

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
BACHARELADO EM GEOGRAFIA

HELENA CRISTINA MOREIRA VALENTE

**A CENTRALIDADE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE EM SUA REGIÃO IMEDIATA**

Campos dos Goytacazes
2021

HELENA CRISTINA MOREIRA VALENTE

**A CENTRALIDADE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE EM SUA REGIÃO IMEDIATA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de Bacharelado
em Geografia, como requisito parcial
para conclusão do curso.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Erika Vanessa Moreira Santos

Campos dos Goytacazes

2021

Ficha catalográfica automática - SDC/BUCC
Gerada com informações fornecidas pelo autor

V154c Valente, Helena Cristina Moreira
A centralidade de Campos dos Goytacazes nos serviços de
saúde em sua região imediata / Helena Cristina Moreira
Valente ; Erika Vanessa Moreira Santos, orientador. Campos dos
Goytacazes, 2021.
94 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Geografia)-
Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências da
Sociedade e Desenvolvimento Regional, Campos dos Goytacazes,
2021.

1. Região Imediata. 2. Geografia da Saúde. 3. Serviços de
Saúde. I. Santos, Erika Vanessa Moreira, orientador.
II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências
da Sociedade e Desenvolvimento Regional. III. Título.

CDD -

HELENA CRISTINA MOREIRA VALENTE

**A CENTRALIDADE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE EM SUA REGIÃO IMEDIATA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de Bacharelado
em Geografia, como requisito parcial
para conclusão do curso.

Aprovada em 13 de maio de 2021.

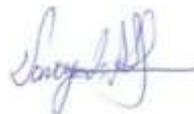
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Erika Vanessa Moreira Santos (Orientadora) - UFF



Prof^a. Dr^a. Danielle Pereira Cintra Senna- UFF



Prof^a. Dr^a. Vanuza da Silva Pereira Ney - UFF

Campos dos Goytacazes

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por sua infinita bondade ao trazer a paz e a esperança em toda minha trajetória acadêmica. Agradeço meus pais, Marcia Helena e João Batista, por todo apoio e meus avós, Constança Maria e Celsio (*em memória*), por todo incentivo e carinho, e a toda minha família, madrinhas e padrinho que sempre torceram por mim. Ao meu primo Rodrigo Augusto por me ajudar no *abstract*, ficou muito bom.

Agradeço também minha orientadora Profa. Dra. Erika Moreira por todo apoio e incansável solicitude em todas as dúvidas e andamentos de pesquisa e desse TCC, obrigada de coração. Agradeço ao Núcleo de Estudos Rurais e Urbanos (NERU), por seus professores competentes que nos estimulam sempre crescer profissionalmente e como pessoa, principalmente os professores Leandro Bruno, Socorro Lima e Vanusa Ney. Estendo esse agradecimento ao Laboratório de Geotecnologias (LAGEOT), principalmente à Profa Danielle Cintra por contribuir e auxiliar no projeto Atlas Socioeconômico Norte Fluminense e posteriormente o projeto Atlas COVID-19 Norte e Noroeste Fluminense em conjunto com o NERU, principal abertura de olhos para a temática desse trabalho, em pensar que Geografia e Saúde podem dialogar. Aos projetos no qual fui voluntária, sem eles meu crescimento profissional ainda estaria na estaca zero, pela oportunidade de ministrar minicursos e partilhar o que eu sabia com os calouros do curso, que se tornaram colegas.

Agradeço à Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação da UFF (PROPI UFF), à Pró-Reitoria de Graduação da UFF (PROGRAD UFF), à Pró-Reitoria de Extensão da UFF (PROEX UFF), à Agência de Inovação da UFF (AGIR), Programa Institucional de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (PIBITInova) e ao Programa de Educação Tutorial (PET) pelas bolsas de estudo que tive durante a graduação.

Obrigada amigos por sempre estarem lá, nas vitórias de prêmios acadêmicos até nos trabalhos complexos, por não me deixarem desanimar e por se preocuparem comigo. Aos amigos que me viram partir para a UFF Campos por sempre acreditarem no meu potencial. Agradeço também as colegas de repúblicas e de pensão por me estimularem a continuar nessa jornada e por segurarem o almoço para quando eu chegava correndo.

Enfim, só tenho a agradecer por Deus colocar vocês em minha vida e por demonstrarem tanto carinho por mim de diferentes maneiras.

As relações que os elementos da rede mantêm com a presente vida social, em todos os seus aspectos, isto é, essa qualidade de servir como suporte corpóreo do cotidiano.

Milton Santos

RESUMO

A Região Imediata de Campos dos Goytacazes (RICG) é formada por seis municípios: Campos dos Goytacazes, Cardoso Moreira, Italva, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra. A região imediata apresenta uma hierarquia e rede urbana, sendo a mais recente regionalização brasileira, institucionalizada no ano de 2017. Esse trabalho tem como objetivo identificar e analisar os equipamentos urbanos vinculados à área da saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes à luz da rede urbana. Para cumprir esse objetivo, a metodologia utilizada consiste nas referências bibliográficas referentes à temática e a sistematização de dados secundários coletados junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Região de Influência de Cidades (REGIC) de 2018 e o Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE). Os resultados obtidos evidenciam que Campos dos Goytacazes apresenta a maior quantidade de estabelecimentos, equipamentos e especialidades de diferentes níveis de complexidade, principalmente a de alta complexidade e recebe o maior orçamento repassado pelo Estado. Na relação com outros municípios da região imediata, apresenta fortes vínculos no acesso aos serviços de saúde, exceto em Cardoso Moreira e Italva e uma hierarquia superior aos demais municípios. Todos esses indicadores mostram que Campos dos Goytacazes apresenta uma centralidade para a sua Região Imediata, entretanto, no que tange a saúde, isso não é identificado em sua totalidade.

Palavras Chaves: Região Imediata; Centralidade; Serviços de Saúde

ABSTRACT

The Immediate Campos dos Goytacazes Region (ICGR) is formed by six cities: Campos dos Goytacazes, Cardoso Moreira, Italva, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana and São João da Barra. The Immediate Region presents a hierarchy and a urban network, being the most recent Brazilian regionalization, institutionalized of the year 2017. This work has as objective to identify and analyze the urban equipments linked to the health area in the Immediate Region of Campos dos Goytacazes enlightened by the urban network. To reach this objective, the methodology used consists in bibliographic references referring to the thematic and to the systematization of collected secondary data from the Only Healthy System (Sistema Único de Saúde, SUS) Computing Department (DATASUS), Region of Influence of the Cities (Região de Influência de Cidades, REGIC) of 2018 and the Audit Office of Rio de Janeiro. The obtained results are evidence that Campos dos Goytacazes shows the bigger amount of establishments, equipments and different complexity specialties levels, mainly of the high complexity and receives the bigger budget from the State. In relation to the others cities of the Immediate Region, it shows strong link on the access to health services, except at Cardoso Moreira and Italva and a superior hierarchy to the others cities. All of these indicators shows that Campos dos Goytacazes show a centrality for it's Immediate Region, although, in reference to health, this is not totally identified.

Keywords: Immediate Region; Centrality; Health Services

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mesorregiões e Microrregiões do Estado do Rio de Janeiro.....	35
Figura 2 - Regiões de Governo do Estado do Rio de Janeiro.....	36
Figura 3 - Regiões Intermediárias do Estado do Rio de Janeiro.....	37
Figura 4 - Regiões Imediatas do Estado do Rio de Janeiro.....	38
Figura 5 - Mapa de Localização da Região Imediata de Campos dos Goytacazes (RJ).....	39
Figura 6 - Mapa da Hierarquia da Rede Urbana da Região Imediata de Campos dos Goytacazes.....	41
Figura 7 - Classificação da Hierarquia da Rede Urbana REGIC 2018.....	42
Figura 8 - Centralidade de Gestão Territorial de 2014.....	43
Figura 9 - Mapa dos Arranjos Populacionais de 2015 do ERJ.....	46
Figura 10 - Nível de Centralidade dos Serviços de Saúde.....	55
Figura 11 - Nível de Centralidade das Classes de Complexidades dos Serviços de Saúde.....	56
Figura 12 - Leitos de Saúde de 2018.....	57
Figura 13 - Deslocamentos dos serviços de Saúde de Alta Complexidade.....	58
Figura 14 - Mapa de Ligações entre Cidades: Índice de Atração temática para saúde de alta complexidade na Região Imediata de Campos dos Goytacazes (2018).....	60
Figura 15 - Gráfico de UBS em 2020 na RICG.....	68
Figura 16 - Gráfico de UPA em 2020 na RICG.....	69
Figura 17 - Gráfico de Hospital Geral em 2020 na RICG.....	70

Figura 18 - Cronologia das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.....72

Figura 19 - Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.....79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diferentes formas de regionalização do IBGE.....	24
Quadro 2 - Metodologia da REGIC 2018.....	28
Quadro 3 - Regionalização dos Municípios da RICG.....	39
Quadro 4 - Fundação e Emancipação dos Municípios da Região Imediata de Campos dos Goytacazes.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados Gerais sobre a Região Imediata de Campos dos Goytacazes.....	18
Tabela 2 - Censo Demográfico de 2010 da Região Imediata de Campos dos Goytacazes.....	44
Tabela 3 - Hierarquia dos Equipamentos Médicos.....	53
Tabela 4 - Hierarquia das Especialidades Médicas.....	53
Tabela 5 - Equipamentos de Saúde DATASUS no ano de 2018.....	62
Tabela 6 - Equipamentos de Saúde DATASUS no ano de 2020.....	63
Tabela 7 - Especialidades de Saúde DATASUS 2018.....	65
Tabela 8 - Especialidades de Saúde DATASUS 2020.....	66
Tabela 9 - Royalties na Região Imediata de Campos dos Goytacazes e Saúde de 2018.....	83
Tabela 10 - Repasses para a Saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes 2018...	83

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Arranjo Populacional
APCUB	Estudo de Arranjos Populacionais e Concentrações Urbanas do Brasil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CENPE/MPRJ	Centro de Pesquisas do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
CEPERJ	Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro
CER	Central Estadual de Regulação
CERAC-RJ	Central Estadual de Procedimentos de Alta Complexidade
CG	Campos dos Goytacazes
CIDE	Fundação Centro de Informações e Dados do Estado do Rio de Janeiro
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISNF	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Norte Fluminense
CISNOVO	Consórcio Intermunicipal de Saúde das regiões Norte e Noroeste
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil
CNRAC	Centro Nacional Procedimentos de Alta Complexidade
CODESP	Consórcio Intermunicipal para o Desenvolvimento da Saúde Pública
CONASP	Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social
CONSPNOR	Consórcio de Saúde Pública da região Noroeste
CREGN	Central Estadual de Regulação do Norte
CREHNOR	Central Estadual de Regulação do Noroeste
CU	Centros Urbanos
DATAPREV	Dados da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DUR	Divisão Urbano-Regional
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
FES	Fundos Estaduais de Saúde
FESP-RJ	Fundação Escola do Serviço Público do Rio de Janeiro

FMS	Fundos Municipais de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GT	Gestão do Território
IA	Índice de Atração das Cidades
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAT	Índice de Atração Temático
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores de Dados Básicos
IDM	Índice de Desenvolvimento Municipal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LTB	Logística dos Transportes do Brasil
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério Público
MTCI	Meio Técnico-Científico-Informacional
NO	Normas Operacionais
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PAS	Programações Anuais de Saúde
PECPM	Projeto Especial Cidades de Porte Médio
PMS	Plano Municipal de Saúde
PP	Política Pública
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAG	Relatório Anual de Gestão
RCL	Receita Corrente Líquida
REGIC	Regiões de Influência de Cidades
RQDA	Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior
RU	Rede Urbana
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNPS	Sistema Nacional de Previdência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCERJ	Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. Introdução	17
Capítulo 1 -Rede Urbana da Região Imediata de Campos dos Goytacazes	21
2.1 A Região e as Vertentes Teóricas.....	21
2.2 Regionalização das Regiões Intermediárias e Regiões Imediatas de 2017.....	23
2.3 Rede Urbana, Hierarquia Urbana e Interações Espaciais.....	29
2.4 Região Imediata de Campos dos Goytacazes.....	34
Capítulo 2 - Região Imediata de Campos dos Goytacazes e Saúde.....	50
3.1 A Saúde na Regiões de Influência das Cidades (2018)	51
3.2 Análise da Região de Influência das Cidades (2018) para a Saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes.....	58
3.3 Análise dos Equipamentos, Especialidades e Estabelecimentos de Saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes.....	62
Capítulo 3 - Políticas Públicas em Saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes.....	71
4.1 Sistema Único de Saúde (SUS).....	72
4.2 Políticas Públicas da Região Imediata de Campos dos Goytacazes para a Saúde.....	79
4.3 Receitas Municipais da Região Imediata de Campos dos Goytacazes para Saúde.....	81
4.4. Relação Público e Privado na Saúde.....	84
5. Considerações Finais.....	87
6. Referências Bibliográficas.....	89

1. Introdução

A temática deste trabalho se originou como desdobramento da minha atuação no projeto Atlas Socioeconômico do Norte Fluminense, em 2018, sendo eu responsável pela célula dos indicadores da saúde inserida na Mesorregião Geográfica do Norte Fluminense como voluntária e, posteriormente, bolsista. Depois da inserção nesse projeto, integramos, em 2020, o Atlas COVID-19 Norte e Noroeste Fluminense ficando responsável pela parte de mapeamento, organização e coleta dos dados do DATASUS. Isso foi importante para o conhecimento e aprofundamento nos estudos da Geografia da Saúde que estão presentes neste trabalho final de curso.

A Geografia da Saúde é uma das áreas mais interdisciplinares que comporta investigações no rumo da medicina, biologia, ciências sociais e geografia (MENDONÇA *et al*, 2014). Cada ciência possui uma visão sobre a temática e suas questões particulares que se integram à complexidade do tema. Segundo Rojas (1998), a Geografia da Saúde se divide em duas abordagens principais: Geografia Médica Tradicional cuja característica é a identificação e análise de padrões de distribuição espacial de doenças e a Geografia da Saúde que identifica e analisa a distribuição e o planejamento dos componentes de infraestrutura e recursos humanos do sistema de saúde. Nesse trabalho voltamos nossos esforços para trazer o debate à luz da Geografia da Saúde, já que, dentro do recorte espacial selecionado, não encontramos muitos trabalhos.

O recorte espacial escolhido para a consecução da pesquisa é a Região Imediata de Campos dos Goytacazes (RICG), formada por seis municípios: Campos dos Goytacazes, Cardoso Moreira, Italva, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra. Para compreender significado de Região Imediata de Campos dos Goytacazes faz necessário reconhecer a divisão regional adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), institucionalizada em 2017, e suas novas concepções metodológicas. A Região Imediata está inserida na rede urbana, marcada por regiões organizadas a partir de centros urbanos próximos para a satisfação das necessidades imediatas das populações ali vivenciadas (IBGE, 2017).

Segundo o IBGE (2017), as Regiões Imediatas possuem um limite de no mínimo de cinco municípios e o limite máximo de 25 municípios a um contingente populacional mínimo de 50.000 habitantes. Porém, elas respeitam as divisões das

unidades da federação, mesmo quando a unidade regional ultrapassa os limites estaduais. Particularmente, a região imediata é situada em rede de fluxos de serviço e centralidades, segundo a definição de IBGE (2017).

A Região Imediata de Campos dos Goytacazes pertencente ao estado do Rio de Janeiro está inserida no contexto da crise do Estado pela escassez de recursos financeiros o que acometesse, entre outras áreas prioritárias, a questão da saúde pública (BLOIS *et al*, 2017). Isso ocorre em detrimento ao uso inadequado dos repasses que seriam para aquisições de equipamentos médicos, a ineficiência dos gestores públicos em direcionam recursos sem planejamento ou destinação de recursos em área sem prioridades, principalmente pelo desconhecimento da saúde pública de sua região (BLOIS *et al*, 2017). Na questão orçamentária, no que se refere à RICG, os recursos destinados ao SUS correspondem a aproximadamente 17% dos recursos recebidos do Estado para toda a Mesorregião Geográfica do Norte Fluminense de 2007 a 2011 (BARROS, 2015).

A título de caracterização dos municípios componentes da RICG construímos a tabela 1.

Tabela 1: Dados Gerais sobre a Região Imediata de Campos dos Goytacazes

Município	IDM	População (hab)	Extensão Territorial (km ²)	Renda per capita (R\$)
Campos dos Goytacazes	0,716	463.731	4.032	64.186,76
Cardoso Moreira	0,648	12.540	515	21.776,17
Italva	0,688	14.063	296	20.276,49
São Fidelis	0,691	37.543	1.028	17.997,75
São Francisco do Itabapoana	0,639	21.023	1.111	24.249,19
São João da Barra	0,671	32.747	455	199.339,81

Fonte: IBGE (2010)

Org: Helena Valente, 2021.

O município de Campos dos Goytacazes se destaca como o maior Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM), índice composto de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1 mais desenvolvido. Também se destaca em termos populacionais e possui a maior extensão territorial do ERJ, além de registrar a renda per capita relativamente alta

comparado aos demais municípios, exceto São João da Barra. Esse breve panorama mostra como esse município se destaca na rede urbana, além dos elementos da saúde.

Com esse trabalho levantamos a seguinte pergunta: Como Campos dos Goytacazes representa uma centralidade relevante para a região na questão dos equipamentos urbanos de saúde? Como que esses municípios se relacionam com os demais da região imediata e vice-versa, sobretudo em tempos de crise? Nossa hipótese é de que Campos dos Goytacazes possui centralidade e concentração de serviços de saúde para toda a região imediata, gerando uma desigualdade espacial entre os indicadores analisados, como, especialidades, equipamentos e estabelecimentos.

O objetivo geral deste trabalho é identificar e analisar a distribuição dos estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade na região imediata de 2018 e 2020 e as interações espaciais de fluxos e fixos de centralidade de saúde da rede urbana na Região Imediata de Campos dos Goytacazes

Os objetivos específicos são a) Contextualizar o histórico da formação da RICG e as principais características da rede urbana; b) identificar e analisar os equipamentos urbanos vinculados à área da saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes à luz da rede urbana e c) Identificar e analisar as políticas públicas de saúde que englobam a região.

Para cumprir esses objetivos foram realizados um amplo levantamento bibliográfico utilizando os conceitos de geografia das redes e o meio técnico científico informacional de Santos (2006), geografia da saúde de Rojas (1998), estudos da rede urbana de Corrêa (2006), conceito de centralidade e rede urbana de Sposito (2008) e Sposito (2010), entre outros autores de destaque em suas temáticas. Para a compreensão do aparato político da saúde brasileira e fluminense foi feito um amplo levantamento de materiais documentais, leis, decretos principalmente no que tange o Sistema Único de Saúde.

Foi realizada a coleta, a organização, a sistematização e a análise de dados de fonte secundária a partir dos seguintes bancos de dados:

A No site IBGE Cidades (2010) para a coleta de informações sobre as regionalizações feitas pela Instituição desde sua criação focando na Região Imediata de 2017;

b) Na Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes e as respectivas secretarias municipais para acesso aos planos municipais de saúde, relatórios e políticas públicas complementares, atreladas com as principais políticas nacionais de saúde;

c) No Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), período compreendido entre 2018 e 2020, para obtenção de informações sobre tipos de estabelecimentos, especialidades e equipamentos de saúde, assim como suas conceituações;

d) Nas Regiões de Influência de Cidades (REGIC), 2018, para compreensão da metodologia específica sobre a hierarquização, influência e ligações entre cidades em quesitos e índices de comparação;

e) No Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE) para obtenção de dados sobre repasses da saúde de 2018 de todos os municípios da Região Imediata de Campos e sua relação com os *royalties* de petróleo.

Esses dados foram representados por meio de gráficos, quadros e tabelas produzidas pelo programa Excel do Pacote *Office*. Também produzimos mapas utilizando o programa QGis (*software* livre) inserido arquivos *shapefiles* do IBGE com dados unificados das plataformas governamentais relatadas.

Por fim, o trabalho está estruturado em três capítulos, cujo eixo norteador é compreender a centralidade da saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes e as problemáticas inseridas nessa discussão. O primeiro capítulo tem como objetivo realizar a discussão do conceito de região e redes de cidade, especificamente, a rede urbana. Também analisamos as diferentes formas de regionalizações do IBGE, especialmente a Região Imediata de Campos dos Goytacazes.

No capítulo 2 o objetivo foi apresentar os resultados dos dados da REGIC e do DATASUS com ênfase nas ligações entre as cidades e a análise dos estabelecimentos, especialidades e equipamentos de saúde na RICG e o acesso à saúde em diferentes níveis de complexidade, especificando a alta complexidade.

Em relação ao capítulo 3, nosso foco baseou em uma contextualização histórica das políticas públicas de saúde no Brasil e nos municípios da RICG. A discussão da relação público e privado no Sistema Único de Saúde e a relação orçamentária dos municípios foram abordados nesse capítulo.

Capítulo 1 - Rede Urbana da Região Imediata de Campos dos Goytacazes

Este capítulo busca discutir sobre a Região Imediata de Campos dos Goytacazes (RICG), para tanto, trazemos um arcabouço teórico sobre o conceito de região, regionalização, rede urbana e a regionalização da região imediata e intermediária. Tendo em vista que a RICG tem como característica principal os fluxos cotidianos dentro da rede urbana.

1.1. A Região e as Vertentes Teóricas

Nesse trabalho, não temos a pretensão de aprofundar nas diferentes correntes teóricas desse conceito, porém destacamos autores clássicos que já propuseram a argumentar sobre o conceito como: Koppen (1928 *apud* CORRÊA, 1986, p. 24) e Herbertson (1905 *apud* CORRÊA, 1986, p. 24) sobre o determinismo da região natural; as ideias possibilitadas da região presentes nas obras de La Blache (1921 *apud* CORRÊA, 1986, p. 29). A geografia regional representada por Hettner (1927 *apud* GOMES, 1995, p. 57) e Hartshorne (1939 *apud* GOMES, 1995, p. 59), contribuiu para a formação de um método regional; a região se tornou um campo empírico de observação, ao mesmo tempo, um campo de verificação de suas relações, dentro da complementaridade de aspectos regionais. A região, na perspectiva da geografia quantitativa, diz respeito à diferenciação de áreas (CORRÊA, 1986), ou seja, a existência de áreas diferentes entre si.

