



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

LILIANE PEREIRA DA SILVA

**SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA URBANIZAÇÃO DO “VALE” DO  
REGINALDO EM MACEIÓ**

**Maceió-AL  
2022**



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

## **SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA URBANIZAÇÃO DO “VALE” REGINALDO EM MACEIÓ/AL**

Dissertação de Mestrado desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Geografia, para obtenção do título de mestre, pertencente ao Instituto de Geografia, Desenvolvimento e Meio Ambiente, da Universidade Federal de Alagoas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gilcileide Rodrigues da Silva

**Maceió-AL  
2022**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S586s Silva, Liliane Pereira da.  
Saúde pública no contexto da urbanização do “Vale” Reginaldo em  
Maceió / Liliane Pereira da Silva. – 2022.  
86 f. : il. color.

Orientadora: Gilcileide Rodrigues da Silva.  
Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de  
Alagoas. Instituto de Geografia, Desenvolvimento e Meio Ambiente.  
Programa de Pós-Graduação em Geografia. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 84-86.

1. Geografia da saúde. 2. Regionalização – SUS. 3. Territorialidade.  
4. Unidade Básica de Saúde – Vale do Reginaldo (Maceió). I. Título.

CDU: 911: 614 (813.5)

## RESUMO

A Geografia da Saúde vem desenvolvendo papel importante na sociedade, visto que seu objetivo não é apenas mapear a origem e a disseminação de doenças, mas também analisar politicamente a conjuntura pela qual a sociedade está sendo submetida. Buscando mitigar soluções para crises mundiais, como a pandemia da COVID-19, que resultou na maior crise sanitária, diante do número de mortes e ainda alavancou uma crise econômica que já vinha sendo consolidada com a atual política econômica, que vem agravando a desigualdade social, com negacionismo e o desprezo pela vida do atual presidente do Brasil. Nesse sentido é pertinente discutir a regionalização do SUS e como vem sendo efetivada a Saúde Pública como estratégia de gestão. Fazendo um estudo do funcionamento e das normas que regulam o SUS nas três esferas de poder. Utilizando uma metodologia qualitativa, através da abordagem sistêmica com embasamento teórico de alguns autores como Capra (1982), Faria e Bortolozzi(2013), Guimarães(2015), Matta(2021) e Sen(2002). O que norteou a pesquisa de campo, no sentido de coletar dados que materializaram a teoria e prática da relação saúde, ambiente e cidade, considerando a ocupação humana. Com o objetivo de compreender os aportes teóricos da Geografia da Saúde analisando a territorialização das Unidades Básicas de Saúde no entorno do “Vale” do Reginaldo, considerando os princípios do SUS. Para compreender a lógica do acesso à saúde em uma comunidade que está em vulnerabilidade social, constituída por uma classe trabalhadora que depende do sistema público de saúde. Avaliando a necessidade da mobilização política de movimentos sociais, da sociedade civil e da Universidade, para reivindicar e garantir o acesso a saúde de acordo com os princípios garantidos pela Constituição 1988, que são a equidade, integralidade e universalidade.

**Palavras-Chave: Geografia da Saúde, SUS, Vale do Reginaldo**

## ABSTRACT

The Geography of Health has been playing an important role in society, since its objective is not only to map the origin and spread of diseases, but also to politically analyze the situation to which society is being subjected. Seeking to mitigate solutions to global crises, such as the COVID-19 pandemic, which resulted in the biggest health crisis, given the number of deaths and even leveraged an economic crisis that was already being consolidated with the current economic policy, which has been aggravating social inequality, with denialism and contempt for the life of the current president of Brazil. In this sense, it is pertinent to discuss the regionalization of the SUS and how Public Health has been implemented as a

management strategy. Making a study of the functioning and the norms that regulate the SUS in the three spheres of power. Using a qualitative methodology, through the systemic approach with theoretical basis of some authors such as Capra (1982), Faria and Bortolozzi(2013), Guimarães(2015), Matta(2021) and Sen(2002). What guided the field research, in the sense of collecting data that materialized the theory and practice of the relationship between health, environment and city, considering human occupation. With the objective of understanding the theoretical contributions of the Geography of Health, analyzing the territorialization of the Basic Health Units in the surroundings of the “Vale” do Reginaldo, considering the principles of the SUS. To understand the logic of access to health in a community that is in social vulnerability, constituted by a working class that depends on the public health system. Assessing the need for political mobilization of social movements, civil society and the University, to claim and guarantee access to health in accordance with the principles guaranteed by the 1988 Constitution, which are equity, integrality and universality.

**Keywords: Geography of Health, SUS, Vale do Reginaldo**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I - A GEOGRAFIA DA SAÚDE: FUNDAMENTOS, CONCEITOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>8</b>
1.1 Origem e fundamentos: saúde e ambiente.....	9
1.2 Geografia da Saúde e seus aportes teóricos.....	12
1.3 Contexto da Pandemia e a Geografia da Saúde.....	19
<b>CAPÍTULO II – GEOGRAFIA DA SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	<b>26</b>
2.1 O Sistema Único de Saúde na esfera Federal.....	29
2.2 O Sistema Único de Saúde na esfera Estadual.....	34
2.3 O Sistema Único de Saúde na esfera Municipal.....	36
<b>CAPÍTULO III – A TERRITORIALIDADE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO “VALE” DO REGINALDO</b> .....	<b>50</b>
3.1- As Unidades Básicas de Saúde: acesso e limites.....	52
3.1.1 – UBS Reginaldo.....	52
3.1.2 – UBS Paulo Oliveira Costa – CESMAC.....	53
3.1.3 – UBS Paulo Leal.....	54
3.1.4 – UBS Waldomiro Alencar Centro de Puericult.....	55
3.1.5 – UBS José Araujo Silva.....	56
3.1.6 - UBS Grota do Moreira.....	57
<b>CAPÍTULO IV - AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: ACESSO, PLANEJAMENTO E PLANO DIRETOR</b> .....	<b>60</b>
4.1 Saúde, ambiente e cultura no “vale” do Reginaldo .....	60
4.2 O Plano Diretor da cidade de Maceió.....	65
4.3 O Direito à cidade nas confêrencias populares.....	71
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>84</b>

## INTRODUÇÃO

O objetivo principal dessa pesquisa é fazer uma análise da territorialização das unidades básicas de saúde no entorno do Vale do Reginaldo, considerando os princípios da equidade e integralidade do acesso aos serviços públicos de saúde. Que é uma das pautas da Geografia da Saúde, compreendendo a necessidade de embasar questões relevantes para saúde pública, principalmente em localidades construídas a partir da vulnerabilidade social, estabelecida pela propriedade privada, que é um dos pilares do sistema capitalista. Tornando o SUS fundamental para diminuir essa disparidade social, sendo protagonista em uma conjuntura política, que atualmente prioriza a política econômica, esquecendo de quem produz a riqueza, a população, que precisa estar bem de saúde pra trabalhar e continuar enriquecendo o país esse país.

A partir da compreensão dos aportes da Geografia da Saúde foi realizada uma abordagem sistêmica acerca da saúde pública visando estabelecer diagnósticos e análises sobre o acesso, integração e qualidade das unidades de saúde que atende uma área de vulnerabilidade social. A disponibilidade de serviços oferecidos pelos setores públicos de saúde pode estar ligada diretamente à estrutura urbana do município e a regionalização administrativa. De maneira que novos serviços e tratamentos tendem a ser ofertados nos que possuem maior facilidade de acesso, estrutura estabelecida e onde há maior concentração de usuários.

Para isso foi necessário a caracterização tanto da estrutura urbana da área de estudo, denominado de “Vale” do Reginaldo e das principais unidades de atendimento dos bairros em seu entorno. A partir desta investigação e análise, sendo possível conhecer a demanda social considerando a oferta dos serviços de saúde pública. Efetivamente teorizando acerca da territorialização das unidades básicas de saúde do “Vale” do Reginaldo, relacionado com a sua acessibilidade e abrangência. Inicialmente foi definido o campo de estudo e método, para assim iniciar o levantamento bibliográfico, envolvendo as temáticas e teorias que fundamentam a abordagem sistêmica. Após a busca teórica foram realizadas pesquisa de campo, na Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e nas Unidades Básicas que estão localizadas em outros bairros, no entorno do campo de estudo, materializando a construção teórica, com a análise das condições de acesso a

saúde da população da ocupação urbana em pauta. A pesquisa documental foi realizada através de solicitações pelo site da Prefeitura de Maceió. Assim foi possível realizar a análise dos dados populacionais, como dados demográficos dos Distritos Sanitários, contribuindo com investigação dos fatores sociais, econômicos, étnicos raciais, culturais e comportamentais. Mapeando as UBS que atende essa população do “Vale” do Reginaldo.

Os interesses econômicos continuam deixando a maior parte da população, que vivem em condições precárias de moradia, totalmente desassistidas de saneamento básico e segurança alimentar. Deveria ser papel do Estado, encontrar mecanismos que evitem o comprometimento da saúde dessa população que busca atendimento médico em unidades de saúde, que não conseguem suprir as demandas. O tema estudado tem relevância para a linha de pesquisa vinculada a PPGG-organização Socioespacial e Dinâmicas Territoriais. E é pertinente para a elaboração de políticas voltadas a melhoria da demanda da saúde pública da cidade.

A pesquisa em fase de desenvolvimento foi apresentada no X Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, em outubro de 2021, totalmente *online*, por conta do aumento de casos de contaminação da COVID-19. Durante o evento, foi possível participar das discussões que ressaltam o grande desafio da Geografia da saúde e a necessidade de se debater toda a crise sanitária que vivenciamos desde 2020. Tentando superar o problema, a partir dos esforços não apenas da comunidade científica, mas, também de todos os setores da sociedade, com o objetivo de contribuir para ações mais eficientes na gestão da saúde pública.

Na oportunidade, foi apresentado o trabalho intitulado: Geografia da saúde: fundamentos, conceitos e discussões na perspectiva da covid-19, na modalidade oral através de ambiente virtual Googlemeet sendo a atividade registrada em vídeo e disponibilizada para acesso público, através do endereço <http://simposiogeosaude.com.br> .

Em janeiro de 2022 o trabalho apresentado no evento, foi indicado para participar da categoria artigo, sendo expandido para atender os parâmetros da Revista Geoconexões (online), e publicado com o mesmo título, disponibilizado no endereço <https://geoconexoes.com/ojs/index.php/periodicos/article/view/81>.



O artigo contribuiu para o desenvolvimento do primeiro capítulo desse trabalho, tratando não somente da Geografia da saúde, como também, sobre a atual crise sanitária que vem se estendendo por dois anos, buscando nesse sentido estratégias para analisar a conjuntura da saúde pública no Brasil.

Este trabalho está dividido em quatro capítulos, o primeiro vai tratar da geografia da saúde, desde a sua origem, os fundamentos, conceitos e discussões, dos estudos médicos associados aos estudos da geografia. Como por exemplo, o clima e o relevo, podem a qualidade de vida de um indivíduo. Da mesma forma como as áreas urbanas são ocupadas e como seus recursos naturais são impactados pelo seu mau uso podem determinar a vulnerabilidade de uma parte da população. No segundo capítulo vamos tratar do sistema único de saúde nas três esferas; Federal, estadual e Municipal, trazendo toda legislação que fundamenta e delega responsabilidades para as mesmas respectivamente. Onde o município cumpre a tarefa mais importante, que é levar o acesso a saúde para a maior parcela da população de acordo com cada realidade local, através das Unidades Básicas de Saúde, que é pauta do terceiro capítulo, onde serão descritas pontualmente nos bairros que estão no entorno do Vale do Reginaldo.

E pra finalizar no quarto capítulo, vamos conhecer o plano diretor da cidade de Maceió e toda conjuntura política e o papel dos movimentos sociais e toda sociedade civil, na construção ou revisão do plano diretor de Maceió, que estava engavetado desde 2015, e agora partir de mobilizações, denúncias e audiências, torna possível a reconstrução do mesmo. O plano diretor pode ser determinante para que sejam implementadas medidas, planos e investimentos na saúde pública do município, portanto são iniciativas fundamentais para a melhoria da saúde em Maceió.

## **CAPÍTULO I – A GEOGRAFIA DA SAÚDE: FUNDAMENTOS, CONCEITOS E DISCUSSÕES**

Para entender a sistematização da Geografia da Saúde é necessário fazer um resgate histórico de como aconteceram as primeiras observações do comportamento humano e o meio, e como o homem transforma e se adequa a cada lugar, considerando o clima, relevo e a forma de subsistência. O

conhecimento adquirido ao longo da história da Grécia Antiga até a atualidade demonstra como estamos evoluindo, e como isso foi decisivo para o aumento populacional no mundo. A produção científica em várias áreas do conhecimento foi decisiva na produção de iniciativas e projetos relacionados à saúde e ao mundo do trabalho, assim como a apropriação do espaço urbano, e o que isso trouxe de retorno para a cidade, que fomenta a formação econômica social capitalista e, conseqüentemente, todas as mazelas que a acompanham até os dias atuais, como o desmatamento, que ocasiona o aquecimento global, e as pandemias, que matam milhões de pessoas.

A Geografia da Saúde trata de questões relacionadas não somente à disseminação e à origem de doenças, mas também às questões relacionadas à acessibilidade ao tratamento, dando, conseqüentemente, ênfase à distribuição espacial e à eficácia dos serviços de saúde. Em razão disso, faz-se necessária a análise dos fundamentos e a sistematização dessa área da Geografia que envolve território, regionalização e todo poder surgido das relações políticas, haja vista que esse poder influencia a dinâmica complexa entre Geografia e Saúde.

Ao analisar a conjuntura política, registra-se a importância de políticas públicas voltadas para população brasileira, sobretudo aquela pertencente à classe trabalhadora que movimenta a máquina financeira de toda sociedade global, num regime perverso que exclui e mata milhares de pessoas pelo uso irresponsável dos recursos naturais. Assim sendo, a Geografia da Saúde é resultado de muitos trabalhos sobre a variedade de condições da vida humana em relação ao ambiente e ao acesso aos meios técnico e científicos.

### **1.1 Origem e fundamentos: saúde e ambiente**

Para compreender como surge o estudo da Geografia da Saúde, faz-se necessária uma introdução da sua origem, baseada em documentos históricos que evidenciam a preocupação com a relação saúde, doença e o meio ambiente.

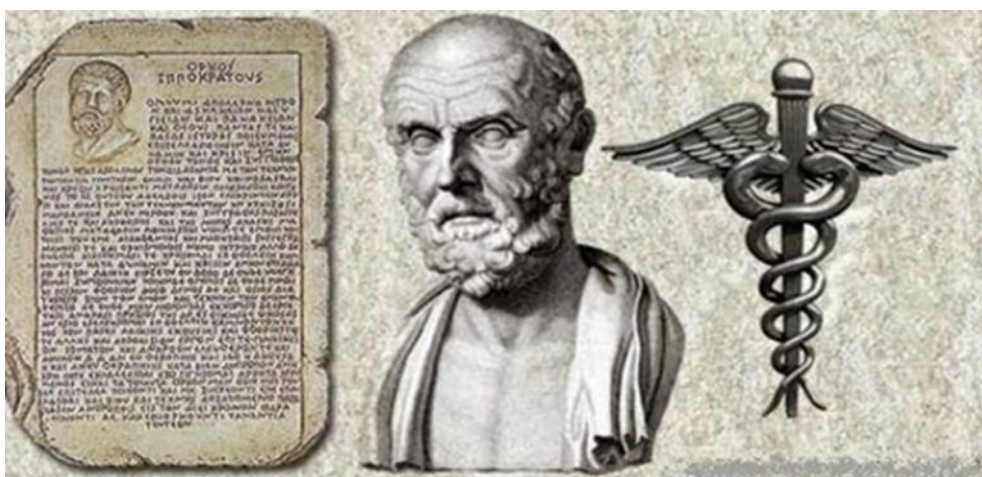
Segundo Junior Zominghani (2012), a obra de Hipócrates constitui parte dos fundamentos do campo de investigação da Geografia da Saúde.

Há uma grande coleção heterogênea de escritos médicos, em dialeto iônico, produzida durante um período de quase sete

séculos, e que contém saberes que foram utilizados nas escolas de medicina até os fins do século XVIII (JUNIOR ZOMIGHANI, 2012, p.18).

Considerado o pai da Medicina Ocidental, o médico grego (Figura 1) nascido em 460 a.C. (NOVELLI, 2008), em um de seus livros intitulado “De ares, águas e lugares”, identificou-se o modo como a localização, o clima e a disponibilidade de água influenciavam a saúde das pessoas. O médico grego descrevia a diferença entre a Ásia e a Europa em todos os aspectos e sobre a compleição dos povos que se distinguem, sem qualquer semelhança entre si.

Figura 1: Hipócrates o médico grego



Fonte: Esta Foto de Autor Desconhecido está licenciado em CC BY-SA-NC

Para Ribeiro (2005), a Ásia difere mais da Europa no que concerne à natureza de todas as coisas que brotam da terra e dos homens, e os aspectos físicos e naturais do território interferem até no comportamento humano. Homens asiáticos eram mais desanimados e mais dóceis em relação ao caráter e inaptos para a guerra, diferentemente dos europeus.

As estações do ano são as principais causas, visto que a teoria Hipócrates destaca a interferência do meio sobre o homem. Compreende-se que parte da técnica especulativa e argumentativa por ele empregada, refletida na literatura médica que chegou até nós, fora aprendida dos filósofos pré-socráticos; em contrapartida, muitos filósofos incorporaram conceitos de fisiologia e medicina aos seus sistemas filosóficos. No final do século V a.C., porém, os médicos se empenhavam energicamente em desvincular a medicina da filosofia e em

reconhecê-la como uma TÉXU “arte” autônoma (IRWIN, 1989).

De acordo com Rebollo (2006), a coleção hipocrática, as concepções serviram de pano de fundo da teoria humoral, uma vez que cada humor resulta na interação das dynámeis (objeto de observação do médico hipocrático, podendo ser: a dynámeis das estações, dos climas e das regiões) ou das virtudes operativas, pois nos tratados sobre a natureza do homem e dos humores, a doutrina humoral é sistematizada com maior clareza.

“Os elementos primários constituintes do corpo são a água, o fogo, o ar e a terra. Tais elementos geram as qualidades (quente, frio, seco e úmido) que, organizadas em pares, dão origem aos quatro humores (chymós).” (REBOLLO,2006, p.56)

Para Junior Zominghani (2012), das contribuições de autores clássicos da geografia destaca-se o conceito de gênero de vida, desenvolvido por Paul Vidal de La Blache na passagem do século XIX para o XX, e que poderia ser utilizado para o estudo das questões que envolvem território e saúde. Da geografia científica, principalmente com o uso da cartografia para monitoramento da distribuição regional das doenças e orientação das práticas de saneamento básico, resultou um atlas de mapeamento das doenças como forma de compreensão de seus mecanismos de difusão e as relações com as fronteiras internas e externas, que são questões bastante estudadas na geografia brasileira.

Segundo Rodrigues (2015), a relação entre saúde, ambiente e cidade não é uma ideia nova. O paradigma hipocrático, considerado a matriz do pensamento médico do mundo ocidental, já compreendia o ambiente das cidades como um foco de agravos à saúde. O médico inglês John Snow foi o primeiro a comprovar que um organismo vivo era a fonte da disseminação de alguma doença no meio urbano. Ele estudou a distribuição espacial de óbitos por cólera na pandemia que atingiu Londres em 1854, demonstrando a correspondência entre o número de mortes e o grau de poluição das fontes de água de cada bairro da cidade.

