancipação Política e 132º da República.

JOSÉ RENAN VASCONCELOS CALHEIROS FILHO
Governador

DECRETO Nº 69.502, DE 13 DE MARÇO DE 2020.

INSTITUI MEDIDAS TEMPORÁRIAS DE ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL DECORRENTE DO COVID-19 (CORONAVÍRUS), NO ÂMBITO DOS ÓRGÃOS E ENTIDADES DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE ALAGOAS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso IV do art. 107 da Constituição Estadual, e o que mais consta do Processo Administrativo nº E:01101.0000000619/2020,

Considerando a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, bem como a Declaração de Pandemia pela Organização Mundial de Saúde – OMS, em decorrência da Infecção Humana pelo novo COVID-19 (coronavírus); e

Considerando a necessidade de manter os serviços nos Órgãos e Entidades da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo Estadual e reduzir as possibilidades de contágio do COVID-19 (coronavírus),

DECRETA:

Art. 1º Ficam estabelecidas medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo COVID-19 (coronavírus).

Parágrafo único. As disposições deste Decreto aplicam-se aos órgãos e entidades, direta ou indiretamente, controladas pelo Poder Executivo do Estado de Alagoas.

Art. 2º Para os fins do disposto neste Decreto, considera-se:

I – servidores públicos: servidores efetivos, comissionados, empregados públicos, temporários, bolsistas e estagiários; e

II – sintomas de contaminação pelo novo COVID-19 (coronavírus):

- a) apresentação de cefaleia;
- b) febre;
- c) tosse;
- d) dificuldade para respirar (saturação de O₂ < 95%);
- e) prostração;
- f) produção de secreção;
- g) congestão nasal ou conjuntival;
- h) dificuldade para deglutir;
- i) dor de garganta;
- j) coriza;
- k) sinais de cianose;
- l) batimento de asa nasal;
- m) tiragem intercostal;
- n) dispneia; e/ou
- o) mialgia.

Estado de Alagoas
DIÁRIO OFICIAL

PODER EXECUTIVO

GOVERNADOR DO ESTADO DE ALAGOAS
JOSÉ RENAN VASCONCELOS CALHEIROS FILHO

VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DE ALAGOAS
JOSÉ LUCIANO BARBOSA DA SILVA

SECRETÁRIO - CHEFE DO GABINETE CML
FÁBIO LUIZ ARAÚJO LOPES DE FARIAS

PROCURADOR - GERAL DO ESTADO
FRANCISCO MALAQUIAS DE ALMEIDA JÚNIOR

CONTROLADORA - GERAL DO ESTADO
MARIA CLARA CAVALCANTE BUGARIM

SECRETÁRIO DE ESTADO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA, PESCA E AQUICULTURA
SILVIO ROMERO BULHÕES AZEVEDO

SECRETÁRIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
JOÃO EMANUEL BARROS LESSA NETO

SECRETÁRIA DE ESTADO DA CIÊNCIA, DA TECNOLOGIA E DA INOVAÇÃO
CECÍLIA LIMA HERMANN ROCHA

SECRETÁRIO DE ESTADO DA COMUNICAÇÃO
ÊNIO LINS DE OLIVEIRA

SECRETÁRIA DE ESTADO DA CULTURA
MELLINA TORRES FREITAS

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PAULO DOMINGOS DE ARAÚJO LIMA JUNIOR - Cel. PM

SECRETÁRIO DE ESTADO DA RESSOCIALIZAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL
MARCOS SÉRGIO DE FREITAS SANTOS

SECRETÁRIO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
JOSÉ LUCIANO BARBOSA DA SILVA

SECRETÁRIA DE ESTADO DO ESPORTE, LAZER E JUVENTUDE
CLÁUDIA ANICETO CAETANO PETUBA

SECRETÁRIO DE ESTADO DA FAZENDA
GEORGE ANDRÉ PALERMO SANTORO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA INFRAESTRUTURA
MAURÍCIO QUINTELLA MALTA LESSA

SECRETÁRIO DE ESTADO DO TRANSPORTE E DESENVOLVIMENTO URBANO
MOSART DA SILVA AMARAL

SECRETÁRIO DE ESTADO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS HÍDRICOS
FERNANDO SOARES PEREIRA

SECRETÁRIA DE ESTADO DA MULHER E DOS DIREITOS HUMANOS
MARIA JOSÉ DA SILVA

SECRETÁRIO DE ESTADO DO PLANEJAMENTO, GESTÃO E PATRIMÔNIO
FABRÍCIO MARQUES SANTOS

SECRETÁRIA DE ESTADO DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA
ESVALDA AMORIM BITTENCOURT DE ARAÚJO

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
CLÁUDIO ALEXANDRE AYRES DA COSTA

SECRETÁRIO DE ESTADO DO TRABALHO E EMPREGO
ARTHUR JESSÉ MENDONÇA DE ALBUQUERQUE

SECRETÁRIO DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E TURISMO
RAFAEL DE GÓES BRITO

ÍNDICE

PODER EXECUTIVO

Atos e Despachos do Governador..... 01

IMPRESA OFICIAL
GRAZILIANO RAMOS

Dagoberto Costa Silva de Omena
Diretor-presidente

Jarbas Pereira Ricardo José Otílio Damas dos Santos
Diretor administrativo-financeiro Diretor comercial e Industrial

www.imprensaoficialal.com.br

Av. Fernandes Lima, s/n, Km 7, Gruta de Lourdes - Maceió / AL - CEP: 57080-000
Tel.: (82) 3315.8334 / 3315.8335

Preço

Pagamento à vista por cm² R\$ 6,16
Para faturamento por cm² R\$ 7,40

Publicações

Os textos deverão ser digitados em Word (normal), em fonte Times New Roman, tamanho 8 e largura de 9,3 cm, sendo encaminhados diretamente ao parque gráfico à Av. Fernandes Lima, s/n, Km 7, Gruta de Lourdes - Maceió/AL, no horário das 08h às 15h ou pelo e-mail materias@imprensaoficialal.com.br.

Reclamações sobre matérias publicadas deverão ser feitas no prazo máximo de 10 dias.

À VENDA
ADQUIRA EM
IMPRESA OFICIAL

Receitas das Irmãs Rocha
Prática

CULINÁRIA E MEMÓRIA
Ingredientes alagoanos reunidos
em dois saborosos volumes

IMPRESA OFICIAL
GRAZILIANO RAMOS

Art. 3º Ficam suspensos, durante a vigência deste Decreto:

I – as atividades de capacitação, de treinamento ou de eventos coletivos realizados pelos Órgãos ou Entidades da Administração Pública Estadual Direta e Indireta, que contem com 100 (cem) participantes ou mais e que impliquem na aglomeração de pessoas; e

II – o atendimento presencial do público externo que puder ser prestado por meio eletrônico ou telefônico.

§ 1º Eventuais exceções à norma de que trata o caput deste artigo deverão ser avaliados e autorizados pela autoridade máxima do órgão ou entidade.

§ 2º Os atendimentos que puderem ser prestados por meio eletrônico ou telefônico deverão ser definidos em Portaria pelos respectivos órgãos e entidades, dela fazendo constar os canais apropriados para comunicação direta.

Art. 4º Os servidores públicos que estiverem afastados deverão, antes de retornar ao trabalho, informar à chefia imediata o país que visitou, apresentando documentos comprobatórios da viagem.

Parágrafo único. Os servidores públicos que tem contato ou convívio direto com caso suspeito ou confirmado também devem informar o fato à chefia imediata.

Art. 5º Ficam suspensas as viagens internacionais, a serviço, dos servidores públicos para qualquer país, durante o prazo de vigência deste Decreto.

Parágrafo único. As viagens nacionais, a serviço, somente poderão ser realizadas com autorização expressa do Gabinete Civil.