Também enfatizamos autores da geografia crítica representados por Lacoste (1976 *apud* GOMES, 1995, p. 55), Santos (1996), Becker (1995), Haesbaert (2010), entre outros. Essa corrente destaca que o conceito de região não se resumiria a uma hierarquia de funções (região funcional) ou apenas a características gerais (região homogênea), mas se tratava de uma região que é enraizada nos processos da divisão territorial do trabalho ou da divisão socioespacial do trabalho, fundamentada na produção do espaço capitalista e, conseqüentemente, a produção de espaços desiguais. Outra corrente é a geografia humanista, baseada na fenomenologia e no humanismo, compreendendo a região como um conceito de pertencimento ao lugar e ressalta as simbologias.

Esse breve percurso histórico é importante para compreender a região como uma ação e “regionalizar passa a ser uma tarefa de dividir o espaço segundo diferentes critérios e que

variam segundo as intenções explicativas de cada trabalho” (GOMES, 1995, p. 63). Além disso, as divisões não se fecham em si mesmas, podem ter infinitas regiões com distintos critérios. Esse conjunto de critérios pode levar a uma análise regional. Haesbaert (2010, p. 158) argumenta que os conceitos possuem identidades, representando uma realidade constantemente recriada, complexa, dinâmica e como reconstrução da matéria e da ideia.

Entretanto, foge do escopo deste trabalho um debate da epistemologia acerca do conceito de região. Nosso foco se baseará em Corrêa (1986, p. 23), na qual “a região é um conceito construído intelectualmente como instrumento de ação e controle dentro da sociedade de classes”.

Assim, há existência de uma série de práticas (monopólios, oligopólios, cartéis, etc.) de uma classe dominante que se utilizam do conceito da região e suas divisões regionais como espaço de ação e controle e para provocar uma dependência política, administrativa e econômica dessa classe dominante e suas relações inter e intrarregionais. Essa região do controle possibilita a acentuação das desigualdades econômica, sociais e espaciais, logo, na manutenção da estrutura do controle. Sendo o Estado o principal agente da regionalização brasileira (CORRÊA, 1986). O Estado promove níveis hierárquicos de dominação, segundo um tempo espacial e social de uma ação.

O Estado criou regiões de planejamento, ou seja, territórios de ação e controle (CORRÊA, 1986), em todas as instâncias governamentais. Elas são fundamentadas por uma ideologia que procura recuperar o equilíbrio que fora provocado pelo processo de desenvolvimento. As desigualdades regionais são um dos elementos principais para a organização socioespacial.

Lencioni (1999) apresenta três elementos gerais de uma região: reflexão política de base territorial; a disputa de um conjunto de interesses identificados em áreas determinadas e a discussão entre os limites da autonomia regional e do poder central. Mostrando, também, a presença dos proprietários de capital e o Estado, na construção do planejamento regional.

Segundo Corrêa (1986), a região de ação e controle pode sofrer semelhanças com o conceito de território, já que o território possui um caráter de ação política voltado para relações de poder e sua territorialização possui um processo de produção do espaço num campo de práticas e seus sujeitos sociais (HAESBAERT, 2010). Segundo Haesbaert (2010) a região corresponderia, além de um sentido de “recorte analítico”, às questões de ordem das práticas efetivas de diferenciação de espaço. Já a regionalização, diferente da territorialização,

propõe identificar parcelas do espaço articuladas ou dotadas de relativa coerência que sejam utilizadas como instrumentos de pesquisa relacionados à ação concreta de controle, produção e significação do espaço e suas múltiplas dimensões (HAESBAERT, 2010). Em relação aos conceitos destacados e o espaço, o autor considera que o espaço está inserido em todos os conceitos, assim como o território, região, paisagem e lugar são processos de produção do espaço. Corrêa (1986) e Haesbaert (2010) partem de ideias complementares sobre a região, não criando qualquer tipo de disputa entre os conceitos e sim situando aspectos dissociativos e associativos entre eles, utilizando a ideia de constelação de conceitos.

2.2. Regionalização das Regiões Intermediárias e Regiões Imediatas de 2017

A regionalização é um processo em constante rearticulação visto pelas diferenciações culturais, sociais, físicas e econômicas da região (HAESBAERT, 2010). O processo de regionalização é marcado pelos processos de diferenciação e integração de regiões. Apresentam, também, alguns elementos inseridos nesses processos com mais frequência como: a divisão territorial do trabalho, o que será produzido; o desenvolvimento de meios e técnicas de produção e suas relações, como será realizada a produção; a articulação e os meios de comunicação cada vez mais eficientes e rápidos (CORRÊA, 1986).

No Brasil, a regionalização oficial do país é instituída pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2018). Criado em 1936, esse órgão governamental tem como objetivo estabelecer critérios gerais de fundamentação científico-geográfica para atender a divisão administrativa do Território Nacional e a organização das unidades federativas (IBGE, 2017). Assim, as divisões regionais, além de ter um arcabouço do método científico, é instrumento de planejamento e de gestão.

Existem até o ano de 2021, seis publicações de regionalizações oficiais brasileiras (MAGNAGO, 1995) são elas: Zonas Fisiográficas (1942), Revisão das Zonas Fisiográficas (1960), Microrregiões Homogêneas (1968), Mesorregiões Homogêneas (1976), Microrregiões e Mesorregiões Geográficas (1989), Regiões Imediatas e Regiões Intermediárias (2017), além das divisões macrorregionais brasileiras. Cada regionalização tem finalidades e características de classificação próprias que condizem com o contexto histórico em que foram constituídas e seu papel dentro da organização de gestão do território brasileiro. O quadro 1 sintetiza as regionalizações oficiais no Brasil.

Quadro 1: Diferentes formas de regionalização do IBGE

Ano	Nome	Contexto Histórico	Características Principais
1942	Zonas Fisiográficas	Com a década de 1930 marcada pelo Governo de Getúlio Vargas, de caráter centralizador e movido pela ideia de integração nacional.	Discussão dos Territórios Nacionais fronteiriços voltados para a integridade e a diminuição de diferenças regionais e vigilância das áreas de fronteira.
1960	Revisão das Zonas Fisiográficas	Brasília como capital do país em 1960 promove uma revisão na circulação e rearranjos das zonas.	Políticas de desenvolvimento e segurança.
1968	Microrregiões Homogêneas	Ação política centralizada a partir do Regime Militar de 1964.	Levavam em conta as variáveis econômicas do plano de desenvolvimento econômico brasileiro e o conhecimento das diversificações regionais e buscando eliminar seus desequilíbrios na escala micro.

		próximos para a satisfação das necessidades imediatas das populações.	populacional mínimo de 50 000 habitantes. Respeitam as divisões das Unidades da Federação, mesmo quando a unidade regional coesa ultrapassa os limites estaduais.
--	--	---	---

Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: Adaptado de MAGNAGO (1995); IBGE (2017).

Destacamos a mais nova regionalização do IBGE de 2017, as Regiões Intermediárias e Regiões Imediatas. A diferença da região imediata para as outras, como citado no quadro 1, é a presença da rede urbana como elemento primordial para as regiões, ou seja, são estruturadas a partir de centros urbanos que possam suprir as necessidades imediatas da população inserida nesta região (IBGE, 2017). Vale ressaltar que as formas de regionalização não se invalidam entre si, apenas cada uma possui objetivos específicos e critérios distintos.

Em 2017, a divisão regional se baseia no conceito de território-rede (HAESBAERT, 2004), assim, as interações espaciais são feitas por meio de polos e redes. As regiões são formadas a partir de uma cidade central que estabelece relações entre agentes, empresas e população que venham a utilizar os equipamentos urbanos da região imediata (IBGE, 2017).

Sobre o conceito de território-rede de Haesbaert (2004, p. 67) argumenta que:

[...]todo território-rede resulta da conjugação, em outra escala, de territórios-zona, descontínuos. Além disso, mais do que de superposição espacial[...], trata-se hoje, principalmente com o novo aparato tecnológico-informacional à nossa disposição, de uma multiterritorialidade não apenas por deslocamento físico como também por “conectividade virtual”, a capacidade de interagirmos à distância, influenciando e, de alguma forma, integrando outros territórios.

Esse conceito é constituído por atributos como: os fluxos e as diferentes formas de mobilidade mais a característica da região como “artifício”, “fato” e “plano” (HAESBAERT, 2004). Os fluxos estão relacionados à divisão territorial do trabalho e seus reflexos nos sistemas de objetos e sistema de ações. Já a segunda característica da região, o “artifício”, considera-a como instrumento de análise, passível de regionalização. O “fato” sobre suas materialidades realizadas pelos sujeitos sociais permite criar regionalismos. Por fim, como “plano” de instrumento de intervenção no espaço, são concretizadas as dinâmicas regionais.

Todos esses elementos resultam em como as Regiões Imediatas e Regiões Intermediárias foram pensadas na sua formação e nos procedimentos para sua realização. Aprofundando em como elas foram planejadas, a metodologia dessas regiões é focada particularmente pela valorização da rede urbana e seus fluxos.

A construção dessa metodologia do estudo Regiões de Influência das Cidades (REGIC) (2018), marcada pelo estudo da rede urbana, foi focalizada em duas fases: a primeira de estudos bibliográficos e seus conceitos-chave e, a segunda, foi pautada nos dados a serem levantados para expressar a realidade dos conceitos, avaliada principalmente pelas Secretarias Estaduais e Institutos de Planejamento das Unidades da Federação, com o fito de assegurar as definições dos novos modelos de regionalização. Os dados foram utilizados na pesquisa e seus objetivos constam no quadro 2.

Quadro 2: Metodologia da REGIC 2018

Fonte dos Dados	Objetivo
Regiões de Influência das Cidades (REGIC) 2007	Definir a hierarquia dos centros urbanos, delimitar regiões de influência e identificar pontos de comando numa rede de cidades. Objetos de análise como: gestão estatal e empresarial e quantidade de equipamentos e serviços.
Divisão Urbano-Regional 2007	Fornecer a visão regional a partir dos fluxos articulados da rede urbana e identificar a cidade comando e sua relação entre agentes. Usa como base a REGIC 2007.
Gestão do Território 2014	Identificar redes e fluxos imateriais do território imateriais, principalmente os fluxos de gestão, como: concentração de cidades controle e comando e a conectividade entre regiões e demais cidades
Logística dos Transportes do Brasil 2014	Apresentar as principais estruturas de transporte, tais como os modais e outros equipamentos de logística.
Arranjos Populacionais e Concentrações Urbanas do Brasil de 2015	Fornecer modelo territorial das relações econômicas e sociais intrínsecas ao processo de urbanização para apresentar quadros de arranjos populacionais com integração populacional de deslocamentos cotidianos ao acesso de serviços entre municípios.

Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: IBGE 2017

Portanto, dentro da metodologia empregada, são considerados diversos dados e estudos sobre os fluxos da rede urbana, vias de comunicação, movimentos, ligações e

logísticas. Assim, podemos retratar a realidade das regiões presentes no “meio técnico-científico-informacional” (MTCI) (SANTOS, 2006) e suas novas configurações, hierarquias e relações.

2.3. Rede Urbana, Hierarquia Urbana e Interações Espaciais

As Regiões Imediatas possuem em sua característica principal a existência de uma Rede Urbana (RU) (IBGE, 2017). Segundo Santos (1994), a RU é definida como um fenômeno complexo, definido por fluxos de informação hierarquizados e fluxos de matéria, também definidos como um sistema de fixos e fluxos, rígidos ou fluidos, lentos ou rápidos presentes no MTCI (SANTOS, 2006).

A natureza da rede urbana, segundo Corrêa (2006), é dividida em quatro perspectivas que não se anulam entre si: a rede urbana como condição e reflexo da divisão territorial do trabalho; estudo a partir de ciclos de exploração, trabalho, consumo e produção; suas formas espaciais simples e complexas; rede urbana formada pela combinação de períodos diferentes.

Segundo esse mesmo autor, a existência da rede urbana pressupõe a divisão territorial do trabalho inserida numa economia de mercado que se baseia em transações locais e externas; pontos fixos permanentes ou temporários para possibilitar transações financeiras; o mínimo de interação entre os pontos fixos que resultaram numa hierarquização diferenciada ou na especialização produtiva entre os fixos.

Além disso, a RU (CORRÊA, 2006) possui elementos centrais quais sejam: a gênese dos núcleos urbanos; funções dos núcleos urbanos; dependência de certos produtos; sítio urbano; paisagem urbana; ampliação dos números de centros urbanos nas redes; padrão espacial da rede; o papel dos diferentes agentes; articulações dentro e fora das redes. Além disso, a rede urbana possui temporalidades espaciais desiguais, seja em razão da duração de tempos rápidos ou lentos resultando em situações singulares de cada lugar. Para compreender a gênese e a dinâmica da RU é preciso levar em consideração: condições externas e internas da criação; apropriação e circulação excedente e suas mudanças; o papel dos diferentes agentes sociais e suas mudanças; processo de articulação e rearticulação intra e inter-regional; forma inicial da rede urbana, funcionalidades e suas mudanças e as consequências econômicas, sociais e políticas a cada momento do modo como a rede urbana funciona.

Corrêa (2006, p. 43) afirma que a Rede Urbana é definida como “um conjunto de centros urbanos articulados entre si”, os centros urbanos são como nós dotados de funções urbanas que possuem ligações com diversos fluxos entre os centros urbanos. Os centros possuem complexidades funcionais de tipos de funções e graus de interação entre eles. O autor ressalta que essa complexidade se deve também ao fato de que cada centro possui pelo menos duas redes: uma locacional central ou posição central e outra rede mais irregular que corresponde a uma função singular ou complementar de um centro e sua rede. Essa integração interna ou externamente entre os centros corresponde a tipos e intensidades de destino, resultado das desigualdades sócioespaciais. Além disso, a Rede Urbana é reflexo, condição e produto das razões desiguais do espaço-temporal.

Os Centros Urbanos (CU), segundo Corrêa (1996), possuem vantagens locacionais como a infraestrutura, força de trabalho, mercado consumidor, atividades ou não de controle. Isso é importante para a manutenção da rede urbana e suas articulações entre centros urbanos. Para Corrêa (1996), os centros urbanos devem possuir elementos bem definidos como: localização da produção de matérias-primas e bens de consumo; consumo da renda fundiária; gestão, controle e distribuição; recepção de correntes migratórias; controle e poder político.

Os centros urbanos possuem graus diferentes de influência e de trocas perante outros centros urbanos, assim emerge uma rede hierarquizada e integrada que se penetra nas raízes do capitalismo. A articulação de áreas produtoras tem como locais principais as cidades como fonte de integração entre o comércio, serviços e a produção, levando a aglomerações, próprias da acumulação capitalista, que geram as diferenciações hierárquicas entre os centros de uma rede (CORRÊA, 1996). Assim, esse sistema hierárquico da rede urbana possui uma estrutura espacial necessária para os processos do sistema capitalista e a reprodução das classes sociais. Logo, a relação de poder e de interesses das classes dominantes e sua relação com os assalariados, reflete nessa hierarquia de centros urbanos e de cidades (CORRÊA, 1996).

A cidade, diferente dos centros urbanos, é considerada por Sposito (2006, p.14) como “elemento fundamental da organização do espaço”, ela é reflexo e condição da organização. Além disso, a apropriação dos espaços por diferentes atividades por diversos usos e diversos sujeitos sociais. O autor também afirma que a cidade revela os interesses e oferece condições a esses interesses para que as ações se realizem.

Do ponto de vista da estrutura interna, alguns elementos constituem a cidade, segundo Sposito (2006), quais sejam: estruturas fixas (exemplos: saneamento básico, vias de

circulação, rede de iluminação e coleta de lixo); equipamentos de consumo coletivo (exemplos: escolas, hospitais e parques) e serviços urbanos (exemplos: segurança pública, coleta de lixo e limpeza de espaços públicos). No caso específico do Brasil, toda cidade é a sede municipal e esses elementos constitutivos devem ser de caráter público.

Portanto, “a cidade é um território particular ou uma combinação de territórios e [...] depende de realidades, mecanismos e escalas diferentes” (SPOSITO, 2006, p.23), aplicando numa série de necessidades de serviços, atrações e direcionamentos. A cidade se insere na divisão territorial do trabalho, fragmentada, articulada, reflexo e condição social, lugar onde as classes sociais vivem e se reproduzem de forma desigual.

A cidade em si não é um espaço isolado, possui ligações com outras cidades, principalmente pelos fluxos de informação, mercadorias e pessoas. A intensificação desses fluxos na contemporaneidade se deve pelos avanços na logística e na tecnologia, aumentando a velocidade e a flexibilidade da circulação dos fluxos, além da criação de necessidades de bens de consumo (SPOSITO, 2006). A variação entre as intensidades dos fluxos e suas ligações forma a hierarquia urbana das cidades (CORRÊA, 1997).

A hierarquia urbana pode ser caracterizada pela verticalidade de localizações e de funções de uma cidade em um determinado espaço (RODRIGUES; SILVA, 2007). Cidades com maior variedade de funções ou que possuem funções mais complexas, acabam se tornando nós (convergência) dentro da rede urbana, atraindo diversos tipos de fluxos como: mercadorias, pessoas e transações financeiras, além de, na relação com as cidades menores ter maior poder político-administrativo dentro de uma região (maior influência). As cidades são classificadas em níveis hierárquicos, utilizando atributos que representam cidades de maior influência numa rede urbana como: metrópoles, capitais regionais e centros locais.

As relações da hierarquia urbana com seus processos em nós de rede, graus de complementaridade entre os centros e suas áreas de influência, passaram, ao longo do tempo, a demonstrar padrões de interações espaciais. As interações espaciais não abarcam apenas os movimentos de objetos e pessoas, mas são partes integrantes da existência e da reprodução do processo de transformação social. (CORRÊA, 1997). Em suma, as interações possuem assimetrias, ou seja, as relações tendem a favorecer uma área em detrimento de outra e ampliando, logo, as suas desigualdades e diferenças. Essas interações levam a processos de especialização, integração, especialização e interdependência entre cidades. A complexidade dessas relações pode estar relacionada às suas distâncias e intensidades, de modo geral, as

interações são apresentadas como: cidades primazes localizadas numa mesma região ou não; entre uma cidade primaz e sua relação com centros menores; a relação entre cidades pequenas de uma mesma região ou não (CORRÊA, 1997). Todavia, essas interações não se anulam entre si.

A partir das interações espaciais, podemos classificar alguns tipos de padrões espaciais. Os padrões espaciais são interações espaciais que possuem certa regularidade no espaço e no tempo (CORRÊA, 1997). Esses padrões não se excluem entre si e podem ser categorizados como: interações fortemente regionais, interações fortemente extra regionais, interações influenciadas pela direção e interações descontínuas no tempo. Todos esses “padrões de interações espaciais e sua variabilidade espaço-temporal” (CORRÊA, 1997, p. 297) possuem um centro nodal, um limite regional e variação de intensidades das interações. Esses padrões possuem fatores de análise definidos como: distância, qualidade dos fluxos, posição geográfica e o desenvolvimento tecnológico, as variações desses fatores provocam padrões de interações diferentes.

Os padrões espaciais de interação estão baseados no contexto histórico, nas vias e nos fluxos, nos graus de conectividade, de complementaridade e de influência, podendo, assim, identificar tipos de hierarquias dos nós da rede. Em todos os casos, o centro nodal é o nível hierárquico mais alto e possui uma relação de controle de centros de menor hierarquia. Assim, possui seis tipos de padrões espaciais em rede: rede solar, rede dendrítica, rede christalleriana, rede axial, rede circular e rede de múltiplos circuitos, cada qual com suas maiores e menores interações e arranjos (CORRÊA, 1997).

Segundo o autor, os processos econômicos atinentes à rede urbana são: centralização, descentralização, coesão, segregação e inércia, sendo que cada um deles possui uma forma espacial característica.

A centralização (CORRÊA, 1996, 1997), expressa a área central, o foco principal de fixos, fluxos e atividades diversas como serviços, gestão, comércio e terminais de transportes aquecidos. A origem desse processo se constitui quando os terminais dos modais de transporte, principalmente portos e ferrovias, se tornam locais favoráveis as trocas e as interações entre indivíduos e empresas. Com a facilidade da logística, as áreas centrais passam a ser multifuncionais pela diminuição de custos, mais acessíveis, fonte de matéria prima, trabalhadores e mercado consumidor. Com o aumento da aglomeração e da extensão da centralidade urbana, o solo urbano passa a encarecer pela supervalorização e pela especulação

imobiliária, o aumento dos impostos, violência, congestionamentos, falta de espaço e outras questões da vida urbana passam a pôr em cheque a centralização, levando a uma descentralização.

A descentralização (CORRÊA, 1996; 1997), se dá pela formação de núcleos secundários, a atração exterior aos centros. Isso se deve a algumas vantagens desse processo: acesso e qualidade dos solos não ocupados e de baixo custo, mercado mínimo suporte, infraestrutura e amenidades sociais e físicas. Além da capacidade da cidade em suportar novos empreendimentos, suas questões de mobilidade, espaço físico, renda e poder aquisitivo e outras funções urbanas. Essa externalidade, resultado desse processo, reforça os transportes cada vez mais flexíveis, como o rodoviário. Alguns locais até se tornam reprodutoras de novas áreas centrais, tornando-se subcentros, mas isso torna a localização mais seletiva a serem adquiridos pelos não centrais. Isso ocorre porque algumas atividades têm mais propensão de se descentralizar do que outras há, portanto, uma desigualdade de tempos, por meio de tendências e frequências. Há, também, seletividade, em termos de funções, pela descentralização que se externalizam ou permanece nas áreas centrais.

Outro processo espacial é o de coesão (CORRÊA, 1996, 1997), expressa pelas áreas especializadas, quando as atividades se situam no mesmo local. A coesão está vinculada à existência de economias externas de aglomeração, ou seja, quanto mais acessível, mais favorável é a produção escalar e de complementaridade. Esse processo tem exemplos como os monopólios espaciais, comércio varejista dos subcentros, *shopping centers* e complexos industriais. A coesão é complexa, já que ela pode estar presente tanto na centralização como na descentralização. Nas áreas centrais, as áreas especializadas se tornam distritos especializados, como distritos industriais ou distritos bancários. Já nos núcleos secundários, as áreas especializadas podem ser vistas como ruas e eixos especializados, como a rua varejista ou a rua dos consultórios médicos.

A inércia (CORRÊA, 1996; 1997) produz áreas cristalizadas, ou seja, permanecem os usos e sua localização, seja por simbolismo, para evitar conflitos e levar ao aparecimento de economias de aglomeração ou custo alto na realocação de uma atividade. O limite da inércia acontece quando as economias externas se ampliam, levando ao fechamento ou as realocações, relativas ao tempo.

Todos os elementos que compõem o estudo de rede urbana, interações espaciais, padrões espaciais, processos espaciais, cidades e centro urbanos ressaltam a importância da

rede urbana e suas interações, esse tido como conceito fundamental para a própria compreensão das Regiões Imediatas.