De acordo com Guimarães (2015), Max Sorre foi o que mais se aproximou da pesquisa geográfica da perspectiva ecológica da saúde. Os problemas ecológicos trouxeram a necessidade de considerar o tempo de ocupação humana, o maior ou menor ajustamento aos gêneros de vida e as condições específicas de vida em ambientes sociais, econômicos e políticos. A obra de Sorre inspirou-se em

rumos já delineados por La Blache, Demangeon, Jean Brunhes e de De Martonne entre outros, conservando-se fiel aos princípios gerais da ciência geográfica da época, e colocando a Geografia no centro de interesse de muitos pesquisadores médicos. Sorre (1955) permitia a instrumentalização para a apreensão da doença como um fenômeno localizável e passível de delimitação em termos de área. A maior urgência em sua época era a valorização da produção cartográfica, considerando as áreas de extensão dos principais problemas de saúde. Era preciso mapear os lugares onde ocorriam as doenças. Isso colocava o tamanho das unidades territoriais em pauta nos estudos como uma das maiores dificuldades para a análise da distribuição das enfermidades. Desse modo, ele concluirá que as áreas de extensão dessas enfermidades eram muito diferentes, conforme consta em “Fundamentos biológicos da geografia humana” (SORRE, 1955, p.301).

Não há dúvidas que Sorre (1955) contribuiu para a delimitação clara e precisa do campo de investigação em Geografia Médica, circunscrita à aplicação do método da Geografia Regional ao estudo das doenças, em que a região era o complexo patogênico, compreendido a partir de análises de dados físicos e humanos, com o objetivo de demonstrar a individualidade do fenômeno espacial (GUIMARÃES, 2015).

## **1.2 Geografia da Saúde e seus aportes teóricos**

A necessidade de enfrentar as epidemias no perímetro urbano levou cientistas a investigar as causas e a como mitigar as consequências da propagação de doenças. Segundo Guimarães (2015), no mundo emergente urbano-industrial, o saneamento urbano era o único “remédio” para o controle dos processos de transmissão das doenças infectocontagiosas, resultando no processo de embelezamento e de melhorias das condições de vida nas cidades. Durante o chamado “sanitarismo”, período delimitado por Rosen (1994) entre 1830 e 1875, a saúde pública e o planejamento urbano foram considerados uma mesma entidade. A partir de inúmeras comissões de inquérito formadas por médicos e representantes dos governos, trazendo a público um quadro completo das condições sanitárias dos bairros de trabalhadores da Inglaterra, os médicos passaram a controlar o espaço social por meio das estatísticas de saúde e dos inventários de distribuição das habitações, pessoas e doenças pelo território. As

chamadas topografias médicas transformaram-se em um poder político dos médicos na realização dessa tarefa.

Mendonça e Fogaça (2014) afirmam que Josué de Castro, ao estudar e pesquisar a subnutrição e a fome, e os problemas a elas relacionados, desnuda a ideia de sua gênese como um fenômeno meramente natural. Ao colocar em evidência a Geografia da Fome no Brasil e no mundo, Castro oferece uma grande contribuição para a compreensão geográfica da manifestação das doenças, observando-se a passagem de uma concepção hegemônica da Geografia Médica para uma perspectiva da Geografia da Saúde.

De acordo com Guimarães, a origem da Geografia da Saúde deu-se no Congresso da União Geográfica Internacional (UGI), realizado em Moscou em 1976. A própria Geografia transformou-se ao longo do século XX, tanto do ponto de vista do enfoque temático, quanto da gama de procedimentos metodológicos que acabaram levando à disciplina a interação com outros ramos do conhecimento científico.

Essa evolução, ainda nas palavras de Guimarães (2000) e Santos (2007), encontrou, no âmbito da geografia brasileira, um ambiente fortemente fértil, com amplo emprego de novas perspectivas sociológicas críticas, como o marxismo dialético, na ciência geográfica produzida no Brasil, mudando o perfil desse conhecimento no país. Para Faria e Bertolozzi (2009), a influência do geógrafo Milton Santos para a saúde pública brasileira pode ser evidenciada em sua participação em um dos eventos do Centenário da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2000, com a temática intitulada: Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento.

Milton Santos fez uma crítica relacionada ao determinismo que ainda acompanha as pesquisas acerca do ambiente e saúde, ao mesmo tempo em que destacou o desvirtuamento da teoria e da prática científica. Ainda segundo os autores, a conferência subsidiada pelo geógrafo tratou de expor a importância do pensamento livre e da produção intelectual, preocupando-se com as questões humanitárias, ao mesmo tempo que fez uma dura crítica à privatização do saber e da universidade, acompanhada também pela privatização da cidade (FARIA e BERTOLOZZI, 2009).

Ao compreender o espaço a partir do desenvolvimento do meio técnico-

científico-informacional, o campo da saúde passa a abordar a doença e não apenas a presença do vírus e/ou bactérias, mas, sim, como resultado pertencente a uma dinâmica social complexa. Essa talvez tenha sido a grande contribuição de Milton Santos à saúde pública brasileira, motivando uma grande quantidade de pesquisadores e intelectuais a se apropriarem da teoria desse geógrafo e professor baiano nos estudos sobre doença e saúde (GUIMARÃES, 2015 p.38).

De acordo com Pareja et al (2016), para se compreender o processo saúde-doença, sob a ótica do mundo moderno, é necessário entender o conceito de espaço associado com o tempo (história) e o contexto (sistemas), e não apenas relacionado com o espaço físico, ações, eventos e processos de forma isolada. Deve-se compreender que o espaço dessa discussão é considerado, segundo Santos (2014), como uma categoria de análise mediante um conjunto indissociável de sistemas e ações geográficas, objetos naturais e objetos sociais, acolhendo uma produção socio-historicamente construída a partir da realidade política, econômica e cultural.

Na análise de Guimarães,

A globalização está acelerando o processo de exclusão social nas megacidades dos países pobres, onde a miséria e a fome sempre existiram, mas a falta do mínimo de condições dignas de sobrevivência alcançou uma parcela jamais vista pela população urbana. À vista disso, a saúde é causa e consequência da produção da pobreza urbana: de um lado, a proliferação de atividades de sobrevivência (característica do que Milton Santos denominou "circuito inferior") permite a manutenção da vida dos mais pobres da cidade; de outro lado, essa situação de saúde é perpetuadora da pobreza urbana (GUIMARÃES, 2015 p.69)

É expressiva na paisagem a existência de pessoas que vivem nas periferias urbanas, carentes de infraestrutura. Residindo em habitações precárias, onde as variações de temperatura já são enormes, assim como o acesso à água potável é limitado, estão desenvolvendo capacidades de adaptação às mudanças globais em curso.

Submetidas aos eventos extremos, essas pessoas vivem, permanentemente, provas de tolerância produzidas por relações de tempo lento, da cidade percorrida a pé, das redes sociais tecidas pelos laços de vizinhança e de pertencimento à comunidade. Esse novo mundo está em fermentação dentro do velho, daquele que não tem sustentabilidade. Para imaginar como será o futuro,

observe as periferias urbanas, um espaço de aprendizado feito por pessoas capazes de superar e de aprender diante das situações mais adversas (GUIMARÃES, 2015. p.72).

Conforme Werna (1996), a legitimação do direito de morar em favelas e cortiços, desde que devidamente urbanizados, e inúmeras experiências de construção da casa própria por meio de programas de mutirão e autoajuda, organizados e incentivados pelo poder público municipal, romperam com a ideia de que o planejamento urbano devia concentrar-se em planos de larga escala, racionais e eficientes.

A saúde foi um dos temas que ganharam espaço cada vez maior na agenda social de muitos países, com enfoque na integração da rede de serviços, segundo princípios de hierarquização e regionalização. “Criaram-se condições objetivas de maior ênfase na atenção primária e no fortalecimento do setor público como um todo” (GUIMARÃES, 2000. p.73).

Dessa maneira, para Guimarães (2015), as inovações técnico-científicas acumulam a capacidade de aumentar a longevidade dos indivíduos, sejam crianças nascidas com malformação congênita, que passam a ter uma expectativa de vida maior do que teriam há algum tempo; sejam adultos, que conseguem o diagnóstico e tratamento de um câncer precocemente, como também a identificação de fatores de risco de doenças cardiovasculares, tornando possível medidas preventivas jamais imaginadas, ampliando, portanto, o topo da pirâmide etária. Tudo isso gera novas questões a serem analisadas, demandando mudanças, seja no ordenamento das cidades, no perfil da alimentação, nas formas de lazer, no convívio social, dentre outras.

A primeira tarefa de um geógrafo da saúde é estabelecer os recortes espaço temporais mais adequados para dar visibilidade a essa geografia das mudanças, que começa a ganhar corpo nesse novo período denominado “período demográfico”. Nesse novo período, além das questões populacionais (envelhecimento com dignidade, banalização da violência, fome e miséria), nos desafiam a demanda crescente pelo uso da água potável, o esgotamento das fontes energéticas e o acúmulo de resíduos sólidos. Para compreender o conceito de saúde, do ponto de vista geográfico, é preciso relacionar as categorias que o conformam, como: extensão, ordem e conexão.



O termo extensão refere-se à dimensão do espaço e, ao mesmo tempo, implica a habilidade de localização dos objetos geográficos na superfície terrestre. O termo ordem é atributo espacial relacionado à distribuição dos elementos geográficos no espaço, enquanto o termo conexão diz respeito ao elo existente entre os objetos e as ações humanas num sistema de relações no qual nenhum elemento é isolado dos outros (SILVEIRA, 2006). Atualmente, os estudos em várias áreas do conhecimento, no Brasil e no mundo, estão voltados para encontrar respostas para a pandemia. Na Geografia não poderia ser diferente, especificamente na Geografia da Saúde.

Para Oliveira (2020), o compromisso epistêmico do campo da Geografia busca entender o espaço e suas variantes, os processos e as associações, partindo para a análise dos seguintes tópicos da Geografia e suas relações com o cenário encontrado a partir da Pandemia da COVID-19: globalização; espacialização/cartografia; demografia; urbanização; economia e política. Assim sendo, se buscará compreender a análise espacial mais ampla do fenômeno, uma vez que é a partir do entendimento estrutural de cada uma das possibilidades analíticas que se constrói a leitura da conjuntura no momento atual.

A saúde pode ser considerada, para Barcellos, et al (2006), como um estado em que onível individual pressupõe a sensação de bem-estar. Já no nível coletivo, populacional, a saúde insere-se na noção mais ampla de condições de vida. A saúde e os problemas referentes à saúde são processos que possuem fatores gerais que atuam em uma teia: a biologia humana, o ambiente, os modos de vida e o próprio sistema de serviços de saúde. Conforme for o problema de saúde, um fator pode ser mais decisivo que o outro, como: nas doenças diretamente associadas a malformações congênitas, cujo peso da biologia é maior; nas doenças sexualmente transmissíveis, em que o modo de vida é mais importante; nas intoxicações por agrotóxicos, em que os fatores ambientais são mais relevantes, embora todos os fatores interajam e atuem sobre todos os problemas de saúde de forma integrada.

Para Barcellos et al (2006), a exposição às situações que afetam a saúde, geralmente, não são escolhas de indivíduos nem de famílias, mas o resultado da falta de opções para evitar ou eliminar as situações de vulnerabilidade. O que participa também dessas situações é o desconhecimento sobre a própria

vulnerabilidade. É dessa maneira que as condições de vida de grupos sociais nos territórios definem um conjunto de problemas, necessidades e insatisfações que dependem da participação de instituições de governo e da própria população, ou seja, a situação de saúde de um grupo populacional em um território é definida pelos problemas e necessidades em saúde, assim como pelas respostas sociais a esses problemas.

De acordo com Guimarães (2015), as melhorias de infraestrutura, a disseminação dos meios de diagnóstico e todo desenvolvimento dos sistemas técnicos tornaram possível o aumento da expectativa de vida, avançando nas questões que envolvem o envelhecimento da população, embora essas transformações sejam desiguais, no que se refere ao acesso, seja entre regiões ou entre diferentes classes sociais, exigindo explicações geográficas, pois cada lugar é o acúmulo desigual de tempos. Dos circuitos do tempo rápido, conectados pela grande máquina da produção global, observa-se o risco crescente da disseminação de doenças antes confinadas a algumas regiões do globo.

Além da reemergência das doenças infectocontagiosas erradicadas ou sob controle há décadas, tal situação criou a possibilidade de novas doenças e de pandemias. Esse é um risco real que está exigindo um outro tipo de organização e cooperação entre os povos. É sabido que uma considerável parcela da população, a que procura atendimento médico, é portadora de necessidades que nunca serão plenamente satisfeitas no plano da assistência médica individual, visto que há dificuldade em assegurar atendimento rápido para os casos que exigem urgência. São esses os desafios constantes do poder público: a otimização do uso dos leitos hospitalares, necessitando de uma atualização contínua do mapa de vagas; o estabelecimento de mecanismos que desobstruam a comunicação, e o intercâmbio de informação entre as unidades de serviços de saúde.

Do outro lado, há a população e a luta de diversos movimentos sociais que exigem saúde mais conectada às necessidades do dia a dia. Nos dizeres de Bakhtin (1995), o mecanismo de produção das representações sociais sempre está presente na comunicação social. Segundo Gesler (1999), o lugar tem papel central na construção desses significados sociais, e as metáforas geográficas são utilizadas para estabelecer diferentes identidades à vida comunitária (BARNES; DUNCAN, 1992), mediante um processo que não é harmonioso, mas repleto de

conflitos e resistências.

Para Guimarães (2000), a designação sobre saúde e doença pode ser usada tanto para revelar quanto para encobrir significados das relações sociais e das relações assimétricas de poder, o que torna o seu estudo necessário e ainda mais fértil. Na análise de Guimarães (2015), a Geografia da Saúde no Brasil tem como principal discussão conceitual a relação entre espaço e território, pois demanda a análise dos desafios operacionais da territorialização da política nacional de saúde, desde a implantação do Sistema Único de Saúde e sua expansão físico-territorial (GODIM et al, 2008). O conceito de região no planejamento da política nacional de saúde não é de fácil apreensão. Não basta a leitura direta dos documentos oficiais, como Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL,2002) ou Pacto pela Saúde (BRASIL,2006), sem alguns parâmetros da análise do discurso. O que vem a ser e o que pode vir a ser a regionalização da saúde é algo em aberto e em disputa por diversos atores políticos, conforme Guimarães (2005) e Pessoto (2010) puderam mapear a partir das diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde em vigor.

De acordo com análise de Barata (2009), a desigualdade social na saúde vem sendo documentada desde o século XIX, devido às péssimas condições de vida da classe trabalhadora ou pelo ideário político associado às revoluções burguesas. A contradição entre os valores de igualdade, fraternidade e liberdade, e a dura realidade de vida da maioria da população nos países industrializados possibilitaram aos chamados reformadores sociais, socialistas utópicos e comunistas um fato material para denunciar as injustiças sociais em vários campos, dentre eles a saúde, tendo em vista a situação de risco, os comportamentos relacionados à saúde e o estado de saúde físico e mental tenderem a variar entre os grupos sociais.

Para a autora, uma das frequentes explicações para a desigualdade social na saúde costuma ser o acesso aos serviços de saúde. Portanto, os efeitos são decorrentes de problemas na utilização dos recursos disponíveis, seja por incapacidade do indivíduo, seja por características da organização dos próprios serviços. Essa explicação, todavia, é rapidamente derrubada pela seguinte constatação: as desigualdades não desaparecem naqueles países em que existem sistemas nacionais de saúde que garantem acesso universal para todos os grupos

sociais, tal qual ocorre em diversos países da Europa, no Canadá, na Austrália e outros. Nas comparações entre países, as desigualdades tendem a ser atribuídas a diferentes graus de desenvolvimento da assistência médica. Entretanto, essa elucidação, ainda que possa responder por parte do perfil de mortalidade observado, não é capaz de justificar o porquê as desigualdades vêm aumentando com o passar do tempo (BARATA, 2009).

### 1.3 Contexto da Pandemia e a Geografia da Saúde

A chegada da pandemia da COVID-19 na virada de 2019 para 2020, no mundo, evidenciou ainda mais a importância da ciência e seu papel na sociedade, primeiramente para investigar as causas e logo em seguida para a busca pelo tratamento, e/ou a cura, contenção e proliferação da doença no planeta. Inicialmente uma doença misteriosa com grande índice de mortalidade deixou todas as áreas de estudo em alerta total. Não poderia ser diferente com Geografia da Saúde.

Figura 2: A pandemia da COVID-19 globalizada



Fonte: imagem iStock, 2021 <https://www.uol.com.br/vivabem>

O ano de 2020 entra para a história da pandemia do COVID-19 com novos arranjos na orientação da saúde mundial. Young (2020) afirma que houve uma enorme subestimação do número de casos e óbitos no Brasil e em outros países, especialmente os em desenvolvimento. Essa foi uma das falhas mais evidentes dos governantes brasileiros em lidar com uma pandemia. Tendo a pandemia

chegado no país relativamente tarde em relação à Europa, não houve preparação técnica para ela. Sem estratégia, equipamentos, material de teste e coordenação de ações, o Brasil tornou-se presa fácil para a propagação do Coronavírus (COVID-19), tornando-se o país com maior número diário de novos casos de contaminação (epicentro), mesmo com grande subnotificação.

Na tentativa de desviar a atenção da incapacidade e falta de propostas concretas para lidar com a pandemia, criou-se uma falsa divisão entre proteger a saúde e a economia surgindo diversas formas de desviar as energias para o combate ao vírus, inclusive criando-se um jargão: “É preciso salvar vidas, mas também o PIB”. Apenas “esqueceram” que o PIB não se salva, se mede em cifras, o PIB é simplesmente uma métrica para saber se o conjunto teve maior ou menor atividade econômica, em relação ao período anterior. O governo federal vem insistindo em negar os preceitos da comunidade científica e acabar com o isolamento social e as medidas de restrição econômicas, almejando o imediato retorno a uma suposta “normalidade pré-pandemia”.

Segundo Matta, *et al* (2021) a pandemia da COVID-19 colocou luz sobre as desigualdades sociais que já existiam, talvez esquecidas ou não vistas. As populações já vulnerabilizadas são, comprovadamente, afetadas de forma negativa nesse contexto. As diferenças são inúmeras: na exposição ao vírus; no acesso ao diagnóstico e ao tratamento; no acesso a habitações adequadas; nas tecnologias; no saneamento e água; na alimentação e nutrição apropriadas etc.

Um balanço dos seis meses de pandemia feito pelo Observatório COVID-19 da Fiocruz (FIOCRUZ, 2020), com participação de pesquisadores da Rede Zika, destacou que essas desigualdades são demonstradas em diversos domínios, com destaque para o étnico-racial. Nesse contexto, os povos indígenas, as populações urbanas que vivem em favelas e territórios vulnerabilizados, as relações de gênero com o impacto sobre as mulheres e a significativa presença feminina na força de trabalho em saúde mereceram importante destaque. A minimização dos direitos e políticas de proteção social geraram uma crise humanitária de proporções alarmantes.

Para Matta *et al* 2021, o SUS foi capaz de detectar e responder aos primeiros casos de COVID-19 no país, colocando em marcha um sistema de

vigilância que já havia se mostrado eficaz em surtos e epidemias passados (HENRIQUE; VASCONCELOS, 2020) e em consonância com as recomendações da OMS.

O espaço urbano é desigual, bastante heterogêneo e apresenta uma dinâmica muito intensa de transformação, como o crescimento acelerado das favelas, apresentando mudanças que nem sempre conseguem ser apreendidas pela forma como os dados da saúde são disponibilizados. Nesse caso, a forma como os dados epidemiológicos estão disponibilizados não é suficiente para produzir uma análise epidemiológica mais próxima à realidade das favelas. Temos como exemplo os casos confirmados e óbitos por COVID-19, no município do Rio de Janeiro, que estão sendo apresentados pela divisão territorial dos bairros e pelo Código de Endereçamento Postal (CEP).

