

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

José Carlos dos Santos Freitas

**A GEOGRAFIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MACEIÓ: ABRANGÊNCIA E
LIMITAÇÕES**

**MACEIÓ - AL
2024**

JOSÉ CARLOS DOS SANTOS FREITAS

**A GEOGRAFIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MACEIÓ: ABRANGÊNCIA E
LIMITAÇÕES**

**Catálogo na Fonte Universidade
Federal de Alagoas Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

F866g Freitas, José Carlos dos Santos.
A geografia dos serviços de saúde em Maceió : abrangência e
limitações / José Carlos dos Santos Freitas. – 2024.
68 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. 64-68.

1. Território. 2. Geografia da saúde. 3. Saúde - Maceió (AL). I. Título.

CDU: 911.3:61(813.5)

JOSÉ CARLOS DOS SANTOS FREITAS

A geografia dos serviços de saúde em Maceió: abrangência e limitações

Dissertação apresentada à banca examinadora pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia (PPGG) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Aprovada em 23 de outubro de 2024.

Banca Examinadora:

Orientadora: Profa. Dra. Gilcileide Rodrigues da Silva
(Universidade Federal de Alagoas)

Examinador Interno: Prof. Dr. Paulo Rogério de Freitas Silva
(Universidade Federal de Alagoas)

Examinador Externo: Prof. Dr. Kinsey Santos Pinto
(Universidade Federal de Alagoas)

Ao meu tio, Antônio Paulo dos Santos (*in
memoriam*) que torcia por mim e me incentivava
sempre. Sinto sua falta.

*I'll pray to the gods: Let him stay
The memories ease the pain inside
(Memories, Within Temptation)*

Agradecimentos

Zé Geraldo já cantava “eu sou o atalho de todas as grandes estradas por onde passei” lá em 1984 e na escrita destes agradecimentos, essa canção me veio à mente. Pelas estradas que já passei, encontrei pessoas que merecem estar eternizadas aqui, agradecendo-lhes todo o suporte direto e indireto e, sou hoje, um atalho de todo o carinho que me foi dispendido.

Aos meus pais, pela oportunidade de conduzir meus estudos, e sempre me incentivarem a buscar aperfeiçoamento. Mesmo que eu viva mil vidas, a gratidão nunca será suficiente para agradecer por tudo que fizeram e fazem por mim.

As minhas irmãs e sobrinhos, os quais, em diversos momentos foram distração, um motivo para continuar. Saber que sou referência me encabula sempre.

A minha estimada orientadora, que com muita paciência e cuidado, me guiou nessa longa estrada. Seu acolhimento, paciência, carinho, risos, sabedoria, confissões, puxões de orelhas e passeios foram o que deixou minha jornada mais aprazível. Não poderia ter tido uma guia de caminhada melhor.

A João Victor de Lima Moura, pelo apoio incondicional, mesmo quando as situações eram desafiadoras e eu estava abarrotado de preocupações. Tenho passado por longas estradas, porém faço minhas as palavras do Skank, “mas o caminho só existe quando você passa”.

A Livia Katarina Alves Amaral, por ter me mostrado o real significado da palavra “amiga”, seu apoio ao longo dos últimos anos, perpassa esse mestrado. Se não quis ficar pela estrada lá atrás, tivesse muita influência nisso, você sabe.

Ao meu estimado mestre, Adriano Dantas da Silva, companheiro de pós-graduação, que dividimos e compartilhamos angústias, alegrias e momentos. Sua presença ao longo do caminho foi uma grata surpresa.

Ao Johnson Sarmiento de Oliveira Nascimento, que com paciência, nos meus momentos de desespero, desenhou mapas lindos e me fez invejar a sua calma, resultado de experiência parecida, meu muito obrigado.

A minha Psicóloga, Marcele Cristhine Cavalcante Cabral, a quem trilhou e trilha um caminho árduo comigo, me lembrando sempre que as crises de ansiedade não me definem, são só pedras no meio da estrada e elas, aos poucos, com paciência, ficam no passado.

“É obrigação moral e ética de qualquer governo do mundo colocar a saúde do seu povo como prioridade zero, porque, se a pessoa não tem saúde, a pessoa não tem disposição para nada.”

– Luiz Inácio Lula da Silva

Resumo

O estudo investigou a distribuição e organização dos serviços de saúde em Maceió, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), e teve como objetivo avaliar a abrangência e as limitações desses serviços, analisando como o espaço urbano influenciava o acesso da população aos cuidados de saúde. A pesquisa ofereceu uma revisão histórica e contextual sobre a formação da cidade de Maceió e o desenvolvimento da Rede de Assistência à Saúde (RAS), destacando a evolução dos serviços e as influências geográficas que determinaram sua distribuição. Adotando uma abordagem geográfica, o trabalho examinou o impacto do crescimento desordenado da cidade na oferta de serviços de saúde, especialmente nas áreas periféricas, onde as disparidades eram mais acentuadas. Além disso, a pesquisa traçou o processo histórico da geografia da saúde, abordando desde as primeiras concepções hipocráticas até as formulações modernas, como o conceito de complexo patogênico de Maximilien Sorre, que relaciona as condições ambientais com a saúde humana. Também foram analisadas as condições socioeconômicas e as políticas públicas que afetavam o acesso equitativo à saúde na capital alagoana. Os resultados revelaram desafios significativos, como a insuficiência de infraestrutura, a falta de profissionais especializados e a dificuldade de acesso em regiões mais afastadas. Concluiu-se que havia uma necessidade urgente de políticas mais integradas e investimentos direcionados para fortalecer a RAS, melhorar a cobertura da APS e assegurar que toda a população de Maceió tivesse acesso igualitário aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Território; Geografia da Saúde; Saúde.

Abstract

The study investigated the distribution and organization of health services in Maceió, focusing on Primary Health Care (PHC), and aimed to evaluate the coverage and limitations of these services, analyzing how urban space influenced the population's access to health care. The research provided a historical and contextual review of the formation of the city of Maceió and the development of the Health Care Network (RAS), highlighting the evolution of services and the geographical influences that determined their distribution. Adopting a geographical approach, the study examined the impact of the city's unplanned growth on the provision of health services, particularly in peripheral areas where disparities were more pronounced. Additionally, the research traced the historical process of health geography, covering early Hippocratic conceptions to modern formulations like Maximilien Sorre's pathogenic complex concept, which links environmental conditions to human health. Socioeconomic conditions and public policies that affected equitable access to health care in Maceió were also analyzed. The results revealed significant challenges, such as insufficient infrastructure, a lack of specialized professionals, and difficulty in accessing services in more remote regions. It was concluded that there was an urgent need for more integrated policies and targeted investments to strengthen the RAS, improve PHC coverage, and ensure that the entire population of Maceió had equal access to health services.

Keywords: Territory; Health Geography; Health.

Lista de ilustrações

Figura 1. Regiões de saúde de Alagoas	34
Figura 2 Mapa de localização dos serviços de saúde de Maceió.....	37
Figura 3. Distribuição dos hospitais na capital alagoana.....	39
Figura 4. Distritos sanitários de Maceió	42
Figura 5. Mapa de localização das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Maceió	52

Lista de tabelas

Tabela 1. Distribuição dos serviços de saúde e densidade demográfica dos DS de Maceió	43
Tabela 2. Problemas de saúde percebidos e priorizados nos distritos	46

Lista de gráfico

Gráfico 1. Distribuição das Unidades de Saúde por porte e referência nos DS de Maceió	49
---	----

Lista de abreviaturas e siglas

APS	Atenção Primária em Saúde
DS	Distrito Sainatório
eAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Rede de Assistência à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDA	Unidade Docente Assistencial
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Introdução.....	13
Capítulo 1 – Geografia e saúde: a construção de um conhecimento científico	16
1. 1 Do meio hipocrático à Geografia Médica.....	16
1. 2 A influência do meio e da Geografia nas ciências da saúde.....	19
1. 3 Geografia da Saúde.....	22
Capítulo 2 – Caracterização dos serviços de saúde em Maceió	28
2.1 O crescimento populacional de Maceió ao longo do tempo e o Sistema Único de Saúde	28
2.2 A Rede de Assistência à Saúde em Maceió.....	32
2.1 A expansão do tecido urbano de Maceió e seus reflexos nos serviços de saúde.....	40
Capítulo 3 – A abrangência dos serviços de saúde em Maceió.....	47
3. 1 Espacialização da rede de assistência à saúde	47
Considerações Finais	62
Referências	64

Introdução

A saúde é entendida como um direito, garantido pela Constituição Brasileira, assim como por órgãos internacionais, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). O acesso aos serviços de saúde é uma variável que é estudada por diversas ciências com o intuito de explicitar o padrão de vida da sociedade, assim como atestar como os serviços de saúde estão distribuídos ou sua eficiência.

No processo atual, da globalização, os grandes centros urbanos têm depreendido de maiores infraestruturas para atender as necessidades da população, que vem crescendo de modo exponencial. Contudo, alguns serviços não aumentam de modo tão célere quanto a malha urbana, criando defasagens na prestação de serviços. Ou simplesmente, são áreas do território que não possui grande importância para a economia, dinâmica tal que Milton Santos veio a chamar de áreas luminosas e opacas do território.

Essa dinâmica possui grande relação com o próprio desenvolvimento das cidades, pois ainda que, a priori, a saúde não seja o foco principal dos aglomerados urbanos, torna-se fator determinante para promover e garantir o bem-estar social e o acesso à cidade. No processo histórico de formação da conceituação de saúde, variáveis como as amenidades naturais, a (in)salubridade dos locais, assim como as variáveis econômicas surtiram efeitos sobremaneira no processo de adoecer e de cura, assim como de manutenção dos aglomerados humanos.

Acrescenta-se, as amenidades naturais acabam por influenciar o próprio processo de crescimento e facilita, ou não, o acesso a determinadas áreas da cidade, assim como influencia na personalidade dos indivíduos. Assim exposto, observa-se que as questões sanitárias e de saúde acabam tendo reverberações na conformação da cidade e dos indivíduos.

O indivíduo nessa análise não pode ser percebido e entendido como um ser isolado, mas influenciado pelo meio ambiente e pelo social. Quando se discute a saúde, o indivíduo não deve ser considerado, tão somente, pelo aspecto anatomofisiopatológico, mas deve considerar as variáveis socioeconômicas, culturais e ambientais.

Ao que se refere a geografia, esta enquanto ciência busca compreender o espaço geográfico, assim como as relações estabelecidas entre o homem e o meio. Essa análise também é cabível considerando a saúde, para tanto, ao longo do tempo, a ciência geográfica criou metodologias próprias para o entendimento das relações do meio ambiente com a saúde. Estudos como os de Hipócrates, Finke e Sorre deram corpo e sustentação para o que hoje é conhecido como Geografia da Saúde, sendo este, um ramo do conhecimento que está

interessado na compreensão dos agravantes de saúde, assim como da distribuição desses agravos. Mas, mais que isso, preocupa-se com a distribuição dos serviços de saúde e o que a sua deficiência pode ocasionar na sociedade.

E essa dinâmica do entendimento do que é saúde e a influência do meio, propicia uma análise acurada sobre os centros urbanos da atualidade, onde o processo voraz de crescimento e adensamento urbano cria áreas marginalizadas ou não conseguem ofertar aos indivíduos o que lhes é garantido por dispositivos legais.

Maceió, é o cenário escolhido para analisar como está distribuído os serviços de saúde da atenção primária, pois a dinâmica urbana cria pressão para o desenvolvimento e espraiamento do tecido urbano, fazendo com que muitas das vezes, os serviços de saúde não cheguem a toda a população, em especial, nas localidades em que esse crescimento e espraiamento do tecido, se mostra mais acentuado.

Essa disparidade na oferta dos serviços de saúde na capital alagoana é uma problemática antiga, porém nos últimos anos, dado as dinâmicas sociais, econômicas e fatores extremos – pandemia – trouxe a saúde para o debate de vários setores. No âmbito da ciência geográfica, a análise das dinâmicas relacionadas à saúde corrobora para o desenvolvimento do saber geográfico alagoano e o estabelecimento de novos olhares ou perspectivas.

Para tanto, buscou-se na literatura subsídios que evidenciassem e embasassem a análise aqui descrita, onde as bases de dados online foram dispositivos necessários para a revisão bibliográfica. Buscou-se realizar um apanhado histórico sobre a influência da questão saúde no pensamento geográfico, tendo em Hipócrates seu ponto de partida, até a criação do conceito de complexo patogênico de Sorre.

Considerou-se ainda o que aborda os dispositivos legais brasileiros sobre o direito a cidadania e saúde, o que possibilitou vislumbrar a saúde não apenas no seu campo fisiológico, mas como um direito social. Ver a saúde como um direito trás novas noções ao adoecimento e cura. Assim, a análise dos serviços de saúde em Maceió primou pelos serviços disponíveis na atenção básica, ou atenção primária, pois é nesse nível da assistência em que se pode evitar agravos a saúde que repercutirão por toda a vida do indivíduo.

Referente a estrutura deste trabalho, buscou-se no primeiro capítulo fazer um apanhado histórico sobre a discussão de doença e cura, assim como a formulação dos primeiros trabalhos e estudos sobre saúde na Geografia. Nota-se que antes vista como uma consequência, a doença passou a ser vista por uma análise crítica, onde variados fatores interferem no processo processos de saúde-doença-cura.

Antes discricional, a Geografia passou a analisar a saúde como um senso crítico, onde atualmente a Geografia da Saúde trás grandes contribuições para o desenvolvimento humano e social, aportando e indicando políticas publicas e de gestão.

O capítulo dois, expõe o processo histórico e atual de crescimento e adensamento populacional da cidade de Maceió, assim como se comportou os primeiros serviços de saúde da cidade e como a sociedade era percebida e percebia a questão sanitária. Pautado nas resoluções e legislações acerca da regulação do Sistema Único de Saúde, pode-se compreender como está distribuído o território maceioense, primando pela universalidade e integralidade da assistência à saúde.

No capítulo três, está caracterizado a distribuição dos serviços de saúde em Maceió, explicitando sua rede de abrangências e limitações, como os serviços são organizados e distribuídos, em cada Distrito Sanitário e feita a análise considerando a distribuição demográfica da população e as dinâmicas territoriais da cidade.

Nas considerações finais, considerando o tema exposto e debatido, evidenciou-se a abrangência e limitações da distribuição dos serviços de saúde em Maceió, onde os serviços não contemplam de modo adequado a população.

Capítulo 1 – Geografia e saúde: a construção de um conhecimento científico

Pensar a saúde a partir do ponto de vista da Geografia, requer o uso de uma gama de conhecimentos das ciências da saúde, o qual possibilita entender o próprio cerne do conhecimento geográfico e de que modo essas análises contribuem para o debate sobre saúde. O vasto campo da Geografia oferta a chance de realizar verificações diversas e particulares, explicando os processos de saúde-doença-cura.

Neste primeiro capítulo, será discutida a relação que a Geografia mantém com as pesquisas em saúde, analisando como veio a surgir o próprio conceito de saúde, fazendo um apanhado histórico do surgimento da geografia médica, que evoluiu para a geografia da saúde e mais tarde originou a geografia dos serviços de saúde.

1. 1 Do meio hipocrático à Geografia Médica

As questões relacionadas à saúde tiveram, desde os primórdios das civilizações, relação direta com a distribuição espacial de condicionantes ambientais e sociais que incidem sobre a saúde. Os primeiros estudos sobre a Meteorologia, já abordavam a relação ambiente-doença, através da análise do clima e de como a variabilidade climática incidia sobre o lugar e conseqüentemente sobre as pessoas (CARVALHO, 2020; PICKENHAYN, 2020).

