

REUMAM, V. 5, N. 1, 2020, ISSN online 2595-9239

DESAFIOS À TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM BELÉM E REGIÃO METROPOLITANA: ESPAÇOS DE VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

Gilberto de Miranda Rocha ¹
Claudiana Viana Godoy ²
Emílio Chaves Rocha ³
Daniel Araújo Sombra Soares ⁴

RESUMO: A intenção do presente artigo, é contribuir com análise das características sociais e ambientais do território (RMB) e o conhecimento da territorialização da Atenção Básica à Saúde tendo em vistas a tornar operativo e significativo o atendimento da população.

PALAVRAS-CHAVE: Territorialização, Saúde, Vulnerabilidade socioambiental.

CHALLENGES TO TERRITORIALIZATION OF BASIC HEALTH CARE IN BELÉM AND METROPOLITAN REGION: SPACES OF SOCIO-ENVIRONMENTAL VULNERABILITY

ABSTRACT: The intention of this article is to contribute to the analysis of the social and environmental characteristics of the territory (RMB) and the knowledge of the territorialization of Primary Health Care with a view to making the service of the population operational.

KEYWORDS: Territorialization, Health, Socio-environmental vulnerability.

DESAFÍOS PARA LA TERRITORIALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD EN BELÉM Y REGIÓN METROPOLITANA: ESPACIOS DE VULNERABILIDAD SOCIOAMBIENTAL

RESUMEN: La intención de este artículo es contribuir al análisis de las características sociales y ambientales del territorio (RMB) y al conocimiento de la territorialización de la Atención Primaria de Salud con miras a hacer operativo el servicio de la población.

PALABRAS CLAVES: Territorialización, Salud, Vulnerabilidad socioambiental.

¹Geógrafo. Doutor em Geografia Humana, Núcleo de Meio Ambiente da UFPA, gilrocha@ufpa.br

²Geógrafa, Mestre em Geografia, Ppgeo - UFPA, claudianagodoyufc@gmail.com

³Médico, Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Município de Barcarena, emiliorocha88@hotmail.com

⁴Geógrafo, Mestre em Geografia, Núcleo de Meio Ambiente UFPA, dsombra@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A atenção básica à saúde constitui uma categoria de atendimento público e primário presente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988.

Segundo Brasil (2009 b, p.9), em 1990, foi regulamentado a Lei Orgânica de Saúde, a lei do Sistema Único de Saúde, que estabeleceu as formas de funcionamento do sistema de saúde em todo o território nacional.

Trata-se de um dos grandes avanços estabelecidos na perspectiva de atenção integral à saúde da população brasileira, presente, desde então, de forma abrangente, nos 5.570 municípios do país por meio de um sistema integrado, tripartite, isto é, mantido pelos entes federativos (União, Estados e Municípios).

Uma das suas principais características em termos organizacionais, demográficos e geográficos é a territorialização do sistema de atendimento da população. O SUS é essencialmente um projeto de atenção territorializado, organizado em redes de atenção regionalizadas, com centro de comando na Atenção Básica à Saúde (ABS). A territorialização em rede reflete o modelo de organização, gestão e atenção à saúde no Brasil.

A territorialização do Sistema Único de Saúde significa organizar os serviços de acordo com o território, ou seja: um conjunto de nódulos, tessituras que estruturam a ação do sistema nacionalmente integrado e uma projeção particular fundada no conhecimento do território que materializa a ação de promoção à saúde. Conhecer o território, que é onde a vida acontece, e, a partir das necessidades de sua população, organizar os serviços.

Na Amazônia, esse processo se vale de grandes desafios, tanto nos espaços urbanos como nos espaços rurais, em virtude das peculiaridades e especificidades próprias da região (acessibilidade, extensões territoriais, carência de infraestruturas...), o que confere um certo grau de vulnerabilidade social à população regional. Acresce, a problemática ambiental nas cidades e municípios da região.

Belém e sua região metropolitana (RMB)¹ constitui um dos espaços de maior concentração populacional urbana da região que apresentam dados de grande

¹ Região Metropolitana da primeira leva da definição formal no país, ainda em 1973, por Lei Complementar, a RMB hoje é composta por sete municípios e teria, segundo estimativas do IBGE para o ano de 2019, 2,51 milhões de habitantes.

vulnerabilidade populacional. Conforme o Observatório das Metrôpoles, a RMB há muito é conhecida pelos seus indicadores urbanísticos, habitacionais e infraestruturais críticos.

