

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Gilson Jácome dos Reis

Organização metropolitana da atenção à saúde: desigualdades socioespaciais e governança regional no Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

Gilson Jácome dos Reis

Organização metropolitana da atenção à saúde: desigualdades socioespaciais e governança regional no Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Luciana Dias de Lima.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Mariana Vercesi de Albuquerque.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Metropolitan health care organization: socio-spatial inequalities and regional governance in Rio de Janeiro.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

R375o Reis, Gilson Jácome dos.
Organização metropolitana da atenção à saúde: desigualdades socioespaciais e governança regional no Rio de Janeiro / Gilson Jácome dos Reis. — 2022.
183 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Luciana Dias de Lima.
Coorientadora: Mariana Vercesi de Albuquerque.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Condições Sociais. 2. População Urbana. 3. Disparidades nos Níveis de Saúde. 4. Cidades. 5. Acesso aos Serviços de Saúde. 6. Regionalização da Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.10425

Gilson Jácome dos Reis

Organização metropolitana da atenção à saúde: desigualdades socioespaciais e governança regional no Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 15 de junho de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcelo Gomes Ribeiro
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional

Profa. Dra. Áurea Maria Zöllner Ianni
Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública

Prof. Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Profa. Dra. Enirtes Caetano Melo Prates
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Profa. Dra. Mariana Vercesi de Albuquerque
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Profa. Dra. Luciana Dias de Lima (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro
2022

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras, Luciana Dias de Lima e Mariana Vercesi de Albuquerque, pela generosidade intelectual e pela nossa amizade que tornaram essa jornada um pouco mais suave.

À toda a equipe da pesquisa “Como se governam as regiões de saúde no Estado do Rio de Janeiro”, pela oportunidade de participar do grupo. Vocês me ajudaram muito, Luciana, Mariana, Adelyne, Clarice, Daniele, Henrique e Katiana.

À ENSP e a Fiocruz, pela oportunidade de frequentar instituições com imenso compromisso e contribuições para a melhoria das condições de vida e de saúde da população brasileira.

Ao Observatório das Metrópoles pelo compromisso com a justiça social e ambiental e pela disponibilização das bases de dados sobre as condições de vida urbana da região metropolitana do Rio de Janeiro.

Ao Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (IPPUR) da UFRJ, pelo acolhimento e pela oportunidade de formação. Que espaço acolhedor e fértil para o exercício da interdisciplinaridade. Agradecimento especial aos professores Fabrício Oliveira, Hipolita Siqueira e ao Marcelo Ribeiro. E aos colegas de disciplinas, especialmente o Guilherme, a Nina e o Zé Sette pelo companheirismo e camaradagem.

À Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, instituição a qual possuo vínculo e que me proporcionou experiências e conhecimentos muito úteis para a realização desse trabalho.

Ao Anselmo Romão, amigo da Secretaria Estadual de Saúde, primeiro a me mostrar as possibilidades que a geografia oferece para entender os fenômenos de saúde e doença.

À toda a equipe do curso de especialização em gestão de redes de atenção à saúde da ENSP/Fiocruz, em especial à Rosana Kuschnir, Hélder Santos e Selma Loch.

À Mônica Morangueira, pela parceria na coleta e tratamento dos dados dos sistemas de informação do SUS.

Ao Serviço de Epidemiologia e Avaliação (SEAV) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), espaço fundamental de formação, pesquisa e prestação de serviços. Que orgulho tenho de ter contribuído na resposta à pandemia de Covid-19 ao lado de vocês, Henrique Rodrigues, Érika Marsico, Marisa Pimentel, Mariana Araújo, Isabelle Nobre, Leonardo Portes e Alexandre Calheiros.

Aos colegas Especialistas em Gestão de Saúde, pelo companheirismo e compromisso com a saúde pública e de qualidade, especialmente Henrique Dias, Waleska Guerra, Anderson

Lourenço, Tiago Matos, Barbara Salvaterra, André Schmidt, Marta Pina, Juliana Romualdo, Vivian Studart, Dayse Muller e Ronaldo Gomes.

Ao Henrique Dias, Henrique Rodrigues, Luís Ribeiro, Gustavo Rocha, Gustavo D'Assunção, André Zenóbio e Guilherme pela amizade, e pelas trocas de ideias, angústias e esperanças.

Aos amigos que fiz na graduação no Diretório Acadêmico de Farmácia da UFMG, que partilham de visão de mundo e do SUS pautada pela equidade e pela justiça social. Tem um pouco de vocês nesse trabalho, Igor, Isabela, Nivaldo, Mariana, Vinicius, Lucas, Beatriz, Firminia, Rodrigo, Juliana, Cris e Enio.

Aos membros da banca por terem aceitado o convite para a defesa.

À toda turma do doutorado, pela solidariedade, incentivos, trocas e parceria ao longo dessa caminhada. Todos vocês foram fundamentais.

À minha mãe, Vanda, a meu pai Waldir (em memória), e aos meus irmãos, Marcelo, Héliida e Alisson, pela convivência e pelos ensinamentos.

Ao Caio e à Bianca, meus filhos, por me encantarem de maneira intensa desde que nasceram.

À Cristiane, minha companheira, parceira e meu amor, que me inspira e me instiga.

[...] o Rio de Janeiro, com seus tamoios, seus negros, seus mulatos, seus cafuzos e seus “galegos” também... [...]. Esse Rio é muito estrambótico. Estende-se pra aqui, pra ali; as partes não se unem bem, vivem tão segregadas que, por mais que aumente a população, nunca apresentará o aspecto de uma grande capital, movimentada densamente [...]. Se considerarmos a topografia do Rio, havemos de ver que as condições do meio físico justificam o que digo. As montanhas e as colinas afastam e separam as partes componentes da cidade [...]. Mas, se a sua topografia criou essas dificuldades, deu à nossa cidade essa moldura de poesia de sonho e de grandeza.

(LIMA BARRETO, 2020, p. 35 e 36)

Para minha mãe, Vanda, que nos ensina a sonhar.

RESUMO

O estudo baseia-se na perspectiva teórica que aponta que a urbanização e a metropolização, no Brasil, estão relacionadas a processos generativos de desigualdades socioespaciais de condições de vida urbana, que, por sua vez, estão associadas a diferentes perfis de situação de saúde. A rede de serviços de saúde constitui-se enquanto resposta aos problemas de saúde que ocorrem no território, tendo o complexo de governança regional da saúde como um meio para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) na região de saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro. Destacou-se a singularidade do processo de metropolização ocorrido no estado e a fragmentação do território fluminense. A abordagem sobre as desigualdades socioespaciais permitiu a identificação de disparidades intensas de benefícios urbanos na região e a correlação entre o nível de bem-estar urbano e a proporção de negros e de pobres, mostrando a apropriação dos benefícios urbanos por grupos sociais brancos e de maior renda. Quanto aos problemas de saúde investigados, identificou-se a elevada mortalidade por homicídios, que atinge principalmente a população negra. A proporção de negros foi a variável mais relevante para explicar a variabilidade da mortalidade por doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares. Na abordagem acerca da rede de serviços de saúde, segundo níveis de atenção, verificou-se expansão da cobertura de atenção primária à saúde, mas ainda em patamar insuficiente. A distribuição espacial de unidades de atenção primária ocorre primordialmente em locais com baixo nível de bem-estar urbano. Na atenção às urgências as unidades localizam-se tanto em áreas privilegiadas quanto em áreas carentes de benefícios urbanos. Na atenção hospitalar detectou-se a concentração de hospitais na cidade do Rio de Janeiro e em áreas com as melhores condições de vida urbana. Quanto ao complexo de governança regional da saúde, identificou-se a falta de coordenação federativa entre as três esferas de governo e problemas de cooperação intergovernamental nos espaços decisórios e de gestão da política e dos serviços de saúde na região. O consórcio público entre os municípios da baixada fluminense configura-se como um arranjo profícuo de cooperação intermunicipal e de organização regional dos serviços. O enfrentamento às desigualdades em saúde é comprometido pela fragmentação da rede de atenção e escassez de serviços em alguns lugares. Nesse sentido, são discutidas algumas questões relativas à organização metropolitana da atenção à saúde no Rio de Janeiro.