Entretanto, as relações do meio em que os homens estão inseridos são de grande significância para compreender esse processo. Além dos estudos da meteorologia, a coletânea de textos de Hipócrates – *Corpus Hippocraticum* – é considerada o ponto inaugural no qual a forma como o homem, o meio ambiente e até mesmo a fé interagem, sendo considerada um dos primeiros escritos da Medicina. Tais considerações hipocráticas da época derivavam das antigas tradições gregas, que perduravam desde o período pré-helênico (AUGUSTIN; SANDER; KOLLER, 2022; BARCELLOS; BUZAI; HANDSCHUMACHER, 2018; CAIRUS, 2005a; CAPRA, 2006).

Também é possível distinguir o conceito de salubridade dos ambientes, que seria o poder de cura, evidenciando que a questão do espaço fazia parte da visão de saúde para Hipócrates (AUGUSTIN; SANDER; KOLLER, 2021). Tem-se deste modo que a literatura hipocrática traz em sua essência uma discussão contumaz sobre o meio ambiente, os processos de doença e cura e a relação estabelecida pelo homem com o seu meio.

Claval (2011) reforça que a visão de Hipócrates encontra, no meio, a explicação para as doenças que assolam o homem. Uma vez que o corpo não tem motivos para romper seu equilíbrio, salvo perturbações exteriores, em especial, derivadas de um meio desequilibrado.

Ainda que trabalhe com uma visão determinista sobre as condições de vida e saúde dos povos, Hipócrates considerava que existia uma troca íntima entre o homem e o mundo; onde os fatores ambientais – águas estagnadas, altas ou baixas temperaturas, a umidade maior ou menor do ar, as direções dos ventos – influenciavam sobremaneira nos humores. Ademais, as localidades em que os indivíduos ou cidades se encontram explicariam determinados achados clínicos (CLAVAL, 2011).

Como expõe Capra (2006), a busca de uma explicação lógica e racional para as doenças, fez com que a medicina, que nasce com Hipócrates, negar-se aos deuses, baseando-se no empirismo e que propiciou o desenvolvimento, mais tarde, no conhecimento ocidental sobre saúde, uma vez que:

No âmago da medicina hipocrática está a convicção de que *as doenças não são causadas por demônios ou forças sobrenaturais, mas são fenômenos naturais que podem ser cientificamente estudados e influenciados por procedimentos terapêuticos e pela judiciosa conduta de vida de cada indivíduo*. Assim, a medicina devia ser exercida como uma disciplina científica, baseada nas ciências naturais, abrangendo tanto a prevenção de doenças como seu diagnóstico e terapia (CAPRA, 2006, p. 304-305, grifo nosso).

Essa relação é mais perceptível nos textos intitulados Ares, Águas e Lugares, nos quais têm-se a descrição de como as relações com os ambientes naturais, relacionados à atmosfera, aos corpos d'água e as localizações das cidades influenciam no bem-estar dos indivíduos, ora evitando as patologias, ora adoecendo-os e ora curando-os (BARCELLOS; BUZAI; HANDSCHUMACHER, 2018; CAIRUS, 2005b), sendo pois o primeiro tratado sobre Ecologia Humana (CAPRA, 2006).

Evidencia-se uma quebra no pensamento até então imperante na sociedade. É neste momento, ainda, que a Geografia se torna propriamente científica. Uma vez que antes servia para explicar a influência dos astros através das latitudes e longitudes, e passou a explicar, baseando-se nas “condições do ambiente uma das causas possíveis da diversidade dos homens, de seus modos de vida, de suas instituições e suas culturas” (CLAVAL, 2011, p. 112).

A colonização de novos territórios e povos, com hábitos e costumes diferentes propiciou o desenvolvimento da cartografia e, mais que isso, possibilitou estudar os novos povos, ou seja,

focar na etnografia (CLAVAL, 2011). E é nesse momento que os preâmbulos da Geografia Médica nascem através das topografias médicas.

Carvalho (2020) expõe que as Topografias Médicas foram importantes para que os médicos pudessem identificar, tratar e erradicar as patologias que assolavam as comunidades em que eles estavam inseridos, quer fossem uma porção do território ou durante viagens marítimas.

As Topografias Médicas tiveram como objetivo “realizar a análise dos ventos, das águas e dos lugares para compreender a existência de afecções endêmicas em certos países, em certas cidades ou certas regiões” (CLAVAL, 2011, p. 118). Ou seja, uma descrição de como os meios físicos, naturais, sociais e culturais dos povos incidiam sobre a saúde e o processo de cura.

Essa perspectiva está em consonância com o que Fogaça (2018), anos mais tarde, aborda sobre a saúde, que seria uma confluência de aspectos individuais, culturais e econômicos, dependendo também do período histórico em que os povos estão inseridos.

O movimento do conhecimento científico, em especial após o Renascimento fortaleceu novas abordagens de investigação, superando os paradigmas postos até então. E nesse montante, o conceito de meio de Hipócrates vai perdendo terreno por haver a compreensão de que tudo externo e interno ao indivíduo pode e vai influenciá-lo (CLAVAL, 2011).

As Topografias Médicas, segundo Barrett (1993), partiam da descrição dos ambientes, em sua maioria, com pensadores com formação em medicina, mas que possuíam relação com a Geografia ou possuíam uma segunda formação na ciência geográfica. Barrett prossegue que durante muitos anos os estudos associando geografia e saúde foram desenvolvidas por muitos autores e pesquisadores, mas atribuem à Finke a criação do conceito de Geografia Médica.

A pessoa que descreve a localização, a condição do solo, as propriedades do ar, da água, das condições atmosféricas e dos alimentos de cada país, que fornece informações sobre o modo de vida, a moral e os hábitos das pessoas na medida em que afetam a saúde ou a doença, que discute as doenças que ocorrem em todos os países e os remédios habituais, essa pessoa fornece uma geografia médica geral (HALLISCHE GELEHRTE ZEITUNGEN, 1792 *apud* BARRETT, 1993, p. 707).

Nota-se que o conceito de Topografia Médica diferente da Geografia Médica, está relacionado com a escala de estudo. Enquanto a primeira possui uma escala local, a segunda considera os aspectos globais, explicando processos que ocorrem no país ou zonas de influência de determinados climas, por exemplo. O que torna seus escritos a base angular desse ramo da

Geografia é que ele parte de indagações que visavam definir e elucidar o que seria tal ramo (NOSSA, 2020; BARCELLOS; BUZAI; HANDSCHUMACHER, 2018).

Finke expressava que o importante não era a Medicina, mas a Geografia, pois esta seria capaz de explicar causas e efeito, possibilitando a compreensão sobre as doenças. Essa abordagem se daria graças a uma visão holística acerca das patologias, ultrapassando a percepção hipocrática do lugar, inserindo variáveis políticas, culturais e comportamentais (NOSSA, 2020; BARRETT, 1993).

Para Finke, a concepção de uma Geografia Médica era nova até então, ainda que concorde que Hipócrates foi um dos primeiros expoentes desse ramo do conhecimento. Entretanto, o que torna o seu trabalho inédito é devido a ser o primeiro a criar uma definição do que seria esse ramo da Geografia, definindo-o como a “[...] descrição médica de todas as características [que incidem sob a saúde, e, por conseguinte, a doença] dos países habitados do mundo” (BARRETT, 1993, p. 703).

Para Fogaça (2018, p. 20), a Geografia Médica “[...] é a ciência que relaciona os fatores geográficos e a influência do homem nas paisagens, por meio do registro e da prevalência de doenças no planeta”.

O objetivo desse ramo do conhecimento geográfico é a análise das doenças com as quais os homens já estão familiarizados, distribuídos nas diferentes localidades do planeta e nas diferentes etnias, sem esquecer das novas patologias e daquelas singulares a determinados recônditos ou povos, tornando possível a elaboração de leis gerais (FERREIRA, CASTILLO-SALGADO; RIBEIRO, 2017).

Nossa (2020) expressa que a produção de conhecimento na Geografia da Saúde é formada pela contribuição de diversas áreas do conhecimento – tais como Epidemiologia, Biologia, Sociologia e tantas outras –, criando um terreno fecundo para o debate e enriquecimento do próprio conhecimento científico.

1. 2 A influência do meio e da Geografia nas ciências da saúde

Como observado, as questões do meio e da geografia perfilam na história do pensamento sobre saúde desde o período de Hipócrates. E em determinados momentos da história do conhecimento, essa relação de troca de conhecimentos esteve mais íntimo. O primeiro ramo das ciências biológicas que se debruçou sobre a Geografia, através de mapas foi justamente a Epidemiologia.

Considerado como o pai da Epidemiologia, Snow, motivado pela epidemia de cólera que assolava o centro de Londres em 1854, cartografou através da justaposição de mapas a concentração de mortes próximas à uma bomba de água na Broad Street, através de insights importantes a respeito da causa e do alastramento da cólera, num sentido de análise exploratória dos dados coletados, podendo assim direcionar ações efetivas na incidência de novos casos (AUGUSTIN; SANDER; KOLLER, 2021; BARCELLOS; BUZAI; HANDSCHUMACHER, 2018).

Snow foi o primeiro a introduzir o uso de mapas para a análise nas pesquisas sobre causas das patologias, tornando-se referência para o que mais tarde viria a ser chamado de geografia médica (AUGUSTIN; SANDER; KOLLER, 2021).

Ainda propondo mais uma inter-relação das ciências da saúde com o meio ambiente, considerada como a precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, ao observar a incidência de morte dos soldados durante a Guerra da Criméia – na qual foi voluntária em 1854 –, promoveu a redução drástica dos óbitos dos soldados. Tal feito deu-se ao promover uma linha de cuidados de enfermagem após a observação das instalações, mas quais os soldados feridos estavam sendo tratados e mantidos, “[...] criando condições para o bem-estar geral, incentivando e exigindo infraestrutura humanitária e social” (BORSON; CARDOSO; GONZAGA, 2018, p. 3).

Para esses autores, a Teoria Ambientalista de Florence tem como foco o meio ambiente, onde as condições e influências do meio afetam a vida e o desenvolvimento do organismo, sendo possível prevenir, suprimir ou contribuir para a patologia e/ou a morte.

Constata-se assim que dois dos grandes ramos modernos das ciências da saúde – Medicina e Enfermagem – possuem direta ligação com o meio ambiente e as relações estabelecidas em suas abordagens. Esse nexos causal entre saúde e meio ambiente, buscou e busca explicar os processos patológicos aos quais os indivíduos estavam e estão susceptíveis em um determinado lugar e tempo.

Acerca disso, Cairus (2005a) expõe que a medicina, devido à íntima relação desta com as tecnologias, expressa o saber humano em um dado momento. Logo, para explicar o surgimento de um surto em determinado lugar, deve-se considerar a tecnologia disponível para as análises daquele fenômeno e sua incidência no tempo. Isso porque, com o desenvolvimento de tecnologia suficiente para suprimir o referido surto, dificilmente aquela moléstia se repetiria, evidenciando o avanço da técnica e do conhecimento da medicina.

No campo da Geografia, Maximilien Sorre trouxe a formulação de um conceito geográfico pertinente para a elucidação do processo de adoecer (FOGAÇA, 2018;

GUIMARÃES, 2015). Através de uma abordagem ecológica, Sorre foi capaz de definir como o meio ambiente interfere na saúde dos indivíduos, tendo cunhado o termo complexo patogênico. Definiu-o como a interação que favorece a produção/reprodução de uma patologia, considerando os patógenos infecciosos – vírus, bactérias, protozoários e outros –, o ser humano e os animais hospedeiros, além das condições ambientais (TISSIER; SIMON, 2020).

Guimarães (2015) evidencia a importância de Sorre e a postulação do seu conceito de complexo patogênico, pois foi a partir dele que se tornou possível perceber a proximidade existente entre a pesquisa geográfica e a perspectiva ecológica sobre saúde. Dessa maneira, à luz da visão dos problemas ecológicos, a saúde é resultado de uma complexidade, na qual deve-se considerar o tempo de ocupação humana, as condições de vida – abrangendo nesse espectro economia, cultura e interação social dos indivíduos – e os aspectos macro dos ambientes sociais, econômicos e políticos.

A expressividade de uma visão ecológica por Sorre viria a ser o que permearia toda a sua literatura. A partir do livro *Les fondements de la géographie humaine*, o autor dá sustentação conceitual para a geografia médica, permitindo a realização de pesquisas de caráter interdisciplinar. Ferreira (1992, p. 305) escreve que *Les fondements* “[...] é um dos empreendimentos intelectuais mais notáveis da geografia neste século [XX], que estabelece inúmeros pontos de contato entre a geografia e as ciências sociais e biológicas”. Evidenciando a enorme contribuição de Sorre para a Geografia Médica e sua relevância por dar um novo fôlego ao debate sobre saúde no campo geográfico.

Esses postulados escritos por Sorre possibilitaram explicar o processo de adoecimento, considerando uma visão ecológica. Baseado na tríade ecológica, Sorre discorre que a doença seria resultante de três fatores interdependentes, o vetor, o patógeno e o doente. Além disso, a tríade ecológica também foi absorvida pela Epidemiologia para explicar, em leis gerais, o processo de adoecimento dos povos (BARCELLOS; BUZAI; HANDSCHUMACHER, 2018; SÁ e colaboradores, 2017; GUIMARÃES, 2015; FERREIRA, 1991).

Contudo, para muitos geógrafos, os fundamentos da Geografia Médica advêm de outra figura, Jacques May que, em 1950, ainda que de origem francesa, foi bem recebido e radicado pelos estadunidenses após elaborar o *Atlas das Doenças* e integrar a Associação de Geógrafos Americanos, sendo responsável também por aumentar o conceito de complexo patogênico – uma vez que ambos provinham da mesma escola e base teórica geográfica: a francesa. Para May, o foco da Geografia Médica era o estudo sistêmico das patologias da terra e dos povos (CATÃO, 2019; BARCELLOS; BUZAI; HANDSCHUMACHER, 2018; BARRETT, 1993).

May expressava ainda que a Geografia Médica deveria trabalhar com dois focos: os fatores patológicos, traduzidos como os agentes precursores das doenças, e os fatores geográficos relacionados com os aspectos físico, sociais e biológicos dos homens (FOGAÇA, 2018).

Durante o período da Segunda Guerra Mundial a Geografia perde espaço nos Estados Unidos, o que faz com que haja um encolhimento dos estudos sobre saúde. E, contrário a isso, começa a surgir um levante da geografia latina que implicaria em mudanças significativas no decorrer do tempo.

1. 3 Geografia da Saúde

O intenso processo de mudanças sociais, econômicas e políticas ocasionada em todo o mundo foi campo fecundo para uma nova perspectiva na Geografia, com o surgimento e o fortalecimento da Geografia Crítica que contribuíram significativamente, pois a partir dela pôde-se questionar e explicar com maior pertinência e propriedade as adversidades que assolam as populações humanas – em especial nos países menos desenvolvidos. Pertinente lançar luz ao que escreve Ferreira (1991):

A geografia crítica estuda o espaço humano, o espaço construído pelo homem. E não há espaço físico isento de ação do homem organizado em sociedade, indiferente às decisões espaciais humanas. A base explicativa da geografia crítica não está na elucidação de uma teia infindável de influências recíprocas entre o homem e o meio, mas especialmente nas necessidades históricas, sociais e econômicas que produzem um determinado modo de organizar o espaço (FERREIRA, 1991, p. 307-308).