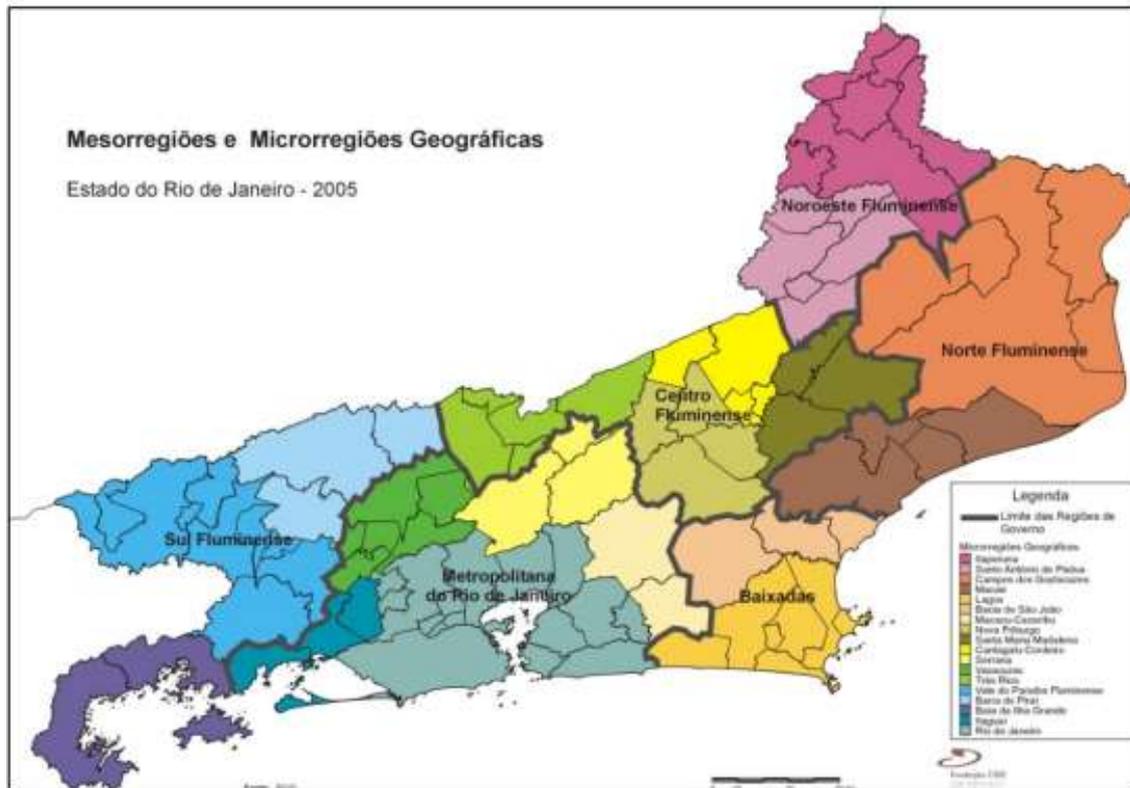
2.4. Região Imediata de Campos dos Goytacazes

A regionalização, como já citada, é o processo de rearticulação e diferenciação entre áreas, usada como artifício para a expressão da divisão territorial do trabalho, cultural e social (HAESBAERT, 2010). A Região Imediata de Campos dos Goytacazes (RICG) torna-se então parte das regionalizações do Estado do Rio de Janeiro.

A cidade do Rio de Janeiro foi a capital do país até 1960, com traços de crescente urbanização e industrialização fomentada pelas agroindústrias do café e da cana de açúcar (MAGNAGO, 1995). Já no fim da década de 1970, a descoberta do petróleo na bacia de Campos, acabou afetando a economia, além da cidade do Rio de Janeiro, de todas as cidades da costa, principalmente nas regiões do Norte Fluminense e Baixada Litorânea (MARAFON; RIBEIRO, 2017).

A regionalização realizada e institucionalizada pelo IBGE, em 1989, foi a primeira a ser feita após a exploração da Bacia de Campos (petróleo e gás). Intitulada como mesorregiões geográficas e microrregiões geográficas, se diferenciavam das demais regionalizações, e se apoiando na Constituição de 1988, com enfoque a descentralização do poder e da autonomia das unidades federativas (MAGNAGO, 1995). O ERJ possui, então, na regionalização de 1989, seis mesorregiões geográficas e 18 microrregiões geográficas como representado na Figura 1.

Figura 1: Mesorregiões e Microrregiões do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Biazzo (2012).

Os critérios abordados nessas classificações são: as mesorregiões geográficas “[...] o processo social, como determinante, o quadro natural, como condicionante, a rede de comunicação e de lugares, como elemento de articulação espacial” (IBGE, 2000, p. 45). Já nas microrregiões geográficas utilizaram como base as mesorregiões geográficas destacando a estrutura da produção, quadro natural e as relações sociais.

Outra regionalização oficial feita pela Secretaria de Estado de Planejamento e Controle (SECPLAN) ocorreu em 1987 e dividiu o território fluminense em oito “Regiões de Planejamento e Ação de Governo”, representado na figura 2. Posteriormente, a antiga Fundação Centro de Informações e Dados do Estado do Rio de Janeiro (CIDE), passou a denominar as mesmas regiões como “Regiões de Governo” (BIAZZO, 2012). Atualmente, essa classificação é adotada, desde 2009, pela Fundação Centro Estadual de Estatísticas,

Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro (CEPERJ) em razão da extinção da CIDE no mesmo ano.

Figura 2: Regiões de Governo do Estado do Rio de Janeiro



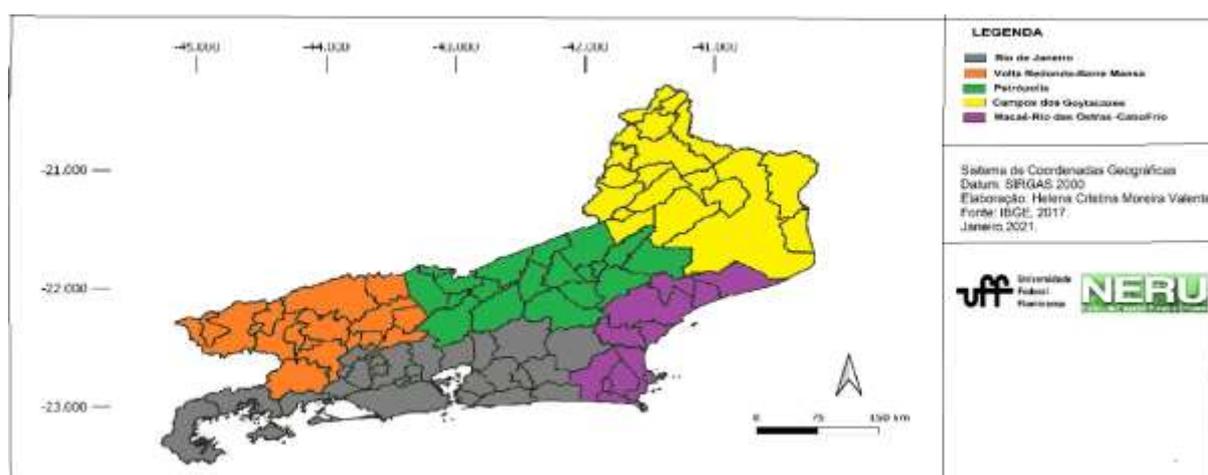
Fonte: CEPERJ, 2018.

Constatamos entre as duas regionalizações oficiais que o número de regiões de governo (oito) e mesorregiões geográficas (seis) é diferente. Segundo Biazzo (2012), em seu estudo de instâncias governamentais, separações e fusões, essa questão deve-se ao fato de que as regionalizações do IBGE eram feitas no Rio de Janeiro, capital do Brasil até 1960. Além disso, a fusão entre o Estado do Rio de Janeiro (ERJ) e o Estado da Guanabara, em 1975, foi importante para as fusões entre fundações, como o caso da fusão entre a CIDE e a Fundação Escola do Serviço Público do Rio de Janeiro (FESP-RJ) e criação da Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro (CEPERJ). Assim, as divisões territoriais do ERJ são, desde o princípio, descontínuas,

baseadas em seus critérios próprios e, principalmente, na preservação da ação e do controle pelo Estado, seja na instância federal ou estadual.

Na regionalização do IBGE de 2017, em Regiões Intermediárias e Regiões Imediatas, o ERJ possui cinco Regiões Intermediárias (figura 3) e 14 Regiões Imediatas (figura 4). Como já destacado, essas classificações usaram como principal critério, além dos já usados nas outras regionalizações, a rede urbana e os novos arranjos regionais provocados pelo MTCI (SANTOS, 2006).

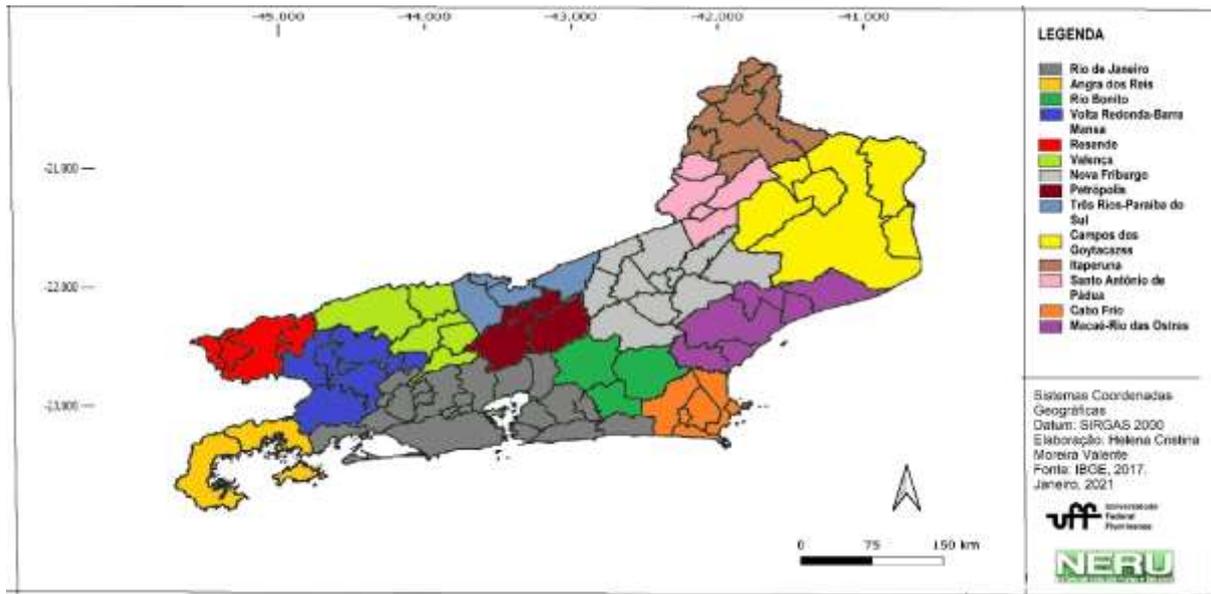
Figura 3: Regiões Intermediárias do Estado do Rio de Janeiro



Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: IBGE (2017).

Figura 4: Regiões Imediatas do Estado do Rio de Janeiro



Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: IBGE (2017).

Neste trabalho, adotamos a Região Imediata de Campos dos Goytacazes (figura 5) para o estudo da distribuição de estabelecimentos de saúde. Essa região é composta por seis municípios: Campos dos Goytacazes, Cardoso Moreira, Italva, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra. Segundo os estudos da REGIC (2018), principal instrumento de estudo sobre as Regiões Imediatas, os nós e as redes estabelecidos nessa região, tem como resultado na cidade central/ centro urbano central, o município de Campos dos Goytacazes e sua relação de atender as necessidades imediatas de seus municípios vizinhos. Lembrando que essa relação hierárquica constatada no documento possui relação com a característica da espacialização das divisões territoriais do trabalho.

Figura 5: Mapa de Localização da Região Imediata de Campos dos Goytacazes (RJ)



Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: IBGE (2020).

Depois dessa apresentação das regionalizações, é importante destacar que, dos municípios da RICG, somente Itálva não apresenta uma conformidade com as regionalizações anteriores, como demonstrado no quadro 3. Esse município na regionalização de 1989 faz parte da mesorregião geográfica do Noroeste Fluminense, assim como sua região de governo. Além disso, a sua microrregião geográfica é a de Itaperuna. Constatamos que, com os novos dados da REGIC de 2018, esse município possui maior interação e frequência de fluxos com Campos dos Goytacazes.

Quadro 3: Regionalização dos Municípios da RICG

Município	Mesorregião Geográfica	Microrregião Geográfica	Região de Governo
Campos dos Goytacazes	Norte Fluminense	Campos dos Goytacazes	Norte Fluminense

Cardoso Moreira	Norte Fluminense	Campos dos Goytacazes	Norte Fluminense
Italva	Noroeste Fluminense	Itaperuna	Noroeste Fluminense
São Fidélis	Norte Fluminense	Campos dos Goytacazes	Norte Fluminense
São Francisco do Itabapoana	Norte Fluminense	Campos dos Goytacazes	Norte Fluminense
São João da Barra	Norte Fluminense	Campos dos Goytacazes	Norte Fluminense

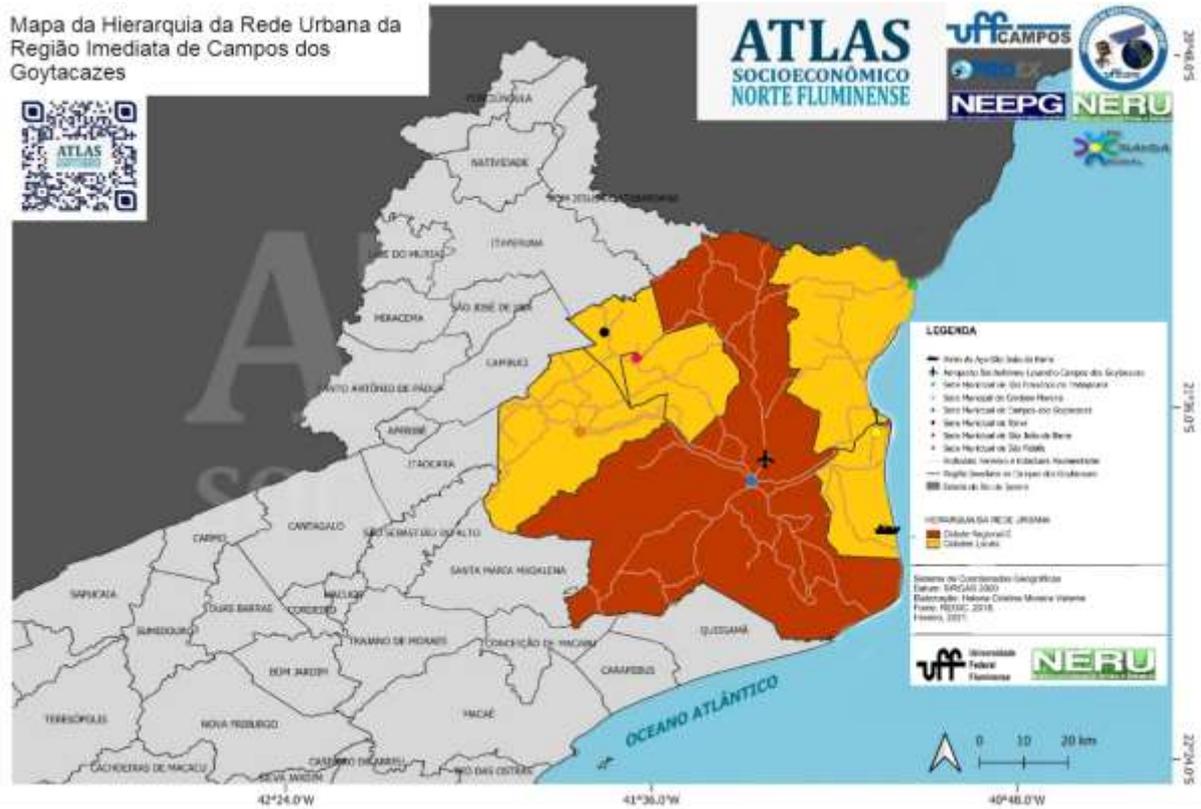
Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: IBGE (2017).

Os estudos utilizados para compor a metodologia da REGIC 2018 perpassam pela Divisão Urbano-Regional (DUR) de 2007, que utiliza os dados da REGIC de 2007, sobre a identificação da rede urbana regional por meio dos seus fluxos e a cidade de comando e relação entre os agentes (REGIC, 2018). A Gestão do Território (GT), de 2014, procura identificar os fluxos imateriais, principalmente os fluxos de gestão, para assim obter a relação entre a cidade-controle e as demais cidades de dentro e fora da sua rede.

Como a cidade ou centro urbano são articulados entre si pelos fluxos, o modo de ver isso de maneira concreta é a localização e os investimentos em logística, baseada nos modais de transporte. O estudo sobre Logística dos Transportes do Brasil (LTB) de 2014 propõe essa identificação, incorporada também na REGIC (2018). Outro modo de constatar os fluxos e a dinâmica da rede urbana é por meio do Estudo de Arranjos Populacionais e Concentrações Urbanas do Brasil (APCUB) de 2015. Nesse estudo, os deslocamentos cotidianos são fundamentais para a organização dos arranjos populacionais e, conseqüentemente, as concentrações urbanas, assim o estudo da diversidade de tipos de deslocamentos e suas infinitas intensidades, dependendo do objetivo de quem se desloca. Por fim, os estudos da DUR (2007), GT (2014), LTB (2014) e APCUB (2015), resultaram na REGIC, que tem como objetivo principal de definir a hierarquia dos centros urbanos e suas regiões de influência, utilizando os centros urbanos de controle e suas relações. Reunindo todas essas informações da metodologia da REGIC (2018) e representando de maneira espacial na Região Imediata de Campos, temos a figura 6.

Figura 6: Mapa da Hierarquia da Rede Urbana da Região Imediata de Campos dos Goytacazes

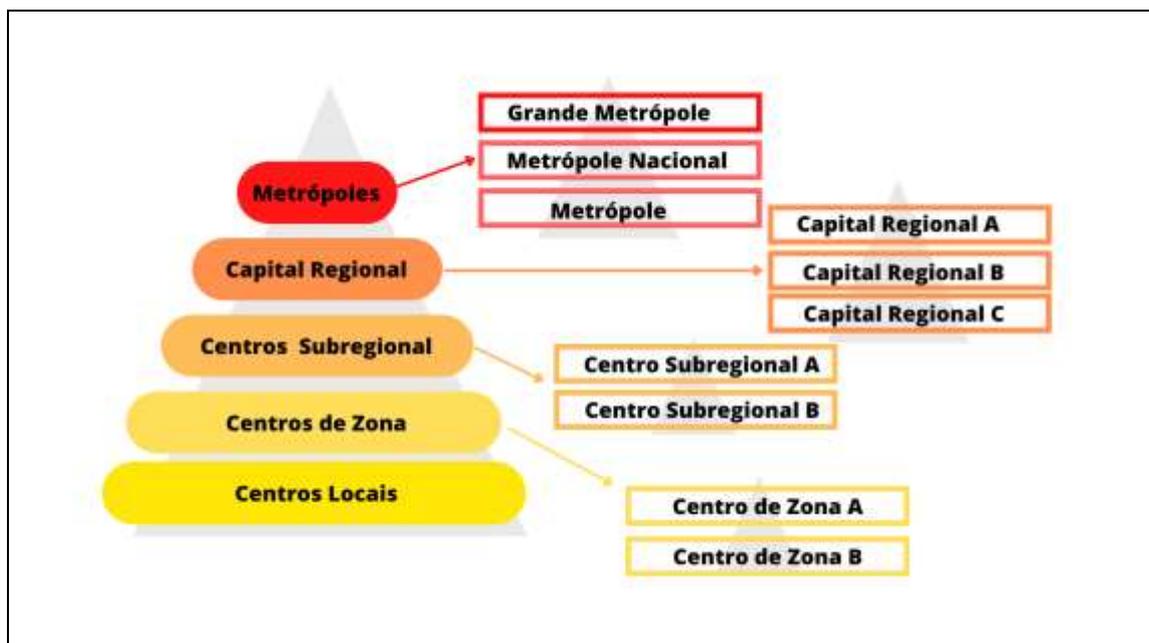


Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: REGIC (2018)

Segundo a metodologia da REGIC (2018), a hierarquia da rede urbana da RICG é composta por Campos dos Goytacazes, como Capital Regional C, e as demais cidades da região como Centros Locais. Para melhor demonstrar a organização da hierarquia, construímos a figura 7. Os Centros Locais são o último nível hierárquico e as classes das cidades regionais é a segunda no nível hierárquico.

Figura 7: Classificação da Hierarquia da Rede Urbana REGIC 2018



Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: REGIC, 2018.

A Capital Regional C é classificada como cidades, em que a média nacional de população é de 300 mil habitantes em 2018 (REGIC, 2018). Já as cidades locais possuem média populacional dos Centros Locais é 12,5 mil habitantes, são cidades que “Exercem influência restrita aos seus próprios limites territoriais [...], apresentam fraca centralidade em suas atividades empresariais e de gestão pública, geralmente tendo outros centros urbanos de maior hierarquia como referência para atividades cotidianas [...]” (REGIC, 2018, p. 13).

Esse estudo da hierarquia é na REGIC de 2018, quanto menor o número das classes hierárquicas (metrópole, capital regional A, B, C, entre outros), maior é sua hierarquia. Essa hierarquia também é resultado da articulação entre os trabalhos de Centralidade Empresarial e

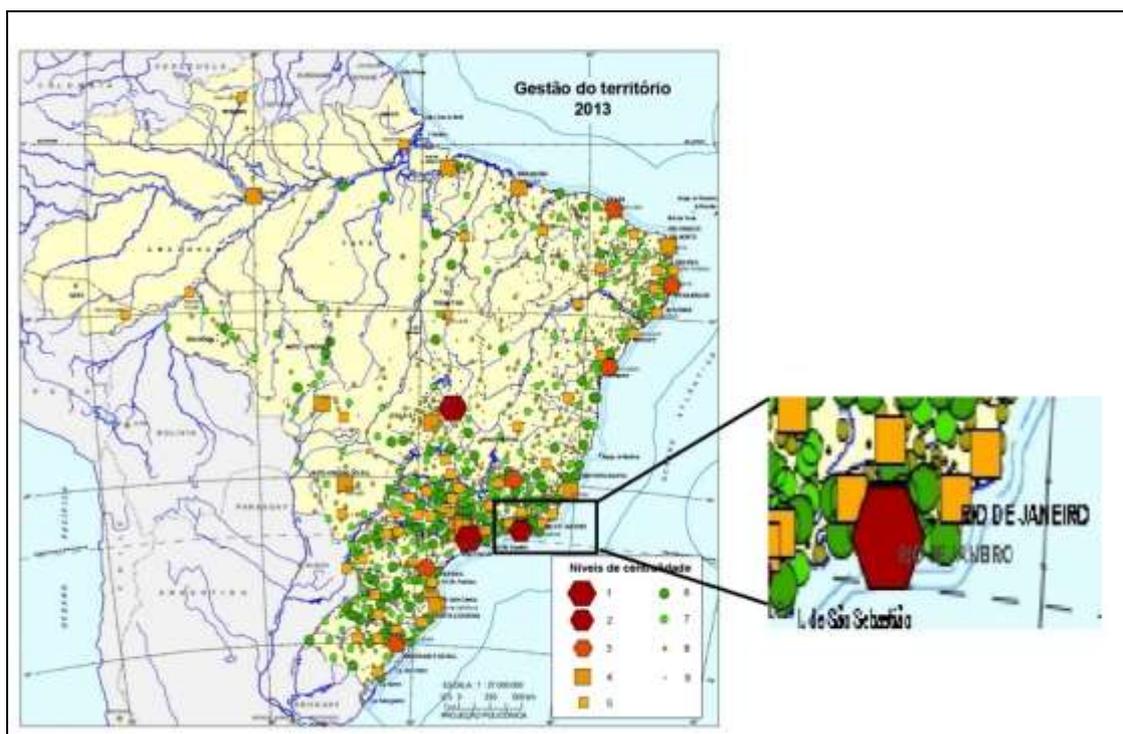
Pública e de Centralidade de Gestão de Território, esta última permite a classificação em cinco tipologias, além do resultado da região de influência.

