



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO
MARANHÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO – UEMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA, NATUREZA E DINÂMICA DO
ESPAÇO – PPGeo

ANÁLISE SOBRE 1 ANO DE PANDEMIA: Reflexões sobre a saúde pública aos casos de
covid-19 na zona rural de São Luís- MA

São Luís – MA

2022

RAQUEL PEREIRA SANTANA

ANÁLISE SOBRE 1 ANO DE PANDEMIA: Reflexões sobre a saúde pública aos casos de covid-19 na zona rural de São Luís- MA

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, Natureza e Dinâmica do Espaço da Universidade Estadual do Maranhão, como requisito à obtenção do título de Mestra em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. José Sampaio Mattos Junior

São Luís – MA

2022

Santana, Raquel Pereira.

Análise sobre 1 ano de pandemia: reflexões sobre a saúde pública aos casos de covid-19 na zona rural de São Luís - MA / Raquel Pereira Santana. – São Luís, 2022.

99 f

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Geografia, Natureza e Dinâmica do Espaço, Universidade Estadual do Maranhão, 2022.

Orientador: Prof. Dr. José Sampaio Mattos Júnior.

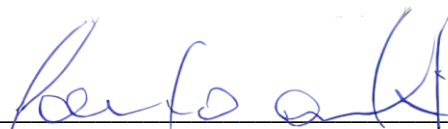
Elaborado por Giselle Frazão Tavares- CRB 13/665

RAQUEL PEREIRA SANTANA

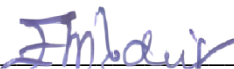
ANÁLISE SOBRE 1 ANO DE PANDEMIA: Reflexões sobre a saúde pública aos casos de covid-19 na zona rural de São Luís- MA

Data: 04 de abril de 2022

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Sampaio Mattos Júnior (Orientador)
Universidade Estadual do Maranhão



Profa. Dra. Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues
Universidade Federal do Maranhão



Prof. Dr. Alison Bezerra Oliveira
Universidade Estadual do Maranhão

Em memória a minha amada avó Ernestina Souto Pereira (1942 - 2020)

Minha mãe Josefina Pereira

Meus irmãos, Hugo Leonardo Pereira Santana e Raabe Pereira Santana

Meus sobrinhos, Lenise Oliveira Santana e Heitor Oliveira Santana

RESUMO

A Geografia da Saúde é um campo de estudo que ganha cada vez mais espaço entre os geógrafos. Frente ao surgimento de surtos epidêmicos, e mais recentemente pandêmicos (COVID-19 em 2019 ainda em vigência), verifica-se a relevância dos estudos da saúde sob a perspectiva geográfica. A presente pesquisa teve como principal objetivo uma reflexão sobre as políticas públicas de saúde no distrito sanitário da Vila Esperança. Dessa forma, foi realizada a espacialização das unidades básicas de saúde no distrito sanitário, por este apresentar o maior quantitativo de bairros da zona rural do município de São Luís. O objetivo a partir deste mapeamento, foi realizar uma análise sobre o acesso a saúde na região. Além disso, foi realizado a sazonalidade dos casos de Covid-19 no distrito frente à crise sanitária em nível pandêmico, doença causada pela nova *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2). O método utilizado foi o de materialismo histórico. A ferramenta utilizada para a espacialização foram os *softwares* ArcMap 10.5 e Google Earth. Ao final do estudo, concluímos que o distrito conta com 13 unidades básicas de saúde com atendimento ambulatorial e 1 UPA para atendimento de urgência e emergência; e ainda foi possível identificar os bairros do Maracanã e Vila Sarney como as localidades que mais acumularam casos.

Palavras -chave: Saúde. Espacialização. Políticas públicas.

ABSTRACT

Health Geography is a field of study that is gaining more and more space among geographers. Faced with the emergence of epidemic outbreaks, and more recently pandemics (COVID-19 in 2019 still in force), the relevance of health studies from a geographical perspective is ensured. The main objective of this research was to reflect on public health policies in the health district of Vila Esperança, rural area of the São Luís's municipality. The objective from this mapping was to accomplish an analysis on access to health in the region. In addition, it was performed a seasonality analysis of Covid-19 cases in the district facing the health crisis at a pandemic level, a disease caused by the new severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). The method used was the historical materialism. The tools used for spatialization were ArcMap 10.5 and Google Earth software. At the end of the study, we concluded that the district has 13 basic health units with outpatient care, and 1 UPA for urgent and emergency care; and it was also possible to identify the neighborhoods of Maracanã and Vila Sarney as the places that most accumulated cases.

Keywords: Health; spatialization and public policy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Localização do município de São Luís- MA.....	14
Figura 2	Mapa de localização da área de estudo.....	15
Figura 3	Esquema de lesões causadas por Covid-19.....	52
Figura 4	Primeiro trimestre do avanço da Covid-19 no Maranhão.....	56
Figura 5	Segundo trimestre do avanço da Covid-19 no Maranhão.....	57
Figura 6	Terceiro trimestre do avanço da Covid-19 no Maranhão.....	58
Figura 7	Quarto trimestre do avanço da Covid-19 no Maranhão.....	59
Figura 8	Cartograma de casos confirmados de abril de 2020 á abril de 2021.....	60
Figura 9	Números de óbitos e taxa de natalidade no Maranhão.....	61
Figura 10	Espacialização de casos de Covid-19 por distrito sanitário.....	63
Figura 11	Espacialização de casos de Covid-19 por distrito sanitário.....	64
Figura 12	Espacialização de casos de Covid-19 por distrito sanitário.....	65
Figura 13	Espacialização do 1º semestre de casos de Covid-19 no distrito da Vila Esperança.....	67
Figura 14	Espacialização do 2º semestre de casos de Covid-19 no distrito da Vila Esperança.....	68
Figura 15	Espacialização do 1º semestre de 2021 de casos de Covid-19 no distrito da Vila Esperança.....	69
Figura 16	Espacialização da densidade de casos de Covid-19 no distrito sanitário da Vila Esperança.....	70
Figura 17	Mapa de localização dos distritos sanitários de São Luís- MA.....	72
Figura 18	Localização dos bairros do Distrito sanitário da Vila Esperança-SL.....	75
Figura 19	Espacialização das Unidades Básicas de Saúde Vila Esperança.....	76
Figura 20	Mapa da UPA municipal da zona rural de São Luís- MA.....	80
Figura 21	Espacialização dos bairros e U.S.F/ C.E.M. do distrito sanitário- Vila Esperança.....	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Linha do Tempo das políticas públicas de saúde no Brasil.....	26
Quadro 2	Objetivos do SUS.....	29
Quadro 3	Saúde do trabalhador.....	30
Quadro 4	Princípios e Diretrizes do SUS.....	31
Quadro 5	Instrumentos de planejamento de financiamento do SUS.....	32
Quadro 6	Serviços de saúde para efeito de financiamento.....	33
Quadro 7	Distribuição dos estabelecimentos de saúde.....	42
Quadro 8	Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde por Região de Saúde (Maranhão, Out. /2019).....	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Localização da área de estudo.....	14
1.2	Metodologia.....	15
1.3	Procedimentos Metodológicos.....	16
2	REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO MARANHÃO.....	18
2.1	Saúde Pública no Brasil: O SUS e o direito à cidadania.....	23
2.1.1	Conceitos geográficos incorporados ao SUS.....	34
2.2	As Políticas de Funcionamento da Saúde no Maranhão.....	38
2.3	A Saúde pública na competência municipal.....	46
3	RESULTADOS: REFLEXÕES SOBRE O ACESSO A SAÚDE PÚBLICA AOS CASOS DE COVID-19.....	49
3.1	A COVID-19 e suas complexidades.....	49
3.2	A COVID-19 no Brasil: estudo de caso do Maranhão.....	54
3.3	Espacialização de 1 ano de Pandemia da Covid-19 no distrito sanitário da Vila Esperança.....	66
3.4	Espacialização das unidades básicas de saúde: análises do acesso á saúde no distrito sanitário de Vila Esperança.....	70
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	85
	ANEXO A- VIII- Da Ordem Social, Cap. II- Da Seguridade Social, seção II.....	91
	ANEXO B - LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.....	93
	ANEXO C- Art. 4º LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.....	94
	ANEXO D - Art.6º LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.....	95

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Rodrigues (2004), os estudos sobre as influências do ambiente urbano na saúde de seus cidadãos são tratados atualmente sob diversos enfoques entre os quais: a Medicina, a Geografia da Saúde, a Epidemiologia, a Psicologia Ambiental, a Sociologia e a Antropologia, dentre outros. Atribui-se a Hipócrates (480 a. C), portanto, os primeiros registros, no ocidente, sobre a relação entre doença e espaço urbano; analisando a influência da situação das cidades, a natureza dos solos, os tipos de águas, os ventos e os modos de vida que contribuiriam para a saúde da população.

Para a historiografia ocidental, após os estudos na Grécia clássica com Hipócrates sobre a relação do espaço urbano e a ocorrência de doenças, não se teve grandes avanços sobre os estudos em geografia e saúde; com a Idade Média se teve descontinuidade no avanço de algumas ciências. De acordo com Rodrigues (2004) e outros autores, outro marco surgiu com a revolução de 1789 ou “Revolução Francesa”. Conseqüentemente, houve uma verdadeira revolução epistemológica para as ciências, que de um modo geral foi a busca na construção do método verdadeiramente científico capaz de produzir melhores explicações sobre o mundo. Sendo assim, as ciências Geográfica e Epidemiológica alcançaram autonomia e ocorreu uma aproximação entre ambas.

A aproximação destacada por Rodrigues (2004), entre Geografia e Epidemiologia corresponde à questão de que ambas parecem compartilhar de alguns princípios conceituais e filosóficos expressos durante a institucionalização das mesmas. Segundo Medronho (1995, p.41) os contatos iniciais entre a Geografia e a Epidemiologia, “ambas ainda sob a influência predominante da tradição positivista do século XIX, resultaram nos primeiros trabalhos sistemáticos de Geografia Médica, voltados à descrição minuciosa da distribuição regional das doenças, empregando amplamente recursos cartográficos”.

Como exemplo de um dos primeiros trabalhos desenvolvidos no século XIX da Epidemiologia e Geografia, temos o John Snow (1813 - 1858) médico britânico considerado um dos pais da epidemiologia, liderou campanha para a adoção da anestesia e da higiene médica. Sua contribuição está sintetizada no ensaio "sobre a maneira de transmissão da Cólera" publicado em 1855, em que apresenta estudo a respeito de duas epidemias de cólera ocorridas em Londres em 1849 e 1854.

Sendo este um marco para os estudos em Epidemiologia, possibilitou também a essa ciência, a avançar no seu campo epistemológico através da utilização da categoria espaço para o desenvolvimento dos seus estudos, sobretudo o desenvolvimento dos estudos da geografia e saúde a partir do século XIX.

De acordo com Guimarães (2015), a concepção de espaço geográfico, é outra referência da permuta entre Geografia e Epidemiologia. Pode-se afirmar que a evolução teórico-conceitual de espaço ao longo da produção científica da primeira, foi assimilada pela segunda.

Partindo da concepção de espaço geográfico, o espaço é resultado da interação entre homem e natureza, dessa forma a produção do espaço se dá a partir da interação social entre indivíduos com o meio. Portanto, o espaço deve ser pensado como a forma de organização da produção e da sociedade, ou seja, ele é a manifestação concreta das relações sociais entre o homem e a natureza. Assim, quando a natureza é transformada pelo trabalho humano, tem-se a formação do espaço. Dessa forma, entender a organização do espaço é entender as relações sociais que derivam os fenômenos socioespaciais.

A produção do espaço carrega diversas características a partir do perfil dos grupos sociais que ocupam determinado lugar e o ambiente. O conceito de espaço é central e compreendido como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente, e por uma estrutura representada por relações que estão acontecendo e manifestam-se através de processos e funções. “O espaço é um verdadeiro campo de forças cuja formação é desigual. Eis a razão pela qual a evolução espacial não se apresenta de igual forma em todos os lugares”. (SANTOS, 2004, p.122).

Desta forma, o espaço para além de instancia social, tende a reproduzir uma estrutura correspondente a organização realizada pelo homem. É também uma instancia subordinada a totalidade, porém possui certa autonomia que se manifesta através das próprias leis. Portanto, o espaço social organizado corresponde a uma forma resultante de interação de diferentes variáveis, que corresponde ao espaço humano. O espaço geográfico é organizado pelo homem vivendo em sociedade e, cada sociedade, historicamente, produz seu espaço como lugar de sua própria reprodução como afirma Milton Santos.

Faria e Bartolozzi (2009), na discussão sobre a concepção de espaço em Milton Santos e as pesquisas em saúde, apresentam o espaço em Santos como uma grande contribuição para os estudos em saúde pública, apesar de Milton Santos não ter sido um geógrafo dedicado aos estudos exclusivamente em geografia da saúde. Porém, o conceito de espaço desenvolvido por ele, causou grande mudança nas investigações sobre o processo de

adoecer-morrer. Dessa forma, os autores apresentam a influência de Santos nas pesquisas em saúde pública a partir do conceito de espaço geográfico.

A partir da categoria espaço geográfico esta possibilitou a Epidemiologia a superar uma visão ultrapassada, não histórica do processo biológico do adoecer, possibilitando ao mesmo tempo compreender fatores econômicos, sociais, políticos e culturais responsáveis pela produção das doenças endêmicas e epidêmicas. Sendo assim, Silva (1997) afirma que o “conceito de espaço geográfico incorpora os determinantes naturais e sociais numa visão de totalidade, que muitas vezes falta à análise epidemiológica” (SILVA, 1997, p. 588).

O conceito de espaço de Milton Santos fazem parte das referências mais importantes não só para o Brasil, mas para a ciência da saúde de forma geral, pois possibilitou novas concepções sobre as análises de doenças e seus comportamentos espaciais, levando em consideração fatores sociais, as relações culturais e a infraestrutura permeando o saneamento entre outros fatores.

De acordo com Faria e Bartolozzi (2009), na perspectiva do realismo crítico a análise do processo saúde-doença tem sido realizada pela epidemiologia social brasileira, considerando-se as diferenças de adoecer e morrer das classes sociais ou das pessoas nos diferentes contextos socioespaciais. Nesses estudos epidemiológicos, a categoria espaço tem sido o fundamento do conceito de risco, porque a partir da compreensão dos objetos e ações dentro do espaço é possível compreender a relação do adoecer com os fenômenos sociais e os fatores infraestruturais relacionados ao processo de distribuição espacial das doenças.

Partindo de tais argumentos a presente pesquisa intitulada, Análise sobre 1 ano de pandemia: reflexões sobre a saúde pública aos casos de Covid-19 na zona rural de São Luís-MA, tem como objetivo trazer reflexões sobre o acesso à saúde e espacializar os casos de Covid-19 durante 1 ano, em um distrito sanitário da zona rural de São Luís. Os objetivos específicos são divididos em três. (1) Identificar as unidades básicas de saúde no distrito sanitário da Vila Esperança. (2) Verificar a sazonalidade dos casos de COVID-19 no distrito sanitário da Vila Esperança. (3) Analisar o acesso à saúde pública no distrito durante o primeiro ano de pandemia.

A problemática parte das afirmativas que, nos últimos anos os estudos epidemiológicos ligados às problemáticas ambientais, têm aumentado gradativamente no país, e no estado, porém são poucos os estudos de caso ligados à espacialização de fenômenos epidêmicos na saúde rural. É notável a discrepância entre os estudos de geografia da saúde rural e urbano, a saúde rural aparentemente só é percebida se ligada às problemáticas urbanas.

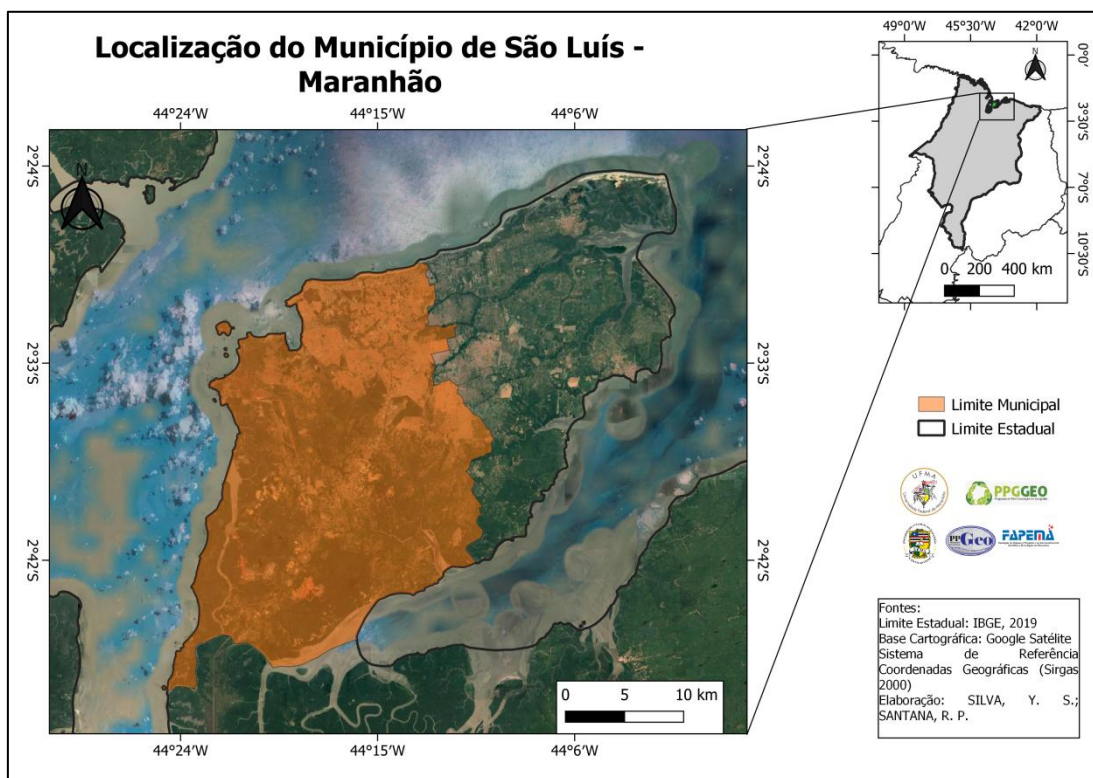
Tendo em vista tais argumentos, a presente proposta de pesquisa tem como objetivo o estudo da saúde rural em São Luís, através da espacialização do acesso a saúde pública através das unidades de atendimento e a sazonalidade dos casos de COVID-19, visando ilustrar as problemáticas ligadas à saúde e o espaço rural.

Esta pesquisa torna-se importante, pois a partir de estudos as autoridades competentes podem utilizá-la para a aplicação de futuros programas de políticas públicas para a saúde no espaço rural.

1.1 Localização da área de estudo

A cidade de São Luís está localizada na região norte do Estado do Maranhão e possui área territorial de 827 km² e está a 24 metros de altitude, tendo sua posição determinada pelas coordenadas geográficas: 2°31' S e 44°18' O. São Luís faz parte da ilha do Maranhão juntamente com os municípios de Raposa, Paço do Lumiar e São José de Ribamar (Figura 1).

Figura 1 - Localização do município de São Luís- MA

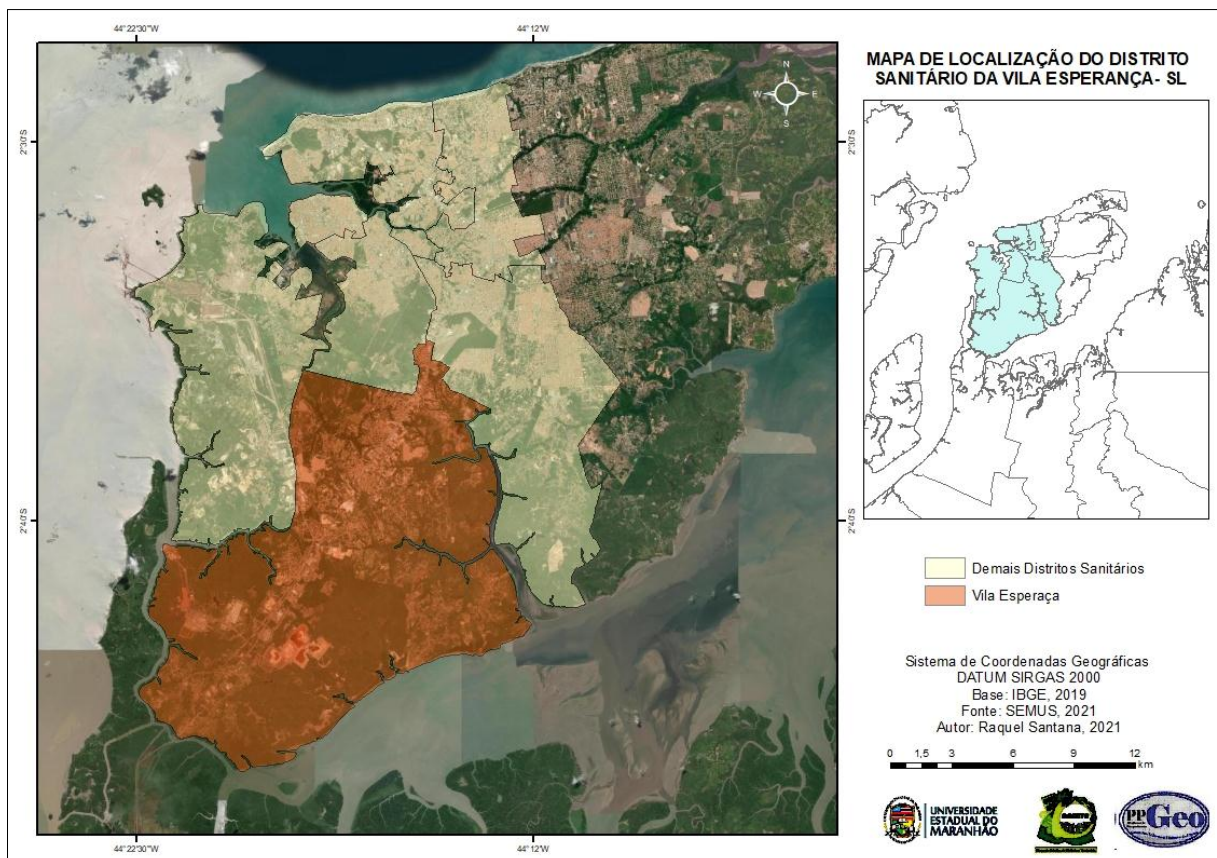


Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

De acordo com critérios administrativos e de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, o município está dividido em sete distritos sanitários: Centro, Itaquibacanga, Coroadinho, Cohab, Bequimão, Tirirical e Vila Esperança e 355 localidades incluindo bairros, vilas, povoados, fazendas, sítios, usinas e porto. (IBGE, 2010).

O distrito sanitário (DS) Vila Esperança é composto por 103 bairros, sendo 07 bairros urbanos e 96 bairros rurais, localizado na região sul da ilha de São Luís, entre a área industrial e zona rural, ao lado da BR 135, ocupando uma área de 297 hectares e possui 2300 famílias com aproximadamente 10 mil habitantes, possuindo área territorial de 200 km². A Vila Esperança nomeia o maior distrito sanitário de São Luís – MA. (IBGE, 2010) (Figura 2).

Figura 2 - Mapa de Localização da área de estudo.



Fonte: SEMUS; Base: IBGE, 2015; adaptado pela autora, (2020).

1.2 Metodologia

O método utilizado na realização desta pesquisa, foi o materialismo histórico-dialético desenvolvido por Karl Marx que, de acordo com Pires (1997), é o método de interpretação da realidade, visão de mundo e práxis. A reinterpretação da dialética de Hegel

(colocada por Marx de cabeça para baixo), diz respeito, principalmente, à materialidade e à concretude. Para Marx, Hegel trata a dialética idealmente, no plano do espírito, das ideias, enquanto o mundo dos homens exige sua materialização. Foi com esta preocupação que Marx deu o caráter material (os homens se organizam na sociedade para a produção e a reprodução da vida) e o caráter histórico (como eles vêm se organizando através de sua história).

A dialética que aparece no pensamento de Marx surge como uma tentativa de superação da dicotomia, da separação entre o sujeito e o objeto. No entanto, sua origem na história do pensamento humano, é anterior a suas ideias. Ainda nas primeiras versões, na Grécia antiga, foi entendida como a arte do diálogo, a arte de conversar. Sócrates emprega este conceito para desenvolver sua filosofia. Platão utiliza, abundantemente, a dialética em seus diálogos. A verdade é atingida pela relação de diálogo que pressupõe minimamente duas instâncias, mas até aqui o diálogo acontece sob um princípio de identidade, entre os iguais.

Compreender o Método materialista histórico-dialético é instrumentalizar-se para o conhecimento da realidade. O método caracteriza-se pelo movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, isto é, trata-se de descobrir (pelo movimento do pensamento) as leis fundamentais que definem a forma organizativa dos homens durante a história da humanidade.

Devido ao momento pandêmico em que nos encontramos, a pesquisa foi feita de forma principalmente bibliográfica onde se utilizou livros, dissertações, artigos para fundamentação teórica. Para a obtenção de dados foi utilizada consulta a boletins epidemiológicos (SES- Secretaria Estadual de Saúde), e para os dados de acesso a saúde básica consulta ao site e presencialmente à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS- Secretaria Municipal de Saúde). Mas no segundo semestre de 2021 foram realizados dois campos no distrito sanitário, com visita aos postos de saúde e conversas informais com a diretoria de cada unidade, tendo como objetivo entender como se deu os atendimentos nas unidades básicas durante o primeiro ano de pandemia (2020/2021) no distrito sanitário.

1.3 Procedimentos Metodológicos

Os procedimentos metodológicos correspondem ao conjunto de medidas tomadas para as ações técnicas na realização de pesquisas e método para desenvolvimento de trabalhos científicos.

Para alcançar os objetivos foi de suma importância realizar um levantamento bibliográfico em artigos, dissertações, livros sobre saúde, regionalização, gestão em saúde, a institucionalização do SUS, além da saúde no Maranhão.

Na primeira fase foi realizado uma visita a SEMUS para a obtenção de dados, tais como o quantitativo de bairros no distrito, quantidade de unidades de saúde e seus serviços ofertados.

A seguinte fase, foi a análise de dados para a construção desta pesquisa. Após a análise de dados foi feita a espacialização das unidades básicas de saúde por meio do *software* ArcGIS, utilizando a ferramenta do ArcMap 10.5. Em primeiro momento foi feito o georreferenciamento das unidades no Google Earth, foi criado o arquivo em KML, e já no ArcMap 10.5 foi criado o SHP, onde a partir daí foi feito o mapa das unidades de saúde.

Posteriormente foram levantados dados por meio dos boletins epidemiológicos disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão e em seguida foram utilizados os arquivos em *Shapefile* (SHP) obtidos online no site do IBGE para a espacialização dos casos confirmados utilizando a ferramenta ArcMap 10.5. No ArcMap foi realizado o *join*, que significa a junção dos Quadros de atributos da SHP com os dados de casos de covid, e por fim é feito o mapeamento.

Na fase seguinte, foi realizado a elaboração do mapa de letalidade, utilizando o software de Sistemas de Informações Geográficas (SIG), o QGIS e o software de tabulação e processamento de dados Microsoft Office Excel (2019) com base nos dados de casos e óbitos de COVID-19 publicados diariamente pela Secretária Estadual de Saúde do Maranhão (SES); a partir dessas etapas foram realizados os resultados. O distrito conta com 103 bairros de acordo com a SEMUS (2020) porém a secretaria municipal não tinha de forma organizada os dados dos casos de Covid-19 por bairro, então foi utilizado os dados da SES (2020/2021) pois tinha boletim diário sobre os casos por bairros, porém para o distrito da zona rural, da Vila Esperança a mesma trabalhava com amostragem de 21 bairros.

Por fim, como última fase, foi realizado um estudo de campo de dois dias, no mês de outubro no distrito sanitário, com a visita às unidades básicas de saúde. Nessas visitas foram realizadas conversas informais com os diretores das unidades, que nos relataram como foram feitos os atendimentos durante o primeiro ano de pandemia.

2 REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO MARANHÃO

De acordo com Levcovtz e Couto (2019), a arte/ciência de tratar/curar é milenar, está representada nos hieróglifos egípcios, com inscrições identificadas entre o ano 3000 a.C e o século IV d.C., e é descrita em detalhes no Bhagavad Gita hindu do século IV a.C., no Antigo Testamento judaico-cristão do século II a.C. e no Alcorão do século VII d.C. Mas o breve histórico sobre a construção dos sistemas de saúde, sendo esta como política pública, tem cerca de 150 anos, refletindo a história, a estrutura e os processos sociais de hegemonia-conflito-solidariedade entre as classes sociais; a correlação de forças entre distintos grupos de interesse; e as condições políticas e socioeconômicas das respectivas sociedades/nações em diferentes momentos históricos.