Nesses termos, a intenção do presente artigo, é contribuir com o debate e a análise das características sociais e ambientais desse território (RMB) e seus efeitos na construção de Estratégias de Saúde da Família (ESF) para tornar operativo e significativo o atendimento da população. Objetiva-se igualmente, contribuir para a formalização de políticas e ações públicas em vistas a melhoria da qualidade e das condições de vida do habitante local.

TERRITÓRIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Uma das principais características das sociedades é o dimensionamento territorial: elas necessitam de se apropriar de espaços e de ambientes para viver e se reproduzir biológica, social e economicamente. O território é a base material – geográfica da existência humana, e sua apropriação tendo em vistas as diversas formas de uso e atendimento das necessidades, é condição necessária, *sine qua non*, isto é, indispensável, para que a vida seja possível.

Territorialização é um conceito, a princípio ecológico e geográfico de significados distintos em diferentes escolas teóricas e campos do conhecimento (ecobiológico, geográfico, social e jurídico-político) e que se expressa de forma portanto, polisêmica e inter e multidisciplinar. O termo diz respeito a projeção espacial de formas de organização social, de existência e de modos distintos de percepção, ordenamento jurídico e político, e que se dimensiona nas relações com o espaço ao longo do tempo.

O termo territorialização assim, sugere um processo de ação que implica a existência da relação ator/sujeito/agente e espaço. No âmbito institucional, dimensão jurídico – política relativa a relação estado – território, refere à projeção espacial das ações do estado na organização e gestão do seu território.

Nesse contexto, a territorialização é concebida pelo Ministério da Saúde (Brasil) como uma espécie de projeção socioespacial dos serviços prestados por meio da Atenção Básica à Saúde. Segundo Monken e Gondin (2019)² a territorialização é

² GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, p. 32. Disponível em: <HTTTP:// www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf Acesso em: 30 mar. 2019.

expressa como um processo de técnica e método, cujo objetivo é obter informações sobre as condições sociais e de saúde das famílias do território dado, o que possibilitará à sua instrumentalização no planejamento das atividades a serem executadas para a promoção a saúde.

Segundo Faria (2013, p.133)³ a territorialização se dá por meio das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e pela assistência, construindo no seu conjunto uma organização nos serviços a partir dos dados e características dos territórios onde essa ação pública é realizada. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem a centralidade da ação referida sobre o espaço geográfico definido.

Conforme Rocha (2016), a territorialização da ação pública constitui, portanto, um processo amplo que envolve governos, em seus diversos níveis (União, Estados e Municípios), múltiplos atores sociais e universos espaciais diferenciados. O território institui-se como uma nova unidade de referência à ação do Estado e à regulação das políticas públicas ligadas à promoção da saúde.

Nesse cenário de dinâmicas e permanentes mudanças nas relações sociedade – espaço, as iniciativas de descentralização das políticas públicas e a redefinição do papel das instituições fazem crescer a importância das esferas do poder público, especialmente as prefeituras locais, os conselhos, os fóruns locais, diversas instâncias de planejamento e gestão, seja na cidade ou no campo e os atores da sociedade civil.

Assim, pode-se afirmar que a territorialização da atenção básica à saúde é um processo técnico e político: por um lado, as equipes multidisciplinares da Atenção Básica se atêm ao mapeamento social, socioeconômico e ambiental dos espaços de ação. A utilização de mapas do território e da inteligência geográfica e, ao mesmo tempo, a orientação comunitária, possibilita o reconhecimento das necessidades de saúde da população, propiciando o planejamento e a avaliação dos serviços. Por outro lado, trata-se de um processo também social e político e geográfico importante para a realização dos princípios constitucionais do SUS no Brasil, de realização da Política Nacional de Atenção Básica⁴.

³ FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia*, n. 9, v. 16, p. 131 - 147, jun., 2013.

⁴ PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

O processo de territorialização envolve o levantamento do perfil territorial-ambiental (a geografia e ambiente; a delimitação do território da unidade da ESF, num mapa; as vias de acesso e as características dos domicílios), do perfil demográfico, do perfil socioeconômico e do perfil institucional.

O ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 1998).

Nesse sentido, o conhecimento do território⁵ é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população.

CONHECENDO O TERRITÓRIO I - A PRODUÇÃO DA VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

A produção social e ambiental da vulnerabilidade é um processo que se dimensiona no espaço e no tempo. Não se trata de um dado apenas, mas um processo social, construído no movimento histórico e geográfico de apropriação, uso e ocupação de ambientes e espaços. As relações dos homens entre si e com a natureza, são determinantes nesse processo.

Conforme Castro(2003), a estruturação de Belém como cidade, remonta ao século XVII, a princípio associada à colonização portuguesa, às estratégias de controle territorial do vale amazônico e tendo, historicamente, como alicerce uma economia baseada na exploração dos recursos naturais presentes na bacia amazônica.