A Região de Influência envolve “[...] vínculos estabelecidos entre centros urbanos de hierarquia menor direcionando-se àqueles com hierarquia superior” (REGIC, 2018, p. 72). Para realizar isso, é necessário o estudo da direção das cidades segundo a GT e direção de outras atividades e o Índice de Atração (IA) feito com base em questionários retirados das situações da população, realizado pela própria REGIC. Um ponto fundamental do IA é o estudo da LTB, além dos APCUB e do GT, no caso da RICG, as principais estradas federais e estaduais perpassam pela cidade de Campos dos Goytacazes, unindo duas metrópoles: Rio de Janeiro (RJ) e Vitória (Espírito Santo).

Sobre a Região Imediata de Campos dos Goytacazes, como mostrado na figura 8, a GT de 2014, “[...] classifica os Municípios em nove níveis de acordo com o Índice de Centralidade de Gestão do Território, baseado na localização de instituições públicas e empresas privadas multilocalizadas [...]” (REGIC, 2018, p. 72).

Assim, quanto maior o nível hierárquico maior a posição de comando. Passando pela adaptação da metodologia do REGIC de 2018, os municípios são classificados em níveis de 1 a 4 na centralidade de gestão do território, além do nível 5 com população superior a 300 mil habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2010 (REGIC, 2018). Nesse ínterim, Campos dos Goytacazes possui uma centralidade de gestão nível 5; São João da Barra, São Francisco do Itabapoana e São Fidélis possuem nível 8.

Figura 8: Centralidade de Gestão Territorial de 2014



Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: REGIC (2018).

Sobre os estudos de APUCB de 2015, a RICG tem como base a concentração da população urbana (tabela X) e dos arranjos populacionais (Figura 9). Sobre a concentração populacional, segundo o Censo Demográfico de 2010, Campos dos Goytacazes é o município mais populoso da região com mais de 463.731 habitantes, sendo 90% classificados como urbanos. Segundo a tabela 2, todos os municípios da RICG, possuem mais da metade de seus habitantes em áreas urbanas.

Tabela 2: Censo Demográfico de 2010 da Região Imediata de Campos dos Goytacazes.

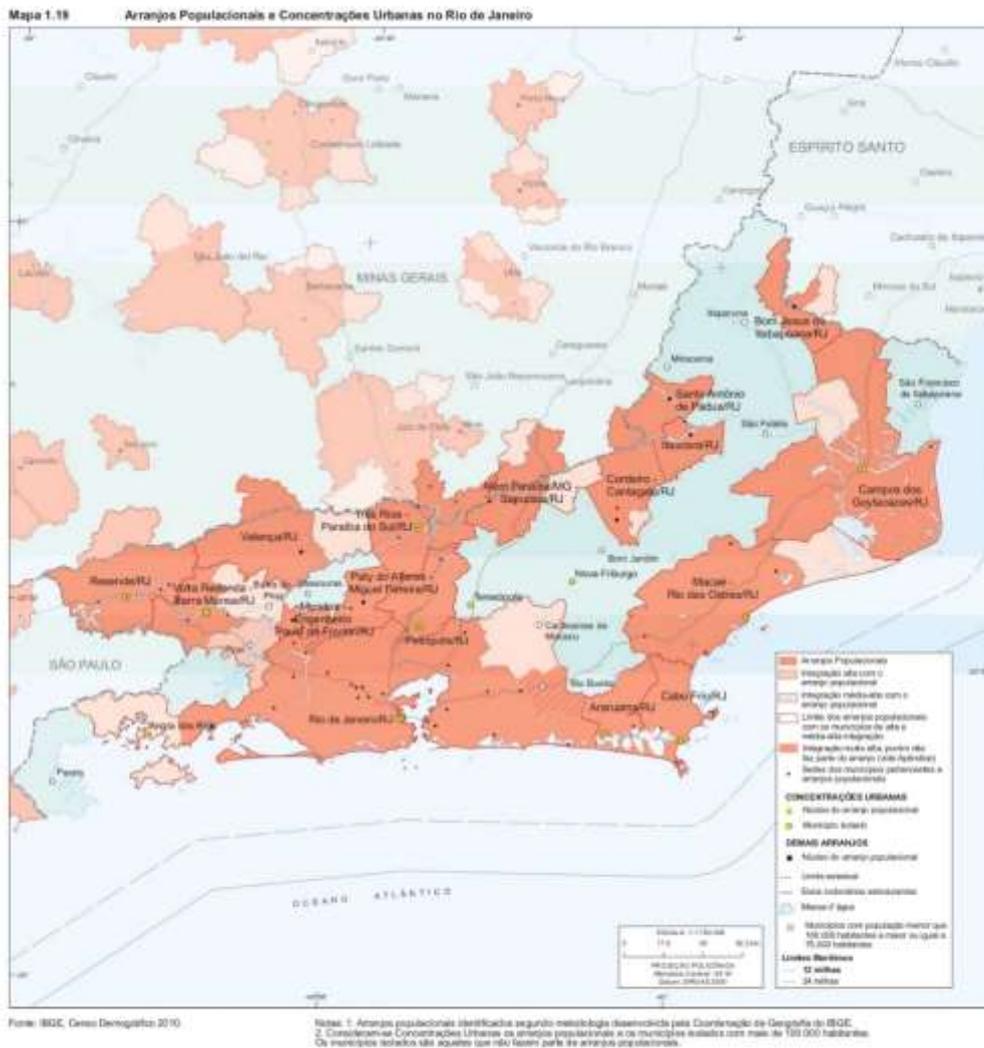
Município	Número de Habitantes	População da Área Urbana	Porcentagem da População Urbana
Campos dos Goytacazes	463.731	417.357	90%
Cardoso Moreira	12.600	8.694	69%
Italva	14.063	10.265	73%
São Fidélis	37.543	29.679	79%
São Francisco do Itabapoana	41.354	21.090	51%
São João da Barra	32.747	25.542	78%

Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: IBGE (2010).

Os Arranjos Populacionais (AP), “[...] são unidades territoriais compostas por mais de um município, que apresentam integração significativa em razão da continuidade das áreas urbanizadas ou da presença de deslocamentos frequentes dos habitantes [...]” (REGIC, 2018, p. 72) seja para trabalho, estudo, acesso a serviços e o comércio. Os AP com mais de 100 mil habitantes são denominados concentrações urbanas. Os municípios que não compõe arranjos levam em consideração que possuem concentrações urbanas isoladas ou locais. Nesse estudo, Campos dos Goytacazes possui um AP com Bom Jesus do Itabapoana, que pertence à região imediata de Itaperuna, e São João da Barra. O município de Cardoso Moreira possui interação média alta com o arranjo populacional mais próximo e os demais componentes da RICG são municípios isolados como mostra a figura 9.

Figura 9: Mapa dos Arranjos Populacionais de 2015 do ERJ



Fonte: IBGE (2017).

Além da REGIC, o contexto histórico é importante para compreender o que se tornaram os municípios da RICG. Os municípios são originados da presença da atividade econômica da agropecuária predominantemente, seja de monoculturas, pecuária ou outras lavouras. Campos dos Goytacazes (CG), por exemplo, foi desde o século XVIII marcado pela produção de derivados da cana de açúcar e, no fim da década de 1970, a atividade econômica predominante se tornou relacionada à atividade econômica petrolífera (MOTA; TOTTI, 2006).

Segundo Motta; Totti (2006), a atividade açucareira foi importante não só para a economia da região, mas para toda a economia nacional e recebia muitos incentivos e recursos governamentais, o que acarretou na diminuição de outras culturas agrícolas e demais atividades. No século XVIII a produção já superava muitos estados do Nordeste, região produtora de cana.

A microrregião de Campos dos Goytacazes era também chamada de região açucareira de Campos, onde se encontrava diversas usinas e sedes de importantes companhias como o Instituto do Açúcar e do Alcool (IAA), criada em 1933, e uma subsede da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN), fundada no governo de Getúlio Vargas, instituições criadas no início do século XX. Assim, municípios que possuíam essa atividade, principalmente CG era um polo de atração de trabalhadores e do mercado interno e externo, resultando numa centralidade de referência para toda a região. O município também está relacionado com as origens de emancipação dos municípios da região conforme o quadro 4:

Quadro 4: Fundação e Emancipação dos Municípios da Região Imediata de Campos dos Goytacazes.

Município	Ano de Fundação	Ano e Município de Origem de Emancipação
Campos dos Goytacazes	1835	1673 - Cabo Frio
Cardoso Moreira	1993	1989 - Campos dos Goytacazes
Italva	1986	1986 - Campos dos Goytacazes
São Fidélis	1781	1870 - Campos dos Goytacazes
São Francisco do Itabapoana	1995	1997- São João da Barra
São João da Barra	1850	1676 - Cabo Frio

Fontes: Prefeituras da Região Imediata de Campos dos Goytacazes, 2020.

Cruz (2006) retrata a região e, principalmente, Campos dos Goytacazes em três fases no século XX: pré-1970, 1970-1980 e 1990 em diante. O autor destaca que nesse primeiro momento, houve a crise do café e uma revalorização da cultura de cana, principalmente na “decadência do café” nos anos 1930 a 1950. Além disso, a crescente modernização e industrialização do setor da agricultura, como as usinas, pequenas indústrias como a têxtil e máquinas no campo, acarretou o crescimento da população urbana. Nesse período de 1940 a 1970, a população de CG cresceu 100 mil em três décadas, além de um aumento nos fluxos migratórios e de outras atividades econômicas. Há uma especialização do trabalho no campo e na cidade focada principalmente nas monoculturas da cana e na pecuária extensiva.

O período de 1970 a 1980 é marcado pela modernização conservadora realizada pelas elites açucareiras que promoviam os recursos para a inovação das usinas. Com as especializações e os trabalhos sazonais, os trabalhadores não possuíam mais renda fixa trazida com a ascensão da cana e sim por meio de trabalhos temporários ou "biscates", isso reforçou a profunda desigualdade social que já existia desde o período colonial (CRUZ, 2004). Segundo o Projeto Especial Cidades de Porte Médio (PECPM), na década de 1970, 63,2 % da população de baixa renda de Campos dos Goytacazes alternavam o trabalho na cana com o “biscate” nos serviços domésticos e na construção civil (CRUZ, 2004).

Entretanto, em 1978, começou a exploração do petróleo. As atividades petrolíferas, o aumento de repasses e de recursos foi crescente, assim como o alicerce de políticas direcionadas ao setor. Sendo uma atividade técnica, foi necessária a especialização da mão de obra e acentuou o deslocamento do campo para a cidade. O petróleo, mesmo sendo algo atividade importante para a economia regional e, principalmente, para Campos dos Goytacazes e Macaé, envolveu novas dinâmicas e renovou as disputas sociais e políticas e não reduziu as desigualdades sociais existentes desde os primórdios da ocupação.

Desde 1985, os municípios passaram a receber os *royalties*. “Os *royalties* são uma compensação financeira paga à União pelas empresas produtoras de petróleo e gás natural no Brasil como forma de compensar a sociedade pela utilização destes recursos” (PETROBRAS, 2020). A distribuição dessa compensação é feita entre estados e municípios brasileiros e outras entidades governamentais. A partir de 1990, o volume dos *royalties* foi crescendo de 2,5 milhões de reais em 1995 para 483 milhões de reais em 2003, além da profunda crise na atividade sucroalcooleira, dando as atividades petrolíferas destaque na região.

Portanto, ao longo deste capítulo, tivemos como preocupação um arcabouço sobre os conceitos de região e regionalização, rede urbana e seus reflexos na região imediata. Os estudos apontam Campos dos Goytacazes como uma centralidade nos estudos da REGIC (2018). No próximo capítulo serão discutidos os fluxos de saúde na RICG mais detalhadamente.

Capítulo 2 - Região Imediata de Campos dos Goytacazes e Saúde.

Conforme visto no capítulo 1, foram apresentados os principais conceitos e as diferentes regionalizações, que serão, todavia, revisitados durante os demais capítulos deste trabalho. Buscamos não apenas um arcabouço teórico e sim a relação entre a realidade empírica e a teoria, com atenção na metodologia e na discussão das Regiões de Influência das Cidades (REGIC) de 2018 e sua relação com a Região Imediata de Campos dos Goytacazes (RICG). Aprofundaremos, neste capítulo, os fluxos e os equipamentos urbanos da saúde, em particular vinculados a alta e média complexidade.

A REGIC (2018) possui 10 temas principais: Gestão do território; Comércio e serviços; Instituições financeiras; Ensino superior; Saúde; Informação; Cultura e esporte; Transporte; Atividades agropecuárias; e Ligações internacionais. Isso representa o panorama da rede urbana e da hierarquia urbana do Brasil em cada tema, movida pelos deslocamentos cotidianos. A saúde se destaca entre os temas, ao tratar o acesso à saúde e deslocamento cotidiano para essa atividade. Segundo a Constituição Brasileira de 1988, o direito ao acesso à saúde é um direito fundamental da sociedade (BRASIL, 1988), valorizando a vida dos cidadãos.

Neste capítulo é discutida a Geografia da Saúde, já que a REGIC (2018) não trata da espacialização de doenças e sim da distribuição urbana dos fluxos e fixos, provocando o deslocamento da população para o acesso aos serviços de saúde na RICG, assim possui caráter mais estrutural. A Geografia da Saúde no Brasil vem ganhando destaque nas discussões e nos trabalhos acadêmicos em razão da urgência em representar o espaço geográfico por meio dos temas relacionados à saúde. Segundo Rojas (1998), há uma diferenciação entre os conceitos da Geografia Médica Tradicional e a Geografia da Saúde. A Geografia Médica Tradicional (Nosogeografia) “[...] é responsável pela identificação e análise de padrões de distribuição espacial de doenças [...]”¹ (ROJAS, 1998, p. 703, tradução nossa) e da Geografia da Saúde “[...] ocupado na distribuição e planejamento de componentes de infraestrutura e recursos humanos [...]”² (ROJAS, 1998, p. 703, tradução nossa) para a saúde.

¹ ROJAS, L. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina, p. 703. “[...] encargada de la identificación y análisis de patrones de distribución espacial de enfermedades[...].”

² ROJAS, L. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina, p. 703. “[...] ocupada en la distribución y planeamiento de componentes infraestructurales y de recursos humanos [...]”.

Os serviços de saúde possuem uma relação complexa com os recursos disponíveis, as tecnologias e as organizações que procuram satisfazer recursos disponíveis, as tecnologias e as organizações que procuram satisfazer a demanda (UNGLERT *et al*, 1987). Segundo esses autores, o grau de acesso real aos serviços de saúde é medido pelo tempo de viagem e do seu custo. Assim, a acessibilidade depende da unidade federativa, da região e da cidade, podendo alterar o grau de acesso. A cidade é peça-chave para a geografia da saúde, porque é nela que as pessoas procuram o atendimento aos serviços de saúde, utilizando dos meios de transporte para percorrer um “corredor sanitário” (GUIMARÃES, 2014).

A saúde torna-se um tema muito relevante no campo geográfico e também na questão da integração da rede de serviços, segundo princípios hierárquicos e da regionalização com objetivo de criar condições concretas para a melhoria da qualidade de vida em todos os territórios (GUIMARÃES, 2014).

Para realizar esse capítulo, cujo objetivo versa caracterizar e analisar os fluxos de saúde usaremos tanto os estudos da REGIC (2018) e seus trabalhos intrínsecos quanto os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Esses dados foram sistematizados e apresentados por meio de mapas, gráficos e tabelas para a melhor expressão dos resultados obtidos. Depois dessa etapa, foi construída uma análise dos resultados em relação aos seus impactos e as consequências na Região Imediata de Campos dos Goytacazes.

3.1 A Saúde nas Regiões de Influência das Cidades (2018)

A REGIC tem como finalidade auxiliar na “[...] implantação de unidades administrativas de órgãos públicos, a criação de critérios para fomento de investimentos [...] ou ainda a identificação de locais mais adequados para o atendimento de serviços de saúde e educação” (REGIC, 2018, p. 9). Para atingir tal finalidade, “em cada Município, três informantes foram consultados a respeito de quais eram os Municípios mais procurados pela população daquela localidade em busca de nove produtos e serviços selecionados” (REGIC, 2018, p. 72). Entre esses temas, os serviços de saúde de média e alta complexidades serão aprofundados nesse capítulo.

Segundo a REGIC (2018), os informantes poderiam responder no mínimo um e no máximo cinco municípios de destino para cada resposta, sem escolher o próprio município do informante, estimar um percentual de procura de cada destino para cada tema. A partir do resultado do questionário, foi obtida a lista de todos os destinos e calculada a média simples

dos respectivos percentuais de cada tema, assim o destino principal seria o de maior percentual. Se ocorresse empate entre os maiores destinos, os dois ou mais destinos serão considerados como principais. Esse percentual foi também a base para a construção do Índice de Atração para cada cidade. O objetivo desse método era estabelecer uma ordem de grandeza entre os municípios, suas diferenciações ou divisões. Essa ordem fica evidente nas comparações entre o “Índice de Atração (IA) das Cidades, obtido pelo desempenho médio em todas as questões, e o Índice de Atração Temático (IAT) para cada questão, com o objetivo de identificar Cidades de destaque e dinâmicas características para cada temática” (REGIC, 2018, p. 73). Para cumprir esses objetivos da REGIC denominou esse resultado e conjunto de temas como “Metodologia da Centralidade de Saúde” (REGIC, 2018). Logo, esse foi o método escolhido de maneira geral para a coleta de dados da REGIC em todos os seus temas, mas aprofundaremos apenas o tema da saúde.

O estudo da organização espacial dos serviços de saúde foi composto por duas frentes (REGIC, 2018): na primeira frente de análise das respostas obtidas nos itens para onde se dirige a população residente em dada localidade em busca de serviços de saúde de baixa/média complexidade e de alta complexidade do questionário. Depois é feito o mapeamento da rede de cidades produzida pelo conjunto das respostas e das centralidades indicadas, resultando na construção da rede urbana final. A segunda frente de análise consiste em evidenciar as centralidades existentes no sistema de saúde, segundo as informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) e do Ministério da Saúde (MS), cujo objetivo visa a espacialização das complexidades e das redes de saúde dentro do território brasileiro.

O estudo da centralidade da saúde (REGIC, 2018) possui duas partes iniciais de investigação da oferta de serviços de saúde: o tamanho do setor e o seu nível de complexidade, seguindo a tabulação do DATASUS. O nível de complexidade é baseado na frequência e distribuição de equipamentos médicos e especialidades médicas nas cidades, extraídos do CNES e do Ministério da Saúde usando como mês de referência - dezembro de 2018. Assim, é possível verificar a capacidade de atendimento médico.

A REGIC não utiliza a quantidade de equipamentos ou especialidades médicas, mas a presença de pelo menos um profissional ou um equipamento, seguindo a ordem de complexidade de cada categoria. O resultado dessa pesquisa é a hierarquização de acordo com a frequência, sendo os mais raros a classe 1 e os mais comuns na classe 5. Primeiramente, segue a tabela 3 com a hierarquização dos equipamentos de saúde e a hierarquização das

especialidades de saúde na tabela 4 A maioria dos centros urbanos brasileiros pertence às classes 5 e 4, mas a regra imposta para subir de classe é a presença de um equipamento de classificação inferior e um equipamento pertencente à classe atingida.

Tabela 3: Hierarquia dos Equipamentos Médicos.

Equipamentos	Classe de Hierarquia
Debitômetro	1
Microscópio Cirúrgico	2
Circulação Extracorpórea	2
Tomografia/Ressonância	2
Equipamento Audiométrico	2
Eletroencefalógrafo	2
Equipamento oftalmológicos	2
Mamógrafo	2
Bomba de Infusão	3
Endoscópio	3
Forno de Bier	3
Equipamento Fototerapia	3
Equipamento de Fisioterapia	3
Outros	3
Equipamento Neonatal	4
Raio X	4
Ultrassonografia	4
Equipamento Cardiorrespiratório	4
Eletrocardiógrafo	5
Equipamento Ortodontológico	5

Fonte: REGIC (2018)

Tabela 4: Hierarquia das Especialidades Médicas.

Especialidades	Classe de Hierarquia
Medicina Legal	1
Geneticista	1
Broncoesofalografia	2
Mastologista	2
Proctologista	2
Fisiatria	2
Endoscopia	2
Medicina Nuclear	2
Medicina intensiva	2
Nutrologia	2
Reumatologia	2

Pneumologia	2
Acupuntura/Homeopatia	2
Oncologia	2
Saúde Pública	3
Patologia	3
Angiologia/Hematologia	3
Alergologia	3
Urologia	3
Endocrinologia	3
Gastroenterologia	3
Nefrologia	3
Otorrinolaringologia	3
Dermatologia	3
Neurologia	3
Oftalmologia	3
Ortopedia	3
Radiologia	3
Cirurgia	3
Psiquiatria	3
Ginecologia	4
Cardiologia	4
Clinica Geral	5
Saúde da Família	5

Fonte: REGIC (2018)

Os níveis de complexidade da saúde são conceituados entre baixa, média e alta complexidade. Os níveis de baixa complexidade possuem uma organização de componentes (especializados, instrumentos, logística, entre outros) mais simples, de custo monetário reduzido e de baixa densidade tecnológica. A média complexidade possui organização mais regionalizada, qualificada e especializada se comparado a baixa complexidade, principalmente foca em ações terapêuticas e diagnósticos por ações e serviços que necessitam de profissionais especializados e de recursos tecnológicos. Já o nível de alta complexidade demanda tecnologias mais sofisticadas, profissionais especializados, baixa frequência relativa e alto custo de tratamento em relação à média complexidade (LEMOS, 2014).