As sociedades latino-americanas são marcadas por profundas desigualdades socioeconômicas, originadas no período colonial e reiteradas pelos processos de modernização capitalista do século XX, cujas características principais foram a inserção periférica na economia mundial e a escassa redistribuição social. Ao longo daquele século, diversos países da América Latina conformaram sistemas de proteção social e de saúde vinculados aos mercados de trabalho formais, segmentados e excludentes da maior parte da população, em face da alta informalidade laboral- acesso a saúde quem tinha trabalho formal.

O sistema de proteção social de saúde, foi um dos componentes fundamentais para a consolidação dos estados nacionais, em primeiro momento por meio das campanhas sanitaristas e higienistas públicas realizadas a partir da independência dos países Ibero-Americano, e décadas mais tarde sendo expandido para o setor saúde, pela incorporação crescente em serviços médicos – hospitalares; tendo como pioneiro o estabelecimento do sistemas de seguro social Bismarckianos, na Argentina, no Brasil, no Chile e no Uruguai, sendo esta sido feita em um contexto de mudanças políticas, dos processos de industrialização e da ascensão das classes operárias e burguesas urbanas ocorridas entre as décadas de 1920/1930. Como exemplo Levcovtz e Couto (2019) cita a criação do instituto de aposentadorias e pensões e de programas de assistência médica durante o Estado Novo de Vargas no Brasil: “das múltiplas Obras Sociais na Argentina e das Instituições de Assistência Medica Coletiva no Uruguai e, mais tardiamente, da Caixa Costarriquenses de Seguro Social

em 1941, da Caixa de Seguro Social do Panamá e do Instituto Mexicano de Seguro Social em 1943” (LEVCOVTZ ; COUTO, 2019 p.09)

Esses formatos institucionais acompanharam o desenvolvimento socioeconômico dos países até as crises do modelo de substituição das importações e da dívida externa do final dos anos 1970 e início dos anos 1980, alcançando coberturas populacionais que variaram de 50 a 70% da população (OPAS, 2007; MESA-LAGO, 2008). O impacto no pós-guerra foi relevante para a América Latina, assim como para todo o mundo, e inspirou a criação do Serviço Nacional de Saúde Britânico. Nas décadas de 1950, 1960 e 1970, os demais países da região nele se inspiraram para implantar hospitais, ambulatórios e postos/centros de saúde estatais, de acesso gratuito.

Para os países da América Latina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Uruguai constituíram um subsetor público de atenção médico-hospitalar, incluindo emergências, saúde pública e programas “verticais” de saúde materno-infantil, mental e de combate à doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase. No caso do Brasil, em 1974 se instituiu o Sistema Nacional de Saúde; no do Chile, em 1979, o Sistema Nacional de Serviços de Saúde; e no Uruguai, em 1987, a Administração dos Serviços de Saúde do Estado.

A trajetória histórica comportam características marcantes estruturais dos sistemas de saúde da América Latina, já consolidadas na década de 70, como a segregação/estratificação em classe social, renda, condição socioeconômica, poder econômico, inserção no mercado formal de trabalho, origem étnica urbanidade/ ruralidade; a segmentação da população em grupos com diferentes direitos e condições de acesso e utilização dos serviços; fragmentação operacional com superposição e duplicação das ofertas dos distintos prestadores e a descoordenação de estabelecimentos/unidades assistenciais.

Em resumo, o primeiro meio século de evolução de políticas em saúde na América Latina foi marcado por uma tendência sustentada em proteção social em saúde, mesmo sendo limitada tanto na cobertura como na amplitude nas prestações de serviços e benefícios, como de igualdade de acesso e utilização de serviços. Vinte anos após, as “reformas” deixaram em evidência a segmentação institucional, fragmentação operacional, desigualdades de cobertura e acesso aos sistemas de saúde Ibero-americanos. Evidenciando lições de que a restrição de direitos, os “espaços fiscais” restritivos para os orçamentos sociais, a exclusão/segregação de grupos da população, a predominância da lógica de mercado nas políticas sociais e o enfraquecimento do Estado, aprofundam as desigualdades sociais e econômicas e deterioram as condições de vida e saúde das populações. (LEVCOVTZ e COUTO, 2019)

Na transição do século XX/XXI, partidos políticos, assim como movimentos sociais de países desenvolvidos ou em processo de desenvolvimento da América Latina, já manifestavam iniciativa política para a trajetória em expansão aos interesses sociais em direção à universalidade, em arcabouços jurídico-legais, a institucionalização do direito à saúde como serviço de bem social e direito humano universal, “ainda que essas sociedades tenham obtido melhores resultados em formular legislações e normas que em impulsionar as profundas transformações indispensáveis em seus sistemas de saúde para assegurar tais direitos” (LEVCOVITZ; ACUNA; RUALES, 2007, p. 318)

Movimentos de origem acadêmica, como os de Medicina Comunitária, Preventiva e Social, desenvolvidos nos anos 1960/70, também impulsionaram o crescimento dos serviços públicos, especialmente os centros de saúde pública. Organismos internacionais como a OMS e a UNICEF lideraram, a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, forte incorporação da ideia universalizante presente na estratégia de Atenção Primária de Saúde, visando alcançar Saúde Para Todos no Ano 2000. Levcovtz e Couto (2019)

Desde a década de 1980, segundo a CEPAL, em quase todos os países latino-americanos, vem sendo processada uma reforma na área da saúde, privilegiando o setor privado nos serviços e na gestão, reduzindo a intervenção do Estado, na aplicação dos princípios apregoados pelo neoliberalismo. Há, no entanto, um convencimento de que é necessário fortalecer a capacidade reguladora dos Estados e de darem a garantia dos serviços básicos de saúde para toda a população. Em vários países isto se expressa em planos nacionais, com objetivos sanitários e de seguridade social, o que implica na reestruturação dos sistemas de saúde para atingir o modelo da “atenção básica integral” definido, em 1978, pela OMS/UNICEF, na Conferência Internacional da Alma Ata. (PETRY 2008, p.5)

Nessa conferência é lançado uma meta “Saúde para todos”, ainda assim apesar de todos os esforços e melhorias feitas, de acordo com autores da área da saúde, os principais problemas marcantes na saúde latino-americano foram a mortalidade infantil, enfermidades infectocontagiosas, enfermidades crônicas e degenerativas e mortes por causas externas. Porém, não há uma homogeneidade em razão da transição demográfica, dos controles epidemiológicos, políticas públicas, sendo estes evidentemente diferenciados, seja por posições políticas e pelo papel do Estado, ou por razões culturais ou tradições, crenças e religião. Na Alma Ata, a OMS e a UNICEF consideraram primordial que cada país elaborasse um plano nacional de atenção primária à saúde, tendo como objetivo a proteção e promoção da saúde de seus respectivos cidadãos. Essas medidas foram consideradas indispensáveis para o desenvolvimento socioeconômicos, assim como a melhoria da qualidade de vida.

A partir da definição e aceitação destes temas, conceitos e objetivos, a preocupação se concentra em torno do conceito de vulnerabilidade e a investigação e identificação de grupos mais vulneráveis às condições ambientais. Sendo assim, tendo maior risco de contrair enfermidades, de forma mais agravante em espaços de pobreza e indigência. As crianças, principalmente até a faixa de 6 anos, foram entendidas como o grupo mais vulnerável a ser contemplado pelas políticas públicas de prevenção em saúde primária, isto, independentemente das condições socioeconômicas. Essas medidas, através de políticas públicas foram responsáveis por salvar várias vidas e trouxeram qualidade de vida à muitas mães e famílias latino-americanas, desta forma foi possível entender que uma boa saúde era sim possível com baixos custos. Estas ações foram aperfeiçoadas e ampliadas, principalmente após os regimes militares.

Da discussão do conceito de “atenção primária à saúde”, parte-se, na década de 1990, para o de “atenção primária ambiental” e, mais recentemente, segundo Petry (2008) para o de “atenção primária em saúde ambiental”. A Organização Pan-Americana de Saúde definiu, nos seguintes termos, a “atenção primária ambiental”: A atenção primária ambiental é uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem estar e sobrevivência, ao mesmo tempo que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde (OPS, 1999) apud (PRETY 2008, p.18).

Para a OMS, em torno de 30% dos danos à saúde humana mundial estão relacionados aos fatores ambientais decorrentes da inadequação do saneamento básico (água, lixo, esgoto), poluição atmosférica, exposição a substâncias químicas e físicas, desastres naturais, fatores biológicos (vetores, hospedeiros e reservatórios), entre outros. E, ¼ de todas as mortes humanas são atribuídas a fatores ambientais. Além disso, mais de 40% das doenças em crianças abaixo de cinco anos são causadas por fatores ambientais e que afetam o crescimento e o desenvolvimento destas crianças. Em espaços e territórios subdesenvolvidos estes fatores são mais marcantes porque se apresentam de forma mais agravada e intensa.

Desta conceituação deriva a que se refere à vigilância ambiental em saúde, tão necessária hoje na complementação da vigilância epidemiológica. Por isso, em 2002, o Ministério da Saúde (MS) criou a Comissão Permanente de Saúde Ambiental para possibilitar a construção da política de saúde ambiental e sua sólida articulação entre os órgãos do MS, que desenvolvem ações e atividades no campo da saúde humana e da saúde ambiental.

Esta média regional se distancia de muitos países como exemplo, Cuba (6), Chile (8), Costa Rica (11), Uruguai (12) e Argentina (14). Entretanto a média do Brasil continua

acima da média (31), assim como Haiti, que era de 84, Bolívia com 52 entre outros. Vale destacar alguns casos em que as desigualdades socioeconômicas estão diretamente ligadas a taxa de mortalidade infantil. “Assim, no Brasil, entre os 20% mais pobres ela se eleva para 83 e entre os 20% mais ricos ela cai para 29; na Bolívia, entre os 20% mais pobres ela se eleva para 72 e entre os 20% mais ricos ela cai para 27.” (PRETY 2008, p.22)

Para o Brasil temos o exemplo da esperança de vida ao nascer que era de 44,89 anos (H 42,75; M 47,15) em 1940, atingindo os 68,55 (H 64,77; M 72,55) em 2000. Em 2006, a expectativa elevou-se a 72,2 anos, sendo 68,3 para os homens e 76,3 para as mulheres. No entanto, há uma acentuada diferença entre o Nordeste (69,4 anos) e o Sul (74,4 anos), determinada pelas condições socioeconômicas mais favoráveis do Sul. Referente aos dados do IBGE mostra que todos os estados do Sul, do Sudeste e do Centro-Oeste estão com a média acima da nacional e os do Norte e os do Nordeste, com média abaixo da nacional. Sendo assim, a própria instituição, IBGE atribui às desigualdades regionais, que são persistentes, as causas destas diferenças, e aparentemente não é possível vislumbrar mudanças futuras. (PRETY 2008)

De acordo com Prety (2008) com dados retirados da PNUD/IPAD- Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008 como referência, o Brasil ocupa o 70º lugar (0,800) no ranking mundial com um gasto em saúde de US\$ 1.520 per capita/ano (2004) e tem 115 médicos por 100 mil habitantes, contra Cuba que ocupa o 51º lugar (0,838), gasta em saúde US\$ 229 per capita e tem 591 médicos por 100 mil habitantes. Na mesma lógica comparativa, o México ocupa o 52º lugar (0,829), gasta US\$ 655 e tem 198 médicos por 100 mil habitantes; a Costa Rica ocupa o 48º lugar (0,846), gasta US\$ 592 e tem 132 médicos por 100 mil habitantes; o Uruguai ocupa 46º lugar (0,852), gasta US\$ 784 e tem 365 médicos por 100 mil habitantes; o Chile ocupa o 40º lugar (0,867), gasta US\$ 720 e tem 109 médicos por 100 mil habitantes; a Argentina ocupa o 38º lugar (0,869), gasta US\$ 1.274 e tem 301 médicos por 100 mil.

A América Latina em meados década de 2010, evidencia-se uma nova inflexão em várias nações latino-americanas cujo cenário passa a se caracterizar por instabilidade econômica e política, ascensão de governos de perfil neoliberal e neoconservador, ameaças à democracia e a direitos sociais duramente conquistados em anos anteriores. Com ligação direta ou não, o fato é que atualmente o Brasil (2020) ocupa 84º.

Mais de 90 anos de história dos sistemas de saúde latino-americano, só evidencia como o peso de sua origem e dos processos evolutivos foram, e são determinantes para a existência dos sistemas atuais e suas características. Este é tão determinante das

possibilidades/oportunidades de reforma que períodos de expansão da proteção social em saúde, observados sucessivamente desde a criação dos primeiros seguros sociais, na Era de Ouro do *Welfare State* e durante a maré rosa do início do século XXI, não são suficientes para mudar os perfis estruturais de segregação da população mais vulnerável, da segmentação institucional e fragmentação; ainda que tenhamos resultados de extensão da cobertura e condições de acesso. Ainda assim, é preciso mudanças mais profundas para que se possa mudar estruturalmente os sistemas de saúde.

2.1 Saúde Pública no Brasil: O SUS e o direito à cidadania

Logo na primeira metade do século XX, ocorreram relevantes fatos para a saúde pública no país. Neste período, predominava um modelo sanitarista que tinha como objetivo o controle de doenças endêmicas rurais e das epidêmicas distribuídas no território brasileiro, com alto quantitativo de casos de doenças infecciosas e parasitárias. Em suma, os principais marcos do modelo sanitarista na história da saúde no Brasil, foi a Revolta da Vacina em 1904, Criação de Previdência Social, e a criação do Ministério da Saúde em 1953. Perpassados estes fatos, agora nos debruçemos ao período no qual ocorreram significativas discussões e debates políticos sobre a saúde da população brasileira. Esta teve início em 1970, em um contexto histórico político e social marcado por um regime autoritário com início em 1964 e seu fim em 1985.

“A VII Conferência Nacional de Saúde pautou-se nas recomendações da Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, onde houve a formalização da Atenção Primária em Saúde como doutrina, bem como a determinação dos seus fundamentos” (ALBUQUERQUE, 2012) *apud* ALBUQUERQUE, 2015, p.5). Dessa forma, as pressões desses movimentos sobre o governo resultaram na convocação da VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1980, que tratou da temática que contemplava a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos. E assim, surge na metade da década de 1990 o movimento sanitário e outros movimentos políticos com demandas sociais.

Não se tem a intenção de diminuir a importância de outros resultados advindos dos movimentos sociais, mas é importante também destacar alguns marcos pós-ditadura militar. O primeiro, considerado o mais expressivo para o movimento sanitarista, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que reuniu milhares de participantes, sendo estes, representantes de movimentos sociais e políticos, que travavam uma luta por uma reforma eficiente na política de saúde no país. Uma das recomendações importantes da VIII CNS foi a

criação de uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), pelo Ministério da Saúde, que atuaria com legitimidade nas discussões para a elaboração da “Nova” Constituição Federal, de forma a subsidiar os aspectos relacionados à saúde, fomentando a criação do SUS. O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, que determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira. Já em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do sistema e instituiu os preceitos que seguem até hoje.

A saúde no Brasil, durante sua trajetória, tem avanços históricos como a descentralização, a municipalização de ações e serviços, além da melhoria como também a ampliação de cobertura e atenção à saúde, a promoção em vigilância em saúde sanitária e a atuação social através dos conselhos de saúde.

O SUS é o Sistema Único de Saúde, sendo este uma grande conquista para o país. Foi criado para promover a justiça social, além de superar desigualdades na assistência e prestação de serviços em saúde para a população brasileira. É uma política pública de Estado que amplia os direitos sociais e os assegura, e busca garantir cidadania. O SUS na construção coletiva se deu a partir das conferências nacionais de saúde. (Organograma 1).

Organograma 1- A Construção coletiva do SUS na primeira década

1996- 10ª Conferência Nacional de Saúde: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida.

2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde – Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.

2003- 12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca – Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.

2007- 13ª Conferência Nacional de Saúde – Saúde e qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento.

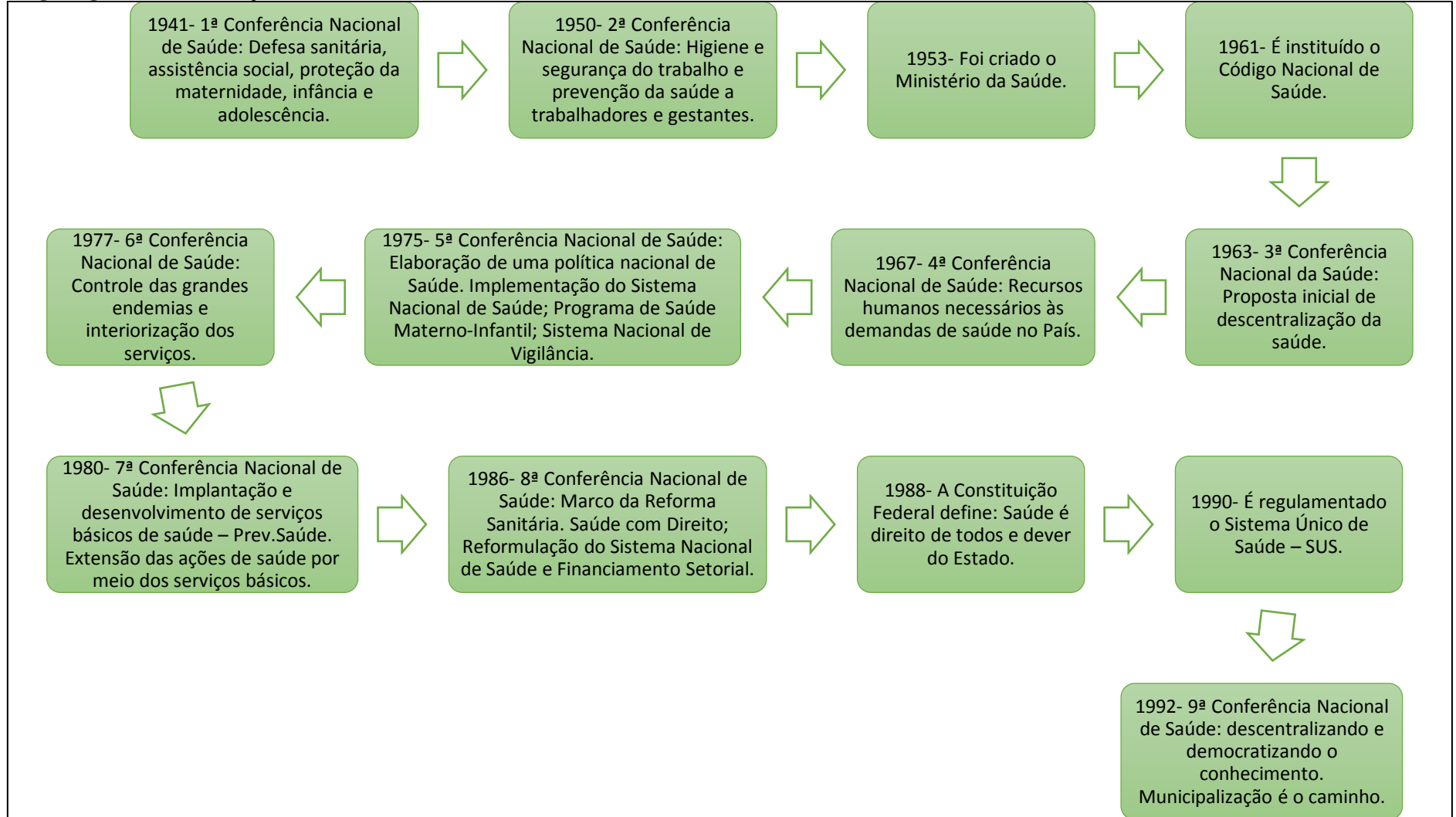
2011- 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro. Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS.

Fonte: Brasil (2011)

A Constituição brasileira de 1988 descreve a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esta deve ser garantida através de políticas sociais e econômicas, diminuindo

assim o risco de doenças e promovendo acesso universal e igualitário aos serviços e bens para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A saúde deve ser compreendida como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças; a gestão das ações e dos serviços deve ser participativa e municipalizada. É importante antes de adentrarmos sobre a institucionalização do SUS, fazer um breve contexto histórico (Organograma 2).

Organograma 2- Evolução da Saúde Pública no Brasil



Fonte: Brasil (2011)

A evolução histórica do SUS no país se deu principalmente a partir das conferências nacionais, que contavam com a participação de movimentos estudantis, sociais e representantes políticos; através das pautas e metas determinadas se obteve êxito no momento em que a saúde foi contemplada pela Constituição federal de 1988, representando assim uma institucionalização da saúde. Partindo assim da Constituição, (Quadro 01) apresenta-se a linha do tempo da saúde no Brasil a partir de 1988.

Quadro 1 - Linha do tempo das políticas de saúde no Brasil

1988	A Constituição Brasileira reconhece o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um Sistema Único de Saúde.
1989	Registro do último caso de poliomielite no Brasil.
1990	Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS.
1991	Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1992	Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/1992). Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde.
1993	Descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).
1994	Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades.
1995	Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
1996	Acesso e distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/aids. Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal.
1997	Criação do Piso de Atenção Básica (PAB) – repasse de recursos ao gestor municipal, por pessoa, para o atendimento à Saúde. Criação do Disque Saúde.
1998	Sistema Nacional de Transplantes. Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue.
1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos. Política Nacional dos Medicamentos Genéricos.
2000	Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – Regulamentação do setor privado de saúde.
2001	A Lei n.º 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
2002	Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), que define a regionalização e a assistência à saúde. Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
2003	Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O programa “De Volta para Casa” contribui com o processo de reinserção social de pessoas com história de internação psiquiátrica.
2004	Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador. Programa “Brasil Sorridente” – Um conjunto de ações para melhorar as condições de saúde bucal. Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras).
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Publicação do Plano Nacional de Saúde.
2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas. Política de Saúde da Pessoa Idosa.
2007	Política Nacional sobre o Alcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo. O governo decreta a licença compulsória do antirretroviral Efavirenz.
2008	Ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, que trata do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
2009	Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1. Política Nacional de Saúde do Homem. Inauguração do centro de estudo para produção de células-tronco.
2010	Criação do primeiro cadastro nacional de pesquisas clínicas realizadas em seres humanos. Universidade Aberta do SUS.

2011	Estratégia Rede Cegonha. Regulamentação da Lei n.º 8.080, de 19/9/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde. Programa Saúde Não Tem Preço.
2012	Lei 141/12
2015	Lei 13.097/15

Fonte: Brasil (2015)

Antecedendo a criação do sistema de saúde atual, o Ministério de Saúde contando com o apoio dos estados e municípios, promovia ações de promoção à saúde e prevenção de doenças quase sempre com campanhas de vacinação e controle de endemias. De acordo com Souza (2002), todas essas ações eram feitas com caráter universal, sem discriminação em relação à população beneficiária.

Na área de assistência à saúde, Souza (2002) descreve que o Ministério da Saúde atuava com poucos hospitais especializados, o que refletia na precariedade no alcance de toda a população.

Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste. Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade. (SOUZA 2002, p.8)

“A grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.” (SOUZA 2002, p.9). Dessa forma o INPS resultou da fusão de institutos.

O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários. (SOUZA 2002, p.9).

Essa assistência de saúde desenvolvida através do INAMPS chegava apenas aos trabalhadores da economia formal. Dessa forma com “carteira assinada” e seus dependentes, em outras palavras, não tinha caráter universal, que passou a ser um princípio fundamental do

SUS. O INAMPS, através das Superintendências Regionais, administrava recursos para assistência à saúde de forma proporcional ao recurso arrecadado dos beneficiários ali existentes. Sendo assim, quanto mais fosse a economia estadual, com maior quantitativo de trabalhos formais, maior seria os beneficiários. Logo, maior seria a necessidade de recursos para garantir a assistência para a população. Portanto, o INAMPS direcionava maiores recursos aos estados nas regiões do Sul e Sudeste, e com maiores proporções a cidades de maior porte. Desde esse tempo, é possível verificar o contraste entre investimentos em saúde nas diferentes regiões do país, e esta é uma característica infelizmente herdada mais tarde pelo SUS.

Nessa época, de acordo com Souza (2002), os brasileiros em relação à saúde estavam divididos em três categorias distintas:

- ❖ Os que podiam pagar pelos serviços;
- ❖ Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS; e
- ❖ Os que não tinham nenhum direito.

Vale destacar, que também é nesta época em que o INAMPS começa a dar aos trabalhadores rurais, que até então eram “precariamente assistidos por hospitais conveniados com o FUNRURAL”, um tratamento equivalente àquele prestado aos trabalhadores urbanos. Portanto, ainda com a crise que já se encontrava o INAMPS, essa medida significou uma grande melhora às condições de acesso dessa população aos serviços de saúde hospitalar.

Dessa forma, é possível verificar que começava a se iniciar no Brasil um sistema de saúde com diretrizes a universalidade, antes mesmo da aprovação da Lei 8.080 que instituiu o SUS. E isso foi impulsionado um tanto pela crise financeira do modelo de assistência a saúde da Previdência Social, e por outro lado à grande mobilização política dos trabalhadores, de universidades e de setores organizados da sociedade, “denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país” (SOUZA 2002, p.13)

Uma das primeiras e grandes conquista do Movimento da Reforma Sanitária, foi em 1988, com a definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor da saúde. “Um passo significativo na direção do cumprimento da determinação constitucional de construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde.” (SOUZA 2002, p.13). “Esse fato, portanto, foi anterior à promulgação da Lei 8.080, que só veio a ocorrer em setembro do mesmo ano.”

Após mais de um ano de discussão, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal do Brasil (CFB). No Título VIII – Da Ordem Social, Cap. II – Da Seguridade Social, na seção II – Da saúde é contemplado o passo mais importante dos resultados das lutas e dos movimentos pela reforma sanitária. Nos artigos 196 a 200, a CFB dispõe especificamente sobre a saúde (BRASIL, 1988).

O Art. 196 define “a saúde como um direito de todos e dever do Estado”, descrito no Título VIII, Da Ordem Social Capítulo II; Da Seguridade Social; Seção II Da Saúde, Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”(BRASIL, 1988 art. 196°); o Art. 198 estabelece a criação do SUS, descrito no Título VIII, da Ordem Social Capítulo II Da Seguridade Social Seção II Da Saúde “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988 art.198°). Este organizado de acordo com as seguintes diretrizes (Anexo A), a descentralização, a administração e financiamento na União, Estados e municípios.

Nesses artigos, como nos outros, é apresentado os princípios e diretrizes do SUS, que foi regulamentado após dois anos através das LOS (Leis Orgânicas da Saúde) n° 8.080/1990 e n° 8.142/1990 (Anexo B), esta dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o financiamento dos serviços do SUS; art. 2° discorre a saúde como direito fundamental do indivíduo; no § 1° O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas para a prevenção contra as doenças, além do acesso universal. O SUS não é excludente, independente, de raça, família ou credo; e a saúde tem como parte de sua construção a moradia, saneamento, alimentação, e meio ambiente saudável.

Parágrafo único, dizem respeito também à saúde, às ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1988).

No artigo 4° (Anexo C) é descrita a descentralização da saúde no país, responsabilizando tanto em âmbito federal, como estadual e municipal, responsabilidades para a administração de estabelecimentos em saúde. Do Cap. I, dos objetivos e atribuições; Art. 5° são descritos os objetivos do Sistema Único de Saúde SUS na Constituição Federal (1988), (Quadro 2).

Quadro 2 - Objetivos do SUS

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Fonte: Brasil 1988 art.5º

Art. 6º (Anexo D) Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), descreve a execução de ações, vigilância sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador, assistência farmacêutica entre outras.

No inciso 3º do art. 6º, ainda sobre a atuação do SUS, porém na saúde do trabalhador, abrange vários fatores descritos na (Quadro 03).

Quadro 3 - Saúde do trabalhador

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Brasil (1988 art. 6º)

Do Cap. II, sobre os Princípios e Diretrizes:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas (Quadro 04) no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (BRASIL, 1988):

Quadro 4 - Princípios e diretrizes do SUS

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
VIII - participação da comunidade;
IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

Fonte: Brasil, 1988; (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

Depois de 21 anos da publicação da Lei nº 8.080/90, ocorreu a regulamentação através do Decreto Presidencial nº 7.508 de 28/06/2011, que dispões da organização do SUS, contendo o planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa e de outras providências.