Essa forma de disponibilização dos dados, apesar de sua importância para se conhecer diferenças intramunicipais, torna invisível a realidade de muitas favelas. A análise por CEP é ainda mais complexa, se considerarmos que em grande parte das vielas e becos essa numeração não existe e, quando existe, trata-se de um ou poucos códigos para uma mesma favela. Tais códigos podem se referir ao bairro mais próximo e não necessariamente à favela.

A informação sobre qual bairro o paciente reside é passada por ele mesmo ao profissional de saúde, durante a consulta que subsidia o preenchimento da ficha de notificação. Contudo, em decorrência dos estereótipos e preconceitos que envolvem a condição de ser um “favelado”, é bastante comum o paciente informar o nome do bairro de maior poder aquisitivo mais próximo da sua casa, ou então informar o CEP mais próximo de sua residência, que pode ser identificado como um CEP do bairro adjacente e não, obrigatoriamente, da favela em que ele vive.

Produzir uma análise de COVID-19 que consiga dar visibilidade às áreas de favelas na cidade do Rio de Janeiro ainda é um grande desafio metodológico. Como mencionado anteriormente, os dados do Painel Rio COVID-19, da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, estão disponíveis somente na escala de bairros e CEP. Esse é apenas um exemplo das diversas dificuldades em realizar estudos, como monitoramento ou mapeamentos, que representem fielmente as favelas brasileiras, tendo em vista que essas comunidades estão inseridas entre bairros,

em lugares com difícil acesso nos aspectos urbanístico e geográfico. Essa é uma invisibilidade produzida pelo sistema capitalista mediante a divisão do trabalho que tem nome, cor, endereço e se refere à maioria da população do Brasil.

Para Barcellos, et al 2006,

A análise da situação de saúde permite a definição de perfis de necessidades e problemas com a identificação de uma hierarquização de prioridades a partir do conhecimento dos diferentes atores sociais que estes são capazes de organizar e articular frente aos problemas apontados. (BARCELLOS, 2006, p.29).

Existe uma variedade de perfis e situações para diferentes grupos de população. É imprescindível identificar quando essas diferenças são redutíveis ou evitáveis, muitas vezes, pelas condições de vida, ou seja, em áreas e situações de risco. Assim sendo, essas condições podem ser modificadas a partir da mobilização da comunidade e de ações interinstitucionais, buscando identificar maneiras de reforçar as ações de caráter preventivo e de promoção de saúde, como: saneamento, serviços de infraestrutura e educação como forma curativa e preventiva.

Os indicadores sócio ambientais apontam as desigualdades entre grupos de população em territórios específicos, já que de nada serve um indicador que não apresente variabilidade entre diferentes unidades de análise, sabendo distinguir as noções de desigualdade e iniquidade. Segundo Castellanos (1997), “nem toda diferença na situação de saúde pode ser considerada uma iniquidade. Mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculada a condições heterogêneas de vida, constitui iniquidade.” (BARCELLOS, *et al.* BRASIL, 2006).

Segundo Barcellos *et al* (2006), a escolha de indicadores, tanto sócio ambientais quanto os epidemiológicos, adquire papel primordial na identificação de desigualdades que possam ser reduzidas. Ao demonstrar-se a correlação entre grupos de indicadores, são apontados caminhos e estratégias de ação para o seu enfrentamento, determinando áreas e grupos socioespaciais sob maior risco, objetivando a tomada de decisões. A descentralização do sistema, com a decorrente responsabilidade de estados e municípios, é um dos fundamentos do SUS, mas não dispensa uma coordenação nacional, causando uma desordem no pacto federativo em 2020. A coordenação se faz necessária por inúmeras razões,

uma delas é o fato de que ao nível central cabe esse papel na gestão nacional do SUS (BRASIL,1996). Outra razão é econômica, como país continental, com 200 milhões de potenciais usuários do SUS, o Brasil tem um poder de compra de vacinas e outros insumos de saúde que proporcionam ao país uma economia de escala bastante significativa, que, entretanto, pode não ser considerada em razão da demora em tomar decisões práticas concretas na preparação para o enfrentamento da pandemia.

Ainda na análise de Matta et al (2021), a pandemia foi atravessada por disputas políticas e narrativas importantes, que afetaram a boa condução da resposta nacional. Algumas políticas econômico-sociais acionadas para mitigar os efeitos da pandemia não foram suficientes para atender às necessidades de populações há muito vulnerabilizadas.

O ano de 2020 foi marcado pela reabertura precoce e por uma influência importante da resposta europeia nas ações locais. Foi um ano de aprendizado para todos os segmentos, cientistas, governo e sociedade. Entramos em 2021 com a continuação e a exacerbação de uma crise que não é apenas sanitária, mas com elementos sociais e econômicos, tendo a oportunidade de olhar para trás e tirar lições aprendidas e boas práticas para mudar o rumo da resposta com coordenação nacional, com especial destaque para comunicação, o acesso à vacina via PNI e um olhar voltado para as pessoas em vulnerabilidade social.

Para superar o desafio no vasto território brasileiro e as disparidades socioeconômicas, é necessário que o SUS assuma efetivamente suas diretrizes, assegurando o acesso universal e igualitário, para isso, seria fundamental que existisse uma gestão eficiente, organizada, onde o sistema fosse de fato integrado. Mas, infelizmente, como vimos anteriormente, o país furtou-seda preparação prévia para enfrentar a pandemia, estabelecendo estratégias coordenadas.

Vieira, Monteiro e Silva (2021) fazem uma reflexão a respeito dos impactos sociais causados pela COVID-19, trazendo elementos para contribuir com essa discussão. Embora as repercussões sejam maiores sobre grupos socialmente vulneráveis, o Sars-Cov-2 atingiu a todos de algum modo, sem distinção de classe, etnia, valores e costumes. Desembarcando em aeroportos e ganhando as rodovias, ultrapassando as vias urbanas para a área rural, o vírus desencadeou o



adoecimento não só físico, como também mental e emocional dos indivíduos. E diante da magnitude do problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou aos seus, junto às instituições de saúde, a implementação de políticas que contemplem mais necessidades prioritárias, aprimorando debates sobre direitos humanos, dignidade humana, ética, justiça e equidade social. O que leva as instituições a repensarem o processo em andamento e o seu resultado. Num mundo globalizado as reflexões éticas devem passar pelo reconhecimento do outro, pela valorização da vida, pela prática da justiça, pelo convívio cordial, solidário e respeitoso.

A falta de acesso às políticas de igualdade social e justiça distributiva afeta diversos grupos desfavorecidos, cuja invisibilidade atravessa a fronteira do ser e do ter, aniquilando a dignidade humana e violando direitos básicos do ser humano, como saúde, moradia e alimentação. Quando esses direitos deveriam enfatizar justamente os indivíduos e grupos mais vulneráveis.

O SUS tem cumprido seu papel no combate à COVID-19 por meio do atendimento e vacinando a população, ao passo que muitos países desenvolvidos do hemisfério Norte que não contam com um sistema público universal vêm enfrentando impacto maior que o esperado diante da pandemia. De maneira que foi feito o resgate internacional sobre a garantia do acesso à saúde como direito humano fundamental a ser assegurado pelo Estado. Cabe salientar que o princípio da universalidade do sistema de saúde brasileiro não tem impedido que grupos invisibilizados pela exclusão social sejam expostos ao risco iminente de contrair a COVID-19.

Essa discussão cresce à medida que ações do Estado deixam de priorizar a vida, e medidas de proteção social devem ser estimuladas pelos organismos internacionais favorecendo a equidade global, implementando políticas públicas que fortaleçam a coesão social para salvar vidas, trazendo à tona uma corrente de solidariedade humana diante da crise humanitária que estamos vivenciando desde 2020, ou seja, há quase dois anos tentamos superar todos os impactos causados pela pandemia.

Os impactos que a pandemia da COVID-19 trouxe são um grande desafio para a humanidade, trazendo para discussão novas formas de ter acesso à saúde.

A Geografia da Saúde vem promovendo análises sobre todos os aspectos que envolvem a saúde humana na perspectiva do ambiente pelo qual ele e seus desdobramentos se inserem. Compreendendo as causas a partir da ocupação dos territórios, buscando mitigar soluções para as consequências do avanço da urbanização, como aumento demográfico, aspectos econômicos e a conjuntura política, questões que só fortalecem sua importância. Sem a Geografia da Saúde não aprenderíamos a lidar com as pandemias que a humanidade vem enfrentando ao longo dos tempos.

Diferente das outras pandemias, essa teve alcance planetário, com uma velocidade nunca antes vista, dado aos avanços tecnológicos dos fixos e dos fluxos diante do advento da globalização. O Brasil vem passando por um retrocesso no que se refere aos investimentos em ciência, associado a um governo negacionista, que diverge do conhecimento científico, desvalorizando e atacando todas as medidas adotadas para combater a proliferação do vírus, como o descumprimento dos protocolos de segurança e até o incentivo à produção e uso de medicações sem eficácia comprovada, totalmente condenada pela OMS, entre outras acusações formalizadas na CPI da COVID-19, no Congresso Nacional, um verdadeiro escândalo e crime contra a humanidade, um genocídio.

Desta maneira, é necessário que toda a comunidade científica denuncie esse tipo de comportamento de um líder de Estado que provocou mortes que poderiam tranquilamente ter sido evitadas. E isso só se consegue através de políticas públicas efetivas, compromissadas com a vida e a dignidade humana, através do SUS, que vem atuando bravamente no combate à pandemia no Brasil. O que falta é mais investimento em pesquisa e em ciência. Nunca antes ficou tão evidente a importância do SUS no processo de desenvolvimento de um país. E tudo se inicia na discussão sobre as demandas sociais no Brasil, podendo ser pautadas continuamente para se chegar ao senso comum garantindo que o indivíduo tenha um atendimento de excelência nos serviços de saúde iguais sem dificuldade de acesso.

## CAPÍTULO II – GEOGRAFIA DA SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em concordância com o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), é formado pelo 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.

Nesse capítulo faremos uma análise estrutural do Sistema Único de Saúde do Brasil considerando o aporte teórico da Geografia da Saúde, compreendendo o papel da sociedade e a importância da gestão em respectivas suas esferas.

Para Gallo e Carvalho (2011), a Geografia da Saúde visa contribuir para estudos voltados para a realização do mapeamento dos serviços de saúde e sua relação com a população usuária, enfatizando a importância do geoprocessamento para a localização dos frequentes casos de processo saúde-doença.

(...)pensar a categoria saúde ou a doença como fenômeno que se revela na sociedade, processo social, demanda entender o contexto social em que as doenças ocorrem, para além de suas causas biológicas, mas sim, compreendê-las na perspectiva de que os indivíduos e/ou grupos de indivíduos estão interligados com outras pessoas de sua família, comunidade e/ou classe social. Para tanto, da oposição ser humano/natureza surge e se organiza uma série de medidas relacionais sociais e biológicas, que são capazes de problematizar a concretude dos processos de saúde-doença dos seres humanos (SILVA; LINS; CASTRO, 2019, p.4)

Nesse sentido as dinâmicas territoriais como a política, economia, cultura, ambiente e sociedade são questões inerentes ao processo saúde-doença, demonstrando o lugar de contribuição da Geografia da Saúde tanto para planejamento quanto para a dinâmica de funcionamento do SUS.

Para o Ministério da Saúde (2000), o SUS foi uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988, e que seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, coordenados pela descentralização. Representando a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país.

A saúde era compreendida como “estado de não doença”, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Remediando os efeitos com menor ênfase nas causas, dando lugar a uma noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Relacionando a saúde com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que

englobam a alimentação, o trabalho, renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, vigilância sanitária e farmacológica, moradia, lazer, etc. Compreendendo que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

A luta pela instituição do SUS nasce da base da sociedade, com reivindicações que nortearam o movimento que ficou conhecido por “Movimento Sanitarista”, que através de secretários municipais de saúde, foram incentivadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, desenvolvendo parâmetros que mais tarde foram inscritos na Constituição de 1988.

Antes da implantação do SUS existiam um “duplo comando” na área da saúde, pois o Ministério da Saúde cuidava das ações preventivas como por exemplo as campanhas de vacinação e o Ministério da Previdência Social dos serviços médicos curativos, ou seja, somente os trabalhadores com carteira registrada, tinham acesso a esses serviços.

Figura 3: Agência do INAMPS 1960



Fonte: Divulgação/acervo Xico Tebaldi

Criado em 1977, o Inamps somente fornecia atendimento a população que trabalhava formalmente e contribuíam com a Previdência Social.

Segundo Hêider Aurélio Pinto, médico sanitaria e mestre em Saúde coletiva, essa saúde “exclusiva” para os trabalhadores surgiu de uma pressão de indústrias e grandes empresas do País para que seus funcionários não perdessem dias de trabalho e que, caso doentes, pudessem retornar ao serviço com mais agilidade. Ou seja, era uma política com viés econômico, e não pelo bem-estar do

cidadão. O Inamps dividia os gastos com saúde entre empregador, o governo e a população, "saúde não era considerado um direito, era um problema individual", afirma o médico.

A partir do SUS ocorreu a unificação de comando, transferindo toda responsabilidade para o plano federal, o Ministério da Saúde, da mesma forma nos estados e municípios, onde a responsabilidade fica a cargo das secretarias estaduais e municipais de saúde. Como esta no princípio da universalidade, inscrito no Artigo 196 da Constituição, representando a inclusão de todos nos serviços prestados pelo SUS. De maneira que qualquer pessoa passa a ter direito de ser atendido nas unidades públicas de saúde.

A descentralização foi a melhor forma de garantir uma maior participação na formulação e na implantação dos serviços e ações de saúde. O município é o melhor dos entes federados para tratar das questões de saúde pública, por ter maior proximidade e conhecimento de prioridades e demandas da população local. E através do funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo, há o controle e a participação social nas políticas de saúde pública.

No que se refere ao funcionamento, o SUS é um sistema de abrangência nacional, que possui subsistemas estaduais e principalmente municipais, voltados ao atendimento integral da população local em âmbito nacional, atendendo a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde.

O que faz do SUS estar entre as áreas mais democráticas dos serviços públicos do Brasil, segundo o Ministério da Saúde, com alto grau de participação social, sua gestão é um dos modelos de descentralização com maior êxito nos serviços públicos brasileiros. A participação social funciona através da existência de conselhos de saúde.

Nesse sentido, a geografia da saúde se empenha em contribuir nos estudos da relação saúde, doença e meio ambiente, e uma dessas formas é propor a discussão sobre acessibilidade da estrutura urbana, que deve se adequar as demandas da população que cresce desordenadamente, obedecendo a imposição do capitalismo que aumenta o inchaço nos espaços urbanos.

## 2.1 O Sistema Único de Saúde na Esfera Federal

A responsabilidade pelos serviços e ações de saúde é do poder público, sem eximir o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade para com sua promoção e proteção. No que tange o funcionamento do SUS, todavia, é responsabilidade direta dos seus gestores, que estão inscritos no NOB/96.

Quanto a responsabilidade da União ou do gestor federal, são identificados quatro papéis básicos; primeiro exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional; segundo promover as condições e incentivar o gestor estadual para desenvolver os sistemas municipais em conformidade com o SUS-Estadual; terceiro fomentar a harmonia, integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo o SUS-Nacional; e quarto exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional.

Avaliando as conquistas do SUS mediante complexidade e tamanho que abrange a rede é possível apontar avanços em todas as áreas da saúde, na tentativa de gradual da consolidação dos princípios em que se baseia o Sistema.

A partir da XI Conferência Nacional de Saúde, apontam-se uma avaliação a cerca de cada um dos princípios, os quais se baseiam o SUS; a universalidade, equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde. Como também os seus princípios organizacionais que são a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação social. As ações preventivas, na promoção a saúde, diferente do que ocorria antes, onde somente se priorizava a cura de doenças, o que representa a efetivação da saúde como qualidade de vida e não como estado de ausência de doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.29-30).

Como um dos princípios organizacionais do SUS, a descentralização, define como gestores co-responsáveis os três níveis de governo com mecanismos previstos para negociação e pactuação das políticas adotadas na saúde. Nesse sentido existem as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) no âmbito de cada estado; e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que é o fórum nacional, formada por representação do Ministério da Saúde de (MS), com um número igual de elementos para evitar diferenças ou injustiças, do Conselho nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (CONASSEMS)(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.8-9).

As CIBS, são integradas pelas representações da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Tendo como um dos representantes dos municípios o secretário de saúde da capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais. As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. A rede SUS é organizada de forma regionalizada e com nível de complexidade crescente.

A definição e composição dos Conselhos de Saúde, dadas por meio da Resolução 33, de 23.12.92, do Conselho Nacional de Saúde, estão estruturadas nos três níveis de governo. Existe um conselho de saúde em cada município, denominados Conselhos Municipais de Saúde; um em cada estado, que são os Conselhos Estaduais de Saúde; e outro no plano federal, o Conselho Nacional de Saúde ( NOB/96, item 8).

O conselho de saúde pode ser definido como órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da secretaria ou departamento de saúde dos estados e municípios, com composição, organização e competências fixadas em lei. O conselho consolida a participação da sociedade organizada na administração do SUS, melhorando o controle social do Sistema. Lembrando que o funcionamento dos conselhos de saúde é condição essencial e obrigatória ao funcionamento do SUS. A participação da comunidade é enfatizada na legislação, o que torna os conselhos uma instância privilegiada na discussão da política de saúde. Um conselho de saúde deverá ser composto por representantes do governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários, sendo o seu presidente eleito entre os membros do conselho, em reunião plenária. O número de componentes em cada conselho varia entre 10 e 20 membros. (Ministério da Saúde, 2000, p.10).

A representação de órgãos e/ou entidades, apresentada a seguir como exemplo, varia de acordo com a realidade existente em cada estado, município e no Distrito Federal, prevalecendo o princípio da igualdade em relação aos usuários.

O Conselho Nacional de Saúde, muito embora exista desde 1937, somente

em 1990, após a instituição do SUS, exerce o papel que tem hoje. O Decreto 99.438/90 cria um Conselho Nacional de Saúde; o antigo praticamente não existia, assim como o papel para o qual foi concebido já não tinha lugar na nova conjuntura, foi na verdade uma ruptura com o passado. Sua composição garante a participação ampla da sociedade, conforme o decreto acima mencionado, as atribuições e competências do Conselho Nacional de saúde incluem:

- Deliberar sobre:

- a. formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal;
- b. critérios para definição de padrões e parâmetros assistenciais;

- Manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde;

- Decidir sobre:

- a. planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;
- b. divergências levantadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de saúde, bem como por órgãos de representação na área da saúde;
- c. credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisa em seres humanos;

- Opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde, em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto;
- Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- Acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos estados e municípios e Distrito Federal;
- Aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;
- Acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio;
- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país.
- Propor a convocação e organizar a Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e extraordinariamente, quando conselho assim deliberar, de acordo com a lei 8.142, 28.12de 1990.



Fonte: Ministério da Saúde, 2000

Os instrumentos de planejamento do SUS, consiste no Plano de Saúde, na Programação Anual, na Programação Pactuada e Integrada-PPI- e no Relatório de Gestão que se relacionam diretamente com o exercício da função gestora em todas as esferas de governo. Esses instrumentos configuram documentos que dão visibilidade e garantem o planejamento no desempenho das responsabilidades do gestor. Esses documentos devem ser claros e precisos para facilitar a compreensão, a participação e o controle social sobre as ações e serviços de saúde.

Os respectivos processos de elaboração devem, além disso, ser encarados como práticas privilegiadas na gestão do SUS e, portanto, estratégicos para reorganização do setor e para a consolidação do Sistema. (Ministério da Saúde, 2000, p.12).