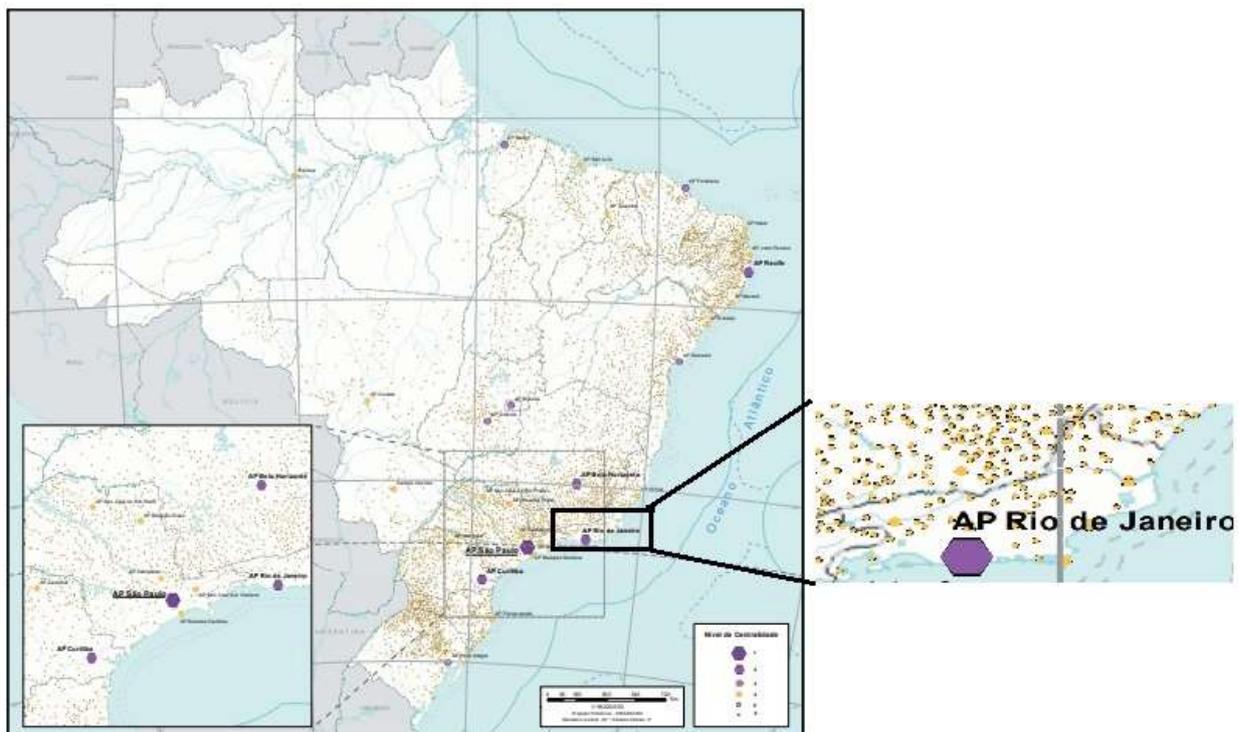
O nível de alta complexidade é um relevante indicador de centralidade, já que, “tende a ser mais seletiva espacialmente, há maior concentração territorial dos fluxos para esse fim, implicando maiores distâncias a serem percorridas pela população” (REGIC, 2018, p. 111). Os serviços de alta complexidade podem ser caracterizados por tratamentos

especializados de alto custo como: cirurgias complexas, exames especializados e tratamento de câncer. Entende-se por alta complexidade:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes" (BRASIL, 2009, p. 32).

Nesse contexto, o nível de complexidade dos serviços de saúde é classificado de 0 a 6 em sua hierarquia das cidades, sendo a cidade que não tiver nenhum equipamento ou especialidades é classificada na classe 0. Para se estabelecer o nível de centralidade da saúde das cidades, esses dados foram combinados com o número de internações realizadas em 2018 dividindo-se em seis classes. Com o objetivo de “representando tanto a capacidade de oferta de serviços por parte dos centros urbanos, quanto sua real efetividade de atendimento” (REGIC, 2018, p.114). Vale ressaltar que, na combinação entre todos os índices estipulados, prevaleceu a classe de valor mais alto que uma cidade foi classificada. Esse estudo culminou nos mapas elaborados pelos resultados da pesquisa, nas figuras 10, 11 e 12.

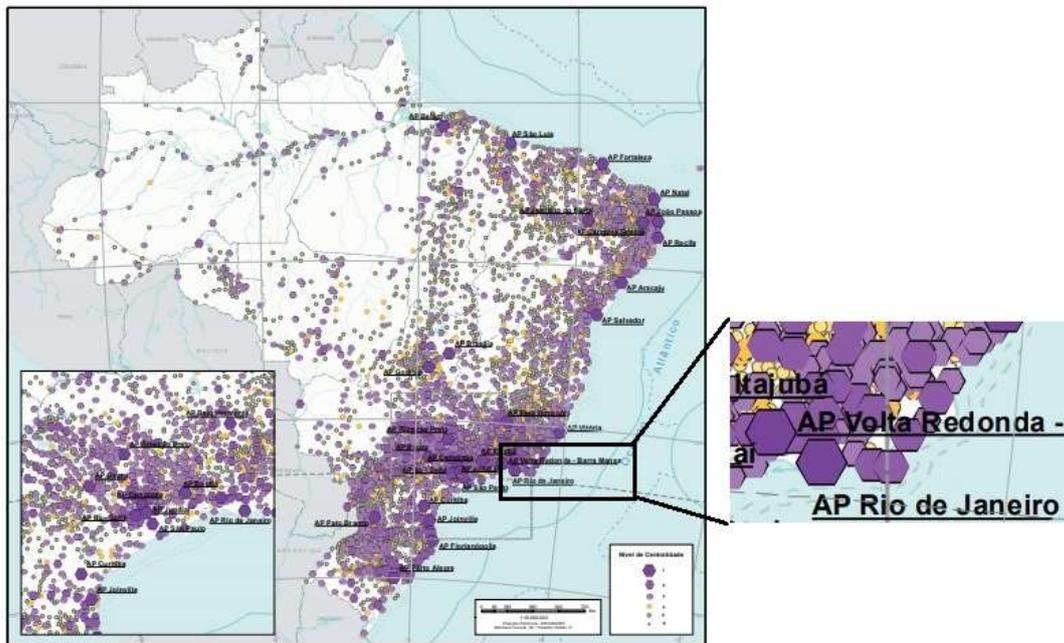
Figura 10: Nível de Centralidade dos Serviços de Saúde.



Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: REGIC, 2018.

Figura 11: Nível de Centralidade das Classes de Complexidades dos Serviços de Saúde

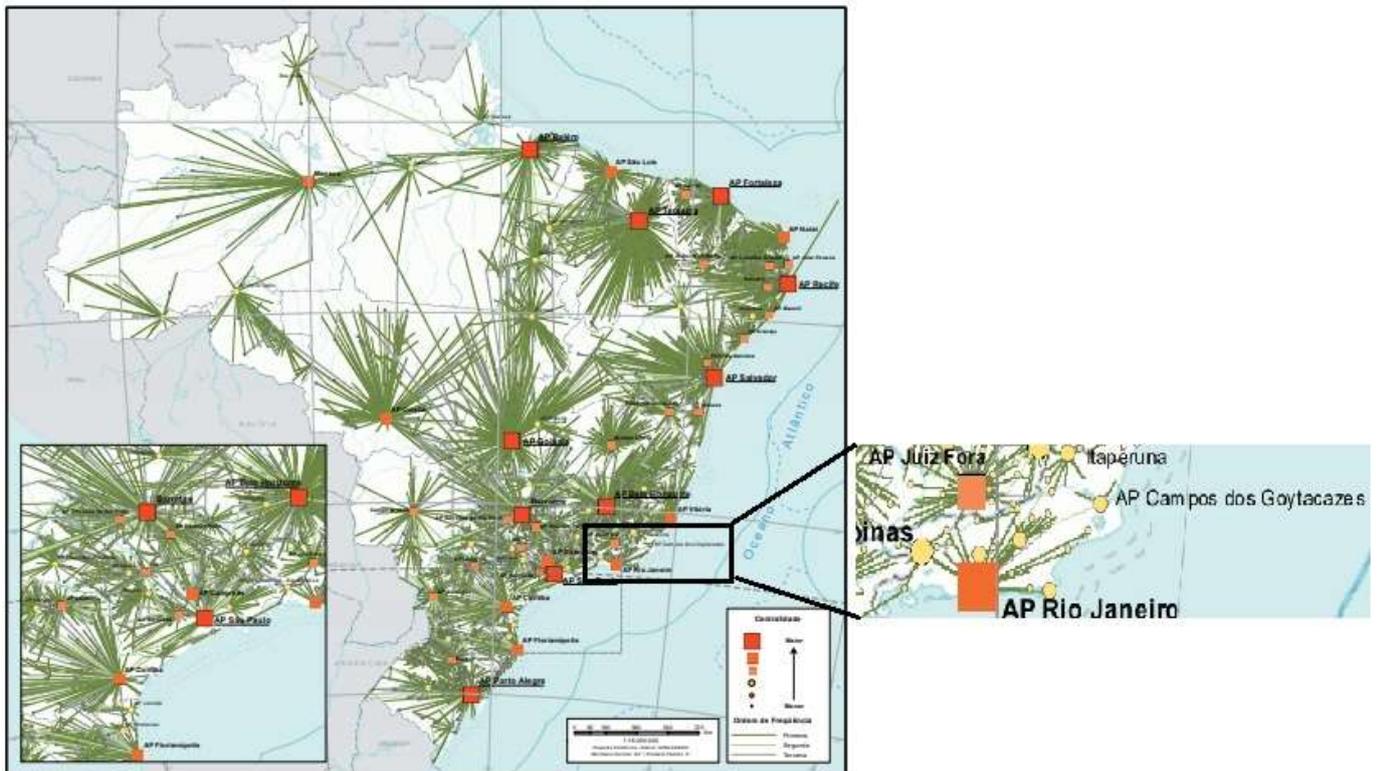


Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: REGIC, 2018.

Vale ressaltar que existe uma diferença entre Nível de Centralidade e Nível de Centralidade das Classes de Complexidade em saúde. O Nível de Centralidade das Classes de Complexidade, além dos níveis de centralidade, leva em consideram as classes de complexidade, isso é fundamental para compreender que, as duas figuras possuírem 6 classes na legenda, o detalhamento da figura 11 é maior. Também, é importante levantar os dados de leitos de saúde, já que esse dado está fortemente atrelado com o quantitativo populacional de cada município e a capacidade do mesmo de oferecer leitos a população

Figura 13: Deslocamentos dos serviços de Saúde de Alta Complexidade



Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: REGIC, 2018.

Esses resultados gerados retratam como os elementos e as características da saúde em cada região são dependentes dos níveis de hierarquia e dos deslocamentos de saúde. A seguir aprofundaremos mais a Região Imediata de Campos dos Goytacazes e seus desdobramentos do que tange a REGIC (2018).

3.2 Análise da Região de Influência das Cidades (2018) para a Saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes.

Destacamos especialmente a Região Imediata de Campos dos Goytacazes e suas características segundo a REGIC (2018). Com base nas figuras 11, 12 e 13, a Região Imediata de Campos possui a seguinte configuração:

(a) **Nível de Centralidade dos Serviços de Saúde:** Arranjo Populacional (AP) de Campos dos Goytacazes é nível 5 e os municípios de São Francisco do Itabapoana, São Fidélis, Italva, Cardoso Moreira são classificados como nível 6 de centralidade dos serviços;

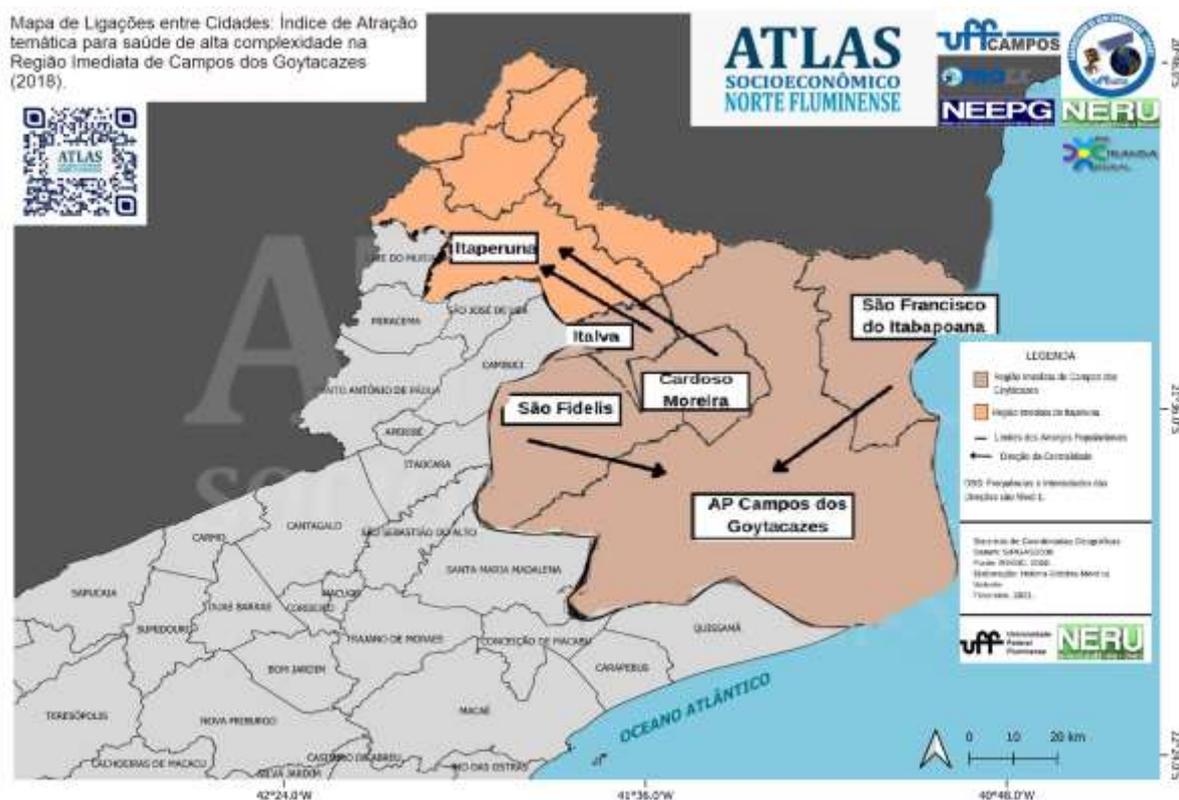
(b) Nível de Centralidade das Classes de Complexidades dos Serviços de Saúde: AP Campos dos Goytacazes é nível 2, Italva, Cardoso Moreira e São Francisco de Itabapoana nível 3 e São Fidélis compõem o nível 4 de classe de complexidade dos serviços;

(c) Deslocamentos dos serviços de Saúde de Alta Complexidade: Campos dos Goytacazes possui nível 5 com relação forte com São Francisco do Itabapoana e São Fidélis de nível 6, Cardoso Moreira e Italva possuem nível 6 com relação forte com Itaperuna de nível 5 de deslocamentos dos serviços;

(d) Leitos de Saúde: AP Campos dos Goytacazes, Italva e São Fidélis na classe 3 (2,34 a 4,45) e Cardoso Moreira e São Francisco do Itabapoana na classe 5 (0,00 a 0,83) no número de leitos;

Esse resultado retrata o fato de Campos dos Goytacazes possuir a maior centralidade na rede urbana da RICG, sobretudo na área da saúde, de acordo com a REGIC (2018). Porém, ao especificar o quesito da saúde de alta complexidade, mostra que nem todos os municípios da RICG possuem relação com Campos dos Goytacazes. Nesse caso, Cardoso Moreira e Italva apresentam relação mais forte com o município de Itaperuna, pertencente à Região Imediata de Itaperuna, como representado na figura 14, utilizando o IAT para saúde de alta complexidade.

Figura 14: Mapa de Ligações entre Cidades: Índice de Atração temática para saúde de alta complexidade na Região Imediata de Campos dos Goytacazes (2018).



Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: REGIC (2018)

Essa questão das Ligações entre Cidades da REGIC sobre a alta complexidade levanta os seguintes questionamentos: Por que Cardoso Moreira e Italva pertencem a Região Imediata de Campos dos Goytacazes, se suas relações de saúde de alta complexidade estão vinculadas a Itaperuna? A resposta vem da constatação geral do estudo da REGIC (2018), os quesitos não são interdependentes no resultado geral, mas compoñham a junção e complementaridade entre os mesmos. Italva, por exemplo, possui nível 2 para a ligação com Campos dos Goytacazes no quesito de móveis e eletrônicos, possuindo o nível mais alto de relação entre todos os quesitos e todos os municípios da região. Cardoso Moreira, entretanto, apresenta nível 1 em todos os quesitos, menos nos quesitos de saúde, atividades esportivas e aeroporto, isso o classifica de uma maneira parecida com os municípios de São Fidélis e São Francisco do Itabapoana que possuem todos os requisitos nível 1, menos nos quesitos de aeroporto e jornais. Assim, mesmo o IAT da saúde de alta complexidade não indicar a relação

de Cardoso Moreira e Italva dentro da RICG, analisando os dados de maneira geral, eles possuem relações em outros quesitos que o configuram como parte dessa Região Imediata.

Segundo a REGIC (2018):

As Cidades na quarta e na quinta classes de nível de centralidade, embora possuam uma menor quantidade de atendimentos efetivados, ainda mostram uma complexidade significativa, com muitos centros se situando nas classes 2 e 3 no quesito complexidade (REGIC, 2018, p. 114-115).

Isso significa que as primeiras classes de complexidade podem ser encontradas em cidades com baixo nível de centralidade. Ter ou não níveis mais altos de complexidade, não impede que a cidade tenha uma importante variedade nos serviços prestados, mesmo tendo sua capacidade de atendimento reduzida em comparação com centros de maior hierarquia. As figuras 10, 11, 12 e 13, por exemplo, apontam que mesmo a rede de atendimento de serviços de saúde ter uma diversidade e complexidade significativas, há ainda uma demanda significativa em relação a oferta dos atendimentos de alta complexidade.

“A concentração geográfica e ampliação da cobertura populacional dos serviços mais complexos são formas de garantir o acesso e sua utilização adequada por todos que deles necessitam, otimizando os recursos disponíveis no território” (KUSCHNIR *et al*, 2011, p. 126). Porém, Unglert *et al* (1987) acrescentam que a oferta desses serviços não depende apenas da existência e sim da acessibilidade que deve considerar diversos fatores socioeconômicos e funcionais. Vale ressaltar que a procura por serviços de saúde é um dos maiores motivos que geram deslocamentos de pessoas na rede urbana, saindo de seus municípios de origem e buscando atendimento em outros municípios.

A oferta de serviços se torna desigual, ou seja, não se distribuem uniformemente no espaço, o que dificulta a autossuficiência das regiões e seus municípios componentes (KUSCHNIR *et al*, 2011). A autonomia municipal ou regional é questionada a medida que as soluções de acesso aos serviços de saúde se encontram fora da região estipulada, como é o caso da relação Campos dos Goytacazes, Cardoso Moreira, Italva e Itaperuna em relação a IAT de alta complexidade.

Segundo Martinuci (2013), a solução do problema de acessibilidade aos serviços de saúde é garantir a fluidez entre municípios e regiões, levando em consideração as heterogeneidades presentes, não havendo apenas uma única solução para todos os casos. Além disso, a capacidade das redes é medida pela necessidade crescente de transporte de pessoas e mercadorias e outros fluxos, aprofundando a divisão social do trabalho que dá

sustentação a existência e a manutenção de serviços sofisticados, ou seja, de alta complexidade. Esses serviços não podem estar presentes em cada um dos municípios brasileiros, sendo inviável em função do alto custo de manutenção e da necessidade profissionais especializados.

3.3 Análise dos Equipamentos, Especialidades e Estabelecimentos de Saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes.

Um dos meios de medição e classificação da alta complexidade é a existência ou não de equipamentos e/ou especialidade de saúde (REGIC, 2018). Aprofundaremos, nessa seção, os equipamentos e especialidades de saúde de baixa, média e alta complexidade e sua distribuição na Região Imediata de Campos dos Goytacazes apresentada nas tabelas 5, 6, 7 e 8. Esses quadros apresentam os equipamentos e especialidades de saúde e sua hierarquia nos anos de 2018 e 2020, segundo a classificação da REGIC de 2018 e os valores retirados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do mesmo período. Os valores marcados de amarelo representam a confirmação da existência do equipamento de maior nível hierárquico.

Tabela 5: Equipamentos de Saúde DATASUS no ano de 2018

Equipamentos	Campos dos Goytacazes	Cardoso Moreira	Italva	São Fidelis	São Francisco do Itabapoana	São João da Barra
Debitômetro	73	0	0	0	0	0
Microscópio Cirúrgico	21	0	0	0	0	0
Circulação						
Extracorpórea	6	0	0	0	0	0
Tomografia/Ressonância	35	0	0	1	0	1
Equipamento						
Audiométrico	0	0	0	0	0	0
Eletroencefalógrafo	32	0	0	2	1	2
Equipamento oftalmológicos	20	1	0	0	0	0
Mamógrafo	32	0	0	5	6	0
Bomba de Infusão	1110	0	0	6	4	31
Endoscópio	72	0	0	3	4	2
Forno de Bier	27	0	0	2	2	0
Equipamento						
Fototerapia	79	0	0	1	1	4
Outros	0	0	0	0	0	0
Equipamento Neonatal	104	0	2	2	4	2
Raio X	307	1	5	9	16	12
Ultrassonografia	180	1	2	7	13	11

Eletrocardiógrafo Equipamento	137	3	6	11	8	11
Ortodonológico	2786	12	7	84	173	155

Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: DATASUS, 2020.

Tabela 6: Equipamentos de Saúde DATASUS no ano de 2020.