As características geográficas de Belém foram determinantes na definição do papel da cidade na sua relação com o espaço regional e com a metrópole portuguesa como também na estruturação de seu espaço urbano. Por um lado, sua localização estratégica, possibilitou o exercício da condição de cidade primaz, centro administrativo, político e comercial, nódulo de articulação entre o externo e o interno, dominando os fluxos de pessoas e mercadorias que estruturavam o espaço regional.

No plano interno, por outro lado, a morfologia do sítio urbano condicionou em parte o processo de povoamento e ocupação espacial. As áreas de cotas mais altas,

⁵ O mapa do território adscrito pela equipe de saúde da família é uma ferramenta do planejamento em saúde que tem por objetivo auxiliar no processo de diagnóstico local e identificação dos problemas e necessidades de saúde da população. Neste trabalho, apresentamos mapas que contribuem para o conhecimento do território e portanto, para a construção futura do mapa do território adscrito.

representativas dos interflúvios, divisores de água, os terraços e os tabuleiros tornaram-se propícios a ocupação, valorização e ao desenvolvimento urbano. As áreas baixas, a princípio concebidas como obstáculo para a expansão urbana da cidade, pois predominantemente áreas alagadas (PENTEADO, 1968), foram transformadas em espaços de ocupação e moradia da população de menor poder aquisitivo e pobre de Belém.

Esse processo que une condicionamentos geográficos e naturais e processos sociais de valorização diferenciada do espaço urbano, constitui o ponto de partida para a produção da desigualdade e da vulnerabilidade social e ambiental de parte substancial da população de Belém.

Desde 1616, ano de sua fundação, marco inicial do processo de ocupação urbana da região (MEIRA FILHO, 1976), a produção, a expansão e seu espraiamento seguiu a morfologia do sítio: a valorização da espinha dorsal, a ocupação das planícies de inundação posteriormente o seu espraiamento. Em algumas situações, a inserção das áreas baixas deu-se de forma lenta e espontânea, em outras, foram necessários projetos e/ou programas de grandes proporções elaborados, em grande parte, pelo poder público (TRINDADE JÚNIOR, 1998). A valorização das baixadas saneadas.

Trindade Júnior (1998) sintetiza essa dinâmica de ocupação do espaço urbano e o processo de inserção das “ baixadas “, as planícies de inundação, em três momentos:

- 1) Período colonial e as primeiras intervenções: destaque para o secamento do alagado do Piry que permitiu a interligação física entre pontos da cidade;
- 2) O intento de modernização e a (re)estruturação do espaço urbano: destaque para o aterro e a construção da Doca do Imperador (Doca do Reduto); e
- 3) As intervenções mais recentes: construção do Dique da Estrada Nova, construção em concreto com baterias de comportas automáticas, sistema de galerias de águas pluviais, cinco pontes e duas passarelas de concreto armado, assim como avenidas marginais ao canal da Tamandaré. De forma semelhante ocorreram intervenções no canal da Doca de Souza Franco e do Reduto e intervenção na bacia do Una.

A cidade e a Campina, núcleos originários de Belém, nas margens da baía do Guajará e ao longo do rio Guamá, se consolidam em termos de centro e periferia. A partir da metade do século XIX, inicia-se um movimento de espraiamento e de interiorização da ocupação: a ocupação progressiva dos espigões de terra firme no continente, que se estende até o início do Século XX (MEIRA FILHO, 1976).

A exploração da borracha impõe uma dinâmica importante para a cidade, estabelecendo um processo de indução da apropriação e valorização do espaço, até às décadas de 1940. Nos anos de 1950, a cidade de Belém, que vinha desenvolvendo-se ao longo da espinha dorsal, sobre os terraços e em direção dos tabuleiros, estende a sua malha urbana até os limites da primeira Léguas Patrimonial, bairro do marco.

Segundo Trindade Junior (1998), as áreas de baixadas começaram o processo de ocupação sistemática na década de 1950 e se intensificaram após 1960. Tendo nos anos da década de 50 um grande crescimento populacional e também pela limitação da cidade pautada pela implantação do “cinturão institucional”.

A cidade conheceu importantes transformações econômicas e populacionais, que intensificaram a ocupação da área de expansão de Belém, localizada ao longo da Av. Augusto Montenegro, principalmente a partir da década de 1960. Tais transformações contribuíram para a estruturação do espaço urbano de forma não planejada pelo amálgama de diferentes formas de uso, gerando uma malha urbana desarticulada, carente de infraestrutura e espaços públicos de qualidade, porém progressivamente valorizada.