Trazendo para a perspectiva da saúde, o território no campo da geografia deve superar os aspectos deterministas, considerando também as influências sociais. A geografia crítica trabalha não em uma perspectiva das análises puramente discricionais, mas numa perspectiva de compreender os fatores em todos os seus aspectos, pois os conteúdos sociais se tornaram ferramentas importantes para compreender as correlações com a saúde (ANUTE; PAULA; FARIAS, 2020). Sendo assim:

Pensar a noção de território no campo da saúde é atentar para a migração de uma concepção monocausal para uma concepção de saúde ampliada: na primeira, território era o meio no qual circulava um vetor de doenças; na segunda, o território aparece como meio por onde perpassam modos de viver de uma população (IBIAPINA; BERNARDES, 2019, p. 328).

“Enquanto nos primeiros anos da geografia médica o foco estava no controle de doenças, a pesquisa geográfica moderna em saúde lida com uma ampla gama de tópicos e métodos” (AUGUSTIN; SANDER; KOLLER, 2021, p. 07).

A forma como os indivíduos se relaciona com o território e agem de modo quase simbiótico, sendo por ele influenciados e influenciando-o, quer seja pelas questões sociais manifestas naquele espaço, pelas amenidades naturais ou equipamentos antrópicos, que também influenciam diretamente na organização social. Essas influências, por sua vez, tendo a saúde como produto das condições de vida, tem um impacto direto nesta. A ênfase ao território como manifestação do cotidiano que impacta na saúde é percebida quando Barcellos escreve que:

Pois o território é exatamente isso. Um espaço em que se verificam, ao mesmo tempo e no mesmo lugar, as condições de produção de doenças e agravos, as bases para a organização dos serviços de saúde, o palco de conflitos sociopolíticos e de identidade de grupos sociais (BARCELLOS, 2020, p. 07).

A perspectiva de que os problemas de saúde não são meramente frutos do espaço geográfico é compartilhada por Guimarães (2018), uma vez que muitos indivíduos adoecem por fatores não necessariamente relacionados com as variáveis geográficas, evidenciando a necessidade de uma análise crítica sobre a realidade. É necessário que se tome como ponto de partida a inserção do corpo no mundo, pois ele não é apenas um corpo anatomofisiológico; é também social.

A própria noção do que seria a geografia da saúde, diferente da concepção de geografia médica, traz para a análise as interações sociais com maior ênfase. A Geografia da Saúde (figura 1) busca estudar as condições humanas e os indicadores de saúde em determinados tempo e lugar, para tal fazendo uso de diversas variáveis e indicadores de saúde com o objetivo de explicar os processos saúde-doença (GURRUTXAGA, 2019).

Figura 1 – Objeto de estudo da Geografia da Saúde



Fonte: adaptado de Gurrutxaga (2019).

Essa nova abordagem sobre a saúde no âmbito da Geografia advém da necessidade de explicar os processos de adoecimentos que se faziam intensos e dinâmicos ao redor do mundo, superando a visão determinista relacionada ao ambiente ou aos grupos populacionais específicos. Isto é ilustrado, na década de 1980, com a epidemia de HIV/AIDS que assolou diversas partes do mundo, impactando a economia e a sociedade em diferentes graus (BARCELLOS; BUZAI; HANDSCHUMACHER, 2018).

Na década seguinte, em 1990, graças já a essa movimentação de mudança de perspectiva nas pesquisas, houve o que ficou conhecido como virada cultural, na qual os aspectos sociais e culturais tiveram maior relevância quando da análise dos aspectos que impactam uma sociedade. Deste modo, todos os âmbitos da ciência debruçaram-se sobre os estudos sociais e humanos, criando perspectivas de análise, incluso no campo da saúde (AUGUSTIN; SANDER; KOLLER, 2021).

Necessário fazer um parêntese neste momento para que fique claro que a análise da saúde sob perspectiva da Geografia não mudou ao longo do tempo, apenas foi adicionando novas abordagens. Sendo assim, a Geografia Médica não está defasada em comparação à Geografia da Saúde, são tão somente ramos distintos de abordagem da saúde na perspectiva geográfica, que se complementam e podem ser usadas concomitantemente.

Enquanto a Geografia Médica pode ser interpretada como a descrição dos problemas de saúde que incidem sob um território, tendo uma abordagem mais determinista e/ou possibilista; a Geografia da Saúde considera as questões sociais que também influenciam nesse território, causando a doença ou a diminuição de hábitos saudáveis estando, portanto, mais alinhada à Geografia Crítica (IBIAPINA; BERNARDES, 2019; FOGAÇA, 2018).

Somados a isso, os estudos sobre saúde desenvolvidos na atualidade consideram a assistência à saúde com um viés preventivo. O que está, inclusive, permeado em muitos sistemas de saúde nos diversos países. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) traz em seu bojo legal a importância da prevenção, superando o modelo biomédico, centrado na doença.

Essa perspectiva, aliás, alinha-se com o próprio conceito de saúde empregado e instituído na atualidade pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual consiste no “[...] estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de agravos ou doenças” (BARCELLOS; BUZAI; HANDSCHUMACHER, 2018, p. 06). Na qual deve-se considerar esse estado de bem-estar como o funcionamento do organismo de uma determinada forma, forma esta que dependeria das interações entre organismo e meio ambiente (CAPRA, 2006). Destarte, as ações desempenhadas para manter um ambiente saudável e equilibrado – nos aspectos físicos, mentais e sociais – incidem sobre a saúde e devem fazer parte da agenda de intervenção primando a saúde da sociedade.

Vê-se, pois, que a noção de prevenção dos agravos da saúde provém de uma análise crítica da realidade, não apenas do corpo enfermo, sendo ditada mediante a análise das relações sociais e ambientais incidentes sob uma população. As variáveis sociais têm grande relevância pois, “[...] o indivíduo saudável e a sociedade saudável são partes integrantes de uma grande ordem padronizada, e a doença é a desarmonia no nível individual ou social” (CAPRA, 2006, p. 306).

Não obstante, a literatura considera que existam duas abordagens na geografia da saúde, a primeira fazendo inferências sobre a distribuição espaço-temporal das doenças e a segunda sendo responsável pela análise da oferta e qualidade dos serviços de saúde e das especialidades assistenciais (PEREIRA, 2021; FOGAÇA, 2018). Fogaça (2018) expõe que àquela responsável pela análise espaço-temporal das patologias no espaço geográfico seria a Nosogeografia e Pereira (2021) enfatiza que a segunda seria a Geografia dos Serviços de Saúde. Como abordado anteriormente, tais ramos da Geografia da Saúde não são distintos, complementando-se devido a sua dinamicidade e ao intercâmbio com outras áreas do conhecimento – não obstante, a Geografia toma de empréstimo conceitos e abordagens e dar substrato para diversos ramos do conhecimento.

Essa perspectiva crítica da importância dos estudos sobre saúde no âmbito da geografia proporciona um debate enriquecedor para essa ciência e para a sociedade, ainda mais agora que a aplicação dos Sistemas de Informação Geográfica (SIG) possibilita a análise detalhada dos problemas sociais, econômicos e de saúde. Isto fomenta o debate no meio acadêmico, político

e cotidiano, lançando luz sobre temas acerca da distribuição desigual dos equipamentos de saúde e de profissionais.

Esse senso crítico sobre as questões de distribuição de serviços e equipamentos é citado por Kerr White (apud CAPRA, 2006, p. 327-328) quando enfatiza que:

Nunca será demais enfatizar o impacto negativo que nossos fragmentados, desorganizados e desequilibrados dispositivos de assistência à saúde exercem sobre o andamento da assistência fornecida neste país, e o impacto inflacionário que toda essa confusão tem sobre os seus custos.

Mais do que pensar nos aspectos patológicos da doença, um sistema de saúde desestruturado ou ineficiente não favorece o desenvolvimento sadio de sua população, ocasionando ônus para a administração pública, diminuindo a disponibilidade de mão de obra produtiva, baixa a expectativa de vida para a sociedade e a negação de um direito básico e universal: o acesso à saúde. Sendo assim, é necessário formular “[...] um sistema de assistência à saúde que seja receptivo e bem integrado, que preencha as necessidades dos indivíduos e das populações” (CAPRA, 2003, p. 328).

Tal análise, contudo, só é possível quando todo o sistema de saúde é analisado considerando as variáveis que em um primeiro momento vão além dos assistenciais. E a geografia, enquanto ciência que estuda as relações estabelecidas entre o homem e o meio que o circunda, tem grande relevância para essa abordagem crítica, fornecendo substrato teórico, metodológico e prático. Subsidiando, pois, políticas públicas de saúde, primando pela identificação de riscos, gestão e participação popular – uma vez que essas políticas são resultado e se materializam do e no território, sendo necessário garantir uma visão ampliada sobre o que seria a saúde, possibilitando que Governo e sociedade objetivem a prevenção de doenças e agravos, bem como o acesso aos serviços de saúde (BARCELLOS, 2020).

Mais do que a aplicação dos SIGs e o desenvolvimento de mapas temáticos, a geografia propicia a integração do conhecimento, uma vez que, ao tomar de empréstimo conceitos e abordagens de diversos ramos do conhecimento, antes vistos apenas de modo isolado ou desconexo uns com os outros, propicia uma visão panorâmica da realidade, tecendo relações e propondo intervenções (CASTAÑEDA; HERRERA, 2020).

Esses autores expressam que a abordagem sobre Geografia e saúde têm a possibilidade de vislumbrar, para toda a sociedade, cenários diversos de compreensão do território na atualidade e projeções para o futuro, elencando cinco perspectivas:

Naturalista: esforço integrado entre todos os campos sociais para a preservação e distribuição dos equipamentos de saúde e dos recursos naturais;
Social: combate e denúncia dos casos de corrupção, apoiando o estado democrático de direito e empresas que visem a preservação de direitos sociais e trabalhistas;

Governamental: regulação, proteção e controle do uso dos recursos naturais, coibindo a destruição desses recursos ou sua degradação. Além disto, promover uma gestão transparente, possibilitando o acesso à informação quanto a custos e despesas;

Econômica: fortalecimento da ordem social, combatendo violência; acesso à educação, moradia e saúde;

Tecnológica: através da incorporação dos avanços tecnológicos, visando um acesso equânime entre todos (CASTAÑEDA; HERRERA, 2020).

Essas perspectivas por sua vez, se vistas como um conjunto integrado e coeso, possibilita pensar e vislumbrar o espaço geográfico como um produto das manifestações humanas. É que, todos os fatores que vão além dos naturais impactam diretamente no planejamento do espaço e análise integral da realidade, desenhando cenários para o futuro e possibilitando o crescimento, aperfeiçoamento e aplicabilidade do conhecimento geográfico.

O desenvolvimento do conhecimento científico é uma forma de tentar compreender a realidade baseada na racionalidade. Entretanto, devido a um processo de compartimentalização do conhecimento, áreas consideradas opostas não puderam desenvolver-se e partilhar os achados, derrubando por vez essa pretensa oposição. Em muitos casos, deve-se ao fato de determinados ramos da ciência terem se desenvolvido e ganhado marco conceitual anos ou séculos depois, ou então devido a um pensamento de superioridade intelectual.

Nesse meio encontra-se a relação entre saúde e geografia, onde através de uma observação detalhada das relações dos homens e da sociedade como um todo, denota-se o imbricado arranjo e relação existentes. Desde Hipócrates, passando por diversas áreas do conhecimento, as relações do homem com o meio em que estava inserido foram alvo de conjecturas e estudos.

A habilidade e a especialidade da Geografia de promover um debate contumaz sobre as ações antrópicas no território, combinadas a uma perspectiva crítica de observar, inferir e dialogar com a realidade, são peças deveras importantes para explicar o processo saúde-doença e de que forma o acesso à saúde e aos equipamentos de saúde é imprescindível para compreender o território.

Capítulo 2 – Caracterização dos serviços de saúde em Maceió

Compreender como está organizado os serviços de saúde de Maceió requer, primeiramente de um esforço para a sua formação, assim como as prerrogativas legais e institucionais que o abrangem. É necessário compreender que a assistência à saúde considera as variáveis sociais, econômicas, políticas e de interesses.

A análise de tais situações no espaço descortina uma miríade de possibilidades e análises, partindo do social como peça primordial. Maceió, assim o crescimento da cidade, às vezes, feita de modo desordenado, onde os serviços públicos.

A Rede de Assistência à Saúde (RAS) surge como uma forma articulada para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos serviços de saúde, tecendo um cuidado coordenado e que siga um fluxo contínuo, gerando identificação e pertencimento da sociedade com o serviço de saúde que lhe assiste. Desta forma, buscou identificar os serviços de saúde desenvolvidos na capital alagoana, assim como apresentar a dinâmica urbana, de expansão e como os serviços de saúde se apresentam.

Proposições são elencadas para melhorar o serviço disponibilizado para a sociedade, considerando o arranjo do município e as áreas de crescimento da cidade.

2.1 O crescimento populacional de Maceió ao longo do tempo e o Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um “conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, onde a iniciativa privada poderia atuar de modo complementar (BRASIL, 2000, p. 05). Essa definição do SUS, evidencia a estreita relação da temática saúde e política, uma vez que, “o sistema de atenção/cuidado com a saúde é necessariamente uma variável dependente do sistema político” em voga (FONSECA, 2018, p. 404). Aguiar (2015) complementa, ao escrever que a saúde no Brasil, além da política abrange e reflete a economia de cada momento histórico.

Baseado em princípios doutrinários e organizacionais, o SUS gera campos para enfrentamento de dificuldades para a distribuição dos serviços de saúde, melhorando a oferta e a forma como o sistema está sendo gerenciado. Assim, um dos princípios organizacionais que mais se relacionam com a Geografia é aquele da descentralização.

A partir do princípio da descentralização – e da municipalização –, o SUS apresenta dispositivos legais que favorecem para uma melhor gestão do Sistema a nível local,

considerando as particularidades de saúde dos territórios. Além disto, a conformação territorial das cidades e os problemas específicos de saúde da população requerem dispositivos específicos para a efetivação da assistência.

Ainda que em várias cidades, a Rede de Assistência à Saúde (RAS) possuam configurações semelhantes, a abordagem de como ela é constituída possibilita identificar os problemas estruturais, assistenciais e de pessoal, além da logística empregada no momento das ocorrências locais, independente do grau de complexidade exigida.

Pensar a RAS requer um esforço para compreender como está estruturado o próprio arranjo social e conformação urbana das cidades, sendo necessário um entendimento do processo histórico de formação de uma cidade, a fim de elucidar pontos importantes que impactam, na atualidade, no arranjo social e na disposição dos serviços de saúde.

Assim exposto, para abordar a distribuição da RAS em Maceió é necessário entender que possuindo, uma área territorial de 509,320km², abrigando 50 bairros a capital alagoana, concentra o maior contingente populacional do estado, com 957.916 habitantes, representando 30,62% da população alagoana (IBGE, 2023).

O próprio processo histórico de formação de Maceió parte da sua localização privilegiada, onde o Porto do Jaraguá influenciou sobremaneira, quando a então Vila de Maceió passou a ganhar relevância, dado os fluxos que existiam até o porto para o escoamento de mercadorias vindas por terra e laguna, além da ordem da corte portuguesa para que a Tesouraria de Fazenda saísse de Alagoas – atual cidade de Marechal Deodoro –, para Maceió (ESPÍNDOLA, 1871; COSTA, 1983).