O Plano de Saúde, a Programação Anual e a PPI expressam a direcionalidade das políticas de saúde do SUS, no âmbito federal, estadual ou municipal, configurando, por conseguinte, instrumentos de trabalho elaborados segundo as diretrizes definidas nestas mesmas políticas.

A elaboração desses instrumentos deve ser feita com base em parâmetros comuns, que são: o modelo de gestão, o modelo de atenção à saúde, os recursos específicos ou estratégicos e o financiamento. Para o Ministério da saúde, a Programação Anual dos estados é representada pela PPI que corresponde de a um consolidado estadual. Ou seja, uma sistematização do resultado de todo processo de elaboração da programação, envolvendo a composição orçamentária, o modelo de atenção e os recursos estratégicos supracitados. No que tange especificamente ao modelo de atenção, contém o resultado da programação acordada entre municípios quanto à assistência, à vigilância sanitária e à epidemiologia e controle de doenças.

A construção da PPI, portanto, deve configurar um processo iniciado no município que, ao elaborar a sua a sua Progração Anual, explicita os serviços que serão oferecidos à sua população dentro do seu território. Apresenta, também, aqueles serviços que serão oferecidos em outros municípios, necessitando, neste caso, negociar com outros gestores. As ações dos órgãos federais, estaduais e

municipais, bem como dos prestadores conveniados e contratados, são, da mesma forma, expressas na Programação Anual do município em que estão localizadas. Essa Programação municipal é aprovada no Conselho de Saúde respectivo e encaminhada ao estado. A partir daí, o gestor estadual inicia todo um processo de elaboração de sua PPI, mediante a harmonização e compatibilização de todas as programações de seus municípios, incorpora, além disso, as ações sob sua responsabilidade direta.

Nesse processo de elaboração da PPI, que deve ser ascendente e negociado, é imprescindível a participação dos gestores municipais, de forma representativa, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O resultado desse processo é apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES) (Ministério da Saúde, 2000, p.13).

Considerando que o estado encaminha ao Ministério somente um consolidado das informações, todas as decisões e detalhamentos que dão base à PPI devem ser registrados e armazenados na Secretaria Técnica da CIB, ficando disponíveis permanentemente para consultas e análises por parte dos diferentes gestores.

Cabe destacar que o processo de construção ascendente requer, necessariamente, negociações e acordos preliminares, que podem caracterizar, inclusive, programações pactuadas de abrangência microrregional (Ministério da Saúde, 2000, p.14).

Há que se ressaltar, sob outro aspecto, que as determinações contidas na Portaria 42 do Ministério do Planejamento, editada em 14/4/1999, impõem à União, aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal uma nova estrutura para os respectivos orçamentos. Por meio dessa portaria altera-se a estrutura para os respectivos orçamentos. Por meio dessa portaria altera-se a estrutura funcional programática até então vigente de modo a orientar a confecção dos orçamentos tomando por base os programas, que passam a ser o elo entre o planejamento e o orçamento. Quanto mais avançar essa nova estrutura trazida pela Portaria 42, maior será a possibilidade de aproximar e integrar a estrutura de programas da União. Facilitando o processo de planejamento, de elaboração e execução dos orçamentos no âmbito do SUS em todos os níveis de governo.

## 2. 2 O Sistema Único de Saúde na Esfera Estadual

Quanto a responsabilidade dos Estados, são identificados quatro papéis básicos para o estado, o primeiro é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual. O segundo é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus municípios. O terceiro é assumir a gestão da atenção à saúde das populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade. O quarto e mais relevante papel do estado é ser promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais compondo o SUS-Estadual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.25).

O exercício do gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo e são caracterizados com os seguintes aspectos:

Figura 4 - Os papéis básicos do Estado



O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos: Plano estadual de saúde; Estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria; Estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;

Estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância alimentar e nutricional; Estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos além do seu limite territorial; Elaboração do componente estadual da rede de laboratório de saúde pública; Estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica; Responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais; Definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; Manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual; Implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente. O Conselho Estadual de Saúde deve ser composto por:

- Representante (s) do Governo Federal, indicado(s) pelo Ministro de Estado da Saúde e outros Ministérios;
- Representante (s) da Secretaria de Saúde do Estado;
- Representante (s) das Secretarias Municipais de Saúde;
- Representante (s) dos trabalhadores na área de saúde;
- Representante (s) de prestadores de serviço de saúde, sendo 50% de entidades não filantrópicas.

**A representação dos usuários deverá ser composta por:**

- Representante (s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais.
- Representante (s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde;
- Representante (s) de conselho comunitário, associações de moradores ou entidades equivalentes;
- ✓ Representante (s) de associações de portadores de deficiências;
- ✓ Representante (s) de associações de portadores de patologias;
- ✓ Representante (s) de entidades de defesa do consumidor;
- ✓ A representação total dos conselhos deve ser distribuída da seguinte forma: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde 25% de prestadores de serviços (público e privado);
- ✓ Os representantes dos usuários deverão ser indicados impreterivelmente pelas suas entidades.

### **2.3 - O Sisitem Único de Saúde na Esfera Municipal**

Quanto as responsabilidades dos municípios, há dois níveis de habilitação, com níveis diferentes de prerrogativas: a gestão plena de atenção básica, onde o município assume as responsabilidades e recebe recursos para com a atenção básica à saúde, e a gestão plena do sistema municipal, onde responsabiliza-se pela totalidade de serviços de saúde, o que pressupõe alta capacidade técnica e administrativa. (Ministério da Saúde, 2000, p.23).

De acordo com NOB/96, item 4, os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS, não precisam ser de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações podem ser desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estatais ou federerais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas) e têm que estar organizadas e coordenadas de modo que o gestor municipal possa garantir à população do respectivo município o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral. (Ministério da Saúde, 2000, p.8).

Os municípios brasileiros possuem diferentes realidades, que demanda diferente modelos de organização, seja de atividades, disponibilidade de recursos ou de capacitação gerencial, configurando modelos distintos de gestão. Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo corriqueiro, estabelecimentos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Dessa forma, quando o requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações devem ser entre os gestores municipais. Tendo como instrumento de garantia a programação pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.23).

Em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, a composição é semelhante à dos conselhos estaduais, adaptada ao município. Geralmente, não será necessária a presença de representante do governo federal, a não ser em casos especiais, que serão definidos localmente. Os usuários terão representação semelhante à dos conselhos estaduais. O governo estadual e o governo municipal também terão seus representantes nos conselhos municipais. Do mesmo modo, os trabalhadores da área da saúde e os prestadores de serviços de saúde de

entidades filantrópicas e não filantrópicas. Nenhum conselheiro poderá ser remunerado pelas atividades, sendo as mesmas consideradas de relevância pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.43).

Observamos que nas três esferas do SUS, há uma preocupação com a participação da comunidade de vários segmentos da sociedade para desenvolver representações de abordagem sistêmica a partir da realidade local e suas organizações, para a partir disso propor ações para mitigar problemas complexos. De maneira que a geografia da saúde vem contribuindo, com estudos ligados a políticas governamentais, que proporcione a efetivação da saúde como qualidade de vida.

### **Os Princípios do SUS**

O SUS institui uma política de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. (Ministério da Saúde, 2010, p.13).

O **princípio da universalidade** não quer dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde, ela enfatiza que as ações de saúde a todos que deles necessitem, como as ações preventivas que reduzem o tratamento de agravos. O acesso universal, eficiente, eficaz e efetivo é um processo de construção, aumentando-se rapidamente a cobertura e as ofertas. Obviamente esse princípio vive em constante processo de construção, há muito trabalho a ser feito, para que o acesso seja universal, eficiente, eficaz e efetivo. Mas a cobertura e a oferta desses serviços e dessas ações vêm se ampliando, considerando o aumento na oferta de consultas médicas, de internações hospitalares, dos atendimentos hospitalares para o parto e as vacinações cada vez mais variadas e com maior cobertura. (Ministério da Saúde, 2000, p.30).

Outro princípio importantíssimo é a **integralidade**, que defende a atenção básica à saúde levando em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda minoritária em relação ao total da população. Sua prática é um desafio permanente e dinâmico, que avança a partir de tentativas, projetos e ações direcionadas especificamente aos jovens, às mulheres, aos idosos, aos portadores do HIV e de outras moléstias e enfermidades, às gestantes, aos consumidores de drogas, aos portadores de distúrbios mentais; a partir de

1999, à saúde indígena e a tantos outros grupos carentes de atenção específica. As ações de baixa, média e alta complexidade buscam articular-se para racionalizar o sistema, para aumentar o seu nível de resolutividade e sua capacidade de atendimento da demanda. Da mesma maneira, equipamentos e unidades de saúde, são adequadas para o atendimento específico às necessidades de determinados grupos. A integralidade tem como uma das preocupações principais a necessária humanização dos serviços prestados nas ações realizadas pelo SUS.

**O princípio da equidade** correlacionado aos princípios anteriormente mencionados, evidencia a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país. Reafirmando a necessidade de se combater as desigualdades também nas ações e serviços de saúde. As disparidades regionais e sociais do Brasil ainda são grandes, no entanto quando se há boas condições de saúde da população, conclui-se de fato que a saúde é fundamental na busca por maior equidade.

Reduzir disparidades regionais e sociais significa a busca de um maior equilíbrio. Fator determinante para tanto é a política adotada para a incorporação tecnológica e o investimento estratégico e prioritário no combate de situações agudas ou extremas. Isso significa dizer que o planejamento das políticas de saúde tem tomado como estratégicas a elevação de todos a um patamar mínimo a partir do qual seja possível caminhar com mais precisão segundo o princípio da integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.32).

Para o Ministério da Saúde, 2000, do governo brasileiro, a regionalização e a hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde, são atribuições dos gestores estaduais e municipais que devem buscar a melhor maneira de garantir a eficácia, a eficiência e efetividade do SUS, mesmo com recursos escassos. Podendo um hospital atender a toda uma região até mesmo um Estado, se for necessário, em determinadas especialidades. De maneira organizada, com união e parceria, qualificando e capacitando, estados e municípios, assim como seus respectivos gestores, para assumirem suas responsabilidades e prerrogativas perante o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.32-33).

A formação e o funcionamento dos conselhos de saúde, são necessários e em virtude disso, obrigatórios, incentivando a participação da sociedade nas decisões tomadas pelo SUS. Cerca de 98% dos municípios contam com com

conselhos formados e atuantes, pois é no nível municipal que se deve trabalhar com prioridade para qualificação dos conselheiros de saúde no exercício de suas atribuições. Dessa maneira o controle e a participação social no âmbito do SUS se tornam bastante expressivas, com constante aperfeiçoamento visando atender as demandas mais essenciais para a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.33).

A descentralização na saúde ocorre de três formas, cada uma com sua aplicabilidade, o Ministério da Saúde, considera a sistemática fundo a fundo, mais eficiente e a que mais concretiza os princípios e objetivos do SUS. Assim como a participação social no processo de definição de prioridades. Essa forma de descentralização melhora a utilização de recursos, permite identificar com mais precisão as necessidades de cada comunidade, reduz o desperdício, inibe fraude e aproxima os cidadãos e gestores (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2000, p.34).

As políticas públicas de saúde, frutos da participação social é o que há de melhor para avanço e aperfeiçoamento do SUS. O que demonstra que a informação é a ferramenta fundamental para conseguir alcançar os objetivos de cada princípio. Em diversos lugares é possível obter orientações sobre práticas saudáveis que permitem o acompanhamento e o controle social sobre as políticas, ações e serviços de saúde. De maneira que em determinados programas, os recursos adotados e empregados podem ter sua execução acompanhada por meio de instrumentos disponíveis na internet.

Dessa forma os conselhos de saúde controem espaços privilegiados para essa busca da informação e das orientações necessárias para um excelente acompanhamento, e participação nas políticas e nos programas do SUS.

Dentre os periódicos podem-se destacar o Jornal "Saúde Brasil", do Ministério da Saúde; o jornal do CONASS, publicado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais; o jornal FUNASA Notícias da FUNASA; o informativo "SAA Informa", publicação da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde. (BRASIL 2000, p.37).

E para aumentar a quantidade e a qualidade das informações do Ministério da Saúde, são criadas cartilhas Temáticas, com o propósito de explicar didaticamente os programas e as ações como; Programa Saúde da Família, Piso de Atenção Básica, Combate às carências nutricionais, Controle de Edemias,



Controle do Câncer de Colo do Útero, Assistência farmacêutica, Vacinação, Qualidade do Sangue, Humanização do Parto, entre outros. (Ministério da Saúde, 2000, p.37).

O uso da internet também representou um grande avanço para a democratização das informações, diferente dos meios tradicionais, onde geralmente se manifesta apenas os pontos de vista dos titulares, a internet possibilita ter contato com diferentes e variadas visões a cerca de qualquer tema referente a saúde. Tornando-se assim instrumento auxiliar para aumentar o nível de informação e conhecimento, para melhorar o planejamento e facilita a tomada de decisões nos conselhos. (Ministério da Saúde, 2000, p.37).

Entre os avanços e conquistas, pode-se facilmente destacar que há um SUS que dá certo, pois:

- ✓ A rede de atenção pública de saúde está presente em todo o território nacional, em todos os estados e municípios;
- ✓ Muitos serviços de saúde têm experimentado, em todo território nacional, inovações na organização e ofertas das práticas de saúde, permitindo a articulação de ações de promoção e de prevenção, com ações de cura e reabilitação;
- ✓ O SUS vem reorganizando a rede de atenção à saúde, produzindo impacto na qualidade de vida do brasileiro;
- ✓ O SUS tem propiciado a produção de cidadania, envolvendo e co-responsabilizando a sociedade na condução política de saúde, criando um sistema de gestão colegiada com forte presença e atuação de conferências e conselhos de saúde;
- ✓ O SUS construiu novos arranjos e instrumentos de gestão, que ampliaram a capacidade de gestão e de co-responsabilização, derivando inclusive de referência para organização de outras políticas públicas no Brasil.
- ✓ O SUS vem fortalecendo o processo de descentralização, ampliando a presença, a autonomia e a responsabilização sanitária de municípios na organização das redes de atenção à saúde;
- ✓ Tem havido uma ampliação de articulação regional, melhorando a oferta de recursos assistenciais e a relação custo-efetividade,

ampliando o acesso da população ao conjunto dos serviços de saúde.

Mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, ainda estão em debate as formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que definem os modos de se produzir saúde e onde investir recursos, entre outros.

Diante disto, muitos desafios para a produção de saúde permanecem, como por exemplo:

- ✓ Qualificar o sistema de co-gestão do SUS;
- ✓ Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;
- ✓ Ampliar acesso com equidade;
- ✓ Considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica;
- ✓ Considerar o complexo padrão epidemiológico;
- ✓ Superar a disputa de recursos entre os entes federados;
- ✓ Diminuir a interferência da lógica privada.
- ✓ Superar o entendimento de saúde como ausência de doença, ampliando a concepção de saúde como produção social, econômica e cultural;
- ✓ Garantir recursos suficientes para financiamento do SUS, para a superação do subfinanciamento.
- ✓ Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais.
- ✓ Implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada;
- ✓ Melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde;
- ✓ Fomentar estratégias de valorização do trabalhador.
- ✓ Incorporar de forma efetiva nas práticas de gestão e de atenção os direitos dos usuários da saúde.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010)

Em um país como Brasil com profunda desigualdade social, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.7).

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção, quanto a avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a

dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.

A Humanização vista não como programa, mas como política pública que atravessa/transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em: (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2010, p.17).

- ✓ Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- ✓ Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”. Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer;
- ✓ Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- ✓ Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presentes;
- ✓ Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários;
- ✓ Posicionar-se como política pública: a) nos limites da máquina do Estado onde ela se encontra com os coletivos e as redes sociais; b) nos limites dos Programas e Áreas do Ministério da Saúde, entre este e outros ministérios (intersectorialização).

Assim, entendemos humanização do SUS como:

- ✓ Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- ✓ Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- ✓ Estabelecimento de vínculo solidários e de participação coletivas e subjetivas de saúde;
- ✓ Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde;
- ✓ Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e

o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;

- ✓ Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo;
- ✓ Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- ✓ Compromisso com a articulação do processo de formação com os serviços e práticas de saúde;
- ✓ Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

Para isso, a Humanização do SUS se operacionaliza com:

- ✓ O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores usuários e como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- ✓ A construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos (Grupo de Trabalho em Humanização; Rodas; Colegiados de Gestão, etc.);
- ✓ A construção e a troca de saberes;
- ✓ O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- ✓ O mapeamento, análise e atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- ✓ O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- ✓ A construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Orientações gerais da Plano Nacional de Humanização (PNH).

- ✓ Valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico-racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos

indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, assentados, população em situação de rua, etc);

- ✓ Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- ✓ Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de sujeitos;
- ✓ Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- ✓ Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- ✓ Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS;
- ✓ Compromisso com a democratização das relações de trabalhos e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde;
- ✓ Valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores.

A PNH se estrutura a partir de: Princípios; Metodo; Diretrizes; Dispositivos.

Por princípios entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PHN, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2010, p. 22-23).

### **Transversalidade**

- ✓ Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos;
- ✓ Transformação dos modos de redação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processo de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

### **Indissociabilidade entre atenção e gestão**

- ✓ Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir

- e se apropriar do trabalho;
- ✓ Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos;
- ✓ Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

### **Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos**

- ✓ Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;
- ✓ As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010)

O método da PNH (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2010, p.24), por onde este entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho). A PNH caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Podemos falar de um “método de tríplice inclusão”:

- ✓ Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção da autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas;
- ✓ Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas;
- ✓ Inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises.
- ✓ Inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores da saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer; fomento

das redes.

Diretrizes da PNH (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2010, p.25-26) Por diretrizes entende-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido da:

- ✓ Clínica Ampliada
- ✓ Co-gestão
- ✓ Acolhimento
- ✓ Valorização do trabalho e do trabalhador
- ✓ Defesa dos Direitos do Usuário
- ✓ Fomento das grupalidades, coletivos e redes
- ✓ Construção da memória do SUS que dá certo.

Fonte: (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2010, p.26-27)

Dispositivos da PNH - Por dispositivos entende-se a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão:

- ✓ Grupo de trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH)
- ✓ Colegiado Gestor
- ✓ Contrato de Gestão
- ✓ Contrato de Gestão
- ✓ Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores de saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.
- ✓ Visita Aberta e direito à Acompanhante
- ✓ Programa de Formação em saúde do trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)
- ✓ Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial
- ✓ Projetos Co- Geridos de Ambiência
- ✓ Acolhimento com Classificação de Risco
- ✓ Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva
- ✓ Projeto Memória do SUS

Fonte: (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2010, p.27)

Todos os dados acima relacionados à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS, foram copiados do documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Analisando todas essas diretrizes percebe-se que existe um esforço em elaborar projetos e metodologias para o funcionamento do sistema, com um intuito de se chegar o mais próximo possível dos princípios do SUS. Mas infelizmente o que é apresentado ainda é insuficiente para diminuir as disparidades sociais. Apesar dos avanços com o advento do SUS, essa necessidade de combinar os princípios da igualdade, integralidade e equidade, com políticas sanitárias pragmáticas de descentralização, focalização e a otimização de gastos, fizeram com que surgissem críticas sobre a real eficácia e efetividade das políticas públicas. Surgindo uma série de problemas durante a implementação do paradigma SUS; (MINAYO; MINAYO, 1999).

- A tensão em torno do acesso universal a saúde, em um contexto de demandas cada vez maiores com recursos limitados;
- O problema de assegurar um tratamento igualitário de indivíduos, com inserções sociais tão díspares.
- E o desafio de compor os dois elementos anteriores em um ideal mais amplo de justiça.