O SUS tem como sustentáculo princípios e diretrizes, descritos em seu arcabouço legal, que se constituem de forma inequívoca na base para a sua construção e, conseqüentemente, operacionalização. Portanto, tem regras, tem legitimidade, ou seja, o SUS representa uma expressão política, jurídica e organizacional, quanto político de Estado para a saúde, e não de governo.

É um sistema hegemônico, sendo ele responsável pela atenção à saúde da maioria da população. Ele abrange um complexo conjunto de serviços ambulatoriais especializado, serviços de diagnóstico e terapêutico, serviços pré-hospitalar de urgência e emergência, como

destaque o serviço móvel de urgência (SAMU), além de uma rede hospitalar de média e alta complexidade. Além disso, engloba também a competência pela oferta de serviços básicos, na APS, por meio principalmente da Estratégia Saúde da Família (ESF), compondo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, ações de prevenção de doenças e agravos.

É importante enfatizar que o SUS nessa abrangência, conta com serviços próprios (públicos), além de serviços prestados ou conveniados de caráter privado complementar (filantrópicos e lucrativos). Por isso, ao retornar ao Decreto nº 7.508/2011, ao que se remete o Cap. II- da organização do SUS, se destaca a execução realizada pelos entes federativos (União, Estado e município), podendo ser esta de forma direta ou indireta, tendo como complementar a participação da iniciativa privada. Outro ponto a ser destacado, se refere ao financiamento do SUS que é de responsabilidade das três esferas de governo, o financiamento das ações e serviços de saúde. Nas esferas estaduais e municipais, além dos recursos orçamentários do próprio tesouro, há os recursos que são transferidos pela União. “E, resgata que é organizado de forma a priorizar o espaço ou o processo de “especialização”, por meio das diretrizes da regionalização e hierarquização.” (ALBUQUERQUE 2015, p.7)

Nesse processo, são instituídas as regiões de saúde, que devem ser minimamente compostas por: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; vigilância em saúde. Nas regiões de saúde, estarão inseridas as RAS – Redes de Atenção de Saúde (BRASIL, 2011).

O conjunto de recursos a serem utilizados inclui além dos que provêm do orçamento de cada instância, as contribuições sociais “que devem ser identificados nos fundos de saúde para a execução das ações previstas em vários instrumentos de planejamento. Para conhecimento geral, porém de forma sintética, sobre os instrumentos de planejamento do financiamento.” (Quadro 05), (ALBUQUERQUE 2015, p.12)

Quadro 5 - Instrumentos de planejamento do financiamento do SUS

Instrumento	Periodicidade	Observações
Plano de Saúde e Plano Diretor de Regionalização	A cada quatro anos	Elaboração durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso. Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente.
Plano Plurianual	A cada quatro anos	Elaboração durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso, observados os prazos previstos na legislação vigente. Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente.
Lei de Diretrizes Orçamentárias	Anual	O projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias deve ser encaminhado ao Legislativo conforme prazos previstos na legislação vigente.
Lei Orçamentária Anual	Anual	O Projeto de Lei Orçamentária Anual será encaminhado ao Legislativo conforme prazos previstos na legislação vigente.

Programação Anual de Saúde	Anual	Elaboração durante o ano para execução no ano subsequente.
Relatório de Gestão	Anual	Envio da resolução de aprovação do relatório de gestão municipal, relativo ao ano anterior, pelo CMS (Conselho Municipal de Saúde), à CIB (Comissão Inter gestores Bipartite), até 31 de maio do ano em curso. Envio da resolução de aprovação do Relatório de Gestão Estadual, relativo ao ano anterior, pelo Conselho Estadual de Saúde, à CIT (Comissão Inter gestores Tripartite), até 31 de maio do ano em curso. Envio da resolução de aprovação do Relatório de Gestão Federal, relativo ao ano anterior, pelo CNS (Conselho Nacional de Saúde), à CIT, até 31 de maio do ano em curso.

Fonte: CONASS, 2011, p. 99 *apud* (ALBUQUERQUE 2015, p.13)

Ainda na questão sobre financiamento do SUS, é importante destacar a Lei Complementar nº 141/2012, que (BRASIL, 2012) *apud* (ALBUQUERQUE 2015, p.13):

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; [...] revoga dispositivos das Leis nº 8.080/1990 e a 8.689/1993.

Cabe enfatizar que a Lei não define o percentual da arrecadação da União, que será aplicado, anualmente, em saúde. Contudo, explicita, no Art. 6º, que os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, 12% (doze por cento) da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde. E no Art. 7º, que os municípios aplicarão, anualmente, 15% (quinze por cento) da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde. A respectiva Lei não apresenta incompatibilidades/incoerências com o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2012a) *apud* Albuquerque (2015). São considerados ações e serviços de saúde, para efeito de financiamento, segundo a Lei Complementar nº 141/2012 listada na (Quadro 06).

Quadro 6 - Serviços de saúde para efeito de financiamento.

I. Vigilância em saúde (epidemiológica e sanitária)
II. Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade
III. Capacitação de pessoal de saúde do SUS
IV. Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos pelo SUS
V. Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS
VI. Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades
VII. Saneamento básico dos distritos especiais indígenas ou remanescentes de quilombos
VIII. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças
IX. Investimento na rede física do SUS
X. Remuneração de pessoal ativo da área de saúde

XI. Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições do SUS
--

XII. Gestão do sistema público de saúde

Fonte: Brasil (2012)

Observação: a respectiva lei também apresenta o que não constituirá despesas com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, “o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.” (SOUZA 2002, p.14). Além destes, hanseníases, campanhas para o combate a diabetes e hipertensão, Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia, Educação em Saúde, Atenção à Saúde, Gestão do Trabalho, Gestão Participativa, Promoção da Saúde, Regulação, Saneamento, Sangue e hemoderivado, Saúde Indígena, Saúde Suplementar, Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária.

2.1.1 Conceitos geográficos incorporados ao SUS

Ao entendermos um pouco sobre o processo de institucionalização do SUS e seu funcionamento, é importante destacar em quais fatores podemos observar a contribuição da geografia nessa política de saúde. A complexidade de fatores que fazem parte do processo saúde e doença, vigilância e organização da teia de serviços em saúde, requerem conhecimentos de alguns conceitos da Geografia, pois as mesmas contribuem para o diagnóstico e conhecimento. Além desses, análises de problemas de saúde, como causas, riscos e danos, assim também como para definição de ações como promoção, proteção e até mesmo reabilitação em saúde; além disso, estruturação das Redes de Atenção a Saúde no SUS (RAS-SUS).

Para a compreensão das questões que envolvem o processo saúde-doença, tanto em âmbito coletivo ou individual, é necessário identificar pessoas, grupos e fenômenos em um lapso temporal. Sob esse olhar, diferentes civilizações no decorrer da história incorporaram diversos conhecimentos que contribuíram gradativamente para a explicação de como diferentes formas de convivência entre o ser humano influencia no adoecer e morrer das populações. Nesse contexto, no processo de estudos em saúde, ocorreu a incorporação de conhecimentos geográficos com o objetivo de coletar dados localizados sobre a influência de elementos espaciais e populacionais, que contribuem para o perfil epidêmico de uma determinada população.

Na década de 1980 diversas pesquisas, tanto na geografia da saúde ou na medicina social ou epidemiologia, ou mesmo na psicologia social temos como exemplo, a forte influência do teórico Milton Santos. Essa influência pode ser percebida na incorporação da discussão do espaço na perspectiva epidemiológica/geográfica, em razão da carência teórico-metodológico na saúde, que pudesse permitir a superação da visão da determinação linear de causa/efeito comumente disseminado nas obras clássicas nos estudos parasitológicas.

Temos também a teoria miltoniana contribuindo com as análises em saúde através do planejamento territorial, ainda na década de 80, através da implantação do Sistema Locais de Saúde (SILOS), os chamados Distritos Sanitários, e assim foram apresentadas as primeiras propostas de territorialização em saúde no Brasil. (FARIA ; BORTOLOZZI, 2016).

Com a institucionalização e implantação do SUS na década de 90, relacionado as mudanças no cenário brasileiro como demográficas e epidemiológicas da população, isso irá refletir em um novo ciclo de influência. Por um lado as complexas questões ligadas aos problemas de saúde em duas frentes, o aumento das doenças infecciosas e o crescimento de doenças crônico-degenerativo, e, de outro, a política de universalização e descentralização dos serviços, sob a égide da municipalização da atenção básica através do “Programa Agentes Comunitário de Saúde” (criado em 1991) e do Programa Saúde da Família (criado em 1994). (FARIA; BORTOLOZZI, 2016)

Esse contexto social com diversas questões complexas sobre a saúde vai impulsionar mudanças significativas, e exigir novas ações de vigilância e novo modelo mais eficiente na assistência médica. Sendo assim, frente a essa situação, é inerente a necessidade de novas abordagens-metodológicas sobre espaço e território em saúde. Portanto, a geografia de Milton Santos, provavelmente por conseguir ultrapassar a própria disciplina e alcançar uma interdisciplinaridade, a qual necessita as pesquisas em saúde, foi e ainda é amplamente utilizada pelas ciências médicas e sociais, que trabalham problemáticas relacionadas a saúde “mesmo a geografia da saúde parece se renovar à luz desses novos desafios, inserindo questões secundárias na tradicional geografia médica” (FARIA ; BORTOLOZZI, 2016 p.06)

O conceito de território em Milton Santos foi amplamente incorporado nas propostas de territorialização dos serviços de saúde do SUS. Na descentralização dos serviços, associada à progressiva municipalização da gestão, colocou a necessidade de uma política sistematizada de planejamento territorial (FARIA ; BORTOLOZZI, 2016). Efetivamente, conforme Faria e Bortolozzi (2016), os princípios constitutivos do SUS (universalidade, equidade e integralidade) dependem fundamentalmente de uma organização territorial do

sistema, pois a oferta (a existência dos serviços nos lugares) e o acesso (o uso equitativo e integrado) são processos relacionados ao território.

Todas essas mudanças foram significativas inovações, pois para um sistema anteriormente fragmentado e hierárquico era insípida a relação entre serviços, população e território. Ou seja, o planejamento territorial era secundarista, pois não havia modo de sistematização para todo o país quanto identificação de serviços, população e território.

Isso muda com a municipalização do sistema de atenção e o fortalecimento da atenção básica à saúde do SUS a partir da década de 1990 (PAIM, 1992). É quando são propostas as primeiras oficinas de territorialização utilizadas para criar sistemas locais de saúde (SILOS), popularmente conhecidos no Brasil como “distritos sanitários” (VILLAROSA, 1993) *apud* (FARIA ; BORTOLOZZI, 2016)

A adoção do modelo (e estratégia) Saúde da Família⁴ na organização dos serviços de atenção básica ainda na década de 1990 irá aprofundar o debate territorializador da saúde no município. Dessa forma, à medida que os distritos sanitários vão caindo no ostracismo como modo de organização territorial da saúde nos municípios, as áreas de atuação das Equipes Saúde da Família (ESF) vão se tornando a forma privilegiada de definir a porta de entrada do SUS (FARIA, 2013a).

É importante ter em conta as inúmeras propostas de territorialização da saúde no Brasil. Para efeitos, recomendam-se os trabalhos de Faria e Bortolozzi (2012); Faria (2012; 2013b). Obviamente, nem todas as propostas são baseadas na teoria do território em Milton Santos. Em fins da década de 1980 e início de 1990, por exemplo, quando a territorialização esteve associada à distritalização, não havia uma teoria do território a ela associada. Importante que se diga que as primeiras oficinas de territorialização foram majoritariamente desenvolvidas por profissionais da saúde. (FARIA ; BORTOLOZZI, 2016)

O geógrafo era uma figura secundária, quando não completamente ausente. Por isso, os principais manuais utilizados para organizar os distritos sanitários nos municípios, como Mendes (1993); Villarosa (1992); Almeida, Castro e Lisboa (1998), entre outros, são baseados na literatura da Saúde Coletiva, da Administração ou Sociologia. Razão que explica, por exemplo, a forte influência teórica do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus (1993) na definição de metodologias de territorialização da saúde no Brasil. É exemplo de maior relevância o trabalho desenvolvido por Unglert (1993; 1995), possivelmente uma das primeiras a sistematizar oficinas de territorialização da saúde no Brasil. Outras propostas de planejamento territorial do SUS incorporaram a teoria baseada no PES (MENDES, 1993; TEIXEIRA, PAIM ; VILASBOAS, 1998; VILLAROSA, 1992; entre outros).

Portanto é importante reafirmar a importância do geógrafo, do profissional na construção territorial do sistema de saúde, pois o mesmo tem conhecimento teórico-metodológico para ampliar o olhar para além do administrativo-político – físico-topográfico

engessado, inflexível e burocrático, mas atentar e modelar sistematizações para as possíveis construções e transformações no território.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. (PEREIRA ; BARCELLOS, 2006)

A territorialização é um dos pressupostos básicos para o trabalho efetivo do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares como Faria e Bortolozzi (2012) destacam: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

De acordo com Pereira e Barcellos (2006), sobre o PSF, percebe-se a preocupação em operacionalizar o conceito território, porém sem no entanto uma discussão acerca dos seus múltiplos sentidos, e essa problemática pode ser sentida na pequena participação de geógrafos em todas as fases do programa. Quando se considera um determinado local delimitado pelo PSF pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinados atributos. Essas características naturais, ou elaboradas pelo homem, dão feição ao ambiente, que por sua vez influi no processo saúde-doença da população (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). O território, neste caso, seria mais que um depósito de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada. No entanto, segundo levantamento realizado por entrevistas, os técnicos do PSF veem a comunidade como um aglomerado “amorfo, indistinguível, desorganizado” (PEDROSA ; TELES, 2001).

No Brasil as normas operacionais de Assistência à Saúde foram normalizadas através da Portaria (MS/GM n. 95. Diário Oficial da União 2001; 29 jan.), esta regulamentou as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde no Brasil. Com base em sua segunda edição (NOAS/SUS 01/2002 – Portaria MS/GM n. 373. Diário Oficial da União 2002; 27 fev.), os convênios entre o Ministério da Saúde (MS) e os demais níveis de governo consideraram as prioridades assistenciais de cada Estado, subdividido em regiões e microrregiões definidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR). (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Os módulos assistenciais de nível microrregional preconizado por essa norma operacional do Ministério da Saúde (MS). devem ser organizados no âmbito de municípios-sede, capazes de ofertar um conjunto de ações de média complexidade para a sua própria população e para a população dos municípios a ele adscritos. Tal diretriz exige que todas as unidades da Federação elaborem seus PDRs, explicitando-se o papel de cada município no sistema estadual de saúde. Nos últimos dois anos, cada unidade da Federação teve autonomia para definir a sua divisão regional, base necessária para a elaboração do plano diretor da assistência à saúde (BRASIL, 2002).

Segundo a *Portaria MS/GM n. 373*, que regulamentou a NOAS, a região de saúde é a “base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando-se as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras [...]”. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais”, definido segundo a mesma portaria, como um “conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede” (BRASIL, 2002).

De acordo com Pereira e Barcellos (2006), apesar da portaria não exigir coincidência com a divisão administrativa do país, ela confere às secretarias estaduais de saúde o papel de condução do processo de regionalização.

2.2 As Políticas de Funcionamento da Saúde no Maranhão

O Brasil é um país marcado por profundas desigualdades regionais, em função da herança histórica política e econômica do país. Ao longo da metade do século XX, o desenvolvimento centrado em produções relacionadas às especificidades geográficas nas macrorregiões, resultou em complexos arranjos econômicos, não necessariamente integrados. A concentração de atividades produtivas em espaços urbanos nos litorais (Nordeste) e em grandes centros de metropolizações (Sudeste e Sul) foi ampliada pela industrialização, e a mudança rural-urbana na população do país.

A partir de 1970, o país é marcado por uma série de eventos relacionados à globalização. O Estado assume um papel frente à promoção de integração comparativa e competitiva entre lugares e regiões ao mercado global. É nesse momento que se observa

mudanças significativas como crescente investimento público e privado, para a dinâmica territorial (redes de logística de transporte, de informação e também comunicação); “a financeirização e informatização das atividades; o crescimento de especializações produtivas, com redefinição do papel das metrópoles como centros financeiros, de inovação e de comando econômico e político” (ALBUQUERQUE et al, 2017, p.4). Dessa forma, o surgimento de novas frentes de modernização e cidades de porte médio, além da expansão e crescimento do agronegócio no Centro- Oeste do país, a integração se tornou seletiva em função do crescimento participativo de lugares e regiões ao mercado internacional.

As políticas públicas fragmentadas incentivavam a integração ao mercado internacional a partir da incorporação de lugares, novas atividades e sistemas técnicos o que configurou regiões com novas características, mais e menos centradas, interdependentes aos centros mais avançados. Com essa modernização, o resultado foi um processo de reorganização produtiva, logo houve o aumento de desigualdades socioespaciais que até hoje permanecem diretamente associadas à concentração de poder econômico, em determinados grupos e riquezas e em determinados lugares e atividades. Com isso, podemos relacionar os investimentos de saúde de acordo com seu poder político e econômico, daí as diferenças regionais em saúde pública.

Em síntese, a caracterização territorial do Sistema Único de Saúde (SUS) representa e reproduz as sócio desigualdades regionais no país. Em sua primeira década de implantação de 1990 – 2000, a espacialização dos serviços públicos de saúde, acompanharam as tendências de desigualdade e também de desconcentração que sinalizaram o processo da globalização.

Em 2000, no Brasil, se experimentou após muito tempo, uma diminuição da pobreza e das desigualdades sociais, e particularmente, se considerando a distribuição da renda básica para a população, tornando-se exemplo global. Essas mudanças, logo no início do século, podem ser demonstradas, por exemplo, com o crescimento do PIB, da média da renda nacional, renda por indivíduos, do poder de compra dos núcleos familiares, com o aumento do crédito, além do nível de escolaridade populacional. Já em relação aos indicadores de saúde, o Brasil foi marcado por expressivos avanços, manteve a redução da mortalidade infantil, e o crescimento da expectativa de vida em relação às décadas passadas, além de ter atingido níveis melhores de atenção à saúde, frente a outros países emergentes e com renda média no ano de 2010.

Porém, a concentração de municípios com extrema pobreza permanece distribuída nas regiões do Norte e Nordeste, tendo maior diminuição no Sul e Sudeste. No âmbito da

saúde, as mudanças são um tanto contraditórias, pois enquanto a atenção básica cresce no território nacional é incorporado às regiões metropolitanas. Ocorre, também, uma diminuição na oferta de leitos hospitalares mesmo frente ao crescimento do quantitativo de hospitais, porém de pequeno porte em vários municípios do país. Ou seja, há um aumento quanto aos prédios, mas uma diminuição no quantitativo de leitos, o que se torna problemático para a demanda da população principalmente para municípios de pequeno porte, e os mais isolados geograficamente. De acordo com Albuquerque et al. (2017), recentes pesquisas apontam à permanência da concentração de equipamentos de média e alta complexidade em um número restrito de cidades, tendo assim a necessidade de deslocamento entre macrorregiões e Estados do País para o acesso a determinados serviços.

No Maranhão os serviços de saúde de alta e média complexidade se concentram nos polos metropolizados do Estado, o que causa esse deslocamento em busca de serviços em saúde descrito por Albuquerque et al. (2017).

Atualmente, no Estado, “A realidade socioeconômica encontrada no Maranhão deve ser considerada como fator determinante de sua situação de saúde e de acesso aos serviços preventivos ou assistenciais, o que tem colocado o estado em uma posição desfavorável em relação aos indicadores de saúde” (CUNHA et al.2013, p.3)

O Estado do Maranhão tem a população calculada em mais de 6,9 milhões de habitantes para o ano de 2015, com um total de 217 municípios e área com cerca de 332 mil Km² (IBGE, 2015). A esperança de vida estimada ao nascer, é de aproximadamente 70 anos, sendo uma das menores do país (MS/DataSUS, 2012). Outros dados socioeconômicos do estado indicam baixo IDH, calculado em 0,639, o segundo pior PIB do país (calculado em R\$ 8760,34) (IBGE, 2015) e alta taxa de analfabetismo da população, estimada em 20,64 (MS/DataSUS, 2012); (OPAS 2016).

De acordo com o relatório da OPAS (2016), os dados sobre mortalidade no Maranhão apontam que o Estado é acometido pela tripla carga de doenças, sendo estas: transmissíveis, não transmissíveis e resultantes de acidentes e violência urbana (OPAS 2016, p.10). As doenças ligadas ao aparelho circulatório são as que mais causam mortes, seguidas de causas externas e neoplasias. Porém, ainda é frequente mortes por doenças infecciosas, parasitárias, além da desnutrição.

O Maranhão é um Estado localizado no Nordeste brasileiro abrangendo uma área de 329.642 km², fazendo limite com o Oceano Atlântico ao Norte, o Piauí ao Leste, Tocantins ao Sul e o Pará ao Oeste. Em 2019, o Estado apresentou uma população com a estimativa de 7.075.181 (IBGE, 2019) organizados em 217 municípios, caracterizando um crescimento de

0,57% em relação a 2018. A densidade demográfica estadual é de 21,46 habitantes por quilometro quadrado. (PPA-MA, 2020)

De acordo com os dados do Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos (IMESC/MA) descritos no Plano Plurianual (PPA- MA, 2020), o Maranhão atualmente está em 11º posição no ranking das unidades da Federação com maior percentual populacional, representando 3,37% da população brasileira. O Estado ocupa a 4º posição no Nordeste, concentrando 12,4% da população nordestina. São Luís, a capital do Estado, é a única cidade do Maranhão com o quantitativo superior a 1 milhão de habitantes, sendo este o 15º mais populoso do país.

Cerca de 50,6% da população maranhense é caracterizada por indivíduos do sexo feminino, os homens correspondem a 49,4% da população total. O Maranhão detém o maior quantitativo da população vivendo em área rural, atingindo 37%; e a população urbana atingiu 63%, segundo os dados do IBGE (PPA-MA, 2020). Quanto à etnia, os dados apontam uma população residente predominante parda (68,8%); os que são declarados brancos (18,3%), negros (11,9%) e amarelos ou indígenas (1,2%).

O Estado tem tido um notável crescimento econômico nos últimos anos, mas ainda assim, a maioria da população ainda vive em precárias condições de vida e vulnerabilidade social. O Maranhão mostrou um expressivo crescimento de 5,3% no PIB em 2017 e isso, de acordo com o PPA, pode ser explicado pela recente recuperação no setor agropecuário do Estado, com maior destaque à produção de grãos, junto a investimentos importantes para a melhoria das ofertas de serviços essenciais à população maranhense; como na saúde, educação, segurança e infraestrutura.

O planejamento e o investimento do governo estadual culminou na melhoria de indicadores, como exemplo o IDH, o qual avalia a qualidade de vida e desenvolvimento socioeconômico de uma determinada população; com políticas públicas para o enfretamento direto às desigualdades sócias. O Plano Mais IDH foi lançado em 2015 no governo de Flávio Dino, e tem como principal objetivo a promoção de fomentos para a superação da extrema pobreza no Estado, além das desigualdades sociais através de políticas públicas, nos 30 municípios com maior índice de população em situação de extrema pobreza. As ações são planejadas e também executadas no poder do Governo Estadual, e implementadas pelo mesmo, como exemplo o Programa Escola Digna, Força Estadual de Saúde, ações na agricultura familiar, habitação e geração de emprego e renda.

O estado do Maranhão em 2018 contava com 41.770 beneficiários de planos privados de saúde, o qual representava uma cobertura com taxa de 7,03%. A capital conta

com o maior quantitativo, que é de 29,90% e no interior com 2,8%. Porém, ainda assim, 92,97% da população são dependentes do Sistema Único de Saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde - SES é o órgão responsável pela política estadual de saúde no Maranhão. Na perspectiva de gerir a política de saúde, a Secretaria de Estado da Saúde está organizada administrativamente em secretarias adjuntas, superintendências, departamentos, assessorias, setores e outras instituições vinculadas para apoiar e promover as ações e serviços públicos em saúde no Estado.

No Maranhão, a gestão de atenção ambulatorial e hospitalar inicia com o Estado dividido em três Macrorregiões de saúde. De acordo com a Resolução CIB n° 64/2018, publicada no Diário Oficial n° 120 de 28/06/2018 são estas: Macro Norte, Macro Sul e Macro Leste, composta por 9, 4 e 6 regiões de saúde respectivamente (PPA-MA, 2020). Os serviços de saúde estão divididos em 19 Regiões de Saúde nas 3 Macrorregiões, sendo estas administradas por organizações sociais e empresas públicas, como exemplo a EMSERH- Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares, que a partir de 2015 passou a administrar mais de 70% das unidades de saúde no Maranhão, e o PPA-MA aponta para uma tendência para o 100% delas.

Os serviços especializados terceirizados são contratados para prestar cobertura na assistência ambulatorial e hospitalar, além do apoio financeiro aos municípios para promover potencial qualidade do atendimento à população. De acordo com o PPA, até outubro de 2019 o Maranhão tinha 5.791 estabelecimentos de Saúde, sendo 65,5% públicos e 34,5% privados. Destes 150 estabelecimentos que estão sob a gestão do Estado, 98 são classificados como públicos, 22 são entidades empresariais e 30 sem fins lucrativos.

“As unidades da rede assistencial de saúde própria do Estado que prestam atendimento ambulatorial e hospitalar correspondem a 65 estabelecimentos distribuídos pelas regiões de saúde” (PPA-MA, 2020, p.102) (Quadro 07).

Quadro 7 - Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde (Maranhão, Out./2019).

Tipo de Gestão	Natureza Jurídica				
	Administração Pública	Entidades Empresariais	Sem fins lucrativos	Pessoa Física	Total
Municipal	3.677	1.646	36	241	5.600
Estadual	98	22	30	-	150
Dupla	18	16	07	-	41
Total	3.793	1.684	73	241	5.791

Fonte: TABWIN, CNES, competência outubro 2019 *apud* PPA-MA, 2020.

No Quadro 08, é apresentada a distribuição de estabelecimentos públicos e privados no mesmo período, de acordo com a Região de Saúde e por tipo de gestão, dando maior destaque a Região de Saúde de São Luís, que conta com 1.356 estabelecimentos de saúde disponíveis, dentre estes 55 estão sob gestão estadual. A segunda cidade com maior quantitativo de estabelecimentos é Imperatriz com 689 unidades, das quais, dentre essas, 11 estão na gestão estadual. Outra região com um significativo número de estabelecimentos é Chapadinha com 12 unidades. Porém, com relação ao quantitativo total de estabelecimentos, esta apresenta 245 estabelecimentos disponíveis. Do total das 19 regiões de saúde, 10 delas apresentam entre 200 e 300 estabelecimentos, 07 ficam abaixo de 200 estabelecimentos e 02 estão acima de 300 estabelecimentos.

Quadro 8 - Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde por Região de Saúde (Maranhão, Out. /2019).

Região de Saúde	Tipo de Gestão			Total
	Dupla	Estadual	Municipal	
Açailândia	01	02	223	226
Bacabal	02	03	186	191
Balsas	03	03	242	248
Barra do Corda	-	03	171	174
Caxias	04	03	228	235
Chapadinha	03	12	230	245
Codó	-	10	157	167
Imperatriz	11	11	667	689
Itapecuru Mirim	01	07	231	239
Pedreiras	-	05	192	197
Pinheiro	05	04	267	276
Presidente Dutra	01	03	273	277
Rosário	01	07	201	209
Santa Inês	-	06	277	283
São João dos Patos	01	06	246	253
São Luís	08	55	1.293	1.356
Timon	-	03	143	146
Viana	-	02	193	195
Zé Doca	-	05	180	185
Total	41	150	5.600	5.791

Fonte: TABWIN, CNES, competência outubro 2019 *apud* PPA-MA, 2020.

Os estabelecimentos públicos e privados por tipo de gestão no Estado, em sua maioria são os Centros de saúde e Unidade Básica de Saúde, que somam um total de 1.886 unidades; Clínicas Especializadas e Ambulatórios Especializados com 926 unidades e 547

consultórios. Sob a gestão do Estado, se tem 40 clínicas especializadas/ ambulatórios especializados, 31 hospitais gerais, 30 unidades de serviços de apoio de diagnose e terapia e 11 hospitais especializados.