Espíndola (1871) tece críticas ao local em que o Hospital da Misericórdia, como assim o chama, fora instalado. Segundo o autor, este hospital acha-se instalado “quase no meio da povoação e rodeado de casas” (ESPÍNDOLA, 1871, p. 194), assim como o Hospital Militar além de estar próximo da cidade, estava próximo ao mar e um pântano. Além disto, dado a distribuição dos leitos, em ambos os hospitais, havia o favorecimento de persistência e transmissão de doenças.

Necessário frisar que o atendimento dispendido pelo Hospital Militar se limitava aos soldados e praças, e que a população de modo geral não possuía atendimento.

Esse cenário trás a tela, como aponta Queiroz (2018), a formação socioeconômica de maior parte da população alagoana e maceioense, formada por pessoas escravizadas, trabalhadores assalariados, assim como desempregados e indigentes; existia insalubridade nas habitações, o que propiciava o surgimento e espraiamento de diversas moléstias. Espíndola

(1871) escreve que toda a cidade de Maceió com exceção da rua do Comércio não era calçada, o que explica parte dos problemas existente.

Queiroz (2018) ilustra bem a situação de insalubridade de Maceió ao descrever como se iniciavam as manhãs na capital da então província:

Por esta época, as ruas de Maceió apresentavam, bem no seu meio, um rego por onde corria o esgoto a céu aberto. Era comum manter grandes potes de barro, quase sempre no quintal das casas, onde se depositavam os dejetos, gerando uma enorme fedentina. Na capital alagoana, de manhãzinha, bem cedinho, antes do sol nascer, era costume tais dejetos (fezes e urina) serem jogados no mar, provocando uma onda de odores desagradáveis. Esse serviço era prestado por escravos conhecidos como “tigres” (QUEIROZ, 2018, p. 62).

Quando adoecia, a população que não possuía condições de pagar pelos serviços médicos, dos quais cobravam valores altos, dada a escassez de profissionais e de hospitais, recorriam às benzedeiras, rezadeiras, curandeiras ou remédios caseiros a base de raízes e ervas, que até hoje são chamadas de *garrafadas*.

O processo de adensamento da capital ganhou mais relevância com o passar do tempo. A ideia inicial era que o centro da cidade concentrasse toda o fluxo de pessoas, motivo pelo qual, as confluências das ruas da localidade desembocavam na rua do comércio. Entretanto, fugindo das projeções de Carlos de Mornay, engenheiro britânico que auxiliou no projeto cartográfico da capitania, outros núcleos de povoamento distantes do Centro surgiram, tais como os Flexais, Carrapato, Goiabeira, Tombador, Rocha e Rio Morto, ao norte (FIGUEIRA JUNIOR, 2018).

Figueira Junior (2018) explicita que a questão higienista teve grande relevância para a dinâmica da cidade de Maceió. A visão higienista imperante na época advinha de um conjunto de teorias e práticas políticas e sociais, na qual propunha intervenções na saúde pública dos espaços urbanos, definindo ou criando normas de higiene, prevenção e combate a epidemias. Tais intervenções possuíam como primazia máxima, a educação e o ensino de novos hábitos higiênicos para a população, propostos pela medicina social (FARIAS FILHO; ALVIM, 2022; MILAGRES; SILVA; KOWALSKI, 2018).

Porém, para explicar como a visão higienista incidiu sobre a capital alagoana é necessário recordar o que Fernandes Lima escreve sobre a capital alagoana:

Maceió é a cidade restinga. Sua situação numa faixa arenosa, que transformou um estuário em lagoa, confirma-lhe a adjetivação. Maceió é uma cidade constituída, a partir de um “terraço de erosão marinha”, esculpido na extremidade do tabuleiro, saliente na parte norte oriental da “calha” aberta

para o mar, que se estende, continuado por uma faixa de arenosa, a cruzar a “boca” de um rio, na direção sudoeste. Apresenta do lado leste praia em forma de “crescente”, e do lado da lagoa, a oeste, uma ponta arenosa e vasa de ilhas de mangues [...] (LIMA, 2010, p. 27).

Essa explicação de Lima (2010) sobre a geomorfologia de Maceió ganha novos contornos com a discussão trazida por Figueira Junior, pois sendo esta uma área de alagadiço, na teoria higienista e concepção médica, seria a causa das moléstias que acometem a população e o meio ambiente, sendo necessário intervenções antrópicas para amenizar os impactos nocivos. Desta forma, ações que visem a erradicação de águas estagnadas e aterramento dos pântanos eram necessárias e defendidas na época (FIQUEIRA JUNIOR, 2018).

Analisando essas mudanças relacionadas o espaço da cidade, especialmente direcionadas à região conhecida como Boca de Maceió, (na região central), compreendemos que através de posturas municipais, o saber médico procurava transformar o meio físico natural, através do desenvolvimento da técnica, onde o urbano pudesse se desenvolver dominando os meios naturais. Nisto, o espaço se tornava cada vez mais artificial, fabricado com restos da natureza primitiva, crescentemente encobertos pelas obras do homem (FIQUEIRA JUNIOR, 2018, p. 82).

Dado o relevo, Maceió popularmente é dividida entre a parte baixa e a parte alta. Assim ao longo dos anos, alijado ao valor especulativo das terras na faixa litorânea, os menos favorecidos economicamente fizeram estadia na parte alta, mais distante do centro da cidade e que possuía terrenos mais baratos. Fluxo esse que permanece até hoje, ainda que a cidade passe a considerar novas centralidades que elevam o valor da propriedade em todo o perímetro urbano.

Esse processo de formação da cidade evidencia até mesmo a distribuição de alguns serviços de saúde públicos atuais, tais como a localização do Hospital Geral do Estado que atende também à Maceió, a localização do Centro de Especialidades PAM Salgadinho e o II Centro. Dispositivos de saúde esses imprescindíveis para a saúde da população maceioense e alagoana de modo geral.

Nas primeiras décadas do século XXI, o processo de crescimento do tecido urbano maceioense teve respaldo no próprio Plano Diretor da Cidade de 2005, o qual, apontava os locais prioritários para o crescimento da cidade. Assim, as áreas compreendidas entre os Distritos Sanitários III, IV, V e VI tiveram grande relevância no processo de expansão urbana, sendo foco dos investimentos públicos e privados (MACEIÓ, 2005). Porém, é necessário fazer

comentários contundentes sobre esse crescimento em Maceió, pois ele ocorreu de modo desordenado e ignorando o que havia na legislatura municipal sobre isso.

A divisão da cidade de Maceió em Distritos Sanitários (DS) corrobora com a própria diretriz de descentralização dos serviços de saúde instituído pelo SUS. O DS seria um modelo organizativo descentralizado, compreendendo uma área geográfica a qual tem integrado “uma população com características epidemiológicas, sociais e com suas necessidades de recursos e de saúde para atendê-las” (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998 p. 21).

Além do que, a divisão em DS é uma forma de reorganização do SUS, a nível local, promovendo uma vinculação da população à Unidade de Saúde e facilitar o planejamento adequado da oferta dos serviços (MACEIÓ, 2017). Contudo, para compreender como está estruturado esses Distritos Sanitários (DS) é necessário antes compreender como está compreendida e dividida a RAS de Maceió.

2.2 A Rede de Assistência à Saúde em Maceió

O processo histórico de formação de Maceió propiciou o adensamento de determinados locais da cidade, enquanto outros tiveram seu desenvolvimento anos mais tarde.

Partindo do que seria a RAS, é necessário compreender que, essa organização do SUS, se deve ao fato da consciência de que mesmo sendo um sistema de saúde abrangente, de proporção continental, há lacunas decorrentes da intensa fragmentação das ações e serviços de saúde no território brasileiro. O momento atual é pontuado por um avanço indiscutível das políticas públicas, em especial na saúde, alijado a um discurso de superação da visão assistencialista médico-medicamentosa das enfermidades (BRASIL, 2017).

A rede de assistência a saúde pode ser entendida como:

uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2011, p. 17).

O objetivo das RAS, assegurando que é o de:

promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Tal consideração e objetivo do que seria a RAS entra em consonância com que Milton Santos (2020) escreve sobre a conceituação de redes, para a ciência geográfica. Santos (2020) parte do pressuposto de que existem duas realidades para as redes: a primeira é material e a segunda social. A *rede material* seria aquela que considera as infraestruturas existentes que possibilitam o transporte de matéria, energia ou informação. A *rede social* considera as questões sociopolíticas, os próprios indivíduos, mensagens, valores e culturas (Santos, 2020).

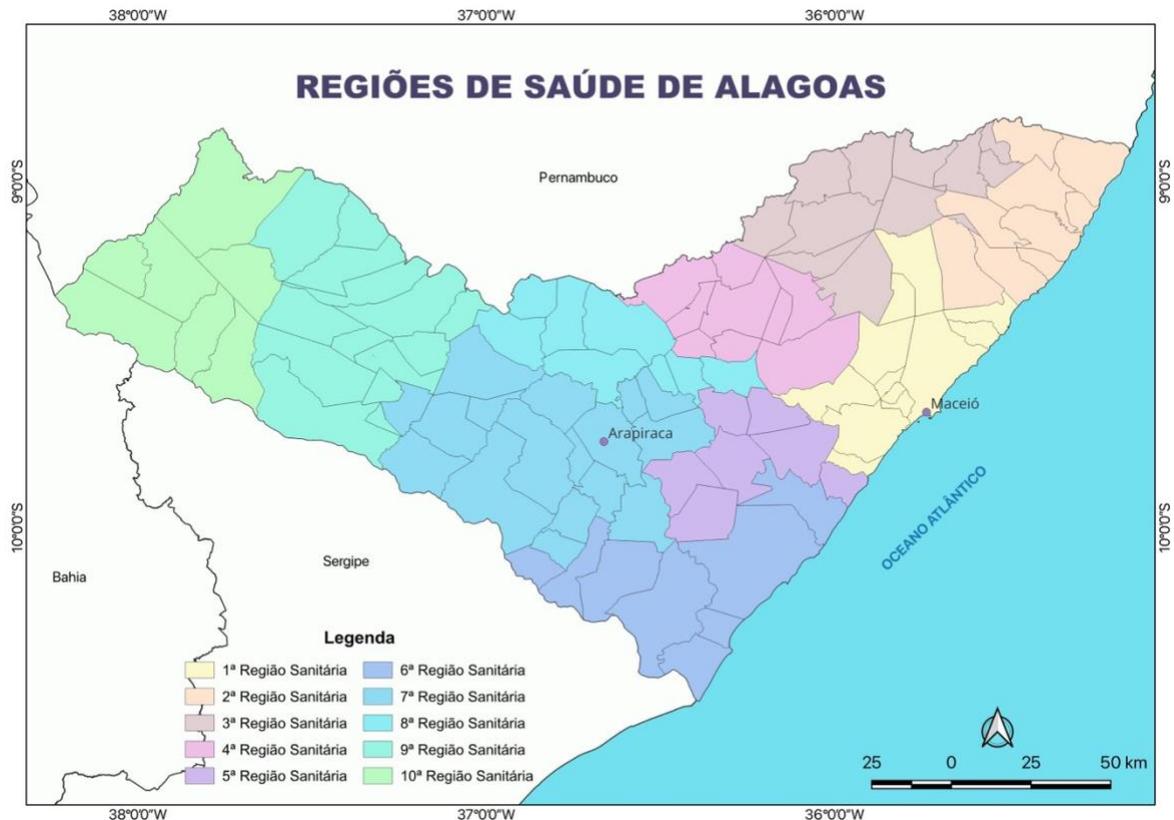
Ao propiciar os serviços de saúde em redes, é possível identificar variáveis próprias de determinada população, tais como nível de instrução, nível econômico, culturas, assim como as disparidades sociais, além da disponibilidade de infraestruturas, tais como mobilidade urbana, equipamentos públicos educacionais, assistenciais e os próprios da saúde. Tais ponderações estão abarcadas no modelo assistencial em voga.

O modelo assistencial considera que em qualquer recorte territorial sempre haverá problemas e agravos de saúde, em diversos níveis de complexidade, cujo impacto irá depender do tamanho da área e das suas características epidemiológicas (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998). A RAS de Maceió está estruturada de modo que consiga atender as demandas da população, primando pela resolutividade, onde 52,72% da população maceioense é coberta pelos serviços disponíveis na Atenção Primária de Saúde (APS) (MACEIÓ, 2023).

Mais que isso, dado ao processo de regionalização, Maceió ainda é a sede da Primeira Macrorregião de Saúde de Alagoas (figura 1), ou seja, os casos clínicos que não conseguem ser atendidos na Segunda Macrorregião de Saúde – Arapiraca – são encaminhados para Maceió.

Os serviços públicos de saúde em Maceió, podem ser divididos entre 10 tipos de estabelecimentos de saúde, dos quais pode ser percebido pelo quadro 1. Como pode ser observado, Maceió possui uma rede de serviços diversificados, que buscam atender o maior público possível, em todas as fases da vida, em diferentes níveis de atenção, porém com maior expressividade naqueles serviços da APS.

Figura 1. Regiões de saúde de Alagoas



Fonte: IBGE, 2023, Malha Municipal; SESAU 2011, Regiões de Saúde de Alagoas; SEPLAG/SINC/GGEO, 2020. Adaptado pelo autor.

Quadro 1 Descrição dos serviços de saúde de Maceió

Descrição dos serviços de saúde	Quantidade
Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF)	33
Unidades Básicas de Saúde – modelo tradicional/demanda espontânea	16
Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e modelo tradicional)	04
Unidades Docentes Assistenciais (UDA)	04
Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	02
Unidades de Referência em Especialidades	08
Módulo Odontológico	01
Unidade Especializada de Média e Alta Complexidade – PAM Salgado	01
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	05
Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil – UAI	01
Serviços de Residências Terapêuticas – SRT	07
Total	84

Fonte: Maceió, 2022.

Os estabelecimentos de assistência à saúde podem ser divididos naqueles que atendem apenas ao setor público, os privados e do setor privado que atendem de modo complementar ao Sistema Único de Saúde. Em Maceió, os serviços suplementares são aqueles que atendem à atenção secundária e terciária da assistência no âmbito do SUS.

Além dos estabelecimentos de saúde geridos ou instalados na capital alagoana, alguns programas são desenvolvidos com o intuito de levar a assistência à saúde para a população. Um dos programas mais relevantes, por funcionar de modo itinerante, é o Programa Saúde da Gente, o qual possui várias frentes de atendimento, indo além da saúde humana e considerando a saúde animal (MACEIÓ, 2023).

A importância do Programa surge por parte da população não possuir vinculação a um serviço de saúde, desta forma através deste Programa, se consegue levar assistência à saúde a um maior número de pessoas. Além da assistência à saúde, o programa leva educação e promoção em saúde, tentando capacitar os usuários ao autocuidado e condições próprias da saúde e do indivíduo, considerando ainda a questão animal.

Essa abordagem sobre a dinâmica de assistência à saúde de Maceió entra em acordo com a própria Portaria de consolidação das normas sobre as redes do SUS, a qual expressa que o modelo de atenção de regulamentação:

preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2017, p. 15).

A superação do modelo de assistência à saúde, considerando a integralidade do Sistema, enfatiza que a Atenção Primária é ineficiente quando é pusilânime no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão, depressão e outros) e nas doenças crônicas transmissíveis (Infecções Sexualmente Transmissíveis), se tornando com o passar do tempo obsoleto (BRASIL, 2017).