Palavras-chaves: Condições de vida urbana; desigualdade em saúde; metrópole; serviços de saúde; regionalização da saúde.

ABSTRACT

The study is based on the theoretical perspective that points out that urbanization and metropolization in Brazil are related to generative processes of socio-spatial inequalities in urban living conditions, which, in turn, are associated with different profiles of health situation. The health services network is a response to health problems that occur in the territory, having the regional health governance complex as a means for the organization of the Sistema Único de Saúde (SUS) in the Metropolitana I health region of the state of Rio de Janeiro. The singularity of the metropolization process that took place in the state and the fragmentation of the Rio de Janeiro territory were highlighted. The approach to socio-spatial inequalities allowed the identification of intense disparities in urban benefits in the region and the correlation between the level of urban well-being and the proportion of blacks and the poor, showing the appropriation of urban benefits by white and higher income social groups. As for the health problems investigated, high homicide mortality was identified, which mainly affects the black population. The proportion of blacks was a more relevant variable to explain the variability of mortality from ischemic heart diseases and cerebrovascular diseases. In the approach to the health network, according to the levels of care, attention is given to the expansion of health, but still at an insufficient level. A spatial distribution of care units primarily occurs in places with a low level of urban well-being. In emergency care, units are located both in privileged areas and in areas lacking urban benefits. Hospital care detects the concentration of hospitals in the city of Rio de Janeiro and in areas with the best urban living conditions. Regarding the complex of regional health governance, there was a lack of federative coordination between the three spheres of government and problems of intergovernmental cooperation in the decision-making and management spaces of health policy and services in the region. The public consortium between the municipalities of the Baixada Fluminense is configured as a fruitful arrangement of inter-municipal cooperation and regional organization of services. Tackling health inequalities is compromised by the fragmentation of the care network and scarcity of services in some places. In this sense, some issues related to the metropolitan organization of health care in Rio de Janeiro are discussed.

Keywords: Urban living conditions, health inequalities, cities, health services, regional health planning.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População e densidade demográfica dos municípios da região de saúde Metropolitana I do Rio de Janeiro.....	69
Tabela 2: Dimensões do bem-estar urbano (2010) dos municípios da região de saúde Metropolitana I do Rio de Janeiro.	72
Tabela 3. Resultados da análise de correlação e de regressão linear univariada para a taxa de mortalidade padronizada por homicídio.	103
Tabela 4. Resultados da regressão linear múltipla para a taxa de mortalidade padronizada por homicídio.	105
Tabela 5. Resultados da análise de correlação e de regressão linear univariada para a taxa de mortalidade padronizada por ATT.	108
Tabela 6: Resultados da regressão linear múltipla para a taxa de mortalidade padronizada por ATT.	108
Tabela 7: Resultados da análise de correlação e de regressão linear univariada para a taxa de mortalidade padronizada por DIC.	110
Tabela 8: Resultados da regressão linear múltipla para a taxa de mortalidade padronizada por DIC.	111
Tabela 9: Resultados da análise de correlação e de regressão linear univariada para a taxa de mortalidade padronizada por DCBV.	113
Tabela 10: Resultados da regressão linear múltipla para a taxa de mortalidade padronizada por DCBV.	113
Tabela 11: Localização das unidades de APS, segundo quadrante do diagrama de espalhamento de Moran, região de saúde Metropolitana I.	123
Tabela 12: Número de unidades de atenção às urgências por esfera administrativa....	130
Tabela 13: Localização das unidades de atenção às urgências, segundo quadrante do diagrama de espalhamento de Moran para o IBEU, região de saúde Metropolitana I.	131
Tabela 14: Localização dos estabelecimentos com internação, segundo quadrante do diagrama de espalhamento de Moran, região de saúde Metropolitana I.	138
Tabela 15: Distribuição dos estabelecimentos com internação por porte, região Metropolitana I, 2010, 2012, 2015 e 2018.	141
Tabela 16: Distribuição dos estabelecimentos com internação por esfera administrativa, região Metropolitana I, 2010, 2012, 2015 e 2018.	142

Tabela 17: Frequência absoluta e relativa de internações por esfera administrativa nos municípios da região de saúde Metropolitana e baixada fluminense, 2018-2019.....	143
Tabela 18: Frequência absoluta e relativa de internações segundo complexidade nos municípios da região de saúde Metropolitana I e baixada fluminense, 2018-2019.	144
Tabela 19: Percentual de internações de média complexidade (MC) e alta complexidade (AC) realizadas nos municípios da região metropolitana I em relação às internações da população residente, 2018-2019.	145
Tabela 20. Distribuição semanal da carga horária ambulatorial contratada, número de consultas esperadas, reguladas e produção ambulatorial segundo esfera administrativa das unidades de saúde. Município do Rio de Janeiro – outubro de 2015.	156

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Taxa de mortalidade padronizada por homicídios (por 100.000 habitantes), do Município do Rio de Janeiro, baixada fluminense, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 2009 a 2018.	80
Gráfico 2. Taxa de mortalidade padronizada por homicídios (por 100.000 habitantes) dos municípios da baixada fluminense, 2009 a 2018.	81
Gráfico 3. Taxa de mortalidade padronizada por acidentes de transporte terrestres (por 100.000 habitantes) do Município do Rio de Janeiro, baixada fluminense, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009 a 2018.	82
Gráfico 4. Taxa de mortalidade padronizada por acidentes de transporte terrestres (por 100.000 habitantes) nos municípios da baixada fluminense, 2009 a 2019.	84
Gráfico 5. Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquêmicas do coração (por 100.000 habitantes) do Município do Rio de Janeiro, baixada fluminense, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 2009 a 2018.	87
Gráfico 6. Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquêmicas do coração (por 100.000 habitantes) nos municípios da baixada fluminense, 2009 a 2018.	88
Gráfico 7. Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares (por 100.000 habitantes) no Município do Rio de Janeiro, baixada fluminense, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 2009 a 2018.	89
Gráfico 8. Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares (por 100.000 habitantes) nos municípios da baixada fluminense, 2009 a 2018.	90
Gráfico 9. Diagrama de Espalhamento de Moran do Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU) na região de saúde Metropolitana I.	97
Gráfico 10. Dispersão das áreas de ponderação segundo proporção de negros (PROPNEG) e Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU).	100
Gráfico 11. Dispersão das áreas de ponderação segundo proporção de pobres (PPOB) e Índice de Bem-estar Urbano (IBEU).	100
Gráfico 12: Cobertura de atenção primária em saúde dos municípios da região de saúde Metropolitana I, 2009 a 2019.	121
Gráfico 13: Número de leitos (internação e complementares) por (1.000) habitantes no Município do Rio de Janeiro, Baixada Fluminense, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 2009 a 2019.	136
Gráfico 14: Número de leitos de internação e complementares por (1.000) habitantes dos municípios da baixada fluminense, 2009 a 2019.	138