Dentro das diretrizes de saúde no Maranhão há, também, a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado- VIGISSOLO. A ela cabe a competência de identificar populações expostas, ou sob o risco de exposição a solos contaminados, e alertar, também, a adotar medidas de promoção a saúde ambiental. A esta também compete a prevenção e controle de fatores de risco relacionados às doenças e agravos decorrentes de contaminação do solo, por substâncias químicas; também, “coordenar e estimular ações intrasetoriais entre as áreas de vigilância ambiental, sanitária, saúde do trabalhador, epidemiologia e atenção primária; realizar articulação com os órgãos ambientais, entre outros, no controle e fiscalização de atividades ou empreendimento causadores ou potencialmente causadores de degradação ambiental”(PPA-MA 2020, p.149).

Em São Luís os distritos do Itaqui- Bacanga e Vila Esperança, são os que possuem o maior quantitativo de bairros na zona rural, e alguns desses bairros, estão localizados próximo a empresas como a Vale, Alumar e o próprio Porto Itaqui, o que expõe várias comunidades para além da desapropriação de terras, como no caso de Cajueiro em 2019, e também as expõe a substâncias químicas que podem ser tóxicas. Por isso, a importância que essa vigilância de fato funcionasse a favor do povo, principalmente a zona rural que se encontra mais próxima a esses riscos.

No Maranhão a Vigilância Epidemiológica está estruturada como a Superintendência de Epidemiologia e Controle de Doenças (SECD), que conta com os determinados departamentos: “Epidemiologia, Doenças Imunopreveníveis (Imunização), Vigilância e Controle de Zoonoses, Monitoramento e Avaliação da Saúde, Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS) e o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS” (PPA-MA 2020, p.150). A superintendência de epidemiologia, com o propósito de gerar melhor atenção ao Estado, devido o histórico de surtos epidêmicos e endêmicos, necessita de maior atenção quanto a gestão da saúde ligada à doenças com recorrentes surtos epidêmicos no Maranhão como a Dengue, Hanseníase, Leishmaniose dentre outras.

Dessa forma, o Estado tem tentado reunir forças para a redução de taxas quanto a morbimortalidade da população, como medidas de imunização de pessoas e animais, tentando o controle de vetores, também a mobilização da sociedade, tendo assim, como principal foco, diminuir casos e óbitos de Dengue, Chikungunya e Zika, os surtos de Febre Amarela, o

controle de casos de Malária, a redução de casos de Hanseníase, da Tuberculose, Leishmanioses como já citado, ou seja, de doenças imunopreveníveis. O que a secretaria a nível estadual desenvolve é o acompanhamento aos programas municipais, avaliação, monitoramento e a assessoria técnica, além de seminários e oficinas.

Outros programas que fazem parte do Plano Estadual de Saúde são: Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA), Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres (VIGIDESASTRES), Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluição Atmosférica – VIGIAR/ Ações Gerais de Capacitação em Vigilância Sanitária e Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Os dados sobre saúde no Maranhão indicam a necessidade de uma melhor gestão sanitária visando políticas ligadas à promoção da saúde, e mais que isso, para a prevenção de doenças, principalmente de veiculação hídrica, e como o próprio PPA destaca, é preciso uma APS muito bem estruturada e fortalecida, que consiga atuar diretamente nas comunidades, onde há maior carência.

Outra observação citada pela PPA, que é importante ressaltar aqui, é o Programa Mais Médicos do Governo Federal, instituído em 2013 no país, que foi um marco para o Estado. O programa no Maranhão incrementou cerca de 10 % no quantitativo de profissionais no Estado que possibilitou, também, maior atenção na saúde primária, onde viabilizou a permanência de médicos na Atenção Primária em comunidade que não tinham assistência. De 217 municípios 175 aderiram ao Mais Médico, e os receberam médicos. Atualmente, já carregam importantes características e avanços para a assistência a saúde das comunidades. Os 42 municípios que não aderiram é perceptível as dificuldades para o cumprimento dos objetivos e princípios da Estratégia de Saúde Familiar (ESF), que é importante, principalmente, para comunidades e zonas rurais quanto a assistência à saúde. E é através dessas estratégias, que o SUS busca progresso para a cobertura universal no país ao alcance de todos (PPA-MA, 2020).

Com a constante busca pela descentralização da gestão na saúde pelo SUS, atualmente os municípios são responsáveis pela maioria dos cuidados básicos, e em alguns casos, também, de cuidados especializados e hospitalares. E a estratégia adotada no país para essa atenção básica desde o início dos anos 2000, como já mencionado, foi a Estratégia de Saúde da Família, visando cumprir os princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde. Hoje o sistema conta com a estrutura a partir das Redes de Atenção a Saúde (RAS), às quais está a atenção básica, que deve atuar como coordenadora do cuidado, demandando e estabelecendo as demandas para os mais variados níveis e serviços em saúde.

Porém, um dos principais fatos limitantes para a execução do sistema tem sido o baixo quantitativo de profissionais médicos, principalmente com formação em Medicina da Família e Comunidade, com disponibilidade para as equipes de Saúde da Família em várias localidades, principalmente os lugares mais longínquos e com difícil acesso. Assim, o programa PMM foi lançado em 08 de julho de 2013, como política do Estado, tendo como principal objetivo, ampliar o quantitativo de médicos nas regiões com maior vulnerabilidade social, além de ações ligadas ao provimento. “O papel do COSEMS-MA na implementação dessa política é dar conhecimento e mobilizar as secretarias municipais de saúde no estado para adesão ao Programa, sendo que de 217 municípios do Maranhão 177 participam do PMM.” (PMM, 2016, p.05).

O Estado contava com 0,71/1.000 habitantes (2010), além disso, atendia aos critérios para distribuição de profissionais, previsto na portaria do PMM. “O COSEMS-MA participou do acolhimento dos profissionais e contribuiu com a Comissão de Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos (CCE) do Estado como parceira da SES-MA” (PMM 2016, p.06). Em 2013, o Maranhão contava com apenas 4.789 médicos, com o Programa Mais Médico o número de profissionais foi para 6.236 (2016), um aumento significativo para o Estado.

Porém, de acordo com dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), o Maranhão é, ainda, o Estado com menor número de médicos por habitantes do país. Com a inserção dos novos médicos, ajudou a diminuir essa deficiência. E esse apoio, consiste principalmente na cobertura da atenção primária com assistência médica com o atendimento nessas áreas. E assim, concluímos que o Maranhão tem grandes hospitais com diversas especialidades, mas na atenção primária é que se concentra a deficiência nos serviços em saúde, principalmente com o déficit de profissionais que possam atuar na ESF. “Hoje os gestores, supervisores e população das comunidades assistidas, expressa grande satisfação com os serviços ofertados pelos profissionais do PMM.” (PMM 2016, p.7). Faz-se necessário a continuidade do programa, mas, também, uma extensão quanto o alcance do mesmo, principalmente para as localidades das zonas rurais menos assistidas pelo acesso à saúde pública.

2.3 A Saúde pública na competência municipal

Após compreendermos o SUS, seu funcionamento, a estrutura da saúde no Estado, é importante entendermos as competências que cabe ao município, pois este faz parte do

nosso objeto de estudo. De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a municipalização exige novas competências locais, conforme o princípio de descentralização que norteia o SUS. E isso ocorre principalmente através da transferência de responsabilidade e, também, recursos para o município, dessa forma estimula novas competências correspondendo às capacidades político-institucionais da gestão local. Além disso, os meios adequados para a gestão de redes assistenciais regionais e macrorregionais, para que possa ser garantido o acesso e a integralidade na atenção e racionalização dos recursos. Nesse cenário, a contribuição dos Estados e União para a descentralização do SUS, é o fornecimento de cooperação técnica e financeira.

Sobre a regionalização e as estratégias utilizadas para a realização da mesma, consiste em ações e serviços de saúde não estruturados somente em escala municipal. No país existem diversas pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios as condições de ofertar serviços de alta e média complexidade. Porém, já há municípios que se tornam referência e assim, garantem serviços ao seu município e aos vizinhos. Portanto, é comum o intercâmbio de serviços entre municípios vizinhos, tanto estaduais e até mesmo interestaduais, porém que são cidades vizinhas. Por todas essas questões a estratégia regional é uma solução fundamental que permite ao SUS ultrapassar questões de acesso, amplia a capacidade de atendimento e contribui com o processo de descentralização.

A estratégia do PSF foi iniciada então em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários. (COBRA ET AL, 2012). Em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente por que programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família – ESF. (DALPIAZ ET AL, 2011)

A Saúde da Família é a estratégia escolhida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica no país. Através dessa estratégia, a atenção em saúde é feita por uma equipe multidisciplinar, a qual é composta por vários profissionais de diferentes categorias, trabalhando de forma articulada e interdisciplinar. Cada equipe consta, no mínimo, com um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e um quantitativo variável de Agentes Comunitários de Saúde. Quando ampliada, a essa equipe são incorporados profissionais de odontologia: cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e/ou técnico em higiene dental. Cabe ao gestor municipal a decisão de incluir ou não, outros profissionais a essas equipes.

Cada equipe se responsabiliza pela situação de saúde de determinada área, cuja população deve ser no máximo de 4.000 pessoas. Em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – Portaria GM/MS nº 154, de 24/1/08 (BRASIL, 2008a) – com o objetivo de ampliar a abrangência e resolubilidade das ações da Atenção Básica. Os Nasf atuam em parceria com as equipes de Saúde da Família e são constituídos por outros profissionais de diversas áreas (BRASIL, 2002).

Dentre as competências em saúde na esfera municipal, é importante destacar que a garantia do acesso à saúde é de responsabilidade do gestor municipal. Este deve garantir à população o acesso a atenção básica e aos serviços especializados, tanto de média como alta complexidade, mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos. É preciso esse esclarecimento, pois muitas vezes o gestor municipal entende que sua responsabilidade acaba na Atenção Básica em Saúde e que as ações e os serviços de maior complexidade são responsabilidade do Estado ou da União, o que não é verdade.

As atribuições dos prefeitos com relação à vigilância em saúde estão previstas e relacionadas na Portaria GM/MS nº 1.172, de 15/6/04 (BRASIL, 2004), publicada pelo Ministério da Saúde, que regula a relação da vigilância entre os três entes federados. Competem aos gestores municipais, entre outras atribuições, as atividades de notificação e busca ativa de doenças compulsórias, surtos e agravos inusitados; investigação de casos notificados em seu território; busca ativa de declaração de óbitos e de nascidos vivos; garantia a exames laboratoriais para o diagnóstico de doenças de notificação compulsória; monitoramento da qualidade da água para o consumo humano; captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação; coordenação e execução das ações de vacinação de rotina e especiais (campanhas e vacinações de bloqueio). (BRASIL, 2002).

Além dessas, ainda a vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna; execução das ações básicas de vigilância sanitária; gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal; coordenação, execução e divulgação das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal; participação no financiamento das ações de vigilância em saúde e capacitação de recursos. (BRASIL, 2002).

3 RESULTADOS: REFLEXÕES SOBRE O ACESSO A SAÚDE PÚBLICA AOS CASOS DE COVID-19

Neste capítulo, constam os resultados da pesquisa desde a especialização das unidades básicas de saúde aos casos de Covid-19, no distrito sanitário de Vila Esperança do município de São Luís.

3.1 A COVID-19 e suas complexidades

A COVID-19 é uma doença causada pelo agente etiológico SARS-CoV-2, popularmente conhecido como o novo Coronavírus (pertencente à família Coronavírus já conhecida por autoridades e pesquisadores como causador de doenças respiratórias), esta surgiu no segundo semestre de 2019, na China, em um surto que atingiu cerca de 50 pessoas na cidade de Wuhan. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde- (OMS), declarou pandemia o surto de COVID-19 e até 17 de julho de 2020, já apresentavam 13.740.727 de casos da doença confirmados em pelo menos 188 países e territórios.

O vírus foi identificado como *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), membro da família Coronavírus, tratando-se de um vírus muito severo com grande potência infecciológica e potencial epidemiológico, pertencente ao grupo Coronavírus, o qual recebeu o código CoV-2 por ter grande semelhança com o SARS-CoV, o agente causador da epidemia da SARS em 2002. As complicações clínicas causadas pela SARS- CoV-2, popularmente conhecida por COVID-19, que significa *Coronavirius disease 2019*, são desenvolver no hospedeiro um circuito de lesões, que em diversos casos são fatais, inicialmente para grupos de risco como a população idosa e/ou com comorbidades. Porém, com as mutações do vírus, em pouco mais de um ano de pandemia, outras faixas etárias também são atingidas fatalmente mesmo sem a presença de comorbidades.

A Covid-19, de acordo com Stasi et al. (2020), apresenta quatro estágios:

A doença Coronavirius 2019 (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus-2 (SARS-CoV-2) que causa uma síndrome respiratória aguda grave, uma resposta hiperinflamatória característica, dano vascular, microangiopatia, angiogênese e trombose generalizada. Quatro estágios de COVID-19 foram identificados: o primeiro estágio é caracterizado por infecção do trato respiratório superior; o segundo pelo aparecimento de dispneia e pneumonia; a terceira por um quadro clínico piorado dominado por uma tempestade de citocinas e o conseqüente estado hiperinflamatório; e o quarto por morte ou recuperação. (STASI et al, 2020, p. 2)

Essa síndrome respiratória causada pelo agente SARS-CoV-2, é um vírus RNA, que geneticamente é localizado no interior do gênero Betacoronavirus, que utiliza uma glicoproteína (a proteína Spike), para fazer ligação ao receptor de enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2).

Atualmente, de acordo com Stasi et al (2020), não há tratamento que possa atuar especificamente contra a infecção causada pelo SARS CoV-2. De acordo com as características patológicas, além das diferentes fases clínicas da Covid-19, particularmente em pacientes em situação moderada a grave, as classes de drogas utilizadas são agentes antivirais, inibidores da inflamação, medicações antirreumáticas, heparinas de baixo peso molecular, plasma e imunoglobinas hiperimunes. Com base nessas informações, como medidas para conter ou tentar diminuir a circulação do vírus, em abril de 2020, foi regulamentado pelo OPAS/OMS o distanciamento social como medida de segurança de saúde pública, a limitação de viagens e transportes, protocolos de higiene para os locais de aglomeração, como aeroportos entre outros transportes de pessoas com potencial, para a disseminação do vírus. O cenário da pandemia que assola o mundo desde o primeiro trimestre de 2020, pelo agente etiológico SARS CoV-2, causador da doença COVID-19, alterou profundamente, e de múltiplas maneiras, a vida cotidiana, o mundo produtivo, o sistema financeiro global, as possibilidades de circulação de pessoas, produtos, serviços e informação. Frente a esse “novo normal”, surgem vários desafios nas mais diversas áreas de atuação de nossa sociedade, entre elas a educação.

O cenário de crise pandêmica evidenciou muitos problemas para além da qualidade de vida e assistência a atenção médica, e no acesso à saúde; expôs mazelas sociais e as desigualdades socioeconômica; enfatizou a disputa por territórios entre povos tradicionais e latifundiários no território maranhense; evidenciou o desemprego já agravado antes mesmo da pandemia entre tantos outros problemas já existentes, porém agravados pela pandemia.

Desta forma, é inegável o impacto real desse contexto na vida global. Sendo assim, este período será motivo de muitos estudos, pois é difícil prever as consequências da pandemia para a sociedade como um todo. Para a educação, o quadro também ficou muito complexo, pois o contexto é problemático, pois discentes e docentes dos vários níveis de ensino, virão de um extenso isolamento social, com perdas de entes queridos, alguns com cenários de violência doméstica e fome. Por apresentar tais problemáticas, foi preciso repensar as atividades pedagógicas. Dessa forma, devido à necessidade do isolamento social, fez-se necessário pensar em alternativas para o retorno das atividades escolares, ou seja, o ensino virtual.

Segundo Santana (2020, p.12) “muitos elementos desse cenário apontam para uma dinâmica global do mundo, revelando a globalização da vida inteira, no modo do viver humano que povos inteiros reproduzem.” O autor chama atenção para os processos produtivos diversos, como a circulação das pessoas, o ritmo frenético das trocas econômicas, em razão da crise sanitária, tudo isso parou sob o freio da morte eminente frente a contaminação pelo vírus responsável pela pandemia mundial. Outra questão que merece nossa atenção, são os meios de transporte e vulnerabilidade que os usuários estão impostos, seja no porto, ou nas estações rodoferroviárias ou nos aeroportos: o contágio iminente e o autocuidado apontam para a finitude dos seres humanos na terra.

De acordo com dados clínicos, Yue Kang . Silu Xu (2020), afirma que o período geral de incubação dos pacientes acometidos por Covid-19 é de aproximadamente 1 a 14 dias, dentre os quais somente 1 paciente tem período de incubação de 24 dias. As manifestações clínicas dos casos de Covid-19 são: febre, dificuldade respiratória e lesões infiltrativas pulmonares, perceptíveis através da radiografia torácica, além de tosse seca.

A SARS-CoV-2 é vírus que pode contagiar todas das mais diversas populações e grupos sociais, porém idosos e pacientes com doenças crônicas são mais propensos a evolução de casos leves para graves, pois os idosos por exemplo, não são mais tão resistentes quanto os jovens devido a degradação de várias funções fisiológicas. É importante ressaltar que as gestantes e bebês também fazem parte de grupos vulneráveis, principalmente devido a baixa imunidade. De acordo com o estudo clínico dos autores Yue Kang . Silu Xu (2020).

Em 5 de fevereiro de 2020, um recém-nascido que nasceu de sua mãe infectada durante a epidemia em Wuhan teve um teste positivo para SARS - CoV - 2, o que nos lembra que o vírus não se espalhou apenas por gotículas respiratórias e contato próximo, mas também por transmissão de mãe para filho.” (YUE KANG, SILU XU_ 2020, p.7).

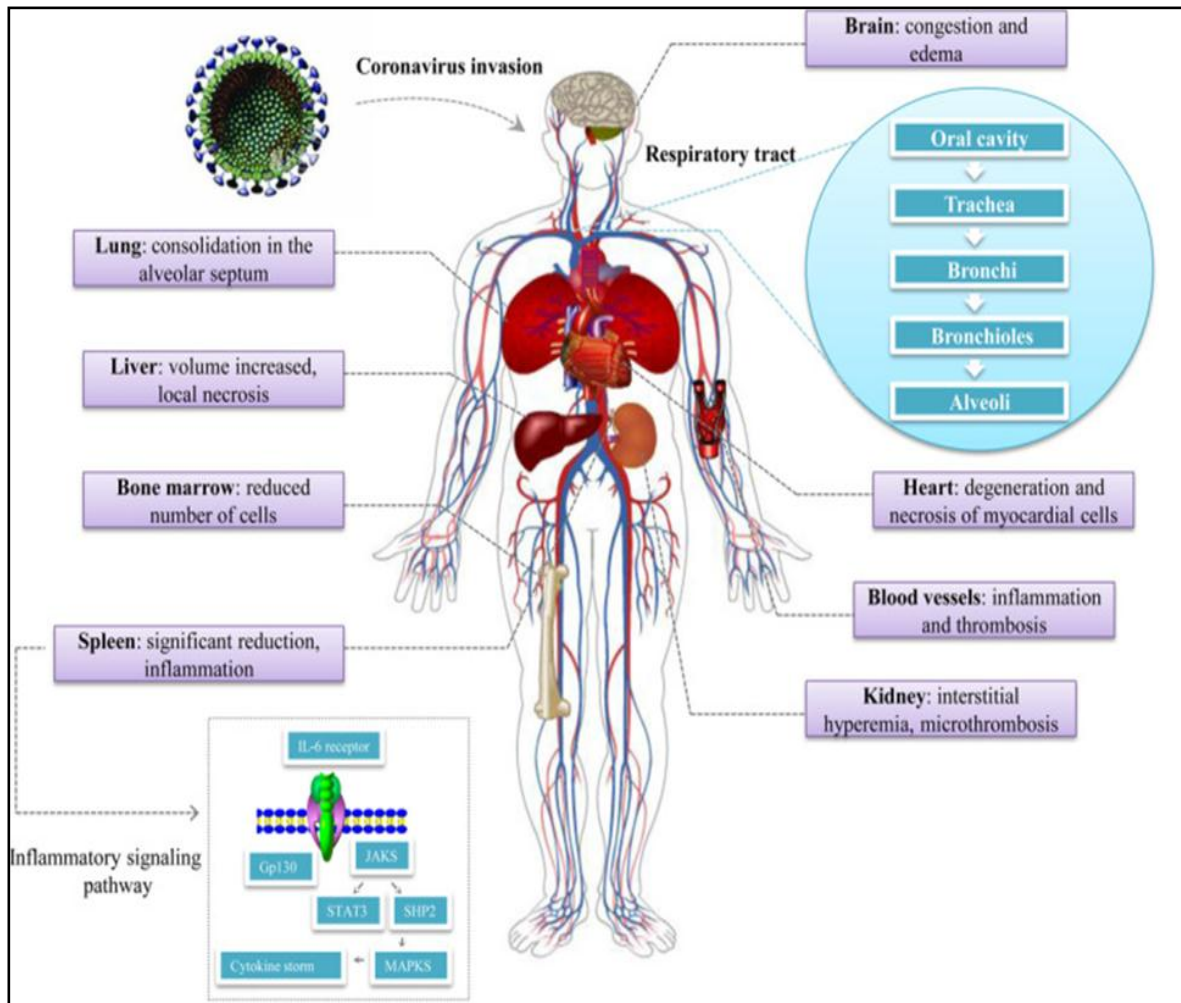
Ainda razão do estudo clínico dos autores Yue Kang . Silu Xu (2020), os autores chamam atenção para as formas de contágio além de aerossóis, mas para o contato com dejetos de pessoas já infectadas:

Enquanto isso, é possível se propagar através de aerossóis quando expostos a aerossóis de alta concentração por um longo tempo em um ambiente fechado. E porque novos coronavírus podem ser isolados de fezes e urina, deve-se prestar atenção à disseminação de aerossóis ou contatos causados pela poluição ambiental por fezes e urina. (YUE KANG, SILU XU_ 2020, p.7)

De acordo com o “Esquema de Diagnose e Tratamento para o Covid-19 (Teste) 7ª Edição”, realizado pela Comissão Nacional de Saúde da República Popular da China em 3 de

março de 2020, o principal órgão alvo do Covid-19 é o Pulmão, acompanhada por lesões de múltiplos órgãos, esquematizado na (Figura 03).

Figura 3 - Esquema de Lesões causada por Covid-19 em múltiplos órgãos.



Fonte: Yue kang e Silu Xu_ (2020, p.8)

Lung/ Pulmão, ocorre diferentes formas de agravamentos; os vasos sanguíneos do septo alveolar estavam congestionados e edematosos, infiltração mononuclear e linfocítica e trombose intravascular transparente. Observou-se fibrose intersticial pulmonar; “A coloração imunohistoquímica mostrou que o novo antígeno do Coronavírus foi positivo em algumas células epiteliais alveolares e macrófagos, e o novo DNA do Coronavírus foi detectado positivo por RT - PCR.” (YUE KANG, SILU XU_ 2020, p.9).

Spleen, hilar lymph nodes, and bone marrow/Baço, nódulos linfáticos hilares e medula óssea, foi observado a partir de estudos clínicos que o Baço foi significativamente reduzido. Os macrófagos proliferaram e a fagocitose foi observada no baço. O número de linfócitos foi significativamente reduzido, e o número de células TCD4 + e CD8 + T no baço

e nódulos linfáticos diminuíram. O número de linhas celulares da medula óssea diminuiu. (YUE KANG, SILU XU_ 2020)

Heart and blood vessels/ Coração e vasos sanguíneos: foram observadas a degeneração e necrose das células miocárdicas, além de inflamação e trombose. (YUE KANG, SILU XU_ 2020).

Liver and gallbladder/ Fígado e vesícula biliar: foi observado um aumento no volume do órgão, além da coloração alterada para um vermelho escuro, além disso, degeneração de hepatócitos, necrose focal com infiltração de neutrófilos; e ainda o preenchimento considerável da vesícula biliar. (YUE KANG, SILU XU_ 2020)

Kidney/ Rim, foi observado degeneração epitelial tubular renal e esfoliada, além da transparência tubular. Também a hiperemia intersticial, microtrombose e fibrose focal. (YUE KANG, SILU XU_ 2020)

Other organs/ Outros órgãos: foi observado um edema no tecido cerebral, degeneração de alguns neurônios, necrose focal na glândula adrenal; o epitélio do esôfago e intestino foi desnaturado, além de esfoliados em diferentes graus. (YUE KANG; SILU XU 2020)

Esses resultados sugerem que a Covid-19 atinge para além das vias respiratórias outros órgãos vitais do corpo humano, o que confirma sequelas que podem ser deixadas mesmo após o período de infecção do paciente, o que alerta a atenção para a proteção de outros órgãos para além do pulmão. Além disso, os autores chamam atenção para outras questões como:

(b) Precisamos nos concentrar no sistema imunológico dos pacientes e tomar as medidas necessárias para restaurar sua função imunológica. (c) A análise patológica de COVID-19 mostra que pode causar doença sistêmica de pequenos vasos, incluindo sangramento grave e microtrombose no pulmão, coração e rim. Lembremos de dar importância às lesões de pequenos vasos sanguíneos, reduzir a formação de microtrombose e prevenir a embolia de grandes vasos sanguíneos. (YUE KANG, SILU XU_ 2020, p.9)

A Covid-19 é uma doença nova, apesar de seu agente etiológico pertencer a uma família já conhecida por terem outros vírus responsáveis por surtos epidêmicos do passado. Ainda assim, todos os dias surgem novas questões, e são poucas as certezas em torno desta nova doença, mesmo com todo o mundo com a atenção voltada para esta enfermidade. Todos os dias vários estudos surgem sobre a mesma, mas, ainda assim, é necessário se apegar ao que se sabe por hora, que funciona, as medidas sanitárias, como o distanciamento social, constante higienização das mãos e objetos pessoais, evitar aglomerações sempre que possível, e a

vacinação em massa. Além disso, maior investimento em pesquisas e valorização da mesma, além desses importantes apontamentos, maior veiculação de informação sobre a doença, a importância das medidas sanitárias, além do incentivo a adesão da vacina.

3.2 A COVID-19 no Brasil: estudo de caso do Maranhão

No Brasil o primeiro caso de Covid-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, mais precisamente no estado de São Paulo. O primeiro paciente confirmado era um homem de 61 anos que havia viajado à Itália. Em março, foram registrados pelo Ministério da Saúde novos casos confirmados do contágio pela Covid-19. Em abril, o Brasil já havia registrado mais de 56 casos, totalizava 5.868 diagnósticos de Covid-19, acumulando 203 óbitos. (SARNAMED, 2020)

No mês de maio, já passava de 100 mil o quantitativo de casos de Covid-19, e acumulava cerca de 7 mil o número de óbitos, chegou a se registrar mais de 4,5 mil novos casos e 275 novos óbitos em apenas 24 horas. (SARNAMED, 2020)

Em junho, o país continuou a superar a marca de mais de 100 mil óbitos por dia, a partir do monitoramento, as vítimas fatais já totalizavam 31.199, e os casos confirmados já acumulavam 555.383. No mês de agosto já se totalizava 96.096 o total de óbitos por Covid-19 no Brasil O total de casos passa dos 2,8 milhões, são 2.808.076 pessoas infectadas pelo novo Coronavírus. (SARNAMED, 2020)

Em outubro, o Brasil se aproximava de 5 milhões de casos dessa enfermidade. Comparado a outros países, o Brasil ocupa o segundo lugar no número acumulado de casos, perdendo apenas para Estados Unidos e Índia. O quantitativo de óbitos ultrapassou 146.000 mortes. Ao final do mês de outubro, o país aproximava-se dos 5,5 milhões de casos. O Brasil apresentou uma queda de 25% das mortes por Covid-19 no período de 14 dias, além disso, foi registrado uma decrescente de 10% no número de casos (SARNAMED, 2020)

No mês de dezembro, na primeira quinzena, apresenta um aumento no quantitativo de óbitos por Covid-19, chegando a registrar em 24h 964 mortes. Em janeiro, logo na primeira quinzena de 2021, o país registrou 200 mil mortes, chegando a marca de 1.841 mortes em 24h. (SARNAMED, 2020)

Em fevereiro, após aproximadamente 1 ano do primeiro caso no país, o Brasil já seguia com campanha vacinal, e já registrava cerca de 5.756.502 brasileiros com pelo menos a primeira dose. No mês de março, o país passou a marca de 2 mil mortos por dia. Ao final de

março, dia 31, o Brasil já passava de 3 mil mortes nas últimas 24h, o que acumulava mais 300.000 mortos, e somava 90.638 novos casos. (SARNAMED, 2020)

Em abril, Brasil bate novo triste recorde, com registro de 4 mil mortes em 24h. No dia 06 do mesmo mês, os óbitos acumulados já eram de 336.947 brasileiros. No dia 29 de abril, o país registrou o acumulativo de 400 mil mortos por Covid-19, o número de casos acumulava 14.590.678. Em maio, o Brasil já registrava mais de 425 mil óbitos, o total de casos já ultrapassava 15 milhões. Atualmente, o país já soma 519 mil mortes por Covid-19, e o total de 18,9 milhões de casos acumulados. (SARNAMED, 2020)

No Maranhão, até o dia 22 de abril de 2021 constava com 260.305 casos, 18.700 ativos, 7.032 óbitos no Estado. De acordo com as análises feitas durante o 1º ano de pandemia, chegamos aos seguintes resultados especializados por trimestre ilustrado em cartogramas.