Remetendo ao que foi discutido no início do processo de formação da cidade de Maceió, o que prevalecia outrora eram as doenças infectocontagiosas, ao passo que houve um processo de urbanização, aperfeiçoamento científico, técnico e assistencial, onde com melhora da expectativa de vida, os problemas de saúde da população passaram a ser outros. Assim,

seguindo uma tendência nacional e internacional, as doenças agudas deram espaço para as doenças crônicas (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Ouverney e Noronha (2013) lançam luz sobre o território para o efetivo funcionamento da RAS e do sistema de saúde como um todo. Para esses autores é necessário considerar não apenas os serviços de saúde, deve-se levar em conta os meios de transporte e comunicação, pois estes impactarão grandemente para o aumento da eficiência e efetividade dos cuidados assistido à sociedade.

As pessoas transitam continuamente e crescentemente em espaços contíguos a seus locais de residência (integração horizontal) onde os programas da chamada atenção básica, seja em suas modalidades tradicionais seja no modelo do programa de saúde da família exigirão interseções mais frequentes com os serviços sociais de apoio, associações comunitárias (além da intersetorialidade requerida para melhoria geral das condições de saúde) e um dinamismo e articulação maiores com as outras unidades e níveis de complexidade do sistema (OUVERNEY; NORONHA, 2013, p. 146).

A RAS se apresenta, portanto como uma contraposição da dispersão dos serviços de saúde, criando uma lógica para o atendimento da sociedade, estabelecendo protocolos e rotinas de atendimento e de corresponsabilidades. No mapa (figura 2) é possível identificar os estabelecimentos de saúde quanto a sua descrição, demonstrando a dispersão dos serviços na cidade de Maceió.

Determinadas áreas da cidade possuem maior cobertura dos serviços disponibilizados na APS. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) assim como as Unidade de Saúde da Família (USF) são as que possuem mais proximidade com os usuários, sendo responsáveis pelo rastreamento dos moradores das áreas de abrangência de suas unidades. Aquelas pessoas ou residências que não se encontram no raio de abrangência das unidades podem procurar as unidades de demanda espontânea.

Destarte considerar que a APS de Maceió vem enfrentando um longo processo de reestruturação, investindo na rede física, modernizando os serviços disponíveis, gestão de pessoal e reorganização dos processos de trabalho. Sendo que após 2018, com os repasses do governo federal, foi possível reformar 27 unidades, construir três novas unidades, melhoria e modernização dos aparelhos utilizados nas unidades, implementação de três Unidades Docentes Assistenciais (UDA) e três Unidades de Pronto Atendimento (MACEIÓ, 2018).

Os serviços da atenção terciária são compreendidos pelos hospitais, necessário frisar que Maceió até o ano de 2023 era a única capital brasileira que não possuía um hospital com administração própria, dependendo dos dispositivos ofertados pela esfera estadual. Com a aquisição do Hospital do Coração, outrora pertencente a iniciativa privada, a capital alagoana passou a ter em sua rede de assistência, um hospital gerido pela municipalidade. Fato este que trás novos desafios e perspectivas para a saúde maceioense (MACEIÓ, 2023a).

No mapa (figura 3) é possível identificar como está distribuído os hospitais públicos, geridos tanto pelo município como pelo estado, aqueles que operam de modo suplementar no SUS e os privados, além disto, é possível identificar a localização das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), onde apenas duas são geridas pela administração municipal.

Além dos dispositivos geridos pelo órgão municipal, a intervenção do estado se faz necessária, primeiro pela deficiência de serviços de alta densidade tecnológica na saúde (hospitais e centros cirúrgicos) e, segundo por ser, a capital alagoana, sede da Primeira Região de Saúde. Um terceiro fator é determinante nessa conformação dos serviços: a continuidade da assistência.

A continuidade da assistência está intimamente relacionada com o objetivo da RAS, onde as intervenções realizadas compreendem que o individuo deve ser assistido como um corpo anatomofisiológico e social. Porém, o que se observa é que mesmo estando a administração pública compromissada com a oferta dos serviços, ainda é necessário superar muitas barreiras.

A esse respeito, o relatório da Prefeitura de Maceió, é enfático ao trazer à tona uma realidade que é percebida pelos próprios usuários dos serviços de saúde:

o fato de as unidades não dispor de materiais e insumos necessários para atender à demanda [da] população, parte estarem com infraestrutura inadequada para acolher os usuários e haver uma grande demanda reprimida para a assistência especializada. Esses limites ficam visíveis quando verifica-se que a maioria dos indicadores de saúde pactuados não vem sendo alcançados e quando considera-se a avaliação da própria população durante as oficinas de elaboração do PMS [Plano Municipal de Saúde], que elencou problemas cruciais acerca do sistema e serviços de saúde para serem priorizados e enfrentados no próximo quadriênio (MACEIÓ, 2017, p. 67).

O mesmo relatório da Prefeitura de Maceió trás considerações interessantes sobre as deficiências apresentadas na assistência à saúde da população. Considerando a pouca resolutividade das ações desenvolvidas na APS, baixa oferta de serviços de média e alta complexidade na rede própria do Sistema, deixa Maceió com alta dependência da rede suplementar, “o que provoca um crescimento desordenado da execução de serviços, tanto pela via administrativa, quanto pela via judicial” (MACEIÓ, 2017, p. 78).

2.1 A expansão do tecido urbano de Maceió e seus reflexos nos serviços de saúde

Os desafios para ofertar os serviços de saúde em Maceió são grandes, ainda que o cenário atual seja de empenho em superar algumas dificuldades. Um dos pontos que devem ser observados quando se analisa a saúde de uma população é o espraiamento do tecido urbano. Maceió tem passado por um acelerado processo de espraiamento da sua mancha urbana, necessitando de novas infraestruturas de todas as ordens.

Essa questão tem íntima relação com o contingente populacional da capital alagoana, uma vez que o adensamento populacional de Maceió é dezesseis vezes maior do que o do estado de Alagoas, tendo 1.880,77hab/km² (IBGE, 2023). Ainda que a população de Maceió tenha predominância de crianças e jovens, há uma tendência nacional para o aumento da longevidade da população, o qual já começa a mostrar-se como uma preocupação. Tal situação, daqui uns anos irá mudar drasticamente a pirâmide etária da cidade, trazendo novos desafios para a assistência a saúde (MACEIÓ, 2022).

Concernente a organização dos bairros da capital alagoana, eles são divididos em oito Distritos Sanitários (DS), como pode ser observado no mapa (Figura 4). Essa divisão em DS

possibilita um direcionamento e oferta dos serviços, principalmente os especializados, que dado a logística ficaria inviável de disponibilizar em todos os bairros da cidade.

Os DS também favorecem que os usuários do SUS em Maceió possam ter os serviços que necessitam mais próximo do seu local de residência, diminuindo as distancias ou tempo dispendido em deslocamentos, reduzindo ainda a superlotação em determinadas unidades. Entretanto, nem sempre os problemas de saúde podem ser resolvidos em seu DS, sendo necessário o deslocamento através dos serviços de referência e contrarreferência, sendo estes da própria rede do SUS municipal ou de unidades suplementares (MACEIÓ, 2022).

Os DS integram uma parcela do território da cidade, abrangendo alguns bairros, considerando sua delimitação geográfica e populacional. Assim, não é de espantar que o VI DS possua apenas dois bairros – Benedito Bentes e Antares – enquanto os outros sejam integrados por até oito bairros. As características daquele distrito o tornam único na superação de dificuldades e de disposição dos serviços ao compará-lo com os demais DS.

Cada DS possui uma Unidade de Referência, com o intuito de atender a demanda de serviços especializados. A APS é contemplada, como pode ser observado anteriormente, por dois modelos assistenciais, as UBS e as ESF, desta maneira, é possível criar vinculação da população com a unidade de saúde que lhe assiste, se tornando efetiva a assistência à saúde (MACEIÓ, 2022; 2017).

Referente a densidade demográfica, essa variável é importante por permitir o estudo da concentração e, ou, dispersão da população no território. Sendo muito relevante para o planejamento urbano e para a formulação de políticas públicas de ocupação e parcelamento territorial, além de indicar pontos de pressão populacional e onde é requisitado a instalação de infraestruturas (MACEIÓ, 2017).

Considerando a distribuição populacional pelo Censo Censitário, a densidade demográfica de cada DS está exposta abaixo (tabela 1), assim como a quantidade de equipamentos disponíveis tanto da rede própria do SUS como da rede suplementar, sendo considerado aqueles que atendem a rede privada.

Tabela 1. Distribuição dos serviços de saúde e densidade demográfica dos DS de Maceió

Distrito	População	Quantidade de equipamentos	Área quadrada	Densidade
I	120.762	8	9.542	12,66
II	107.353	11	11.197	9,59
III	88.260	10	13.219,3	6,68
IV	115.738	10	17.619	6,57
V	178.840	11	18.369	9,74
VI	159.720	10	30.585	5,22
VII	305.814	18	43.801,7	6,98
VIII	60.783	8	52.427	1,16

Fonte: IBGE, 2021, organizado pelo Autor.

É perceptível que os DS VI e VIII são os que apresentam a menor densidade populacional, enquanto os DS I e V apresentam os maiores contingentes populacionais. O V DS é o que alberga o bairro mais densamente povoado, o Jacintinho. Em compensação, o VIII DS é o que apresenta a maior área territorial, sendo o que apresenta a menor densidade populacional.

Salienta-se que nos últimos anos, os bairros que integram os DS VI e VII vem passando por um intenso processo de expansão urbana, o que pode ser corroborado pelas políticas municipais de priorização dessas áreas, como explicitado no Plano Diretor da cidade de 2005,

que mesmo necessitando de revisão é o principal dispositivo que regulamenta o crescimento da cidade.

Ademais, é necessário considerar que mesmo tendo havido aumento da população maceioense, segundo os dados do Censo do IBGE de 2022, o aumento das cidades brasileiras se deu pelo crescimento de número de unidades habitacionais. O que antes apresentava uma taxa de ocupação de aproximadamente 3,31 pessoas por domicílio, passou a ser 2,79 (MOURA; FERREIRA, 2023).

Considerando os tipos de serviços de saúde disponibilizados em Maceió, no âmbito da APS, existem 76 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF); 12 Equipes de Atenção Primária (e-AP); 19 equipes de Horário Estendido (Corujão da Saúde), além de um Laboratório Central de Análises Clínicas de Maceió (LACLIM); um Centro de Especialidades Eliane Machado Pós-COVID-19; um Centro Especializado de Doenças Crônicas – CEDOH e um Centro Especializado de Reabilitação.

Além dos serviços ofertados pela APS, a municipalidade desenvolve ações de atenção à saúde, nos níveis primários e secundários através de equipes multiprofissionais que atendem as demandas de toda a ordem. Tais serviços e ações podem ser percebidas no quadro 2.

Quadro 2. Dispositivo de saúde e outros serviços

Dispositivos de saúde e outros serviços	Quantidade
Equipes de Consultório na Rua	06
Equipes de Núcleo Ampliado a Saúde da Família – eNASF	10
Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar – SAD	13
Núcleo de Atividades Físicas – NAF	17
Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial	01
Total	47

Fonte: Maceió, 2022.

Tais ponderações sobre os serviços de saúde da cidade se fazem pertinentes para compreender os seus próprios indicadores sociais. Compreender as disparidades socioeconômicas também favorece um cenário para a compreensão da realidade de saúde de um povo. Assim como as lutas, desafios e barreiras que se impõem para o desenvolvimento da cidadania. Evidenciando o quanto a cidade se mostra como um cenário contraditório de lutas.

Referente a isso, segundo dados sociais, do IBGE (2023), Maceió tinha em 2021, 278.610 pessoas com trabalho formal, tendo uma média salarial de 2,6 salários-mínimos. Entretanto, a proporção de mão de obra ocupada com o total da população representava apenas

27,01%. A distribuição de renda, de modo geral, é desigual para a população maceioense, onde a informalidade predomina.

Ribas; Junkes e Rodrigues (2019) ao estudar sobre as condições de saúde da Comunidade Sururu do Capote, no bairro de Ponta Grossa, abordam que a oferta e percepção dos serviços de saúde são influenciados pelo nível de instrução da população. Para esses autores, a diferença significativa entre direito à saúde e acesso à saúde é um campo fecundo de debate.

O direito à saúde está ligado à qualidade de vida, que exige uma atenção de todos os setores sociais e áreas prioritárias, como educação, saúde, saneamento, segurança, entre outros. Já o direito à assistência à saúde restringe-se apenas a uma das políticas que visam ao cuidado da saúde dos cidadãos, defendendo um acesso resolutivo, efetivo e democrático (RIBAS; JUNKES, RODRIGUES, 2019, p. 47).

Essa questão levantada pelos autores aponta grandes repercussões de como estão conformados o território e os serviços disponibilizados para a sociedade. Assim como os próprios usuários do sistema de saúde percebem as suas necessidades e possíveis resolutividade pelo serviço de saúde.

Mais do que disponibilizar, a administração dos serviços de saúde deve visar a efetiva resolução dos agravos, e neste aspecto, a APS tem um grande potencial. Não obstante, Maceió (2018) demonstra o comprometimento de compreender a realidade de sua população através da realização de reuniões distritais com o intuito de compreender as necessidades da população.

Tais reuniões são imprescindíveis por possibilitar o direcionamento dos serviços e especialidades ao longo dos oito DS. Ao perceber os problemas encontrados, as ações de saúde podem ser mais efetivas ou explicar a necessidade de novas metodologias e tecnologias.

Tabela 2. Problemas de saúde percebidos e priorizados nos distritos

Problemas priorizados	Distrito Sanitário
Alto índice de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para o câncer e as doenças do aparelho circulatório.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Crescimento do número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis quanto à hipertensão, diabetes e obesidade.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Alta prevalência e aumento da incidência das Infecções Transmissíveis Sexualmente - ISTs (sífilis, AIDS/HIV e hepatites).	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Elevado número de casos de doenças transmitidas por vetores (dengue, zika, Chikungunya, leptospirose, Leishmaniose) e acidentes por animais peçonhentos (com destaque para escorpiões)	I, II, III, IV, V, VI, VIII
Elevado número de pessoas com transtornos mentais, depressão e dependência química.	I, II, III, IV, V, VII, VIII
Alto índice de doenças transmissíveis – hanseníase, tuberculose e esquistossomose.	, II, III, IV, VI
Aumento dos indicadores de gravidez na adolescência.	V, VII, VIII
Alta taxa de mortalidade por causas externas (acidentes e violências).	II, VII
Elevado número de casos de carências nutricionais, sedentarismo e alimentação inadequada.	VI, VII
Aumento do índice de doenças bucais (cárie e periodontal).	III, V

Fonte: Maceió, 2018.

Alguns problemas de saúde são mais percebidos em alguns DS, o que possibilita que a municipalidade possa desenvolver atividades e serviços específicos para atender aos anseios daquela parcela da população. A distribuição de determinados agravos em praticamente todos os DS evidencia a necessidade do poder público como agente primordial para a disponibilidade, manutenção e acesso da sociedade aos serviços de saúde. Mais ainda ao considerar que a população maceioense, seguindo a tendência brasileira, vem envelhecendo, possuir um baixo nível de renda, de instrução, condições de moradia e crescimento das doenças psicológicas.

Capítulo 3 – A abrangência dos serviços de saúde em Maceió

Considerar a abrangência no momento de pensar os serviços de saúde requer o entendimento de que os dispositivos encontrados e presentes no território funcionam com base em uma lógica. O arranjo social, a constituição da população (por renda, grau de instrução, etnia, cultura e outros), políticas públicas e a administração e gerência dos serviços são fatores que condicionam para compreender a demanda e a oferta dos serviços e saúde.