Equipamentos	Classe de Hierarquia	Campos			São Fidelis	São Francisco do Itabapoana	São João da Barra
		Goytacazes	Cardoso Moreira	Italva			
Debitômetro	1	73	0	0	0	0	0
Microscópio Cirúrgico Circulação	2	21	0	0	0	0	0
Extracorpórea	2	6	0	0	0	0	0
Tomografia/Ressonância Equipamento	2	32	0	0	1	1	1
Audiométrico	2	0	0	0	0	0	0
Eletroencefalógrafo Equipamento	2	36	0	0	2	1	2
oftalmológicos	2	30	1	0	0	0	0
Mamógrafo	2	39	0	0	5	6	1
Bomba de Infusão	3	1243	0	0	6	4	60
Endoscópio	3	87	0	0	3	5	2
Forno de Bier Equipamento	3	29	0	0	2	2	0
Fototerapia	3	94	0	0	1	1	1
Outros	3	0	0	0	0	0	0
Equipamento Neonatal	4	147	0	2	2	4	2
Raio X	4	327	1	5	9	16	18
Ultrassonografia	4	206	1	2	7	12	12
Eletrocardiógrafo Equipamento	5	145	4	6	14	10	13
Ortodonológico	5	2992	12	7	101	182	153

Org: Helena Valente, 2021.

Fonte: DATASUS (2020)

Levando em consideração que apenas a existência de um equipamento em cada município o classifica no seu nível de centralidade, não sendo utilizada a quantidade. Mesmo assim, Campos dos Goytacazes apresenta uma centralidade imponente, seja no seu nível de centralidade, seja pela quantidade e diversidades de equipamentos e especialidades em

relação aos demais municípios. Assim, a constatação de Kuschnir *et al* (2011, p. 126) é pertinente quando menciona que as “unidades mais complexas precisam de áreas e populações mais abrangentes” e complementa dizendo que, isso não diminui a responsabilidade dos profissionais de terem um plano mais abrangente para suprir as necessidades da população, já que, a rede pressupõe a articulação entre todos os seus componentes.

Segundo Martinuci (2013, p. 18), “os sistemas de saúde municipais autônomos, que expandindo a rede municipal sem articulação regional, sem observar a necessária economia de escala, com serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população, que se tornam ociosos, custosos e inviável técnica e financeiramente” se tornam indícios importantes na dificuldade para a realização dos atendimentos de alta complexidade. Segundo o mesmo autor, o princípio de “regionalização” da assistência e a garantia da integralidade das ações de saúde para a população é um início de caminho para a amenização desses problemas.

Para melhor ilustrar um caso desses problemas, apresentaremos os casos especialmente dos equipamentos de Tomografia Computadorizada e a Ressonância Magnética que são equipamentos de imagem-diagnóstico para detecção precoce de doenças constituem-se, símbolos da moderna medicina eficiente (MARTINUCI, 2013). Aparelhos de alta tecnologia, raros de serem encontrados em todos os municípios do país, resultando na distribuição espacialmente concentrada o que dificulta o acesso aos serviços de saúde e compromete a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade (MATTA, 2007, p. 72).

No caso da Região Imediata de Campos dos Goytacazes, em 2018, apenas três municípios tinham esses equipamentos: Campos dos Goytacazes, São Fidélis e São João da Barra, sendo 35, 1 e 1 de quantidade de equipamentos, respectivamente. Em 2020, Campos dos Goytacazes possuía 32 equipamentos, São Francisco do Itabapoana com 1 equipamento, São Fidélis e São João da Barra permanecem com 1 equipamento. Ou seja, Campos dos Goytacazes apresenta uma concentração desses tipos de equipamentos.

Vale ressaltar que os equipamentos de São Francisco do Itabapoana, São Fidélis e São João da Barra são do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, dos 35 equipamentos de Campos dos Goytacazes apenas 11 são do SUS em 2018 e esse número se repete em 2020, mas com 32 equipamentos. Ou seja, 31% dos equipamentos são do SUS em 2018 e 34% em 2020. Adiantando esse tema, segundo as normas das políticas do SUS (BRASIL, 2011), o setor privado deveria complementar ou auxiliar em casos de ausência de equipamentos ou

profissionais no sistema do SUS, mas segundo esses dados, o setor privado tem predominância e concentração de equipamentos, o que contradiz o princípio de integralidade da saúde brasileira, por exemplo. Essa discussão será mais aprofundada no capítulo 3.

A implantação dessa tecnologia não é algo simples e de localização aleatória, essa decisão em implantar esse tipo de equipamento é intencional, no sentido de retirar o maior proveito e de ser rentável. Há certas exigências a serem seguidas: primeiro grande escala de demanda, mão de obra especializada, eletricidade sem oscilações, infraestrutura apropriada a base de chumbo e manutenção constante. Assim, a ressonância magnética e a tomografia computadorizada são extremamente dependentes das características de rede urbana. Nesse sentido, é que os serviços feitos com os equipamentos de imagem-diagnóstico podem ser um importante indicador da centralidade (MARTINUCI, 2013).

Esse autor também aponta os principais problemas relacionados à existência ou não desse tipo de equipamento de imagem-diagnóstico: a mobilidade dos pacientes dos municípios de baixa demografia e a garantia do acesso, a presença ou não de profissionais capacitados de operação da tecnologia, a estabilidade de redes elétricas, tendência de uma rotatividade de equipamentos caros em razão do seu alto custo, substituição constante de maquinário, diversidade de modelos de equipamento e a rapidez de suas atualizações, entre outros fatores. Esses problemas são apontados pelo autor como “endurecimento tecnológico” (MARTINUCI, 2013), a dificuldade do instrumento e suas relações e sua permanência e a estabilidade dentro de um espaço, além da sua concentração em lugares selecionados.

Esse endurecimento tecnológico também afeta as especialidades em saúde representados nas tabelas 7 e 8, que são os médicos na ativa e também a localização desses profissionais e equipamentos em seus respectivos estabelecimentos.

Tabela 7: Especialidades de Saúde DATASUS (2018)

Especialidades	Campos dos Goytacazes	Cardoso Moreira	Italva	São Fidelis	São Francisco do Itabapoana	São João da Barra
Medicina Legal	0	0	0	0	0	0
Geneticista	0	0	0	0	0	0
Broncoesofalografia	0	0	0	0	0	0
Mastologista	3	0	0	0	0	0
Proctologista	2	0	0	0	0	0
Fisiatria	3	0	0	0	0	0
Endoscopia	0	0	0	0	0	0
Medicina Nuclear	3	0	0	0	0	0
Medicina intensiva	20	0	0	0	0	0

Nutrologia	2	0	0	0	0	0
Reumatologia	9	0	0	0	0	0
Pneumologia	8	0	0	0	0	0
Acupuntura/Homeopatia	1	0	0	1	0	0
Oncologia	21	0	0	0	0	0
Saúde Pública	2	0	0	0	0	0
Patologia	7	0	0	2	0	0
Angiologia/Hematologia	16	0	0	0	0	1
Alergologia	12	0	1	0	0	0
Urologia	12	0	0	0	0	0
Endocrinologia	11	0	0	0	0	0
Gastroenterologia	16	0	0	0	0	0
Nefrologia	24	0	0	0	0	0
Otorrinolaringologia	21	1	0	0	0	0
Dermatologia	25	0	0	0	0	0
Neurologia	30	1	2	0	0	0
Oftalmologia	45	0	0	0	1	1
Ortopedia	42	0	2	0	0	2
Radiologia	41	0	0	0	2	0
Cirurgia	36	0	0	0	0	0
Psiquiatria	16	1	1	0	0	0
Ginecologia	113	0	1	1	1	0
Cardiologia	90	1	2	1	1	1
Clinica Geral	376	8	10	12	12	34
Saúde da Família	12	0	1	2	1	7

Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: DATASUS, 2020.

Tabela 8: Especialidades de Saúde DATASUS (2020).

Especialidades	Classe de Hierarquia	Campos			São Francisco	São João da Barra
		dos Goytacazes	Cardoso Moreira	Italva Fidelis		
Medicina Legal	1	0	0	0	0	0
Geneticista	1	1	0	0	0	0
Broncoesofalografia	2	0	0	0	0	0
Mastologista	2	2	0	0	0	0
Proctologista	2	3	0	0	0	0
Fisiatria	2	4	0	0	0	0
Endoscopia	2	2	0	0	0	0
Medicina Nuclear	2	3	0	0	0	0
Medicina intensiva	2	26	0	0	0	0

Nutrologia	2	3	0	0	0	0	0
Reumatologia	2	10	0	0	0	0	0
Pneumologia	2	6	0	0	0	0	0
Acupuntura/Homeopatia	2	1	0	0	1	0	0
Oncologia	2	25	0	0	0	0	0
Saúde Pública	3	1	0	0	0	0	0
Patologia	3	6	0	0	1	0	0
Angiologia/Hematologia	3	17	0	0	0	0	1
Alergologia	3	12	0	1	0	0	0
Urologia	3	9	0	0	0	0	0
Endocrinologia	3	12	0	0	0	0	0
Gastroenterologia	3	16	0	0	0	0	0
Nefrologia	3	23	0	0	0	0	0
Otorrinolaringologia	3	23	1	0	0	0	0
Dermatologia	3	23	0	0	1	0	0
Neurologia	3	33	1	1	1	0	1
Oftalmologia	3	49	0	0	0	1	0
Ortopedia	3	41	0	1	1	0	0
Radiologia	3	43	0	0	0	1	3
Cirurgia	3	36	0	0	0	0	0
Psiquiatria	3	18	1	0	1	0	0
Ginecologia	4	119	1	1	1	1	1
Cardiologia	4	88	2	1	2	0	0
Clinica Geral	5	408	11	10	15	16	25
Saúde da Família	5	10	1	2	7	2	4

Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: DATASUS, 2020.

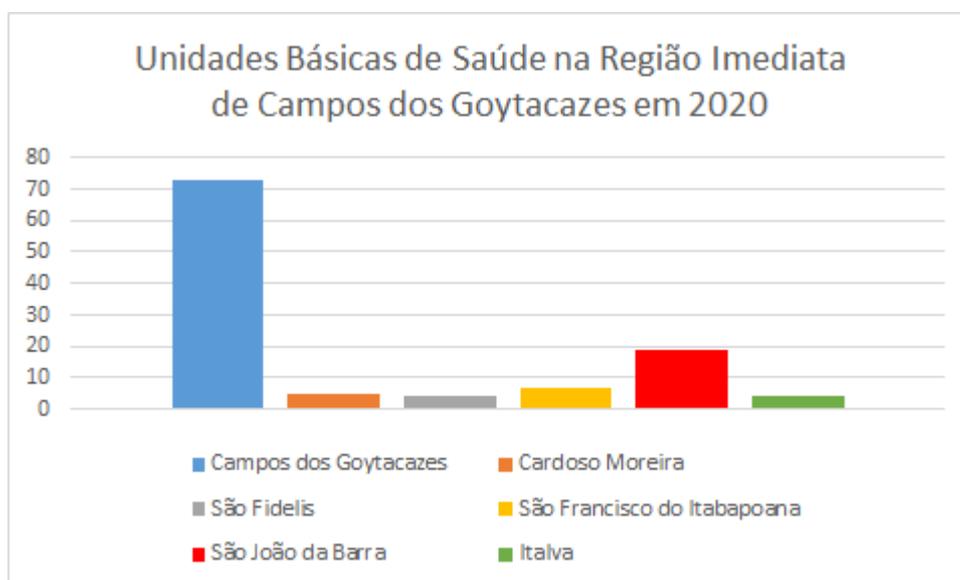
Um exemplo abordado na tabela 8 é a concentração de especialidades no AP de Campos dos Goytacazes em relação aos demais municípios em todos os níveis de complexidade. O que chama atenção dos demais é que esses possuem profissionais dedicados a baixa complexidade de modo geral do que as demais complexidades, principalmente clínicos gerais e saúde da família. As especialidades estão muito atreladas aos equipamentos, já que o valor de profissionais e equipamentos mais custosos e mais qualificados se concentra nos locais mais populosos e que tragam para o sistema mais rentabilidade. Além da questão da existência do médico especializado, é importante levar em consideração o custo de sua permanência em determinado município e seus insumos necessários para atender a população (MARTINUCCI, 2013).

Outro elemento para se observar o acesso à saúde são os estabelecimentos de saúde. Estes são os lugares previamente idealizados e preparados para servir como local de

referência para a população que busca por atendimentos em diversos tipos de complexidade. Para exemplificar essa os estabelecimentos, iremos abordar quatro tipos de estabelecimentos de saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes: Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais Gerais e Hospitais Especializados. Esses estabelecimentos são classificados segundo Brasil (2011) como baixa complexidade, média complexidade, média-alta complexidade e alta complexidade respectivamente.

As UBS são unidades de baixa complexidade que tem objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais. Os profissionais que atuam nas UBS e compõem as equipes de saúde da família como: enfermeiros, dentistas e agentes de saúde. Eles são, em sua maioria, especialistas em medicina de família e comunidade. Pode ter atendimento para: ações de promoção, prevenção e tratamento relacionadas à saúde da mulher, da criança, saúde mental, planejamento familiar, prevenção a câncer, pré-natal e cuidado de doenças crônicas como diabetes e hipertensão e como os seguintes insumos principais: curativos, inaladores, vacinas, exames laboratoriais, tratamento odontológico e medicação básica. Além disso, pode realizar pedidos de encaminhamento para atendimentos especializados. Na figura 15 consta o gráfico da distribuição desse tipo de estabelecimento na RICG em 2020.

Figura 15: Gráfico de UBS em 2020 na RICG

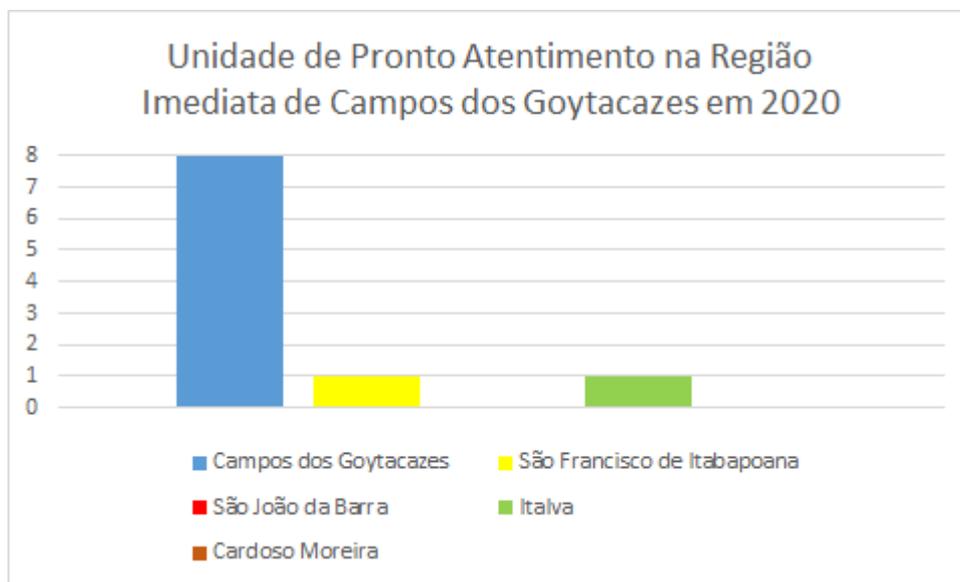


Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: DATASUS, 2020.

Esse resultado mostra a concentração de UBS em Campos dos Goytacazes, em contrapartida, todos os demais municípios apresentam pelo menos uma UBS, com destaque para São João da Barra com 19 UBS. No caso das UPA, apenas Campos dos Goytacazes, Italva e São Francisco do Itabapoana apresentam esse estabelecimento de média complexidade. Com destaque para Campos dos Goytacazes com 8 estabelecimentos, como presente na figura 16. A UPA tem funcionamento de 24 horas e faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é compor uma rede organizada com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A estrutura do estabelecimento geralmente possui: raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Os profissionais são os que operam e atendem de acordo com essa estrutura. Se necessário o paciente poderá ser encaminhado para um estabelecimento de alta complexidade.

Figura 16: Gráfico de UPA em 2020 na RICG



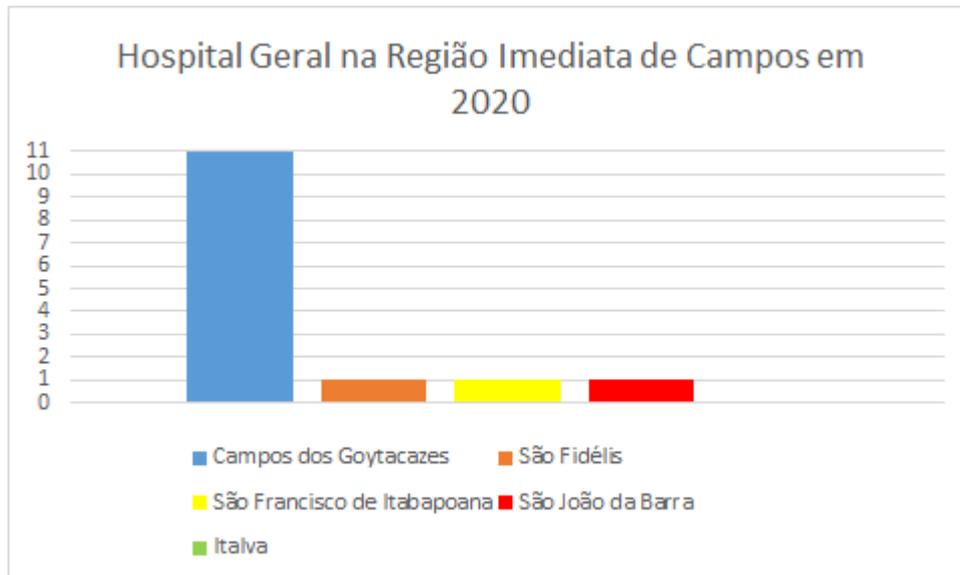
Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: DATASUS, 2020.

Já na figura 17 sobre os Hospitais Gerais, Campos dos Goytacazes novamente concentra quase todos os hospitais da RICG com 11 estabelecimentos. São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra apresentam apenas 1 hospital geral. O Hospital Geral pode ser de média/alta complexidade, possui uma infraestrutura robusta e diversificada. Destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas e por especialistas de maior hierarquia. Possui serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de Serviço de

Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) de média/alta complexidade, além de muitos tipos de insumos diferentes. Já no Hospital Especializado, ele possui apenas uma especialidade de referência, mas de mesma complexidade na organização do estabelecimento do hospital geral, no caso da RICG, apenas Campos dos Goytacazes possui esse tipo estabelecimento com 4 hospitais especializados em 2020.

Figura 17: Gráfico de Hospital Geral em 2020 na RICG



Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: DATASUS, 2020.

Esses três resultados, equipamentos, especialidades e estabelecimentos mostram que a seletividade, o local e a distribuição, o nível de rentabilidade e demais atributos, escancaram a desigualdade espacial e a centralidade desses indicadores na região. Essa característica de seletividade desses equipamentos, especialidades e estabelecimentos a eles associados tendem a se concentrar centros urbanos mais dinâmicos, fluidos, maior densidade das redes urbanas e maior rentabilidade. Segundo Corrêa (2006), a seletividade espacial gera concentrações, diferenciações no espaço que se traduzem em desigualdades.

Portanto, essas desigualdades da saúde são, principalmente, desigualdades espaciais, resultado das dinâmicas do mercado, das operações e da falta de políticas governamentais e da infraestrutura. A complexidade disso tudo que fora apresentado se contrapõe ao direito à saúde, à equidade no acesso, à integralidade no atendimento, princípios da saúde brasileira. No capítulo 3 apresentaremos essa construção das políticas e planos de saúde e seus desdobramentos na Região Imediata de Campos dos Goytacaze.

Capítulo 3 - Políticas Públicas em Saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes.

A distribuição de equipamentos médicos, especialidades e estabelecimentos de média e alta complexidade e os níveis de complexidade na Região Imediata de Campos dos Goytacazes, analisados no capítulo 2, serão retomados neste capítulo para entender tanto a centralidade de Campos como para focar na importância das políticas públicas. Já que essa distribuição dos equipamentos urbanos, é feita com o incentivo e apoio nas políticas públicas.

Esse capítulo busca compreender a distribuição desigual desses elementos apresentados e identificar as articulações a luz dos planos e políticas de saúde que são estabelecidas na escala regional para os municípios integrantes da RICG e o papel do Sistema Único de Saúde (SUS), principal instrumento político de acesso à saúde pública brasileira (BRASIL, 2011).

Primeiramente, é relevante entender a diferença entre o planejamento público e a política pública. Vale ressaltar que não existe uma conceituação única de planejamentos e políticas públicas, porém buscam explicar o papel das políticas públicas, objetivos e mitos. Segundo Cassiano (2017, p. 1), “o planejamento público serve como guia na elaboração e na escolha dos objetivos (fins) que a política pública deve alcançar”, utilizando instrumentos políticos necessários para atender as diferentes finalidades sejam elas políticas, econômicas e/ou sociais. Para que o planejamento seja eficiente, é desenvolvido um plano e nele contem a realidade socioeconômica e seus aspectos estruturais e conjunturais; informações sobre o passado e o presente e alternativas de mudanças. O objetivo principal é o de buscar uma relação custo-benefício mais vantajosa com cada plano traçado pelo governo (CASSIANO, 2017). Assim, o Estado é produtor de planos e políticas públicas em sua primazia (SOUZA, 2006).

Segundo Souza (2006), a Política Pública (PP) é o conhecimento que busca colocar o governo em ação e a partir disso propor mudanças no rumo nessas ações governamentais, quando necessário. A autora explica, de modo geral, que a Política Pública permite mostrar o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz, envolvendo diversos atores sociais, públicos e privados nas diferentes instâncias de decisões. A PP torna-se, assim, uma ação intencional com objetivos a serem alcançados, implica também implementação, execução e avaliação.