Art. 6º Aos servidores públicos que tenham regressado, nos últimos 5 (cinco) dias ou que venham a regressar durante a vigência deste Decreto, de países em que há transmissão comunitária do vírus COVID-19 (coronavírus), conforme pronunciamentos oficiais do Ministério da Saúde, bem como aqueles que tenham contato ou convívio direto com caso suspeito ou confirmado, deverão ser aplicadas as seguintes medidas:

I – os que apresentem os sintomas de contaminação pelo COVID-19 (coronavírus), nos termos do que disciplina o inciso II do art. 2º deste Decreto, deverão ser afastados do trabalho, sem prejuízo de sua remuneração, pelo período mínimo de 14 (quatorze) dias ou conforme determinação médica; e

II – os que não apresentem os sintomas de contaminação pelo COVID-19 (coronavírus), a que se refere o inciso II do art. 2º deste Decreto, deverão desempenhar, em domicílio, em regime excepcional de teletrabalho, pelo prazo de 14 (quatorze) dias, a contar do retorno ao Estado ou do contato direto com caso suspeito ou confirmado, as funções determinadas pela chefia imediata, respeitadas as atribuições do cargo ou do emprego, vedada a sua participação em reuniões presenciais ou a realização de tarefas no âmbito da repartição pública.

§ 1º A assiduidade do servidor público a que tenha sido aplicado o regime de trabalho de que trata o inciso II do caput deste artigo dependerá do cumprimento das metas de desempenho e dos níveis de produtividade estabelecidos pela chefia imediata em plano de trabalho individual para cada servidor, na forma do Anexo Único.

§ 2º O não cumprimento das metas de desempenho de que trata o § 1º deste artigo pelo servidor público em teletrabalho acarretará no registro de faltas proporcionais não justificadas.

§ 3º A chefia imediata deverá acompanhar o cumprimento das metas e a qualidade do servidor em teletrabalho e, quando do retorno às atividades na repartição, encaminhar relatório de desempenho aos seus respectivos setores de gestão de pessoas, apresentando a relação dos servidores participantes do teletrabalho e os resultados alcançados, podendo ser exigido o comparecimento no órgão em caso de necessidade.

§ 4º A critério da chefia imediata, os servidores públicos que, em razão da natureza das atividades desempenhadas, não puderem executar suas atribuições remotamente na forma do inciso II do caput deste artigo, poderão ter sua frequência abonada.

Art. 7º Não será exigido o comparecimento pessoal para entrega de atestado médico daqueles que forem diagnosticados como caso suspeito ou confirmado.

§ 1º O servidor público deverá encaminhar o atestado de afastamento em formato digital, no prazo de 3 (três) dias, contados da data de sua expedição.

§ 2º O dirigente de gestão de pessoas do órgão ou entidade deverá providenciar e divulgar internamente canal único de comunicação para o recebimento dos atestados de que trata o caput deste artigo, resguardado o direito ao sigilo das informações pessoais.

§ 3º O atestado de afastamento original deverá ser apresentado pelo servidor público no momento da perícia oficial ou quando solicitado pelo dirigente de gestão de pessoas do órgão ou entidade.

Art. 8º Fica vedada, pelo prazo de 14 (quatorze) dias ou enquanto permanecerem os sintomas a que se refere o inciso II do art. 2º deste artigo, a participação em reuniões presenciais ou a realização de tarefas no âmbito da repartição pública a todo e qualquer agente público, remunerado ou não, que mantenha ou não vínculo com o Poder Executivo Estadual, bem como membro de colegiado, estagiário ou empregado de prestadoras de serviço, que:

I – tenha regressado, nos últimos 5 (cinco) dias ou que venha a regressar, durante a vigência deste Decreto, de países em que há transmissão comunitária do vírus da COVID-19 (coronavírus), conforme pronunciamentos oficiais do Ministério da Saúde; ou

II – apresente os sintomas de contaminação pelo COVID-19 (coronavírus), nos termos do que disciplina o inciso II do art. 2º deste Decreto.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades deverão adotar as providências necessárias para que os agentes de que trata o caput deste artigo informem, antes de retornar ao trabalho, os países que visitou, apresentando documentos comprobatórios da viagem, bem como para impedir que aqueles que apresentem sintomas de contaminação pelo COVID-19 (coronavírus) participem de reuniões presenciais ou realizem tarefas no âmbito da repartição pública.

Art. 9º É facultado aos servidores públicos que não se enquadrem nas hipóteses do art. 6º deste Decreto optar pelo teletrabalho, quando possível, mediante autorização da chefia imediata, desde que cumprido os requisitos previstos § 1º deste artigo.

§ 1º Este Decreto abrange somente os servidores a partir de 60 (sessenta) anos de idade e aqueles portadores de doenças crônicas e que se enquadrem nas condições disciplinadas nos §§ 1º, 2º e 3º do art. 6º deste Decreto, com exceção dos servidores de saúde, segurança, bem como Secretários de Estados, Secretários Executivos, Secretários Especiais e Presidentes de Órgão e seus substitutos.

§ 2º Para o gozo da faculdade prevista no caput deste artigo, o servidor público deverá promover mecanismos para aumentar sua produtividade em, no mínimo, 30% (trinta por cento) a ser mensurado pela chefia imediata.

§ 3º O servidor público será responsável por providenciar e manter estruturas física e tecnológica necessárias e adequadas à realização do teletrabalho, de modo que, em hipótese alguma, o Estado de Alagoas arcará com custos para a aquisição de bens ou serviços para tanto.

Art. 10. Os órgãos e entidades deverão avaliar a imprescindibilidade da realização de reuniões presenciais, bem como a participação de servidores públicos em eventos ou em viagens internacionais ou interestaduais, adotando, preferencialmente, as modalidades de áudio e videoconferência com soluções a serem disponibilizadas pelos setores de Tecnologia da Informação – TI, com o auxílio do Instituto de Tecnologia em Informática e Informação do Estado de Alagoas – ITEC.

Art. 11. Os setores de Administração dos órgãos e entidades deverão providenciar o aumento da frequência de limpeza dos banheiros, elevadores, corrimãos e maçanetas, e, quando possível, instalar dispensadores de álcool em gel nas áreas de circulação e no acesso a salas de reuniões e gabinetes.

Art. 12. Os setores de Comunicação dos órgãos e entidades deverão promover campanhas de conscientização sobre riscos e medidas de prevenção necessárias para se evitar o contágio pelo COVID-19 (coronavírus), observadas as informações e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Art. 13. Os gestores dos contratos de prestação de serviço deverão notificar as empresas contratadas para que, sob pena de responsabilização contratual em caso de omissão:

I – adotem todos os meios necessários para o cumprimento das determinações constantes deste Decreto, em especial, quanto ao disposto no art. 7º deste Decreto; e

II – conscientizem seus funcionários quanto aos riscos do COVID-19 (coronavírus) e quanto à necessidade de reportarem a ocorrência dos sintomas, nos termos do inciso II do art. 2º e como estabelecido no parágrafo único do art. 7º, ambos deste Decreto.

Art. 14. Mediante justificativa, a chefia imediata deve desautorizar o teletrabalho para os servidores públicos que descumprirem o disposto neste Decreto.

Art. 15. Caberá aos órgãos e entidades assegurar a preservação e funcionamento dos serviços considerados essenciais ou estratégicos.

Art. 16. Os militares da área de saúde que se encontram na reserva remunerada poderão ser convocados para retornar as suas atividades, em caso de necessidade, a qual deverá ser determinada pelo Chefe do Poder Executivo Estadual.

Art. 17. Como forma de reduzir o número de servidores nos Órgãos e Entidades do Poder Executivo, poderá o titular da pasta conceder férias compulsórias para aqueles servidores que possuem passivo de férias superiores a 60 (sessenta) dias.

Art. 18. Este Decreto vigorará enquanto perdurar o estado de emergência internacional pelo novo COVID-19 (coronavírus), declarado pela OMS.

Art. 19. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, tendo sua vigência enquanto perdurar a situação de emergência internacional.

Art. 20. Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO REPÚBLICA DOS PALMARES, em Maceió, 13 de março de 2020, 204º da Emancipação Política e 132º da República.

JOSÉ RENAN VASCONCELOS CALHEIROS FILHO
Governador

DECRETO N° 69.502, DE 13 DE MARÇO DE 2020.