O cinturão institucional de Belém, gerou segundo Cal (1987), formas de pressão intraurbana sobre a área de expansão, entre as quais, a intensificação da ocupação das áreas alagáveis por famílias de baixa renda; o adensamento do uso do solo pela classe média através da subdivisão dos lotes; e o reforço a valorização da espinha dorsal por meio do adensamento do uso do solo nos principais corredores do centro da cidade, através da verticalização das edificações da população de alta renda.

Esse processo é seguido, pela horizontalização da ocupação do espaço nas áreas de expansão. Ao longo da Rodovia Augusto Montenegro, se estabeleceu uma ocupação baseada em conjuntos habitacionais, condomínios e ocupações motivadas pelos processos de segregação socioespacial. Na Br 316, a expansão ocorreu por meio da periferação da classe média direcionada para Ananindeua a partir da proliferação de habitações espontâneas e planejadas. “O espaço desse Município torna-se uma reserva já escassa para a demanda de projetos habitacionais e para a conquista popular pela via das invasões”. (RODRIGUES, 1998, p. 141).

Conforme Mendes (2018), a especulação fundiária, as reformas urbanísticas no Centro de Belém e o monopólio fundiário do Estado atuando na conformação do Cinturão Institucional, forçaram, via produção habitacional e o processo de ocupações

de terras, o deslocamento da população para as glebas disponíveis nos demais municípios da RMB, nas décadas de 1990 e 2000.

CONHECENDO O TERRITÓRIO II - BELÉM E REGIÃO METROPOLITANA: OS ESPAÇOS DE VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

Conforme Roggero, Ziglio e Miranda (2018), a vulnerabilidade socioambiental resulta de estruturas socioeconômicas que produzem simultaneamente condições de vida precárias e ambientes deteriorados, se expressando também como menor capacidade de redução de riscos e baixa resiliência.

Ainda acrescentam:

a vulnerabilidade socioambiental urbana que, também atrelada a uma série de contingências sociais, políticas, econômicas, culturais, tecnológicas, etc. explicitam diferentes condições de exposição e de fragilidade de grupos sociais aos riscos. Isto é, a vulnerabilidade socioambiental urbana evidencia a heterogeneidade dos impactos advindos dos riscos que acometem uma dada população, constituindo ambos – risco e vulnerabilidade socioambiental urbana – uma seara de alta complexidade para a compreensão e gestão urbana (ROGGERO; ZIGLIO; MIRANDA, 2018).

Belém e sua Região Metropolitana, localiza-se em uma península na confluência entre os rios Pará (Baía do Guajará) e Guamá, parte do conjunto das planícies e terras baixas da Amazônia (AB’SABER, 2003) e entrecortada por pequenos cursos d’água e igarapés. Suas características ambientais e a morfologia do sítio urbano, estão associadas, nesse aspecto, à presença da dinâmica das águas. A formação geomorfológica, constituída de planícies fluviais e de inundação, de terraços esparsos e tabuleiros cujas altimetrias variam entre 05 metros a 20 metros acima do nível do mar, expressam também a temporalidade da origem litológica, geralmente situada, entre o plioceno, pleistoceno e holoceno.

Trata-se de ambientes cujas dinâmicas de formação tem no curso d’água seu elemento modelador principal. Nesse sentido, o sítio urbano está sujeito sazonalmente ao avanço das águas, seja pela intermitência dos períodos climáticos, inverno amazônico, como pelo avanço e recuo diário das águas por influência das marés. É lícito afirmar que as terras baixas da Amazônia e especificamente da parte localizada na zona costeira, apresentam vulnerabilidade ambiental.

A ocupação desses espaços, historicamente por comunidades e por meio da fundação de vilas e cidades (e o seu aprofundamento pelo processo diferenciado de produção e valorização do espaço urbano) lograram desafios socioambientais importantes ao longo

do tempo, influenciando políticas e ações públicas. Trata-se de uma peculiaridade, uma característica distintiva não somente de Belém, mas da maioria das cidades da Amazônia brasileira.

O crescimento urbano de Belém se deu em torno de áreas alagadas, de modo que as áreas mais próximas ao núcleo central, quando possível, eram “devoradas” por meio de aterros, nivelamentos, e tubulação das águas. (RODRIGUES et al., 2014). No entanto, não tardou para que as planícies de inundação se tornassem locais de moradia de parte substancial da população da RMB e em especial de Belém. A tabela a seguir mostra os percentuais de aglomerados subnormais em Belém e Região Metropolitana segundo dados do IBGE.

Tabela 1 - Percentual de Domicílios ocupados em aglomerados subnormais na Região Metropolitana de Belém (2010) - Censo Demográfico.