Uma sociedade na qual as distâncias sociais são tão grandes que parece implausível, uma medida comum que permita que a gestão da justiça coloque-se como problema e critério de julgamento nas relações sociais, o fosso social é tão imenso que parece obstruir a possibilidade mesma de uma linguagem comum e, portanto, do convívio social, interlocução e debate comum em torno de questões pertinentes. Isso é propriamente o apartheid social (TELLES, 1994, p. 131).

De acordo com Barros (et al., 2000); Rocha, (2003), o Brasil se encontra entre os países em que a renda per capita seria suficiente para garantir o mínimo essencial para todos os seus habitantes, no ano de 2000 seu valor foi de 3.500,00. Mas pela terrível iniquidade na distribuição de renda, mantém-se como uma nação que subsiste a privações e terríveis distâncias sociais. Trazendo graves reflexos nos aspectos relacionados à condição sanitária da população, diminuindo a qualidade de vida da mesma. “De fato, grande número de investigações, tem demonstrado, de maneira consistente, as relações entre agravos a saúde e o nível



socioeconômico (CASTELLANOS, 1997; SILVA et al.,1999)". Em suma, os mais pobres tendem a ter uma menor expectativa de vida, a permanecer mais dias de suas vidas vitimados por moléstias e sofrer limitações relevantes a suas atividades (WAGSTAFF, 2001).

Os países pobres e as pessoas pobres sofrem multiplas privações que se expressam em altos níveis de enfermidades. Deste modo, as pessoas pobres se vêem enredadas em um círculo vicioso: a pobreza engendra doença e esta mantem a pobreza (WAGSTAFF, 2002). Para Wagstaff (*et al*, 2002), este círculo vicioso se explica atravez de multiplos fatores, um deles é o nível educacional, onde é menor o tempo de escolaridade e maior o indice de analfabetismo entre os desfavorecidos, uma vez que a formação deficitária contribui para o desconhecimento dos mecanismo de adoecimento e das formas de prevenção e tratamento (por exemplo, o uso de reidratação oral é menor nas crianças pobres, ainda que a diarréia seja mais frequente neste grupo).

A violência é outro fator observado em vários trabalhos, pois a população residente nas regiões de periferia e favelas, mais suscetíveis a lesões por armas e morte por causas externa (MACEDO, *et al.*, 2001; MINAYO,1998; 2003; NJAINE; MINAYO, 2002). Outro fator é a falta de saneamento básico, ou a precariedade do mesmo nas regiões mais vulneráveis, facilita o adoecimento por enfermidades veiculada pelos recursos hídricos, como diarréia infecciosa, leptospirose entre outras (SANTOS, et al., 2001; GIROTTO, et al. 2003). E para finalizar a insuficiência do sistema de saúde, distancia condições de transporte, precariedade de instalações, falta de insumos, pior treinamento e desmotivação dos profissionais. Dificultando o acesso aos diferentes níveis de atenção (LAVY, at al.,1996).

Posto essa inter-relação entre pobreza, desigualdade e exclusão, que gera essa precariedade na saúde da maior parcela da população, podemos analisar a conjuntura local e a realidade cada bairro, vila ou favela, onde vive esse segmento populacional, com relação as suas atividades econômicas seja formal ou informal, causa o *absenteísmo laboral* (BRITO QUITANA, 2000), que faz com que o indivíduo permaneça muito tempo sem rendimento, piorando suas condições de subsistência.

De acordo com Sen (2001), a igualdade considerada em termos absolutos representa uma abstração impossível de ser estendida ao cotidiano, haja vista a infinita diversidade humana em todos os horizontes da existência. Assim concepções de justiça que se baseiam, em uma pretensa igualdade plena estariam condenadas ao fracasso em suas próprias origens, o que implica a necessidade de se integrar a diferença a discussão, tornando assim factível a “escolha” por uma ou algumas dimensões para manifestações da igualdade. Para Sen nenhuma concepção de igualdade distributiva pode tornar as pessoas iguais em todas as dimensões ao mesmo tempo, das circunstâncias sociais ao nível de realização das preferências e valores de cada qual. A opção por igualizá-las em uma dessas dimensões implica em aceitar que elas sejam desiguais em outras. Na prática podemos vivenciar isso com a pandemia da covid-19, onde todos sem distinção de classe social, tiveram acesso a imunização pelo Ministério da Saúde, através do SUS. Embora a vulnerabilidade da população mais pobre tenha se aprofundado diante da falta de saneamento, e o desemprego tenha trazido de volta a fome e a miséria, diferente dos mais ricos que triplicaram sua renda.

Sen (1985), consegue demonstrar que a “vida boa” é compreendida como pressupondo escolhas genuínas, de modo que ninguém seja obrigado a viver de alguma forma específica, por mais rica que possa ser em outros aspectos (Sen, 1985b). Assim

Nenhuma concepção de justiça social de base equitativa pode desconsiderar o gigantesco papel da saúde na existência humana, tanto no campo das possibilidades de uma pessoa alcançar uma vida livre de enfermidades, quanto da ampliação das capacidades e funcionamentos, caso goze de boa saúde (SEN, 2002 p.137).

A pobreza e a desigualdade reduzem o nível de saúde de um povo, a moléstia como mantenedora de mais miséria. Esta retroalimentação espúria denota uma total ausência de liberdade (in) capacidade, para realizar os funcionamentos mais elementares para um ser humano, tais como se alimentar adequadamente, possuir condições dignas de moradia, ter direito ao trabalho, usufruir de horas de lazer entre outros.

Para Sen (2002) as desigualdades, inclusive na atenção sanitária e não apenas no alcance da saúde, também podem ser importantes para a justiça social

e a equidade na saúde.

A geografia da saúde considera todas as questões que envolvem, uma variedade de elementos socioambientais e econômicos, que precisam ser avaliados para diagnóstico e soluções de problemas com a saúde pública. Uma sociedade em que se almeje justiça deverá, necessariamente, desenvolver mecanismos compensatórios para seus membros vitimados por desigualdades das quais não podem ser responsabilizados, tais como políticas equânimes de alocação de recursos (GIOVANELLA, *et al*, 2002; SCHRAMM, 1998).

No próximo capítulo vamos observar como os serviços de saúde básica são ofertados em alguns bairros no entorno do Vale do Reginaldo da cidade de Maceió. O Vale do Reginaldo é uma ocupação desordenada em área urbana, portanto de vulnerabilidade social e precisa de mais atenção e mecanismos que viabilizem e garantam a saúde para esta população.

### **CAPÍTULO III – A TERRITORIALIDADE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO “VALE” DO REGINALDO**

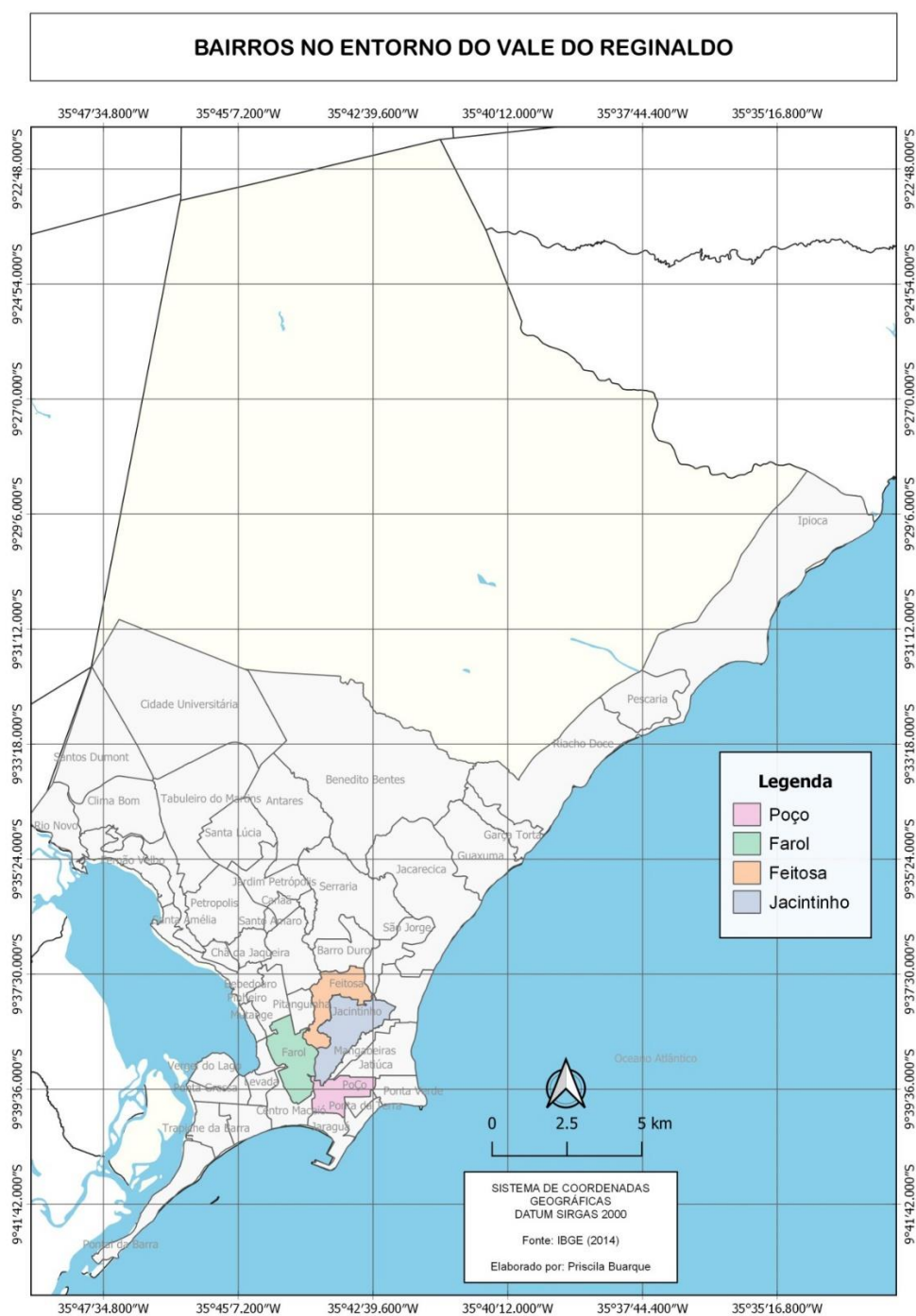
O território hoje pode ser formado de lugares e suas proximidades e de lugares em rede. Estas redes constituem uma realidade nova que de alguma maneira as fundamentam uma parte do espaço e o espaço de alguns, pois antes dela há um espaço que é de todos. Para Santos, (2009), o território funciona através de horizontalidades, ou seja, lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial e verticalidades, formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais.

Para tratar da territorialidade das Unidades Básicas de Saúde, serão utilizadas nesse capítulo informações oficiais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), onde foi realizado trabalhos sistemáticos de campo, porém os dados foram obtidos através do site da SMS e nas Unidades em visita técnica.

As Unidades Básicas de Saúde que estão no entorno do Vale do Reginaldo, pertence a três (03) Distritos Sanitários, são respectivamente I, III e V, onde estão localizados os bairros do Poço, Farol, Jacintinho e Feitosa (MAPA 1). A rede de serviços de saúde é organizada através dos Distritos Sanitários, que é um modelo

descentralizado, onde se traduz a delimitação de uma área geográfica e populacional, onde estão implantados e articulados os serviços de saúde. É uma forma de reorientação do SUS, em nível local, capaz de facilitar a vinculação da população à Unidade de Saúde e dimensionar de forma adequada a oferta de serviços territorialmente (MACEIÓ, 2013).

MAPA 1: Bairros no Entorno do Vale do Reginaldo



Fonte: Autora 2022

### **3.1 As Unidades Básicas de Saúde: acesso e limites**

A ocupação do Vale do Reginaldo é caracterizada pela ilegalidade e irregularidade dos seus assentamentos, localizados em fundos de vales, em áreas baixas, às margens de canais (córregos, riachos), e encostas denominadas localmente de “grotas”. Essa ocupação é predominantemente residencial. Construções silenciosas de baixo custo, são características das moradias do “Vale” do Reginaldo.

A ocupação continua crescendo consideravelmente, de maneira que o acesso a saúde pública na localidade pode avançar os limites de outros bairros, visto que o “Vale” do Reginaldo fica entre quatro bairros com Distritos Sanitários diferentes. Viabilizando o acesso a serviços de saúde básicos. Dos equipamentos disponibilizados no entorno do “Vale” visitamos todas as Unidades Básicas de Saúde que são; UBS Reginaldo; UBS Paulo Oliveira Costa-CESMAC; UBS Paulo Leal; UBS Waldomiro Alencar; UBS Paulo Araujo Silva; UBS Grota do Moreira.

#### **3.1.1 – UBS Reginaldo**

A UBS Reginaldo fica localizado no início do Vale do Reginaldo, no Bairro do Poço, que pertence ao I Distrito Sanitário. Os serviços ofertados na atenção básica são: Acolhimento humanizado; Atenção à saúde da mulher; Atenção a saúde da criança; Atenção a saúde do adolescente; Atenção a saúde do idoso; Atenção a saúde do homem; Atenção a saúde da população em situação de rua ; Atendimento odontológico; Assistência ao paciente com tuberculose; Assistência ao paciente com hanseníase; Acompanhamento de gestante e crianças cadastradas no Programa Bolsa Família; Vacinação; Procedimentos Básicos (curativos, retirada de pontos, nebulização, reidratação oral); Exames (teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatites B e C), coleta de citologia oncótica, teste do pezinho, exame de escarro e exames laboratoriais; Dispensação de medicamentos básicos; Dispensação de contraceptivos e preservativos; Planejamento familiar; Grupos de educação em saúde; Cadastro do cartão SUS; marcação de exames e consultas especializadas.

Figura 5: Fachada UBS Reginaldo



Fonte: Autora, 2022

### 3.1.2 – UBS Paulo Oliveira Costa – CESMAC

A Unidade de Saúde Paulo Oliveira fica localizada no Farol e pertence ao III Distrito Sanitário, e esta anexada ao Centro de Estudos Superiores de Maceió, que é uma faculdade privada da capital funcionando em colaboração com a comunidade local e acadêmica. Tem uma equipe de 64 profissionais composta por: Coordenadora Administrativa; Enfermeira; Médico(a); Cirurgiã-dentista; Aux. de enfermagem; Aux. de saúde Bucal; Agentes comunitários de saúde e uma equipe de docentes. Tendo o total de 3897 pessoas cadastradas.

Ofertando serviços de saúde na atenção básica: Acolhimento humanizado; Atenção à saúde da mulher; Atenção a saúde da criança; Atenção a saúde do adolescente; Atenção a saúde do idoso; Atenção a saúde do homem; Atenção a saúde da população em situação de rua ; Atendimento odontológico; Assistência ao paciente com tuberculose; Assistência ao paciente com hanseníase; Acompanhamento de gestante e crianças cadastradas no Programa Bolsa Família; Vacinação; Procedimentos Básicos (curativos, retirada de pontos, nebulização, reidratação oral); Exames (teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatites B e C), coleta de citologia oncológica, teste do pezinho, exame de escarro e exames laboratoriais;

Dispensação de medicamentos básicos; Dispensação de contraceptivos e preservativos; Planejamento familiar; Grupos de educação em saúde; Cadastro do cartão SUS; marcação de exames e consultas especializadas.

Figura 6: Fachada UBS Paulo Oliveira



Fonte: autora, 2022

### 3.1.3 – UBS Paulo Leal

A Unidade Básica de Saúde esta localizada no bairro do Feitosa e atende a população do Reginaldo. Pertencente ao V Distrito Sanitário, possui uma variedade de atendimento especializado de saúde. Os serviços ofertados na atenção Especializada são: Acolhimento Humanizado e Referenciado; Referência Secundária para TB e Hanseníase; Colposcopia; Atendimento com profissionais Médico Especialista, Enfermeiro; Assiatente Social; Psicólogo e Nutricionista; Coleta de Exames Laboratoriais; vacinação; Dispensação de medicação básica e controlada; Grupos de Educação em saúde.



Figura 7 : Fachada UBS Paulo Leal



Fonte: Autora, 2022

#### 3.1.4 – UBS Waldomiro Alencar

A UBS Waldomiro Alencar, esta localizado no bairro Jacintinho, pertence ao V Distrito Sanitário, e possui os seguintes serviços de saúde: Acolhimento humanizado; Atenção à saúde da mulher; Atenção a saúde da criança; Atenção a saúde do adolescente; Atenção a saúde do idoso; Atenção a saúde do homem; Atenção a saúde da população em situação de rua; Atendimento odontológico; Assistência ao paciente com tuberculose; Assistência ao paciente com hanseníase; Acompanhamento de gestante e crianças cadastradas no Programa Bolsa Família; Vacinação; Procedimentos Básicos (curativos, retirada de pontos, nebulização, reidratação oral); Exames (teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatites B e C), coleta de citologia oncológica, teste do pezinho, exame de escarro e exames laboratoriais; Dispensação de medicamentos básicos; Dispensação de contraceptivos e preservativos; Planejamento familiar; Grupos de educação em saúde; Cadastro do cartão SUS; marcação de exames e consultas especializadas.



Figura 8 : UBS Waldomiro Alencar



Fonte: Autora, 2022

### 3.1.5 – UBS José Araujo Silva

A Unidade de Saúde José Araujo esta localizada no Jacintinho, e possui um cronograma de atividades semanais que envolvem vários profissionais da saúde como; Médico Clínico, Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Auxiliar de enfermagem. Ofertando especialidades como; Clínico, ginecologista, pediatra e psicólogo.

Figura 9: UBS José Araujo Silva



Fonte: Autora, 2022

### 3.1.6 - UBS Grota do Moreira

A Unidade Básica Grota do Moreira fica localizada no bairro do Jacintinho, pertence ao V Distrito Sanitária. No período da pesquisa de campo o estabelecimento estava passando por reformas, e seus serviços estavam sendo ofertados na UBS João Paulo II, também no Jacintinho. Tais como: Acolhimento humanizado; Atenção à saúde da mulher; Atenção a saúde da criança; Atenção a saúde do adolescente; Atenção a saúde do idoso; Atenção a saúde do homem; Atenção a saúde da população em situação de rua ; Atendimento odontológico; Assistência ao paciente com tuberculose; Assistência ao paciente com hanseníase; Acompanhamento de gestante e crianças cadastradas no Programa Bolsa Família; Vacinação; Procedimentos Básicos (curativos, retirada de pontos, nebulização, reidratação oral); Exames (teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatites B e C), coleta de citologia oncológica, teste do pezinho, exame de escarro e exames laboratoriais; Dispensação de medicamentos básicos; Dispensação de contraceptivos e preservativos; Planejamento familiar; Grupos de educação em saúde; Cadastro do cartão SUS; marcação de exames e consultas especializadas.

Figura 10: UBS João Moreira



Fonte: Autora, 2022

As Unidades Básicas visitadas durante trabalho de campo, por conta da proximidade com a comunidade que busca atendimento nessas Unidades para

garantir um acesso mínimo a saúde. Como podemos observar os serviços oferecidos podem variar, algumas oferecem os mesmos serviços, porém outras unidades conseguem oferecer algumas especialidades diferentes.

De acordo com o IBGE, a densidade demográfica do município, em 2016, sugere que I, II e V Distritos Sanitários, possuem maior adensamento populacional no território. De acordo com a **Tabela 01** abaixo, os Distritos Sanitários concentram a maior parcela da população dos bairros que estão nas proximidades do Vale do Reginaldo, o que pode explicar o número de unidades básicas disponíveis em tais distritos. Como no bairro do Jacintinho, que está no V Distrito Sanitário e possui o maior número de Unidades Básicas de Saúde, com relação aos outros bairros citados nesta pesquisa.