Contribuindo com as ideias de Souza (2006), Di Giovanni (2009) atenta ao fato de que, além de uma intervenção estatal, a política pública é “uma forma contemporânea de

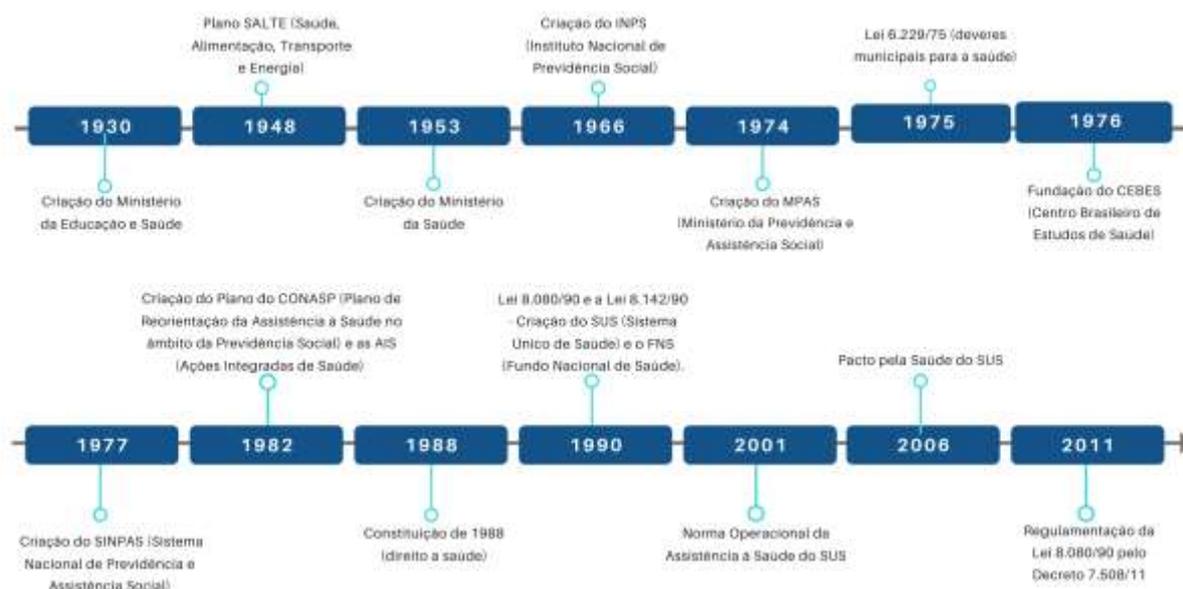
exercício do poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade” (DI GIOVANNI, 2009, p.1). Essas relações de poder presentes na elaboração das PP são marcadas por dois mitos apontados por Souza (2006). O primeiro mito é que interesses individuais geram ações coletivas e o segundo é que a ação coletiva produz necessariamente bens coletivos. A autora afirma que a distribuição desses bens coletivos e as ações coletivas são desenhadas de modos seletivos e pretende atender a interesses também específicos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, se torna a principal política de saúde, pertencente ao plano nacional de saúde brasileiro com finalidades, princípios e características específicas na universalidade, na equidade e na integralidade da população brasileira no acesso aos programas de saúde de excelência (BRASIL, 2011). Sua concepção, elaboração e efetivação, ocorreram por meio de um longo processo político que será tratado na seção subsequente.

4.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública pertencente ao Plano Nacional de Saúde, tal política foi instituída após a criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, advindo do Ministério da Educação e Saúde originado em 1930, ambas do Governo de Getúlio Vargas. Anteriormente a esse período, as ações de saúde promovidas pelos governos da República Velha eram realizadas de maneira coletiva. A partir de 1930, a assistência médica passa a ser individual (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006). Para ilustrar os acontecimentos das políticas públicas da saúde no Brasil, a figura 18 apresenta os eventos de maneira cronológica.

Figura 18: Cronologia das Políticas Públicas de Saúde no Brasil



Org. Helena Valente, 2021.

Fonte: Adaptado de Júnior e Júnior (2006)

O Ministério da Saúde, em 1953, estava voltado para campanhas de vigilância sanitária e, simultaneamente, o desenvolvimento da assistência médica, principalmente representados por instituições previdenciárias. Segundo Júnior; Júnior (2006), esse desenvolvimento era um instrumento político para minimizar as tensões sociais e controlar a força de trabalho crescente nas indústrias dos centros urbanos.

Um exemplo marcante dessas instituições previdenciárias ocorreu no ano de 1966 com a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) originando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), desativado em 1993, depois foi inserido como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) criado em 1974. Na década de 1960, a previdência social era o principal órgão de financiamento dos serviços de saúde. Assim, há uma concentração das políticas de saúde assistencial em todo o país (JUNIOR; JUNIOR, 2006). A partir da década de 1970, a assistência médica individualizada passou a ser dominante no cenário político.

Outra questão pertinente nas políticas de saúde era a participação das três esferas governamentais: a federal, estadual e municipal e suas atribuições na saúde em seus respectivos territórios. A Lei 6.229 de 17 de julho de 1975 é caracterizada pela primeira

tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde. Os municípios deveriam cumprir as competências de realizar a manutenção dos serviços de saúde e da vigilância epidemiológica; articular os planos locais de saúde com as demais entidades federativas e, por fim, integrar seus serviços no sistema nacional de saúde. Assim, o país ampliaria a extensão da cobertura de serviços. Porém, *a priori*, a maior parte das prefeituras adotou serviços especializados, dando pouca atenção à atenção primária, o que foi motivo de crítica entre os pesquisadores daquele período, principalmente entre os que participaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

A Lei 6.229 de 17 de julho de 1975 visava à regulamentação do Sistema Nacional de Saúde de maneira geral entre as entidades, porém, segundo Júnior; Júnior (2006), as ações de saúde eram fragmentadas e desintegradas. Uma grande contradição era que a saúde coletiva (direito de todos) e a assistência médica era apenas direito dos trabalhadores que contribuía para o Sistema Nacional de Previdência Social (SNPS). Ficava nitidamente dividido: o Ministério da Saúde possuía a responsabilidade da formulação das políticas e o desenvolvimento das ações coletivas e o Ministério da Previdência e Assistência Social a realização da assistência médica. Outro evento importante nesse período foi a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, como um estímulo acadêmico, originado pela Universidade de São Paulo, o CEBES tinha como objetivo a difusão de informações e a luta pela atenção primária na saúde. Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) por meio da Lei 6.439/77, uma união do INPS e da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e outras instituições, fundações e empresas com objetivo de fortalecer as políticas de assistência médica.

Em 1982 foi criado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (CONASP). Este plano tinha como objetivo a racionalização das contas com os gastos hospitalares dos serviços médicos, pondo fim à modalidade de pagamento por unidade de serviço. Como consequência do Plano do CONASP, formaram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) que objetivavam universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Segundo Júnior; Júnior (2006), as AIS representaram o primeiro passo para o processo de descentralização na saúde.

As AIS propunham, também, a integração e a racionalização dos serviços públicos de saúde e de articulação com as redes conveniadas e contratadas, um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado. Essas ações fortaleceram os princípios federativos pelo

planejamento institucional, ao mesmo tempo, que era integralizante, era descentralizado (LUCCHESE, 2002).

Em contrapartida as AIS, em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que também apoiava a política de descentralização da saúde, porém, focado na descentralização do orçamento e do poder, permitindo uma maior autonomia dos estados e municípios da federação (LUCCHESI, 2002).

No ano seguinte, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu no Brasil a saúde como direito universal e integral, não apenas para o trabalhador segurado pela assistência previdenciária. Essa ampliação começou a vincular a saúde com políticas sociais e econômicas como consta no artigo 196 (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Além disso, a Constituição abarca algumas obrigadoriedades do Estado como: seguridade social como sistema básico de proteção social, articulado com o tripé: previdência, saúde e assistência. Acima de tudo, a prestação de serviço e atendimento de saúde de forma universal e gratuita em todos os níveis de complexidade (OLIVEIRA, 2014).

A partir de todas essas obrigações e regulamentações do Estado para garantir a melhor efetivação do direito à saúde no Brasil, em 1990, é estabelecido as Leis 8.080/90 e 8.142/90, que são caracterizadas como as leis de regulamentação e de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006). A Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) orienta, principalmente, seus princípios federativos e constitucionais do SUS, sendo três principais: universalidade, integralidade e equidade.

Segundo Lucchesi (2002), a universalidade é “[...] a garantia constitucional de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema [...]” (LUCCHESI, 2002, p. 12) que possui uma rede de serviços hierarquizada. A integralidade é o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema e condições individuais e coletivas de acordo com cada necessidade (LUCCHESI, 2002). A equidade é o reconhecimento de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto das diferenças, assim, o SUS considera que o direito à saúde deve superar as diferenças sociais (LUCCHESI, 2002).

A Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b) trata do envolvimento na condução das questões da saúde como: conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo. Essas conferências, por exemplo, são espaços em que se delibera e define as diretrizes para a formulação da política de saúde em todas as instâncias governamentais e os conselhos de saúde possuem um papel de fiscalização e controle dos cumprimentos legais e normativos do SUS e das ações e metas dos Planos de Saúde. Essa Lei também define as transferências de recursos financeiros e as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para Fundos Estaduais e Municipais (FEM) (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

Logo, para que essas conferências e conselhos sejam bem articulados são necessários a presença dos gestores do SUS, que são representantes de cada esfera de governo para as funções executivas do Sistema. Envolve um conjunto de ações e serviços, recursos, técnicas representado pelos “consórcios administrativos intermunicipais” ou “consórcios administrativos interestaduais” (LUCCHESI, 2002). Esses consórcios não privam a autonomia municipal e estadual das políticas de saúde, mas estão associados a uma descentralização de uma ordem única ou gestão única para cada esfera da federação. Assim, as políticas do Ministério da Saúde (MS) estão relacionadas ao sistema em âmbito nacional, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em âmbito estadual e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em âmbito municipal (LUCCHESI, 2002).

O Ministério da Saúde tem como objetivo estabelecer a regulação das competências nacionais como o FNS, Sistema Nacional de Saúde (SNS) entre outras questões públicas. O Ministério também é um importante regulador das normas e relações entre o SUS e os serviços privados de assistência e suas abrangências, definido pelo Conselho Nacional de Saúde. As Secretarias Estaduais possuem destaque mais específico no que tange o acompanhamento, o controle e a avaliação das redes hierarquizadas do SUS, a nível estadual e municipal. Já as Secretarias Municipais possuem direção direta e própria para planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir e executar as ações e serviços públicos de saúde. Em relação aos serviços privados, pode promover contratos e convênios, controle, avaliação e fiscalização de prestadores privados, assim como as SES em partes (LUCCHESI, 2002).

Segundo Lucchesi (2002), essa descentralização, há uma regionalização, hierarquização e integralidade da assistência à saúde, que demandam a formação e gestão de redes de atenção à saúde entre as instâncias governamentais: as redes interestaduais e as redes intermunicipais de ações e serviços de saúde, que, resultam nas Comissões Intergestores com interesses e decisões de caráter intergovernamental.

A autora ressalta que uma das maiores dificuldades para a concretização do arranjo federativo na área de saúde está relacionada à “existência de competências concorrentes entre as diferentes esferas de governo” (LUCCHESI, 2002, p 76). Isso leva a uma característica tendenciosa de que a União tem o papel normatizador e regulador; os Estados como complementares (exceto na oferta e gestão de altas complexidades de serviços) e os municípios como executores de ações e serviços. Porém, as três instâncias federativas possuem responsabilidades de normatização, regulação, complementação e execução em todo o funcionamento dos sistemas de saúde.

Ainda na reflexão sobre as relações intergovernamentais e as ações de saúde, existe um grande marco para a definição das atribuições de cada nível de poder, critérios e mecanismos, que são as transferências de recursos e custeio da União para os estados e municípios por meio das Normas Operacionais (NO) (LUCCHESI, 2002). Da Lei de implementação do SUS, até o momento deste trabalho, foram publicadas as NO de 1991, NO de 1992, NO de 1993, NO de 1996, NO 1998 que regulamenta a NO de 1996 e a NO de 2001 (OLIVEIRA, 2014). Essas normas têm como principal objetivo “induzir e estimular mudanças no SUS; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre seus gestores, e normatizar o SUS” (BRASIL, 2011, p. 53). Vale ressaltar que, a partir da NOB 1996, foi consolidada a política de municipalização, estabelecendo o poder municipal na função de gestor da atenção à saúde (BRASIL, 2011). Porém, a última Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 é caracterizada pela regionalização mais compacta e articulada no SUS.

A NOAS 2001 (BRASIL, 2001) “define o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade” (GIL *et al*, 2006, p. 36-37). Sendo esse processo baseado na lógica de planejamento integrado, funcional e territorializado de saúde, compreendendo os pontos principais de intervenção de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários e otimizando os recursos disponíveis.

Nessa norma é concebida as regiões de saúde como:

Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada

estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (BRASIL, 2001, p. 3).

A proposta de regionalização presente na NOAS 2001 concebe a região de saúde conforme a tradição “ibegeana” (GIL *et al*, 2006), ou seja, como uma unidade de intervenção e ação do Estado, baseada na hierarquia e no controle. Segundo Gil *et al* (2006), esse avanço da regionalização do SUS, não teve o impacto na implantação da regionalização em razão da falta de financiamento. Os autores consideraram também que a norma não levou em consideração as especificidades das regiões do país e o processo de escolha de critérios para a regionalização como aspectos socioculturais.

Outro documento importante refere-se às Diretrizes do Pacto pela Saúde de 2006, sendo um acordo interfederativo que gerou três pactos: Pacto pela Vida; o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006). O Pacto pela Saúde de 2006 trouxe mudanças significativas para a execução do SUS, entre elas: a substituição do processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração dos meios de repasse dos recursos federais; e a unificação dos pactos anteriormente existentes (BRASIL, 2006).

A partir do Pacto pela Saúde de 2006, a questão da integralidade ficou cada vez mais criticada, pela falta de integração entre os serviços e a financeirização da saúde (OLIVEIRA, 2014). A proposta era a consolidação do princípio da integralidade do atendimento de saúde previsto na Constituição de 1988. O Decreto 7.508/11 também recriou o conceito de região e a relação de serviços de saúde como descrito a seguir:

Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 1).

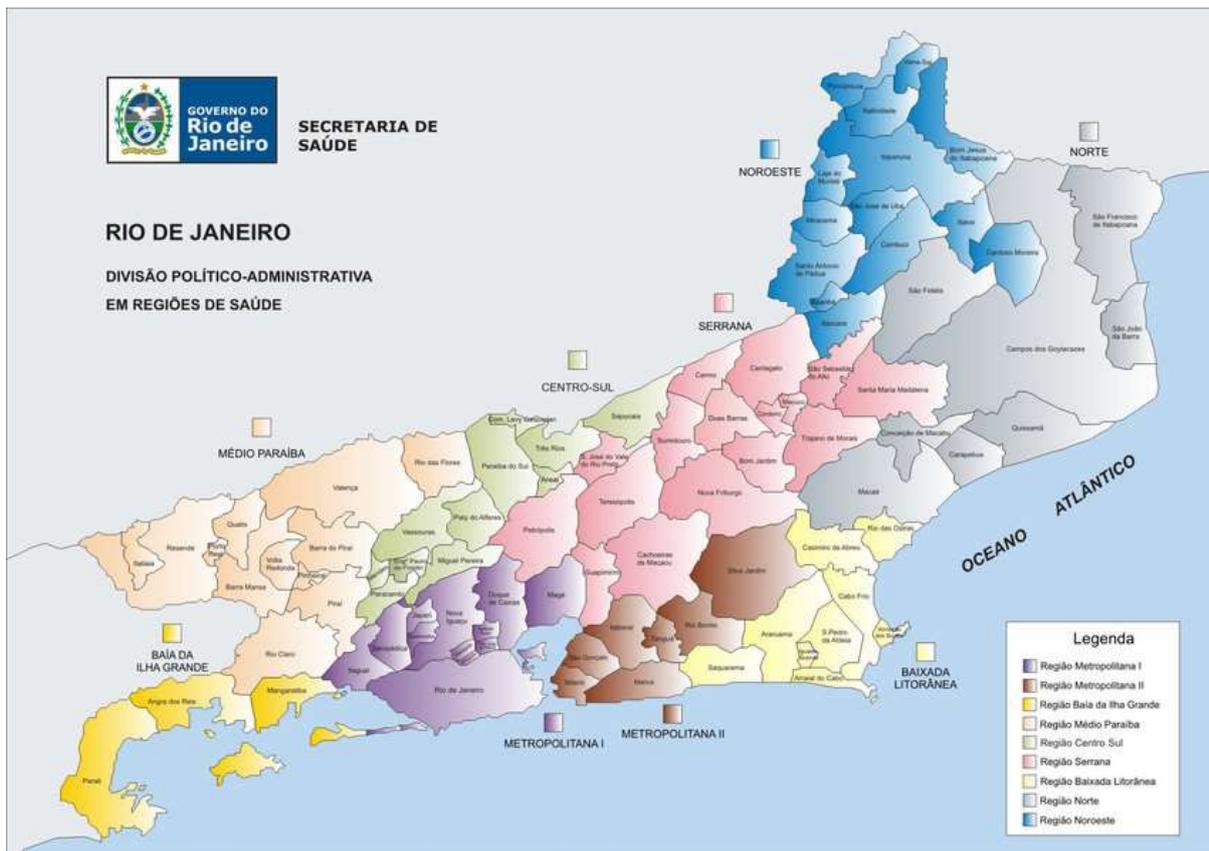
Essa mudança de conceito foi baseada nos pesquisadores críticos dos conceitos de região associado somente a um marco de controle e ação do Estado, mas a construção de um conceito englobando as identidades culturais e econômico-sociais e a infraestrutura das redes de integração (OLIVEIRA, 2014). A criação de uma rede de serviços organizada,

regionalizada e hierarquizada, favoreceu a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (OLIVEIRA, 2014). Para aprofundar mais nas políticas públicas específicas dos municípios da Região Imediata de Campos dos Goytacazes para a Saúde trataremos dos repasses para esse setor, oriundos do governo federal e estadual para os municípios.

4.2 Políticas Públicas da Região Imediata de Campos dos Goytacazes para a Saúde

A Região Imediata de Campos dos Goytacazes se encontra dentro de duas regiões de saúde: região norte e região noroeste, como podem ser identificadas na figura 19. As regiões de saúde são organizadas pelas Comissões Intergestores Regional (CIR) e consistem em colegiados, na qual participam as Secretarias Municipais de Saúde da região e a Secretaria de Estado de Saúde. As CIRs têm como objetivo promover a gestão colaborativa no setor saúde do estado com os municípios, identificação, análise e avaliações de ações prioritárias no intuito de melhorar a atenção integral na região e a saúde como um todo (SES RJ, 2020a).

Figura 19: Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: SESRJ, 2020.

A CIR Noroeste Fluminense, criado em 2011, abrange os municípios de Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna (município sede), Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai, criado em 2011. A CIR Norte, criado em 2009, abarca os municípios de Campos dos Goytacazes (município sede), Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra.

Nas Comissões são analisados os instrumentos de planejamento de saúde do SUS como o Plano Municipal de Saúde (PMS), as Programações Anuais de Saúde (PAS), os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Esses instrumentos fazem parte do planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do Sistema Único de Saúde (SUS) (SESRJ, 2020a).

Segundo o SESRJ (2020a), na CIR Noroeste, apenas 86% dos municípios enviaram seus relatórios (RAG e RDQA) no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS) e no Ministério da Saúde (MS), mesmo sendo um documento obrigatório e disponibilizado nos sistemas de transparência municipal. Assim, entre os municípios do CIR Noroeste, Cardoso Moreira e Italva não apresentaram seus relatórios publicamente desde 2018, segundo o sistema eletrônico. No CIR Norte apenas 87% colocaram os planos e relatórios no SARGSUS, sendo que desde 2018, apenas Campos dos Goytacazes e São João da Barra apresentaram (SESRJ, 2020 b). O Plano Municipal de Saúde de 2018 a 2021 também só foi encontrado nesses dois municípios em suas plataformas de transparência. Por esta ausência de documentos, pela dificuldade no acesso e a fragmentação dos dados obtidos, optamos por não aprofundar em seus resultados e avaliações nesse trabalho monográfico. Porém, é válido ressaltar as tentativas de integração entre os municípios dessas duas regiões de saúde, principalmente por meio de Consórcios.

Na região Noroeste três consórcios são atuantes (SESRJ, 2020a), quais sejam: Consórcio de Saúde Pública da região Noroeste (CONSPNOR), em Itaperuna, que atende, os municípios de Itaperuna, Santo Antônio de Pádua, Laje do Muriaé e Varre-Sai; Consórcio Intermunicipal de Saúde das regiões Norte e Noroeste (CISNOVO), em Itaperuna, que incorpora os municípios de Natividade, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Itaocara, Itaperuna e Miracema, na região Noroeste, e o município de São Fidélis, na região Norte e o Consórcio Intermunicipal para o Desenvolvimento da Saúde Pública (CODESP) cujo principal objetivo versa à contratação de funcionários para as Secretarias Municipais de Saúde de Natividade e Porciúncula. Na região Norte atua o Consórcio

Intermunicipal de Saúde da Região Norte Fluminense (CISNF) que articula os municípios de Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra (SESRJ, 2020a; 2020b). O principal problema apontado entre os próprios gestores e participantes das Comissões e dos Consórcios é a grande rotatividade de secretários de saúde (SESRJ, 2020a; 2020b).

Entretanto, especificamente para os serviços de média e alta complexidade é regulado pela Central Estadual de Regulação (CER) (SESRJ, 2020a). A CER vigia a demanda estadual por esse serviço mais especializado e sua disponibilidade, possui uma função estratégica de gerenciamento estadual, produzindo informações e planejando ações. Assim, a CER coordenada muitas atividades como Central Estadual de Procedimentos de Alta Complexidade (CERAC-RJ), integrado com o Centro Nacional Procedimentos de Alta Complexidade (CNRAC); a Central de UTI Neonatal e Gestação de Alto Risco; os Serviços Estaduais de Saúde de Alta e Média Complexidade e a Regulação de Leitos Estaduais.

A região Noroeste possui a Central Estadual de Regulação do Noroeste (CREHNOR) que trabalha em cogestão com o município de Itaperuna e a Central Estadual de Regulação do Norte (CREGN) em cogestão com o município de Campos dos Goytacazes. Nessas Centrais são realizadas as autorizações de cirurgias e exames por meio das Secretarias Municipais de Saúde que acessam o Sistema Estadual de Regulação, no qual são cadastrados os pacientes para internações nas unidades de saúde da região da saúde específica, com a finalidade de promover uma Rede de Atenção à Saúde Integrada (SESRJ, 2020a). Apenas Itaperuna e Campos dos Goytacazes apresentam essa central, o que reforça a ideia de centralidade na área da saúde desses dois municípios. Além disso, quando se trata da regionalização das regiões de saúde, se assemelha aos resultados da REGIC (2018), quando Cardoso Moreira e Italva, mesmo pertencentes a RICG, possuem mais vínculo com Itaperuna do que em relação ao município de Campos dos Goytacazes.

4.3 Receitas Municipais da Região Imediata de Campos dos Goytacazes para Saúde

Outra problemática é os repasses do governo federal para os governos estaduais e esses repassarem para os seus municípios, que impacta diretamente na qualidade e disponibilidade de serviços de saúde. Segundo a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o financiamento do SUS é de responsabilidade da União e dos demais entes federativos. Os montantes financeiros destinados pelo governo para a área da saúde são realizados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para todos os níveis de atenção na saúde. A

partir de 2000, a base de cálculo desses recursos e os percentuais mínimos para o atendimento aos serviços de saúde pública e serem reavaliados de cinco em cinco anos passa a ser obrigatório (BRASIL, 2000).