ANEXO ÚNICO

PLANO DE TRABALHO INDIVIDUAL

TELEGERENTE
Nome da chefia imediata:
Matrícula:
Lotação:

TELETRABALHADOR	
Nome:	
Matrícula:	
Lotação:	
Período em que o servidor estará sujeito ao regime de teletrabalho	
Periodicidade de comparecimento do servidor, ao local de trabalho, para o exercício regular de suas atividades (para os casos previstos no art. 8º deste Decreto)	

Descrição das atividades a serem desempenhadas pelo Servidor	Metas a serem alcançadas

Cronograma de reuniões com a chefia imediata para avaliação de desempenho, bem como eventual revisão e ajustes de metas								
Ano: _____								
Dia/mês	Dia/mês	Dia/mês	Dia/mês	Dia/mês	Dia/mês	Dia/mês	Dia/mês	Dia/mês

Teletrabalhador (Servidor em teletrabalho)	Telegerente (Chefia imediato)
Ciente dos Requisitos Técnicos do § 4º do art. 8º; Ciente do Trabalho Pactuado;	Autorizo conforme planejamento acima.
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Assinatura	Assinatura

=====

JOSÉ ROBERTO SANTOS WANDERLEY
Gerente de Documentação e Publicação de Atos Governamentais

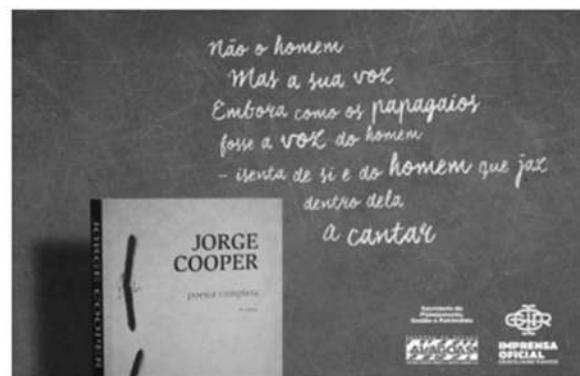
=====

O EXCELENTÍSSIMO SENHOR JOSÉ RENAN VASCONCELOS CALHEIROS FILHO, GOVERNADOR DO ESTADO, EM DATA DE 13 DE MARÇO DE 2020, DESPACHOU O SEGUINTE PROCESSO:

PROC.E:1101-619/2020, do GC = De acordo. Lavre-se o Decreto.
Em seguida, remetam-se os autos ao Gabinete Civil para as providências a seu cargo.

=====

JOSÉ ROBERTO SANTOS WANDERLEY
Gerente de Documentação e Publicação de Atos Governamentais
Protocolo 499707



ANEXO C – INFORME EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19



Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde
CIEVS/AL



Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19

02 DE MAIO DE 2023	Nº 1101
---------------------------	----------------

Tabela 1 – Frequência de casos segundo classificação operacional para COVID-19, Alagoas, 2020 a 2023.

TOTAL	Casos Notificados		Casos Confirmados		Casos Descartados		Casos Recuperados		Óbito/Letalidade	
		929.114	338.758	36,5%	589.465	63,4%	330.908	97,7%	7.260	2,1%
Casos notificados na última semana epidemiológica										
Casos:	131			Óbitos:			4			
Casos em investigação*				891				0,10%		

Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

* Casos notificados nos últimos 20 dias que estão aguardando encerramento com a classificação final nos sistemas de notificação (e-SUS e SIVEP) por parte dos estabelecimentos notificantes e/ou respectivos municípios. Este Dado não representa número de amostra em análise laboratorial no LACEN, sendo esta informação expressa no gráfico 12.

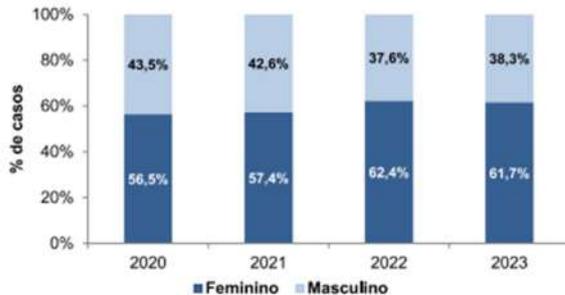
Tabela 2 – Frequência de casos segundo classificação operacional para COVID-19 e ano de ocorrência, Alagoas, 2020 a 2023.

ANO	Casos Notificados	Casos Confirmados		Casos Descartados		Casos Recuperados		Óbito/Letalidade	
2020	259.617	116.008	44,7%	143.609	55,3%	112.983	97,4%	2.743	2,4%
2021	424.240	127.459	30,0%	296.781	70,0%	123.731	97,1%	3.750	2,9%
2022	229.880	93.540	40,7%	136.340	59,3%	92.612	99,0%	733	0,8%
2023	15.377	1.751	11,4%	12.735	82,8%	1.582	90,3%	34	1,9%

Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

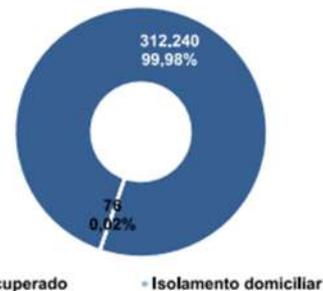
SÍNDROME GRIPAL (SG)

Gráfico 1 – Casos confirmados de SG por COVID-19, segundo sexo e ano de ocorrência, Alagoas, 2020 a 2023.



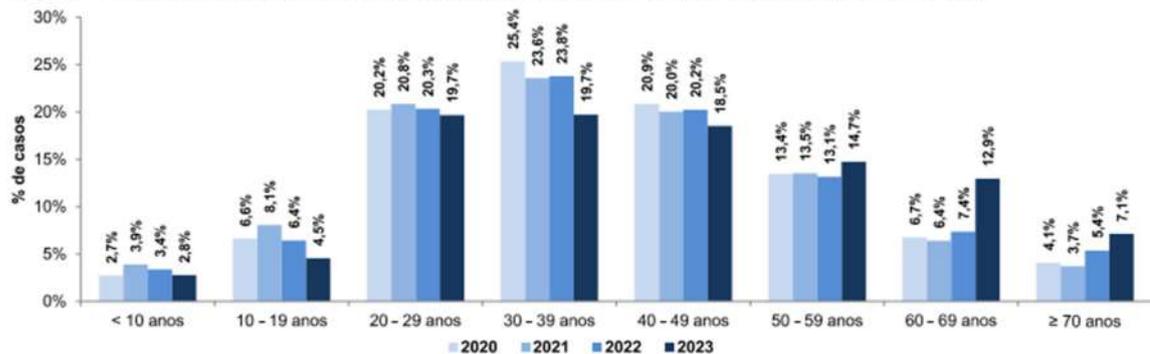
Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Gráfico 2 – Frequência de casos confirmados de SG por COVID-19, segundo evolução, Alagoas, 2020 a 2023.



Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Gráfico 3 – Casos confirmados de SG por COVID-19, segundo faixa etária e ano de ocorrência, Alagoas, 2020 a 2023.



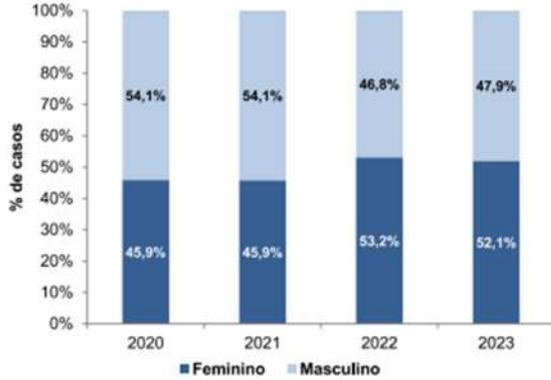
Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19

02 DE MAIO DE 2023 **Nº 1101**

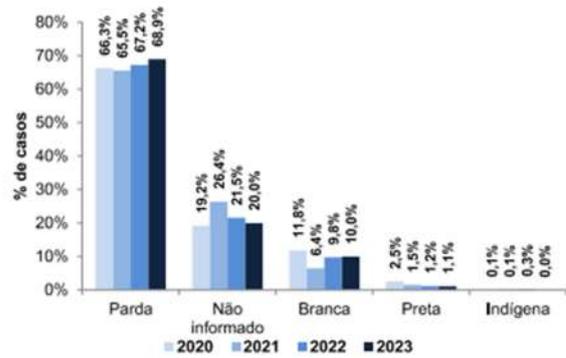
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Gráfico 4 – Casos confirmados de SRAG por COVID-19, segundo sexo e ano de ocorrência, Alagoas, 2020 a 2023.