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Regiões de governo do Estado do Rio de Janeiro.	65
Mapa 2. Municípios da região de saúde Metropolitana I	68
Mapa 3. Tipologia intraurbana da Concentração Urbana do Rio de Janeiro/RJ.	92
Mapa 4. Índice de Bem-Estar Urbano nas áreas de ponderação da região de saúde Metropolitana I, 2010.....	94
Mapa 5. Espalhamento de Moran do Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU) nas áreas de ponderação da região de saúde Metropolitana I, 2010.	98
Mapa 6. Taxa de mortalidade padronizada por homicídios nas áreas de ponderação da região Metropolitana I, 2009-2011.....	102
Mapa 7. Taxa de mortalidade padronizada por Acidentes de Transporte Terrestre nas áreas de ponderação da região Metropolitana I, 2009-2011.....	107
Mapa 8: Taxa de mortalidade padronizada por Doenças Isquêmicas do Coração nas áreas de ponderação da região Metropolitana I, 2009-2011.....	109
Mapa 9: Taxa de mortalidade padronizada por Doenças Cerebrovasculares nas áreas de ponderação da região Metropolitana I, 2009-2011.....	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores para descrição e análise das desigualdades socioespaciais de condições de vida urbana.....	46
Quadro 2: Indicadores para descrição e análise das desigualdades socioespaciais de problemas de saúde.	46
Quadro 3. Dimensões, indicadores e fontes de dados para análise da rede de atenção à saúde da região Metropolitana I.	54
Quadro 4: Cargo(s)/função(ões) dos entrevistados(as) e suas respectivas instituições..	57
Quadro 5: Síntese sobre as desigualdades na região de saúde Metropolitana I	119
Quadro 6. Síntese das principais características da rede de serviços e do complexo de governança regional da saúde na região Metropolitana I.	169

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Evolução espaço-temporal da proporção de internações por causas sensíveis da atenção primária em saúde nas áreas de ponderação da região de saúde Metropolitana I, 2009-2019.....	125
Figura 2: Unidades de atenção às urgências com áreas de influência proporcionais ao número de médicos vinculados, região Metropolitana I.....	133
Figura 3: Unidades de saúde com internação com áreas de influência proporcionais ao número de leitos (internação e complementares), região Metropolitana I, 2010, 2012, 2015 e 2018.	140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
API	<i>Application programming interface</i>
APS	Atenção Primária em Saúde
ATT	Acidentes de transporte terrestre
AVE	Acidente vascular encefálico
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIR-Metro I	Comissão Intergestores Regional da região de saúde Metropolitana I
CISBAF	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
CF 88	Constituição Federal de 1988
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEP	Código de Endereçamento Postal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretários Municipais dos estados
COSEMS-RJ	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
DCBV	Doenças Cerebrovasculares
DCNT	Doenças Crônicas e Não Transmissíveis
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
HGNI	Hospital Geral de Nova Iguaçu
IBEU	Índice de Bem-Estar Urbano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por condições sensíveis a atenção primária
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INC	Instituto Nacional de Cardiologia
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicadas
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LISA	<i>Local Indicators Spatial Assotiation</i>
NDVS	Núcleos descentralizados de Vigilância da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB 96	Norma Operacional Básica 1996
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PLUS	Programa de Localização de Unidades de Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências

RAS	Rede de Atenção à Saúde
REGIC	Regiões de Influência das Cidades
SADT	serviços de apoio diagnóstico e terapêutico
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	MARCO TEÓRICO	25
2.1	URBANIZAÇÃO E METROPOLIZAÇÃO NO BRASIL.....	25
2.2	GOVERNANÇA REGIONAL, SAÚDE E METRÓPOLE.....	32
3	METODOLOGIA	44
4	METROPOLIZAÇÃO E QUESTÃO REGIONAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	59
5	DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS	68
5.1	NÍVEL MUNICIPAL.....	70
5.1.1	Condições de vida urbana	70
5.1.2	Problemas de saúde	74
5.2	NÍVEL INTRAMUNICIPAL.....	90
5.2.1	Condições de vida urbana	90
5.2.2	Problemas de saúde	101
5.3	SÍNTESE SOBRE AS DESIGUALDADES NA REGIÃO METROPOLITANA I.....	114
6	A REDE DE SERVIÇOS E O COMPLEXO DE GOVERNANÇA REGIONAL DA SAÚDE	119
6.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	119
6.2	ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	127
6.3	ATENÇÃO HOSPITALAR.....	133
6.4	O COMPLEXO DE GOVERNANÇA REGIONAL DA SAÚDE.....	146
6.5	SÍNTESE SOBRE A REDE DE SERVIÇOS E O COMPLEXO DE GOVERNANÇA REGIONAL DA SAÚDE.....	161
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
	REFERÊNCIAS	173

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata sobre a organização da atenção à saúde em território metropolitano, considerando as profundas desigualdades socioespaciais de condições de vida urbana e de situação de saúde que o caracterizam.

A correlação entre situação de saúde e condições de vida é estudada e evidenciada desde o século XIX. O que se verifica, no geral, é que, em populações com piores condições de vida, a morbidade e a mortalidade são maiores do que em populações com melhores condições de vida (BARATA, 2001).

Uma das primeiras abordagens a detalhar empiricamente a influência das condições de vida nos diferenciais de mortalidade dos grupos sociais, no contexto do desenvolvimento capitalista, ocorreu na Inglaterra do século XIX. Observou-se que os locais de residência das classes trabalhadoras possuíam mortalidade maior do que as áreas ocupadas pelas classes sociais dominantes. Além disso, o padrão de mortalidade segundo faixa etária observado evidenciava que nas áreas de residência da classe trabalhadora, a mortalidade ocorria de maneira mais precoce em comparação com as demais (ENGELS, 2008).

As desigualdades podem ser entendidas enquanto expressões empíricas e perceptíveis, que resultam das iniquidades, por sua vez relacionadas a processos históricos, sociais e econômicos que geram assimetrias de poder, exclusão e desigualdades entre grupos sociais. Ou seja, as desigualdades estão fortemente associadas às iniquidades, que se constituem enquanto processos generativos dos distintos perfis de condições de vida e situação de saúde (BREILH, 2006).

Nessa perspectiva, que valoriza os processos generativos das desigualdades socioespaciais e pressupõe a associação entre situação de saúde e condições de vida, cumpre destacar alguns aspectos do processo de urbanização e metropolização que ocorreu no Brasil. Um dos resultados da urbanização no Brasil foi a constituição de metrópoles, que ocupam papel de destaque na economia do país, mas são marcadas por grande concentração de pobreza, sobretudo nas periferias urbanas e favelas. As desigualdades internas das cidades são expressivas, assim como as desigualdades entre os municípios que compõem as regiões metropolitanas.

Os benefícios urbanos, como a melhoria da infraestrutura, serviços coletivos e mobilidade não são distribuídos de maneira equânime nas cidades e regiões metropolitanas. Importante ressaltar que tais benefícios se constituem enquanto recursos coletivos da sociedade, mas sua distribuição desigual contribui para aumentar a disparidade entre os grupos sociais, na

medida em que são apropriados pelos grupos que pertencem às posições mais elevadas da hierarquia social, tanto no que diz respeito à renda, quanto à questão racial. Ou seja, os benefícios urbanos são apropriados, primordialmente, pelos grupos sociais representados pelos brancos e de elevada renda. Benefícios que são recursos coletivos, cuja distribuição espacial desigual e apropriação por grupos sociais de posição elevada na hierarquia social, se constituem enquanto mecanismos de produção e reprodução de desigualdades sociais. (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013).

Harvey (1988) desvenda os mecanismos que geram as desigualdades de condições de vida no espaço urbano, apontando que a forma espacial e os processos sociais urbanos exercem influência significativa sobre a renda e a acessibilidade dos indivíduos aos recursos coletivos. Na saúde, isso está associado aos diferenciais de proximidade e do custo envolvido na superação das distâncias para obtenção de acesso a tais serviços.