A partir de 2007, após o Pacto pela Saúde de 2006, os recursos federais destinados às ações e os serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de seis Blocos de Financiamento (LIEBEL, 2020): Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Esses blocos de financiamento são constituídos de acordo com as especificidades de suas ações e seus serviços de saúde. Após 10 anos foi aprovada a Portaria de nº 3.992/2017 (BRASIL, 2017) que excluiu os blocos de financiamento, compondo apenas o Bloco de Custeio e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde, o primeiro focado nos recursos distribuídos por meio de cota única e, o segundo, focado nas adequações de infraestrutura da saúde.

Essa mudança na maneira de gerenciar os recursos foi fundamental para a reorganização e o controle por parte dos gestores municipais no que diz respeito aos repasses dos recursos federais no Fundo de Saúde para os estados e municípios. Já que uma única cota será fonte de recursos de diversas estratégias nos programas ou planos de trabalho específicos. O modelo também separa os fluxos orçamentários e financeiros flexibilizando-os (LIEBEL, 2020).

Nos casos específicos de serviços de média e alta complexidade também é utilizado a Programação Pactuada Integrada (PPI) criada em 2006 e ativa até a realização deste trabalho. Essa programação tem como objetivo planejar a assistência de recursos federais e estaduais para a execução dos serviços de saúde de média e alta complexidade. Além de efetuar programações assistenciais, nas quais são definidos quantos e quais serviços de saúde a população terá acesso em seu município e quantos usuários serão referenciados às cidades vizinhas. Como base nos indicadores de dados básicos (IDB), o Brasil teve um gasto em média e alta complexidade de 65% do total gasto em saúde no ano de 2012 (IBGE, 2012).

Em 2012, houve um novo decreto de condições e procedimentos para o financiamento da saúde (BRASIL, 2012). Já em 2015, uma emenda constitucional alterou o valor mínimo de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) e outras normas de cálculo e ficou definido que o valor será progressivo a cada cinco anos, a partir de 2016 (BRASIL, 2015). Essa emenda também determinou a inclusão de recursos destinados para a área de saúde oriundos da exploração de petróleo e gás natural (BRASIL, 2015).

A inclusão de recursos para a saúde oriundos do petróleo e do gás natural impacta diretamente nos orçamentos dos municípios da Região Imediata de Campos dos Goytacazes, haja vista que todos os municípios da região recebem *royalties*. Segundo o Centro de Pesquisas do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (CENPE/MPRJ) de 2018, os municípios da RICG receberam conforme mostrado na tabela 9.

Tabela 9: Royalties na Região Imediata de Campos dos Goytacazes e Saúde de 2018

Município	Royalties (R\$)	Destinados a Saúde (R\$)	Dependência Orçamentária
Campos dos Goytacazes	459.373.812,88	114843453,2	36,80%
Cardoso Moreira	8.355.717,79	2088929,448	12,60%
Italva	8.735.457,49	2183864,373	15%
São Fidelis	11.394.160,66	2848540,165	10,60%
São Francisco do Itabapoana	11.773.966,00	2943491,5	8,40%
São João da Barra	115.375.761,72	28843940,43	41,50%

Org. Helena Valente, 2021

Fonte: CENPE/MPRJ, 2019.

Segundo a CENPE/MPRJ (2019), o município que mais recebe os repasses dos *royalties* é Campos dos Goytacazes, correspondente a 36,8% do orçamento municipal e São João da Barra recebe o segundo valor mais alto e uma dependência maior do que Campos dos Goytacazes, com 41,5%. A terceira coluna do quadro 12 representa o quantitativo dos *royalties* que por lei, desde 2013, representa 25% do valor destinado a saúde pública do município, Campos dos Goytacazes continua sendo o de maior valor. Porém, o orçamento municipal com os gastos da saúde não só advém dos *royalties*, mas dos repasses estaduais, vindos do governo federal, como mostra a tabela 10.

Tabela 10: Repasses para a Saúde na Região Imediata de Campos dos Goytacazes de 2018

Município	Despesa Total em Saúde (R\$)	Porcentagem Relativa Orçamentária
Campos dos Goytacazes	797.930.966,98	37,98%
Cardoso Moreira	15.109.714,41	25,27%
Italva	14.696.825,70	23,70%
São Fidelis	19.447.483,23	22,12%
São Francisco do Itabapoana	27.701.955,75	20,05%
São João da Barra	110.691.690,12	28,16%

Org. Helena Valente, 2021

Fonte: TCERJ, 2018.

O Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCERJ) permite a transparência das receitas orçamentárias municipais e dos repasses apresentados pelo Tribunal de Contas da União (TCU) aos municípios. Segundo os dados disponibilizados pelo órgão, para o ano de 2018, o município de Campos dos Goytacazes possui 37,98% do seu orçamento com gastos em saúde, além de ser o maior porcentual entre os demais municípios da RICG e apresenta também a maior despesa total em saúde. Essa constatação de gastos e demandas em Campos dos Goytacazes está vinculada ao maior número de estabelecimentos, especialidades e equipamentos, como mostrado no capítulo 2.

Além dos repasses governamentais, Lima (2010) aponta os gastos de estabelecimentos privados utilizados por programas governamentais. Pacto pela Saúde de 2006, ficou estabelecido que a Previdência Social, o Fundo de Garantia e a Receita Federal são fontes permanentes de recursos para resolver o problema das dívidas dos estabelecimentos privados filantrópicos, em alguns casos. Como por exemplo, em 2012, as dívidas das Santas Casas com o governo federal ultrapassavam mais de 11 bilhões de reais e foi renegociado por 4.2 bilhões de reais, segundo a Folha de São Paulo (Folha de São Paulo, 2013). Essa questão assolou muitos debates alavancados por instituições e pesquisadores entre os que defendiam a privatização de parte dos aparatos públicos de saúde e outros que apoiavam um sistema regido pelo setor público, mesmo que utilizando prestadores privados. Porém, a problemática do público e privado do SUS, vai muito além da questão de gastos e a prestação de serviços, como será apresentada na próxima sessão.

4.4. Relação Público e Privado na Saúde

A relação público e privado nos sistemas de saúde brasileiros na Constituição Federal de 1988 e da Lei de criação do SUS (Lei 8080/90), nesses documentos, é garantida a prestação de serviços de saúde à iniciativa privada. As instituições privadas devem participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio (LUCCHESI, 2002). Além disso, ficava vedado o destino de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas para fins lucrativos, a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, a comercialização de

órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, o processamento e a transfusão de sangue entre outros (LUCCHESI, 2002).

Depois de muitas discussões pela falta de especificação sobre estabelecimentos e planos privados, a Lei n. 9656 de 1998 estabeleceu os meios de regulação dos planos privados de assistência à saúde com maior detalhamento das regras de funcionamento, organização e controle das operadoras de planos (LUCCHESI, 2002). Assim, além das instituições e das políticas governamentais, surgem oficialmente as fundações privadas atreladas às instituições públicas de saúde, a autorização de privatizações e, principalmente, a terceirização da contratação de recursos humanos, de atividades assistenciais e da gestão em estabelecimentos públicos (LUCCHESI, 2002). No mesmo ano foi aprovada a Lei das Organizações Sociais em saúde (Lei n. 9637 de 1998), sendo essas Organizações Sociais da Saúde (OSS) entidades jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, autorizadas pelo Estado para realização de serviços de saúde (LUCCHESI, 2002). Isso alavancou reflexões como a ausência de responsabilidade ou falta de controle do Estado em designar a terceiros os atendimentos “suplementares” de saúde e a flexibilização do SUS como política pública.

Em resposta a essas críticas, no ano 2000, a Lei 9961/00 instituiu a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com o objetivo de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde (LUCCHESI, 2002). A ANS possui autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos e decisões técnicas, juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada com o intuito de defender os direitos do consumidor passou a ser um dos pilares de controle e regulação do SUS e do setor privado.

Outra questão relevante na relação entre o público e o privado é a prestação dos serviços de alta complexidade, já que, segundo Oliveira (2014), é justificável a contratação desses tipos de serviço pelo setor privado em razão dos maiores custos de sua implementação e manutenção principalmente no âmbito hospitalar. Outra argumentação seria ampliar e acelerar o acesso a esses serviços, na maior parte dos casos. Para exemplificar essa relação retornaremos à discussão dos Estabelecimentos, Especialidades e Equipamentos da Região Imediata de Campos dos Goytacazes (RICG).

Segundo os dados coletados no DATASUS para o ano de 2020 em Campos dos Goytacazes, há 11 hospitais gerais, sendo 9 particulares e dos 10 médicos reumatologistas, 6 não atendem por meio do SUS. Como mostrado no capítulo 2, dos 35 equipamentos de tomografia e ressonância magnética de Campos dos Goytacazes, 66% estão sendo utilizados apenas pelo setor privado em 2020. Assim, fica explícito que na rede assistencial, segundo

Oliveira (2014), o predomínio do privado na assistência hospitalar é de alta complexidade, sendo mais da metade de estabelecimentos, especialidades e equipamentos privados.

A autora classifica essa questão como uma “universalização excludente”, já que para ter acesso a esses serviços é necessário pagar. Outro fator é que o subfinanciamento do sistema de saúde não estaria garantindo a implantação dos princípios constitucionais, com iniciativas muitas vezes conflitantes com as diretrizes de universalização, equidade e descentralização previstas nos pilares do Sistema Único de Saúde (Oliveira, 2014).

Assim, ao longo das políticas públicas brasileiras de saúde, da formação e consolidação do SUS, seus modos de operação e financiamento entre outras questões levantadas nesse capítulo, mostram a persistência controversa entre os princípios do SUS, as várias maneiras de minimizar problemas atrelados a essas políticas e como que as três instâncias federativas com dificuldades de integração.

Essa dificuldade de integração impacta diretamente na regionalização da saúde e da imposição dessa organização, retirando as especificidades regionais de questão, como os aspectos socioculturais como apontado por Gil *et al* (2006). Isso reflete nas concentrações e centralidades regionais como é o caso de Campos dos Goytacazes nos casos dos estabelecimentos, especialidades e equipamentos, como mostrado no capítulo 2. A regionalização da saúde logo não atende todas as necessidades e demandas por serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, especialmente a de alta complexidade. Essa tentativa de diminuir os impactos de acesso a esses serviços não abrange, portanto, os princípios básicos do SUS.

5. Considerações Finais

A Região Imediata de Campos dos Goytacazes é a regionalização do IBGE institucionalizada em 2017. A proposta, diferentemente de outras regionalizações, tem como eixo central a rede urbana e seus fluxos. Sendo um desses fluxos a saúde. Para tratar desse tema utilizamos a Região de Influência de Cidades que apresentou as ligações entre as cidades e as hierarquias regionais, mostrando que Campos dos Goytacazes de maior hierarquia regional na RICG possui ligações fortes entre todos da região, exceto em Cardoso Moreira e Italva. Mesmo sabendo que a REGIC utiliza de 10 critérios para averiguar essa hierarquia, a saúde chama a atenção por seus fluxos não corresponderem com sua região imediata, o que foge das conceituações de sua própria regionalização de regiões imediatas. Essa relação também é intensificada por outras regionalizações existentes como a regionalização de mesorregiões e microrregiões geográficas de 1986, as regiões de governo de 2018 e, principalmente, a regionalização da saúde proposta pelo Decreto 7.508 de 2011.

A Regionalização da Saúde é importante para as políticas públicas e os repasses governamentais ligadas a ela, porém a falta de especificação regional e estudos podem levar a uma concentração superestimada em um ou dois municípios ditos principais como é o caso de Campos dos Goytacazes em relação a sua região. Como mostrado no capítulo 2, isso se intensifica quando mostrados os equipamentos, especialidades e estabelecimentos e seus níveis de complexidade, especialmente o acesso aos serviços de alta complexidade. Isso mostra que as concentrações desses elementos não suprem a demanda prevista para tal, utilizando de “corredores sanitários”. Isso mostra a busca por melhora entre os elementos que favorecem os fluxos como o sistema rodoviário (mostrado na figura 14, p. 16).

A hipótese desse trabalho se concretiza quando Campos dos Goytacazes como centralidade importante na região imediata e gera desigualdades espaciais seja entre os elementos fixos como os estabelecimentos e equipamentos, seja a partir dos fluxos com o resultado da REGIC de 2018 e os fluxos financeiros de repasses do governo como mostra os dados do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, porém essa centralidade não atinge toda a região, sendo Cardoso Moreira e Italva muito mais ligados à Itaperuna.

Entre as problemáticas a serem respondidas, para o estudo dos atendimentos e como Campos dos Goytacazes promove os serviços de saúde para os municípios da região, não obtivemos contato da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes para conferir esse problema. Porém pelos estudos e resultados obtidos nas outras pesquisas constatamos que esse município seja o principal provedor dos serviços de saúde principalmente aos

municípios reconhecimentos pela REGIC como Centros Locais e principalmente suporte ao município de São João da Barra em razão de juntos formarem o Arranjo Populacional de Campos dos Goytacazes.

Levantando uma outra questão, até que ponto a centralidade é benéfica para o cumprimento das ações do SUS e seus princípios? A resposta é sim e não. Por um lado, a concentração é um fator importante para o que tange o custo-benefício do acesso a saúde que depende principalmente da infraestrutura municipal robusta para receber os aparatos de saúde principalmente a alta complexidade, como destaca Kuschnir *et al* (2011). Por outro lado, cria um impasse da totalidade do acesso direto, rápido e próximo aos serviços de saúde em todos os municípios, resultado nos princípios de universalização, integração e equidade do SUS, como afirma Unglert *et al* (1987).

6. Referências Bibliográficas

BARROS, D. M. **Financiamento, condições de vida e saúde: rendas petrolíferas e desigualdades entre municípios da região norte fluminense do estado do Rio de Janeiro. Rendas petrolíferas e desigualdades entre municípios da região Norte Fluminense do estado do Rio de Janeiro.** 2015. 177 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

BIAZZO, P. P. Trajetórias Institucionais e as Regionalizações Oficiais do Estado do Rio de Janeiro. **Ensaio de Geografia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 91-114, 2012.

BLOIS, *et al.* Proposta de Planejamento para a Saúde Pública em Pequenos Municípios. Planejamento e Políticas Públicas, São Paulo, v. 1, n. 49, p. 133-154, jun. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais: pactos pela vida em defesa do sus e de gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Volume 1.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7508&ano=2011&ato=16fgXUE9UMVpWT875>. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Decreto nº 7827, de 18 de outubro de 2012. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7827&ano=2012&ato=f36k3Zq10MVpWTc97>. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 12858, de 09 de setembro de 2013. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=12858&ano=2013&ato=c90c3YU50MVpWT8e3>. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a.. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 30 mar. 2021.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990b. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 9637, de 15 de maio de 1998. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=9637&ano=1998&ato=395ATUE1EeNpWTea5>. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria nº 3992, de 28 de dezembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

CARVALHO, A. M; TOTTI, M. E. F. Formação Histórica e Econômica do Norte Fluminense. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CASSIANO, I. O. Política pública x Planejamento. 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/63107/politica-publica-x-planejamento>. Acesso em: 30 mar. 2021.

CENTRO DE PESQUISA DO MINISTÈRIO PÚBLICO DO RIO DE JANEIRO (CENPE/MPRJ). **Distribuição das Rendas Petrolíferas entre os Municípios Fluminenses: impactos nos orçamentos municipais com a eventual mudança nas regras de distribuição.** Rio de Janeiro: Cenpe, 2019.

CORRÊA, R. L. O Estudo da Rede Urbana: Uma Proposição Metodológica. In: CORRÊA, R. L. **Estudos sobre a Rede Urbana.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil Ltda, 2006. p. 15-53.

CORRÊA, R. L. **Região e Organização Espacial.** São Paulo: Editora Ática, 1986.

CORRÊA, Roberto Lobato. Interações. In: CASTRO, Iná Elias de *et al.* **Explorações Geográficas.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil Ltda, 1997. Cap. 8. p. 279-318

CORRÊA, Roberto Lobato. **Trajetórias Geográficas.** 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil Ltda, 1996.

CRUZ, J. L. V. Modernização produtiva, crescimento econômico e pobreza no Norte Fluminense (1970-2000). In: PESSANHA, R. M; SILVA NETO, R. . **Economia e Desenvolvimento no Norte Fluminense: da cana-de-açúcar, aos royalties do petróleo.** Rio de Janeiro: Wtc Editora, 2004. Cap. 2. p. 77-116.

DEPARTAMENTO DE INFORMATICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAUDE (DATASUS). Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 18 fev 2020.

DI GIOVANNI, G. As Estruturas Elementares das Políticas Públicas. **Neep Unicamp,** Campinas, v. 82, n. 1, p. 1-23, 2009.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Governo federal decide perdoar parte da dívida das Santas Casas.** 2013. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/05/1271961-governo-federal-decide-perdoar-parte-da-divida-das-santas-casas.shtml>. Acesso em: 21 mar. 2021.

FUNDAÇÃO CENTRO ESTADUAL DE ESTATÍSTICAS, PESQUISAS E FORMAÇÃO DE SERVIDORES PÚBLICOS DO RIO DE JANEIRO (CEPERJ). **Cartografia Fluminense**. 2018. Disponível em: <http://www.ceperj.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=79>. Acesso em: 12 mar. 2021.

GIL, *et al.* Regionalização da saúde e consciência regional. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 3, p. 35-46, nov. 2006.

GOMES, P. C. C. O conceito de região e sua discussão. In: CASTRO, *et al.* **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil Ltda, 1995. Cap. 2. p. 49-76.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde: fundamentos da geografia humana**. 2. ed. São Paulo: Unesp, 2014.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, Rogério. **Regional-Global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil Ltda, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Divisão Regional do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias 2017**. Rio de Janeiro: Ibge, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades Rio de Janeiro**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama>. Acesso em: 13 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Regiões de Influência das Cidades 2018**. Rio de Janeiro: Ibge, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Regiões de Influência das Cidades 1993**. Rio de Janeiro: Ibge, 2000.

JÚNIOR, A. P.; JÚNIOR, L. C. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço Para A Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

KUSCHNIR, R, *et al.* **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS**. In: Gondim R, Graboys V, Mendes W organizadores. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro (RJ): ENSP; 2011. p. 121-151

LEMONS, R. S. **Regionalização da alta complexidade em saúde no estado de Pernambuco: oferta e alocação de recursos**. 2014. 68 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gestão e Economia da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

LENCIONI, S. **Região e Geografia**. São Paulo: Edusp, 1999.

LIEBEL, G. **O diagnóstico por imagem na alta complexidade no Brasil**: uma análise espaço-temporal. 2020. 91 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2020.

LIMA, J. C. F. A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê. **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Cap. 9. p. 279-310.

LUCCHESI, P. **Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública**. São Paulo: Bireme/Opas/Oms, 2002

MAGNAGO, Angélica Alves. A divisão regional brasileira: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Geografia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 65-92, dez. 1995.

MARAFON, G. J; RIBEIRO, M. A. **Revisitando o território fluminense III**. Rio de Janeiro: Gramma Livraria e Editora, 2017.

MARTINUCI, O. S. **A compreensão geográfica dos eventos em saúde no território brasileiro e a análise cartográfica dos equipamentos de imagem-diagnóstico de alta complexidade**. 2013. 266 f. Tese (Doutorado) - Curso de Geografia, Universidade do Estado de São Paulo, Presidente Prudente, 2013.

MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, pp. 61-79.

MENDONÇA, *et al.* A geografia da saúde no Brasil: estado da arte e alguns desafios. **Investigaciones Geográficas**, Chile, v. 1, n. 48, p. 41-52, 2014.

OLIVEIRA, A. C. **Política Pública de Alta Complexidade**: um estudo da política de transplante no estado do Amazonas. 2014. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2014.

PETROBRAS. **Royalties e participação especial**: os valores distribuídos. 2020. Disponível em: <https://www.comunicabaciadesantos.com.br/conteudo/royalties.html#:~:text=Os%20royalties%20s%C3%A3o%20uma%20compensa%C3%A7%C3%A3o,recursos%20que%20n%C3%A3o%20s%C3%A3o%20renov%C3%A1veis..> Acesso em: 21 mar. 2021.

PREFEITURA DE CAMPOS DOS GOYTACAZES. **Página Inicial**. 2019. Disponível em: <https://www.campos.rj.gov.br/>. Acesso em: 12 fev. 2020.

PREFEITURA DE CARDOSO MOREIRA. Nossa História. 2017. Disponível em: https://www.cardosomoreira.rj.gov.br/site/pagina/nossa_historia/90/2. Acesso em: 12 fev. 2020.

PREFEITURA DE ITALVA. História. 2020. Disponível em:<<https://www.italva.rj.gov.br/site/pagina/historia/11/2>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

PREFEITURA DE SÃO FIDELIS. História. 2010. Disponível em:<<https://saofidelis.rj.gov.br/historia/>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

PREFEITURA DE SÃO FRANCISCO DO ITABAPOANA. Página Inicial. 2020. Disponível em: <<https://www.pmsfi.rj.gov.br/#>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

PREFEITURA DE SÃO JOÃO DA BARRA. Histórico. 2020. Disponível em:<<http://www.sjb.rj.gov.br/historico>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

RODRIGUES, M. J; SILVA, F. B. Considerações Teóricas sobre Rede Urbana. **Revista Eletrônica do Curso de Geografia do Campus Jataí-UFG**, Jataí, v. 1, n. 8, p. 49-66, jun. 2007.

ROJAS, L. I. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, p. 701-711, 1998.

SANTOS, M. A **Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: EDUSP, 2006.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SES RJ). **Diagnóstico de Saúde da Região Noroeste**. Rio de Janeiro: Sesorj, 2020a.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SES RJ). **Diagnóstico de Saúde da Região Norte**. Rio de Janeiro: Sesorj, 2020b.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, dez. 2006.

SPOSITO, E. S. **Redes de Cidades**. São Paulo: Unesp, 2006.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TCE). **Contas do Governo Municipal 2018**: Cardoso Moreira. Rio de Janeiro: Tce, 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TCE). **Contas do Governo Municipal 2018**: Campos dos Goytacazes. Rio de Janeiro: Tce, 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TCE). **Contas do Governo Municipal 2018**: Italva. Rio de Janeiro: Tce, 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TCE). **Contas do Governo Municipal 2018**: São Francisco do Itabapoana. Rio de Janeiro: Tce, 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TCE). **Contas do Governo Municipal 2018**: São João da Barra. Rio de Janeiro: Tce, 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TCE). **Contas do Governo Municipal 2018**: São Fidelis. Rio de Janeiro: Tce, 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Processo nº 210.477, de 2018. São Fidelis, RJ: TCE.

UNGLERT, C. V. S. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n.21. p. 439-446, 1987.