

A ABRANGÊNCIA DESTERRITORIALIZADA DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: A DIFUSÃO ESPACIAL DA COVID-19 EM BELÉM-PA/BRASIL

Claudiana Viana Godoy

Universidade Federal do Pará (UFPA), Programa de Pós-Graduação em Geografia
Belém, PA, Brasil
claudianagodoyufc@gmail.com

Gilberto de Miranda Rocha

Professor titular da Universidade Federal do Pará (UFPA)
Núcleo de Meio Ambiente, Belém, PA, Brasil
gilrocha@ufpa.br

RESUMO

As contribuições da Geografia Urbana e da Saúde são relevantes para a compreensão da dinâmica territorial da Rede de Atenção Básica (RAB) da saúde na cidade de Belém (PA), que dispõe de Unidades Básicas de Saúde (UBS) desterritorializadas em um modelo de atuação similar aos postos de saúde da década de 1980. O presente artigo apresenta uma análise sobre a abrangência da RAB e o paralelismo entre a desconexão da AB e a ampla propagação da Covid-19 e das altas taxas de mortalidade em um espaço de disparidade socioeconômica presente em Belém (PA). A discussão fundamenta-se na revisão do documento regulatório da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), no mapeamento das UBS e na Estratégia de Saúde da Família (ESF), observando os limites de atuação entre os bairros. Constatou-se que a RAB em Belém segue um padrão de porta de entrada desterritorializada em um modelo de atendimento tradicional, sem uma assistência territorial de equipes de Saúde da Família (eSFs). Antes do período pandêmico, o caos da saúde pública municipal em Belém já se anunciava pela precariedade da rede de AB, pela falta de recurso da rede hospitalar e das unidades de pronto atendimento (UPAs), além das más condições de habitação e saneamento básico.

Palavras-chave: Geografia Urbana e da Saúde. Covid-19. Estratégia Saúde da Família (ESF). Rede de Atenção Básica (RAB). Belém.

DETERRITORIALIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE NETWORK COVERAGE: THE SPATIAL DIFFUSION OF COVID-19 IN BELÉM-PA /BRAZIL

ABSTRACT

The contribution of Urban Health Geography is relevant to understand the territorial dynamics of Primary Health Care Network (RAB) in the city of Belém (PA), which has Basic Health Units (UBS) that are deterritorialized with similar performance to health posts model in the 1980s. This article presents an analysis of RAB scope and in parallel discuss the relation between the disconnected RAB and high mortality rates with wide spread of Covid-19 in a space of present socioeconomic disparity in Belém (PA). The discussion is based on the document review of National Primary Care Policy (PNAB, 2017), mapping of UBS and Family Health Program (ESF) and observation of the limits of its performance between neighborhoods. As a result, it was found that the RAB in Belém follows its access standard of deterritorialization from traditional service model, without territorial assistance from Family Health teams (eSFs). Even before the pandemic, the chaos of municipal public health in Belém was already announced by the precariousness of the AB network, due to the lack of resources in the hospital network and emergency care, in addition to poor housing conditions and local basic sanitation.

Keywords: Urban Health Geography. Covid-19. Family Health Program (ESF). Primary Health Care Network (RAB). Belém

INTRODUÇÃO

Este artigo propõe a análise da Rede de Atenção Básica (RAB) do Sistema Único de Saúde (SUS) e a recente difusão da Covid-19 em Belém (PA), com ênfase na investigação da estrutura assistencial da Atenção Básica (AB), formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuam no ordenamento territorial em razão da delimitação dos territórios de abrangência da AB e porta de entrada preferencial do SUS. A pesquisa apresenta uma investigação

da alocação dos serviços de AB dispostos em um espaço de aparentes extremidades, que apresenta profundas desigualdades socioeconômicas: de um lado, os bairros de alto padrão da área central em Belém, e, de outro, a grande concentração de domicílios precários em áreas de aglomerados subnormais. Busca-se uma compreensão da relação entre a abrangência da ESF e a ampla propagação da Covid-19 com altas taxas de mortalidade, mediante a correlação de dados da situação sanitária e de indicadores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

A atual crise sanitária projetada pela Covid-19 enfatiza as inadequadas condições de saúde, moradia, educação e renda de grande parte da população belenense, expressas através da proliferação vertiginosa da pandemia, que atinge um percentual de mortalidade de 11% em Belém, acima da média nacional – de 5% –, segundo dados divulgados em 16.06.2020 (FIOCRUZ, 2020). A capital do Pará foi classificada como uma das vinte piores cidades na oferta de saneamento básico e água tratada do país, de acordo com o relatório do Instituto Trata Brasil (ITB, 2020), razão por que os bairros mais populosos e com baixo índice de desenvolvimento socioeconômico foram os que apresentaram o mais alto índice de mortalidade pelo vírus, diferentemente dos logradouros com alto padrão de vida, que apresentaram menores proporções de óbitos (ITB, 2020).

Ressalta-se a relevância de um desempenho territorializado da AB, principalmente no enfrentamento e na contenção de surtos epidêmicos e pandêmicos. O uso racional dos recursos em saúde baliza os deslocamentos desnecessários, o que resulta em melhorias na rede assistencial, além da redução das filas por atendimento e tratamento de transtornos impulsionados pela demanda da Covid-19. O padrão de resolutividade na AB auxilia na redução da exposição das pessoas a consultas e a procedimentos desnecessários. A incongruência da rede de AB em Belém consiste em uma não consolidação da ESF. O modelo atual apresenta uma sobreposição estrutural no funcionamento das UBS em comparação à atuação dessas unidades em antigos moldes de postos de saúde da década de 1980, sem uma assistência territorial das equipes de Saúde da Família (eSFs) e em especial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A pesquisa foi embasada na revisão de documentos regulatórios da AB, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2012; 2017) e o Plano Municipal de Saúde de Belém (PMS-2018-2021). As PNABs foram essenciais na assimilação dos fundamentos e diretrizes das políticas de AB, que têm na saúde da família a estratégia prioritária para a expansão e a consolidação dos seus serviços básicos. O PMS de Belém contribuiu na investigação da estrutura sanitária e do acesso à saúde da cidade, através da leitura da gestão dos serviços de AB, da situação habitacional e da cobertura das UBS e da ESF.

Os procedimentos metodológicos utilizados nesta investigação desenvolveram-se em duas etapas. Na primeira etapa foram analisados os instrumentos regulatórios das políticas de AB do SUS e as consequências práticas na gestão territorial da oferta de serviços. Na segunda, de caráter empírico, procedeu-se ao mapeamento das UBS e das ESFs com os limites de atuação entre os bairros e à utilização da plataforma de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos indicadores de IDH e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) disponibilizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2014), de dados da AB cedidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2015, 2020), além da verificação do relatório da situação do saneamento básico viabilizado pelo ITB (2020).

Este estudo apoiou-se nas contribuições teóricas de autores que realizaram pesquisas sobre a dinâmica urbana da rede de saúde do país – como Faria (2013, 2018); Brevilheri e Narciso; Pastor (2014), Giovanella e Mendonça (2012); Rosa e Labate (2005); e Silva, Muniz (2020) – e que enfatizaram a relevância dos estudos da Geografia Urbana e da Saúde na compreensão das dinâmicas socioespaciais ocorridas no país, após a inserção do SUS, e a atual crise socioeconômica, política e sanitária revelada pela situação pandêmica do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Essas transformações foram analisadas pela ótica das redes de distribuição dos serviços e equipamentos do setor da saúde.

O texto foi organizado em quatro seções. A primeira seção discute o papel da AB enquanto porta de entrada territorializada do SUS, em razão da função estratégica de contato inicial e referenciamento do usuário a outros níveis de atenção. A segunda, aborda a desconexão da rede de AB em Belém pela não unificação do modelo da ESF e a sobreposição da estrutura das UBS, que ofertam atendimento de portas de entrada desterritorializadas. Na terceira seção, reflete-se sobre a alocação dos serviços de AB e ESF difusas entre os bairros de alto padrão e os logradouros precários da

cidade, constituindo esses últimos o maior percentual de habitações situadas em áreas de aglomeração subnormais. Por fim, a quarta seção debate a difusão da Covid-19 e o alto índice de mortalidade entre os bairros mais vulneráveis como consequência das inadequadas condições sanitárias e dos baixos indicadores de desenvolvimento socioeconômicos como saúde, educação e renda, além da baixa cobertura da ESF.

ATENÇÃO BÁSICA, PORTA DE ENTRADA TERRITORIALIZADA DO SUS

A abordagem territorial nas políticas públicas do SUS requer o aprofundamento das intervenções governamentais setoriais nas dinâmicas locais de desenvolvimento. A dimensão territorial esteve presente desde a concepção do SUS por meio da diretriz de regionalização das ações e dos serviços. Nos principais programas implantados nos anos 1990, a dimensão territorial constituiu-se de recortes geográficos, e os instrumentos normativos deram centralidade ao processo de descentralização.

A territorialização na gestão do SUS foi consolidada pelo modelo de regionalização e hierarquização da Rede de Assistência, que considera uma delimitação territorial mediante a adscrição populacional. O conceito de território foi abordado na Portaria 2.436/2017 como elemento geográfico único, de composição descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas aos fatores vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. “Os territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na AB” (BRASIL, 2017).

O conceito de território utilizado na elaboração dos planos e normas de gestão territorial descentralizada e regionalizada do SUS foi incorporado das produções teóricas de Milton Santos (2008), que discute o conceito de território usado. A concepção de território ultrapassa a superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é a junção da superfície e da sociedade, envolve a percepção de identidade, o sentimento de pertencimento e de pertencer. “O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população” (SANTOS, 2008. p. 47).

O conceito de território usado e de territorialização é uma diretriz base para a gestão do SUS, principalmente para os serviços de atenção primária. A territorialização da AB é discutida por Faria (2018) como um processo social e político de convergência do modelo assistencial hospitalocêntrico para um sistema de atenção organizado em redes de atenção à saúde (RAS) coordenadas territorialmente pela Atenção Primária à Saúde (APS). A territorialização define o próprio desenho das redes e os nós de convergência de todos os fluxos (FARIA, 2018, p. 89).

Desde a criação do SUS e a implementação das PNABs, os termos APS e ABS eram ambos considerados equivalentes e conceituados como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que abordem “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população adscrita” (BRASIL, 2017).

O conceito de território usado foi estruturante na concepção de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde pelo Estado, por meio de formulação e execução de políticas econômicas e sociais (BRASIL, CF, 1990). Inseriu-se a necessidade de incluir a categoria território na pauta da agenda da política de saúde como condição indispensável para se alcançar a universalidade de acesso por meio da oferta de serviços o mais próximo possível dos cidadãos (BREVILHERI, NARCISO; PASTOR, 2014, p. 43).