Isto posto, determina a organização dos serviços e cria um fluxo de atendimento. Como percebido no capítulo anterior, os serviços de saúde de Maceió estão divididos em Distritos Sanitários, cada qual, expressando uma realidade da população.

Neste capítulo buscou-se identificar através do uso do Sistema de Informação Geográfica (SIG) como está a distribuição dos serviços, apontando possíveis intervenções que podem propiciar na melhoria da assistência prestada, seja com o aumento das equipes ou disponibilidade de novas unidades que atendam as necessidades da população.

3. 1 Espacialização da rede de assistência à saúde

O sistema de saúde brasileiro, durante muitos anos esteve pautado em medidas curativistas, centrado nas decisões médicas, onde o foco primordial era a doença e não o enfermo. A RAS surge como uma forma de superar desafios e avançar qualificações da atenção em saúde (BRASIL, 2010).

[a] RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010, p. 03).

Pensando nesse ordenamento da rede e uma articulação entre os seus diferentes pontos, criar setores dentro do território facilita a distribuição dos serviços e linhas de cuidado, neste cenário surge a distritalização, como uma ferramenta que propicia uma gestão mais próxima da sociedade.

A distritalização do município é algo facultativo, como prever a Lei nº 8.080/1990, porém a sua aplicabilidade propicia um melhor ordenamento dos serviços e favorece o processo de territorialização da assistência à saúde, onde os DS são a menor parcela do planejamento do

SUS, é “onde os processos de descentralização ganhariam concretude e as ações de saúde coletiva seriam efetivamente implementadas” (FARIA, 2020, p. 4523).

No caso de Maceió, paradoxalmente, como constante na análise situacional de saúde de Maceió, aproximadamente 52,57% da população é coberta pela APS (MACEIÓ, 2022), colocando-se como um grande desafio para a administração pública, ferindo o direito constitucional de acesso à saúde.

Maceió (2022) reforça que o aumento populacional da cidade invariavelmente irá fazer com que a cobertura assistencial da APS diminua. Além disso, a diminuição dessa cobertura já deixa em sobreaviso o possível aumento das doenças crônicas não transmissíveis, os quais sobrecarregarão os níveis secundários e terciários a longo prazo.

Considera-se que a composição das equipes de saúde e a área de influência da unidade é quem ditarão o tamanho da população que será atendida. Isto pode ser percebido na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, trás em seu bojo o que seria a população adscrita, sendo esta a população que está na área de influência e é coberta pela Unidade Básica de Saúde, propiciando e garantindo a continuidade das intervenções de saúde, tornando a unidade uma referência para o cuidado daquela população (BRASIL, 2017).

O foco primordial desta Portaria é resguardar o atendimento a população, e conseqüentemente, ao paciente de modo a garantir a continuidade do atendimento, através da resolução dos problemas de saúde, para tanto, a UBS passa a ser a reguladora da Rede de Assistência à Saúde, garantindo assim um atendimento diferenciado, por conhecer as características da população e garantir a criação de vínculo entre o profissional, o ambiente e a população assistida, além disto, ser a porta de entrada do usuário aos demais níveis de complexidade da assistência (BRASIL, 2017).

Algumas ponderações são estabelecidas para primar pelo atendimento, dentre eles pode-se citar o porte da unidade de saúde e o contingente populacional que cada equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF) estará responsável. O tamanho da unidade não considera tão somente a estrutura física da unidade, mas como ela é formada. Neste aspecto, a Portaria nº 340/2013 do Ministério da Saúde trás que:

Art. 4º Ficam definidos 4 (quatro) Portes de UBS a serem financiadas por meio do Componente Construção:

I - UBS Porte I: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 1 (uma) Equipe de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 1 (uma) Equipe de Atenção Básica;

II - UBS Porte II: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 2 (duas) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica;

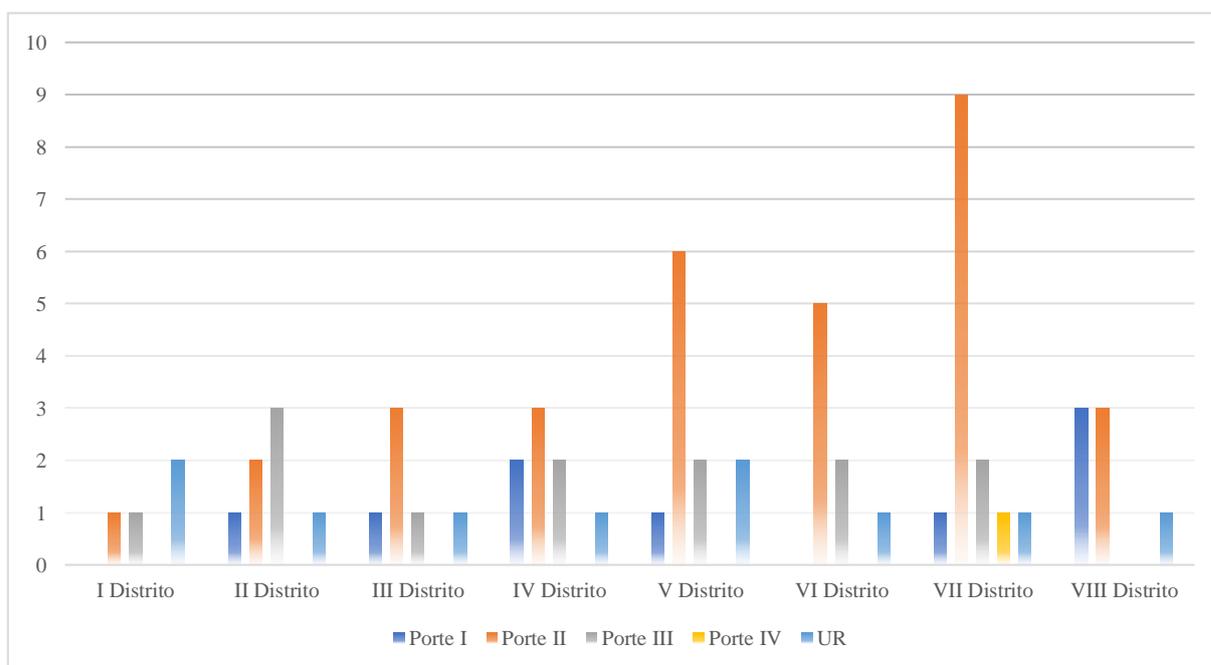
III - UBS Porte III: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 3 (três) Equipes de Atenção Básica; e

IV - UBS Porte IV: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Com relação ao número de pessoas assistida por cada equipe, a Portaria nº 2.436/2017 trás que a “população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) [será] de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica” (BRASIL, 2017).

Sendo assim, poder-se-ia extrapolar que uma UBS Porte IV, possuindo no mínimo 4 eAB, ou eSF, poderiam atender, no mínimo 14.000 indivíduos/mês. Contudo, a única unidade de saúde de Maceió que pode atender a um público deste tamanho é a Unidade de Saúde da Família do Graciliano Ramos, situada no VII DS. Salienta-se que esse é o DS de maior extensão territorial e que vem tendo um espraiamento do tecido urbano considerável.

Gráfico 1. Distribuição das Unidades de Saúde por porte e referência nos DS de Maceió



Fonte: MACEIÓ, 2024.

Como pode ser observado no gráfico 1, na cidade de Maceió prevalecem as unidades de Porte II e III, o que dado o tamanho da população, se torna pouco efetivo. A distribuição das

unidades ao longo dos DS também se apresenta de modo ineficiente. Algumas particularidades são consideradas, mas geralmente, maior parte da população fica desassistida.

Um comparativo entre dois DS diametralmente diferentes pode explicitar tal situação. O I DS é o que alberga os bairros de Mangabeiras, Jatiúca, Ponta Verde e Pajuçara, bairros que concentram uma população de classe média a classe alta, os quais possuem a facilidade de contratar plano de saúde e por isso, não precisariam, em teoria, dos serviços das unidades de saúde. Por sua vez, o V DS é o que possui o bairro com o maior adensamento populacional por metro quadrado da capital alagoana, Jacintinho, formado majoritariamente por pobres e que necessitam dos serviços disponibilizados pela rede municipal de saúde.

A distribuição dos equipamentos de saúde depende das variáveis existentes em cada DS, onde as particularidades impactam no todo. Ora, a disponibilidade de mais recursos em uma área que concentra um quantitativo populacional maior e que faz uso direto dos serviços de saúde requer mais estabelecimentos e equipes de saúde que tentem dirimir os problemas daquela população.

Desta feita, as características socioeconômicas acabam impactando na disponibilidade e acessibilidade aos serviços. Logo, como parte significativa da população residente no I DS pode custear os serviços de saúde, a disponibilidade de unidades naquele distrito é menor. Já o V DS, mesmo contando com onze unidades ao todo, não consegue suprir a necessidade do seu contingente populacional.

Distribuído na cidade há 65 unidades de saúde, divididas por porte e unidade de referência. Cada DS possui ao menos uma unidade de referência, sendo que os DS I e V possuem duas unidades deste tipo, cada um. Além disto, os DS III, V, VI e VIII possuem cada qual, uma Unidade Docente Assistencial (UDA), sendo esta uma unidade básica de saúde que tem sua gestão compartilhada entre uma instituição de ensino superior e a administração municipal. A infraestrutura é ofertada pela instituição de ensino, com particularidades para atender os alunos de graduação e pós-graduação, não deixando de lado os princípios do SUS.

As UDAs trazem para a baila a questão docente-assistencial, propiciando para os graduandos e pós-graduando a possibilidade de se aproximarem da sociedade e promoverem o bem-estar social, com a garantia da prática assistencial (ALBIERO; FREITAS, 2017). As UDAs trazem um novo cenário para a assistência à saúde, por possibilitarem o contato da sociedade com futuros profissionais ainda em formação, garantindo assistência diferenciada, por muitas das vezes, possuem serviços que só seriam encontrados em unidades de referência ou na atenção secundária à saúde.

A disponibilidade de UDAs acaba por propiciar um *folego* para as Unidades de Referência (UR), diminuindo o fluxo de indivíduos que procurariam aquele serviço para sanar os seus problemas de saúde. Esse tipo de estabelecimento ainda que possa enfrentar alguns receios por parte da população assistida, propicia para um atendimento mais resolutivo na RAS.

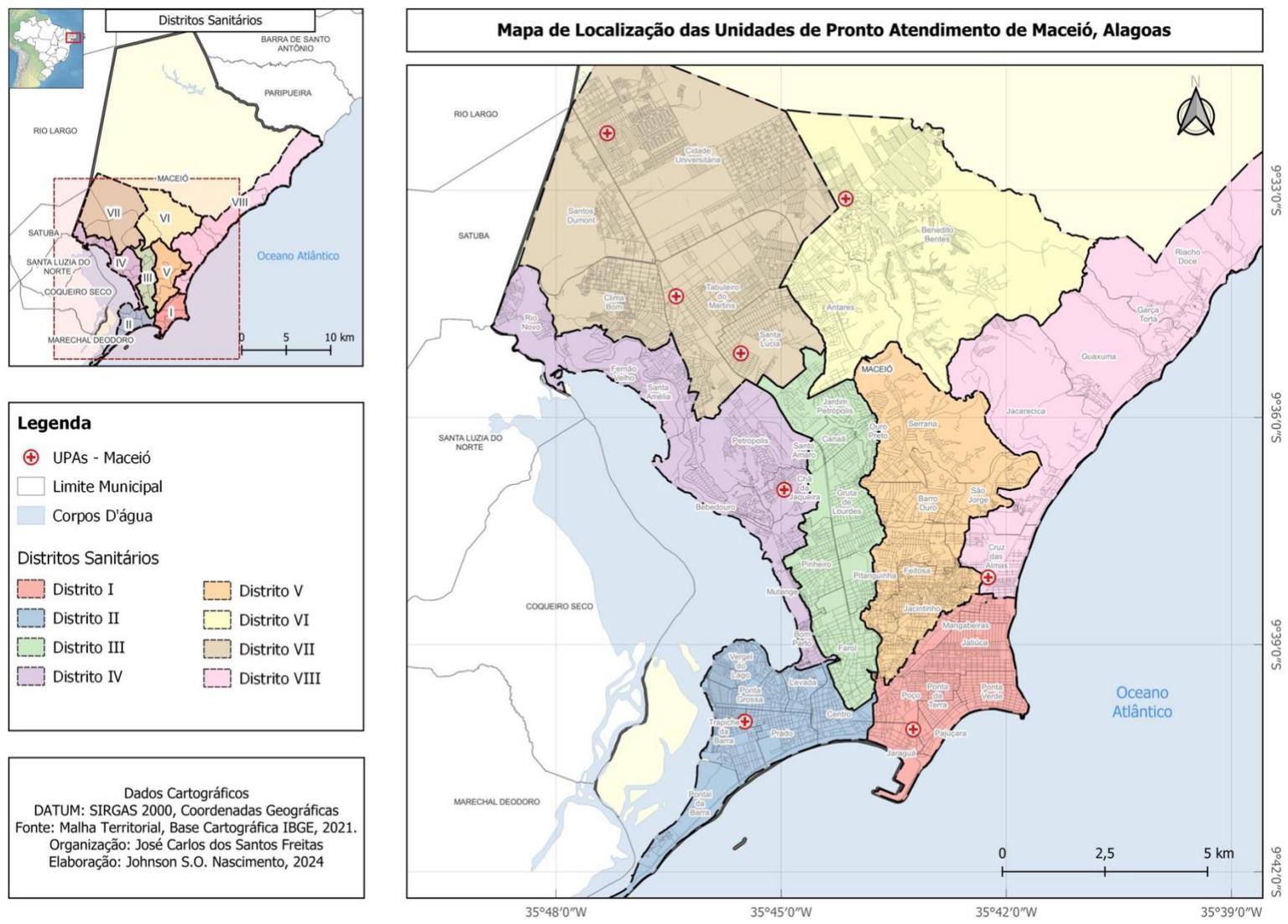
Por sua vez, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) estão localizadas em pontos estratégicos da cidade, garantindo o acesso mais rápido e resolutivo para agravos que coloquem em risco imediato à vida do indivíduo. Ainda que as UPA não sejam o foco deste estudo, reforçar a sua importância e localização no território maceioense é de grande significado, pois, dado a cultura – errônea – da população, de que os serviços de urgência e emergência são mais resolutivos, acaba se tornando parte do dia a dia da sociedade.

Os primeiros bairros que receberam as UPAs foram Trapiche da Barra e Benedito Bentes – II e IV DS respectivamente. A UPA do Trapiche, como é conhecida, teve como objetivo principal diminuir o fluxo de atendimento no Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela (HGE). Pois, sendo este uma unidade porta aberta, fazia o hospital estar sempre superlotado e com atendimentos que seriam mais resolutivos na APS ou na atenção secundária. Já a UPA do Benedito Bentes abrangeria uma população que estava geograficamente mais distante do HGE e que dado a distância, tinham os acometimentos mais sérios, e até óbito, quando necessitavam de serviços de urgência e emergência.

Primando propiciar o atendimento equânime para a sociedade maceioense, foi instalada novas UPAS na cidade, como pode ser percebido (figura 5). Na atualidade, Maceió é atendida por 8 UPAs sendo que cinco são administradas pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas (SESAU) e três administrada pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e Organização Social (OS). Salienta-se que a UPA da Santa Lúcia, a mais recente, é a primeira que foi construída e é mantida pela administração municipal.