**Tabela 01-** Tabela de distribuição de frequência da população por Distrito Sanitário

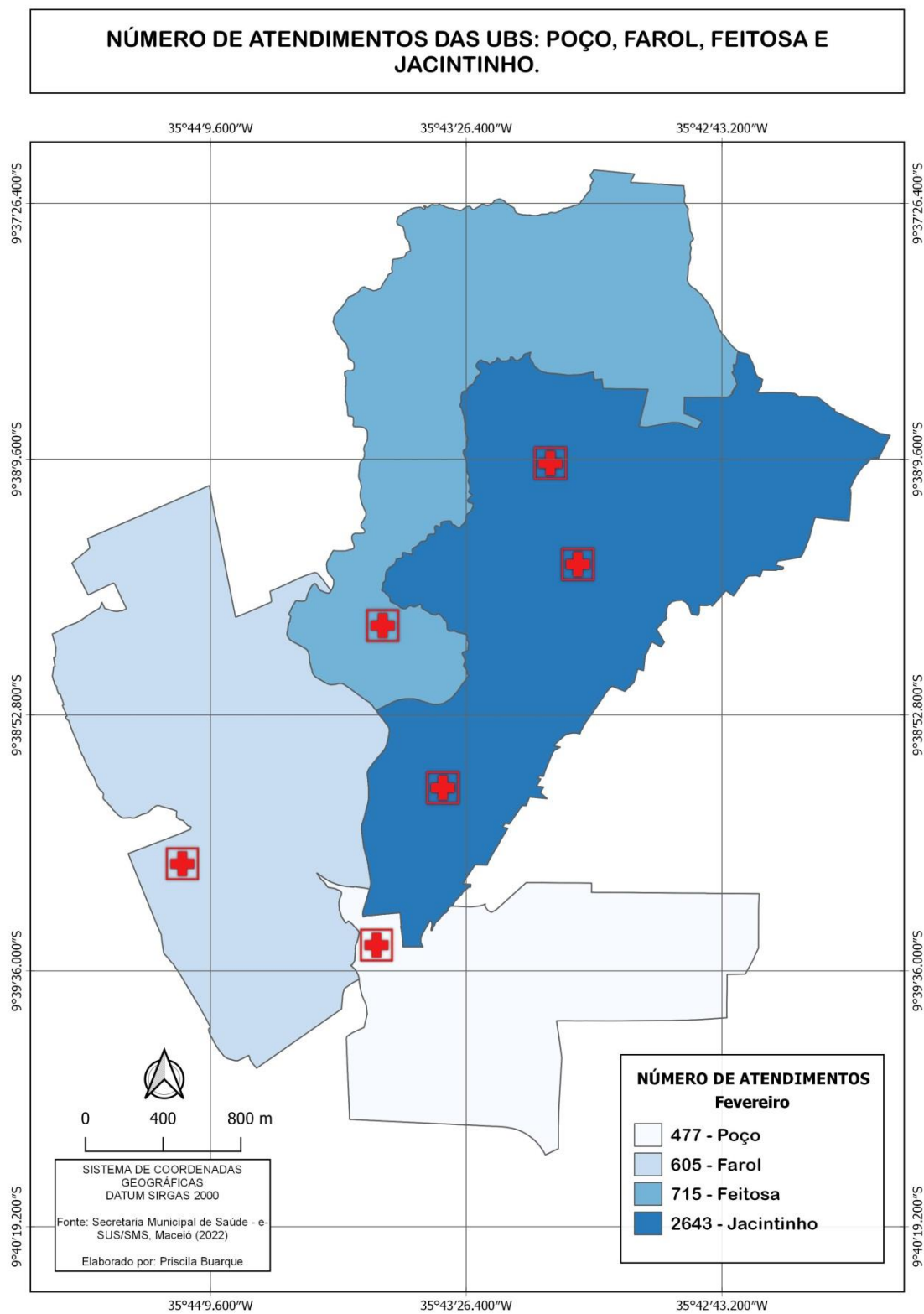
Distrito	População	Área territorial	Densidade Demográfica
I Distrito Sanitário	109.806	9,77	11.239,10
II Distrito Sanitário	110.936	11,38	9.748,33
III Distrito Sanitário	75.309	13,26	5.679,41
IV Distrito Sanitário	106.005	17,93	5.912,16
V Distrito Sanitário	179.255	18,490	9.694,70
VI Distrito Sanitário	122.104	30,820	3.961,84
VII Distrito Sanitário	268.739	44,100	6.093,85
VIII Distrito Sanitário	41.778	53,340	783,24

Fonte: IBGE. Processamento e análise GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL. Dados sujeitos à revisão. Plano Municipal de Saúde 2018-2021

A densidade demográfica é uma medida de distribuição espacial da população e permite o estudo da concentração ou dispersão dessa população no espaço geográfico considerável. Esse indicador é importante para o planejamento urbano e para políticas de ocupação do território, informando a pressão populacional e as necessidades de infraestrutura da área (MACEIÓ, 2016).

Diante disso vamos observar no Mapa 2, quantas pessoas foram atendidas no mês de fevereiro, nas UBS citadas, de acordo com o bairro que estão localizadas.

**MAPA 2: Número de atendimentos das UBS: Poço, Farol, Feitosa e Jacintinho**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (2022)

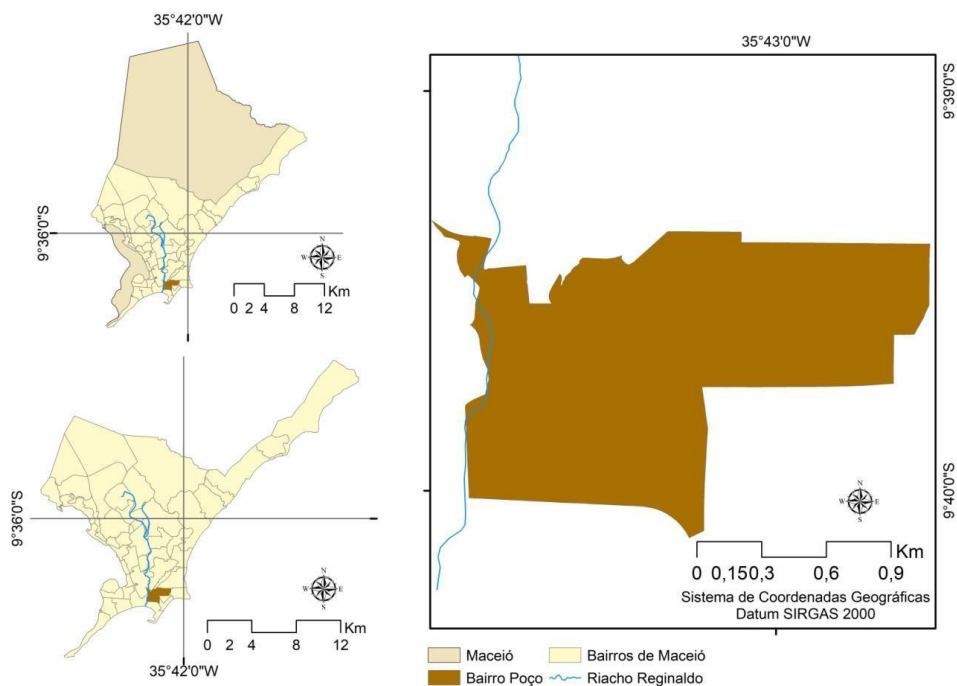
Os atendimentos aumentam gradativamente, de acordo com a quantidade de UBS analisadas, é notório que o planejamento foi realizado de acordo com a demanda populacional, as unidades observadas são as que se encontram nas proximidades do Vale do Reginaldo, cujo, as populações, conseqüentemente, buscam atendimento nas mesmas. Segundo dados da Secretaria municipal de Maceió o número de atendimentos na UBS Reginaldo em fevereiro foi de 477 usuários, um número inferior à sua população que já ultrapassam os 20.776 habitantes, segundo IBGE 2010. Várias possibilidades podem ser apontadas para a baixa procura, entre elas, a proximidade e o acesso a outros bairros, visto que a ocupação esta localizada nos limites dos quatro bairros, Poço, Jacintinho, Feitosa e Farol.

## **CAPÍTULO IV – AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: ACESSO, PLANEJAMENTO E PLANO DIRETOR**

### **4.1 – Saúde, ambiente, cultura no “Vale” do Reginaldo**

O Vale do Reginaldo está inserido em um dos principais bairros de Maceió, o Poço, que é próximo ao porto de Maceió, no centro da cidade, tendo privilegiada localização para trabalhadores que precisam manter seu sustento, e que vem resistindo historicamente com a falta de saneamento básico e a falta de urbanização mesmo sendo localizada na cidade de Maceió, em um dos bairros mais centrais da cidade. A prioridade da população local é a moradia e o próprio sustento, assim, a vulnerabilidade social é a principal característica. Quase que totalmente ocupado, intensiva e indiscriminadamente, às margens do canal e nas encostas, com autoconstruções insalubres, que possui um grande quantitativo populacional, estimatima-se mais de 35.000 habitantes, de acordo com a Secretaria de Infraestrutura do Estado de Alagoas (SEINFRA, 2010).

Mapa 3: Localização do Vale do Reginaldo Maceió-AL.



Fonte: autora 2019

Está registrado no *site* História de Alagoas, 2018, a ocupação as margens do riacho, ocorreu por volta da década de 1950, em um pequeno curso d'água, não se tem registros de quando recebeu essa denominação.

Figura 11: Vale do Reginaldo



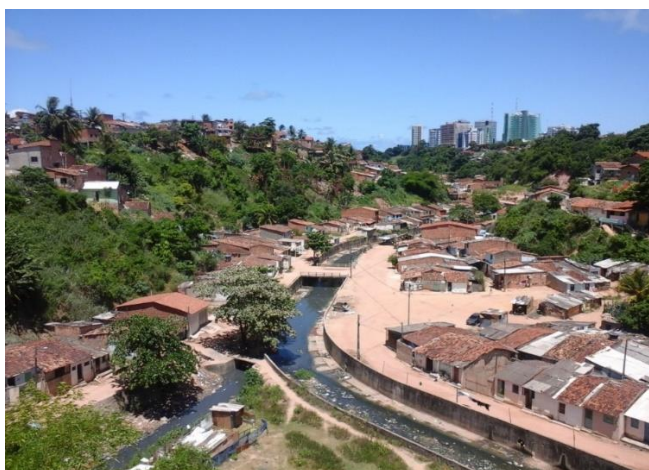
Fonte: Site História de Alagoas, 2018



Mas, o seu primeiro nome foi Riacho Maceió, sua nascente era conhecida como Poço Azul e ficava onde está implantado o bairro Jardim Petrópolis. Desembocava na praia do Sobral e mesmo sendo riacho tinha afluentes como Riacho do Sapo e Gulandim, sua extensão é era de cerca de 30 km<sup>2</sup>. Abrange cerca de 17 bairros da capital como: Jacintinho, Feitosa, Poço, Farol, Pitanguinha, Gruta de Lourdes, Avenida Rotary e outros.

Quando Maceió iniciou sua expansão acompanhando a Estrada Norte a partir do bairro do Poço, surgiram os primeiros registros de um local conhecido como Reginaldo. Tratava-se de imóveis que pertenciam ao proprietário fundiário Reginaldo. As terras pertencentes ao proprietário Reginaldo Correia de Melo. As propriedades se estendiam do Poço até a área denominada de alto da Jacutinga, atualmente conhecido como bairro do Farol. As informações sobre este cidadão são limitadas. Foi o primeiro Juiz de Orfãos da então Vila Maceió. Eleito em dezembro de 1816 tomou posse em 1<sup>o</sup> de janeiro de 1817. Além disso, sabe-se ainda que também foi o primeiro escrivão da Irmandade do Santíssimo Sacramento de Maceió. Desse modo, as terras do Reginaldo, também levou ao nome do riacho, ficando assim conhecido, pelo menos no seu trecho mais próximo à foz. Da mesma forma, ficou conhecido como o Rego da Pitanga em outro trecho do seu percurso, próximo onde hoje está o bairro da Pitanguinha. Depois da mudança no seu curso em 1940, seu trajeto final passou a ser conhecido como Salgadinho, provavelmente por receber água do mar na maré alta. Essa derivação do riacho foi proposta a primeira pelo governador Gabino Besouro em 1893.

Figura 12: Vale do Reginaldo vista do Farol



Fonte: Autora, 2015

O Vale do Reginaldo não é um bairro, devido à irregularidade de suas ocupações ao longo das décadas como mostramos anteriormente quanto a sua origem. A construção da ponte de 39 metros de altura ocorreu nos anos de 1983 e 1984, principal via de acesso entre os bairros que seguem o Riacho do Salgadinho, onde ocorre as ocupações. Inserido na sua maior parte no bairro do Poço. As primeiras intervenções do Estado em Infraestrutura foram de contenção e retificação do canal para evitar enchentes devastadoras. Possui uma área de 1.867km<sup>2</sup> e uma população de 20.776 habitantes segundo o último Censo 2010, pertence a Região Administrativa I e a quantidade de logradouros é de 143.

O Vale do Reginaldo reflete a política excludente e a desorganizada expansão do Município de Maceió. Desprezada pelo mercado imobiliário, não necessariamente pela sua localização, visto ser privilegiada em relação ao centro da cidade (maior atrativo para sobrevivência), mas, pela sua condição de sítio acidentado, caracterizado por encostas íngremes, a área foi sendo ocupada diante do total descontrole e ausência de monitoramento do poder público e, sem nenhum critério técnico, as autoconstruções se multiplicaram penduradas nas “ribanceiras” abrigando, inexoravelmente, a camada da população de baixa renda que, na época, não tinha acesso a alternativas como moradias populares e lotes urbanizados. Essa realidade começou a ser modificada a partir da década de 1990, já com a comunidade consolidada.

A população residente apresenta um perfil de escolaridade baixo, refletindo no nível de qualificação profissional o que a exclui do mercado de trabalho, cada vez mais, especializado. Esse fato explica a baixa renda familiar, onde 96,67% têm renda de até 2 salários mínimos e 29,11 % recebem até 1 salário mínimo. Essa renda é auferida através do setor informal, responsável por 72,05% da mão de obra ocupada. Essas famílias são constituídas, na sua maioria, de 5 membros, com faixa etária entre 20 e 30 anos (67,63%), revelando a predominância de população jovem, cuja força de trabalho, em circunstâncias “normais”, seria facilmente absorvida pelo mercado. Quanto ao gênero é significativa a proporção de chefes de família do sexo feminino 63,77% (SEINFRA, 2010).

A primeira proposta de intervenção no Vale do Reginaldo surgiu através da implementação do Plano Diretor de Transporte Urbano de Maceió, em 1982. A idéia inicial consistia no desenvolvimento de um eixo viário, com o intuito de “abrir”



o bairro Jaraguá à cidade. Visa melhorar as vias de acesso em direção ao Porto de Maceió, sendo que o eixo viário proporcionaria uma ligação direta com os bairros do Farol, Barro Duro e Tabuleiro dos Martins, facilitando desta forma o deslocamento de automóveis e mercadorias até o porto. O foco da intervenção nas áreas do Vale do Reginaldo estava na construção de um sistema viário e não nas questões sociais. As propostas de remoção e realocação das famílias ocupantes já existiam, porém com o objetivo de facilitar as ações de urbanização da área e não de proporcionar qualidade de vida aos moradores do entorno do Reginaldo (SECOM, 2008).

Embora, tenha sido criado vários projetos de urbanização, nos últimos anos para o Vale do Reginaldo, não houve avanços no saneamento básico e muito menos no lazer, tão essenciais para a saúde da sua população. A intervenção mais atual do município iniciou no ano corrente (2022), de acordo com a Secretaria Municipal de Infraestrutura (SEMIFRA), com o Programa Renasce Salgadinho, que irão contribuir na resolução de um problema ambiental crônico, com a construção de espaços que irão servir como “Jardins Filtrantes”. O sistema conta com tecnologia de baixo custo e de fácil manutenção que irá contribuir, segundo a SEMINFRA (2022) de maneira direta no tratamento inicial do esgoto que chega no Riacho do Reginaldo, por meio do Pau D’arco. Ao total, serão implantados quatro jardins filtrantes cada um com 12 metros de comprimento e 3 metros de largura, além de uma lagoa, que também fará parte da estrutura,

Os jardins filtrantes vão atender exclusivamente o Riacho do Pau D’arco. Através de estudos ambientais desenvolvidos pela Prefeitura, foi identificado que o Riacho do Pau D’arco é o que mais possui matéria orgânica, ou seja, esgoto in natura. Dentre os riachos que iremos trabalhar esse é o de pior situação”, explicou Marcelo Maia, coordenador do programa Maceió Tem Pressa, que é responsável pelo projeto Renasce Salgadinho (SEMINFRA,2022, p. 2).

Ainda em entrevista para o site da Prefeitura de Maceió, o coordenador da Unidade de Gerenciamento do Programa “Maceió tem Pressa” comentou ainda que, além de ter uma funcionalidade ambiental, os jardins filtrantes trazem uma função paisagística, proporcionando beleza para o local, e detalhou o projeto.

As plantas e pedras que estarão dentro dos tanques irão consumir boa parte da matéria orgânica de maneira ecologicamente correta. Antes do esgoto que vem pelo Riacho do Pau D’arco chegar até o

riacho do Reginaldo, os efluentes irão passar pelos Jardins Filtrantes, recebendo esse tratamento primário. Ao fim dos jardins filtrantes, ele chegará ao Reginaldo, com o primeiro tratamento já feito, com uma taxa de esgoto muito menor, sendo posteriormente bombeado para o emissário submarino (SEMINFRA, 2022, p 2).

Embora esse projeto venha trazer benefícios para uma comunidade que não possui saneamento básico, ficam várias lacunas a serem preenchidas, como por exemplo, por que as pessoas da ocupação não foram comunicadas do projeto antes de ser implantado? Como vai funcionar de fato esses jardins filtrantes, se não existe qualquer tipo de saneamento no local? São questões que vão ficar sem resposta para a comunidade até a conclusão da obra.

#### **4.2 O Plano Diretor da cidade de Maceió**

O Plano Diretor da cidade de Maceió esta desatualizado desde 2006, e o Conselho do mesmo encontra-se desativado, ou seja, não houve uma consulta pública do que se esta realizando hoje no Vale do Reginaldo. Dessa forma não há como atender efetivamente as necessidades mais urgente da população, principalmente no que se refere a saúde pública. O plano diretor é um dos instrumentos de gestão em saúde que garantem o funcionamento do SUS, determinado pela Constituição Federal de 1988, que funcione por uma rede descentralizada, hierarquizada e regionalizada.

O plano diretor é uma lei municipal, a ser aprovada pela Câmara Municipal, que corresponde ao conjunto de regras básicas de uso e ocupação do solo, que orientam e regulam a ação dos agentes sociais e econômicos, públicos ou privados, sobre o território do município. De que trata a Constituição Federal no Art. 182, o plano diretor é o instrumento básico da política de desenvolvimento e de expansão urbana, para garantir a função social da cidade e da propriedade e o bem-estar de seus habitantes. Das diretrizes gerais Art 2º inciso II- gestão democrática por meio da participação da população e de associações representativas dos vários segmentos da comunidade na formulação, execução e acompanhamento de planos, programas e projetos de desenvolvimento urbano. Diretrizes que precisam ser efetivados na Gestão do Plano Diretor de Regionalização (PDR), visto que esse fornece importantes subsídios para elaboração do Plano Estadual de Saúde, pois objetiva, além da organização,

regionalização e hierarquização da rede, garantindo o acesso das pessoas a todos os níveis de complexidade indispensáveis ao atendimento integral das suas necessidades.