Em relação à localização dos equipamentos que prestam serviços e bens públicos, como as unidades de saúde, Bourdieu (2011) aponta que tais equipamentos proporcionam benefícios a determinados lugares, exprimindo o resultado de lutas em diversos campos. Os grupos sociais que não detêm capital são mantidos à distância, tanto física, quanto simbólica dos bens mais raros do ponto de vista social. Em uma sociedade hierarquizada não há espaço que, além de ser hierarquizado, expresse essas hierarquias e distâncias sociais, dissimulando-as por meio do processo de naturalização, que esconde a lógica histórica da produção dessas diferenças.

O espaço urbano, além de manifestar desigualdades, condiciona sua produção e reprodução, e os processos relacionados às políticas de saúde. Essa constatação remete à discussão da importância de considerar a influência mútua entre o território e a política de saúde. As características e dinâmicas socioespaciais albergam diferentes atores e usos do território, que repercutem sobre as decisões políticas, e a organização de ações e serviços de saúde.

E a política de saúde também exerce influência sobre o espaço urbano. Os componentes do sistema de saúde – rede de serviços de saúde; financiamento; força de trabalho; insumos; tecnologia e conhecimento; e as organizações, estruturas voltadas para a condução, regulação e gestão dos serviços (LOBATO; GIOVANELLA, 2012) – determinam a instalação de um conjunto de objetos fixos e de fluxos que influenciam a forma, a função e a estrutura do espaço urbano.

A distribuição espacial de serviços de saúde é um elemento fundamental para o acesso a tais serviços, com vistas ao enfrentamento das desigualdades. A rede de serviços de saúde pode ser dividida em serviços coletivos – voltados para a prevenção de doenças e promoção da

saúde, destacando-se os serviços de vigilância em saúde – e serviços de assistência individual, que podem ser subdivididos por níveis de atenção, de acordo com a complexidade dos procedimentos realizados e tecnologia utilizada. (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

O sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído com a promulgação da Constituição Federal de 1988, pautado por princípios de universalidade, integralidade e equidade, cuja organização ocorre de maneira descentralizada, do ponto de vista político e administrativo.

O processo de implantação do SUS foi marcado pela descentralização político-administrativa, em consonância com o desenho federativo trino, em que os municípios foram reconhecidos como entes federados. A descentralização de recursos financeiros e da gestão de estabelecimentos públicos e privados de saúde para os municípios, resultou na ampliação do acesso e da base de sustentação política e financeira do SUS. Entretanto, os ganhos de autonomia dos governos locais, consoante com as estratégias de descentralização, estiveram dissociados da regionalização, conduzidas pelos estados – de maneira tardia – resultando na permanência da desorganização e fragmentação do sistema (LIMA et al., 2010). A regionalização, diretriz voltada para a organização da gestão e da provisão de serviços do SUS e redução das desigualdades regionais e intrarregionais, adquire destaque na agenda da política nacional de saúde somente a partir dos anos 2000.

O espaço metropolitano apresenta características que impõe desafios relevantes para a condução da política de saúde. Estudos indicam que as particularidades das áreas metropolitanas condicionam o planejamento e a gestão em saúde. Ou seja, além dos desafios intrínsecos da regionalização da saúde, a organização regional de serviços de saúde em contexto metropolitano precisa lidar com as especificidades do território metropolitano que possui elevada capacidade de atração de população e de investimentos; elevada fluidez, produzindo grande mobilidade da população; diversificação e concentração dos serviços de saúde e presença expressiva de serviços privados nas áreas centrais. Tais aspectos resultam na elevada demanda por atendimentos de saúde nas metrópoles. A concentração de serviços de saúde e de investimentos coexiste com os problemas urbanos complexos e a precarização das condições de vida e de saúde em áreas de periferias (MACHADO; LIMA, 2008).

Além disso, observa-se uma dissociação entre os processos de regionalização da saúde e de gestão das demais políticas públicas metropolitana, resultando em objetivos e estratégias destoantes, guiados por interesses institucionais diversos. Ainda assim, a Saúde tem sido indicada como o setor que mais avançou no processo da regionalização políticas públicas em contextos metropolitanos. Os fatores relacionados aos conflitos intergovernamentais na área da

Saúde – financiamento, infraestrutura, mobilidade pendular da população para a utilização dos serviços e a ineficiência das instâncias formais de pactuação – são os mesmos que estimulam a percepção da necessidade de cooperação e integração regional (IANNI et al., 2012). Um desafio relevante apontado para a governança da política de saúde em contexto metropolitano é a fragilidade de mecanismos institucionais disponíveis para coordenação regional (LEITE; SPATTI; CAMPOS, 2017).

A governança da saúde envolve três níveis de governo que atuam em diferentes escalas, sendo que, em cada nível apresentam-se múltiplos atores e instituições que possuem competências relativas à política de saúde. Ao longo da implementação do SUS foram criados (ou adotados) arranjos institucionais que buscam fomentar a cooperação intergovernamental e coordenação federativa, dimensões fundamentais para a governança regional da saúde, considerando que se trata de espaço que sofre a influência de processos que ocorrem em distintas escalas, exigindo respostas articuladas nos diversos níveis.

Partindo dessa discussão, questiona-se sobre os desafios relacionados à organização metropolitana da atenção à saúde, considerando as desigualdades socioespaciais (intra e intermunicipais); as condições de oferta, utilização e desempenho do SUS; e os limites e possibilidades de estratégias e instrumentos de governança da política de saúde no espaço regional.

As hipóteses do estudo estão relacionadas aos condicionantes do processo de regionalização da saúde. A regionalização e a constituição de redes regionalizadas de atenção à saúde é a diretriz organizativa do SUS que se configura como um meio para alcance dos princípios do sistema e uma forma efetiva de enfrentamento das desigualdades socioespaciais de saúde. Os problemas na coordenação regional, a desorganização e a fragmentação do sistema de saúde são questões críticas que, frequentemente, impede que o SUS cumpra os princípios constitucionais de integralidade, universalidade e equidade.

Observam-se fragilidades em todos os níveis de atenção à saúde. Na atenção primária em saúde destacam-se problemas de acesso e de resolutividade que, em geral, não dispõe dos recursos necessários para exercer o papel de coordenação do cuidado. Inexistem mecanismos efetivos de integração local-regional entre os níveis de atenção que possam garantir a continuidade da assistência, incluindo a gestão dos fluxos de referência para níveis de atenção especializada e de contrarreferência para a atenção primária em saúde. No nível hospitalar, observa-se fragilidade da infraestrutura hospitalar (inadequação de recursos e tecnologias disponíveis), distribuição espacial desigual e forte dependência da oferta de leitos do setor privado. Esses problemas de fragmentação e desorganização do sistema de saúde se expressam

de maneira aguda nos serviços de atenção às urgências – que são pontos em que os usuários encontram acesso para obtenção de serviços de assistência à saúde – mas que acabam ficando sobrecarregados pela falta de organização regional.

As disparidades na capacidade político-institucional e econômico-financeira dos entes subnacionais, e a fragilidade de mecanismos institucionais de coordenação regional tensionam o processo de regionalização. As características do federalismo brasileiro, trino e marcado por tais desigualdades territoriais, trazem enormes desafios para o planejamento e a gestão regional do SUS, que pressupõe o respeito a autonomia dos entes subnacionais, a redefinição de funções e a articulação entre diversas instituições e atores (públicos e privados; governamentais e não governamentais). Destaca-se ainda, o enfraquecimento relativo, do ponto de vista político e fiscal, dos estados da federação brasileira redefinida na CF 88, quando se compara com Municípios e União. Os estados são entes fundamentais para o avanço da regionalização da saúde, visto que é a escala apropriada para conduzir o planejamento regional e poderia configurar-se como o nível intermediário de articulação entre Municípios e União.