As Unidades de Referência funcionam como pequenos centros especializados, onde uma gama de serviços e especialidades assistenciais de média complexidade, são disponibilizados para a população. As URs funcionam mediante demanda de especialidades de serviços, assistenciais e de equipamentos que seriam onerosas para a administração se disponibilizada em larga escala. Cada Distrito Sanitário possui uma ou duas Unidade de Referência, onde o gerenciamento destas especialidades fica mais fáceis e seguem as diretrizes instituída pelo SUS (BRASIL, 2010).

Figura 5. Mapa das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Maceió



Fonte: IBGE, 2021.

O processo de distribuição das UPAs em Maceió, considerando a divisão por DS, evidencia que alguns distritos possuem mais unidades de pronto atendimento que outras, o que pode ser explicado dado a conformação socioeconômica da população, o distanciamento dos serviços de urgência e emergência, e a distribuição de outros serviços. A instalação da UPA do Jacintinho, por exemplo, foi feita nos limites territoriais do DS VIII, porém alude à população do DS V. tal situação se dá devido ao grande contingente populacional no DS V, aliado com a densidade demográfica menor do DS VIII, estando a UPA em uma posição estratégica para atender aos dois DS e até mesmo do DS I.

Necessário enfatizar que mesmo a parte alta da cidade possuindo o Hospital Metropolitano e o Hospital Universitário, o atendimento de casos graves – sejam clínicos ou acidentais – que coloquem o paciente em eminente risco de morte, ocorrem apenas no Hospital Geral do Estado, logo a localização das UPAs se tornam estratégicas para diminuir o tempo de deslocamento e espera para a resolução de agravos que não necessitem de intervenções cirúrgicas ou propiciar o estabilizamento da causa até chegar no serviço de referência.

Um passo importante, a qual foi mais relevante no período da pandemia de Sars-Cov-2 (coronavírus) foi o uso da telemedicina, a qual, desde aquela época ganhou maior relevância e confiabilidade por parte da sociedade. Na esteira de tal avanço, Maceió instituiu em 2023 a primeira Unidade Básica em Telessaúde, com capacidade de atender cerca de 15 mil pessoas.

Instalada no conjunto habitacional Parque dos Caetés, no Benedito Bentes, conseqüentemente integrando o IV DS. Tal iniciativa é necessária para garantir o desenvolvimento da assistência a saúde, ainda mais quando considerado que os conjuntos habitacionais quando são entregues a população, carecem de serviços públicos como escolas, unidades de saúde e transporte público.

Na atenção terciária, compreendida pelos hospitais, Maceió possui sete hospitais totalmente público, sendo um gerido pela administração federal, seis geridos pela administração estadual e um pela administração municipal. Ademais, há na cidade três hospitais que pertencem a iniciativa privada, mas que atende de modo suplementar ao SUS, além de cinco que atendem por convênios ou particular.

As maternidades também estão contempladas em Maceió, devendo-se fazer um parêntese para o fechamento da Casa Maternal Denilma Bulhões, a qual prestava os serviços de assistência ao parto de risco habitual, situado no bairro do Benedito Bentes. Seu fechamento ocorreu em 2014, perdendo a capital alagoana o local que era referência para o atendimento de partos naturais e de banco de leite humano (GAZETA, 2015). Considerando o histórico de

descaso com a assistência materno-infantil no município e no estado, o fechamento da Casa Maternal deixa uma lacuna na assistência à saúde.

O custeio dos atendimentos e repasse de recursos, realizados na APS é mensurado e avaliado pelo Programa Previne Brasil, desde 2019, no qual considera o número de pessoas cadastradas em serviços de APS e os resultados sob os grupos selecionados de indicadores, aponta que a APS em Maceió vem tendo resultados insatisfatórios em algumas frentes e eficiência em outros.

No rol de serviços analisados pelo Previne Brasil encontram-se atendimentos que são basilares para a mensuração de oferta dos serviços à sociedade, tais como consultas de pré-natal, cobertura vacinal e programas de controle de diabetes e pressão arterial (quadro 3).

Quadro 3 - Resultados por indicador de desempenho do Previne Brasil em Maceió

Quadrimestre	Pré-natal (6 consultas) (%)	Pré-natal (Sífilis e HIV) (%)	Gestantes Saúde Bucal (%)	Cobertura citopatológica (%)	Cobertura Vacinal Polio e Penta (%)	Hipertensão (PA aferida) (%)	Diabetes (Hemoglobina glicada) (%)
2022 Q1	32%	66%	51%	20%	72%	26%	15%
2022 Q2	35%	73%	58%	22%	72%	31%	25%
2022 Q3	43%	75%	59%	23%	69%	30%	21%
2023 Q1	45%	78%	60%	25%	72%	29%	23%
2023 Q2	45%	79%	59%	28%	81%	33%	29%
2023 Q3	50%	82%	64%	28%	84%	32%	27%

Fonte: BRASIL, 2024.

Para o Previne Brasil, o indicador prevalente é aquele disponível para o último quadrimestre, (2023 Q3) sendo assim, ao observar os indicadores a disponibilidade de coletas citopatológicas, assim como a assistência e acompanhamento de pessoas hipertensas e diabéticas encontram-se abaixo do recomendado, contrastando com o rastreamento e diagnóstico a sífilis e HIV nas consultas de pré-natal e a própria cobertura vacinal apresentando índices satisfatórios de cobertura.

Quando se observa a distribuição dos serviços de saúde, sem considerar a sua tipologia, nota-se que alguns DS possuem maior densidade de serviços que outros. Essa distribuição dos serviços impacta na forma como a população se desloca no território para ser atendida. E, evidencia o caráter desigual na distribuição dos referidos no território.

Necessário observar os espaços nos quais as unidades de saúde não estão instaladas, pois isso reflete diretamente no direito ao acesso à saúde. Ora, ao não ter próximo do seu local de moradia, uma unidade de saúde, o indivíduo não se reconhece assistido e inserido por uma

equipe de saúde, não estabelece vínculo com o serviço e nem com os profissionais, não tendo seu direito constitucional garantido.

Sá e Holanda (2017) discorrem que a localização dos serviços de saúde favorece a identificação de centralidades em uma rede urbana, devido a dificuldade de encontrar, dispersos nessa rede, determinados serviços de maior nível de complexidade. A localização de determinados serviços é regida pela dinâmica econômica associado a prestação de serviços da saúde, onde os espaços luminosos terão maior probabilidade de receber tais investimentos.

No cenário maceioense, essa dinâmica impera, através da localização dos equipamentos de saúde de maior complexidade, situando-se esses nas áreas mais centrais e antiga da cidade. Além das vias que possuem maior relevância para a circulação de informações, mercadorias e populacional. Tal aspecto pode ser ilustrado pela localização dos principais hospitais privados e que atendem de modo suplementar o SUS, em sua maioria localizado no DS III e às margens da principal via da cidade.

Dantas e colaboradores (2021) discorrem que o acesso aos serviços e equipamentos de saúde está condicionado a quatro elementos, sendo estes: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Todas essas variáveis além do fator humano e de percepção do indivíduo é atrelado às questões políticas e gerenciais.

A disponibilidade dos serviços está correlacionada com todos os demais elementos. Ainda que a aceitabilidade e a qualidade sejam características que o indivíduo irá qualificar o serviço, são variáveis que acabam sendo consideradas para o entendimento, lógica e dispersão dos serviços.

A saúde não é meramente um direito social garantido pela Constituição que vai se submeter à lógica das políticas públicas, ela vai ser influenciada também pela “lógica do mercado, ao estabelecer o território como norma, aonde, pelos usos que abriga, se habilita ou não, o desenvolvimento de determinada atividade” (SÁ; HOLANDA, 2017, p. 101). Landim, Guimarães e Pereira (2019) trazem ainda que o campo organizacional e operacional da RAS não seja livre de intencionalidade ou de relações de poder e posições.

Tais considerações refletem em como está organizado o serviço de saúde de Maceió, tendo sua centralidade nos bairros que têm maior relevância para a economia do município e do Estado, o que Santos (2008) denominou como áreas luminosas e os locais que não tinham maior densidade tecnológica e informacional seriam as áreas opacas.

Assim posto, a dispersão dos serviços de saúde de Maceió integra uma lógica econômica, informacional, social e territorial, onde as áreas luminosas possuem maior

densidade de serviços e os bairros mais periféricos, por serem áreas opacas, possuem serviços ineficientes ou que não atendem a uma parcela realmente significativa da sociedade.

Contudo, o crescimento de Maceió, pautado numa legislatura que não tem força prática e defasada, alijado a um modelo social de que a cidade deve ser pensada, criada e gerada para atender a situações fins, sem ocorrer adaptações ou mudar a função de determinados equipamentos, cria um cenário engessado (SANTOS, 2008) e isto resvala na saúde.

3. 2 Espacialização da rede de assistência à saúde

Pensar a distribuição dos serviços de saúde considerando o arranjo populacional é uma das formas mais efetivas de garantir o direito de acesso aos serviços de saúde. Mais que isso, vislumbra novos cenários para o gerenciamento do território e fortalece o pertencimento da sociedade com o seu local de vivência diária.

Disponibilizar e aperfeiçoar possibilidades de desenvolvimento da assistência à saúde, é um grande desafio que deve ser assumido por parte dos governantes, da academia e da sociedade, primando pela dignidade humana e o direito constitucional de acesso à saúde. Mais que isso, ao trazer a baila a questão dos serviços de saúde e sua distribuição no território, propicia uma análise da realidade não como ela pode ser, mas sim como ela está e a partir daí criar cenários e possibilidades.

Desta feita, alguns cenários se vislumbram para que a assistência seja mais resolutiva e chegue a um maior número de pessoas. Um dos primeiros pontos que pode ser abordado, é aquele concernente à telemedicina e saúde digital, que já vem sendo implementada no município. O desenvolvimento de novas localidades com tal aparato técnico-informacional propicia maior acessibilidade da população.

Para tanto, não somente é necessário haver a disponibilidade de infraestrutura e equipamentos, é primordial a capacitação dos profissionais que atendem de modo remoto, como também presencial, com maior ênfase, a familiaridade para o manejo de dispositivos eletrônicos e acesso à internet e que possam realizar o acolhimento necessário ao usuário. Uma prerrogativa bastante relevante, ainda, é com relação a ambiência dos espaços utilizados, deixando-os acolhedores, pois isto facilita na criação de vínculo do usuário com o serviço, principalmente quando se trata em atendimento virtual.

A iniciativa da Prefeitura de Maceió com a primeira Unidade Básica de Telessaúde é um passo importante na assistência à saúde da população maceioense considerando novas abordagens na assistência. Ao propiciar o atendimento assistencial de modo remoto, é possível

que os indivíduos que trabalham e não podem faltar no emprego, tenham a possibilidade de serem atendidos. Àqueles que são acamados, idosos, possuem limitação de mobilidade ou que não possam ter contato com outras pessoas, lhes sejam garantidos o acompanhamento de profissionais de saúde.

A necessidade de tais tecnologias reforçaram-se na época da pandemia, mas suas contribuições superam os momentos pandêmicos ou de surtos, acerca disto, Caetano e colaboradores (2020) trazem que:

Mesmo antes da chegada da COVID-19, a telessaúde já vinha sendo cada vez mais adotada para levar cuidados especializados à casa de pacientes doentes e suas famílias. Pode fornecer acesso rápido a especialistas que não estão imediatamente disponíveis, e isto pode ser ainda de maior valor em países onde certas especialidades são particularmente escassas, sobretudo fora dos grandes centros (CAETANO e colaboradores, 2020, p. 06).

Para a efetividade do atendimento, é necessário que os profissionais que integram essa equipe trabalhem de modo coeso e tenham acesso a todas as informações pertinentes do paciente, fazendo uso, se possível, de tecnologia suficiente para diminuir a distância física existente entre quem assiste e quem é assistido. Ademais, o uso da telemedicina dá a chance de que determinados casos sejam identificados, tratados e acompanhados fora do ambiente hospitalar, diminuindo custos para o erário público e carga físico-mental-emocional do paciente.

A telemedicina pode ser utilizada para manter os doentes fora dos hospitais, retendo aqueles assintomáticos ou com sintomas moderados em casa e encaminhando os casos mais graves para os hospitais, permitindo ganhar tempo e evitar sobrecarga nos serviços de saúde. Por outro lado, o uso de contatos virtuais ou de softwares baseado em telefone que detecta e registra os dados dos pacientes como sintomas ou temperatura e sintomas, pode impedir consultas hospitalares desnecessárias para pacientes com sintomas leves. Dependendo da gravidade dos sintomas, os usuários podem ser encaminhados no momento de contato a um médico, que poderá orientá-los a visitar um hospital, permanecer em casa e monitorar seus sintomas, ou alternativas mais adequadas a cada situação (CAETANO e colaboradores, 2020, p. 05).

A telessaúde possui campo fecundo para a sua consolidação na cidade de Maceió, devendo ser utilizada como uma forma de diminuir barreiras para a assistência à saúde e garantir o acesso da população aos serviços de saúde, assim como a especialidades médicas que não poderiam ter acesso por variados motivos. Uma segunda alternativa para o desenvolvimento da assistência a saúde em Maceió, e que já vem sendo feita são as clínicas moveis e saúde

itinerante, na qual a população de uma localidade recebe uma estrutura de apoio onde será desenvolvida as ações com os populares.

Mesmo que esse tipo de assistência não seja a mais efetiva para garantir e gerar identificação do paciente com a equipe de saúde, propicia o acompanhamento das condições de saúde e vida da população, encaminhando quando necessário, para especialistas. Como já discutido anteriormente, a cidade de Maceió possui vazios assistenciais que tiram da população a possibilidade de serem atendidos e acompanhado por uma equipe de saúde, situação esta parecida com o que ocorre no Brasil.

Tal situação escancara as fragilidades de coordenação e regulação da rede de saúde em âmbito estadual e nacional (LANDIM; GUIMARÃES; PEREIRA, 2019), mas é no âmbito municipal que essas fragilidades se tornam mais proeminentes, pois impacta diretamente a dinâmica de vida dos indivíduos e conformação da própria organização social.

Assim posto, o uso de serviços itinerantes é uma forma de viabilizar o atendimento da população desassistida pelas unidades de saúde e garantir o direito de acesso a saúde. Landim, Guimarães e Pereira (2019) apontam que as dificuldades da administração pública, aliado a questões de cunho político-partidário e de interesse privado, acentuam as disparidades, excluindo a oportunidade de instalação de novos estabelecimentos para o uso fruto da sociedade.

Um dos fatores que poderiam explicar a falta de unidades de saúde e conseqüentemente o uso de equipes de saúde itinerante é explicitada por Lima e colaboradores (2022) ao analisar o acesso à APS em áreas rurais do Oeste do Pará. Além da dificuldade caracterizada por longas distancias e dificuldade no deslocamento, a dispersão populacional se torna fator determinante para a instalação de UBS.

Durante muito tempo Maceió possuía vazios dentro da sua tecitura urbana, movida pelo interesse especulativo do valor da terra, ou por estarem distantes do centro financeiro e de serviços da capital. Situação esta que começou a alterar-se, timidamente a partir da década de 1980, como aponta Japiassú (2019), onde acentuaria com a efetivação dos 50 bairros da capital alagoana que só viria a vir ocorrer através da Lei Municipal 4.687/1998 (JAPIASSÚ, 2019; MACEIÓ, 1998).