O primeiro cartograma (Figura 04) trata-se dos primeiros 3 meses de COVID-19 no Estado. Através da espacialização, podemos afirmar que inicialmente após o primeiro caso em 20 de março de 2020 na capital São Luís, o vírus se espalhou rapidamente pela Ilha do Maranhão, composta por São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa, municípios vizinhos de São Luís, com um grande fluxo de pessoas, transporte, comércio e lazer entre esses municípios. Logo o avanço do vírus foi inevitável, a partir da difusão na Ilha. Por meio do mapa podemos identificar que Açailândia e Imperatriz também apresentam um quantitativo de casos elevados, por, também, apresentarem um grande fluxo de pessoas, comércio e funções administrativas.

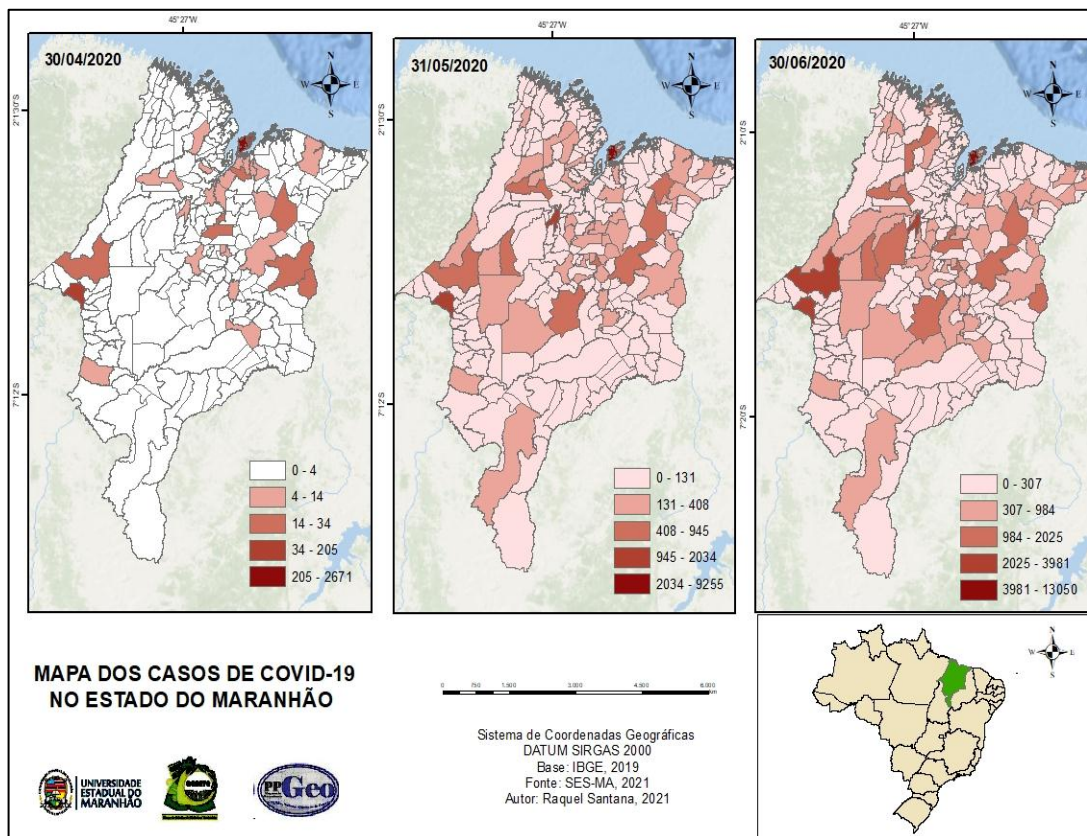
Logo em maio, já se observou que com apenas 3 meses de diferença, já havia casos confirmados em todos os municípios do Estado. Porém, o maior quantitativo de casos estava localizado ainda na Ilha do Maranhão e nos municípios com intenso fluxo econômico como já mencionados, Imperatriz, Açailândia e Balsas. Com o aumento acelerado dos casos no Estado, foi realizado o *lockdown* (boqueio total) dos serviços não essenciais na aglomeração urbana de São Luís, com o intuito de conter a pandemia da covid-19. Entrou em vigor no dia 05 de maio e teve vários pontos de fiscalização espalhados pelos quatro municípios da Ilha. De acordo com a SES/MA, este foi o primeiro caso de *lockdown* no país na pandemia do novo coronavírus.

O *lockdown* no Estado foi realizado após determinação judicial, efetivado pelo governo estadual na pessoa do governador Flávio Dino (PCdoB), ficou vigente por 10 dias na Ilha. A população teve de seguir as medidas de restrição, sob pena de multa, onde a circulação era limitada a serviços essenciais. A justiça determinou o *lockdown* após o estudo da

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) apontar que o Maranhão era o Estado com maior ritmo de crescimento do número de mortos por COVID-19 no país. Até a determinação judicial, o Estado já havia registrado 4.530 pessoas infectadas e 271 óbitos, de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde- SES.

Em junho, a dinâmica segue o fluxo de maio, onde os casos continuam se intensificando na capital e na Ilha, porém as taxas de ocupação de leitos, sofreram uma queda, o que levou a flexibilização das medidas de isolamento. O comércio voltou a abrir, as agências de turismo voltaram a funcionar, porém com regulamentação por meio de decretos para medidas de segurança.

Figura 4 - Primeiro trimestre do avanço da Covid-19 no Maranhão em 2020

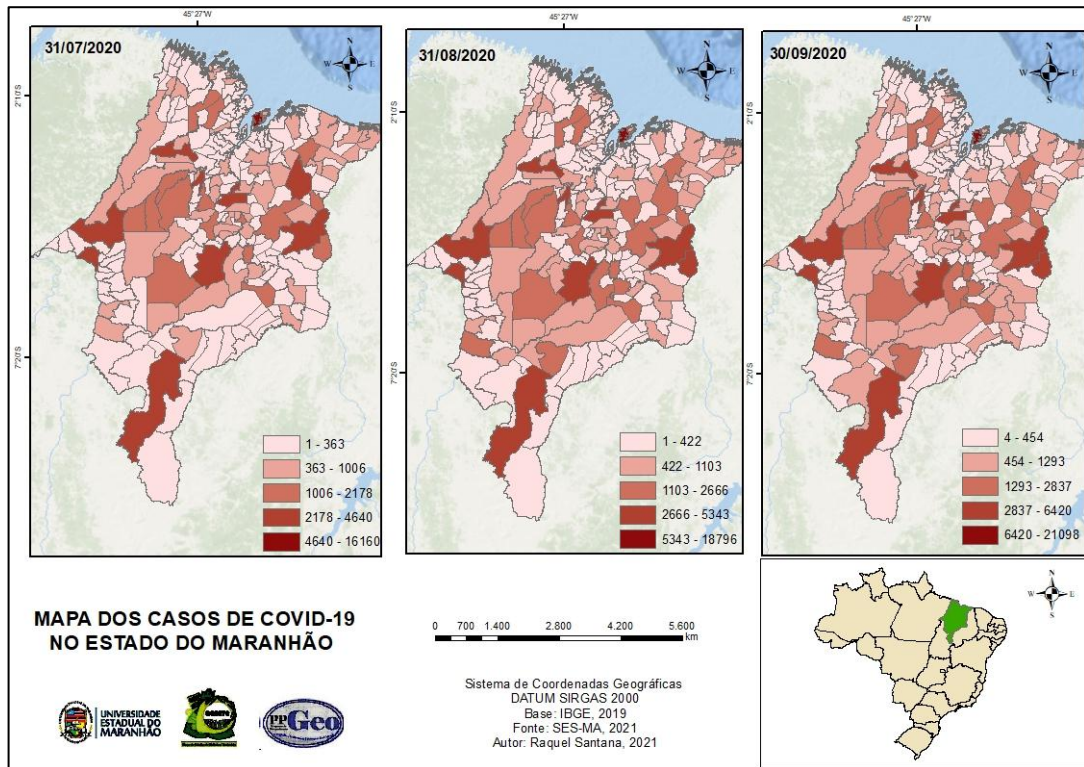


Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

Nesse segundo trimestre de pandemia, cartograma (Figura 5), o avanço continuou. Porém, como resultado do *lockdown*, mesmo não sendo totalmente respeitado por toda a população, teve resultados satisfatórios, onde os casos se concentraram na Ilha do Maranhão, mesmo com o espalhamento para outros municípios, porém foram mais gradativos. Em julho temos alguns agravos de casos, porém ainda em municípios com maior fluxo de pessoas e

comércio. Em agosto e setembro, teve o aumento no quantitativo de casos, porém ainda na Ilha, nas regiões Norte, Sudoeste e Sul do Estado.

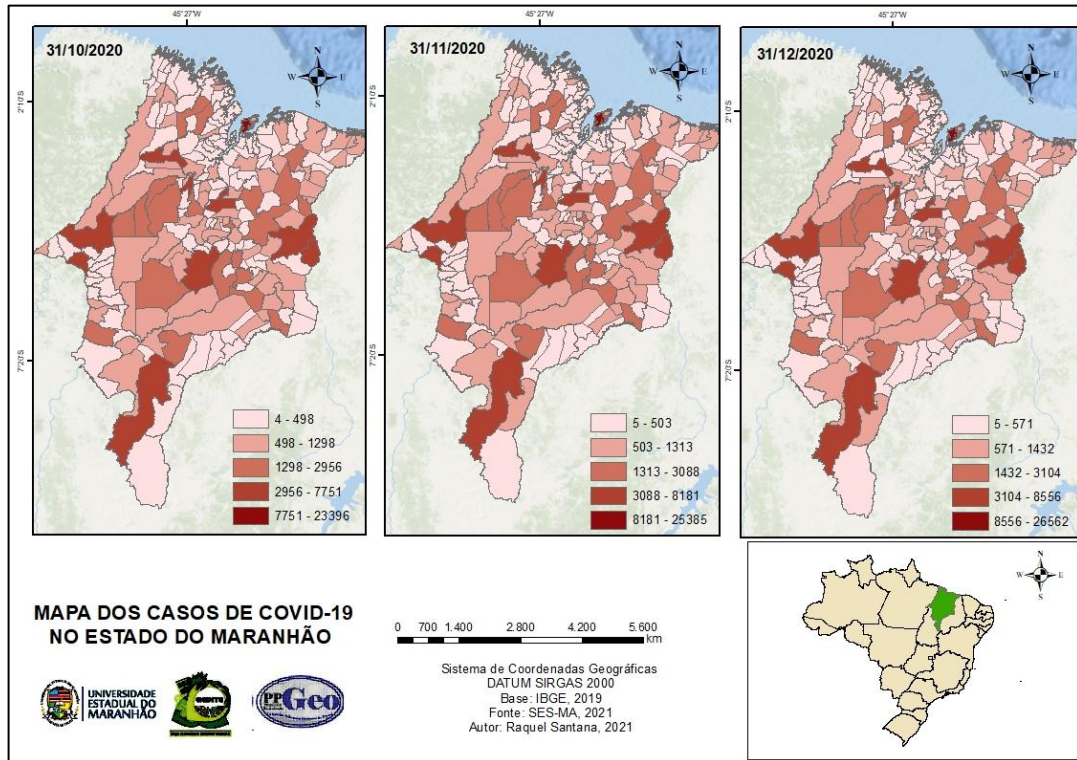
Figura 5 - Segundo trimestre do avanço da COVID-19 no Maranhão



Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

No terceiro trimestre, verificou-se a intensificação dos casos em quase todo o Estado cartograma (Figura 06). Neste período, foi concomitantemente o período eleitoral, com início em outubro, e terminando ao final de novembro com a realização do 2º turno eleitoral. Por meio da espacialização, relacionou-se o aumento drástico de casos ao período eleitoral, onde se teve a volta de intensa circulação de pessoas, para campanhas, carreatas e até comícios e reuniões eleitorais, o que levou a grande aglomeração de pessoas, o que pode ter contribuído para a intensificação disseminação do vírus de forma sanitária. Sendo assim, o reflexo pode ser identificado no mês de dezembro, onde a capital atingiu o quantitativo de 26.562 casos, somente em São Luís.

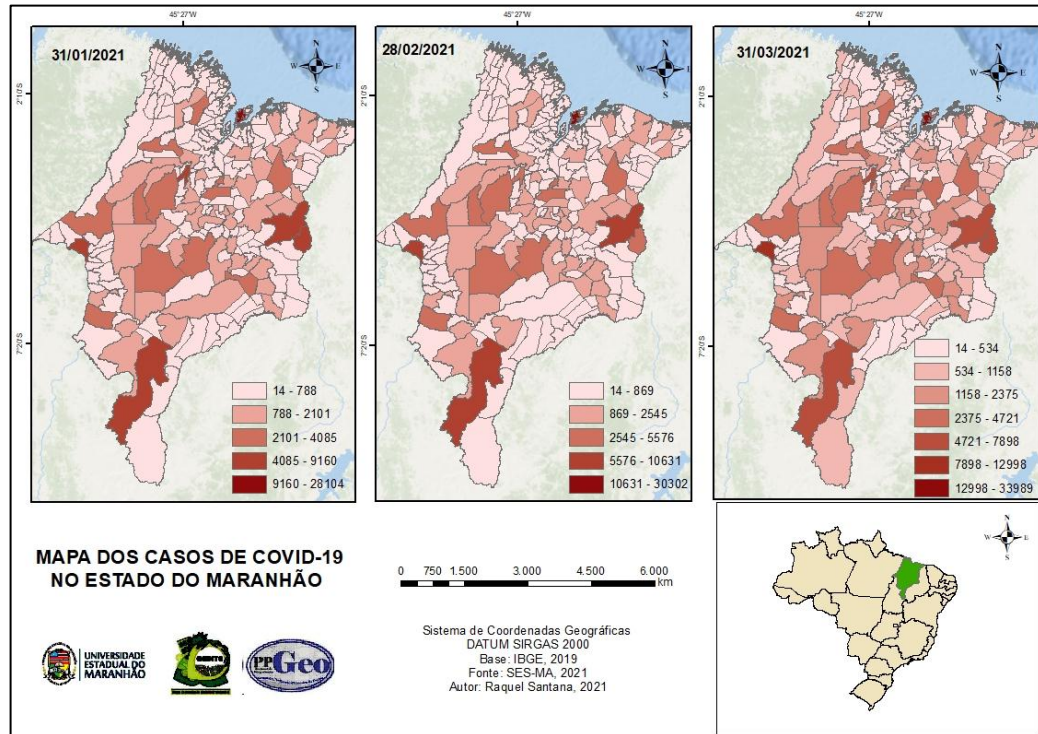
Figura 6 - Terceiro trimestre do avanço da Covid-19 no Maranhão



Fonte: SES. Elaborado pela autora, 2021.

Neste quarto trimestre (Figura 07), referente de janeiro a março de 2021, como consequência do período eleitoral, provavelmente também das festas e confraternizações de fim de ano, temos a 2^o onda pandêmica. No Estado, onde o aumento de casos ganhou força, e os leitos voltam a estarem com ocupação acima de 98% (de acordo com a SES, 01/2021), podemos observar a capital como epicentro em janeiro, que contava com 28.104 casos, e em fevereiro já somava mais de 30.000, o que caracteriza a violência da 2^o onda, e com o contágio que volta a acelerar novamente.

Figura 7 - Quarto trimestre do avanço da Covid-19 no Maranhão

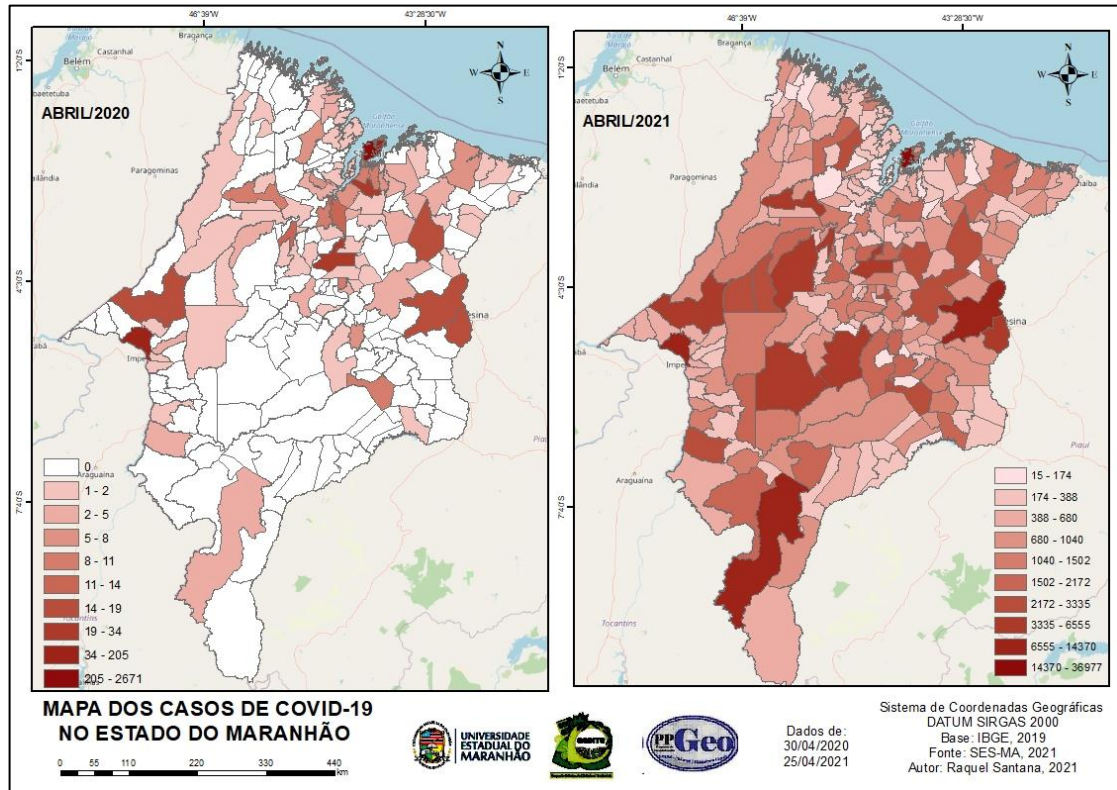


Fonte: SES. Elaborado pela autora, 2021.

Sendo assim, outra relação que podemos fazer com o aumento de casos, é o período carnavalesco ao final de fevereiro, que mesmo suspenso a realização de festas pelo poder público, não impediu o fluxo de viagens pelo Estado para destinos turísticos, encontros familiares e festas clandestinas. Além disso, temos a mutação do vírus encontrada no país com grande potencialidade de contaminação. Somado a isso, temos a acomodação da população frente ao vírus, consequentemente o relaxamento quanto as medidas de segurança, o que torna o contágio mais facilitado ainda. Assim em março, já se somava o quantitativo de mais de 33.000 casos somente na capital.

No cartograma (Figura 08), apresentamos a espacialização com o intuito de comparar a difusão da Covid 19 no Estado. Os dados revelam uma forte aceleração e o mês de abril de 2021 sendo o pior na série, assim, como em todo o país, apesar da adoção de várias medidas e decretos para conter a difusão da doença.

Figura 8 - Cartograma de casos confirmados em abril de 2020 e abril de 2021



Fonte: SES. Elaborado pela autora, 2021.

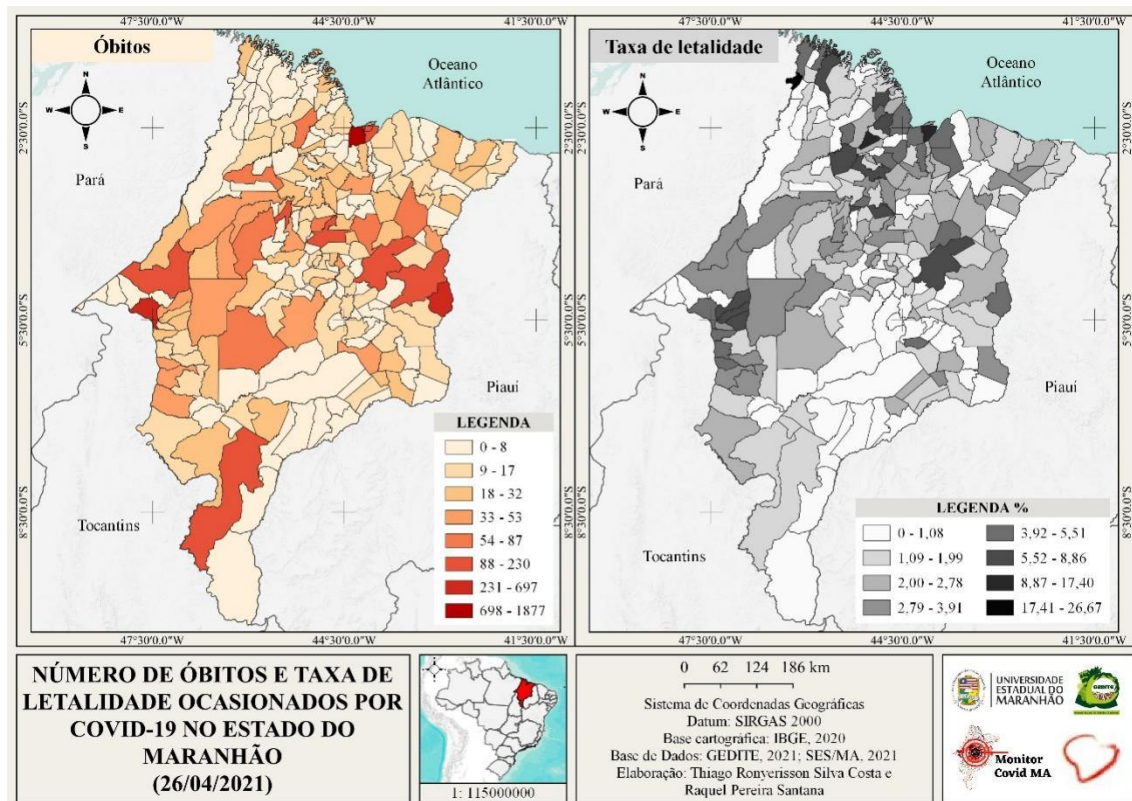
Além disso, se tratando de uma nova doença, o tratamento consiste em medicamentos que tratam os sintomas, e não necessariamente elimina o vírus, o que traz a preocupação quanto a automedicação, e a falta de informação, o que podem levar ao agravo clínico. Sendo assim, é inegável a importância do desenvolvimento da vacina para prevenir a evolução do quadro clínico grave para o leve.

Neste último cartograma (Figura 09) temos o número de óbitos por município no Estado. Sendo assim, o maior quantitativo de óbitos pelo novo Coronavírus se concentra na Ilha do Maranhão, mais precisamente na capital São Luís com 1.877 óbitos. Temos um agravo, também, na região metropolitana do sudoeste do Estado, onde se localiza os municípios de Imperatriz e Açailândia. Destacam-se, também, Balsas, ao sul; Codó, Timon e Caxias a leste do Estado.

À direita, temos o mapa baseado na taxa de letalidade. A taxa de letalidade é uma medida utilizada pela epidemiologia, que avalia o quantitativo de mortes em relação aos indivíduos que apresentam a doença ativa, ou seja, mede a porcentagem de pessoas infectadas que evoluíram para óbito. Dessa forma, podemos observar que a maior taxa de letalidade está concentrada na Ilha do Maranhão, com destaque a São José de Ribamar. A região metropolitana a sudoeste do Estado, também, concentra significativa porcentagem com

8,86%, e alguns municípios a leste também. Podemos concluir que mesmo com os hospitais de campanha, decretos para controle de circulação, é necessário a aceleração na aplicação das vacinas, pois o vírus se mostra cada vez mais resistente aos medicamentos existentes para o tratamento de sintomas. Além disso, ele também se potencializou e está cada vez mais contagioso, resultando na alta taxa de ocupação de leitos, levando muitos a óbitos, além do desgaste de recursos humanos, como os profissionais de saúde, que também estão perdendo suas vidas. Resumindo: falta recurso material e o principal, humano também.

Figura 9 - Número de óbitos e taxa de letalidade no Maranhão



Fonte: SES. Elaborado pela autora, 2021.

Após discussões dos dados apresentados, podemos concluir que o Coronavírus além de uma nova doença, também tem grande poder de contaminação, o que em si não seria totalmente preocupante. Entretanto, o vírus tem um grande potencial para o desenvolvimento de doenças que causam deficiência respiratória. O grande perigo, é a evolução de casos clínicos leves para graves, onde necessitam de cuidados complexos e específicos, no qual o sistema público de saúde não tem infraestrutura para atender competentemente a demanda no Estado. Podemos ainda acrescentar, que os maiores acúmulos de casos de COVID-19 se concentraram em regiões metropolitanas do Estado, em razão da grande circulação de pessoas, transporte e comércio.

Diversas são as condições que podem explicar as diferentes taxas epidemiológicas referentes ao novo Coronavírus nas mais diversas regiões, tais como: diferença entre notificações de casos, diferenças entre o acesso ao sistema de saúde pública e a qualidade, além de características socioambientais e, também, do nível de instrução educacional.

Além disso, deve-se levar em consideração a composição da população, uma vez que a mortalidade tende a ser maior em populações com maior taxa de idosos, por exemplo. Porém, é necessário lembrar que se trata de uma nova doença, as análises ainda são limitadas, e, vários outros fatores podem contribuir para o avanço da COVID-19 no Maranhão, mas ainda podem ser desconhecidos.

São Luís, a capital do Maranhão, foi um dos municípios que mais concentrou número de casos de Covid-19. Outros municípios do estado também tiveram quantitativos bem expressivos, principalmente os polos econômicos e comerciais, mas iremos destacar São Luís, pois além de capital, e de ter apresentado uma grande concentração de casos, é nossa área de estudo.

De acordo com informações do boletim epidemiológico da SES (Secretaria Estadual de Saúde), o primeiro caso no Estado foi no dia 20/03/2020, mas no boletim não diz qual município. Porém, o 2º caso confirmado dia 21/03/2020, já consta um caso no município de São Luís. A confirmação foi dada por um hospital particular, que também não é revelado. Trata-se de uma mulher com 37 anos, e que não apresentava sintomas graves, então podemos concluir que o primeiro caso em São Luís foi dia 21/03/2020.