Em contexto metropolitano, sobretudo quando se trata de metrópole de nível elevado na hierarquia urbana, os conflitos federativos entre o município (polo metropolitano) e estado tendem a se acirrar. A grande concentração da oferta de serviços na metrópole confere ao município a possibilidade de, diante da finitude de recursos, priorizar seus próprios munícipes em detrimento de um enfoque regional da organização dos serviços, cuja competência é do ente estadual.

Quanto aos arranjos institucionais que buscam fomentar a coordenação federativa, tais como as comissões intergestores (municipal e estadual) no nível estadual e regional são instâncias importantes de articulação e pactuação regional, mas que são limitadas diante do baixo risco para os agentes governamentais no caso de não cumprimento das pactuações. Os consórcios públicos são arranjos de cooperação intergovernamental bastante úteis no sentido de se constituir enquanto um instrumento jurídico para o desenvolvimento de ações concretas no nível regional, mas possui limites relevantes, já que o conjunto de normas de operacionalização do SUS não inclui os consórcios públicos, sendo dependente da voluntariedade de entes governamentais.

A proposta apresentada justifica-se pela relevância das metrópoles e suas regiões metropolitanas do ponto de vista econômico, social e político, e particularmente no que diz respeito à complexidade que o contexto territorial impõe para os processos de gestão e planejamento regional da saúde. Trata-se de uma perspectiva que busca integrar a abordagem sobre os desafios de governança regional no federalismo brasileiro, articulada à análise das

desigualdades socioespaciais, permitindo uma contribuição para a discussão sobre o modo de condução da política em saúde num contexto regional específico.

Espera-se contribuir para o debate sobre a governança da saúde numa abordagem metodológica que busca articular a dimensão política – que envolve os atores e o modo de condução da política, bem como os arranjos institucionais existentes no contexto do federalismo brasileiro – e sua dimensão territorial, que diz respeito às particularidades que caracterizam o espaço metropolitano. Com isso, pretende-se contribuir para a discussão sobre os desafios relativos às especificidades territoriais nos processos de governança regional da política de saúde.

O objetivo do trabalho foi analisar os condicionantes e desafios da organização metropolitana da atenção à saúde, considerando as desigualdades socioespaciais e os arranjos de governança da política de saúde, na região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. Para isso, o trabalho se organizou em dois eixos de análise: os processos de urbanização/metropolização, enquanto processos generativos das desigualdades socioespaciais de condições de vida urbana intra e intermunicipais e sua relação com os problemas de saúde; e a caracterização da rede de serviços de saúde, bem como os desafios de sua governança.

A tese se estrutura a partir de referencial teórico baseado nos dois eixos supracitados. O capítulo teórico traz, no primeiro eixo, elementos conceituais centrais do processo de urbanização e metropolização no Brasil, com enfoque nos aspectos histórico-estruturais e conformação de cidades marcadas pelas desigualdades. O segundo eixo é voltado para a discussão sobre a governança de políticas públicas, e, em particular, sobre a governança regional do SUS, com destaque às questões específicas das regiões metropolitanas.

Após o capítulo teórico apresenta-se a metodologia utilizada na abordagem empírica, que tem a região de saúde Metropolitana I do Rio de Janeiro como caso de estudo. Trata-se de recorte territorial que inclui a cidade do Rio de Janeiro e os 11 municípios que compõem a baixada fluminense. Antes de expor os resultados e discussão das abordagens empíricas, apresenta-se o capítulo de revisão bibliográfica que descreve a singularidade do processo de metropolização no Estado do Rio de Janeiro e aponta alguns aspectos da questão regional do estado.

O capítulo seguinte é voltado para a descrição e análise dos dados relativos às desigualdades socioespaciais existentes na região de saúde Metropolitana I no que diz respeito às condições de vida urbana e situação de saúde. Foram selecionados alguns problemas de saúde de elevada magnitude na região e realizada análise de associação desses problemas com as condições de vida urbanas, questão racial e pobreza. Tal abordagem foi realizada em dois níveis

(ou escalas): municipal e intramunicipal. O outro capítulo com abordagem empírica possui como tema a rede de serviços de assistência à saúde e os mecanismos e instrumentos de governança regional. Foram analisados três níveis (ou pontos) de atenção à saúde – a atenção primária em saúde (APS), a atenção às urgências e a atenção hospitalar – e o conjunto de instâncias e instituições envolvidas na governança regional. O objetivo foi analisar a distribuição espacial das unidades de saúde, segundo níveis de atenção, o desempenho da APS, a oferta de serviços de urgência e hospitalares e a utilização de internações, bem como as possibilidades, limites e desafios da governança da saúde no espaço regional.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 URBANIZAÇÃO E METROPOLIZAÇÃO NO BRASIL

Durante o período colonial, o Brasil foi marcado por características essencialmente agrárias. A partir do século XVIII, verifica-se a adoção gradativa das cidades como local preferencial de residência dos fazendeiros ou senhores de engenho. Em um território vasto, onde os lugares estabeleciam relações fracas entre si, houve um processo gradativo de geração de cidades.

O fim do período colonial não representou uma mudança substantiva nesse processo e o fenômeno urbano começou a se acelerar apenas no final do século XIX, fazendo com que a proporção da população urbana se elevasse de 6,8% em 1890 a 10,7% em 1920. A partir da década de 1920, a proporção da população total vivendo em cidades triplica, atingindo 31,2% em 1940 (SANTOS, 2009).

Entretanto, mesmo no período colonial, a economia já era controlada pelas cidades, visto que a produção baseada na monocultura e no latifúndio dependia da conexão com os fluxos de circulação internacional dos produtos, e as sedes dos aparelhos dessa conexão com o capital comercial e das instituições do Estado colonial português se localizavam nas cidades. O modelo de produção baseado em monoculturas voltadas principalmente para a exportação influencia a urbanização brasileira até o final da década de 1920, o que resultou na não conformação de uma rede urbana no entorno das regiões produtivas, caracterizando-se pela polarização e a constituição de poucas e grandes cidades (SANTOS, 2009).

A urbanização no Brasil, intensificada ao final do século XIX, ocorre em contexto de abolição da escravidão e transição do regime de trabalho em direção à constituição do mercado de trabalho livre. Essa transição foi acompanhada por uma ideologia racista, que incluía a ideia de que os negros eram indolentes ou inaptos, e que por isso haveria a necessidade de embranquecimento da população, por meio do estímulo da vinda de imigrantes europeus. Os imigrantes, apesar de também sofrerem com o preconceito, tiveram maiores chances de aproveitamento de oportunidades que surgiram com a urbanização. Ou seja, a abolição da escravidão proporcionou uma igualdade civil e política formal entre os cidadãos negros e os demais, mas a ausência de políticas públicas de inclusão socioeconômica dos negros e a implementação de iniciativas que priorizaram a inclusão de trabalhadores imigrantes brancos europeus contribuíram de maneira significativa para a restrição dos horizontes de possibilidades da população negra durante o processo de constituição do mercado de trabalho livre (THEODORO, 2008).

No período de 1940 a 1980 o processo de urbanização se consolida, e há a inversão do local de residência dos brasileiros, do rural para o urbano, chegando a quase 70% da população, numa transformação profunda, que ocorreu de forma concomitante ao forte crescimento demográfico. A Segunda Guerra Mundial marca esse processo, representando uma mudança de patamar (qualitativo e quantitativo) da urbanização, bem como do papel das capitais nesse processo (SANTOS, 2009).

No período do pós-guerra houve avanço institucional no que diz respeito ao combate ao racismo com a Lei Afonso Arinos, de 1951, que define a discriminação racial como um ilícito penal. Os negros vivenciaram um progresso inédito ao começarem a integrar diversas categorias profissionais, incluindo cargos de gerência e intelectuais. Tal progresso ocorreu de maneira extremamente desigual em relação à população branca, que permanecia com uma participação em postos de comando muito superior. Os pequenos avanços no enfrentamento à questão racial com a instauração da ditadura militar após o golpe de 1964. Os governos constituídos a partir de então adotavam uma postura de negação da questão racial e adoção do mito da democracia racial brasileira, se pondo, portanto, a qualquer iniciativa de enfrentamento à discriminação racial (AUGUSTO; ROSELINO; FERRO, 2015).