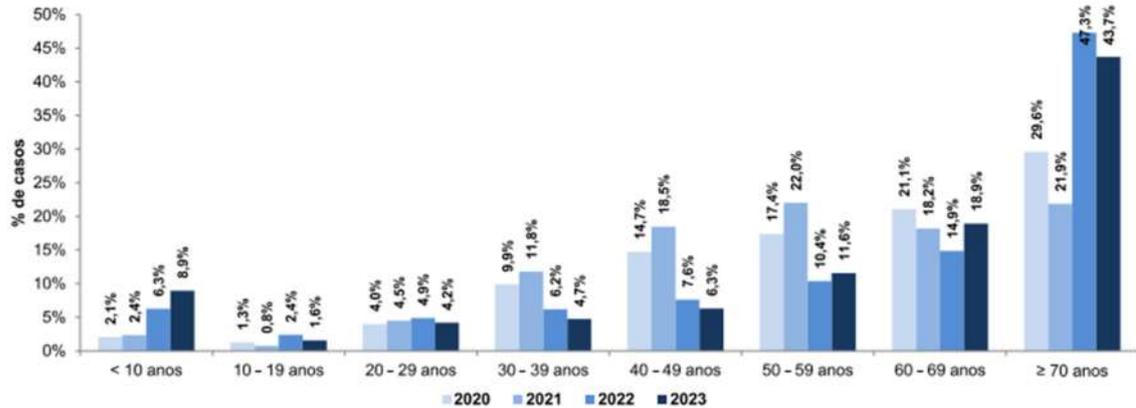
Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Gráfico 5 – Frequência de casos confirmados de SRAG por COVID-19, segundo raça/cor e ano de ocorrência, Alagoas, 2020 a 2023.



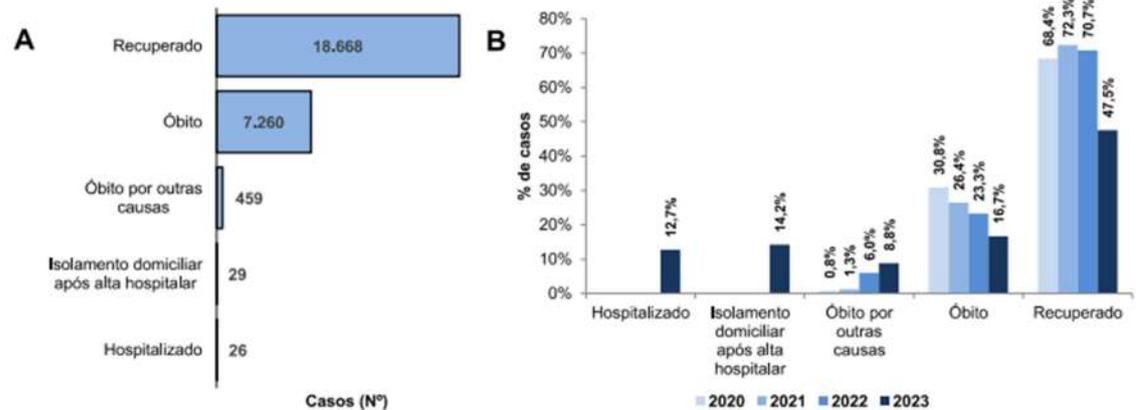
Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Gráfico 6 – Frequência da faixa etária dos casos confirmados de SRAG por COVID-19 e ano de ocorrência, Alagoas, 2020 a 2023.



Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Gráfico 7 – Frequência de casos confirmados de SRAG por COVID-19, segundo evolução e ano de ocorrência, Alagoas, 2020 a 2023.



A - Consolidado; B - Anual. Os dados referentes a Evolução classificada como "Hospitalizado" e "Isolamento Domiciliar" referem-se apenas a casos do ano de 2023.
Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19

02 DE MAIO DE 2023

Nº 1101

ÓBITOS CONFIRMADOS

Gráfico 8 – Pirâmide etária dos óbitos confirmados por COVID-19, segundo sexo. Alagoas, 2020 a 2023.

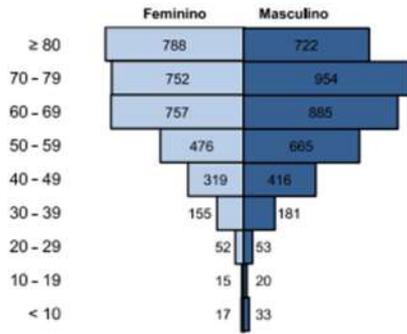
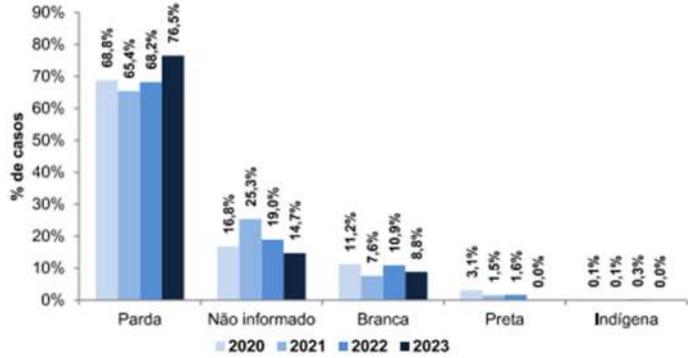


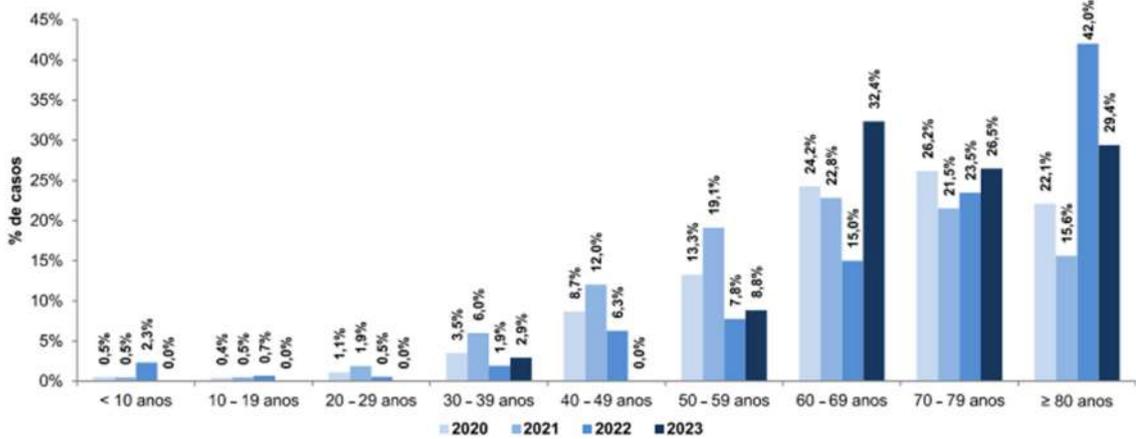
Gráfico 9 – Frequência de óbitos confirmados por COVID-19, segundo raça/cor e ano de ocorrência. Alagoas, 2020 a 2023.



Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

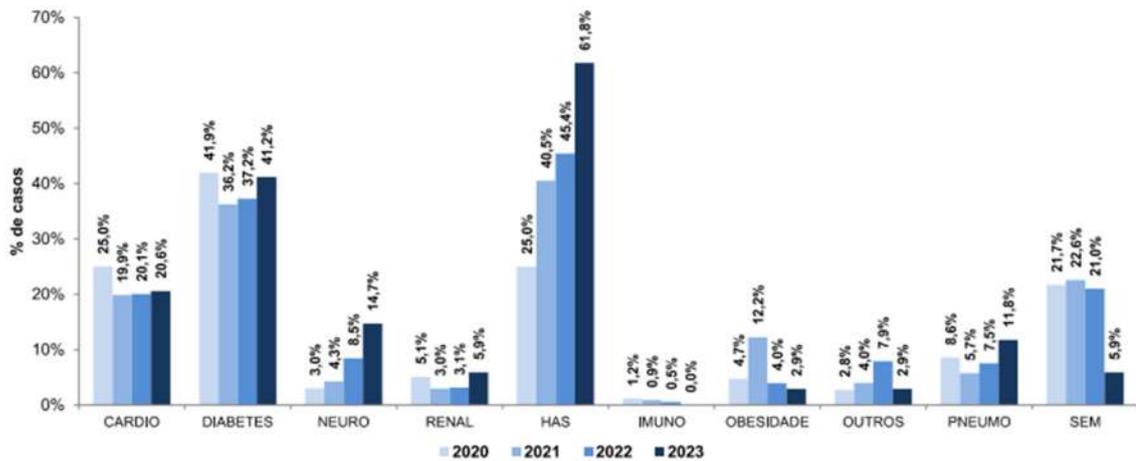
Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Gráfico 10 – Frequência etária dos óbitos confirmados por COVID-19 e ano de ocorrência. Alagoas, 2020 a 2023.



Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Gráfico 11 – Frequência dos óbitos confirmados por COVID-19, segundo comorbidades e ano de ocorrência. Alagoas, 2020 a 2023.



CARDIO - Cardiopatia; NEURO - Doença Neurológica; RENAL - Doença Renal; HAS - Hipertensão Arterial; IMUNO - Imunossupressão; PNEUMO - Pneumopatia; SEM - Sem comorbidade
Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

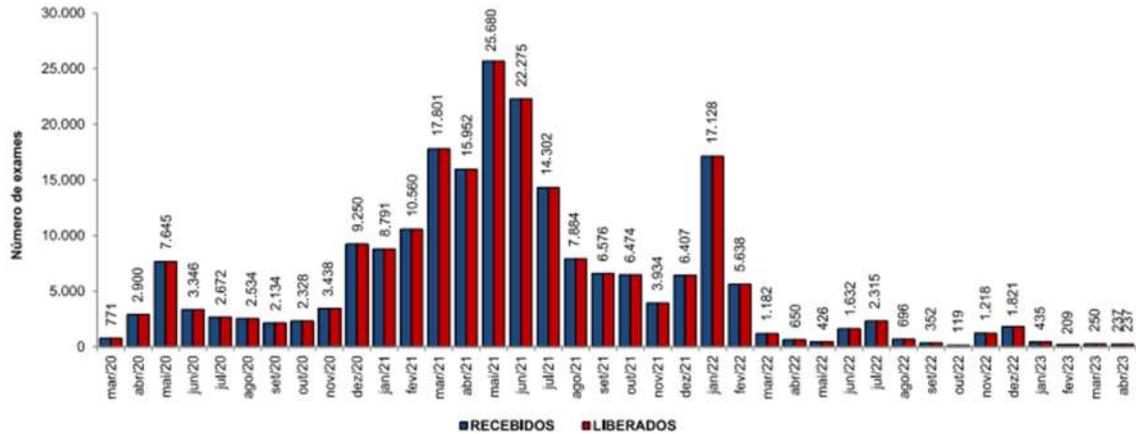
Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19

02 DE MAIO DE 2023

Nº 1101

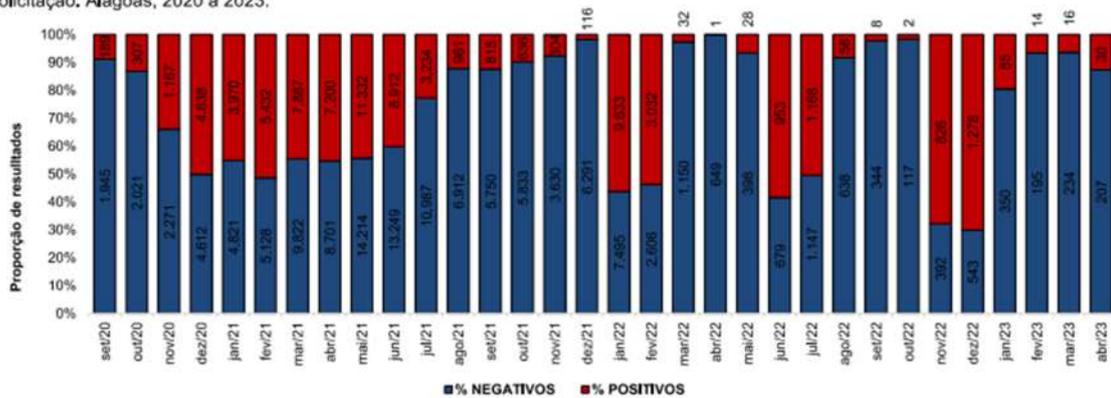
DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Gráfico 12 – Número de exames recebidos e liberados pelo LACEN/AL, segundo mês de solicitação, Alagoas, 2020 a 2023.



Fonte: LACEN/AL dados em 02/05/2023.

Gráfico 13 – Proporção de resultados confirmados e descartados por diagnóstico laboratorial realizado por RT-PCR, segundo mês de solicitação, Alagoas, 2020 a 2023.



Fonte: LACEN/AL dados em 02/05/2023.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL		CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO	
QUANTITATIVO GERAL DE TESTES REALIZADOS DE 23/04 A 29/04		CRITÉRIO	Nº
Teste RT-PCR	62	Laboratorial	321.336
Confirmados	7	Laboratorial - TR	210.490
Descartados	55	Laboratorial - RT-PCR	107.158
ESTOQUE DE TESTES DISPONÍVEIS PARA DIAGNÓSTICO		Laboratorial - Sorologia	3.535
Kit amplificação RT-PCR (Reações)	78.935	Laboratorial - Não Informado	153
		Clinico	10.420
		Clinico-Epidemiológico	6.614
		Clinico-Imagem	388
		%	
			94,9
			65,5
			33,3
			1,1
			0,0
			3,1
			2,0
			0,1

Fonte: LACEN/AL dados em 02/05/2023.

Fonte: LACEN/AL dados em 02/05/2023.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Casos Confirmados (Geral)	338.758	Profissionais da Saúde Confirmados	8.560	Percentual de Confirmados	2,5%
---------------------------	---------	------------------------------------	-------	---------------------------	------

Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

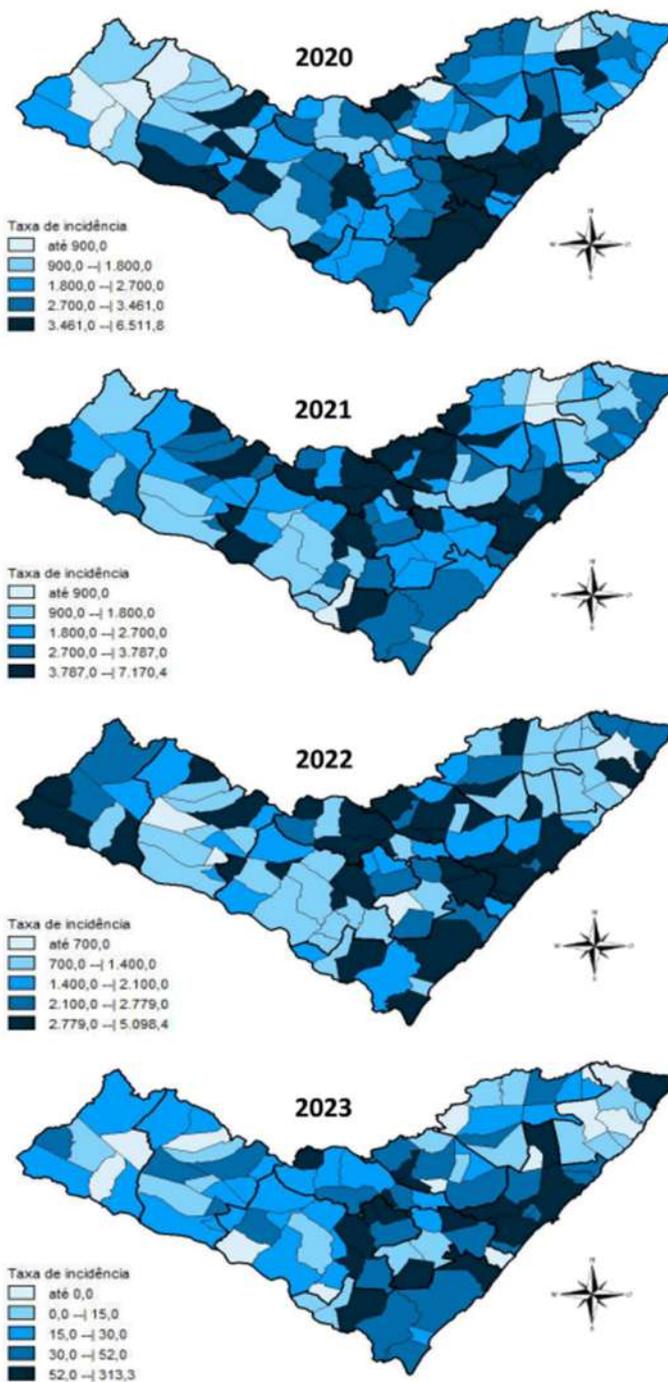
Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19

02 DE MAIO DE 2023

Nº 1101

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL

Figura 1 – Taxa de incidência (por 100.000 hab.) dos casos confirmados da COVID-19, segundo município de residência e ano de ocorrência. Alagoas, 2020 a 2023.



Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

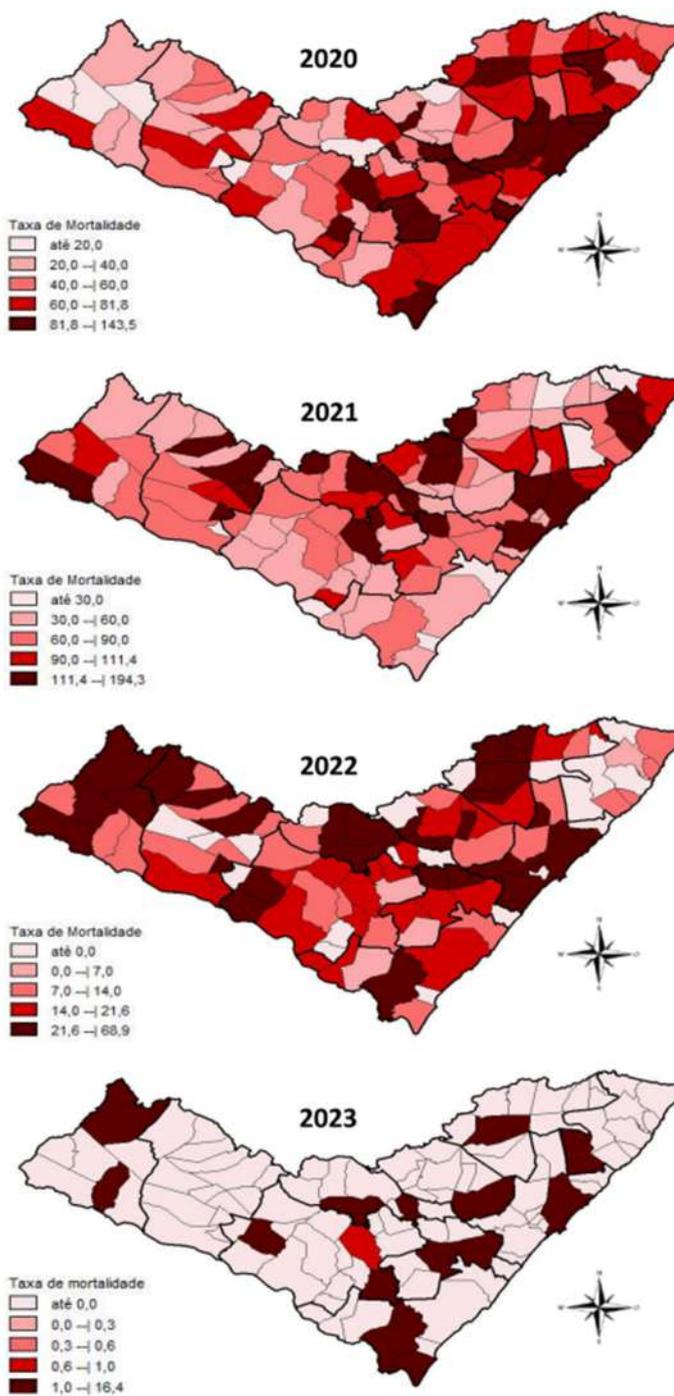
Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19

02 DE MAIO DE 2023

Nº 1101

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL

Figura 2 – Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) dos casos confirmados da COVID-19, segundo município de residência e ano de ocorrência. Alagoas, 2020 a 2023.



Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19

02 DE MAIO DE 2023

Nº 1101

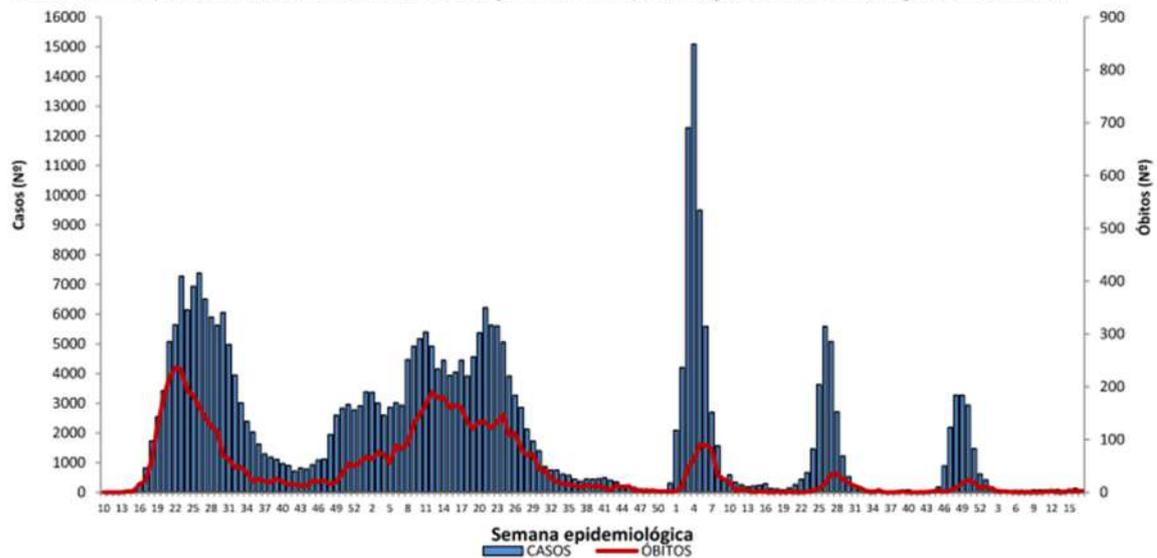
EVOLUÇÃO DE CASOS E ÓBITOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA

Tabela 3 – Frequência de casos e óbitos confirmados nas últimas 9 semanas epidemiológica de ocorrência. Alagoas, 2023.

Semana Epidemiológica	9 26/02 a 04/03	10 05/03 a 11/03	11 12/03 a 18/03	12 19/03 a 25/03	13 26/03 a 01/04	14 02/04 a 08/04	15 09/04 a 15/04	16 16/04 a 22/04	17 23/04 a 29/04
Casos	82	84	74	90	96	59	102	135	84
Óbitos	0	0	1	3	0	0	3	2	3

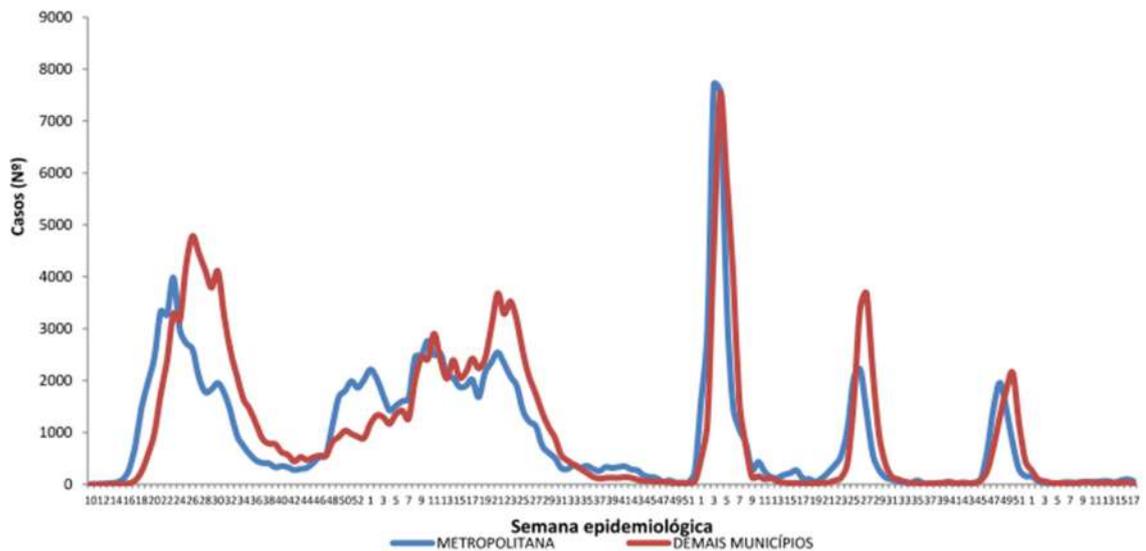
Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Gráfico 14 – Frequência de casos e óbitos confirmados segundo semana epidemiológica de ocorrência. Alagoas, 2020 a 2023.



Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Gráfico 15 – Frequência de casos por região (metropolitana e demais municípios) segundo semana epidemiológica de ocorrência. Alagoas, 2020 a 2023.



Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19

02 DE MAIO DE 2023

Nº 1101

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL

Tabela 4 – Frequência de casos e óbitos confirmados de COVID-19 e casos em investigação, segundo município de residência e ano de ocorrência. Alagoas, 2020 a 2023.

(continua)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	2020		2021		2022		2023		INVESTIGAÇÃO*
	CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS	
Água Branca	167	4	385	21	562	6	1	0	0
Anadia	545	10	977	24	390	5	4	0	1
Arapiraca	14,450	195	16,801	347	10,389	48	248	2	16
Atalaia	672	27	594	28	975	6	15	1	1
Barra de Santo Antônio	150	16	317	17	187	0	5	0	3
Barra de São Miguel	217	5	439	3	430	3	4	0	0
Batalha	658	11	477	9	193	4	6	1	1
Bejém	75	5	54	3	133	0	3	0	1
Belo Monte	190	5	366	4	128	2	0	0	0
Boca da Mata	1,289	25	708	21	848	7	39	0	3
Branquinha	288	7	460	7	452	3	4	0	0
Cacimbinhas	355	3	555	9	242	1	2	0	1
Cajueiro	419	17	223	14	297	5	3	0	0
Campestre	103	4	163	2	49	1	0	0	0
Campo Alegre	1,680	30	1,146	46	573	10	4	1	183
Campo Grande	246	8	306	3	126	0	2	0	1
Canapi	73	4	375	8	267	4	4	0	2
Capela	568	8	457	9	472	3	3	0	0
Carneiros	108	2	271	9	100	0	1	0	2
Chã Preta	48	1	331	10	117	1	1	0	0
Coité do Noia	216	5	363	16	200	2	7	0	2
Colônia Leopoldina	266	13	93	6	163	4	7	0	2
Coqueiro Seco	335	6	153	3	127	0	2	0	2
Coruripe	2,257	35	2,072	27	1,747	11	22	0	1
Craibas	798	14	615	16	250	5	7	0	0
Delmiro Gouveia	1,287	33	2,893	102	2,318	16	14	0	13
Dois Riachos	293	3	336	5	226	1	2	0	1
Estrela de Alagoas	215	5	385	13	201	5	4	0	7
Feira Grande	503	7	338	13	302	4	12	0	0
Feliz Deserto	104	4	67	1	56	0	1	0	0
Flexeiras	361	7	326	13	147	1	7	0	0
Girau do Ponciano	1,407	24	526	26	503	3	5	0	1
Ibateguara	470	10	170	9	446	4	2	0	0
Igaci	295	4	1,154	28	893	6	13	1	4
Igreja Nova	645	9	978	14	703	1	14	0	2
Inhapi	79	3	397	15	369	5	0	0	0
Jacaré dos Homens	125	1	340	4	228	0	1	0	1
Jacuípe	71	3	117	1	165	0	0	0	0
Japaratinga	188	6	264	9	287	1	1	0	0
Jaramataia	62	1	57	2	208	1	1	0	0
Jequiá da Praia	405	9	227	3	245	1	7	0	2
Joaquim Gomes	633	18	106	9	244	1	4	0	0
Jundiá	71	3	90	2	37	0	1	0	0
Junqueiro	641	21	520	27	157	5	3	0	3
Lagoa da Canoa	647	12	712	12	895	2	4	0	0
Limoeiro de Anadia	601	18	983	16	707	2	12	0	2
Maceió	44,365	1,239	49,674	1,642	37,762	321	728	18	402
Major Isidoro	447	9	520	14	344	2	4	0	0
Mar Vermelho	29	1	139	2	165	1	7	0	0
Maragogi	617	18	1,203	34	893	3	26	0	0
Maravilha	109	4	301	12	99	5	0	0	0
Marechal Deodoro	3,086	42	3,714	77	1,963	13	68	0	7
Maribondo	380	14	177	4	243	0	3	0	0

Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19

02 DE MAIO DE 2023

Nº 1101

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL

Tabela 4 – Frequência de casos e óbitos confirmados de COVID-19 e casos em investigação, segundo município de residência e ano de ocorrência. Alagoas, 2020 a 2023.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	2020		2021		2022		2023		INVESTIGAÇÃO*
	CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS	CASOS	ÓBITOS	
Mata Grande	277	7	245	14	549	6	6	1	2
Matriz do Camaragibe	1.148	24	376	21	245	0	0	0	0
Messias	717	23	495	6	764	4	0	0	1
Minador do Negrão	103	3	150	7	201	0	11	0	6
Monteírópolis	143	1	143	13	19	3	3	0	0
Murici	516	23	530	26	243	6	4	0	0
Novo Lino	107	8	132	5	168	1	2	0	0
Olho d'Água das Flores	1.206	17	564	24	354	3	5	0	0
Olho d'Água do Casado	54	2	88	4	91	1	0	1	0
Olho d'Água Grande	146	4	65	5	38	0	0	0	0
Oliveira	188	3	281	14	130	0	3	0	0
Ouro Branco	111	5	541	6	336	1	2	0	2
Palästina	328	3	182	1	72	1	1	0	0
Palmeira dos Índios	2.254	47	3.169	112	2.177	27	20	0	135
Pão de Açúcar	995	10	242	20	328	5	6	0	1
Pariconha	220	1	554	9	295	1	5	0	2
Paripueira	205	11	196	13	189	5	5	0	1
Passo de Camaragibe	383	11	437	11	163	2	2	0	0
Paulo Jacinto	227	8	199	6	174	2	9	0	0
Penedo	1.982	43	2.389	42	1.226	15	23	2	6
Piaçabuçu	463	15	486	8	595	2	7	1	0
Pilar	1.772	35	2.274	25	1.209	8	37	0	6
Pindoba	85	1	63	1	148	2	0	0	0
Piranhas	342	9	860	17	744	2	7	0	0
Poço das Trincheiras	166	5	393	6	170	2	1	0	0
Porto Calvo	802	18	421	31	140	1	3	0	0
Porto de Pedras	165	3	221	12	225	0	0	0	0
Porto Real do Colégio	447	9	170	12	174	3	1	0	2
Quebrangulo	455	4	692	11	370	0	4	0	8
Rio Largo	1.621	71	2.127	115	1.543	9	24	0	11
Roteiro	172	9	193	5	103	0	0	0	0
Santa Luzia do Norte	290	5	221	4	371	2	3	0	1
Santana do Ipanema	2.326	34	2.634	69	1.586	12	23	0	8
Santana do Mundaú	329	7	440	12	166	0	0	0	0
São Brás	270	2	123	2	124	1	1	0	1
São José da Laje	733	13	466	17	283	8	2	0	0
São José da Tapera	959	20	412	21	235	4	1	0	0
São Luís do Quitunde	932	21	430	6	305	0	3	1	3
São M. dos Campos	2.346	45	1.535	55	2.150	11	32	1	2
São M. dos Milagres	126	6	212	9	48	1	1	0	0
São Sebastião	893	19	1.049	19	312	4	12	1	2
Satuba	609	20	596	19	527	7	44	0	3
Senador Rui Palmeira	133	4	285	9	32	0	7	0	0
Tanque d'Arca	158	3	297	9	69	1	3	1	0
Taquarana	336	7	429	20	393	4	22	0	0
Teotônio Vilela	1.435	42	834	30	1.022	3	38	0	16
Traipu	296	9	354	15	226	6	7	0	2
União Dos Palmares	1.188	55	1.532	32	1.412	18	14	1	2
Viçosa	540	10	1.317	29	873	4	9	0	1
Alagoas	116.008	2.743	127.459	3.750	93.540	733	1.751	34	891

Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023.

* Casos notificados nos últimos 20 dias que estão aguardando encerramento com a classificação final nos sistemas de notificação (e-SUS e SIVEP) por parte dos estabelecimentos notificantes e/ou respectivos municípios.