Município da RMB	% Domicílios
RMB	66,3 %
Belém	52,4% (4 ^a . do Brasil)
Ananindeua	61 % (3 ^a . do Brasil)
Marituba	77,4% (1 ^a . do Brasil)
Santa Bárbara	2%
Benevides	1,6%
Santa Izabel do Pará	2,1%
Castanhal	4%

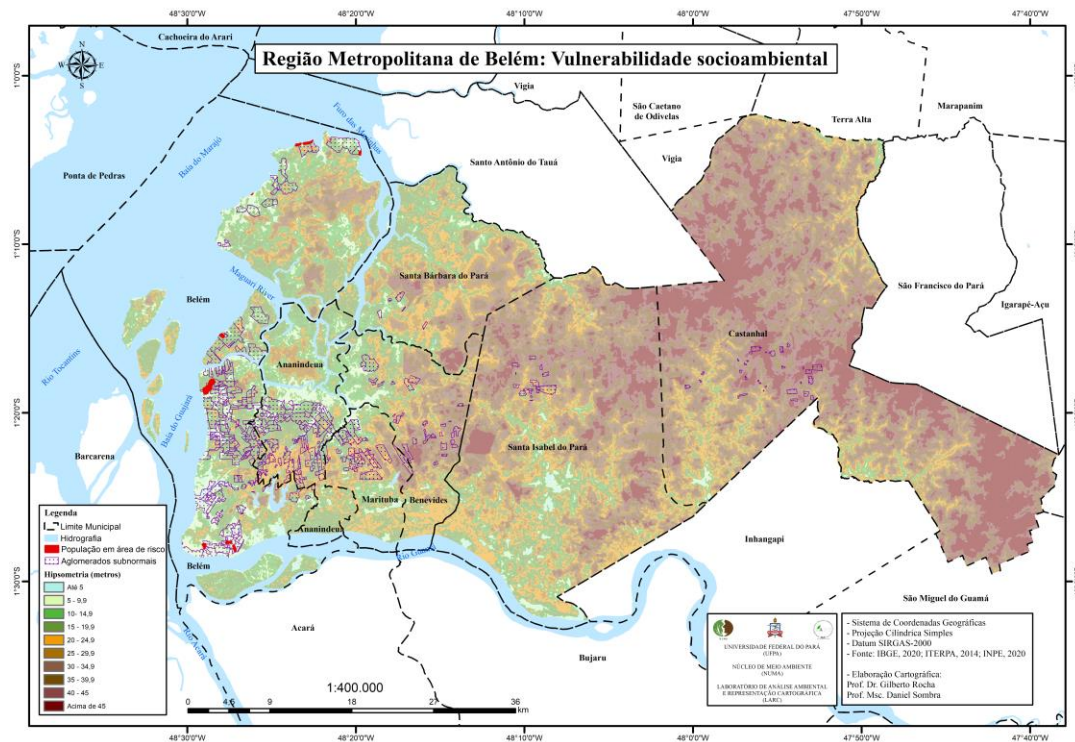
Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

Pinheiro (2012, p. 66) analisando a distribuição dos aglomerados subnormais no Brasil e na Região norte do país, afirma que a RMB é a região metropolitana brasileira com o maior percentual de domicílios situados em aglomerados subnormais. Em suas palavras:

A Região Metropolitana de Belém onde vivem mais de 2,1 milhões de habitantes concentra a maior quantidade de domicílios localizados em aglomerados subnormais do Pará, sendo predominante a grande extensão dessas áreas, principalmente no município de Belém. Na lista dos municípios da RMB com a maior proporção de domicílios em aglomerados subnormais em seu tecido urbano, Marituba lidera com mais de 77% (21.220) da população, concentrando 77,19% (83.368) dos domicílios do município com esta característica. Em seguida, os municípios de Ananindeua com mais de 60% dos seus domicílios concentrados em aglomerados e Belém com 52,43%, ou seja, mais de 190 mil domicílios.

A Figura 1, representa, espacialmente, os espaços de vulnerabilidade socioambiental da Região Metropolitana de Belém, localizados predominantemente nas terras baixas, em sua maioria concentrados em Belém (inclusive com presenças de áreas críticas e de risco) mas, presentes de forma expressiva nos municípios de Ananindeua e Marituba.

Figura 1 - Mapa da vulnerabilidade socioambiental da Região Metropolitana de Belém, 2010.



Considerando a população residente em aglomerados subnormais, conforme Tabela 2 e mapa 1, cerca de 52,5% da população habita esses espaços, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas com restrição à ocupação, principalmente ligadas às condições ambientais. Percentual ainda maior se considerarmos a população dos municípios de Marituba (77,2%) e Ananindeua (61,2%) .