Os principais instrumentos de Gestão em saúde ligados ao planejamento são; Agendas de Saúde; Planos de Saúde; Relatórios de Gestão; Plano Diretor de Regionalização (PDR); Programação Pactuada e Integrada (PPI). Não se pode falar da PPI , sem estabelecer uma relação direta com o Plano Diretor de Regionalização, visto que se parte deste para firmar a pactuação entre gestores estaduais e municipais. Estes Instrumentos tem uma lógica nacional de funcionamento, procurando articular os diferentes níveis de governo no que se diz respeito à atenção e a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.6).

A agenda de saúde é um instrumento de gestão pelo qual os governos federal, estaduais e municipais, estabelecem, justificam e detalham as prioridades da política de saúde. O gestor deve destacar e justificar os eixos prioritários de intervenção, os objetivos e indicadores da política de saúde em cada esfera de governo e em cada exercício.

A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, devem por meio dos seus órgãos de saúde, remeter ao respectivo Conselho de Saúde, uma proposta de agenda de saúde que uma vez aprovada, constitui a primeira etapa do processo de planejamento da gestão da saúde. É importante destacar que a Agenda de Saúde é instrumento participativo, resultante da negociação e do consenso entre os órgãos gestores, conselhos de saúde e comissões intergestoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.8).

As agendas de saúde ao serem consolidadas e adaptadas em cada esfera de governo, comporão um processo de responsabilização progressiva, tendo por base as orientações de governo, os fóruns de saúde e as referências epidemiológicas e institucionais de cada esfera, sempre com a homologação do respectivo conselho de saúde. O processo de construção das Agendas tem assim, um percurso descendente.

Os eixos prioritários de intervenção são de natureza nacional, pactuadas por representantes das três esferas de governo. Portanto os gestores têm a liberdade para incluir e excluir objetivos em suas respectivas agendas, desde que observem,

além das devidas justificativas:

- Quanto a exclusão de objetivos, o gestor deve ter certeza de que aquele objetivo não se expressa na sua área geográfica e esfera de atuação; e
- Quanto a inclusão de objetivo, deve ser respeitada a regra de se ter um indicador de situação passível de ser coletado simples, claro, e que permita o acompanhamento dos resultados.

Fonte: Ministério da Saúde, (2002, p. 8)

A Agenda de Saúde exerce papel importante no planejamento integrado das ações de saúde, pois prima pela clareza e simplicidade dos objetivos e indicadores escolhidos. A agenda é o início do processo de programação que se materializa no Plano de Saúde e no orçamento anual. A periodicidade das Agendas de Saúde, em cada esfera, é anual, e articulada entre os níveis de governo. Os prazos para elaboração e homologação pelos respectivos conselhos são os seguintes:

- Na esfera federal: até março de cada ano;
- Na esfera estadual: até abril de cada ano; e
- Na esfera municipal: até maio de cada ano. A partir das Agendas de Saúde é que serão elaborados os Planos de Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde (2002, p.9)

O Plano de Saúde é um instrumento de gestão que consolida, em cada esfera do governo, o processo de planejamento na área de saúde, para um período de quatro anos compondo a base das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS. É um documento de intenções políticas, de diagnósticos, de estratégias e de metas. É nos planos de saúde que se devem fazer constar as prioridades estabelecidas nas agendas de saúde e a previsão dos mecanismos necessários para a execução dessas prioridades. O Plano de Saúde na esfera estadual, também tem que considerar o que foi estabelecido no Plano Diretor de Regionalização do estado, visto que este na verdade é parte integrante do próprio Plano de Saúde.

A periodicidade dos Planos de Saúde é quadrienal, pois estes devem estar adequados ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera de governo, sendo

revisitos anualmente em função das Agendas de Saúde e da Programação Pactuada e Integrada. Os prazos para elaboração dos planos variam de acordo com as esferas:

- Na esfera federal: até julho do primeiro ano do quadriênio do governo;
- Na esfera estadual: até junho do primeiro ano do quadriênio do governo; e
- Na esfera municipal: até maio do primeiro ano do quadriênio do governo.

No que se refere aos prazos para Revisões dos Planos de Saúde:

- Na esfera federal: até julho de cada ano;
- Na esfera estadual: até junho de cada ano; e
- Na esfera municipal: até maio de cada ano

Fonte: Ministério da Saúde (2002, p. 10)

O Quadro de Metas, nacional, estaduais e municipais são partes integrantes dos respectivos Planos de Saúde e neles constam os indicadores e as metas prioritárias de cada esfera de governo. São elaborados na forma de planilhas, nas quais devem constar as metas físicas e financeiras das ações traçadas nas Agendas de Saúde e previstas no Plano de Saúde, de forma a permitir a mensuração e o acompanhamento da execução das ações planejadas. A elaboração do Quadro de Metas é anual, podendo apresentar de forma mais ágil as metas estabelecidas pelo Plano de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.11).

A partir desse momento incorpora-se ao fluxo de Instrumentos da Gestão em Saúde os principais instrumentos de planejamento dos governos, federal, estaduais e municipais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 11-12):

- Plano Plurianual (PPA)- estabelece de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para as despesas de capital e outras dela decorrentes, e para as relativas aos programas de duração continuada. Iniciativa: Poder Executivo. Periodicidade: quadrienal;
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)- compreende as metas e as prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente. Orienta a elaboração da Lei Orçamentária Anual, dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais

de fomento. Iniciativa: Poder Executivo. Periodicidade: anual; e

- Lei Orçamentária Anual (LOA) – estima as receitas e fixa as despesas do governo, seus poderes, seus fundos, seus órgãos e entidade da administração direta e indireta, empresas das quais o poder público detenha direta ou indiretamente a maioria do capital com direito ao voto. Iniciativa: Poder Executivo. Periodicidade: anual.

É através da interação entre instrumentos de Gestão em Saúde e os Instrumentos de Planejamento do Governo, nas três esferas, que se dará efetividade a política de saúde. O Relatório de Gestão têm como finalidade a sistematização e a divulgação de informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS, funcionando como prestação de contas, uma vez que estabelece correlação entre as metas os resultados e aplicação de recursos. Possibilitando o acompanhamento da conformidade da aplicação à programação aprovada. Outra informação importante é fornecer subsídios para avaliação e para confecção das Agendas de Saúde e, conseqüentemente, para elaboração e revisão dos Planos de Saúde subsequentes, ou seja, os Relatórios de Gestão são elaborados de forma ascendente. Portanto para um ano de vigência do Plano de Saúde, haverá um Relatório de Gestão elaborado anualmente.

Os prazos para elaboração e encaminhamento dos Relatórios de Gestão são os seguintes:

- Na esfera federal: até dia 28 de fevereiro de cada ano;
- Na esfera estadual: até dia 20 de fevereiro de cada ano; e
- Na esfera municipal: até dia 20 de janeiro de cada ano.

Fonte: Ministério da Saúde (2002, p. 14)

Plano Diretor e Regionalização, estabelecido pelo NOAS/01 é parte integrante do Plano de Saúde estadual e tem como função organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde, de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. O processo para a aprovação do Plano Diretor de Regionalização é baseado no pacto entre os gestores, sendo que a iniciativa do mesmo cabe às Secretarias Estaduais de Saúde.

A elaboração do Plano Diretor de Regionalização consiste em um processo de planejamento integrado, coordenado pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde, que envolve um conjunto específico de municípios que comporão uma região de saúde do estado. Dessa forma, todo estado será coberto por regiões de saúde, com enfoque territorial-populacional, que garantirá níveis adequados de resolução de problemas de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.16).

Ainda que não seja possível, e mesmo desejável, que todos os municípios ofertem a totalidade do serviço de saúde, os gestores devem garantir o acesso irrestrito aos mesmos, ainda que prestados em outro município. O Plano Diretor de Regionalização deve prever a organização dos estados em módulos e microregiões de saúde com níveis crescentes de complexidades de serviços. Assim determinados serviços de saúde, não são mais pensados em uma lógica municipal, mas sim em um plano regional, o que permite ganhos de escala e sustentabilidade de custeio dos serviços de saúde mais complexos e mais caros.

O Plano Diretor de Regionalização nasce da pactuação entre os gestores municipais, sob a coordenação do gestor estadual que servirá como subsídio para elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI), que dará efetividade ao que foi pactuado. Outra função do Plano Diretor de Regionalização, que integra o Plano de Saúde Estadual, é servir como um subsídio para os Planos de Saúde Municipais, uma vez que para planejar as ações de assistência à saúde, o gestor municipal tem que considerar a regionalização dos serviços de saúde no seu respectivo estado.

#### Os principais objetivos do Plano Diretor de Regionalização

- aumentar a capacidade de Gestão do SUS;
- trabalhar de acordo com as necessidades da saúde e não em função das pressões de oferta;
- incrementar as relações cooperativas e complementares entre gestores do sistema, com melhor definição de responsabilidades e de compromissos estabelecidos;
- fortalecer os instrumentos de consolidação dos pactos entre gestores do sistema; e
- melhorar o acesso de todos os cidadãos a todos os níveis de atenção a saúde.

Fonte: Ministério da Saúde (2002, p.17)

Dessa maneira o silenciamento de todo esse processo de democratização do Plano Diretor, produz vários retrocessos no funcionamento do SUS, comprometendo o acesso da maior parte da sociedade, que é a classe trabalhadora, moradores das periferias, que estão em vulnerabilidade social, sem saneamento, sem abastecimento de água potável e sem atendimento médico. A reativação do Conselho para o Plano Diretor é necessária e urgente, para fortalecer o que está garantido na Constituição de 1998, que é o direito à saúde, seguindo os princípios da igualdade, integralidade e equidade.

### **4.3 O Direito à cidade nas conferências populares**

Vários profissionais como arquitetos, urbanistas, movimentos sociais, instituições de ensino, de pesquisa e extensão, junto a Universidade Federal de Alagoas, realiza em Maceió várias audiências com a comunidade para debater, que cidade nós temos e que cidade nós queremos. Com o objetivo de realizar uma conferência popular pelo direito à cidade, uma iniciativa da sociedade civil em resposta à descontinuidade, por parte do Governo atual, e sua política econômica, excludente, para um evento nacional do Governo Federal para discutir políticas urbanas, que é o Encontro Nacional pelo Direito à Cidade. Preparando relatórios que expresse a angústia e a necessidade do povo. Reafirmando a importância dos movimentos sociais para planejar, como o acesso à saúde pública é mais adequado a cada cidade.

De acordo com a relatoria da 3ª audiência pública externa, no dia 29 de abril de 2022, às 9h, na Escola Estadual Fernandes, no bairro São Jorge em Maceió, focada na população da 5ª Região Administrativa de Maceió, composto pelos bairros; São Jorge, Serraria, Barro Duro, Feitosa e Jacintinho. Lima, no São Jorge. A Mesa composta por: Vereador Drº Valmir, Profª Juliana (Arquiteta e Urbanista), Paulo Fernandes (Presidente IAB); Antonio Sabino Santos (Movimento Comunitário Popular), Judson Cabral (CREA-AL), Paulão (Dep. Federal). A reunião gerou o seguinte relatório, redigido pela Professora Dra Luciane Marisco (IGDEMA);

A reunião teve início às 10h com a fala de cada membro da Mesa. A professora de urbanismo Juliana, apresentou slides destacando o que é, e qual a importância do Plano Diretor; Paulo Fernandes apresentou um breve histórico



sobre o Plano Diretor de Maceió, destacando sobre a demora/engavetamento da revisão e aprovação de um novo documento; e ainda sobre a urgência de sua discussão em função do ocorrido (caso Braskem/afundamento de alguns bairros); Antonio Sabino Santos enfatizou e criticou a demora da aprovação de um novo documento e sua emergência como ponto de pauta; Judson Cabral destacou sobre a demora da aprovação, sobre a importância da legislação urbanística para uma cidade, e o papel do Plano Diretor na luta pela função social da cidade e da propriedade urbana como elemento chave do Plano Diretor; Paulão destacou a importância do debate sobre o histórico da propriedade privada da terra no Brasil e em Maceió (que menos de 10 famílias da elite local), são donos das terras em Maceió que usam a terra para especular. Destacou sobre se discutir sobre a importância da moradia para fim social no Centro da cidade Maceió, através do uso misto (habitação x comércio e serviços), a limpeza higienista feita com a retirada dos moradores da Vila dos Pescadores do Jaraguá, a especulação imobiliária acelerada no litoral norte de Alagoas que tem provocado, cada vez mais, processos de exclusão da população local as praias (privatização do litoral norte pelas elites locais e externas), necessidade de transparência pelo poder público sobre a indenização da Braskem de 12 milhões de reais. Encerra a fala enfatizando que as mudanças só ocorrem com consciência de classe e mobilização popular.

A apresentação de um vídeo explicativo sobre o que é o Plano Diretor. Após o vídeo passou a fala para o público presente. Profa. Caroline Gonçalves destacou sobre a falta/ausência de diálogo com a Prefeitura e a defasagem de revisão do Plano Diretor. Principal questão: como garantir a efetiva participação da população neste processo, além das audiências públicas. Como efetivar institucionalmente a participação da população/representantes dos bairros; Airton Rocha Omena destacou os problemas da 5ª Região Administrativa que são: mobilidade e a verticalização que está ocorrendo na região (calçamento, VLT, ônibus). Não existe uma ampliação da mobilidade, esgotamento sanitário e drenagem dos prédios que estão sendo construídos (é canalizado diretamente nas encostas); urbanização ao redor da Av. Josefa de Melo, aterro dos córregos, alteração da estabilidade das encostas.

O Vereador Drº Valmir destacou e chamou atenção que a Prefeitura não tem uma Secretaria de Planejamento. João Honorato (Associação Moradores do

Feitosa) – Importância de maior participação do povo, proposta de sugerir ao Ministério Público Estadual de Conferências Municipal, cobrar a Prefeitura para realização de Audiências Públicas; Erick Jhonson – Morador do Vale do Reginaldo. Questiona se a revisão já existe, onde está o Plano Diretor? Faz a crítica da retirada da população da parte baixa para a parte alta da cidade e a dificuldade de mobilidade urbana. E conjuntos habitacionais sendo construídos sem equipamentos urbanos. Maria José Alves - União por Moradia Popular – Destacou sobre a importância de se discutir a cidade como um todo e que o principal problema hoje é mobilidade urbana, saneamento básico. Destacou sobre a importância da regularização fundiária (dos 50 bairros, 40% dos proprietários não são proprietários da terra); a importância da participação das comunidades dos bairros.

No dia 7 de maio de 2022, às 9h, no Auditório da Reitoria da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), houve a Conferência Popular pelo Direito a Cidade em Maceió- AL. Que gerou outro relatório, redigido pela Profª Drª Luciane Marisco (IGDEMA). A Mesa foi composta pelos membros: Vereador Drº Valmir Gomes, Vereadora Teca Nelma, Profª Drª Débora Cavalcanti FAU/UFAL), Profª Drª Luciane Marisco (IGDEMA/UFAL), Maria José Alves (União por Moradia Popular), Silvana Pinheiro (Movimento dos Trabalhadores Sem Teto- MTST), Liliane Pereira, (Movimento de Luta nos Bairros, Vilas e Favelas – MLB).

Figura 13: Conferência Popular pelo Direito a Cidade



Fonte: Autora, 2022

A reunião teve início às 14h com a fala dos membros da Mesa. O objetivo maior da Conferência foi o encontro com as lideranças e representantes dos movimentos sociais do estado de Alagoas para o debate das principais questões que envolvem a problemática urbana/agrária e encaminhamentos visando a articulação e criação do Núcleo BR-Cidades-Maceió-Alagoas.

A Prof<sup>a</sup> Débora fez uma explanação do que é o instrumento Plano Diretor e da importância da participação popular no processo de sua elaboração e revisão. Fez um breve histórico sobre o processo de revisão do Plano Diretor de Maceió enfatizando que este documento é de 2006, e a urgência em sua revisão, destacando a sua desatualização diante das transformações que a cidade vem passando. Destacou a problemática do maior crime ambiental/urbano causado pela Braskem referente ao afundamento do solo em quatro bairros de Maceió, as sérias consequências e a urgência da revisão para a inclusão desta questão. Destacou ainda sobre os entraves durante o processo de revisão e ausência de transparência do debate. Apontou a relevância das Audiências Públicas como um dos principais canais de participação popular neste processo de revisão do Plano Diretor que está ocorrendo em diversos bairros da cidade através da iniciativa do vereador Dr<sup>o</sup> Valmir Gomes.

Os representantes dos movimentos sociais expuseram os problemas, as demandas dos respectivos bairros em que moram e atuam, e fizeram avaliações críticas sobre a questão urbana em Maceió. Após a fala dos presentes, foi feita uma avaliação final sendo considerado o encontro muito positivo, e a proposta de realização de um segundo evento, tendo em vista ter se concretizado como um espaço plural para o debate da cidade e do urbano. E que estes encontros devem ser frequentes na medida que fortalece a luta pelo direito a cidade.

No dia 20 de junho de 2022, às 14h, no auditório do Sindicato dos Médicos de Alagoas (SINMED-AL) no bairro do Trapiche da Barra, foi realizada na 5<sup>o</sup> Audiência Pública, para discussão da revisão e atualização do Plano Diretor municipal com foco na 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> Regiões Administrativas que abrange os bairros do Poço, Ponta da Terra, Pajuçara, Ponta Verde, Jatiúca, Mangabeiras, Centro, Levada, Prado, Trapiche da Barra, Ponta Grossa, Vergel do Lago e Pontal. A Mesa composta Vereador Dr. Valmir Gomes; Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Cavalcanti (FAU/UFAL); Keka Rabêlo Produtora Cultural dos Povos da Lagoa; Eliane Silva do Movimento

dos Trabalhadores Sem Teto (MSTST); Isadora Padilha do Instituto para o desenvolvimento das Alagoas (IDEAL); Pastor Marcos morador do Vergel do Lago.

A reunião iniciou às 15hrs, com a apresentação da composição da mesa pelo Vereador Valmir Gomes, que passou a fala para os mesmos. Isadora falou da importância da 1ª Região Administrativa para a cidade de Maceió, historicamente, culturalmente e economicamente. Keka Rabêlo faz uma explanação sobre a importância de vetorizar a cultura lagunar. Eliane Silva enfatiza a importância da sociedade debater e participar da LDO, que está sendo avaliada na Câmara Municipal sem a participação da sociedade. A professora Débora fala da importância de se discutir as prioridades orçamentárias, para o Plano Diretor, no transporte, equipamentos públicos como, parques, escolas e na saúde pública. Destaca a importância da participação popular, para dialogar expondo suas necessidades e no apontamento de soluções. O Pastor Marcos fala da dificuldade de morar na orla lagunar, que sofre com alagamentos e a falta do sururu (pescado), fonte de renda das famílias, sugerindo cadastramento para assistência a essas famílias. Inicia as falas para as representantes das comunidades:

Pablo (Urbanista) denuncia os alagamentos na parte baixa da cidade e sugere jardins de chuva, para minimizar a questão da impermeabilização do solo nessas áreas. Sugere a ocupação de vazios urbanos, para que seja exercido a sua função social. Também sugere mais lazer nas periferias e não apenas nas áreas nobres da cidade. Sugere a retirada da Braskem da cidade de Maceió, por conta do desastre ambiental causado pela mesma.

Márcio (Diretor do Sindicato dos Bibliotecários e morador do Trapiche) - fala do descaso com a população do Trapiche e da Orla Lagunar. Defende Políticas Públicas efetivas com relação a qualificação profissional e emprego.

Paulo Vitor (Artesão Livre da Feirinha da Pajuçara) - Denuncia a perseguição da SEMAS e da Guarda Municipal. Sugere um projeto para esses trabalhadores informais, mas tão importantes para o turismo. Denuncia eventuais privilégios de alguns comerciantes por apadrinhamento político, que libera alvará de permanência. Denuncia também a falta de manutenção nos banheiros públicos, além da falta de segurança.