O modelo específico de urbanização do Brasil está associado ao processo de industrialização, caracterizado pela geração de empregos com baixos salários, intensa exploração da força de trabalho e a falta de infraestrutura urbana. O crescimento populacional das cidades ser superior ao crescimento da força de trabalho nas indústrias foi uma condição particular para que o processo de industrialização se desenvolvesse no Brasil (OLIVEIRA, 2003, 2013).

Pode-se observar três ciclos no processo de urbanização brasileiro, que se sobrepõem. O primeiro ciclo, iniciado sobretudo na década de 1950, denominada como “urbanização aglomerada”, é marcada pelo aumento das aglomerações urbanas em núcleos com mais de 20 mil habitantes, processo que esteve associado à industrialização e à possibilidade de integração do território nacional. O segundo ciclo, a “urbanização concentrada”, iniciado na década de 1970, representou uma mudança de patamar da urbanização brasileira, e foi caracterizada pelo crescimento expressivo do número de cidades com mais de 100 mil habitantes. Esse novo patamar da urbanização brasileira esteve associado a processos econômicos com repercussões no território, destacando-se a diversificação do consumo, o aumento da renda, a expansão dos transportes e o aprofundamento da divisão do trabalho. O terceiro ciclo foi o da metropolização ou macrourbanização, iniciado a partir da década de 1980, caracterizado pelo aumento do número de metrópoles, aglomerações urbanas com elevado nível de complexidade.

Paralelamente ao processo de metropolização, ocorreu um processo de desconcentração da população urbana para outros núcleos, e que pode ser verificado pelo crescimento populacional de cidades médias e intermediárias (SANTOS, 2009).

O meio geográfico que emerge a partir da segunda guerra mundial – e se consolida a nível global na década de 1970 – é o meio técnico-científico-informacional, que sucedeu o meio técnico. Esse novo meio geográfico distingue-se do anterior pela articulação profunda entre ciência e técnica – levando ao surgimento do termo tecnociência – para expressar a inseparabilidade desses conceitos/práticas. A condição para a efetivação dessa transição de meios geográficos está associada ao processo de unificação das técnicas, ocorrido após o término da segunda guerra mundial. “O meio técnico-científico-informacional é a cara geográfica da globalização” (SANTOS, 1997, p. 191).

No Brasil, a primeira experiência de gestão metropolitana remete à institucionalização das regiões metropolitanas na década de 1970, durante o regime militar. O modelo compartilhava duas características: eram formadas por vários municípios ao redor de um município principal, que denominava a região metropolitana; e dispunham de estrutura de programas especiais, com órgãos regionais, normatizados e financiados (na maior parte) pelo governo federal (SANTOS, 2009). Essa experiência foi pautada por uma busca da racionalização econômica e funcional do espaço, tomando como critérios de implantação o tamanho da população aglomerada e da área urbanizada, bem como a integração econômica e a complexidade das funções executadas no território dos municípios (ROLNIK; SOMEKH, 2000).

A gestão metropolitana da década de 1970 pode ser entendida enquanto uma resposta aos problemas metropolitanos resultantes de um processo de crescimento econômico que ocorreu no Brasil no período de 1930 a 1970, marcado pela concentração geográfica, sobretudo na região Sudeste, associada à um intenso fluxo migratório de trabalhadores de áreas rurais para as cidades, num contexto de produção e reprodução de desigualdades (SOMEKH, 2012).

As políticas nacionais desenvolvimentistas incluíam a questão metropolitana, tendo a política urbana e regional como elementos fundamentais do projeto de modernização e planejamento territorial. Nesse contexto, a finalidade da instituição das regiões metropolitanas era de coordenação de ações dos municípios que pertenciam à essas regiões, tendo como uma das referências teóricas a Teoria dos Polos de Crescimento de Perroux, que exercia grande influência no planejamento urbano e regional. A ideia era de promover a irradiação do crescimento econômico, a partir da metrópole, rumo aos demais municípios vizinhos. É importante ressaltar que, apesar de o discurso do governo referir-se à polos de desenvolvimento,

o que foi formulado e implementado foi a ideia de polos de crescimento, e a teoria de Perroux distingue, claramente, o significado de crescimento – restrito ao econômico – e de desenvolvimento, situação em que há a incorporação de mudanças sociais ao crescimento econômico (LENCIONI, 2017).

As transformações, em nível internacional, relacionadas ao processo de unificação das técnicas, pautadas pelo mercado, provocaram mudanças relevantes no território brasileiro, em relação à forma e conteúdo, gerando novas possibilidades de produção e circulação de ideias, dinheiro e produtos. Nesse contexto de globalização, há uma redefinição das metrópoles no Brasil, configurando-se enquanto espaços do comando, pois é ali que se tem controle das informações, concentrando o poder decisório, e deixando de se constituírem como espaços de produção industrial como era na etapa anterior (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Klink (2010) aponta que as transformações econômicas, políticas, sociais e espaciais ocorridas no período pós-1970, num contexto de globalização e de transformações profundas associadas ao processo de metropolização, impuseram desafios complexos para a gestão metropolitana. São espaços que sofrem a influência das múltiplas escalas e cuja governança envolve diversos atores públicos e privados na governança.

Harvey (2005) aponta a transição do paradigma da governança urbana de um modelo administrativista para o empreendedorismo, vinculado à uma perspectiva pós-moderna, caracterizado pela efemeridade e ênfase na imagem ao invés da substância e da função, presentes no modelo administrativista. O contexto é de forte concorrência interurbana, tendo o empreendedorismo se apoiando na parceria público-privado, visando a construção especulativa do lugar em detrimento da melhoria das condições dos territórios. As estratégias de governança urbana envolvem a exploração de vantagens específicas na produção de bens e serviços; a busca por competitividade na esfera do consumo, por meio do estímulo ao turismo e a atração de eventos esportivos, festivais culturais; busca de atividades de comando e controle, típicas de grandes cidades, no contexto de aumento das atividades econômicas de serviço (financeiro, informacional, produção de conhecimentos); e a busca pela obtenção de recursos distribuídos por governo centrais. A desigualdade de nível de prosperidade entre as regiões metropolitanas está relacionada com as coalizões formadas, a articulação das estratégias de governança empreendedora, os recursos disponíveis e a capacidade de competição.

Alguns enfoques não criticam a emergência de estratégias de governança metropolitana pautadas pela competitividade para atrair investimentos, desconsiderando a discussão sobre a influência de processos sociais que atuam em múltiplas escalas e que repercutem nos espaços

metropolitanos. A multiplicidade de atores públicos – nacionais, regionais e locais – e privados, e mudanças sobre o papel do governo central também marcam as abordagens.

A competitividade é enfatizada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que propõe um enfoque de governança metropolitana que busque equilibrar bons níveis de competitividade e de habitabilidade das cidades, articulando eficiência e equidade social. Aponta para a mudança do papel do governo nacional, passando a atuar mais como facilitador e regulador de ações concertadas, envolvendo instituições políticas, setor privado e sociedade civil; e na otimização das políticas nos níveis subnacionais. Afirma que não há um modelo único (e ideal) de governança metropolitana e que devem estar vinculados às especificidades locais e regionais, considerando o contexto nacional. O desafio apontado estaria na capacidade de formulação de um modelo de governança que otimize o potencial da região e que responda, de maneira satisfatória, à dinâmica das necessidades (OCDE, 2001).