As proposições de implantação da AB no país entraram nos debates da agenda das políticas sociais de democratização em meados da década de 1970, após a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O programa foi financiado pela Caixa Econômica Federal, na construção de UBS em convênio com o Ministério da Saúde (MS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e as secretarias municipais de saúde, visando a implantação de serviços básicos. A parceria entre o MS e o INAMPS propôs a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde) na década de 1980, o que estimulou o debate em favor da universalização da assistência médica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 515).

Diferentemente da concepção utilizada em países europeus, a APS foi caracterizada por ofertar serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde universal. Nos países subdesenvolvidos, a atenção primária, segundo as pesquisas de Giovanella; Mendonça (2012), apresentou uma imagem associada a programas excludentes de objetivos restritos, direcionados à população em situação de extrema pobreza e com baixa resolutividade por disponibilizarem recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis de média e alta complexidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 495).

Essa concepção seletiva e excludente da atenção primária foi alterada após a divulgação do Relatório Mundial da Saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), que apontou a atenção primária como um sistema de integração de todos os níveis de complexidade, e não mais como um programa direcionado aos pobres. Por conseguinte, a atenção primária constitui-se como o serviço de porta de entrada, por ser o primeiro contato, por meio de um sistema de triagem, dos usuários aos níveis de complexidade mais especializados em casos de agravamento ou de acompanhamento rotineiro de sua saúde.

A constituição da AB como porta de entrada preferencial do SUS foi definida pelo espaço privilegiado de gestão de cuidados individuais, familiares e coletivos. A AB cumpre o papel de base no ordenamento da integralidade pela função estratégica na RAS. Contudo, o cumprimento do propósito da AB depende da alta resolutividade e da possibilidade em ofertar cuidados e tecnologias e facilitar a articulação do atendimento de baixa complexidade a outros pontos da RAS (BRASIL, 2017).

As UBS funcionam como acesso inicial e/ou porta de entrada da atenção primária, pela difusão capilarizada desses estabelecimentos municipais. A abrangência e acessibilidade das UBS evidenciam-se pelas políticas de saúde, em que a resolução da PNAB estipulou que as UBS devem assegurar o acolhimento de pessoas independentemente da área de abrangência, bem como otimizar o acesso aos demais níveis de atenção da RAS, através da classificação de risco e do encaminhamento para outros serviços. Para que haja essa articulação, os estabelecimentos básicos devem afixar em locais visíveis, próximos à entrada da UBS, as seguintes informações: identificação e horário de atendimento; mapa de abrangência com a cobertura de cada equipe; identificação do Gerente¹ e dos componentes de cada equipe da AB; relação dos serviços disponíveis; detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe (BRASIL, 2017).

Ainda sobre o funcionamento das UBS como porta de entrada preferencial, a Portaria n.º 2.436 estabeleceu a abrangência do atendimento a toda a população dos territórios de referência das UBS de modo universal. Nesse sentido, essas unidades deveriam organizar o escopo de ações ofertadas, embasada na necessidade da população e de resolução dos agravos de maior incidência no território, de acesso flexibilizado em horários de atendimento estendidos e agendamentos diferenciados por meio de consultas por hora marcada, por telefone, e-mail e aplicativos. Recomendou-se que a porta de entrada do SUS evite as barreiras de acesso como o fechamento das unidades no horário de almoço e em períodos de férias, dificultando o acesso da população (BRASIL, 2017).

Outro aspecto fundamental no desempenho da atenção primária foi a efetivação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) com propósitos sanitaristas no combate às epidemias de cólera e diarreia, inicialmente das regiões Norte e Nordeste e em áreas remotas do país. O PACS foi inserido de forma improvisada em caráter emergencial com o intuito de amparar as áreas periféricas, onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica. Nos anos de 1993-94, houve a expansão do programa com o propósito de priorizar as áreas periféricas das grandes cidades delimitadas como bolsões da pobreza pelo Mapa da Fome (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012, p. 517).

A implantação da ESF significou uma maior eficiência à saúde coletiva. As eSFs possuem um amplo quadro de especialistas em saúde da família e um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NasF²), que propiciam uma importante relação de custo-efetividade por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade através do compartilhamento de

¹ Gerente de AB é profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, cujo papel é garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e da comunidade, a organização do processo de trabalho, a coordenação e integração das ações (BRASIL, 2017).

² Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na AB. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSFs) e das de Atenção Básica (eABs) (BRASIL, 2017).

conhecimento entre os profissionais especializados em saúde da família (BRASIL, 2017). As eSFs trabalham em caráter multidisciplinar, embasadas na definição de território de abrangência, adscrição de usuário, cadastramento e acompanhamento da população residente (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012, p. 521). A ESF possui aspectos importantes de articulação com as práticas, a promoção, a prevenção e a reabilitação de saúde em territórios definidos no sentido de resolutividade de problemas previamente identificados (BRASIL, 1997).

A ESF teve uma proposta inovadora, em face da antiga concepção da atenção primária. Alterou o modelo de atuação dos profissionais de saúde, transpondo a medicina curativa para uma assistência integral, substituindo o tratamento de massa por uma assistência humanizada, com o atendimento centralizado no indivíduo visando o bem coletivo. O programa significou uma identificação, no sentido territorial, da saúde como um direito relacionado à cidadania, tendo a regionalização territorial como uma lógica de garantia assistencial.

Apesar dos avanços da ESF, a atual PNAB (2017) inseriu algumas propostas contrárias aos princípios da AB, a exemplo da não inclusão da essencialidade dos ACS nas eAB³, com a participação apenas nas áreas de vulnerabilidade social. Diferentemente da PNAB (2012), os ACS não foram incluídos nas equipes mínimas de AB, compostas por médicos de medicina de família e comunidade, enfermeiros especialistas em saúde da família, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Outros profissionais, como dentistas, auxiliares e ou técnicos de saúde bucal, além dos ACS e os Agentes Comunitários de Endemias (ACEs), podem ser acrescentados à equipe (BRASIL, 2017).

A Portaria 2.436/2017 incluiu a modalidade da eAB, com o intuito de atender as proposições da AB/APS de acordo com as necessidades dos municípios. Diferentemente da eSF, a composição mínima da eAB faculta a existência dos ACS (BRASIL, 2017), cuja não inclusão na equipe de AB descaracteriza as ações territoriais do atendimento básico no país. As atribuições dos ACS junto aos Agentes Comunitários de Endemias (ACEs) nas eSFs são de extrema relevância na gestão territorial da saúde dos municípios. Cabem aos ACS e aos ACEs as seguintes tarefas: realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam; praticar atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças por meio de visitas domiciliares, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe; encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; registrar e comunicar o fato às autoridades de saúde responsáveis pelo território, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe (BRASIL, 2017).

Sobre as propostas contrárias aos princípios territoriais do SUS, incluídos na PNAB (2017), Faria (2019) discute a existência de um processo de fragmentação da AB no Brasil, em resposta à implantação de uma política neoliberal, que busca um redesenho do modelo assistencial preventivo que se vinha propondo. Nesse aspecto, a nova PNAB possui recomendações contraditórias, quando projeta uma desestruturação da ESF, o que “ocorre principalmente pela retirada dos ACS dessas equipes. Tal como desenhada, não há um número mínimo de ACS por equipe, senão apenas se recomenda uma cobertura total nas áreas vulneráveis” (FARIA, 2019. p. 29).

A justificativa da Portaria 2.436/2017 para a não necessidade dos principais intermediários de acesso aos serviços de AB de forma mais abrangente (os ACS) seria o fato de as eABs atenderem as proposições da AB de acordo com as necessidades dos municípios. Em outras palavras, as secretarias municipais ficariam responsáveis pela seleção da indispensabilidade dos profissionais junto às equipes, sem olvidar o fato de os critérios de vulnerabilidades sociais não terem sido

³ A PNAB (2017) estabeleceu que as equipes de atenção básica (eAB) deveriam ser compostas minimamente por médicos, enfermeiros preferencialmente especialistas em saúde da família, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem, podendo-se agregar outros profissionais, em caso de vulnerabilidades, como dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, ACS e agentes de combate às endemias. Após a publicação da Portaria n.º 2.539/2019, foi alterada a nomenclatura da eAB para Equipe de Atenção Primária (eAP) com algumas modificações na composição das equipes, reduzindo a formação mínima para a presença de um médico e um enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, não havendo obrigatoriedade em especialização na área. Já a eSF é minimamente composta por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem. Todas devem atender às características e necessidades de cada município, além de seguirem as diretrizes da PNAB (BRASIL, 2019).

especificados na Portaria n. 2436. Assim, a não inclusão dos ACS na equipe de AB descaracteriza as ações territoriais do atendimento básico no país, que, diferentemente da eSF, faculta a existência desses profissionais (BRASIL, 2017).

A ausência dos ACS nas UBS tradicionais torna-se um gargalo na gestão assistencial da AB, pois, além do cadastro e da manutenção dos dados atualizados no SIAB da população adscrita nas eSFs, os ACS também são responsáveis por informar aos usuários sobre as datas e os horários de consultas e exames agendados. É essencial a inclusão dos ACS nos processos de regulação a partir da AB para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito à continuidade e à viabilização das consultas e dos exames solicitados (BRASIL, 2017). Os atendimentos das UBS que atuam em formato de centros e postos de saúde⁴ apresentam demanda espontânea e uma ampla procura de usuários com estado de saúde agravado, situação que é em grande parte direcionada para o atendimento especializado, por exemplo, em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), policlínicas e prontos-socorros de grandes hospitais.

No contexto da localização dos limites das portas de entrada territorializada ou não pela ESF em Belém, pressupõe-se que a AB é o acesso inicial do SUS, contudo existe a necessidade de delimitar, não para barrar o acesso e sim para desenhar essa porta. O estabelecimento de limites torna possível o reconhecimento da existência da porta de entrada, o que para muitos se trata da oferta de serviço. Portanto a existência das UBS de forma isolada não concretiza o desenho ou mesmo a existência da porta de entrada do SUS. A presença das UBS sem a abrangência da ESF em alguns bairros em Belém não viabiliza a existência de uma territorialidade da AB.

AS PORTAS DE ENTRADA DESTERRITORIALIZADAS DA AB EM BELÉM

O processo de territorialização da AB é fundamentado no gerenciamento do território de atuação das equipes de AB e SF em direção à ESF, que, de acordo com as variáveis para a cartografia, como fatores ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, entre outros, promovem ações de atenção à saúde dessa população adscrita. Existe uma flexibilidade na territorialização, com a necessidade de repensar as ações em um território, considerado vivo. As equipes trabalham em conjunto com a Vigilância em Saúde na articulação de olhares para a compreensão do território, na identificação dos principais elementos envolvidos no processo saúde-doença, com o propósito de planejar as estratégias de intervenção clínica e sanitária (BRASIL, 2017). A compreensão da estrutura da rede de AB em Belém com a abrangência territorial da ESF e das UBS é essencial para a análise das territorialidades precárias da AB e da difusão das epidemias.