Referente ao uso e ocupação do solo, Japiassú (2019) expõe que em 1980, a cidade de Maceió possuía um foco de ocupação próximo ao Centro da cidade, assim como a área costeira. O crescimento e desenvolvimento da cidade para a *Parte Alta* seguia o curso da Avenida Fernandes Lima; Avenida Durval de Góes Monteiro, e em direção ao litoral norte, a BR 101.

Retomando sobre o crescimento e nova divisão administrativa de Maceió, tal situações perpetuaram problemas que são perceptíveis em áreas rurais do Brasil e no mundo: uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde, onde atualmente busca-se suprir através dos serviços itinerantes.

Destaca-se dentre esses serviços, aquele desenvolvido junto às pessoas em situação de rua, nos bairros do Benedito Bentes, Vergel do Lago, Centro e Jaraguá, além do serviço Saúde da Gente e Brota na Grotta, gerenciado pela administração municipal. Tais serviços são primordiais para atender a demandas específicas, mas que reverberam na saúde da população.

O primeiro, Consultório na Rua, garante o atendimento e acompanhamento de pessoas em situação de vulnerabilidade social, por encontrarem-se sem domicílio, logo sem vínculo a uma UBS. As equipes podem ser constituídas por “profissionais de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, educação física, odontologia, medicina, além dos profissionais de nível técnico e médio, a depender da modalidade” (TIMÓTEO e colaboradores, 2020).

O programa Brota na Grotta, busca levar atendimento social aos moradores das áreas de grotta da cidade, propiciando o atendimento assistencial para emissão de documentos, cursos profissionalizantes, lazer e saúde, além de revitalização de espaços antes marginalizados.

O Saúde da Gente, por sua vez, trás as especialidades assistenciais, com o intuito de diminuir a demanda nas unidades de saúde de referência ou encaminhar o usuário do SUS para esses serviços, ofertando ainda a realização de exames de rotina, vacinação e consultas veterinárias, inclusive.

Os programas de saúde itinerante se mostram necessários, uma vez que a rede de assistência, em especial na APS encontra entraves em alguns bairros para a sua efetivação ao maior número de populares/usuários do Sistema.

O serviço de saúde itinerante é uma ferramenta de grande importância e impacto para os usuários e o próprio sistema de saúde, onde através da integração com outras formas de desenvolvimento da assistência propicia a oportunidade de efetivação dos serviços. A possibilidade que se descortina é haver uma integração entre os serviços itinerantes e os serviços de telessaúde, ofertando um maior leque de especialidades assistenciais, com uso de internet móvel e serviço cada vez mais especializado e de excelência para suprir as necessidades da população.

Concernente a distribuição dos serviços de saúde ao longo dos DS, é necessário considerar novos cenários para a implementação de unidades que possam atender a demanda populacional e, porventura, suprir a deficiência territorial das unidades. Através do que explicita

as Portarias nº 2.436/2017 e nº 340/2013 e considerando as técnicas de geoprocessamento, a possibilidade de instalar novas unidades de saúde em pontos estratégicos da cidade e que estão em pleno processo de crescimento se fazem como uma estratégia para garantir o acesso à saúde da população.

Considerando que na capital alagoana 63% de unidades de saúde são de porte I e II, a instalação de novas unidades de porte maior seriam interessantes, por albergar no mesmo espaço físico um maior número de equipe de saúde, o que invariavelmente poderia disponibilizar a cobertura para um maior número de indivíduos. Além disto, dando o franco espraiamento do tecido urbano e novas dinâmicas na ocupação do solo, possuir unidades com maior estrutura possibilita repensar o quadro assistencial sem necessariamente construir novas instalações.

Por tanto, sugere-se a construção de unidades de saúde de porte III e IV, uma vez que essa unidade e seu porte podem operar com uma equipe mínima e se necessário, aumentar a equipe sem maiores dificuldades, não operando abaixo de sua capacidade.

Os principais distritos sanitários que poderiam receber novos equipamentos são necessariamente o DS VI e VII, mesmo que juntos esses dois distritos possuam 22 unidades de saúde, o crescimento e incremento de sua população além da baixa oferta de infraestrutura urbanas públicas tornam essas áreas críticas.

A área englobada por esses dois DS vem recebendo atenção da administração pública, em especial concernente a assistência a saúde, tanto na esfera municipal como estadual, concentrando ao todo, três UPAs e dois hospitais, com a promessa de implementação de mais um, o Hospital do Idoso, todos públicos.

Um ponto a ser observado é referente ao bairro do Jacintinho, o mais populoso do município. A instalação de novas unidades no bairro ou nas suas imediações, favoreceria um maior número de pessoas, diminuindo o tempo de espera para consultas e encaminhando em tempo hábil, para o atendimento das condições de menor potencial deletério a curto prazo.

A instalação de novos serviços de referência e contrarreferência faz pontuar a necessidade de instalação de centros de saúde multifuncionais, conhecidos popularmente como policlínicas, onde um número considerável de especialidades assistenciais é disponibilizado a toda a sociedade, independente da área de abrangência.

Tais centros de saúde funcionariam em horário comercial e atenderiam através da regulação existente na APS, fazendo ainda o serviço de contrarreferência, ou seja, encaminhando esse usuário para a APS ou para outro serviço especializado ou hospital quando necessário. Esses centros poderiam englobar além das unidades de saúde, serviço de atenção

psicossocial, havendo necessidade, podendo englobar o atendimento do conselho tutelar, considerando todos os aspectos da formação da criança e do adolescente, inclusive de saúde e proteção.

Tais centros de saúde poderiam, inclusive, ofertar a telessaúde, tirando do campo da exclusividade e até mesmo da experimentação, para a efetividade, integração e rotina dos serviços de saúde da capital. Descortinando assim novas possibilidades e modos de prestar a assistência.

Considerações Finais

A saúde como campo do direito social, é uma prerrogativa que deve ser considerada na análise social, devendo ser foco do interesse público, pois irá impactar diretamente no acesso à cidade e a qualidade de vida. A questão social, econômica, ambiental e de acesso irá ter grandes repercussões na saúde, fazendo com que se tenha uma sociedade mais sadia ou não.

O estabelecimento de linhas de cuidado e implementação de serviços de saúde propiciam o desenvolvimento humano, garante a dignidade humana e trás integração do individuo com a sociedade. A oferta de serviços públicos, além de garantir um direito básico, é uma ferramenta de gestão pública efetiva e que trás maior pertencimento.

A cidade de Maceió desponta no cenário alagoano, dentre outros focos, por ser a capital, ser referência da primeira região de saúde do estado e pela dinâmica singular de crescimento e enfrentamento das problemáticas que lhe tornam única dentre as capitais brasileiras.

A distribuição dos equipamentos de saúde na cidade, ainda que tente atender a toda a sociedade, possui disparidades na sua distribuição e oferta. É inegável que diversos equipamentos, tais como hospitais e UPAs estejam situada em localidades estratégicas da cidade, porém, deixa desassistida uma parte significativa da população, devido a distancia de sua moradia até o serviço de saúde. A alta demanda por serviços, em especial, de média complexidade superlota as UPAs.

Com o intuito de propiciar uma assistência à saúde mais eficaz é necessários maiores investimento em infraestrutura das unidades que já existem e pensar de modo crítico, considerando as zonas de crescimento da cidade, para a instalação de novas unidades que possam comportar as novas demandas. Um dos pontos que pode haver maior integração é o uso da telessaúde como forma de democratizar o acesso a assistência à saúde.

Pautado nas prerrogativas do Sistema Único de Saúde, propiciar um ambiente assistencial em que a integração do cuidado em saúde se torne foco central e primordial do atendimento e acompanhamento do maceioense se torna imprescindível, devendo haver jogo de cintura da administração pública para garantir e objetivar tal preceito constitucional e organizativo do SUS.

A Geografia da Saúde vem no esteio para propiciar novas discussões e abordagens sobre o processo saúde-doença-cura, buscando uma visão que considere o meio, a doença e as interações do homem como fatores importantes para entender o direito ao acesso aos serviços de saúde. A inserção perpassa ainda a dimensão discricional, trás a baila o debate sobre a saúde como direito e o próprio planejamento das cidades e estruturação social. Partindo de uma

análise crítica da realidade, considerando os fatores socioeconômicos e culturais, assim como da gestão dos serviços, é possível vislumbrar novas possibilidades para o desenvolvimento eficaz da saúde humana, em todos os âmbitos.

O monitoramento, fiscalização e avaliação dos serviços se faz necessário, por possibilitar que a administração pública escute e entenda a demanda dos usuários e dos próprios servidores, através da adoção de mecanismos de monitoramento, é possível identificar falhas e áreas que necessitam de melhorias, garantindo que as ações implementadas sejam eficazes.

Referências

- AGUIAR, Z. N. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde: Breve história da política de saúde no Brasil. In: AGUIAR, Z. N. (Org.) **SUS: Sistema Único de Saúde, antecedentes, percursos, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015, pp. 17-40.
- ALBIERO, J. F. G; FREITAS, S. F. T. Cenários de prática na atenção básica: tipologia para unidades docente-assistenciais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, 2017.
- ALMEIDA-FILHO, N. Qualidade-equidade em saúde: novos desafios em um estado de mal-estar social. **Interface**, Botucatu, v. 24, p. e200171, 2020.
- ALMEIDA, E. S. **Distritos Sanitários: Conceção e Organização, volume 1**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).
- BARBOZA, N. A. S; RÊGO, T; D. de M.; BARROS, T. M. R. R. P. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 11, p. 84966–84985, 2020.
- BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380–398, dez. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretária Geral do Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, Diário Oficial, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF, Diário Oficial, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, Diário Oficial, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério Saúde, 2000.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 09 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

CAETANO, R; SILVA, A. B; GUEDES, A. C. C. M; PAIVA, C. C. N; RIBEIRO, G. R; SANTOS, D. L; SILVA R. M. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. e00088920, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwpJf#>. Acesso em 15 mai. 2024.

CLAVAL, Paul. **Epistemologia da Geografia**. Florianópolis: Editora UFSC, 2011.

COSTA, C. **História das Alagoas**. 2ª ed. Maceó, Sergasa, 1983, 179p.

DANTAS, M. N. P; SOUZA, D. L. B; SOUZA, A. M. G; AIQUOC, K. M; SOUZA, T. A; BARBOSA, I. R. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 24, 2021.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. *In*: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (Orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. 2 ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 279-321.

ESPÍNDOLA, T. B. **Geographia Alagoana ou Descrição Physica, Política e Histórica da Província das Alagoas**. 2ª ed. Maceió: Typographia do Liberal, 1871, 483p.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, nov. 2020.

FARIAS FILHO, J. A; ALVIM, A. T. B. Higienismo e forma urbana: uma biopolítica do território em evolução. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, Curitiba, v. 14, p. e20220050, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/urbe/a/qhV5y3yN3m5cYXHXdMmmTKw/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 19 mar. 2024.

FIGUEIRA JUNIOR, O. B. **A ordem médica sobre o alagadiço: higienismo e epidemias nas Alagoas Oitocentista (1850-1882)**. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Humanas, Comunicação e Artes. Programa de Pós-Graduação em História, Maceió, 2018.

FONSECA, C. M. O. A história da política de saúde no Brasil: interpretações e trajetórias. *In*: HOCMAN, G; TEIXEIRA, L. A; PIMENTA, T. S. (Orgs.) **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018, pp. 403-429 (Coleção Saúde em Debate; 269).

HOCMAN, G; TEIXEIRA, L. A; PIMENTA, T. S. História da saúde no Brasil: uma breve história. *In*: HOCMAN, G; TEIXEIRA, L. A; PIMENTA, T. S. (Orgs.) **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018, pp. 09-26 (Coleção Saúde em Debate; 269).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2022: População e Domicílios - Primeiros Resultados**. Atualizado em 22/12/2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/maceio.html>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Prévia da população calculada com base nos resultados do Censo Demográfico 2022 até 25 de dezembro de 2022**. IBGE, Brasília, 2023.

JAPIASSÚ, L. A. T. Expansão urbana de Maceió, Alagoas: caracterização do processo de crescimento territorial urbano em fase do Plano de Desenvolvimento de 1980 a 2000. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Maceió, 165 f., 2015

LANDIM, E. L. A. S; GUIMARÃES, M. C. L; PEREIRA, A. P. C. M. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 161–173, 2019.

LIMA, A. L. G. S; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, n. 10, v. 03, 2003.

LIMA, I. F. **Maceió a cidade restinga**: contribuição ao estudo geomofológico do litoral alagoano. Maceió: EDUFAL, 2010. 255p.

LIMA, J. G; GIOVANELLA, L; BOUSQUAT, A; FAUSTO, M; MEDINA, M. G. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, p. e00616190, 2022.

MACEIÓ. Prefeito JHC anuncia primeiro hospital público municipal da história de Maceió. **Prefeitura de Maceió**, 2023a. Disponível em: <https://maceio.al.gov.br/noticias/gp/prefeito-jhc-anuncia-primeiro-hospital-publico-municipal-da-historia-de-maceio>. Acesso em 07 abr. 2024.

MACEIÓ. Secretária Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Atenção Primária. **Relatório situacional das atividades realizadas pelo Programa Saúde da Gente no município de Maceió-AL**. Maceió, SMS, 2023b.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde. Coordenação Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021**. SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2017.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, G. C; MOURA, A. L. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, pp. 61-79 (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

MILAGRES, P; SILVA, C. F; KOWALSKI, M. O higienismo no campo da Educação Física: estudos históricos. **Motrivivência**, Florianópolis/SC, v. 30, n. 54, p. 160-176, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2018v30n54p160>. Acesso em: 19 mar. 2024.

MOURA, R; FERREIRA, G. **Fronteiras do Brasil: primeiros resultados do censo demográfico 2022, publicação preliminar**. IPEA, Instituto de Pesquisa Econômico Aplicado, Brasília, 2023.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (orgs.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]*. 2 ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 365-393.

NORONHA, J. C; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. *In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 19-32.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: OPAS, 2011.

OUVERNEY, A. M; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde. redes locais, regionais e nacionais. *In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. pp. 143-182.

PAIVA, C. H. As; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, 2014.

QUIEROZ, A. Os 200 anos da emancipação das Alagoas: outro olhar histórico. **Revista Psicologia & Saberes**, [S. l.], Maceió, v. 7, n. 8, p. 57–69, 2018.

RIBAS, D. S. L; JUNKES, J. A; RODRIGUES, D. F. **Saúde nunca veio aqui**. Rio de Janeiro: Bonecker, 2019.

RODRIGUES, M. R; SOUSA, M. F. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, 2023.

ROSÁRIO, C. A; BAPTISTA, T. W. F; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, 2020.

SÁ, M. C; HOLANDA, V. C. C. O uso do território na distribuição dos serviços de saúde: um estudo de Sobral – Ceará. **Ateliê Geográfico**, Goiânia, v. 11, n. 02, 2017.

SANTOS, M. **A natureza do espaço habitado**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020. (Coleção Milton Santos; 1).

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

TEIXEIRA, L. A; PAIVA, C. H. A. Saúde e reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia. *In*: HOCMAN, G; TEIXEIRA, L. A; PIMENTA, T. S. (Orgs.) **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018, pp. 430-463 (Coleção Saúde em Debate; 269).

TIMOTÉO, A. V. G; SILVA, J. V. S; GOMES, L. K. G; ALVES, A. S. S; BARBOSA, V. M. S; BRANDÃO, T. M. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes de consultório na rua de Maceió-AL. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 11, n. 1, 2020.