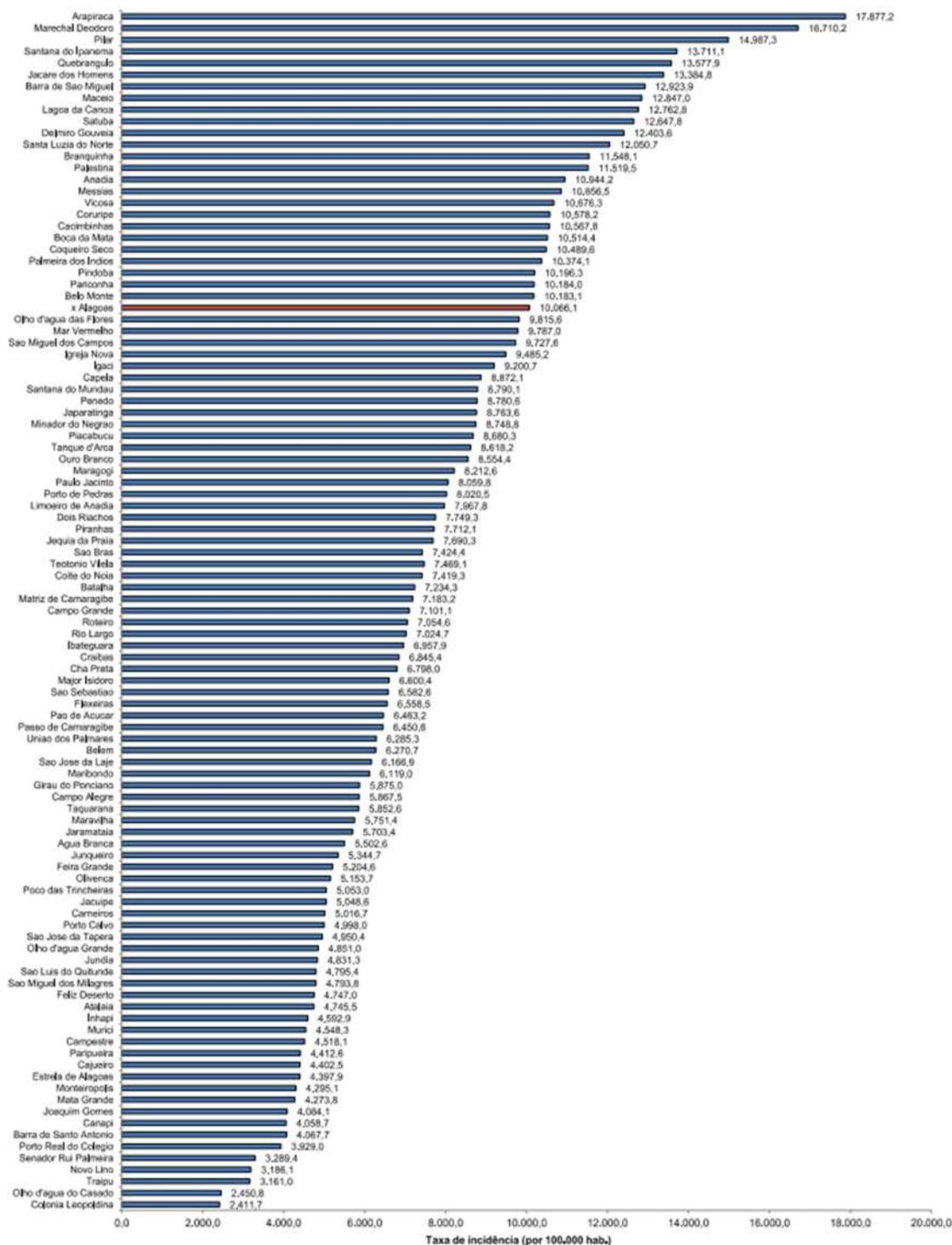
Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19

02 DE MAIO DE 2023

Nº 1101

TAXA DE INCIDÊNCIA

Gráfico 16 – Taxa de incidência acumulada (por 100.000 hab.) da COVID-19, segundo município de residência. Alagoas, 2020 a 2023.



Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023. Estimativa TCU/IBGE 2021

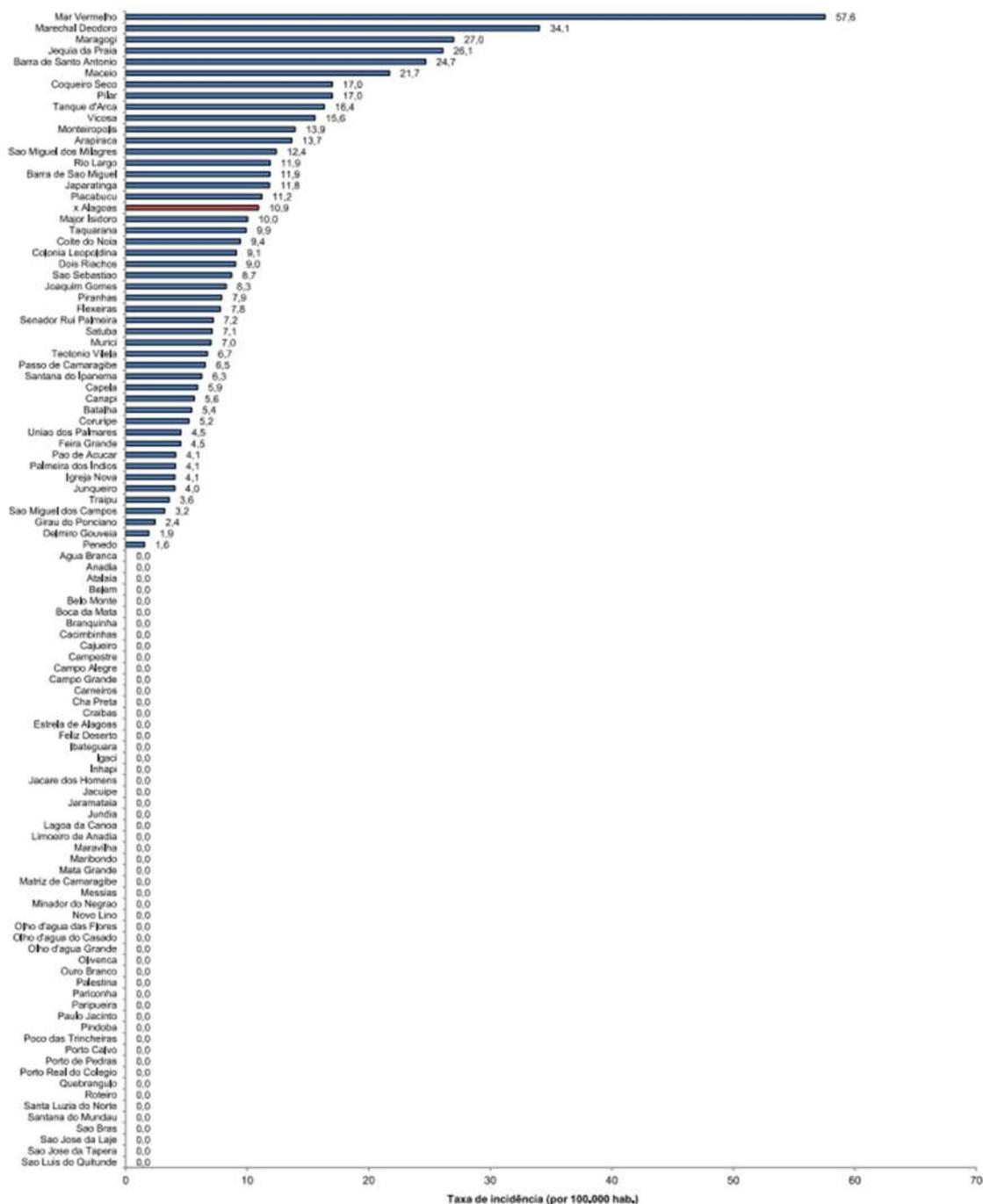
Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19

02 DE MAIO DE 2023

Nº 1101

TAXA DE INCIDÊNCIA

Gráfico 17 – Taxa de incidência (por 100.000 hab.) da COVID-19, nos últimos 28 dias (03 de abril a 30 de abril), segundo município de residência. Alagoas, 2023.



Fonte: CIEVS/AL dados em 02/05/2023. Estimativa TCUI/BGE 2021

Contate o CIEVS/AL para NOTIFICAÇÃO e informações técnicas: por telefone: (82) 3315-2059/ 0800 284 5415 (Horário comercial – todos os dias); (82) 98882-9752 (24 h) e por e-mail: notifica@saude.al.gov.br.