Belém, capital do Pará, possui uma população de aproximadamente 1.492.745 habitantes (IBGE, 2010), distribuída em 71 bairros que constituem 8 distritos administrativos: Belém, Bengui, Entroncamento, Guamá, Icoaraci, Mosqueiro, Outeiro e Sacramenta (Quadro 1). O distrito administrativo do Guamá é o mais populoso de Belém, com 342.742 habitantes. De acordo com o CNES, até junho de 2020 a capital disponibilizou um recurso de assistência hospitalar ofertado entre o Estado e a iniciativa privada, constituído de 18 hospitais gerais, sendo 13 públicos, um hospital de campanha da Covid-19 e cinco privados. A cidade conta com 16 hospitais especializados, 14 deles da iniciativa privada e dois públicos, além de um pronto-socorro geral particular. Dos nove hospitais

⁴ Os centros e postos de saúde foram historicamente formulados para o atendimento da população não coberta pelo sistema previdenciário, com um perfil direcionado aos programas específicos de acesso à saúde em áreas periféricas do país, em um modelo tradicional médico assistencial ou biomédico, ou seja, um atendimento individual e fragmentado, visando a cura do paciente de acordo com os sintomas apresentados. Os centros e postos foram definidos como instalações destinadas à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico. A partir da implantação do modelo Saúde da Família, com Programa Saúde da Família (PSF), a atual ESF, a maioria das unidades tradicionais foi transformada em Unidades de Saúde da Família (USF), as atuais UBS (BRASIL, 2006).

Dia⁵ existentes, seis são privados e três públicos. Cinco UPAs são distribuídas entre os mais populosos distritos administrativos da cidade.

Quadro 1 - Belém (PA) Distribuição por distritos administrativos em Belém, discriminação por bairros, volume populacional e percentual de cobertura da ESF – 2017.

Distrito	Quantidade/ Bairros	População	% Cobertura da ESF/2017
Distrito Administrativo de Belém (DABEL)	08 bairros: Batista Campos, Campina, Cidade Velha, Marco, Nazaré, Reduto, São Brás e Umarizal	144.948	26,48
Distrito Administrativo do Bengui (DABEN)	08 bairros: Bengui, Cabanagem, Coqueiro, Parque Verde, Pratinha, São Clemente, Tapanã e Una	284.670	28,03
Distrito Administrativo do Entroncamento (DAENT)	10 bairros: Águas Lindas, Aurá, Castanheira, Curió-Utinga, Guanabara, Mangueirão, Marambaia, Souza, Val-de-Cans e Universitário.	125.400	29,16
Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA)	06 bairros: Canudos, Condor, Cremação, Guamá, Jurunas, Terra Firme (Montese)	342.742	15,52
Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO)	09 bairros: Águas Negras, Agulha, Campina de Icoaraci, Cruzeiro, Maracacuera, Paracuri, Parque Guajará, Ponta Grossa e Tenoné.	167.035	31,84
Distrito Administrativo de Mosqueiro (DAMOS)	19 bairros: Aeroporto, Ariramba, Baía do Sol, Bonfim, Carananduba, Caruará, Chapéu Virado, Farol, Mangueiras, Maracajá, Marahú, Murubira, Natal do Murubira, Paraíso, Porto Arthur, Praia Grande, São Francisco, Sucurijuquara e Vila	33.232	100,00
Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT)	05 Bairros: Água Boa, Brasília, Itaituba, São João do Outeiro	38.731	42,92
Distrito Administrativo da Sacramenta (DASAC)	07 bairros: Barreiro, Fátima, Maracangalha, Miramar, Pedreira, Sacramenta e Telégrafo	256.641	37,57

Fonte - DAB/DATASUS e IBGE – Censo Demográfico 2010. Plano Municipal de Saúde/ SESMA/Belém 2018 –2021. Adaptado pelos autores.

A situação da rede básica de saúde da capital, de acordo com o CNES, até junho de 2020, dispunha de 78 UBS, das quais 54 unidades funcionavam com 82 ESFs cadastradas (Mapa 1). Segundo o SIAB, até dezembro de 2015 as equipes abrangiam um total de 523.031 pessoas, das quais 114.093 formavam famílias atendidas pela ESF (SIAB, DATASUS, 2015). A cobertura populacional estimada pelas eSF era de aproximadamente 35% do total de habitantes de Belém, todavia o distrito de

⁵ É a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.

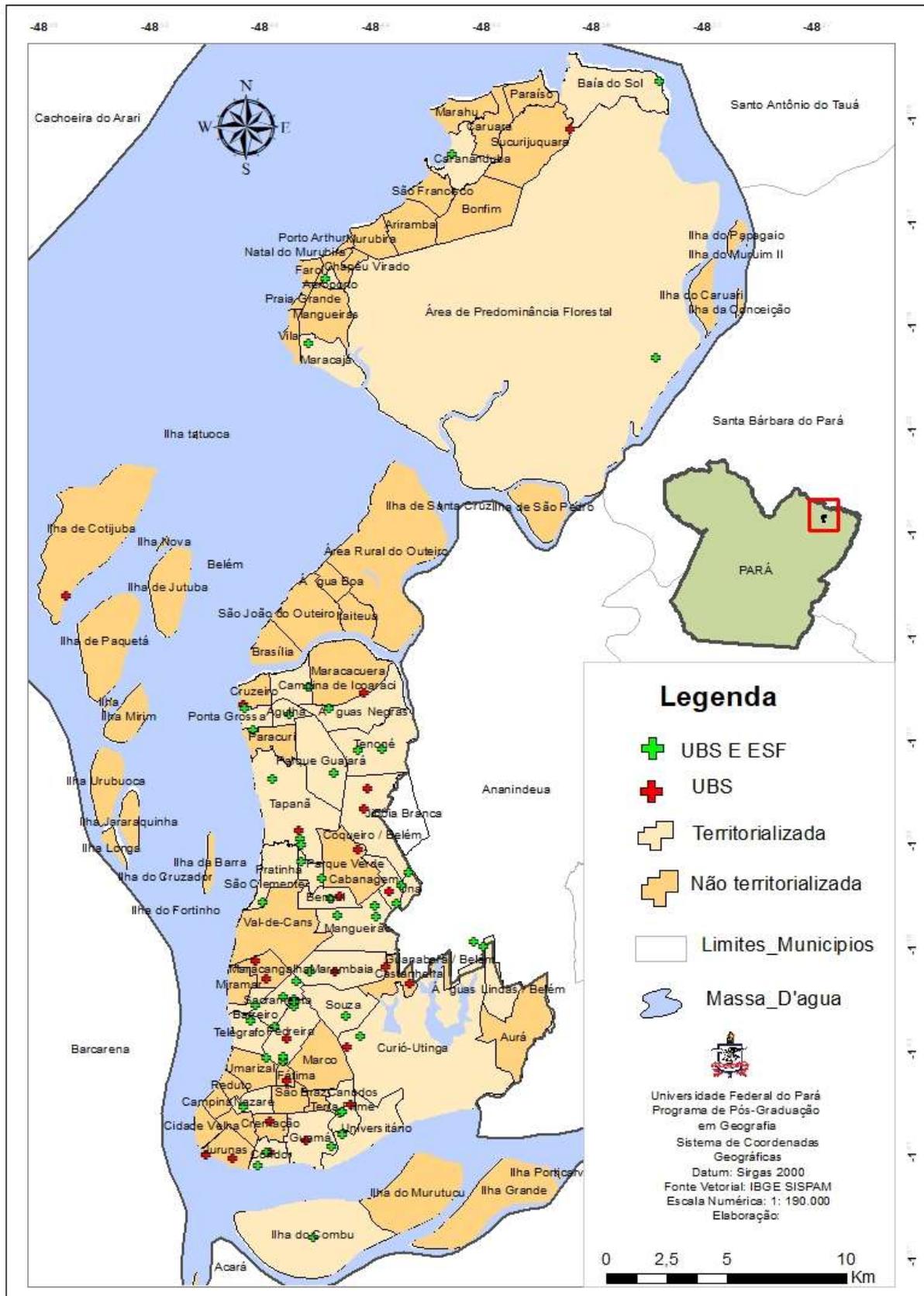
Mosqueiro apresentou uma cobertura de 100%, conforme dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS). As demais UBS que não dispõem da ESF atendem à demanda espontânea da AB, inclusive nos atendimentos de urgência básica (SESMA/PMS, 2018).

Cabe ressaltar que a cobertura da ESF foi apresentada pelo DATASUS até maio de 2020, com o total de 112 ESFs atuando em 54 UBS do município. De acordo com as recomendações da PNAB, o volume de pessoas atendidas pelas equipes não pode ultrapassar o número de 4000 usuários por equipe. Belém possui hoje aproximadamente 448 mil habitantes adscritos nas ESFs, cerca de 30% da população da cidade. Não obstante, apesar do baixo índice de cobertura da ESF, o Mapa 1 aponta que cerca de 70% dos bairros possuem uma UBS, contudo nem todas elas sediam a ESF (BRASIL, 2017).

O Mapa 1 apresenta a situação da AB em Belém, em que foram considerados os bairros territorializados pela ESF em funcionamento nas UBS na cor rosa e as áreas que não possuem UBS e ESF de referência, isto é, não têm portas de entrada delimitadas pelas ESFs, são bairros não territorializados pela AB, na cor alaranjada. As UBS e as ESFs estão representadas por cruces vermelhas e verdes respectivamente, ou seja, as ESFs inseridas nas UBS atendem aos usuários adscritos na ESF, enquanto as UBS isoladas abarcam a demanda espontânea vinda de toda parte.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Belém (2018), o distrito do Guamá, apesar de concentrar o maior volume populacional da capital, é o que possui a menor cobertura da ESF, com apenas 15,52% da população adscrita, enquanto o distrito de Outeiro alcança 42,52%; Sacramenta 37,57%; Icoaraci 31,84%; Entroncamento 29,16%; Bengui 28,03%, e o distrito de Belém 26,48% de adscrição à ESF (Quadro 1) (SESMA/PMS, 2018). O Mapa 1 apresenta a localização das UBS e das ESFs até maio de 2020, com a distinção entre os bairros que possuem territórios adscritos pela ESF e os que possuem apenas UBS, sem a presença de eSF. Dos oito bairros localizados no DABEL, apenas o bairro de Nazaré possui a porta de entrada da AB territorializada com uma UBS e uma ESF cadastradas. O DABEN, que possui a segunda maior população de Belém, é considerado o distrito com a maior quantidade de portas de entrada, ou seja, UBS e ESF delimitadas da AB. Dos oito bairros existentes no distrito, apenas um não possui ESF. Dos 10 bairros localizados no DAENT, apenas seis são atendidos pela ESF e pela UBS. O DAGUA, apesar de possuir a maior concentração populacional, disponibiliza a ESF em apenas três bairros. O DAICO oferta as eSFs em seis dos nove bairros do distrito, enquanto o DAMOS dispõe de 100% de cobertura na AB. Segundo dados divulgados pela SESMA (2018), esse distrito é composto por seis bairros com ESF. O curioso é que o DAOUT, apesar de possuir um percentual de 42,92% de cobertura da ESF, conta com apenas uma ESF e uma UBS localizadas na Ilha de Cotijuba. E por fim, dos sete bairros situados no DASAC, quatro constituem portas territorializadas pelas ESFs.