Tabela 2 – Percentual da População Residente em aglomerados subnormais na Região Metropolitana de Belém (2010) - Censo Demográfico.

Município da RMB	% População
RMB	52,5
Belém	54,5
Ananindeua	61,2
Marituba	77,2
Santa Bárbara	2,1
Benevides	1,5
Santa Izabel do Pará	2,2%
Castanhal	4,2%

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

Os dados são extremamente relevantes: Foram identificados 193.577 domicílios, ou seja (52,43%) do município de Belém em áreas de aglomerados subnormais, com um total de 758.524 mil habitantes que representam 54,47% da população da cidade. Uma das características dominantes dos aglomerados subnormais em Belém é a grande extensão de suas áreas (ver Mapa 01), em termos de quantidade de domicílios e população residente (IBGE, 2010). Análise dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística efetuada por Pinheiro(2012), constata que:

a população em Aglomerados Subnormais é de 758.524 habitantes, e a população dos aglomerados dentro da mancha é de 584.833, isso é 77,10% da população dos aglomerados subnormais de Belém. A densidade demográfica dos aglomerados subnormais em Belém é de 8.854 hab/km².

Ressalta ainda que “os dados nos revelam que 77,10% da população moradora dos Aglomerados Subnormais em Belém, encontra-se em situação de vulnerabilidade em relação ao risco de alagamento e eventuais inundações” (PINHEIRO, 2015, p. 84).

A TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM BELÉM E REGIÃO METROPOLITANA

As desigualdades socioterritoriais presentes entre os municípios da RMB fazem parte dos obstáculos estruturais enfrentados pelo SUS, principalmente com respeito à rede assistencial da atenção básica (AB), que constitui a mais ampla cobertura e difusão assistencial entre estes municípios. Assim, faz-se necessária uma melhor compreensão da estrutura assistencial dos serviços de AB presentes na área de estudo, particularmente nos espaços de vulnerabilidade socioambiental.

O processo de distribuição dos serviços e equipamentos de saúde, instituído pelo Ministério da Saúde, destinou os recursos da saúde em razão da demanda populacional das cidades brasileiras. Assim, os equipamentos de alta complexidade foram implantados nos grandes aglomerados urbanos, ou seja, nas capitais dos estados consideradas como pontos estratégicos, enquanto os equipamentos de média complexidade estabeleceram-se nos centros regionais ou nas cidades médias com referência no atendimento da população dos municípios menores, consolidando, assim, a hierarquia urbana dos serviços de saúde do país.

Nessa concepção, entende-se que a rede de saúde do Pará foi constituída de acordo com a hierarquia urbana do estado, em que a capital exerce uma função hegemônica na disposição dos serviços de saúde de alta complexidade para a Região Metropolitana e outros municípios, ao passo que as cidades médias dispõem dos serviços de média complexidade para os municípios mais próximos e menos equipados, os quais, por sua vez, dispõem apenas dos serviços de atenção básica.

A AB atua em um sistema de integração de todos os níveis de complexidade, e não mais um programa direcionado aos pobres. Por conseguinte, a AB 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 especializada em casos de agravamento ou de acompanhamento rotineiro de sua saúde. A AB cumpre o papel de base no ordenamento da integralidade pela função estratégica na rede de atenção. Contudo, o cumprimento do propósito da atenção primária 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 Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

As UBS funcionam como acesso inicial e/ou porta de entrada da AB, pela difusão capilarizada desses estabelecimentos nas regiões de saúde. A abrangência e a 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, da classificação de risco e do encaminhamento para outros serviços.

Para um funcionamento abrangente da oferta dos serviços de AB, as UBS são vinculadas ao modelo da ESF, que possui aspectos estratégicos de articulação com as práticas, e com a promoção, prevenção e reabilitação de saúde em territórios definidos

no sentido da resolutividade de problemas previamente identificados (BRASIL, 1997). 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 teve uma proposta inovadora, em face da antiga concepção da atenção primária, atual AB, associada a uma perspectiva excludente que, além de proporcionar uma baixa resolutividade, não garantia um acesso facilitado aos demais níveis especializados de atenção. Esse modelo viabilizou a transposição de uma medicina antes curativa em 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.