A difusão de um conjunto de medidas de estímulo à competitividade entre as cidades ocorreu de maneira articulada e intensa, incluindo a participação de agências multilaterais (BID, ONU, PNUD) e consultores internacionais. Destacam a cidade de Barcelona como exemplo da aplicação bem-sucedida dessa uma modalidade de planejamento urbano. Tal abordagem é analisada e criticada, por meio do apontamento da estrutura dessa abordagem do planejamento urbano, denominada enquanto planejamento empresarial ou planejamento estratégico. Tal estrutura é descrita em três eixos, articulados entre si enquanto analogias constitutivas da cidade. A cidade enquanto mercadoria, um objeto a ser vendido, utilizando-se do *marketing* urbano para atração de uma elite compradora, que tende a tratar a pobreza urbana como um problema paisagístico ou ambiental; a cidade como empresa, uma forma de sujeito, subordinado à lógica de mercado; e a cidade como pátria, que busca o consenso como princípio e como finalidade, despolitizando a cidade e apagando os conflitos internos entre os diversos grupos sociais em nome de um projeto empresarial de competição entre cidades pautado pela lógica de mercado (VAINER, 2000).

A metropolização significa uma transformação tão profunda do espaço que pode ser caracterizada como uma metamorfose, visto que se trata de modificação na estrutura, forma e natureza do espaço. A metropolização consiste em processo não restrito à conformação de metrópoles, atingindo todo o território, em diversas escalas, com influência do modo de vida (hábitos culturais e valores) próprios da metrópole sobre todos os espaços. A constituição de grandes aglomerados metropolitanos, fenômeno que marca essa nova etapa da urbanização, se configura cada vez mais em escala regional (LENCIONI, 2017).

Soja (2015) destaca o processo contemporâneo de urbanização regional e surgimento de cidades-regiões. Há um crescimento da urbanização periférica das regiões metropolitanas, produzindo espaços urbanos densos nos subúrbios, e a ausência de fronteiras bem definidas entre os espaços urbanos e rurais.

A metrópole, compreendida como uma aglomeração urbana com nível de complexidade bastante elevado que a difere das demais regiões, é um espaço que concentra a população (e a pobreza), além de atividades de distintos níveis de capital, tecnologia, trabalho e organização, além de elevada densidade ideológica, que concentra e irradia ideias, se apresentando enquanto uma síntese da formação social nacional (SANTOS, 2009). O tamanho da população, embora seja um critério para definição de uma região metropolitana, não é o único (LENCIONI, 2017).

As metrópoles expressam de maneira aguda o processo de expansão do capitalismo brasileiro, sobre o qual Francisco de Oliveira enfatiza a coexistência de elementos arcaicos e modernos, num contexto de profundas desigualdades. Nos bairros das periferias é comum a persistência por longos períodos da construção de moradias, que permanecem inacabadas, mas que em seu interior contam com equipamentos modernos. E nos bairros centrais das metrópoles, verifica-se a presença maciça de trabalhadores domésticos cuja oferta farta de mão de obra é farta e barata, e conforma-se de maneira funcional para manutenção de um padrão de vida que dependeria de serviços coletivos eficientes de transportes, creches, entre outros (BONDUKI; ROLNIK, 1982).

A autoconstrução da moradia é um aspecto importante do crescimento urbano e caracteriza o processo de crescimento das regiões metropolitanas. As populações que aderem à autoconstrução da moradia são integradas à economia urbana industrial capitalista, mas mantêm práticas de subsistência, pois não há alternativa, dado que o Estado direciona as políticas para parcelas populacionais com maior poder aquisitivo, ignorando o problema da residência das classes populares. Esse quadro, associado ao crescimento populacional das cidades leva ao surgimento das periferias urbanas, espaços carentes de infraestrutura urbana, distantes dos centros comerciais e que servem de local de residência das camadas populares (BONDUKI; ROLNIK, 1982).

Para Bonduki e Rolnik (1982), o conceito de periferia utilizado numa perspectiva exclusivamente geográfica, que destaca a sua distância do centro, ou sociológica – lugares em que a reprodução da força de trabalho ocorre em condições habitacionais precárias – pode levar a utilizações imprecisas. E com o argumento da necessidade de dar precisão ao conceito, propõem a definição de periferia associada ao conceito de renda diferencial, componente da renda fundiária baseada nos diferenciais de dois aspectos: das condições físicas e de localização

dos terrenos e dos investimentos sobre os terrenos e seu entorno. Assim, a periferia urbana é definida enquanto “parcelas do território da cidade que têm baixa renda diferencial” (BONDUKI; ROLNIK, 1982, p. 147). Com esse conceito, a distância do centro é apenas um dos fatores que influi na baixa renda diferencial, o que dá maior precisão ao conceito, permitindo a identificação de periferias urbanas em qualquer espaço da cidade e até mesmo uma hierarquização das periferias que possuem características distintas (BONDUKI; ROLNIK, 1982).

Numa análise contemporânea sobre as metrópoles brasileiras, Ribeiro (2011) destaca a concentração de poder econômico, social e cultural; a dispersão dos tecidos urbanos em direção às periferias que vêm apresentando elevado crescimento populacional; e a diversificação interna das regiões metropolitanas com hierarquização dos municípios que a compõem. Destaca-se as transformações recentes nas metrópoles, desde a implantação do Plano Real (1994), sobretudo na redução da pobreza, superior à redução média nacional. No entanto, as desigualdades regionais permaneceram e a redução da pobreza não prosseguiu na segunda metade da década de 1990. As escolhas políticas realizadas na década de 1990 repercutiram na configuração das metrópoles no século XXI em espaços pautados pela eficiência econômica, seletividade e competitividade. Nos anos 2000 ocorreram algumas mudanças na condução política e houve crescimento econômico, distribuição de renda e elevação do emprego formal. Particularmente nos espaços metropolitanos, observou-se a dinamização do mercado interno e a retomada da política de moradia. Em relação à proporção da população residente em regiões metropolitanas, houve elevação desse percentual no período de 1990 a 2000 e estabilização no período de 2000 a 2010 (RIBEIRO; SILVA; RODRIGUES, 2011).

Utilizando-se dados do censo de 2010, Moura *et al* (2018) classificaram os municípios brasileiros de acordo com sua inserção no processo de urbanização, levando em consideração as mudanças na distribuição e mobilidade populacional, o padrão ocupacional e funcional, as relações dos municípios com a região e o país e a configuração e tendência de organização socioespacial do território. Dessa maneira, os 5.565 municípios recenseados em 2010 foram classificados em 4 categorias: municípios em estágio avançado da urbanização ou em processo de metropolização (1.785 municípios); municípios fortemente urbanizados (689); municípios urbanizados (2.349); e municípios em transição ou sob influência do urbano (742). Os municípios em processo de metropolização representam 32% do total, sendo que 72,3% da população reside neles (137.854.402 habitantes) e registraram 87,6% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional. Esse grupo apresenta o maior número de ocupados (em atividades majoritariamente não agrícolas), possuem elevada mobilidade pendular, baixo nível no Índice

de Vulnerabilidade Social (IVS) e o PIB *per capita* mais elevado. Apesar do baixo nível de IVS, a desigualdade desses municípios é expressiva, já que existe elevada concentração populacional o que resulta em elevadas parcelas populacionais em situação de pobreza. Em relação ao crescimento populacional, esse grupo de municípios se diferenciam – enquanto os polos apresentam taxas reduzidas, os municípios contíguos possuem taxas de crescimento bastante elevadas.

2.2 GOVERNANÇA REGIONAL, SAÚDE E METRÓPOLE

O termo ‘governança’ possui origens latinas e gregas, sendo utilizado para expressar a ideia de dar direção, remetendo a um significado associado ao ato ou forma de governar, sobrepondo-se, portanto, à noção de governo. Com a disseminação generalizada do uso da palavra governança no último quarto do século XX, a distinção entre a governança e o governo torna-se fundamental. A governança refere-se ao modo de governar e o governo está vinculado às instituições e agentes que detém o poder político do Estado e determinam a orientação política da sociedade (JESSOP, 1995).