Mapa 1 - Belém (PA) Localização geográfica das UBS e das ESFs, 2020.



Fonte - DATASUS, CNES, 2020. Organizado pelos autores.

Ressalta-se que as UBS e as ESFs, apesar de se localizarem em bairros específicos, não têm limites territoriais percebidos de maneira uniforme pela população, ou seja, não formam um único território. Na percepção de Santos (2008), um território, na sua dimensão da totalidade, só tem sentido a partir do uso, do sentimento de pertencimento, da identidade e da apropriação, por parte das pessoas, do espaço habitado, pois, conforme o autor, “o território é o chão e mais a população, isto é uma identidade, o fato de pertencer àquilo que nos pertence” (SANTOS, 2008, p. 47).

A pesquisa de Faria (2018) sobre a territorialização da atenção primária no município de Santa Maria (RS) resultou na identificação de uma rede de AB fragmentada, com vazios assistenciais nas áreas de maior carência das portas de entrada do SUS, que, segundo o autor, foram desenhadas anarquicamente. A forma truncada da AB se constata pela atuação simultânea de três diferentes estruturas assistenciais produzidas em diferentes contextos históricos do SUS: a) as UBS tradicionais, que funcionam como antigos postos de saúde da década de 1980, sem território definido ou população registrada com o atendimento da demanda espontânea; b) as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), que se tratam do antigo PACS; c) as eSFs. Todas essas estruturas estão em funcionamento aleatório e independente, isentas do modelo atual da ESF (FARIA, 2018, p. 94).

O modelo de porta de entrada anarquicamente desenhado não se trata de uma realidade isolada, a exemplo das 78 UBS existentes em Belém, que contam com apenas 54 eSFs cadastradas. Das 24 UBS que funcionam sem a participação das eSFs, 11 delas são sedes dos NasF, não havendo população adscrita nessas unidades, pela ausência de profissionais da ESF, como médicos especialistas em Saúde da Família, enfermeiros e técnicos de enfermagem com a mesma especialidade, e principalmente pela inexistência de ACS (CNES, 2020).

A exemplo da unidade de saúde de Sucurijuquara, que funciona como porta de entrada anarquicamente desenhada, com apenas uma eACS, sem o registro de médicos de qualquer especialidade, apenas uma equipe de Saúde Bucal (eSB) com um cirurgião dentista. Outra UBS com porta de entrada desterritorializada é a unidade municipal do Bengui, que atende com o auxílio de uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (eMAD), sem registro de ACS, e com uma unidade de saúde de Fátima, que possui unicamente uma Equipe de Consultórios de Rua, sem a participação de ACS. Fora essas unidades mencionadas, constam 13 UBS, que funcionam em um modelo tradicional, sem a presença de qualquer equipe de apoio do modelo da ESF, atuando como os postos de saúde da década de 1980 (DATASUS, 2020).

A desconexão da rede de AB em Belém está diretamente relacionada à não unificação do modelo assistencial em convergência à ESF. O modelo atual possui estruturas sobrepostas que não se agregam. As UBS que atuam como os antigos postos de saúde não possuem uma assistência territorial, pela ausência de equipes de saúde, em especial de ACS responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população abrangida. Belém possui cerca de 30% das UBS funcionando em um modelo tradicional de oferta e demanda, sem um território e uma população adscrita, sendo as ações de promoção à saúde realizadas de acordo com a demanda espontânea, sem a gestão dos fluxos e referências territoriais, em um modelo de porta de entrada desterritorializada.

Portanto, resta saber se a abrangência da AB em Belém com os territórios adscritos pela ESF corresponde à parcela mais necessitada da população. Em vista disso, propomos a investigação dos espaços de extremidade da área em estudo, constituída por uma compilação de usos, entre os bairros mais planejados e os mais precários. Os indicadores de IDH a partir do censo do IBGE (2010) disponibilizados pelo IPEA (2014), juntos aos dados da atenção básica informados pelo CNES e SIAB, DATASUS (2020), contribuem para pensar as limitações e potencialidades da rede de atendimento da AB e a recente difusão da doença conhecida por Covid-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), com o volume de infectados e o índice de óbitos em Belém. Busca-se uma compreensão socioespacial da alocação dos serviços de saúde, com ênfase na oferta de UBS e da ESF, além da correlação com os dados da estrutura sanitária da cidade sobre a distribuição da rede de água, esgoto e coleta de lixo, apresentada pela pesquisa do ITB.

A DIFUSÃO DA AB, ENTRE OS BAIRROS DE ALTO PADRÃO E OS AGLOMERADOS SUBNORMAIS

As desigualdades socioterritoriais presentes em Belém fazem parte dos obstáculos estruturais enfrentados pelo SUS, principalmente com respeito à rede assistencial da AB. Assim, faz-se

necessária uma melhor compreensão dos espaços de extremidades presentes na área de estudo, com profundas desigualdades socioeconômicas presentes, de um lado, nos bairros de alto padrão da cidade, e, de outro lado, na grande concentração de domicílios precários situados nos aglomerados subnormais. Nota-se uma estrutura assistencial caracterizada por um modelo médico-assistencial privatista e hospitalocêntrico, que funciona concomitantemente ao arranjo do modelo Saúde da Família. Torna-se relevante a análise das informações referentes ao IDH, com a gestão da rede assistencial de AB formada pelas UBS e pelas ESFs.

De acordo com o IBGE (2010), a cidade de Belém apresentava na década de 2000 um IDH médio de 0,644. Na década de 2010, o índice foi elevado para 0,764, considerado um nível alto (Mapa 2). Entretanto o IDH varia entre as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs), cujos índices mais elevados de desenvolvimento socioeconômico concentram-se no grupo de oito bairros centrais da cidade, que formam o distrito administrativo de Belém, além de uma parcela dos bairros Parque Verde, localizado no distrito administrativo de Bengui, Marambaia e Val de Cans, no distrito do Entroncamento, em contraste com os baixos indicadores predominantes nos bairros periféricos e rurais da capital.

A média do IDH municipal utilizado neste estudo foi elaborada pelo IPEA, a partir das informações do censo do IBGE de 2010, fundamentado em três requisitos: “a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável – saúde –, de ter acesso ao conhecimento – educação –, e de poder desfrutar de um padrão de vida digno – renda” (IPEA, 2014; IBGE, 2010). A cidade de Belém foi subdividida em setores censitários⁶ envolvendo 49 bairros, cuja média das três dimensões (saúde, educação e renda) foram contabilizadas e classificadas em seis categorias distintas: muito baixo (0,460 – 0,537), baixo (0,545 – 0,623), médio (0,627 – 0,710), alto (0,724 – 0,790) e muito alto (0,803 – 1,000) (Mapa 2). Nesse sentido, torna-se possível identificar setores da cidade com áreas constituídas de um baixo nível de desenvolvimento em detrimento das áreas concentradoras de riqueza, além dos bairros que possuem áreas heterogêneas, com o IDH muito baixo e a concentração de riqueza na mesma extensão territorial (IPEA, 2014, p. 11).

As UDHs com maiores IDHs da capital do Pará apresentaram índices equivalentes aos dos países desenvolvidos, com a média de 0,944, considerada muito alta, como o exemplo dos bairros: Batista Campos, no trecho da Travessa Padre Eutíquio (Praça Batista Campos); Marco, nas proximidades do Edifício Torre de Arua e Edifício San Diego na Travessa Timbó; Nazaré, na Avenida Governador Magalhães Barata; Reduto, na Travessa Tiradentes com Travessa Benjamim Constant. Fora do eixo central da cidade, o destaque foi o Parque Verde, nas imediações do Condomínio Greenville II e do Condomínio Boulevard Montenegro. Os menores IDHs foram registrados nos bairros Águas Lindas, Brasília, Condor, Mosqueiro na área rural, Jaderlândia e no setor rural das agrovilas, com o IDH entre 0,460 e 0,545 – considerado um nível muito baixo de desenvolvimento (IPEA, 2014, p. 20).

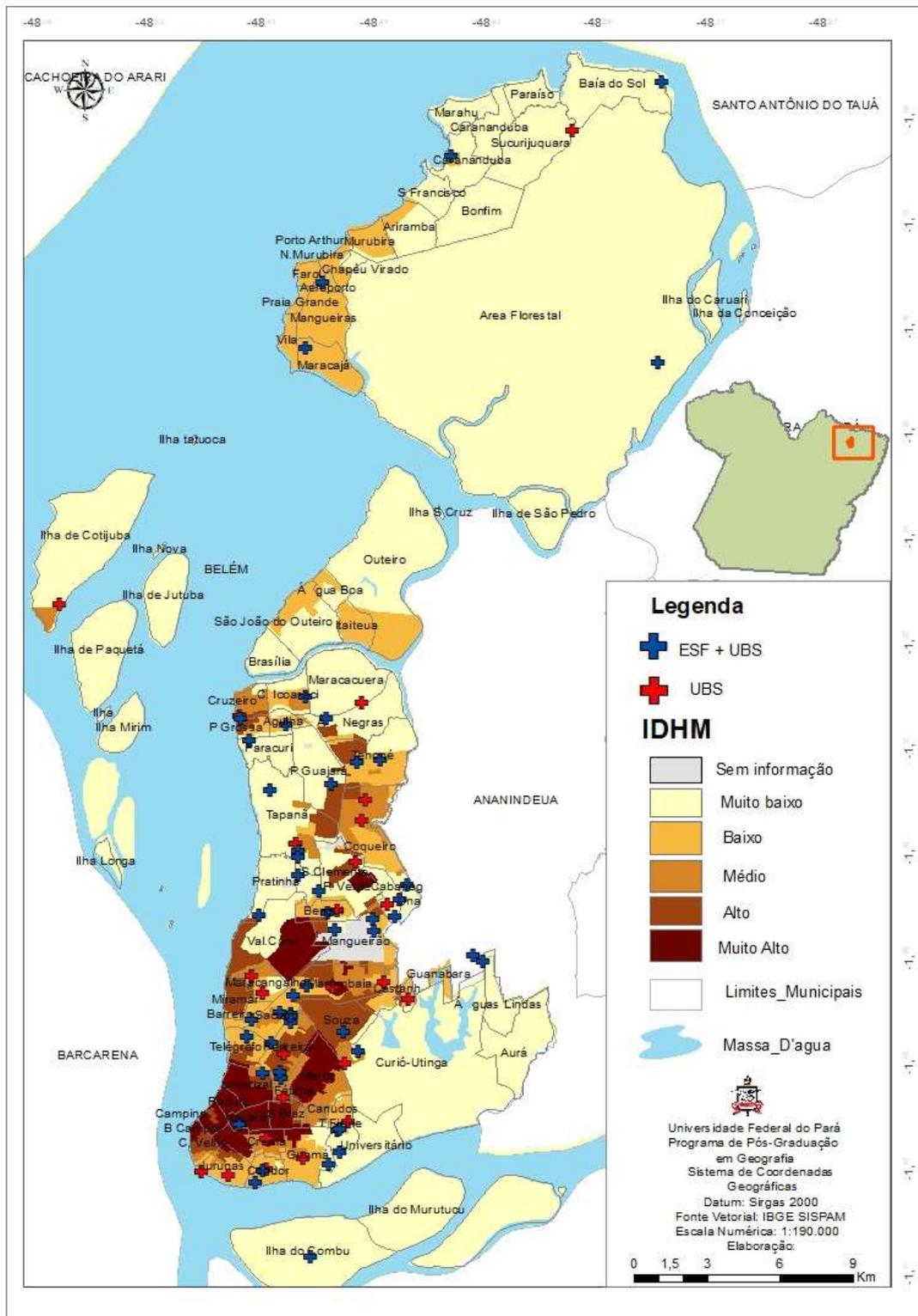
As disparidades apresentadas entre alguns bairros de Belém, formadas por setores com o IDH equivalente ao índice de países europeus, como o exemplo da Noruega, classificado como o maior IDH global de 0,944, em contraposição à presença de outros setores com o IDH equivalente a 0,406, nivelados a países com desenvolvimento socioeconômico inferior à média nacional, de 0,755 (IPEA, 2014, p. 20). Esses espaços de extremidades entre os bairros que comportam elevados padrões de modernização e os desprovidos de recursos foram questionados por Faria (2013, p. 144), quando indagou a existência de um espaço de extremidades na presença de vetores da modernização com elevados índices de desenvolvimento social e técnico em contraposição aos espaços alheios a esses vetores, com índices contrários à modernização. Esses locais possuem fácil distinção devido à presença de uma certa uniformidade socioespacial. É possível observar essa tipologia aplicada pelo censo do IBGE (2010) e pelo IPEA (2014), representada no Mapa 2, que classifica os setores censitários da cidade de Belém de acordo com a média do IDH.