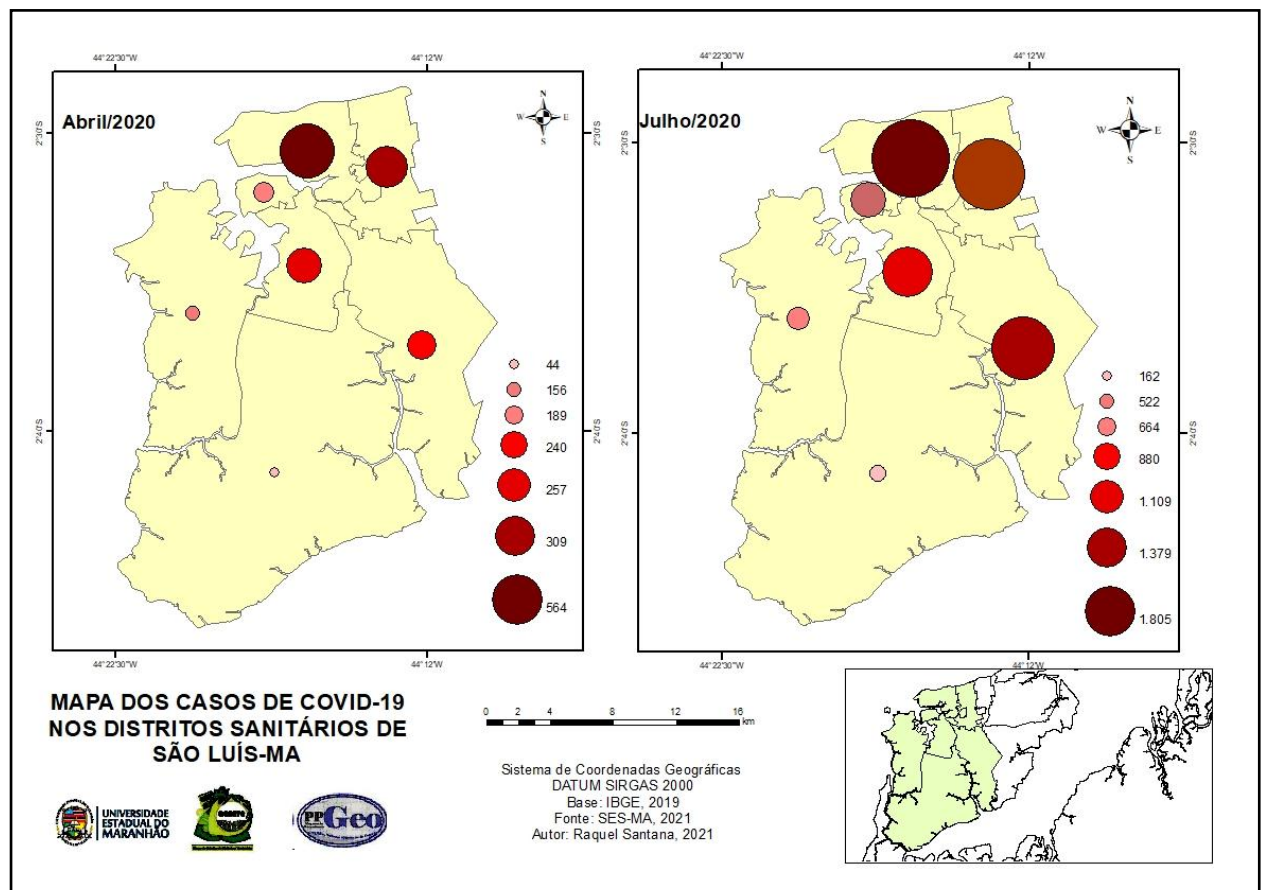
O primeiro cartograma (Figura 10) ilustra a espacialização de casos de Covid-19 no município por distrito sanitário. No primeiro semestre de 2020, São Luís conta com 7 distritos sanitários, sendo estes: Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho, Tirirical, Itaquibacanga e Vila Esperança. Neste primeiro semestre, podemos observar uma aceleração no aumento de casos. Em abril o distrito do Bequimão já apresentava 564 casos, em julho já estava com 1.805, podemos, assim, observar a facilidade do contágio, tendo em vista o rápido aumento de casos. Como já mencionado, o distrito que mais apresentou casos foi o Bequimão (com os bairros do Calhau, Renascença, Bequimão, Jaracaty), seguido da COHAB-309; 1.379 casos, (com os bairros do Turu, Olho d' Água, COHAB), e Tirirical -257; 1.109 (com os bairros da Cidade Operária, Cidade Olímpica, São Cristóvão, Tirirical).

Esses bairros citados são os que mais contribuíram para esse acúmulo de casos por distrito, são caracterizados por serem populosos, mesmo os mais elitizados como Renascença, Calhau, Jaracaty. No entorno se concentram alguns aglomerados como Ilhinha, contam com grande presença de comércio, mesmo os mais populares. Dessa forma, o intenso

fluxo de pessoas proporcionou ao vírus maior facilidade de circulação. Além destas problemáticas nesses distritos, temos a presença de aglomerados subnormais, onde se tem maior carência quanto a serviços básicos de saneamento, como o acesso a água por exemplo, onde esta é o componente de uma das principais medidas para diminuir o contato com o vírus, a higiene de pessoas e a constante lavagem de mãos.

Após indicação da Fiocruz, onde esta, em relatório, indicou o Estado do Maranhão com o maior ritmo de crescimento de mortes, por determinação judicial, foi decretado o lockdown, caracterizado com bloqueio total, no dia 05 de maio (10 dias), para diminuição da circulação do vírus, visando diminuir os casos na grande ilha (nos quatro municípios, São Luís, São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa). Logo após este, ocorreu uma diminuição nos casos, o que levou o governo estadual a flexibilizar as medidas, antes tomada quanto ao fechamento do comércio não essencial, do turismo, bares e etc. Assim, no mês de junho, foram retomadas várias atividades, inclusive turísticas dentro do Estado, o que pode ter influenciado na volta do crescimento de casos no segundo semestre do ano de 2020.

Figura 10 - Espacialização de casos de Covid-19 por distrito sanitário.

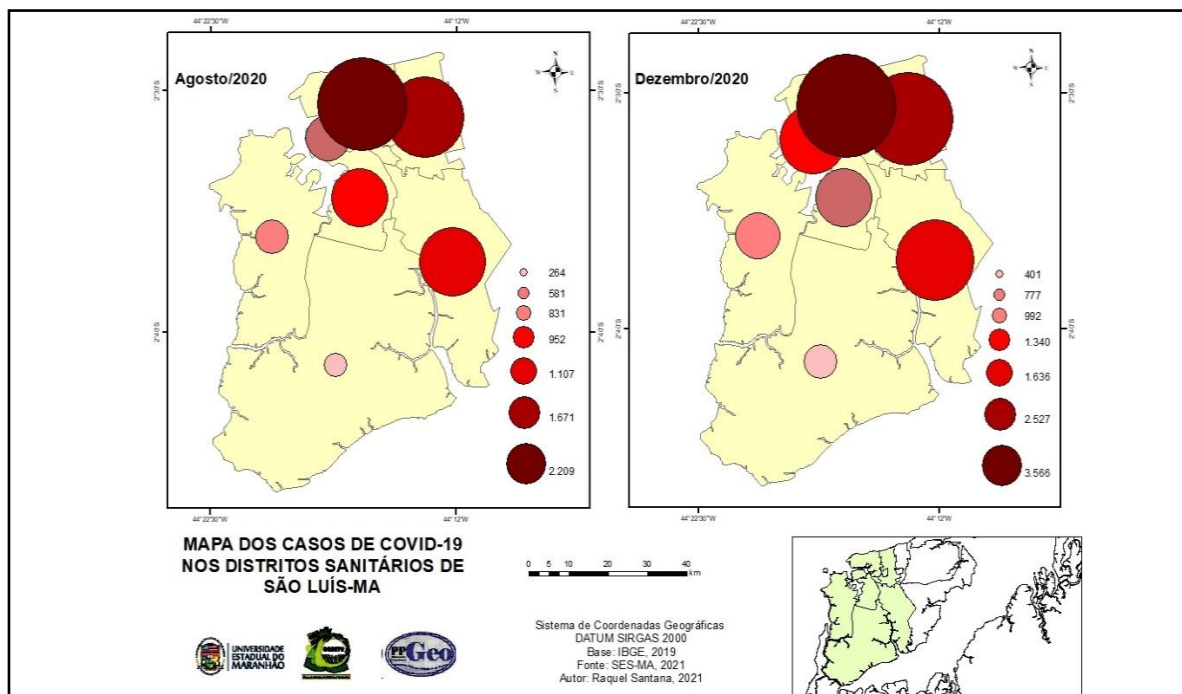


Fonte: SES. Elaborado pela autora, 2021.

No cartograma (Figura 11) do segundo semestre do ano de 2020, podemos observar o dobro de casos comparado ao primeiro semestre. O distrito do Bequimão, já apresenta mais de 2 mil casos no mês de agosto e fecha o ano com mais de 3 mil casos. O mesmo acontece com COHAB - 1.671→2.527 casos e Tirirical - 1.107→1.636 casos. O distrito do Coroadinho também fez um salto de 952 casos para quase mais de mil, com 1.340, o que confirma a hipótese do rápido contágio em localidades com intensos fluxos de pessoas, transportes, serviços e comércio. Além dos bairros populares que abriga diversos trabalhadores de serviços básicos, que muitas vezes não foi possível cumprir a rotina de isolamento social em função de trabalho e outras questões, além dos trabalhadores informais que não tiveram subsídio para cumprir distanciamento social, entre outros fatores, que expuseram a riscos pessoas em situações mais vulneráveis economicamente.

Além destas análises, podemos acrescentar, ainda, o período eleitoral entre setembro e novembro, que movimentou o município, com carreatas, comícios irregulares, aglomeração de pessoas em passeatas, e muitas vezes sem as medidas de biossegurança recomendadas pela OMS. Outra contribuição que possa ter ocorrido, foram as festas de finais de ano, que mesmo sem programação oficial do Estado, ainda assim não impediu familiares de residências diferentes de promoverem comemorações e aglomerações, além de festas clandestinas e shows. Dessa forma, podemos salientar que essas ações foram refletidas no acúmulo de casos do primeiro semestre do ano seguinte (2021).

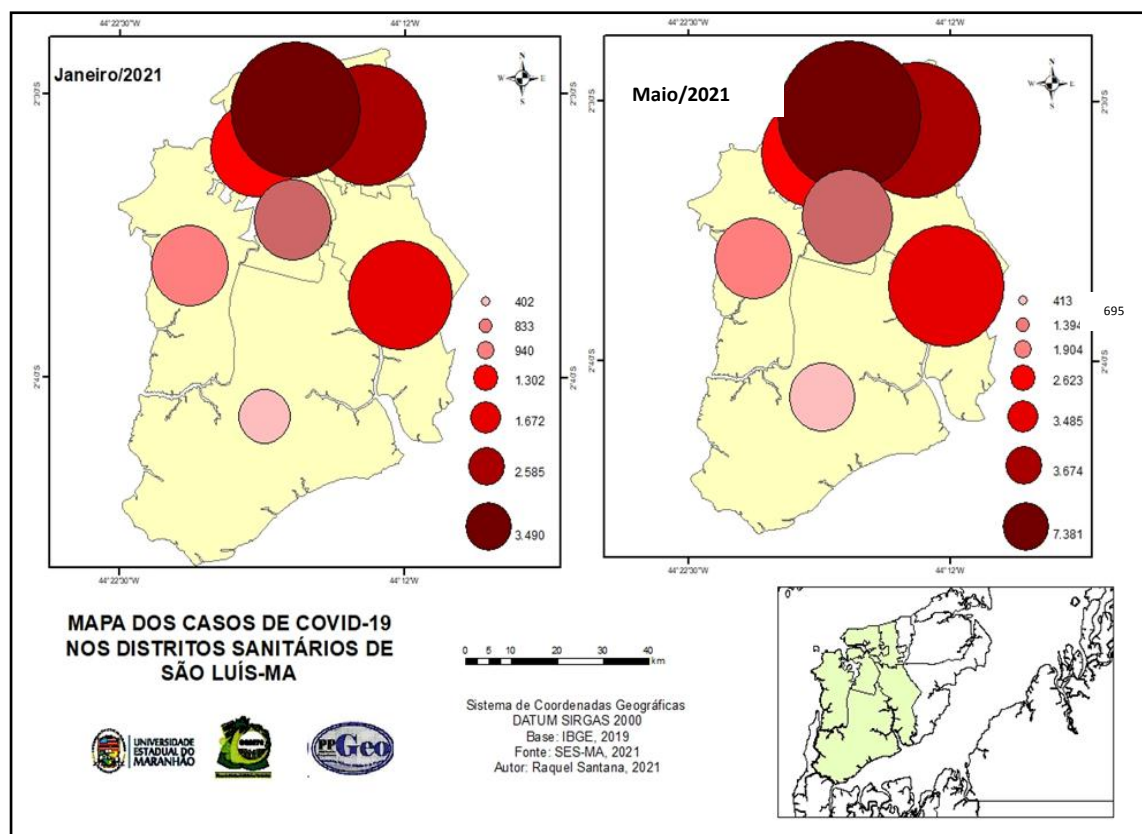
Figura 11 - Espacialização de casos de Covid-19 por distrito sanitário.



Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

O cartograma (Figura 12) do primeiro semestre, já estava sendo caracterizado por especialistas como a segunda onda de casos da pandemia, podemos relacionar o aumento de casos a uma série de fatores, como a flexibilização no ano anterior, eleições, e até confraternizações de fim de ano. Mas, também, houve o surgimento de novas cepas, onde o vírus mostrou maior poder ainda de contágio que anteriormente, como a variante de Manaus e Rio de Janeiro, por exemplo. Assim, no segundo semestre, o distrito do Bequimão continua à frente com 3.490; 7.381 casos. Nesse semestre, os casos acumulados duplicaram, e seguindo a crescente, temos a COHAB com 2.585→3.674 casos, o Tirirical com 1.672→3.674 casos e Coroadinho com 1.302→2.623 casos, e o distrito do Itaqui Bacanga que pela primeira vez passou os mil casos, em janeiro apresentava 940 e em junho já acumulava 1.904 casos.

Figura 12 - Espacialização de casos de Covid-19 por distrito sanitário.



Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

Além dessas hipóteses de análises, no primeiro semestre tivemos três significativas datas comemorativas, a primeira foi o carnaval, onde mesmo sem agenda oficial de programação do governo estadual, foram realizadas aglomerações, entre festas clandestinas, e grande fluxo de viagens no Estado. Outra data foi a Páscoa, a Semana Santa tende a reunir famílias, o que também pode ter contribuído ao fluxo de pessoas, e como se

trata de um feriado longo, também propicia a viagens em massa. E por fim, a festa junina tão apreciada pelos nordestinos, que mesmo sem programação oficial, também ocorreram arraiais familiares, aglomeração em algumas capelas do município, o que também pode ter contribuído para essa circulação e conseqüentemente, o aumento de casos.

3.3 Espacialização de 1 ano de Pandemia da Covid-19 no distrito sanitário da Vila Esperança

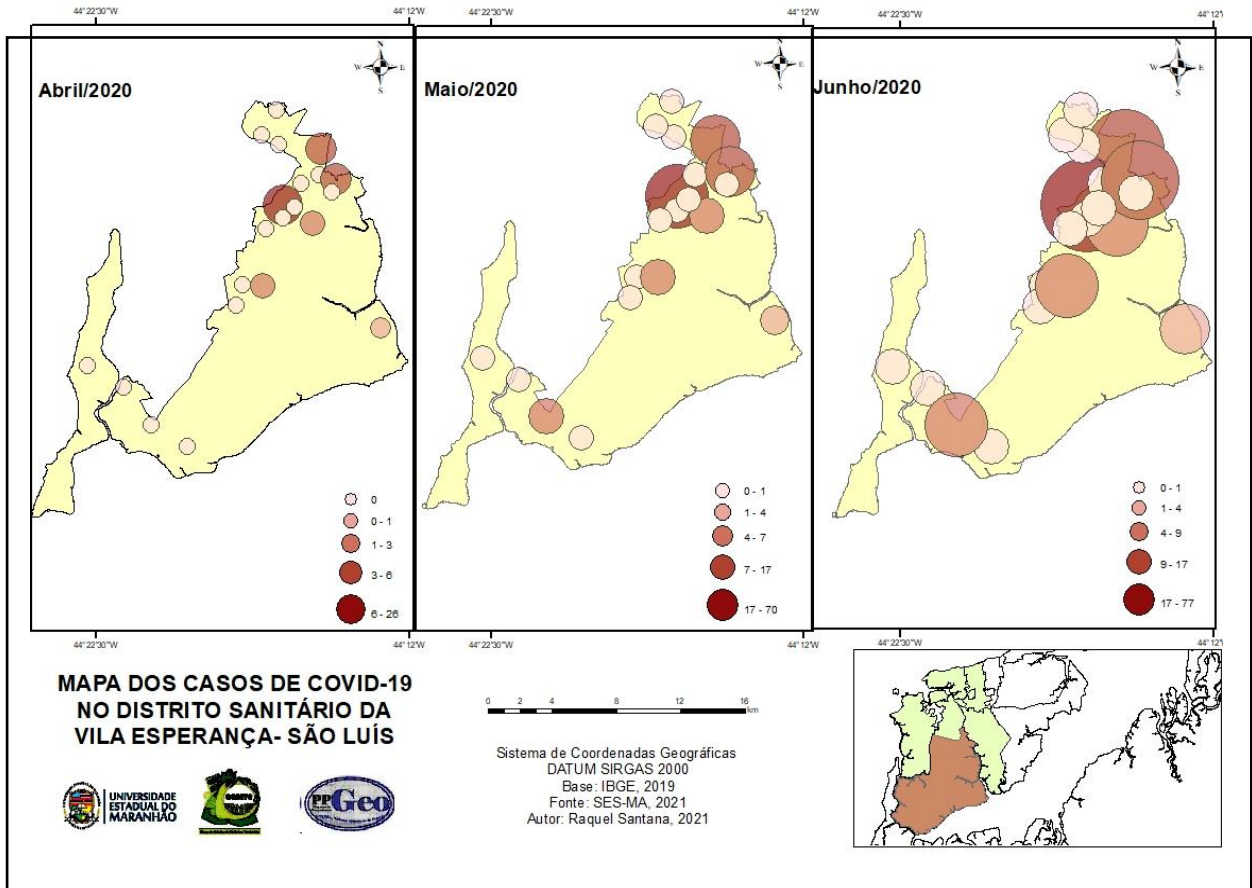
O distrito sanitário da Vila Esperança, que faz partes dos sete do município de São Luís, é caracterizado como um distrito que compreende a zona rural, por sua totalidade apresenta 103 bairros, contando com 96 bairros rurais. Localizado ao sul do município, com acesso principal através da BR 135, conta com comunidades tradicionais e quilombos, para além desses bairros rurais. A motivação para a pesquisa ser realizada neste distrito, mesmo com o quantitativo menor de casos se comparado a outros distritos da zona urbana, foi a necessidade de se estudar mais sobre a saúde epidemiológica de comunidades rurais em nosso município, além da grande dificuldade de acesso à saúde, principalmente de urgência e emergência nesse distrito, e do mesmo conter a presença de alguns indicadores de vulnerabilidade socioespacial, como o acesso regular a água e a presença de banheiros nas residências.

Mesmo o distrito contando com 103 bairros, de acordo com a SEMUS, e os boletins epidemiológicos da SES, o qual é trabalhado nessa pesquisa, conta com a amostragem somente dos bairros, e, de acordo com essas informações, foi gerado essas espacializações. No primeiro semestre de 2020 (Figura 13), os bairros que apresentaram maior quantitativo de casos foram o Maracanã com 26 casos, Ribeira e Mata de Itapera com 3 casos e Tibirizinho com 1 caso no Mês de abril. Em maio, o Maracanã já apresentava 70 casos, Vila Itamar 17, Tibiri 15, Ribeira, Mata de Itapera e Estiva 7, Quebra pote 4 e Tibirizinho continuou com 1 caso. Em junho, já se teve mais um aumento, mesmo que gradativo de casos. O Maracanã com 77, Vila Itamar continuou com 17, assim como Tibirizinho com 1 e Quebra Pote com 4, Coqueiro também apresentou 1, Ribeira 8, Mata de Itapera e Estiva 9, e Tibiri 16 casos, o que totalizou o primeiro semestre com 141 casos nesse distrito.

Dessa forma, podemos relacionar esse quantitativo de casos a menor incidência demográfica de pessoas, o que diminui o fluxo de indivíduos. Além disso, também temos a crise nas testagens nesse primeiro momento pandêmico, onde poucas pessoas tinham acesso a testes públicos, o que resultava em maior testagem de pessoas que tinham condições de pagar

por esse exame. Logo, podemos relacionar o maior número de testagens a bairros elitizados e de classe média como bairros do distrito do Bequimão e COHAB, por exemplo.

Figura 13 - Espacialização do 1º semestre de casos de Covid-19 no distrito da Vila Esperança.



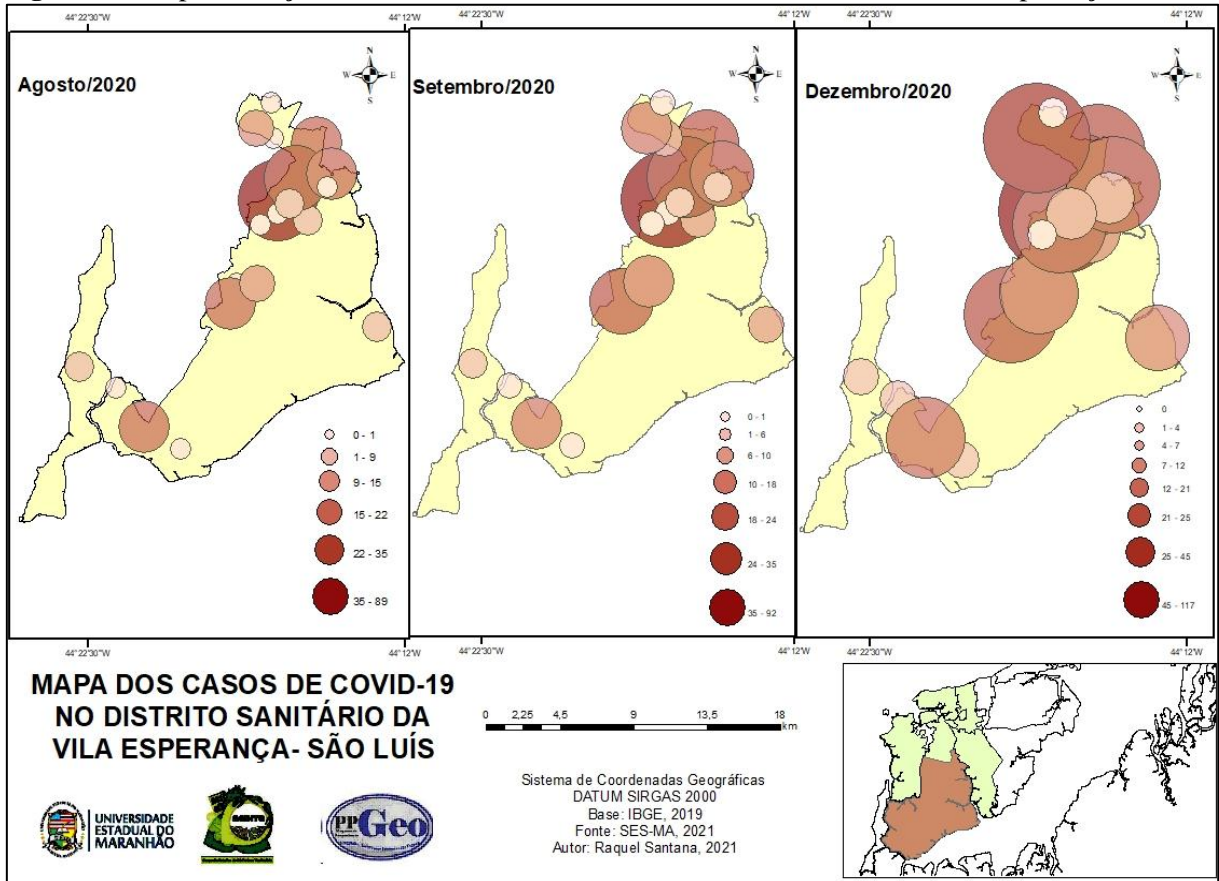
Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

No cartograma (Figura 14), está especializado o segundo semestre do ano de 2020. Em agosto, o Maracanã continua a frente com 89 casos, Vila Esperança apresentou 35, Tibiri 22, Vila Itamar 21, Pedrinhas 20, Estiva 18, Vila Nova República 15, Mata de Itaperá 13, Ribeira 9, Quebra Pote 7, Cajueiro 6, Tauá-Mirim e Vila Industrial com 4, e Tibirizinho e Coqueiro com 1 caso. Em setembro, Maracanã acumulou 92 casos, Vila Esperança continuou com 35 casos, Tibiri 24, Vila Itamar continuou com 21. Assim como Pedrinhas com 20, Estiva 18 e Vila Nova República com 15, Mata de Itaperá 14, Rio Grande 10, Ribeira continuou com 9, Quebra Pote com 8, Tibirizinho e Coqueiro com 6, Vila Industrial e Tauá Mirim com 4 e Coqueiro com 1 caso.

Em dezembro, o Maracanã apresentou 117 casos, Vila Esperança 45, Vila Nova República 39, Tibiri 25, Vila Itamar, Pedrinhas e Vila Sarney 24, Estiva 21, Mata de Itaperá 17, Ribeira 12, Rio Grande 10, Cajueiro e Quebra Pote 9, Tibirizinho e Vila Industrial 7, Tauá

Mirim 4, Igarauá 3, Ananandiba e Coqueiro 2 casos, totalizando o ano de 2020 com 401 casos nesse distrito. Podemos observar o aumento gradativo de casos pelos bairros do distrito, porém em setembro, 8 bairros apresentaram o mesmo quantitativo de casos que no mês anterior, o que nos remete às subnotificações presente nesse distrito, tendo em visto que não poderia ser analisado como diminuição da circulação do vírus, já que nos demais distritos os números de casos só continuou aumentando.

Figura 14 - Espacialização do 2º semestre de casos de Covid-19 no distrito da Vila Esperança.

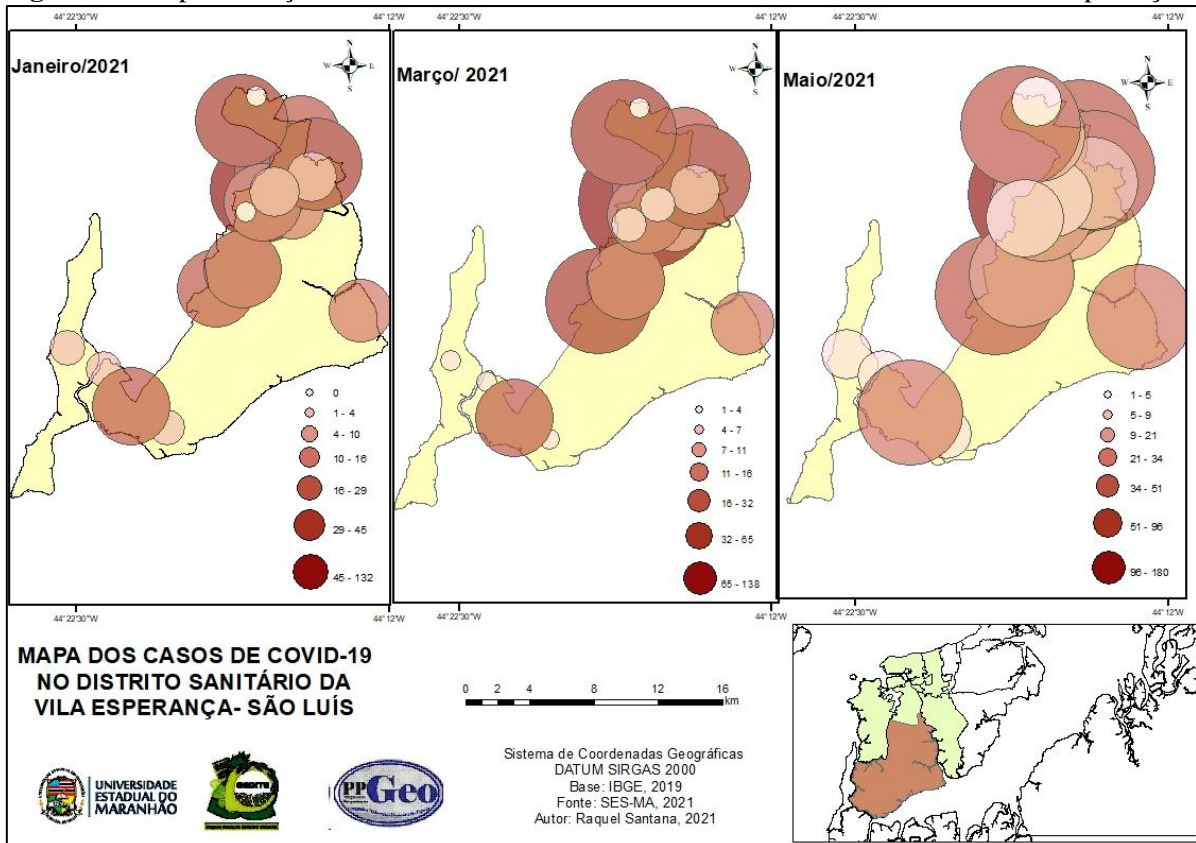


Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

O cartograma, (Figura 15), representa o primeiro semestre de 2021, já caracterizado com segunda onda da pandemia de Covid-19. Em janeiro, dos 21 bairros estudados, somente 8 apresentaram alguma mudança quanto aos números de casos em relação a dezembro. São eles: Maracanã com 132 casos, Tibiri com 34, Vila Itamar com 29, Estiva 23, Mata de Itapera 20, Ribeira 16, Quebra Pote 12, e Coqueiro com 4. Em março, os bairros que apresentaram um aumento no acúmulo de casos foram: Maracanã com 138 casos, Vila Esperança 65, Vila Nova República 43, Pedrinhas 39, Tibiri 38, Vila Itamar 32, Vila Sarney 29, Estiva 24, Mata de Itapera 23, Quebra Pote 14, Cajueiro 13, Tibirizinho 11, Vila Maracujá 7, Ananandiba 3 e Vila Samara 1 caso.