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. Nesse sentido, as UBS deveriam atuar em um modelo assistencial preventivo, com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que propõe cuidados relativos a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

A atuação da rede de AB na RMB, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), até março de 2021, os municípios possuíam um total de 248 unidades básicas de saúde (UBS), das quais 78 estão localizadas na cidade de Belém, Ananindeua (60), Castanhal (42), Santa Isabel do Pará (27), Marituba (18), Benevides (17) e Santa Barbará do Pará (6) (Mapa 2). As UBS funcionam vinculadas a Estratégia Saúde da Família (ESF) com o total de 329 equipes de saúde da família (eSF) distribuídas entre os municípios da RMB, com o maior número de equipes no município de Ananindeua com 116, na sequência a cidade de Belém (94), Castanhal (49), Benevides (24), Marituba (22), Santa Isabel do Pará (18) e Santa Barbará do Pará (6). Ananindeua foi considerado o município com o maior número de agentes comunitários de saúde (ACS) contando com 725 profissionais, seguido de Belém (549), Castanhal (349), Santa

A atuação do modelo ESF abrange cerca de 57% de todas os municípios da RMB, de acordo com o DATASUS até março de 2020, ou seja, em torno de 1.316.000 pessoas; e uma maior cobertura das ESF nos municípios de Benevides, Castanhal e Santa Bárbara do Pará que apresentam uma cobertura de 100%, seguidas por Ananindeua (98%) e Marituba (81,3%). As menores proporções de alcance dessas equipes estão nos municípios de Santa Isabel do Pará (40,3%) e Belém (27%). Cabe ressaltar que a cobertura da ESF na cidade de Belém apresenta um total de 94 ESFs atuando em apenas 54 UBS das 78 existentes na capital. De acordo com as recomendações da PNAB, o volume de pessoas atendidas pelas equipes não pode ultrapassar o número de 4000 usuários por ESF. Belém possui hoje aproximadamente 376 mil habitantes adscritos nas ESFs, cerca de 27% da população de um total de 1.393.399 habitantes (IBGE, 2010).

O relatório do Instituto Trata Brasil (ITB, 2020, p. 105) destacou Belém e Ananindeua dentre as vinte piores cidades na prestação de serviços de esgotamento sanitário e abastecimento de água potável. O ITB (2020, p. 104) apontou Belém em 96º lugar e Ananindeua na última colocação como pior cidade na oferta de abastecimento de água e estrutura sanitária do país de uma lista de 100 cidades pesquisadas, o que significa que 29,70% e 67,37% dos moradores destas cidades não dispõem de água tratada (potável), 86,44% e 98% das residências de Belém e Ananindeua, respectivamente, não têm coleta do esgoto doméstico; e 97,70% de toda a água consumida no município de Belém não possui nenhum tipo de tratamento (ITB, 2020).

Apesar de os serviços de AB não possuírem um direcionamento predominante à população de menor poder aquisitivo, é incontestável que em locais de maior privação social faz-se necessária a presença de políticas públicas, com a presença das UBS e a atuação da ESF nos locais de maiores carências sociais. Nesse aspecto, observa-se, que apesar dos avanços referentes a abrangência da AB na RMB, ainda constam os desafios atinentes aos espaços de vulnerabilidade socioambiental, que, de acordo com o Censo Demográfico (IBGE, 2010), 52,5% da população da RMB residem em áreas de aglomerados subnormais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A territorialização da atenção básica à saúde em Belém e região metropolitana apresenta característica que expõe dificuldades de cobertura de promoção de serviços de saúde, considerando o SUS. A RMB, constitui um espaço

metropolitano que expõe condições de infraestrutura, habitação e saneamento, que expressam percentuais elevados de efetivo populacional em situação de vulnerabilidade. Percentuais superiores a 50% da população dos três maiores municípios metropolitanos (Belém, Ananindeua e Marituba)

É importante considerar que a vulnerabilidade social, expressa nas condições de habitabilidade dos aglomerados subnormais (IBGE,2010), soma-se o fato de que a maioria da população dos bairros que compõem os aglomerados subnormais, habitam áreas alagadas. Isto é, revelam que 77,10% da população moradora dos Aglomerados Subnormais em Belém, encontra-se em situação de vulnerabilidade em relação ao risco de alagamento e eventuais inundações.

São enormes desafios, quando consideramos que apesar dos avanços referentes a abrangência da AB na RMB, ainda constam os desafios atinentes aos espaços de vulnerabilidade socioambiental. A cobertura de atendimento não é suficiente, considerando as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica. Belém possui hoje aproximadamente 376 mil habitantes adscritos nas ESFs, cerca de 27% da população de um total de 1.393.399 habitantes (IBGE, 2010). Dados que contrasta com Ananindeua(98%) e Marituba(81,3%).

Sugere-se, nesta oportunidade, o aprofundamento dos estudos, no sentido de mapeamento e conhecimento do território, tendo em vista a ampliação da abrangência socioespacial dos serviços de saúde. Portanto, de tornar efetiva a promoção à atenção básica à saúde da população urbana e metropolitana de Belém.