Como já mencionado, a ESF abrange cerca de 30% da população do município com as 112 ESFs que atuam nas 54 UBS da cidade. Logo, busca-se verificar a presença das eSFs nas áreas periféricas e rurais da capital com o maior índice de pobreza, por mais que a PNAB assuma a AB

⁶ O setor censitário é a unidade territorial de controle cadastral da coleta, constituída por áreas contíguas, respeitando-se os limites da divisão político-administrativa dos quadros urbano e rural legal e de outras estruturas territoriais de interesse, além dos parâmetros de dimensão mais adequados à operação de coleta.

como um sistema de integração de todos os níveis de complexidade e não mais um programa direcionado aos pobres (BRASIL, 2012).

Mapa 2 - Belém (PA) Mapa do IDHM dos setores censitários, com a distribuição das UBS e das ESFs em 2020.



Fonte - IBGE, 2010. Organizado pelos autores.

Nota-se no Mapa 2 uma maior concentração de UBS e ESFs⁷ (cruzes vermelhas e azuis, respectivamente) nos bairros com IDH alto, médio, baixo e muito baixo (de acordo com a classificação do IBGE, 2010). O distrito administrativo de Sacramento foi o que apresentou as maiores quantidades de ESF e UBS, com o destaque para os bairros da Pedreira e Sacramento, em que o primeiro possui grande parte da área habitacional constituída por um índice de desenvolvimento alto e outra porção constituída por um baixo IDH, e o último possui uma parcela dos logradouros com um médio desenvolvimento, enquanto outra parcela é composta de um baixo nível. A segunda maior concentração encontra-se no distrito administrativo do Bengui, sendo Tapanã e Cabanagem os bairros que possuem maior volume de cobertura da AB e com IDHs considerados muito baixos. A mesma situação ocorre nos bairros do Mangueirão e Águas Lindas, ambos localizados no distrito do Entroncamento, e nos bairros de Ponta Grossa e Tenoné, localizados no distrito de Icoaraci, os quais possuem ampla atuação da ESF e constituem um nível de desenvolvimento socioeconômico médio e baixo.

Observa-se que as UBS e as ESFs estão situadas nos setores de menor IDH da capital. Nesse sentido, os bairros que possuem um índice de desenvolvimento muito elevado – como os bairros Batista Campos, Cidade Velha, Campina, Marco, Nazaré, São Brás, Umarizal, Reduto –, que constituem o distrito administrativo de Belém ou formam o conhecido grupo dos bairros de melhor estrutura socioeconômica da capital, não fazem parte da área de abrangência da ESF, com exceção do bairro Nazaré, que possui uma UBS com ESF. Esse alinhamento entre o muito baixo, baixo e médio IDH e a presença das eSFs apontam uma boa gestão das portas de entrada da AB, pois, em locais de maior privação social, faz-se necessária a presença de políticas sociais, com a atuação da ESF nos locais de maiores carências sociais.

Ao se observar melhor a correlação entre os baixos indicadores de desenvolvimento e a abrangência da AB, nota-se um desalinhamento do desenho das portas de entrada dos bairros: Aura, Brasília, Canudos, Cruzeiro, Guanabara, Itateua, Jurunas, Maracacuera, Maracangalha, Paracuri, parte do Parque Verde, Val de Cans e as Ilhas de Cotijuba e Outeiro, que, apesar dos índices muito abaixo da média municipal, não possuem territórios adscritos pela ESF. Apenas cinco desses bairros possuem uma UBS em cada um, com atendimento desterritorializado, no modelo dos antigos postos de saúde. Além dessa disfunção da AB nas áreas mais carentes da cidade, temos os exemplos dos bairros com grandes extensões territoriais e populacionais como o Guamá, Curió Utinga e Barreiro, que, apesar da ampla carência por atendimento nos serviços de AB e acompanhamento das ESFs, contam com apenas uma UBS e uma ESF em cada.

Quando se observa a distribuição da oferta de AB entre os bairros de Belém e se confrontam os dados da difusão das UBS e das ESFs com os limites das desigualdades apontadas pela média dos indicadores de saúde, educação e renda, ou seja, a média do IDH, notamos as contradições apresentadas na constituição territorial, lê-se um mosaico de desagregação e sobreposição da qualidade de vida e distribuição de riqueza. De acordo com a legenda do Mapa 2, observa-se o seguinte: base territorial da cidade constituída de aproximadamente 22% de bairros pobres, com índice de desenvolvimento socioespacial muito abaixo do ideal, inferior a 0,537; 20% das áreas com um IDH considerado baixo, menor que 0,623; 21,3% desses setores classificados com o IDH médio até 0,710; 20,5% dos setores com um IDH até 0,790, considerado alto; apenas 16,5% dos setores censitários do município classificados com um IDH muito alto, acima de 0,803. Em síntese, o percentual da base territorial do município que vive com o IDH abaixo da média municipal é de aproximadamente 63,3% da base territorial da cidade, com índice entre 0,460 – 0,710, enquanto o percentual dos bairros com elevado padrão socioeconômico é de 36,70%, com o IDH entre 0,724 – 0,944 (IBGE, 2010 – IPEA, 2014)

As contradições socioespaciais estão presentes na base territorial de Belém, entre os bairros de alto padrão na área central e os de condições precárias nas áreas periféricas e rurais, os últimos classificados pelo IBGE (2010) como áreas de aglomeração subnormais, com a ineficiência ou

⁷ As UBS sem ESFs em vermelho atendem à demanda espontânea vinda de toda parte, e as ESFs em azul são inseridas nas UBS e atendem aos usuários adscritos na ESF.

inexistência na oferta de serviços essenciais como coleta de lixo, abastecimento de água, energia, esgoto. O município de Belém é o terceiro maior concentrador dessas áreas em todo o estado do Pará, com 101 áreas de aglomerados subnormais, contendo 193.577 domicílios, cerca de 52,43% do total das habitações e 54,48% da população do município. Dados da SESMA (2018) apontam uma quantidade ainda maior de domicílios com baixas condições de habitações num total de 368.877, sendo os distritos Guamá (85.722), Bengui (75.946) e Sacramenta (66.175) os que possuem as maiores concentrações de moradias inadequadas. Os bairros que mais concentram moradias em aglomerados subnormais são: Jurunas, Condor, Terra Firme, Telegrafo, Guamá (SESMA, 2018).

A assimetria presente na base territorial de Belém se acentua pela maior concentração de bairros com baixos índices de desenvolvimento de habitações situadas em aglomerações subnormais em condições sanitárias inadequadas. Apesar da presença de UBS em cerca de 70% dos bairros, a ESF abrange menos de 30% da população, bem abaixo do percentual de 54,48% dos moradores que residem nos aglomerados subnormais da capital. Portanto, torna-se relevante a investigação da incidência da atual pandemia ocasionada pela Covid-19, o novo coronavírus (SARS-CoV-2) no mundo, com graves consequências no país e em especial nas capitais que possuem uma baixa eficiência na cobertura sanitária, como é o caso de Belém.

A DIFUSÃO DA COVID-19 E O ALTO ÍNDICE DE MORTALIDADE NOS BAIRROS PRECÁRIOS EM BELÉM

A deficiente estrutura habitacional de Belém e a ampla concentração de casos de Covid-19, com alta incidência de óbitos, dão ênfase à atual crise sanitária impulsionada pela pandemia. O relatório inicial da pesquisa sobre a evolução da Covid-19 no Brasil elaborado pela Secretaria de Políticas Econômicas (SPE) do Ministério da Economia (2020), com a utilização de dados do Ministério da Saúde, do IBGE e do ITB, apontou Belém, Manaus e Fortaleza como as capitais com maior incidência de mortes causadas pelo novo coronavírus, intensificada pelas más condições sanitárias. O relatório do ITB (2020, p. 105) destacou Belém como uma das vinte piores cidades na prestação de serviços de esgotamento sanitário e abastecimento de água potável.