E maio, os bairros que somaram maior acúmulo de casos foram: o Maracanã com 180 casos, Vila Esperança 96, Pedrinhas 51, Vila Nova República 49, Vila Itamar 46, Tibiri 45, Vila Sarney 34, Estiva 30, Mata de Itapera 29, Quebra Pote 24, Ribeira 21, Cajueiro 19, Rio Grande 18, Tibirizinho 17, Vila Industrial 9, Vila Maracujá 8, Coqueiro 5 e Vila Samara com 4 casos, totalizando 695 casos no distrito.

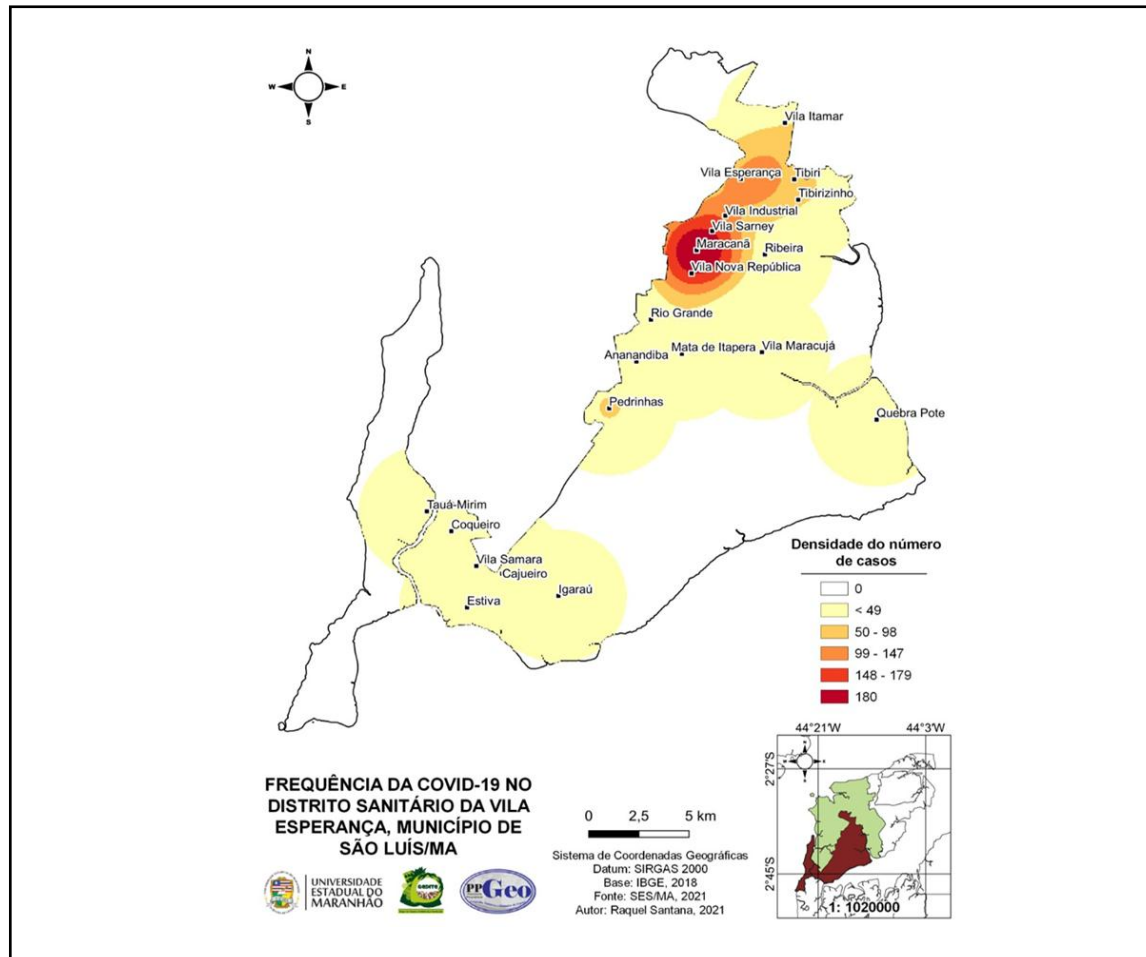
Figura 15 - Espacialização 1º semestre de 2021 de casos de Covid-19 no distrito da Vila Esperança.



Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

No ano de 2021, é possível observar que os casos de Covid-19 apresentaram maior crescimento, onde, de um mês para outro, os bairros com presença de casos confirmados, gradativamente, foram aumentando até todos os bairros do distrito alcançaram pelo menos 3 casos e a máxima de 180 como no bairro do Maracanã. Através da espacialização, podemos observar que os casos se concentram ao norte do distrito (Figura 16).

Figura 16 - Espacialização de densidade de casos de Covid-19 no distrito da Vila Esperança.



Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

A concentração de casos ao norte/noroeste do distrito coincide com o setor industrial, onde tem a presença de algumas indústrias. Além da concentração de alguns serviços como o Terminal de Integração Industrial, o qual é responsável pelo transporte nesse distrito, o que resulta em uma concentração de fluxo nessa região, que pode ter contribuído para a concentração de casos nessa localidade.

3.4 Espacialização das unidades básicas de saúde: Análises do acesso à saúde no distrito sanitário de Vila Esperança.

São Luís, a capital do Maranhão, concentra a maior parte da população, que de acordo com o IBGE (2019), apresenta o quantitativo de 1.108.975 habitantes, com a soma de outros 3 municípios que compõem a Ilha do Maranhão, a população totaliza em 1.442.927 habitantes, a qual representa 20,28% do total do estado. Sendo assim, os aglomerados urbanos

com grande densidade demográfica, condiz com uma integração no território para a oferta e, também, a circulação de bens e serviços para a população do município.

As ações e serviços em saúde vêm assegurados na Carta Magna, como bens de interesse público que integra uma rede regionalizada e hierarquizada e caracterizam um sistema de saúde único e organizado, de acordo com os princípios institucionalizados doutrinários. Estes são a universalidade do acesso aos serviços de saúde nos mais diversos níveis de atenção, equidade e integralidade no atendimento, assistência e participação efetiva da comunidade. Além disso, detém os princípios organizativos de descentralização política-administrativa, com direção única em cada parte do governo, tendo sempre a ênfase na descentralização dos serviços em saúde para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços em saúde.

O Maranhão de acordo com a RESOLUÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB/MA) Nº 44/2011 de 16 de junho de 2012, dispõe a regionalização em saúde no Estado, o dividindo em 19 Regiões de Saúde e 08 Macrorregiões. A macrorregião de São Luís é composta por (São Luís, Chapadinha, Itapecuru e Rosário). A região de São Luís responsável pelo município está sob a responsabilidade de gestão da Secretaria Municipal de Saúde- SEMUS.

A Secretaria Municipal de Saúde foi criada através da Lei de nº 1.648, em 10 de janeiro de 1966. Dessa forma, a SEMUS é um órgão diretamente ligado e subordinado a Prefeitura de São Luís, tendo como principal objetivo promover a assistência médica hospitalar, odontológica, profilaxias, campanhas sanitárias e epidemiológicas de prevenção, assim como, instituir todo atendimento e também acolhimento humanizado a população usuária da rede municipal de saúde.

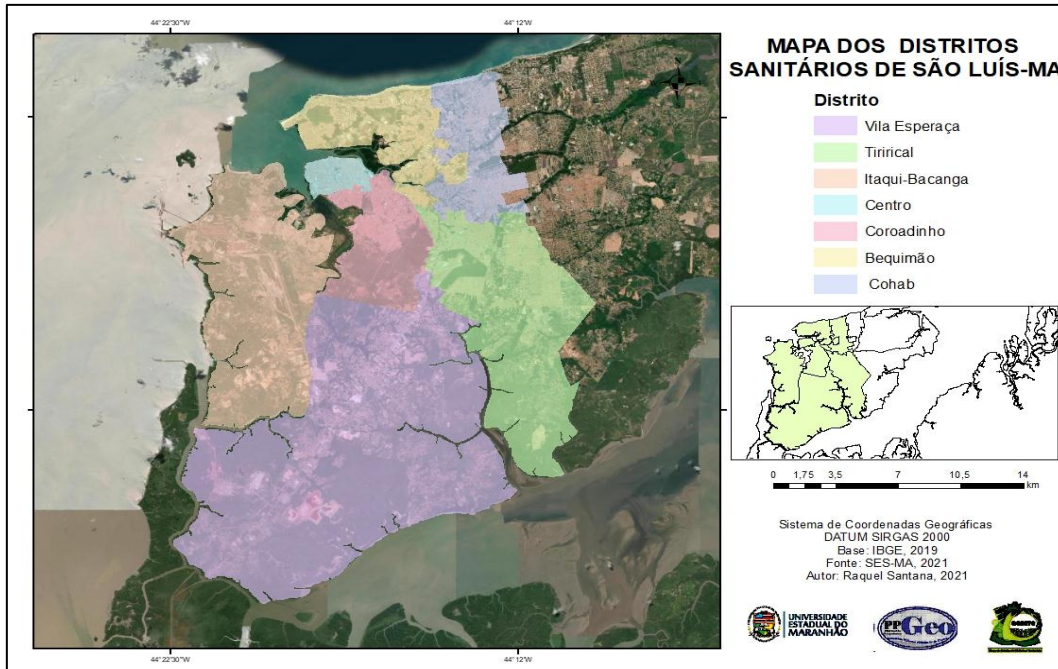
A área de atuação à saúde é dividida em Assistência, a qual compreende a Atenção básica, Média complexidade e Alta complexidade; a Vigilância em saúde, que engloba a Vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental.

É de responsabilidade da SEMUS pela programação, a análise, execução e também atualização de Políticas Públicas de Saúde definidas pelo Ministério de Saúde, além de articular e coordenar projetos e campanhas no eixo municipal. No que se refere a essas atribuições, está, também, proporcionar suporte técnico e financeiro para o desenvolvimento de projetos e a capacitação de profissionais que atuam na área da saúde na rede municipal.

A SEMUS trabalha de forma coordenada e articulada com outras organizações, sendo estas, empresas privadas, autarquias, organizações não governamentais (ONG's) e também instituições públicas nos eixos Municipal, Estadual e Federal.

Conforme critérios administrativos e gestacionais da Secretaria Municipal de Saúde, São Luís encontra-se dividida em 07 distritos sanitários, sendo estes: Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, Cohab, Bequimão, Tirirical e Vila Esperança, (Figura 17) contando com 355 localidades incluindo bairros, povoados, fazendas, sítios, usinas e porto. (IBGE, 2010)

Figura 17 - Mapa de localização dos distritos sanitarios de São Luís-MA



Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

Não há dúvidas que a prática do SUS pode facilmente ser compreendida como prática territorial, pois deve englobar os direitos ao território, como a saúde. Mendes (1993), Unglert (1993) e Villarosa (1993) são autores que defendem, sobretudo, a implantação dos Distritos Sanitários, que hoje no Brasil existem em diversos municípios para melhor gestão dos serviços em saúde. A construção e implantação dos distritos para a saúde tinham como principal objetivo, a contribuição para a melhoria na qualidade de vida das pessoas adstritas, e, estrategicamente, possibilitar assistência integrada em saúde para a população desse dado território.

Dessa forma, com o desenvolvimento e amadurecimento de conceitos geográficos incorporados, a saúde, a regionalização e a municipalização, há o surgimento da estruturação dos Distritos Sanitários como estratégia de gestão para o SUS, visando que esta funcionasse como unidade operacional mínima do SUS.

Esse processo de distritalização da saúde foi impulsionado no Brasil inicialmente, logo no início dos anos 80, concomitantemente ao enfoque nas estratégias e diferentes situações para o planejamento em saúde, desenvolvido através do método CENDES/OPAS, e apropriado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — SUDS (1986-87), com o intuito de quebrar a lógica autoritária e vertical para gestão e organização dos serviços.

Foi a partir desta época que houve o aparecimento de diversos experimentos no país sobre a implantação dos distritos, onde vários municípios como Pau da Lima- BA, Natal-RN, Cachoeira de Macacu-RJ, e outros, marcaram o pioneirismo na estruturação de distritos sanitários, com a diretriz de definição de território, com áreas de abrangência de unidades de saúde e o perfil de carência da população em serviços de saúde; levando em consideração perfil social, econômico e epidemiológico. Por fim, conceitualmente, o distrito deveria ser capaz de solucionar todos os problemas quanto à gestão, demandas, e necessidades no geral quanto a saúde de sua população territorial.

Após entendermos melhor o conceito de Distritos Sanitários e a gestão de saúde no Brasil, agora podemos adentrar em informações sobre a localidade da área de estudo desta pesquisa, que é o distrito sanitário da Vila Esperança, onde concentra a maior população rural do município. O distrito sanitário (DS) Vila Esperança é composto por 104 bairros, sendo 07 bairros urbanos e 97 bairros rurais, localizado na região sul da ilha de São Luís, entre a área industrial e zona rural, ao lado da BR 135, ocupa uma área de 297 hectares possuindo 2300 famílias, e aproximadamente 10 mil habitantes, com uma área territorial de 200 km². A Vila Esperança compõe o maior distrito sanitário de São Luís – MA, tanto em número de bairros como em sua área.

A Vila Esperança é o distrito sanitário cuja área ocupa grande parte da zona rural do município de São Luís. De acordo com o IBGE, a área rural do município, concentra aproximadamente 6% da população total do município, cerca de 60.890 habitantes. A partir desse cenário, é necessário entender as características rurais do município, sendo estas contando com a totalidade de 149 áreas dispostas de produção agrícola, e nelas compreendem bairros, comunidades e povoados.

O acesso ao distrito é através da rodovia Federal BR 135 e também da Estrada de Ferro Carajás, os quais fazem ligação entre a Ilha e o continente. É no distrito da Vila Esperança que está localizado o Distrito Industrial de São Luís, área que contém grande contingente de indústrias, dentre elas a de produção de alimentos e bebidas, empresas de transporte e logística. Além disso, é também nesse distrito, que está localizado o Terminal de

Integração do Distrito Industrial, um grande responsável pelo transporte público entre territórios da zona rural e urbana de São Luís.

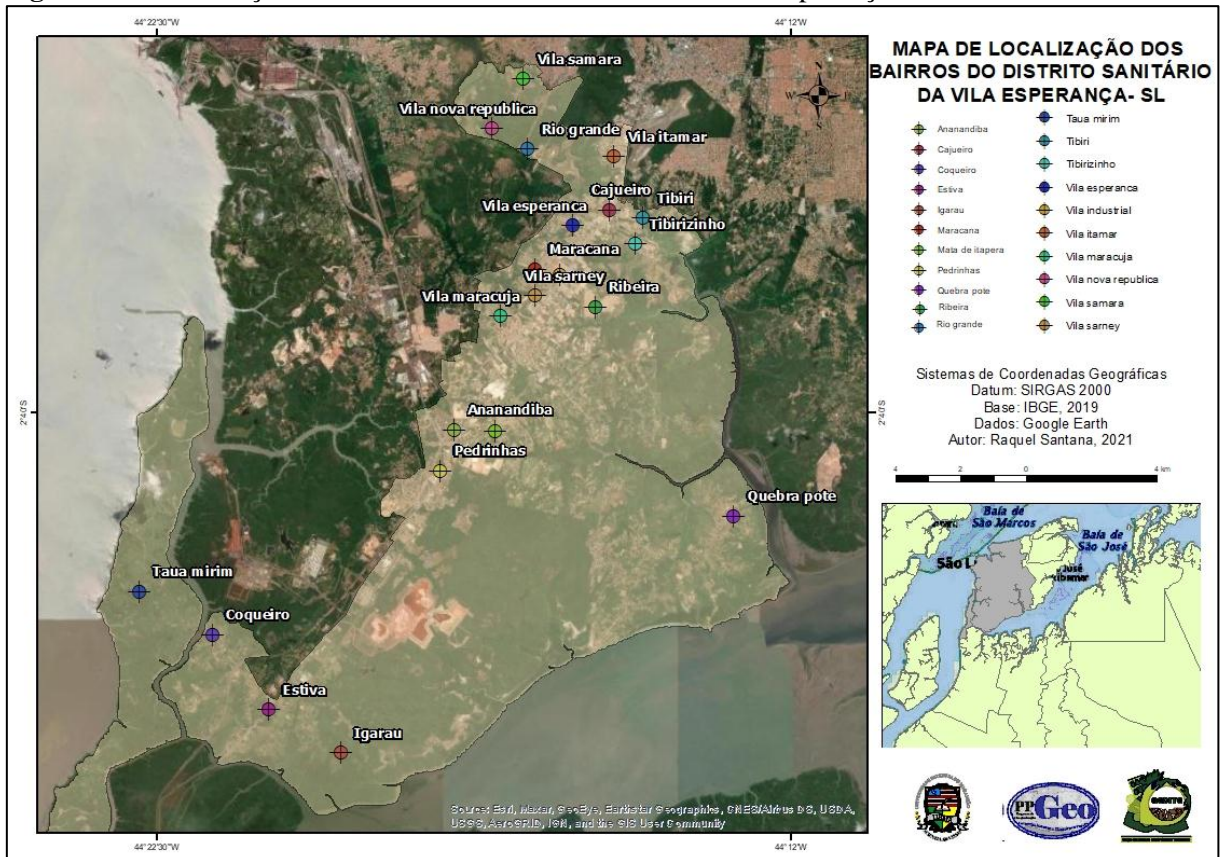
O município conta com 70 locais de assistência à saúde médico-hospitalar, dentre elas Unidades Básicas de saúde, Hospitais de média e alta complexidade, Centros de saúde, Unidades de Saúde da Família e Centro de Esp. Odontológica. Desse quantitativo de 70, 52 são Unidades Básicas de saúde, Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família, dentre essas 52, 13 estão localizadas no Distrito Sanitário da Vila Esperança. Sendo assim, é 1 Centro de Especialidades Médicas no Bairro da Vila Esperança- C.E.M, 1 Centro de Saúde- U.S e 11 Unidade de Saúde da Família- U.S.F.

Nesta pesquisa dos 103 bairros que compõem o distrito sanitário da Vila Esperança, foram trabalhados somente 21 bairros (Figura 18), pois infelizmente são muitos os problemas encontrados para a realização do trabalho com todo o distrito, desde o grande quantitativos de bairros, como a dificuldade na obtenção de dados georreferenciados (devido a questão de limites entre bairros, onde muitos bairros ainda são tratados como aglomerados ligados a bairros maiores, e isso faz com que os dados desses bairros menores, estejam dentro desses maiores). E, também, os dados de casos de doenças de todos esses bairros, encontram-se defasados pela própria secretaria de saúde, a qual não os forneceu por completos. A própria SES, Secretaria Estadual de Saúde, trabalha com essa amostra, de 21 bairros para esse distrito, e os dados fornecidos pela SEMUS, Secretaria Municipal de Saúde, estavam comprometidos com alguns erros. Por tais questões, a pesquisa trabalhou com uma amostragem de 21 bairros do distrito sanitário da Vila Esperança para a espacialização.

A C.E.M Vila Esperança, é um centro de especialidades ambulatorial que conta com diversas exames e consultas a disposição da população como Hemograma, Exame de Sangue, Exame de Urina, Exame de Anemia, Exame de Fezes, Exame de Diabetes, Exame de Hepatite, Exame de DST/HIV/Aids, Exame Toxicológico, Exame da Tireoide T4 Livre/TSH, Exame de Colesterol, Exame de Gravidez, Pré-natal/Parto e Nascimento, Hemograma, Exame de Sangue, Exame de Urina, Exame de Anemia, Exame de Fezes, Exame de Diabetes, Exame de Hepatite, Exame de DST/HIV/Aids, Exame Toxicológico, Exame da Tireoide T4 Livre/TSH, Exame de Colesterol, Exame de Gravidez, Órteses, Próteses, Cadeiras de Rodas e Materiais Especiais, Hemograma, Exame de Sangue, Exame de Urina, Exame de Anemia, Exame de Fezes, Exame de Diabetes, Exame de Hepatite, Exame de DST/HIV/Aids, Exame Toxicológico, Exame da Tireoide T4 Livre/TSH, Exame de Colesterol, Exame de Gravidez (SEMUS, 2021).

Este é o único centro de especialidades médicas para toda a zona rural localizada no distrito da Vila Esperança, ou seja, um único centro não dá conta da demanda para toda a população daquela região, o que resulta em uma grande demanda para as unidades localizadas no centro urbano do município, o que acaba por não cumprir com eficiência o papel de aliviar as demandas dos hospitais e unidades de saúde da área urbana de São Luís.

Figura 18 - Localização dos bairros do Distrito sanitário da Vila Esperança – SL

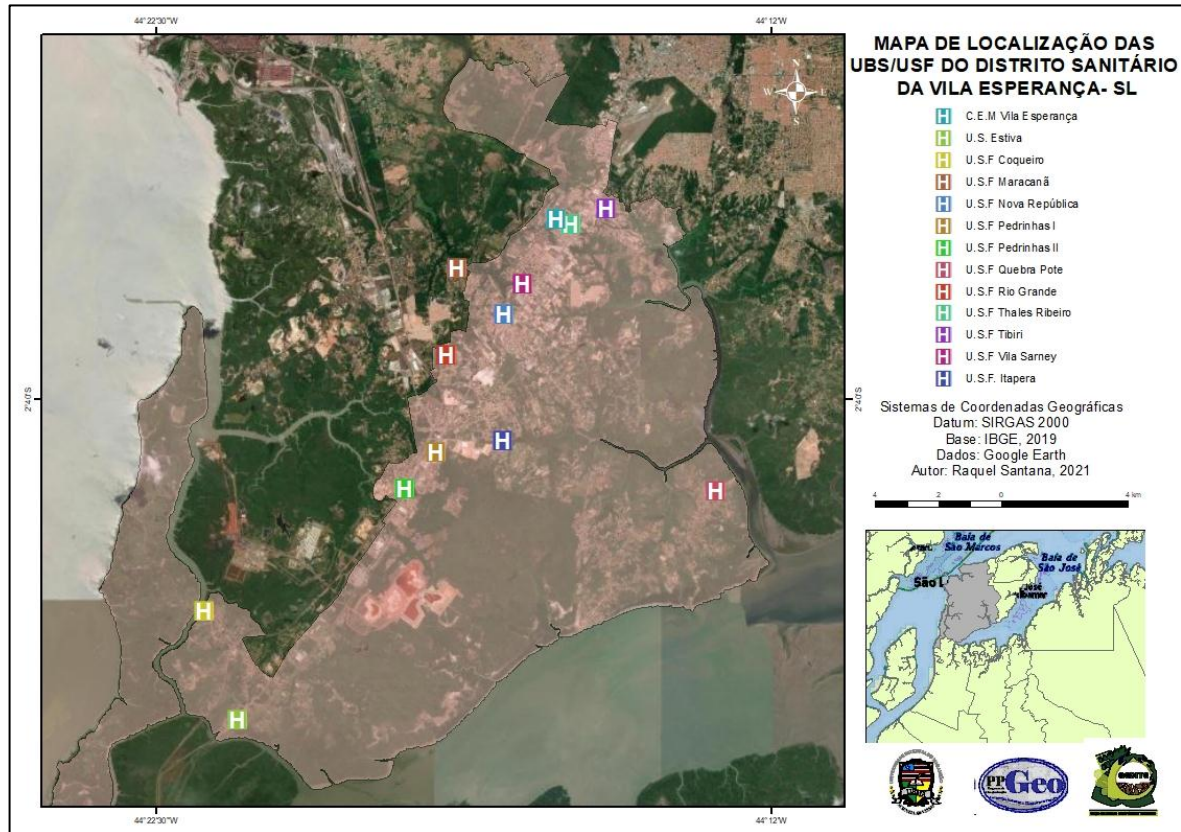


Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

Os 21 bairros são: Igarau, Vila Samara, Ananandiba, Cajueiro, Vila Itamar, Vila Maracujá, Pedrinhas, Rio Grande, Quebra Pote, Maracanã, Ribeira, Mata de Itapera, Vila Nova República, Vila Esperança, Vila Sarney, Tibiri, Tibirizinho, Estiva, Vila Industrial, Tauá Mirim e Coqueiro.

Os C. E. M e U.S. F, somados em 13, estão distribuídos entre os bairros que fazem parte da amostragem desta pesquisa. Estes funcionam como polos para os bairros localizados nos arredores de onde estão as U.S.F. Dessa forma, já é possível identificar, a primeiro momento, algumas problemáticas, como a ausência de Unidades Mistas com atendimento emergencial e de urgência, pois as U.S.F são de atendimento ambulatorial. Abaixo (Figura 19) está o mapa de espacialização das unidades básicas de saúde no distrito sanitário da Vila Esperança.

Figura 19 - Espacialização das Unidades Básicas de Saúde- Vila Esperança



Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

A U.S da Estiva é o Centro de Saúde Laura Vasconcelos é um estabelecimento de saúde tipo Centro de Saúde, Unidade Básica que executa serviços de saúde na localidade, em geral ou outras informações sobre marcação de consultas, agendamento médico ou de exames, emissão de guias. Este também é ambulatorial, localizado na Estiva, e tem a demanda de alguns bairros, como da própria Estiva, Barreto da Estiva, Igarauás. Essa unidade, durante o primeiro ano de pandemia, foi referência no atendimento a pacientes com sintomas gripais dentro do distrito sanitário. De acordo com a conversa informal tida com a diretora, essa unidade se organizou estruturalmente com um setor próprio para pacientes de Covid-19. A unidade contava com testes rápidos e realizava o primeiro atendimento ao paciente, porém de acordo com a gravidade, os pacientes eram encaminhados para os hospitais de referência na capital.

Ainda sobre o relato da diretora, é importante destacar a dificuldade que os profissionais enfrentaram, principalmente por falta de pessoal, e ainda o agravante da violência, pois existe a presença de facções rivais entre bairros. Ela relatou episódios de violência, e ressaltou em como isso dificultava o atendimento de pacientes vindos de bairros vizinhos, pois era dificultada a entrada dos mesmos na unidade em razão da violência. E,

novamente é importante destacar, que essa unidade era referência, por isso precisava atender a demanda do distrito, mesmo sendo a unidade mais distante.

U.S.F Coqueiro, localizado no bairro Coqueiro, é uma Unidade de Saúde da Família, e conta com os seguintes serviços: Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. A unidade realiza atendimento ambulatorial, a atividade principal é na atenção básica. Através do mapeamento dos bairros e UBS do distrito da Vila Esperança, a unidade básica do Coqueiro é a mais “próxima” para atender as demandas dos bairros e comunidades para além de Coqueiro, de Tauá Mirim, Amapá, Jacamim, Estreito e Porto do Alumar. Dessa forma, podemos concluir que esta unidade é um pouco distante para atender toda a demanda desses bairros, que contam com povoados com pouco acesso a saúde básica.

Nessa unidade foi relatado que, durante o primeiro ano de pandemia, essa unidade seguiu as outras demandas em apoio às unidades que eram referência para os pacientes de Covid-19.

A U.S.F Maracanã é uma unidade de saúde da família com atendimento ambulatorial, voltada a atenção básica a serviços de média complexidade. Diferente das outras unidades, esta fica aberta 24h, com atendimento de demanda espontânea e referenciada. Conta com os seguintes serviços: clínico geral, consultório odontológico, ginecológico, exames laboratoriais, aplicação de vacinas, curativos, nebulização e também da SAME e Farmácia Básica. De acordo com a prefeitura (2020), esta unidade realiza uma média de 6 mil atendimentos por mês, sendo beneficiadas mais de 3 mil famílias, voltadas a saúde da mulher, da criança e do idoso. Esta unidade acompanha pacientes do programa de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase e atende a demanda de toda a região desse distrito.

De acordo com as características descritas para a unidade do Maracanã, esta é uma das mais completas na região. Primeiro por contar com atendimento espontâneo, além do ambulatorial e referenciada, também por esta funcionar 24h, a qual as outras funcionam de 08h as 17h, e também por contar com estrutura para atenção básica, como vacina e clínico geral, além de contemplar acompanhamento para pacientes através da farmácia básica com medicação para hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. O que falta para ser mais completa, era o acompanhamento também para pacientes portadores de HIV, AIDS e doenças negligenciadas como, bacterianas e parasitárias.