Sil militante (MSTST)- questiona o silenciamento do Plano Diretor, a falta de

diálogo com o povo e fala da importância dos movimentos sociais. Igor Silva ( Movimento Raízes da Liberdade) – Movimento anti-racista MSTST, sugere projeto de lei para juventude negra de Maceió. Alailton Santos – Denuncia a dificuldade na mobilidade urbana com as modificações realizadas nas linhas.

Samuel Silva – Representante da Associação das empresas de Viagens, denuncia a falta de segurança e conforto para a população temporária (turista), que precisam receber o olhar do plano diretor, com a falta saneamento básico, os turistas podem adquirir doenças durante estadia, trazendo prejuízo para as empresas de turismo. Denuncia a reforma urbanística na orla marítima, sem o conhecimento e participação da população, como por exemplo, a proibição da entrada de ônibus turístico, dificultando o acesso as praias, feiras e hotéis da região.

Vereador Drº Valmir – convida a todos a participar da votação da LDO, ainda sem data prevista, propondo a reativação do Conselho do Plano Diretor de Maceió, deixando marcada a penúltima audiência pública, para revisão do plano diretor, para o dia 27 de junho de 2022 na UFAL, para dar continuidade ao debate.

Isadora Padilha reafirma a denuncia da falta de diálogo com a população, seja das periferias ou dos bairros elitizados e da importância do Planejamento Sustentável para 10 anos para o plano diretor. Sugere a retirada progressiva da Braskem, empresa que sitia um território habitado. Profª Débora - finaliza salientando a importância do diálogo com a comunidade, as organizações de movimentos sociais e a Universidade. Pois Maceió está sendo destruída e sua população abandonada.

Em suma, todas as representações dos bairros, profissionais de várias áreas e a Universidade, cobram a revisão e enfatizam a importância do plano diretor, que esta sendo negligenciado pela gestão atual, foram realizadas até sete audiências públicas em diferentes regiões administrativas. Observamos que a maior parte da participação vem de movimentos sociais, e estudantes acadêmicos, através da Universidade, o que demonstra o engajamento da população na luta por melhoria e acesso aos equipamentos públicos. Todas as audiências citadas acima foram realizadas nas Regiões Administrativas, onde estão localizados os bairros que estão no entorno do “Vale” do Reginaldo, o que pode vir a trazer

benefícios futuros para a ocupação.

De acordo com a Plataforma de Lutas Populares pelo Direito a Cidade, 2022, desde 2015 com a derrota das forças mais conservadoras da sociedade que inconformados com o resultado, se organizaram para inviabilizar o governo da Presidente Dilma, com o golpe de 2016, estamos sofrendo com o desmonte de direitos, por aqueles que transformam a política urbana numa fonte exclusiva de grandes negócios, aprofundando a exclusão social, que afeta a população pobre, negra e periférica. A Conferência Popular pelo Direito à Cidade é resultado deste novo momento de lutas urbanas.

A adesão de mais de 600 movimentos populares, entidades, coletivos, grupos de direitos humanos e acadêmicos é a prova de que algo novo está acontecendo. Foram 230 eventos preparatórios em todo país, em todo país, reunindo milhares de propostas. Foram debatidas propostas voltadas para moradia popular, saúde e saneamento, lutas contra a opressão de gênero e LGBTQI+fobia, pela preservação do meio-ambiente e a adaptação a crise climática, pelo direito dos povos originários, mobilidade e acessibilidade, lutas antiracistas e contra o capacitismo, pelo acesso a equipamentos culturais, dinamização de atividades artísticas e esportivas, pela cidadania das pessoas jovens e idosos, pelos direitos das pessoas em situação de rua, por trabalho e renda, pela democracia urbana. Convergindo anseios, esperanças e lutas pelo Direito a Cidade, como direito de construir uma nova sociedade, com novas formas de relações entre os seres humanos e destes com o meio ambiente.

A Conferência Popular pelo Direito a Cidade reafirma a autonomia de cada movimento e do conjunto das lutas e movimentos urbanos frente ao aparelho estatal. Segue uma síntese com 13 propostas direcionadas ao meio ambiente, saneamento, saúde e segurança alimentar, desenvolvidas em reuniões preparatórias para a Conferência Popular a saber:

1) Rever e fiscalizar o sistema de licenciamento e controle ambiental, em especial a legislação minerária, retomando a meta de desmatamento zero e interrompendo imediatamente o ataque criminoso, bem como a demarcação imediata das áreas indígenas, comunidades tradicionais e unidade de conservação;

2) Estimular a geração de renda com uso sustentável de áreas voltadas às famílias de comunidades tradicionais, indígenas e populações vulneráveis, garantindo a regularização das áreas rurais e urbanas;

- 3) Efetivar um programa nacional de preservação e recuperação da Amazônia e demais biomas, preservar e recuperar os mananciais considerando o pagamento de serviços ambientais;
- 4) Implantar obras de prevenção de desastres definidas nos planos municipais de redução de risco, investir no Sistema Nacional de Monitoramento de Desastres e reestruturar a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, ampliando as redes de mobilização com participação efetiva das comunidades, movimentos populares no planejamento, gerenciando a execução de ações e planos; remoção e reconstrução imediata das áreas atingidas, como também planos de contingência locais;
- 5) Investir em obras de estrutura, para captação e tratamento e distribuição de água potável, para garantir acesso imediato de todas as pessoas a água potável; combater as privatizações de mananciais e dos serviços de saneamento; exigir a manutenção do abastecimento regular nas periferias e garantir água encanada para todas as pessoas e coletivos; instituir o fornecimento de um volume mínimo de água potável, com tarifa zero, às famílias de baixa renda, a tarifa social, tendo como referência o CadÚnico;
- 6) **Avançar em direção a universalização do saneamento, provisão de água potável, destinação adequada de resíduos sólidos, drenagem, tratamento de esgoto – investindo nas áreas mais vulneráveis, como as comunidades rurais, em territórios de populações tradicionais, nos assentamentos populares urbanos e periurbanos e pequenos municípios. Fomentar a organização de consórcios públicos e garantir o monitoramento dos serviços e participação social;**
- 7) Implantar políticas de reflorestamento de áreas degradadas, arborização urbana, recuperação de matas ciliares e despoluição de curso d'água, contribuindo para redução de enchentes e alagamentos;
- 8) **Fortalecer o SUS, revogando a Emenda Constitucional Nº95/2006, Portaria 2979 de 2019, incorporando ao programa saúde da família a melhoria das condições de moradia, apoiando a ação dos coletivos e redes comunitárias que atuaram durante a pandemia e implantando equipamentos de saúde nas periferias, garantindo a participação social no planejamento, controle e fiscalização na prestação de serviços. Implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), na atenção básica/ primária;**
- 9) **Reconhecer o Estatuto da Cidade o direito a alimentação adequada e desenvolver o Programa Nacional de Segurança Alimentar, apoiado em conferências populares e em comitês populares contra a carestia, garantindo o controle social e as parcerias com a sociedade. Além disso, garantir a autogestão como metodologia que visa pensar o uso do solo de forma coletiva. Nesse sentido, as áreas públicas podem ser utilizadas para garantir segurança alimentar, respeitando as diversidades culturais e étnicos raciais de cada território;**
- 10) Apoiar a produção agroecológica, por meio da demarcação dos planos diretores, das zonas rurais e das áreas de produção agricultura urbana, fomentando seu desenvolvimento nos empreendimentos de parcelamento do solo, moradia popular e nos equipamentos públicos de educação e empoderando os territórios de povos tradicionais e de axé nas cidades;
- 11) Investir, garantir e fiscalizar a transição agroecológica da sociedade, desenvolvendo a educação socioambiental, baseada nas políticas públicas estruturantes, em espaços formais e não-formais, formulação de projetos de edificação socialmente sustentáveis, combate ao consumismo e ao desperdício, favorecendo a reciclagem e a compostagem. Fazer cumprir a Política Nacional de Resíduos Sólidos e, apoiar as cooperativas de catadores e outras organizações populares baseadas na economia solidária;
- 12) Revisar inteiramente de forma democrática e participativa as legislações federais e estaduais sobre água e saneamento, garantindo a água como direito humano e bem comum;
- 13) **Garantir ampliação urgente de uma política de limpeza pública, associada a ações de reciclagem, avançando para o lixo zero, entendendo o tema como de saúde pública.**

Fonte: Conferência da Cidade, 2022

Podemos observar que todas as propostas da Conferência Popular pelo Direito a Cidade, dialogam com as demandas expostas em audiências públicas, como as ocorridas em Maceió- Al. Demonstrando que a luta por uma cidade mais igualitária deve partir da vontade popular, da maior parte da população que sofre com a perda de direitos, é lutando contra aos interesses econômicos da atual conjuntura política que rasga a Constituição, e vem suprimindo direitos básicos da população brasileira, que devemos avançar lutando por uma saúde pública efetiva e de qualidade.

O Movimento de Luta nos Bairros Vilas e Favelas (MLB) é um movimento social nacional que existe há 21 anos e luta pela reforma urbana e pelo direito humano de morar dignamente. Formado por milhares de famílias sem-teto de todo país, vítimas da ação predatória da especulação fundiária e imobiliária, mobiliza milhares de pessoas para pressionar o governo e chamar a atenção para problemas enfrentados pelo povo pobre nas grandes cidades. Nesse sentido, a organização das ocupações urbanas é uma necessidade para o povo, pois só com a luta organizada conseguiremos a vitória. Ocupar é um ato de confronto com a ordem estabelecida pela propriedade privada capitalista.

Em Dezembro 2021 com o aumento da fome, desemprego e da miséria do povo pobre, cadastramos e mobilizamos as comunidades do “Vale” do Reginaldo e outras comunidades como da Vila Emater, Rio Novo, para reivindicar na Secretaria Estadual de Assistência Social de Alagoas (SEADS), cestas básicas para dezenas de famílias. Foi uma luta diária com êxito, aliviando sofrimento de algumas famílias.



Figura 14: MLB mobilizando a comunidade na SEADS



Fonte: Autora, 2021

Também ocupamos grandes redes de supermercados, que vem lucrando milhões com a pandemia, e a carestia dos produtos alimentícios, para fazer doações a quem tem fome. A manifestação fez parte da campanha Natal sem Fome, que no dia 16 de dezembro, ocupou supermercados em todas as regiões do país. Com a participação em Maceió do núcleo da ocupação do “Vale” do Reginaldo, para reivindicar cestas básicas, no G. Barbosa do bairro da Serraria, para famílias carentes de Maceió.

Figura 15: Mobilização do MLB contra Fome e a carestia no G. Barbosa em Maceió



Fonte: Autora, 2021

Uma das maiores injustiças é o fato de o Brasil ser um dos maiores produtores mundiais de alimentos, mas metade da sua população não consegue comer todos os dias. A produção rural brasileira é dominada pelo agronegócio. Como o dono da terra é o grande capital, é ele quem determina o que plantar e para quem vender, visando sempre obter o maior lucro. Assim a nossa produção é voltada para o mercado externo e para o plantio de *commodities*, produtos que funcionam como matéria prima (soja, trigo, milho).

Dados do Censo de 2017 (IBGE, 2017) apontam uma redução de 9,5% no número de estabelecimentos de agricultura familiar em relação ao último censo de 2006. Setor responsável por 70% do feijão, 34% do arroz e 87% da mandioca produzidos no país. Por isso não devemos abandonar a luta por uma reforma agrária que redistribua terras e garanta comida em nossos pratos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca da compreensão do que é a Geografia da Saúde e como os aportes científicos, é perceptível a necessidade de discutir que política nós queremos para que de fato seja possível diminuir as disparidades sociais que dificulta o acesso a saúde. Fazendo uma análise dentro de uma abordagem sistêmica de como o território esta sendo utilizado e como esta sendo disponibilizado o acesso a saúde pública.

As relações de poder determinam como a população mora e tem acesso aos equipamentos públicos. A ocupação do “Vale” do Reginaldo é uma entre tantas comunidades que estão em vulnerabilidade social. Embora a localização do “Vale”, propicie um acesso mais diversificado de Unidades Básicas de Saúde, a falta de saneamento e a insegurança alimentar é uma realidade para centenas de famílias que residem em lares chefiadas por mulheres, onde a fome é mais extrema.

Compreendendo as causas a partir da ocupação dos territórios, buscando mitigar soluções para as consequências do avanço da urbanização, como aumento demográfico, aspectos econômicos e a conjuntura política, questões que só fortalecem sua importância. Sem a geografia da saúde não aprenderíamos a lidar com as pandemias que a humanidade vem enfrentando ao longo dos tempos. O advento da globalização tornou as pandemias um alcance planetário nunca antes vistos, dado aos meios de circulação, avançados graças a ciência. Embora o Brasil venha passando por um retrocesso no que se refere aos investimentos em ciência e associado a um governo que diverge do conhecimento científico, que desvaloriza e ataca todas as medidas de isolamento social como forma de conter a pandemia que o mundo está enfrentando. É necessário combater denunciando esse tipo de política desumana que só agrava a situação pandêmica. E isso só pode ser sanado com políticas públicas efetivas, com responsabilidade de conhecer o território para uma gestão para saúde pública. As condições de excelência dos serviços de saúde, assim como a universalização, serão dificilmente alcançadas se a saúde pública continuar sendo tratada como mercadoria, a discussão sobre as demandas sociais no Brasil precisam ser continuamente pautadas, para garantir que todo cidadão brasileiro sem distinção de classe social, tenha garantia de acesso e atendimento de qualidade.

Então como pensar em uma saúde pública de qualidade onde a população mal se alimenta? São milhões de brasileiros atualmente nessa situação e o governo federal põe a culpa na pandemia, mas na verdade o aumento da fome vem de antes de 2020 e foi agravado pelo negacionismo e pela política econômica e gestão inconsequente durante a pandemia que aumentou escandalosamente a desigualdade social.

O SUS foi a salvação para milhões de brasileiros, que independente de classe social teve acesso a vacina. Demonstrando para sociedade que o caminho esta pôsto, basta reivindicar e escolher melhor suas representações políticas. Os movimentos sociais têm papel importantíssimo na luta pela igualdade de direitos e é fundamental que a universidade continue se posicionando contra os ataques que vem sofrendo, com cortes e retrocessos impostos por esse governo genocida, que prioriza o enriquecimento de generais, banqueiros e deputados do Centrão.

Uma das maneiras de lutar contra todo esse retrocesso é estar permanentemente denunciando e conscientizando politicamente a população das periferias, vilas e favelas, onde há a concentração populacional. É com esse trabalho de investigação científica e político que considerou-se que o Movimento de Luta nos Bairros Vilas e Favelas (MLB), que luta por moradia digna, vem construindo nas comunidades carentes como no “Vale” do Reginaldo, ações de solidariedade e de diálogo com o povo com o intuito de conscientizar e mobilizar as pessoas para a luta por uma sociedade melhor e com saúde para todos.

## REFERÊNCIAS

ALAGOAS, Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas SESAU-AL. **Plano Estadual de Saúde de Alagoas 2020-2023**. Em apreciação pelo Conselho Estadual de Saúde. Ano 2020. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/PES-2020-2023> Acesso em: 05/01/2022

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/desigualdades>> Acesso em: 29/04/2021. <https://doi.org/10.7476/9788575413913> SANTOS, S. M.;

BARCELLOS, C. (Orgs.) **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie\\_geoproc\\_vol\\_1.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf)> Acesso em: 22/06/2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde. SUS. **Princípios e conquistas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva**. Brasília Ministério da Saúde 2000

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria da Atenção a Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização**. 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010. 72 p. il. Color.(Serie B textos básicos de saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens espaciais na saúde pública/ Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Simone M.Santos, Christovam Barcellos, organizadores**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva.Sistema Único de Saúde (SUS): **instrumentos de gestão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BATISTA, Rodrigo S.; SCHRAMM, Fermin R. **A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen**. Faculdade de Medicina de Teresópolis, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde (NEFISA/FESO), Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Disponível em: <https://www.fronteiras.com/leia/exibir/sistema-publico-de-saude-um-sonho-possivel> acesso em: 09/05/2022

CADERNO\_INTRO\_PROPOSTAS\_CONFERENCIA\_CIDADES\_2022 .  
**Conferência Popular pelo direito a cidade**. Plataforma de Lutas pelo Direito a Cidade. Junho/2022

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. **Território e Saúde na Geografia de Milton Santos**: Teoria e Método para o Planejamento Territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. O Espaço Geográfico em Análise. Curitiba, v. 38, p. 291-320,

2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br>>. <https://doi.org/10.5380/raega.v38i0.43912>

GUIMARÃES, R. B. Saúde: **Fundamentos de Geografia Humana**. São Paulo: Editora UNESP Digital. Recurso digital. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/4xpyq/pdf/Guimarães-9788568334386.pdf>> Acesso em: 03/04/2021.

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

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretoria de Atenção a Saúde. Coordenação de Atenção Primária**. Disponível em: <https://www2.esic.maceio.al.gov.br/pages/meusPedidos.jsf> Acesso em: 18/04/2022

MLB - Movimento de Luta nos Bairros Vilas e Favelas  
Disponível em: [www.mlbrasil.org](http://www.mlbrasil.org) Instagram: mlb\_alagoas

MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J. Eds. **Os impactos Sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta>> Acesso em 29/04/2021. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>

OLIVEIRA, V. H. N. **O papel da geografia diante da pandemia da covid-19**. Boletim de conjuntura, Boa Vista, v. 3, n. 7, p. 80-84, 2020. Disponível em: <<http://revista.ufr.br/actageo/aticle/view/Nedel>> Acesso em: 30/04/2021.

PREFEITURA DE MACEIÓ, **Programa Renasce Salgadinho: jardins filtrantes**. SECOM. Disponível em: <https://maceio.al.gov.br/noticias/seminfra/renasce-salgadinho-jardins-filtrantes-sao-utilizados-como-tecnologia-de-baixo-custo-para-qualificacao-ambiental> Acesso em: 20/05/2022

REBOLLO, R. A. **O legado hipocrático e sua Fortuna no Período Grego-Romano**: de Cós a Galeno. Scientle Studia, São Paulo, v. 4, p. 45-82, 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/ss/article/view/11067/12835>> Acesso em: 28/03/2021.

RIBEIRO JUNIOR. W. A.; CAIRUS, H. F. Textos Hipocráticos: **o doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753-03>> Acesso em: 13/04/2021.

RELATORIA DE AUDIÊNCIAS PÚBLICAS EM MACEIÓ-AL; Conferência Popular pelo Direito a Cidade 2022.

SOUSA, C. F.; SOUSA, M. L. M. **A Contribuição da Geografia da Saúde na Investigação do processo Saúde-Doença**: uma análise de revisão da literatura.

CONIMAS/2019. Disponível em:  
<<http://www.editorarealize.com.br/editora/ebooks/conimas/2019/ebook2>>.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S.; SILVA, A. L. **Iniquidades Sociais em Tempos de Pandemia de Covid-19**: uma reflexão. Revista Bioética, Brasília, v. 29 n. 3, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021293481>> Acesso em: 02/04/2021.

YOUNG, C. E. F.; MATHIAS, J. F. C. M. Org. Covid-19, **meio ambiente e políticas públicas**. São Paulo: Hucitec, 2020. Disponível em: <[http://WWW.huciteceditora.com.br/\\_imagens/\\_downloads/Covid-19%20Meio%20Ambiente](http://WWW.huciteceditora.com.br/_imagens/_downloads/Covid-19%20Meio%20Ambiente)> Acesso: 29/04/2021.

ZOMIGHANI JUNIOR, J. H. **Contribuições Geográficas para Aperfeiçoamento SUSno Estado de São Paulo**: teorias, análises e métodos. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, São Paulo 2012. Disponível em: <<http://wwwsaar.ufu.br/indexphp/hygeia/article/view/17058>> Acesso: 13/02/2021.