As precárias condições da estrutura urbana de Belém são citadas na análise de Silva e Muniz (2020), quando os autores esclarecem que o adoecimento das cidades é um fenômeno anterior e viabilizador do estágio pandêmico da Covid-19, favorecido pelos sérios problemas de moradia e pelas péssimas condições de habitações agravados pelos problemas ligados ao saneamento básico: abastecimento de água; esgotamento sanitário; pavimentação de vias; sistema de galerias pluviais; serviço de coleta do lixo. O ITB (2020, p. 104) destacou Belém em 96º pior lugar na oferta de abastecimento de água e estrutura sanitária do país de uma lista de 100 cidades pesquisadas, o que significa que 29,70% dos moradores não dispõem de água tratada (potável), 86,44% das residências não têm coleta do esgoto doméstico, e apenas 2,33% de toda a água consumida no município é destinada para o tratamento de esgoto (ITB, 2020). Essa situação é ainda mais precária nos bairros periféricos, razão por que essa população que reside nas áreas mais vulneráveis são as principais vítimas das epidemias (SILVA, MUNIZ, 2020, p. 3).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS, o Brasil é o segundo país em número de casos confirmados e de mortes por Covid-19, com 1.577.004 milhões de infectados e 64.265 mil pessoas mortas, atrás apenas dos Estados Unidos, conforme dados atualizados até 05 de julho de 2020 (OPAS, 2020). O estado do Pará está em quarta posição no número de infectados, com 114.535 e 5.105 mortos, e os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Ceará lideram o número de casos; contudo o Pará apresenta uma taxa de mortalidade maior que a dos três primeiros colocados, com 58,64 mortos para cada 100 mil habitantes. Em poucas semanas, os casos de Covid-19 se alastraram por todo o estado (FIOCRUZ, 2020).

Dados divulgados pela SESPA apontam uma velocidade extrema já nas primeiras semanas de pandemia em Belém, em apenas três meses entre o surgimento dos primeiros casos de infectados

até a evolução das altas taxas de mortalidade. Os primeiros 7 casos confirmados da doença foram contabilizados no dia 1.º de março de 2020, e em apenas um mês o número de infectados pelo vírus subiu para 4.000, tendo esse número crescido para 11.492 portadores do vírus, com 720 óbitos em 1.º de abril de 2020. Em aproximadamente três meses de pandemia, a curva do gráfico disparou para 20.724 contaminados e 1.933 mortos, com atualização até o dia 5 de julho de 2020 (SESPA, 2020).

Belém enfrentou o maior ápice de casos de infecção e óbitos confirmados entre os dias 9 e 27 de abril. No dia 10 foram registrados 447 novos casos de Covid-19, ou seja, o número de pessoas infectadas subiu de 1.923 para 2.370 casos. No dia 27, em pouco mais de duas semanas o índice de contagiados disparou para 10.478 e 465 mortes. Isso significa que, em pouco mais de 20 dias, a cidade de Belém registrou um aumento equivalente a 342% de novas ocorrências de pessoas infectadas pela Covid-19 e 2.800% a mais de mortes ocasionadas pela doença. A explosão do número de ocorrências da Covid-19 impulsionou um colapso nos serviços de média e alta complexidade com a superlotação das UPAs e dos hospitais de pronto atendimento, responsáveis pela "ocupação dos leitos de enfermarias e UTIs, que chegou a 92% da lotação, não só na rede pública quanto na privada" (UOL NOTÍCIA 29.04.2020).

Foram registrados 660 óbitos no mês de abril, 1.067 em maio e 168 em junho pela Covid-19. Com o aumento do número de mortes, o Instituto Médico Legal (IML) incluiu um caminhão frigorífico como suporte no armazenamento de mortos pelo vírus. Como a média diária de sepultamentos na cidade ficou acima da capacidade, em razão da situação de emergência em saúde pública, o município de Belém adotou um plano emergencial de ação para sepultamento em caráter excepcional e urgente (BELÉM, SESMA, 2020). De acordo com dados informados pelo Portal da Transparência do Registro Civil, o mês de maio de 2020 registrou o maior número de óbitos feitos por cartórios na história do país, e até o dia 27 de junho foi declarado o total de 1.574 óbitos por Covid-19, 410 por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), 638 por pneumonia e 2.153 por outras causas em todo o estado. Cabe destacar que o número de mortes pela Covid-19, apesar de elevado, ainda se encontra bem abaixo do real, quando observamos o expressivo aumento do número de óbitos registrados por SRAG, sendo apenas 4 mortes em todo o ano de 2019, contra 410 já nos primeiros meses de 2020 (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2020).

Pesquisa realizada pelo Programa Cidades Sustentáveis, sobre as desigualdades entre as capitais do país, divulgada em 16 de junho 2020, apontou Belém como a segunda maior capital no índice de letalidade pela Covid-19, o que revela que cerca de 11% das pessoas que contraíram o vírus na cidade faleceram, e o Rio de Janeiro como a cidade de maior proporção de pessoas mortas pelo novo coronavírus, uma proporção bem superior à taxa de mortalidade do país, de 5%. Ao comparar as taxas de mortalidade pela Covid-19 até 10/06 com os indicadores de mortalidade por doenças respiratórias no ano de 2018, foi observada a existência de altas taxas de mortalidade, o que confirma uma precariedade anterior ao atual cenário de pandemia (PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS, 16.06.2020).

Os bairros com maior incidência de contaminação pela Covid-19 foram: Marco (1.435); Pedreira (1.384); Guamá (1.114); Umarizal (1.011); Marambaia (990); Jurunas (882); Parque Verde (760); Coqueiro (731); Cremação (618); Sacramento (613) (Quadro 2 e Mapa 3). Contudo, alguns bairros com o maior volume de casos da doença não se apresentaram em posição equivalente ao número de óbitos ocasionados pelo vírus, como ocorreu em alguns bairros com altos índices de mortalidade. Marco, por exemplo, apesar de ter o maior índice de contaminados, ficou em segundo lugar em número de óbitos (121), assim como Umarizal (66) e Parque Verde (47) ocupam a quarta e a sétima colocação em número de pessoas acometidas pela doença. Nota-se que os mesmos bairros que evidenciaram uma alta concentração de casos de Covid-19 e uma menor proporção de óbitos são áreas de alto índice de qualidade de vida, com IDH considerado muito acima da média nacional e estadual, com exceção de uma parcela dos setores residenciais dos bairros Marco e Parque Verde, em que o primeiro possui os logradouros periféricos com um IDH médio e o segundo dispõe de uma ampla parcela da população com IDH muito abaixo da média municipal. É importante destacar que os

perfis das pessoas que apresentaram os primeiros casos da doença eram residentes em bairros de classe média alta que viajaram para o exterior e outros estados da região Sudeste e Nordeste do país. O contágio adquirido inicialmente em países do exterior explica a alta incidência de Covid-19 em moradores de bairros de alto poder aquisitivo como Marco, Umarizal, Nazaré (549), São Braz (455) e Batista Campos (404), segundo a SESPA (2020).

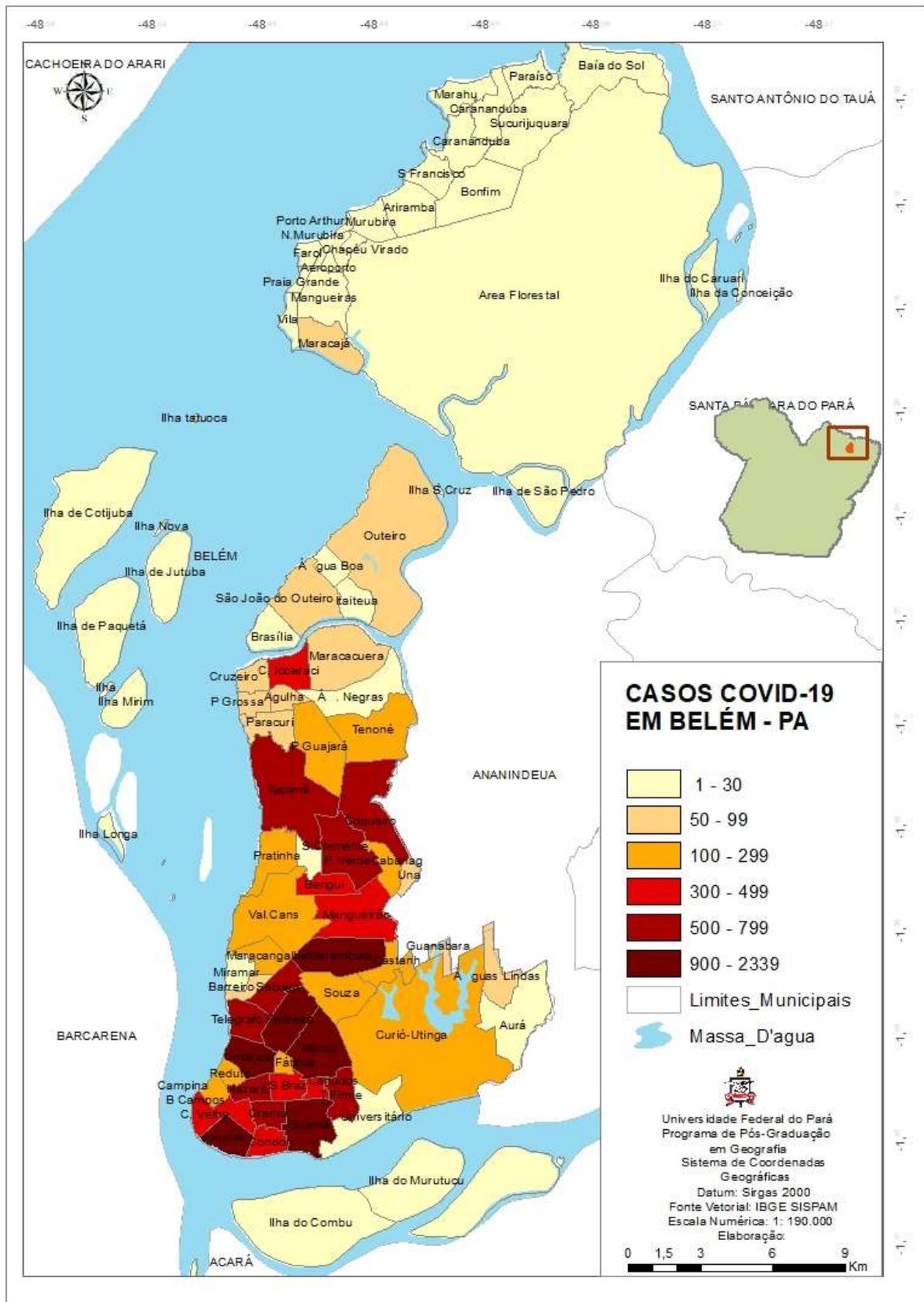
Os bairros Pedreira, Guamá, Marambaia, Jurunas, Sacramento, Campina de Icoaraci, Telégrafo e Terra Firme ficaram entre os dez que mais concentram casos de infecção pela Covid-19 e altos índices de mortalidade (Quadro 2 e Mapa 3). Esses bairros são os que mais reúnem domicílios em condições precárias de habitações localizados em áreas de aglomerados subnormais, com baixa eficiência na oferta de serviços essenciais como coleta de lixo, abastecimento de água, esgoto e energia. Além da aglutinação de populações mais pobres da capital, esses bairros possuem fluxos intensos de comércios e serviços impulsionados pelas feiras livres e pelos comércios de rua. Guamá não consta no topo dos maiores bairros em número de casos de Covid-19, porém foi apontado como tendo a maior taxa de mortalidade em Belém. O bairro Terra Firme ficou em 14º lugar em número de infecção (547 casos) com alta incidência de óbitos (68 mortos), e em 8º lugar entre os bairros com maior volume de mortes pelo vírus na cidade.