REFERÊNCIAS

AB'SÁBER, Aziz Nacib. **Os domínios de natureza no Brasil:** Potencialidades paisagísticas. São Paulo: Ateliê editorial, 2003

BRASIL. Lei nº 8080/90. **Lei Orgânica da Saúde.** Diário Oficial Brasília. Poder Executivo, Brasília, DF, 1990. Disponível em: BRASIL. Lei nº 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial Brasília. Poder Executivo, Brasília, DF, 1990. Acesso em: 12 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde – DATASUS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).** Unidades básicas de saúde em uso na Região Metropolitana de Belém. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp.VEstado=15&VMun=150140&VComp=00&VUni=02. Acesso em: 15 mar. 2021.

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 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
Acesso em: 16 jun. 2020.

CAL, P. S. R. **Esboço de evolução urbanística de Belém**. [S.l.]: [s.n.], 1987.

CASTRO, E. Mudanças no estuário amazônico pela ação antrópica e gerenciamento ambiental/projeto Megam. In: ARAGÓN, L. **Conservação e desenvolvimento no estuário e litoral amazônico**. Belém: UFPA/NAEA, 2003.

CRESPO, Matheus Pepe. Um estudo sobre o conceito de território na análise geográfica. In: ENCONTRO DE GEOGRAFIA, 3, SEMANA DE CIÊNCIAS HUMANAS, 6, Rio de Janeiro, RJ, 2010. **Anais...** Rio de Janeiro, 2010.

DERENJI, J. da S. Arquitetura eclética no Pará: No período correspondente ao ciclo econômico da borracha: 1870-1912. In: FABRIS, Annateresa (Org.). **Ecletismo na Arquitetura Brasileira**. São Paulo: Nobel; Editora da Universidade de São Paulo, 1987.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. **Hygeia**, v. 9, n. 16, p. 131 - 147, jun., 2013.

FERREIRA, C. F. Produção do espaço urbano e degradação ambiental: Um estudo sobre a várzea do igarapé do Tucunduba. Dissertação de Mestrado (BELÉM - PA), São Paulo, 1995.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. 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 E-book.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública**. Fundação Oswaldo Cruz, p. 32. Disponível em: <HTTTP://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

HAESBAERT, Rogério. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: SANTOS, Milton. BECKER, K. B. (Orgs). **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: Lamparina, 3. ed. 2011. p. 43-72.

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](http://tratabrasil.org.br/images/estudos/itb/ranking_2020/Relatorio_Ranking_Trata_Brasil_2020_Julho.pdf). Acesso em: 10 jun. 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_sude.pdf Acesso em: 18 jun. 2020.

MEIRA FILHO, A. **Evolução histórica de Belém do Grão-Pará: fundação e história**. Belém: CIA Gráfica: Globo, 1976.

MENDES, L. A. S. A Geografia-Histórica Da Região Metropolitana de Belém. Natal: **Revista Espacialidades** [online]. v. 14, n. 1. 2018.

MONTE, Lucas Almeida; Sousa, SARA, Raquel Cardoso Teixeira de; ARAÚJO, Raimundo Lenilde de. Território: um conceito da geografia na perspectiva de alunos de uma escola pública da cidade de Teresina – PI. CONGRESSO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA, 7., 2014. **Anais...** Vitória, ES, ago.2014.

PENTEADO, A. R. **Belém: estudo de geografia urbana.** Belém: Ed. UFPA. 2 v. Coleção Amazônica: Série José Veríssimo, 1968.

PINHEIRO, A. **Aglomerados Subnormais em Belém: risco e vulnerabilidade socioambiental.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós- Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Pará, 2015.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder.** São Paulo: Ática, 1993.

ROGGERO, M. A.; ZIGLIO, L.; MIRANDA, M. **Vulnerabilidade socioambiental, análise de situação de saúde e indicadores: implicações na qualidade de vida no município de São Paulo.** São Paulo: Confins, 36, 2018.

RODRIGUES, R. M. et al. Urbanização das baixadas de Belém-Pa: transformações do habitat ribeirinho no meio urbano. **Anais...** APP Urbana, Belém, 2014.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBÔAS A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol SUS**, v. 7, p. 7-28, 1998.

TRINDADE JÚNIOR, S. C. **A Cidade dispersa: os novos espaços de assentamentos em Belém e a reestruturação metropolitana.** 1998. 395 f.: Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SILVA, A. L. A.; ROCHA, G. M. Cidade e água: a produção do espaço na Bacia do Igarapé do Tucunduba em Belém-PA. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Regional**, v. 7, n. 1, p. 91- 114, 2019.