A U.S.F Nova República é uma unidade de saúde com atendimento ambulatorial com atenção básica e serviços de média complexidade. Conta com os seguintes serviços: Clínico Geral, Ginecologista, Tratamento da Tuberculose, Saúde da Família, Tratamento da

Hanseníase, Pré-natal/Parto e Nascimento. Esta unidade é a mais próxima para atender as demandas dos bairros, além da Nova República, os de Residencial Magnólia, Matinha, Maracujá, Residencial Amendoeiras, Vila Maranhão, Santo Antônio, Distrito Industrial, entre outras comunidades relativamente mais próximas.

A U.S.F Pedrinhas I, é uma unidade que conta com atendimento ambulatorial, com atenção básica e média complexidade, com demanda espontânea e referenciada. A unidade conta com equipe odontológica e da saúde da família, além do clínico geral. De acordo com o site Cenes Datasus, essa unidade recebe as demandas da penitenciária localizada no mesmo bairro, em Pedrinhas.

A U.S.F Pedrinhas II, é uma unidade que conta com atendimento ambulatorial, também com atenção básica. Conta com os seguintes serviços: Pré-natal/Parto e Nascimento, Tratamento da Hanseníase, Saúde da Família, Clínico Geral, Ginecologista. Esta unidade além da demanda do próprio bairro, conta com a de bairros como: Vila Collier, Ananandiba entre outras comunidades dentro desses bairros como Murtura Pedrinhas.

A U.S.F Quebra Pote, é um centro de saúde com atendimento ambulatorial. Essa é uma unidade que recentemente (2019) passou por uma reforma estrutural e foi contemplada com novas instalações, ampliando a capacidade de atendimento para oito mil pessoas por mês, de acordo com a prefeitura. Dessa forma, dando maior atenção ao bairro e comunidades do entorno. A unidade conta com atenção básica, saúde da família, serviços odontológicos e uma equipe multiprofissional atuando por escala. Conta com os serviços de: Tratamento da Hanseníase, Tratamento da Tuberculose, Pré-natal/Parto e Nascimento, Saúde da Família, Clínico Geral, Ginecologista. As localidades próximas que utilizam seus serviços além do bairro são: Arraial, Timdiba, Tinaí, Santa Rosa, o que na verdade não são tão próximas assim, chegam a ser entre 10 km a 20 km longe do bairro Quebra Pote. Porém, em comparação a outras unidades, esta é a mais próxima.

A U.S.F Rio Grande é uma unidade com atendimento ambulatorial prestando serviços em atenção básica à saúde. Conta com os seguintes serviços: Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia; Consultas médicas, Inalações, Injeções, Curativos, Vacinas, Vacina de febre amarela, Coleta de exames laboratoriais, Tratamento odontológico, Encaminhamentos para especialidades, Fornecimento de medicação básica.

A U.S.F Thales Ribeiro é uma unidade de saúde localizada, também, na Vila Esperança e conta com serviço ambulatorial. Esta, também, tem serviço de atenção integral a hanseníase tipo I e farmácia, Saúde da Família, Clínico Geral, Ginecologista, Tratamento da Tuberculose, Tratamento da Hanseníase, Pré-natal/Parto e Nascimento. Também conta com a

operação da AMA (Assistência Médica Ambulatorial), da ESF (Estratégia de Saúde da Família) e do PSF (Programas de Saúde da Família). Atende demandas também dos bairros Andirobal, Essence, Maracanã, Cajueiro, Vila Itamar, Vila Funil, Pedreiras, Bacanguinha entre outras comunidades, e mesmo distante, esta é a unidade mais próxima.

A U.S.F Tibiri é uma unidade voltada a atenção básica e saúde da família, com serviço ambulatorial de média complexidade. Conta com equipe da saúde da família e equipe de saúde bucal. Esta atende demanda além do bairro do Tibiri, do Tibirizinho, Vila Elizeu Matos, Cajueiro entre outros.

A U.S.F Vila Sarney é uma unidade básica de saúde localizada na Vila Sarney, esta também passou recentemente por uma reforma estrutural (2019), e ganhou novas instalações, que ampliou a capacidade de atendimento para a atenção básica as comunidades no entorno. Através da reforma o centro ganhou consultório odontológico. A unidade conta com equipe em saúde da família e bucal também e equipe multidisciplinar. O centro possui capacidade para atender até 8 mil pessoas por mês. A unidade conta com os seguintes serviços: Tratamento da Tuberculose, Pré-natal/Parto e Nascimento, Saúde da Família, Clínico Geral, Ginecologista, Tratamento da Hanseníase. Outros bairros que se beneficiam dessa unidade além da Vila Sarney são: Juçaral, Vila Guará, Vila Primavera, Vila Industrial, Residencial 21 de abril, Alegre entre outros.

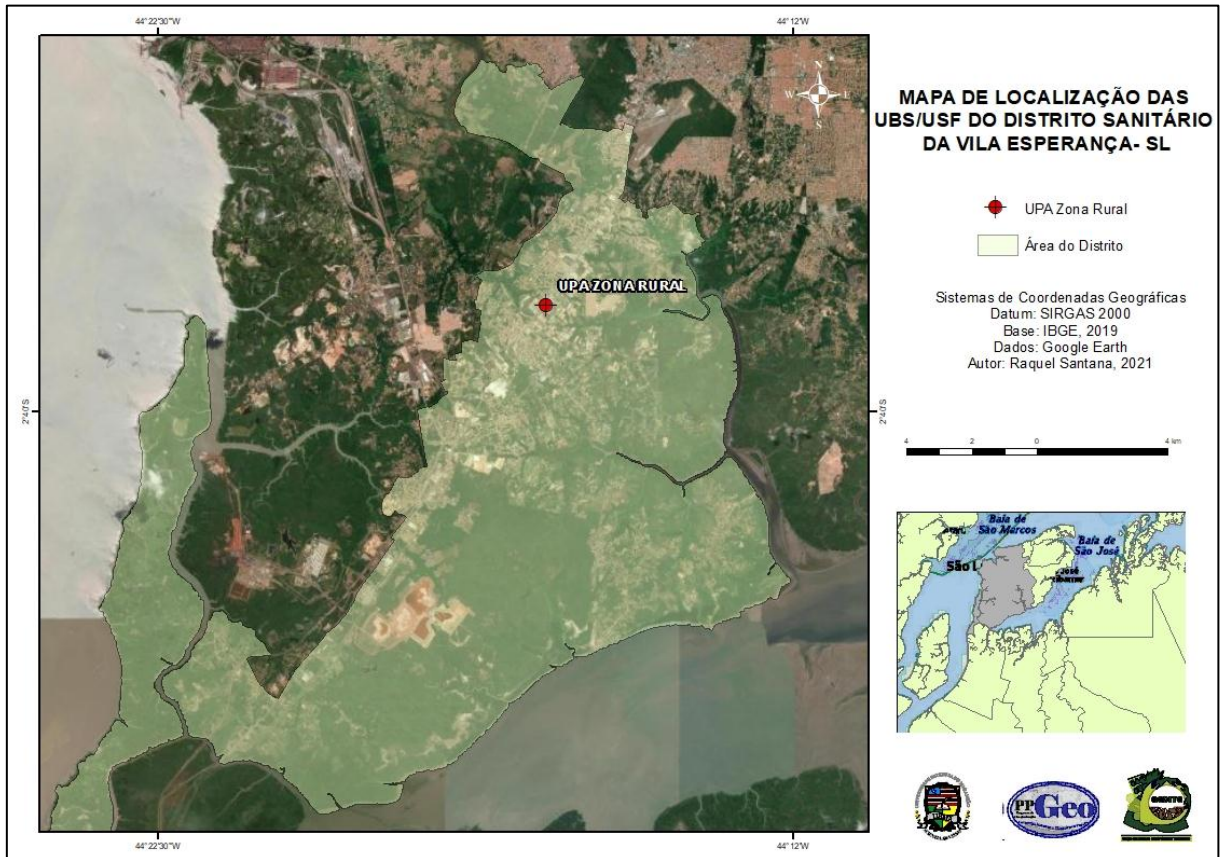
Essa unidade durante o primeiro ano de pandemia foi também uma unidade de referência para o tratamento de pacientes de Covid-19 dentro do distrito sanitário. Esta tratava sintomas leves e de acordo com o agravante do quadro de saúde do paciente, era feito o encaminhamento para os hospitais de referência de campanha da capital. A diretora, de forma informal, relatou fluxo intenso de pacientes durante o primeiro ano, com média de aproximadamente 10 pacientes. Ela nos relatou, também, a precariedade no quadro de colaboradores, o que dificultou bastante os atendimentos, além da escassez de testes.

A U.S.F Itapera, é uma unidade de saúde com serviço ambulatorial em atenção básica e média complexidade. Conta com equipe em saúde da família. Os serviços oferecidos são: Pré-natal/Parto e Nascimento, Saúde da Família, Clínico Geral, Ginecologista, Tratamento da Hanseníase, Tratamento da Tuberculose. Outros bairros também beneficiados além do Itapera são: a Vila Bagdá, Mata de Itapera e Bacabal.

O distrito sanitário da Vila Esperança conta com uma UPA, a UPA Municipal da Zona Rural (Figura 20), esta é um estabelecimento de pronto socorro, que é resultado da parceria entre prefeitura e a empresa Alumar. Inaugurada em 2016, ela presta atendimento de urgência e emergência, Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT), e clínica, de

média complexidade, incluindo serviços ambulatoriais, proporcionando atendimento de urgência e emergência para a zona rural, tendo em vista que os demais estabelecimentos são do tipo centro de saúde com atendimento somente ambulatorial, e que não funcionam 24h.

Figura 20 - Mapa da UPA Municipal da Zona Rural de São Luís- MA



Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

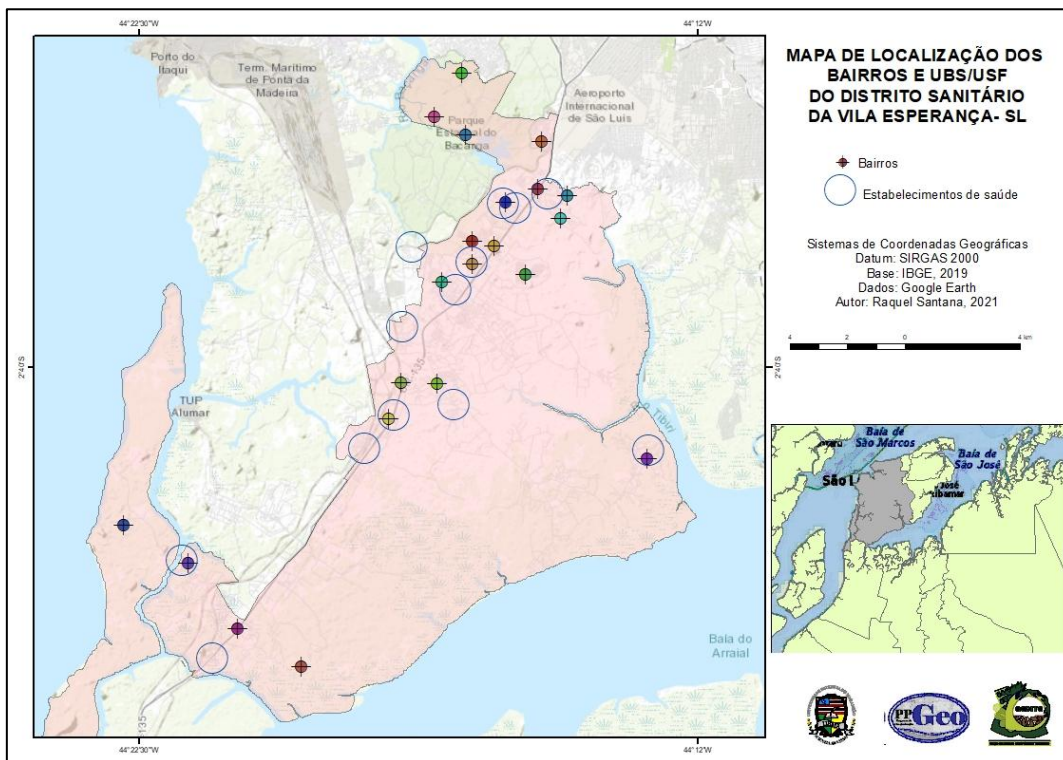
A UPA está localizada na Br-135, na região do Distrito Industrial, próximo ao terminal de Integração, e de acordo com a prefeitura atende aproximadamente 15 comunidades no entorno. Esta unidade possui 14 leitos de observação, consultórios e salas para administração de medicação, nebulização, realização de pequenos procedimentos, e também, reanimação em casos mais graves. Conta com os serviços e especialidades em: Clínica Médica, Consultório odontológico e ginecológico, Exames laboratoriais/ ambulatorial e atenção básica.

A UPA, também atendia a casos de covid-19, porém foi relatada a baixa procura durante o primeiro ano de pandemia, pois as referências para esses pacientes eram as unidades de Estiva e Vila Sarney, pois na UPA não era realizado a testagem, somente o atendimento inicial ambulatorial. Porém, atualmente, a UPA conta com testes rápidos.

Após esse levantamento de dados sobre a espacialização dos estabelecimentos de saúde no distrito sanitário da Vila Esperança, podemos concluir que o acesso à saúde na questão em atenção básica é regular (mesmo com a nítida centralidade na Br-135), pois encontra-se com 13 centros de saúde relativamente bem distribuídos no distrito. Poderia ser melhor, pois na região de Tauá-Mirim, por exemplo, a unidade mais próxima continua sendo longe, e como a região é carente de transporte público, dificulta mais ainda o acesso. O bairro do Arraial também fica distante, mesmo da unidade básica mais próxima como o Quebra Pote. Seria necessário a implantação de pelo menos mais 2 unidades de saúde básica para melhorar ainda mais o acesso a saúde no distrito.

Durante o primeiro ano de pandemia, pudemos observar somente duas unidades como referência ao atendimento de pacientes de Covid-19, o que foi problemático, pois o distrito é grande em questões de extensão territorial e no quantitativo de bairros. Ainda temos problemas quanto o deslocamento dentro do distrito, pois os coletivos são em horários determinados, o que dificultava o deslocamento de pacientes, além da distância grande entre os bairros (Figura 21)

Figura 21 - Espacialização dos bairros e U.S.F/C.E.M do Distrito Sanitário- Vila Esperança



Fonte: SES/SEMUS. Elaborado pela autora, 2021.

Porém, no âmbito da urgência e emergência, o distrito tem acesso extremamente precário, pois é o maior distrito do município, e conta com 104 bairros tendo somente 1 UPA

para atender a demanda dessa região. Em se tratando de zona rural, as localidades são mais distantes do que os aglomerados urbanos, além da deficiência de transporte público, tudo isso somado precariza o acesso à saúde. Além disso, podemos observar como os outros distritos, menores inclusive no município, contam com mais de uma UPA, e hospitais de alta complexidade para suas localidades. É de conhecimento de todos, que a região metropolitana pode sim ter uma demanda a serviços urgentes e emergentes, maior que a zona rural, devido ao estilo de vida urbano, e a aglomeração de pessoas. Porém, somente 1 estabelecimento para 104 bairros, com considerável distância entre si e de difícil acesso tanto pelas vias não pavimentadas como a falta de transporte, caracteriza um certo abandono do poder público à essa região, o que resulta a um péssimo acesso a saúde pública, principalmente para urgência e emergência.

Portanto, a expansão físico-territorial dos serviços em saúde e a cobertura de programas em atenção à saúde na rede pública pelos municípios brasileiros, desde o início da implantação do SUS no Brasil, demanda uma análise sobre os desafios operacionais como menciona Gondim et al (2008), para a territorialização de políticas nacionais em saúde, para que chegue em todo território de forma igualitária, universal e descentralizada, para que possa atender à demanda do acesso às políticas públicas em saúde em todo o espaço nacional. Por esse motivo, essas questões tem ganhado grande espaço nas pesquisas em Geografia da Saúde, para a discussão e propostas que venham melhorar a espacialização do acesso a saúde no país.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o levantamento de dados, podemos afirmar que a atenção básica no distrito ainda necessita de maior atenção quanto a distribuição espacial dos estabelecimentos, tendo em vista que se trata de 103 bairros e comunidades com expressiva distância entre si. O distrito conta com somente 13 unidades de saúde. No âmbito da urgência e emergência, o distrito tem acesso extremamente precário, pois é o maior distrito do município, contando com 103 bairros, tem somente 1 UPA para atender a demanda dessa região. Em se tratando de zona rural, as localidades são mais distantes do que os aglomerados urbanos, apresentando uma deficiência de transporte público, tudo isso somado precariza o acesso à saúde.

Além disso, podemos observar como outros distritos, menores inclusive, no município, contam com mais de uma UPA, e hospitais de alta complexidade para suas localidades. É de conhecimento de todos, que a região metropolitana pode sim ter uma demanda a serviços urgentes, e emergentes, maior que a zona rural, devido ao estilo de vida urbano, e a aglomeração de pessoas. Porém, o distrito apresenta somente 1 estabelecimento para 103 bairros, com considerável distância entre si e de difícil acesso tanto pelas vias não pavimentadas como a falta de transporte, caracterizando um certo abandono do poder público à essa região, o que resulta a um péssimo acesso a saúde pública, principalmente para urgência e emergência.

Portanto, a expansão físico-territorial dos serviços em saúde e a cobertura de programas em atenção à saúde na rede pública, pelos municípios brasileiros, desde o início da implantação do SUS no Brasil, demanda uma análise sobre os desafios operacionais como menciona Gondim et al (2008), para a territorialização de políticas nacionais em saúde, para que chegue em todo território de forma igualitária, universal e descentralizada, para que possa atender a demanda do acesso as políticas públicas em saúde em todo o espaço nacional. Por esse motivo, essas questões tem ganhado grande espaço nas pesquisas em Geografia da Saúde, para a discussão e propostas que venham melhorar a espacialização do acesso a saúde no país.

Após análise dos dados de Coronavírus, podemos concluir que além de ser uma nova doença, também tem grande poder de contaminação, o que em si não seria totalmente preocupante se o vírus também não fosse potente para o desenvolvimento de doenças que causam deficiência respiratória. Onde, o grande perigo, é a evolução de casos clínicos leves para graves, onde necessitam de cuidados complexos e específicos, no qual o sistema público de saúde não tem infraestrutura para atender competentemente a demanda do Estado.

Podemos, ainda acrescentar, que os maiores acúmulos de casos de COVID-19 se concentraram em regiões metropolitanas do Estado, em razão da grande circulação de pessoas, transporte e comércio.

Diversas são as condições que podem explicar as diferentes taxas epidemiológicas referentes ao novo Coronavírus nas mais diversas regiões, como: diferença entre notificações de casos, diferenças entre o acesso ao sistema de saúde pública e a qualidade, além de características socioambientais e também do nível de instrução educacional.

Além disso, deve-se levar em consideração a composição da população, uma vez que a mortalidade tende a ser maior em populações com maior taxa de idosos, por exemplo. Porém, é necessário lembrar que se trata de uma nova doença, as análises ainda são limitadas e vários outros fatores podem contribuir para o avanço da COVID-19 no município, especificamente no distrito sanitário da Vila Esperança, mas ainda podem ser desconhecidos.

Portanto, o que podemos afirmar após 1 ano de pandemia é que o fluxo intenso de pessoas contribuiu para a aceleração na disseminação viral, que é extremamente necessário respeitar os protocolos de segurança para conter o vírus, e, por fim a urgência pela vacina, para se alcançar a imunização de rebanho.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil** / Maria Ilk Nunes de. – Recife: [s.n.], 2015.

ALBUQUERQUE, M.V. VIANA, A.L.D’A. LIMA, L.D. FERREIRA, M.P. FUSARO, E.R. IOZZI, F.L. **Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2017, vol.22, n.4, pp.1055-1064. ISSN 1678

ANJOS NETO, Sergio Pereira dos. **Aspectos históricos e diagnóstico técnico operacional do sistema de esgotos sanitários de São Luís**. São Luís, 2006. <http://www.caema.ma.gov.br>. Acessado em 05 de julho de 2021 às 08:48

ANJOS, Sergio. **Do-sistema de esgoto de São Luís**. <Http://www.caema.ma.gov.br> > portalcaema. Acessado em 05 de julho de 2021 às 08:21.

BARCELLOS, Christovam de Castro; SABROZA, Paulo Chagastelles; PEITER, Paulo; ROJAS, Luisa Iñiguez. **Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde**. I Seminário Nacional Saúde e Meio Ambiente- Análise Espacial da Saúde e Qualidade de Vida. Informe Epidemiológico do SUS. Rio de Janeiro/ RJ. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município : garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 46 p. : il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.
BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Blog Saúde do Brasil**. www.saudebrasil.saude.gov.br. Acessado em 30/11/2020 as 12:17

BRASIL. **Blog Senado**. www.senado.leg.br. Acessado em 07/12/2020 as 19:20

BRASIL. **Blog Mais Médico**. www.maismedicos.gov.br. Acessado em 07/12/2020 as 19:25
CAIAFFA, Waleska Teixeira. (et al). **Saúde Urbana: a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora**. 2008

CALIJURI, Maria Lúcia; SANTIAGO, Aníbal da Fonseca; CAMARGO, Rodrigo de Arruda; MOREIRA, Ronan Fernandes Moreira. **Estudo de indicadores de saúde ambiental e de saneamento em cidade do Norte do Brasil**. Rev. Eng Sanit Ambient. Viçosa- MG. jan/mar 2009.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo, Raimundo Antonio da Silva, Mônica Elinor Alves Gama, Geny Rose Cardoso Costa, Andrea Suzana Vieira Costa, Sueli Rosina Tonial. **O uso de serviços de atenção primária à saúde pela população infantil em um estado do nordeste brasileiro.** Cad. saúde colet. vol.21. Rio de Janeiro Apr./June 2013

COBRA, B. T.; PEGARARO, I. B; GONÇALVES, M. A; OLIVEIRA, M.A.F.C. **O Programa de Saúde da Família.** Ribeirão Preto- SP. 2012.

DALPIAZ, A. K; STEDILE, N. L. R. **Estratégia da Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas.** V Jornada de Políticas Públicas. UFMA. São Luís- MA. 2011.

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

FARIA,R.M, e BORTOLOZZI,A. **Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do sistema único de saúde no Brasil.** R. Ra'e Ga – Curitiba, v. 38, p.291 - 320 , Dez/2016

GONDIM, Grácia. MONKEN, Mauricio. ROJAS Luisa. BARCELLOS, Christovam. PEITER, Paulo. NAVARRO, Marli. GRACIE Renata. **O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.** <http://www.escoladesaude.pr.gov.br>. Acessado em 05 de julho de 2021 às 09:35.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Regiões de saúde e escalas geográficas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1017-1025, jul-ago, 2005.

GUIMARÃES, R. B. **Saúde: Fundamentos da Geografia humana.** Ed. UNESP digital. São Paulo, 2015.

HELLER, Leo (et al.). **Saneamento a Saúde em países em desenvolvimento.** – Rio de Janeiro: CC&P, Editora Ltda, 1997.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** - 5. ed. - São Paulo : Atlas 2003.

LEFEHLD, N.A.S.; BARROS, A.J.P. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas.** Petrópolis/RJ: Vozes, 1991.

LEVCOVITZ, Eduardo. COUTO, Maria Helena Costa. **Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. 2019.** <http://capacidadeshumanas.org/>

LIMA, Monica Correia. **Saúde Rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira- SP.** São Paulo. 2016.

MACHADO, Cristiani Vieira. LIMA, Luciana Dias de. **Políticas e sistemas de saúde na América Latina: identidade regional e singularidades nacionais/** Cad. Saúde Pública 2017; 33(7):e00068617

M. E. Carmo. Guizardi F.L. Ministério do Desenvolvimento Social. SGAN 914, Cad. **Saúde Pública** 2018; Brasília, DF 70790-148, Brasil.

OPAS. **REDE Interagêncial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagêncial de Informação para a Saúde** - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão. Efeitos do Programa Mais Médicos.** Brasília, DF: OPAS, 2016.

OPAS/ OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Organização Pan Americana da Saúde. 2008. www.paho.org/bra. Acesso em: 28/06/2020 as 12:10

PEDROSA, J.I.S, e TELES, J.B.M. **Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família.** Rev. Saúde Pública 35 (3) • Jun 2001.

PEREIRA, Martha Priscila; BARCELLOS Christovam. **O TERRITÓRIO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Hygeia, 2(2):47-55, jun 2006.

PIRES, Marília Freitas de Campos. **O materialismo histórico-dialético e a Educação.** Interface (Botucatu) vol.1 no.1 Botucatu Aug. 1997.

PPA. **Plano Estadual de Saúde 2020 á 2023.** Secretaria da Saúde. Maranhão, 2020.

PRETY, Almiro. **A saúde na América Latina Versão ampliada da publicada em 2007.** Disponível: http://www.bancomundial.org.br/index.php/content/view_folder/2410.htm (2008) UNISSINOS.

ROCHA Júnior, Rafael Luiz da. **Mapeamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa no Distrito Sanitário Vila Esperança do Município de São Luís- MA / Rafael Luiz da Rocha Júnior.** - 2019.

RODRIGUES, Z. M. R. **Geografia da saúde e o espaço urbano de São Luís- MA: interfaces da relação saúde e ambiente no período de 1854 – 1954.** São Luís, 2004.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e Concepções de Território.** São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SARNAMED.Disponivel: <<https://www.sarnamed.com/linha-do-tempo-docoronavirus-no-brasil>>. Acessado em 08 de julho de 2021 ás 21:45.

SANTANA, R. P. **Saúde Urbana: Estudos de casos de Dengue por distrito sanitário em São Luís do período de 2015 á 2018.** São Luís- MA, 2018.

SANTOS, Milton. **Por Uma Geografia Nova.** São Paulo: Hucitec, 1978.

_____. **Metamorfoses do Espaço Habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia.** São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. **A Urbanização Brasileira.** São Paulo: Hucitec; 1993.

_____. **O Trabalho do Geógrafo no Terceiro Mundo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Espaço e Método**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

_____. **O Espaço do Cidadão**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1998a.

_____. **O retorno do Território**. In: SANTOS, Milton et al. (Org.). *Território: Globalização e Fragmentação*.

_____. **Por Uma Outra Globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record; 2003a.

_____. **Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309-314, 2003b.

_____. **A Natureza do Espaço: técnica, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

_____. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SILVA, Luís Jacinto. **Organização do Espaço e Doença**. In: CARVALHEIRO, J. R (Org.). *Textos de Apoio: Epidemiologia I*. 2. ed. Rio de Janeiro, v. 1, p. 159-185, 1985a.

_____. **Crescimento urbano e doença: a esquistossomose no Município de São Paulo (Brasil)**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 1-7, 1985b.

_____. **O Conceito de Espaço na Epidemiologia das Doenças Infecciosas**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 585-593, 1997.

SOUSA, Salviana de Maria Pastor Santos. **O PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MARANHÃO: passos iniciais**. *R. Pol. Públ.*, v. 9, n. 2, p.95-116, jul./dez. 2005

SOUZA, Renilson Rehem de. **O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO**. Seminário Internacional. *Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*. Ministério da Saúde – Brasil. São Paulo, Brasil. 2002.

WALDMAN, Eliseu Alves; SATO, Ana Paula Sayuri; FORTALEZA, Carlos Magno Castelo Branco. **Doenças infecciosas no Brasil: das endemias rurais às modernas pandemias. (1980 – 2010)** Retrieved on: 15 March 2016. <https://www.researchgate.net/publication/280742960>

Yue Kang . Silu Xu . **Visão geral abrangente do COVID-19 com base em evidências atuais**. *Dermatol Ther*. 22 de maio de 2020: e13525. doi: 10.1111 / dth.13525 [Epub ahead of print]. PMID: PMC7267400/PMID: 32378801. NCBI/PMC.

ANEXOS

ANEXO A- VIII- Da Ordem Social, Cap. II- Da Seguridade Social, seção II

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar

assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (BRASIL, 1988 art.198º).

ANEXO B - LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. (BRASIL,1998)

Da disposição preliminar:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. (BRASIL,1988 art. 1º)

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (BRASIL,1988 art. 2º)

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL,1988 art. 2º)

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (BRASIL,1988 art. 2º)

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL,1988 art.3º)

No Art. 3º os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. [\(Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013\)](#) (BRASIL,1988 art. 3º).

ANEXO C- Art. 4º LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Art. 4º O conjunto de 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, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL,1988 art.4º)

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. (BRASIL,1988 art.4º)

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. (BRASIL,1988 art.4º)

ANEXO D - Art.6º LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. (BRASIL 2021)

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL 2021)

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Constituição Federal. (BRASIL, 1988 art. 6º)