Quadro 2 - Belém (PA) Quantidade e percentual de óbitos e casos confirmados de Covid-19, por bairros, 2020.

Casos por bairro	Óbitos	%Óbitos	Casos por bairro	Casos confirmados	%Confirmados
Guamá	133	0,64	Marco	1.434	6,92
Marco	121	0,58	Pedreira	1.384	6,68
Pedreira	113	0,55	Guamá	1.114	5,38
Jurunas	103	0,50	Umarizal	1.011	4,88
Marambaia	85	0,41	Marambaia	990	4,78
Sacramento	77	0,37	Jurunas	882	4,26
Icoaraci	72	0,35	Parque Verde	760	3,67
Telégrafo	70	0,34	Coqueiro	731	3,53
Terra Firme	68	0,33	Cremação	618	2,98
Umarizal	66	0,32	Sacramento	613	2,96
Cremação	57	0,28	Tapanã	575	2,77
Tapanã	55	0,27	Telégrafo	551	2,66
Souza	51	0,25	Nazaré	549	2,65
Coqueiro	50	0,24	Terra Firme	547	2,64
Parque Verde	47	0,23	São Braz	455	2,20
Condor	44	0,21	Condor	430	2,07
Mangueirão	39	0,19	Batista Campos	404	1,95
Bengui	38	0,18	Icoaraci	394	1,90
São Braz	33	0,16	Mangueirão	372	1,80
Nazaré	32	0,15	Canudos	325	1,57

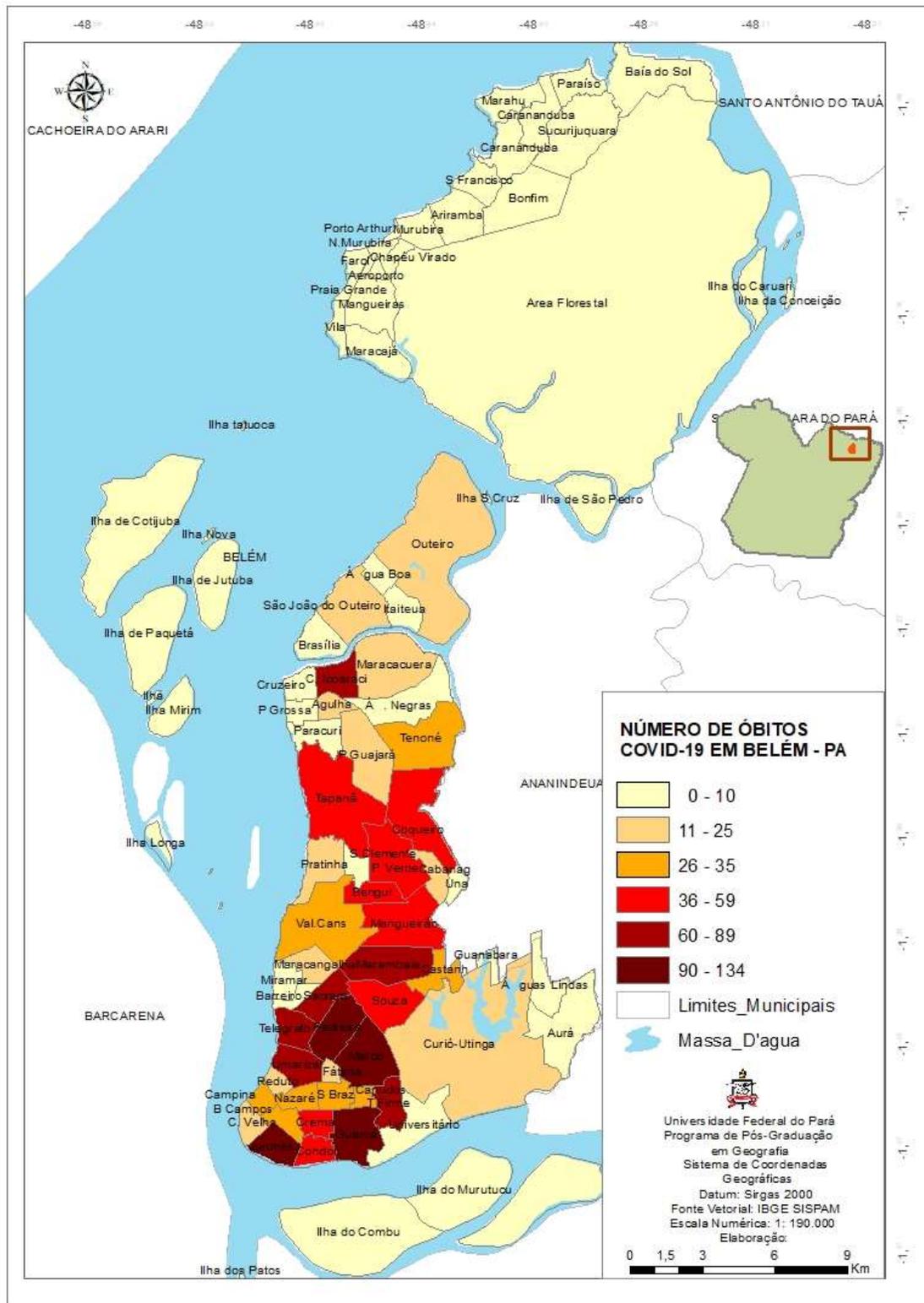
FONTE - SESPA, atualizado até 05.07.2020. Adaptado pelos autores.

Mapa 3 - Belém (PA) Mapa da difusão dos casos de Covid-19, até julho de 2020.



Fonte - SESPA, 2020. Organizado pelos autores.

Mapa 4 - Belém (PA) Mapa da difusão dos óbitos pela Covid-19, atualizado até 7 de julho de 2020.



Fonte - SESPA, 2020. Organizado pelos autores.

Quanto ao número de óbitos em Belém (Quadro 2 e Mapa 4), observa-se que os bairros que declararam maior volume de óbitos pelo novo coronavírus são os que possuem os piores indicadores de qualidade de vida e as maiores concentrações populacionais de moradias precárias, como Guamá

(133 óbitos), Pedreira (113), Jurunas (103), Marambaia (85), Sacramento (77), Campina de Icoaraci (72), Telégrafo (70), Terra Firme (70) Cremação (57) e Tapanã (55). De acordo com o IBGE (2010), as maiores concentrações populacionais estão situadas nos bairros Guamá (94.610), Pedreira (69.608), Marambaia (66.708), Tapanã (66.669), Jurunas (64.478) e Terra Firme (61.439), com áreas que mais apresentam domicílios em aglomerados subnormais, com destaque para os bairros Jurunas, Terra Firme, Telégrafo e Guamá. Segundo a SESMA (2018), esses são os logradouros que possuem as condições mais precárias de moradia da cidade. Quanto à presença da AB, apenas os bairros Jurunas e Cremação não possuem a abrangência da ESF, embora Guamá não tenha uma quantidade de equipes de ESF suficiente para atender o grande volume populacional.

Os bairros Guamá e Terra Firme são limítrofes e possuem uma população de aproximadamente 156.049 mil moradores, constituída por uma ampla parcela de residentes em condições precárias. O bairro Guamá, além de não ofertar uma adequada situação sanitária a uma ampla parcela dos moradores, possui uma baixa cobertura da rede de AB e da ESF. Nesse sentido, a falta de um acompanhamento de ESF e de ACS aos grupos vulneráveis de idosos e acometidos de comorbidades e gestantes torna essa população vulnerável ao risco de morte, pois ela não dispõe de acompanhamento médico, e ao mesmo tempo tem uma qualidade de vida precária. Os moradores desses bairros mais precários da cidade são os que formam um perfil de pessoas mais suscetíveis à Covid-19, pois a maior parte desses indivíduos depende da renda extraída do mercado informal (comércio de rua) para o sustento, não podendo, portanto, manter-se em isolamento social. Essa exposição ao contágio da doença afeta não só o trabalhador informal das áreas periféricas, mas toda a família com quem ele divide a casa, o que torna esses bairros os principais focos de infecção viral comunitária.

A situação de emergência em saúde pública impulsionou a decretação da situação de emergência em saúde em Belém através do Decreto Municipal de n.º 95.955, do dia 18 de março de 2020. Algumas medidas com o propósito de organizar as ações de prevenção e controle para o enfrentamento do novo coronavírus foram estabelecidas pela Prefeitura de Belém através do Plano Municipal de Políticas Transversais para o enfrentamento da pandemia. Na área de transportes coletivos, foram propostas medidas de fiscalização diária para o cumprimento da higienização dos transportes coletivos e de lotação mínima de passageiros. Foram implementadas ações de sensibilização, conscientização e evacuação de vias públicas no entorno das áreas de lazer nos fins de semana, além de ações de segurança pública e ordenamento com a interdição e o fechamento de comércios com a finalidade de conter aglomeração de pessoas em ambientes como bares, restaurantes, pontos turísticos, entre outros. Foram suspensas as aulas presenciais em escolas e universidades em toda a rede pública e privada de ensino, além de determinada a obrigatoriedade do uso de máscaras em logradouros públicos como medida de contenção à proliferação do novo vírus, de acordo com a Lei 9.051/2020, sancionada do dia 14 de maio. As medidas de prevenção e controle da doença foram efetivadas no intuito de conscientizar a população para a necessidade do isolamento e da exposição externa, recomendada apenas em casos de necessidade extrema.

As medidas preventivas adotadas pelos governos estadual e municipal seguiram as determinações da ANVISA e do Ministério da Saúde, a fim de se evitar a disseminação da pandemia anunciada pela OMS, já que no mês de março o surto pandêmico se anunciava com os primeiros 497 casos confirmados de Covid-19. No mês seguinte houve um crescimento assustador em todo o estado, sendo a capital a maior concentradora do foco da doença.

Com o intuito de impedir o possível colapso na rede hospitalar da capital, pelo insuficiente número de leitos de UTI, foram realizadas ações para a ampliação do setor de média e alta complexidade do município. De acordo com o CNES, até abril de 2020 havia apenas 129 leitos de UTI disponibilizados para o atendimento de pacientes acometidos pelo vírus, sendo 109 leitos ofertados pelos hospitais particulares e apenas 20 pelo SUS. Após a ativação do hospital de campanha no Centro de Convenções e Feiras da Amazônia, o número de leitos cedidos pelo SUS foi ampliado para 175. Registra-se a incapacidade de atendimento das UPAs, que, de acordo com uma reportagem efetuada pelo Jornal Liberal (26.04.2020), das cinco unidades existentes, as do Jurunas e Marambaia mantiveram o atendimento suspenso por falta de médicos, além de a UPA da Terra Firme ter mantido as portas fechadas nos horários de maior aglomeração de pacientes, com recusas de atendimento, e de o Pronto Socorro Mario Pinotti (HPSM da 14 de março) ter disponibilizado o atendimento apenas para pacientes em estado grave.

Ressalta-se a importância de um funcionamento adequado da rede de AB, principalmente no enfrentamento e na contenção de surtos epidêmicos e pandêmicos. As UBS em parceria com as

ESFs funcionam como barreiras de contenção das demandas epidemiológicas, dirigidas a populações de territórios definidos, no intuito de reduzir a demanda reprimida da assistência hospitalar, que expõe os usuários desnecessariamente a riscos de infecção e contaminação em ambientes hospitalares, além das superlotações e do colapso nos atendimentos, sobretudo em eventos que envolvem uma alta concentração de pessoas em busca de atendimento, como ocorre no atual período pandêmico ocasionado pelo número de infectados pela Covid-19. Nesse sentido, as UBS deveriam atuar em um modelo assistencial preventivo, com base na PNAB, que propõe cuidados relativos a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

A manutenção de um modelo desordenado da AB em Belém, com a atuação simultânea de UBS que direcionam o atendimento à ESF em divergência com as UBS tradicionais em um modelo médico-assistencial, preserva um arranjo produzido para escamotear um completo desarranjo e descontrole assistencial da AB. Os custos sociais podem ser graves, como o estrangulamento da rede hospitalar pela incapacidade de atender toda a população, além da piora dos indicadores de saúde, dos surtos e eventos epidêmicos e do colapso no sistema de saúde.

O estrangulamento presente nas redes hospitalares em Belém, observadas na superlotação, não se limita à assistência hospitalar, com a sobrecarga de outros serviços de média e alta complexidade como as policlínicas e os prontos atendimentos. O colapso da rede especializada é ocasionado por inúmeros fatores, como: falta de equipamentos, sobretudo leitos hospitalares de internação; falta de recursos profissionais qualificados; distribuição desigual de médicos pelo país principalmente entre as capitais e interior; insuficiência de referenciamento nos atendimentos especializados e principalmente o funcionamento inadequado da AB.

Portanto, fica evidente a sobrecarga do atendimento médico hospitalar em Belém impulsionada pela fragmentação da AB, que se constitui em uma estrutura sobreposta, entre o atendimento desterritorializado das UBS tradicionais e o das unidades compostas pela ESF. As ações das UBS tradicionais, que reforçam o modelo hospitalocêntrico, não conseguem prestar, na maioria dos casos, uma assistência básica adequada, devido à gestão desordenada, com um atendimento aleatório que não oferta serviços de prevenção a um público-alvo adscrito, ou seja, 70% da população do município não possui acompanhamento pela ESF, tendo que disputar a oferta de assistência com as UPAs e os prontos-socorros da capital em pleno surto pandêmico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos grandes desafios no SUS é a implementação de ações a partir das necessidades dos territórios. Entender as relações, considerar as diferentes funções e os diversos usos espaciais possibilitam delimitar territorialmente os espaços para o desenvolvimento de ações de saúde. Uma das exigências para o aprimoramento da gestão é o reconhecimento de que, dentro das próprias regiões, microrregiões, ou de outros recortes geográficos que sejam adotados, há heterogeneidades tanto econômicas quanto sociais e culturais.

O modelo atual de porta de entrada desterritorializada (sem as ESFs) das UBS situadas em Belém segue um padrão de atendimento tradicional, conforme a demanda vinda de toda parte, como o adotado nas UPAs. A gestão das UBS tradicionais não atenta nas responsabilidades sanitárias de um território adscrito, o que impulsiona um comportamento característico da demanda reprimida, observado nas intermináveis filas por atendimento médico geral e especializado e por marcação de exames, dado que as UBS se descaracterizam sem os princípios e diretrizes da ESF e segue um padrão médico-assistencial desterritorializado.

O não funcionamento adequado das UBS em Belém proporcionou uma sobrecarga na rede hospitalar e nos prontos atendimentos, que mantiveram um desempenho desordenado pela falta de preparo no enfrentamento ao Covid-19. As UPAs atuaram como porta de entrada dos casos suspeitos do vírus, contudo a grande aglomeração de usuários em prontos atendimentos da capital ampliou o caos na rede assistencial, tonando-se comum o desespero de pacientes e familiares em busca de atendimento nas redes pública e privada da cidade.

Portanto, as limitações da assistência básica à saúde em Belém foram evidenciadas no enfrentamento ao novo coronavírus. Antes do período pandêmico, o caos da saúde pública municipal já se anunciava pelo funcionamento inadequado da rede de AB e pela falta de recurso da rede hospitalar e de pronto atendimento, somados às precárias condições de saneamento básico da

cidade. A abrangência da ESF atende menos de 30% dos moradores da cidade, ou seja, um atendimento abaixo da média nacional, de 65%. Essa situação torna-se ainda mais preocupante quando observamos as condições de vulnerabilidade socioeconômica enfrentadas por mais de 55% da população, que habita nas áreas de aglomerações subnormais, constituídas de 63% dos bairros com IDH abaixo da média nacional.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a contribuição da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro à pesquisa de doutorado ainda em andamento, no Programa de Pós-Graduação em Geografia (PPGEO) pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS REGISTRADORES DE PESSOAS NATURAIS (ARPEN) – portal de Transparência do Registro Civil. **Óbitos com suspeita ou confirmação de Covid-19**. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/especial-covid>. Acesso em: 27 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 717** de 28 de setembro de 2006. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436** de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.539**, de 26 de setembro de 2019. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde – DATASUS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde** (CNES). Estabelecimentos por tipo – UBS em Belém. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=15&VMun=150140&VComp=00&VUni=0. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo9_16.pdf. Acesso em: 22 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Ministério da Política Econômica – Fazenda Econômica. **Relatório – Impactos Econômicos da COVID-19**. Brasília. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-informativas/2020/nota-impactos-economicos-da-covid-19.pdf/view>. Acesso em: 05 jun. 2020.

BREVILHERI. E. C. L.; NARCISO. A. M. S.; PASTOR. M. A lógica territorial na política de saúde brasileira. **Serviço Social em Revista**. V. 16, N. 2, jan./jun. 2014. Londrina – PA. p. 36-61. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2014v16n2p36>

FARIA. R. M. de. Os desiguais limites da porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) em Pouso Alegre – MG, Brasil. **Raega: O espaço geográfico em análise**. v. 29, dez/ 2013. Curitiba. p.135-156. <https://doi.org/10.5380/raega.v29i0.30624>

FARIA. R. M. de. A territorialização da atenção primária à saúde do SUS: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região Sul do Brasil. **Hygeia** – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 14 (29): Setembro/2018. Uberlândia – MG. p. 89-104. <https://doi.org/10.14393/Hygeia142908>

FARIA. R. M. de. A territorialização da saúde num Brasil neoliberal: contradições e impermanências. In: RIBEIRO. E. A. W. (Org.). **Novos temas para se pensar as pesquisas em Geografia da Saúde**. 1. ed. Blumenau: Instituto Federal Catarinense, 2019. 32 p. Disponível em: <http://editora.ifc.edu.br/wp-content/uploads/sites/33/2019/01/Novos-temas-para-se-pensar-as-pesquisas-em-Geografia-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2021.

FURTADO. V. Pacientes são recusados em unidades de saúde fechadas ou sem médicos:

Reportagem acompanhou o sofrimento de muitas pessoas, incluindo profissionais da saúde, que não sabiam mais o que fazer para encontrar atendimento. **O Liberal.com**. Belém, 26 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.oliberal.com/belem/pacientes-sao-recusados-em-unidades-de-saude-fechadas-ou-sem-medicos-1.261429>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz), Ministério da Saúde, Brasil. **MonitoraCovid-19**. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 16 jun. 2020.

GIOVANELLA. L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 2nd. Ed. rev. andenl. SciELO Books.

GIOVANELLA. L.; MENDONÇA. M. H. M. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA. L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 2nd. Ed. rev. andenl. SciELO Books.

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA). Vigilância Epidemiológica – SESPA. **Transparência Covid-19**. Disponível em: <https://www.covid-19.pa.gov.br/public/dashboard/41777953-93bf-4a46-b9c2-3cf4cceb3c9>. Acesso em: 05 jul. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA). **LEI Nº 9.051, DE 13 DE MAIO DE 2020**. Diário Oficial Eletrônico (DOE) N. 34.216, 14.05.2020.

INSTITUTO TRATA BRASIL (ITB). **Ranking do Saneamento Instituto Trata Brasil 2020**. São Paulo, 2020. Disponível em: http://tratabrasil.org.br/images/estudos/itb/ranking_2020/

Relatorio_Ranking_Trata_Brasil_2020_Julho_.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras**. – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2014. 120p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **IBGE Cidades** – Belém – PA. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/belem/panorama>. Acesso em: 20 maio 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2008**. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca. Lisboa, Ministério da Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Folha informativa – COVID-19**. Disponível em: <https://ais.paho.org/phil/viz/COVID19Table.asp>. Acesso em: 20 jun. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018 – 2021. Belém, 2017. Disponível em: https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Plano%20Municipal%20de%20Saude_2018-2021-%20SESMA%20BELEM-PA.pdf. Acesso em: 18 abr. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM. Secretaria Municipal de Saúde (SESMA). **Belém Contra Coronavírus – Painel Covid-19/ Monitoramento de Casos**. Disponível em: <http://contratoemergencial.belem.pa.gov.br/painel-covid-19/>. Acesso em: 05 jul. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM. **Decreto nº 95.955** – PMB, de 18 de março de 2020. Diário Oficial do Município de Belém (DOM) n.º 13.958, de 23/03/2020. República Federativa do Brasil, estado do Pará, 2020.

PONTES, N. Coronavírus lota hospitais e gera colapso funerário em Belém. **Notícias UOL**. Belém, 29 de abril de 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/deutschewelle/2020/04/29/covid-19-lota-hospitais-e-gera-colapso-funerario-em-belem.htm>. Acesso em: 02 jul. 2020.

PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS. **Mapa da Desigualdade da Covid-19 entre as Capitais**. Disponível em: <https://www.cidadessustentaveis.org.br/noticia/detalhe/3027>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ROSA. W. A. G; LABATE. R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 13(6):1027-34 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 17. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008. 174 p.

SILVA. J. B. da; MUNIZ. A. M. V. Pandemia do Coronavírus no Brasil: Impactos no Território Cearense. Espaço e Economia [Online], 17 | 2020, consultado em: 21 de abril 2020. URL: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/10501>;DOI:<https://doi.org/10.4000/espacoeconomia>.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). **Cadastramento familiar – Pará**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFPA.def>. Acesso em: 26 maio 2020.

Recebido em: 28/07/2020

Aceito para publicação em: 04/03/2021