Marques (2013) entende que o conceito de governança é útil para compreender detalhadamente a produção de políticas públicas, que envolve conexões entre múltiplos atores estatais e não estatais, ligados por relações formais e informais, e inseridos em ambientes institucionais específicos. No Brasil, o debate sobre governança está relacionado a duas perspectivas distintas sobre as formas de organização do governo: a perspectiva associada à reforma do Estado inspirada no gerencialismo, redução do Estado e integração de atores privados; e a perspectiva da participação social e democratização da gestão. Ambas as perspectivas se ancoram em interpretações diferenciadas das transformações ocorridas no nível local de governo no processo de redemocratização do país e sugerem desconfiança em relação ao Estado.

A governança multinível é um conceito que permite compreender as transformações do modo de governar e dos atores que governam, do ponto de vista das relações verticais e horizontais que se expressam na dinâmica de atuação do Estado no território. Quanto às relações verticais destaca-se a reorganização espacial dos poderes regulatórios, por meio do arranjo combinado entre processos de centralização e descentralização envolvendo o governo nacional e os subnacionais. Já as relações horizontais referem-se à multiplicidade de atores (agentes e instituições) envolvidos nas políticas públicas em diferentes níveis de governo. O debate sobre a governança multinível tem origem associada à reorganização socioespacial do poder ocorrida

a partir da década de 1970 nos países industrializados e adquire características distintas de acordo com os contextos dos países no cenário internacional (BICHIR, 2018).

Já a discussão relacionada à dimensão multiescalar da governança no âmbito territorial envolve, entre outros aspectos, os processos relacionados à criação de blocos comerciais em regiões de países (MERCOSUL, NAFTA, União Europeia) e suas conexões políticas e econômicas com os níveis nacional e subnacionais de governo. Tais transformações impõem novos desafios ao planejamento e governança regional, essenciais para atenuar os efeitos negativos desses processos, tais como o aumento das desigualdades. O planejamento e a governança regional são essenciais, pois podem apontar caminhos que possam otimizar os efeitos positivos das aglomerações e responder a problemas relativos à justiça social e ambiental (SOJA, 2015).

Vainer (2001) discute as escalas da ação política, rejeitando perspectivas que enfatizam determinada escala para a ação política eficaz, argumentando que as escalas – local, regional, nacional e global – não antecedem os processos econômicos, políticos, sociais e culturais. Nessa perspectiva, a concepção sobre as escalas volta-se para as dimensões de tais processos, que podem ocorrer de maneira transescalar. A força das ações políticas está na capacidade de articular ações nas distintas escalas.

Para Brandão (2013), a integração territorial das políticas públicas é algo central a ser pautado por uma perspectiva que articule as múltiplas escalas espaciais e seus respectivos níveis de governo. Não há condições de estabelecer uma organização que considere e articule as múltiplas escalas – local, regional (micro, meso e macro) e o nacional – sob o federalismo brasileiro. Este se mostra insuficiente para responder às desigualdades regionais de maneira estrutural. O jogo federativo não oferece a possibilidade de estruturar processos de cooperação horizontal chamados de *upscaling* (movimento que parte do nível local e atinge as escalas maiores) e de *downscaling* (das escalas maiores para as menores).

A Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo arranjo federativo, marcado pela descentralização de funções e recursos do governo nacional para os estados e, sobretudo, para os municípios. Importante ressaltar que este arranjo está inserido num contexto de profundas desigualdades sociais e regionais que foram geradas sob o federalismo centralizado. E que há o risco de reprodução (ou agravamento) de tais desigualdades com a descentralização de políticas sociais, sobretudo se o rearranjo de competências ocorrer no modelo de “descentralização por ausência”, que pode subverter o efeito de equidade das políticas sociais. Ainda que necessite de algum direcionamento nacional, o reordenamento das funções e relações

intergovernamentais deve ser realizado de maneira diferente nos diversos estados e regiões, evitando proposições uniformes para todo o território nacional (ALMEIDA, 1995).

Na política de saúde, o conceito de governança é útil para a compreensão das implicações de processos gerais de Reforma do Estado no setor, destacando-se a descentralização, a mercantilização da gestão e da oferta de serviços e a institucionalização de mecanismos de participação social (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016).

Mas antes de aprofundar sobre os aspectos que caracterizam a governança da saúde associando-a aos processos de Reforma do Estado no contexto do SUS, cabe uma breve contextualização sobre as proposições de organização regional de serviços de saúde no plano nacional e internacional.

A primeira proposta concreta de organização de serviços de saúde por meio de redes regionalizadas foi descrita no Relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra. Alguns aspectos fundamentais no que diz respeito à organização regional do sistema nacional de saúde foram contemplados nessa proposta, tais como a porta de entrada, a territorialização, níveis de atenção, referência, coordenação pela atenção primária, além dos requisitos da conformação de regiões de saúde – autossuficiência de recursos para garantir a integralidade da atenção à saúde – observando a necessidade de concentração de serviços para obtenção de elevada eficiência e economia de escala. O relatório aponta também para a necessidade de as redes regionalizadas de saúde levarem em conta as estruturas de transportes e dos sistemas de informação, enquanto mecanismos de integração existentes no território (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Entretanto, a proposta de organização do sistema de saúde do Relatório Dawson não foi implementada na época de sua formulação por conta de algumas controvérsias, destacando-se a necessidade de extinção da autonomia dos hospitais filantrópicos, os conflitos da proposta com o conceito de governo local e os elevados custos envolvidos em sua implementação. Em 1942, durante a II Guerra Mundial, as proposições do relatório Dawson foram retomadas no bojo da discussão sobre a nova política de proteção social, no âmbito do Relatório Beveridge. Com a vitória acachapante do Partido Trabalhista, já no período do pós-guerra, o sistema nacional de saúde inglês (*National Health Service – NHS*) foi criado, em 1948, adotando as propostas do relatório Dawson e incorporando algumas mudanças resultantes de acordos realizados junto à corporação médica. A experiência inglesa serviu de referência para diversos países. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

No Brasil, o movimento sanitário constituído na década de 1970, propôs uma transformação radical do sistema de saúde vigente, caracterizado pela separação das ações de assistência médica – sob responsabilidade da Previdência, no âmbito do Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS) – e as ações coletivas, sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Articulando as questões sociais e sanitárias, se alinhava às concepções que pressupunham a determinação social do processo saúde-doença, e a primeira experiência institucional, proposta por um grupo que atuava na Previdência Social – o Programa de Localização de Unidades de Saúde (PLUS) – voltado para as 9 regiões metropolitanas existentes no país. No entanto, a concentração espacial de leitos privados e a realização de convênios com instituições públicas no nível estadual e municipal suscitaram conflitos com interesses mercantilistas, que eram hegemônicos e venceram a disputa rapidamente (ESCOREL, 2008).

O projeto Montes Claros desenvolvido no período de 1975-1977, na região do Norte de Minas Gerais, significou, para o movimento sanitário, que havia viabilidade técnica e a possibilidade de articulação de bases políticas para sustentação de um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde, baseado na integralidade da atenção à saúde, regionalização, hierarquização e gestão democrática. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1975-1976, representou a expansão do modelo de organização de serviços de saúde inaugurado pelo projeto Montes Claros, além de configurar-se como uma mudança da atuação da Previdência, ao estabelecer parcerias com os governos estaduais (envolveu 20 estados), e teve influência no surgimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), entidade representativa dos secretários estaduais que emergiu no sentido de oferecer sustentação política ao processo de expansão de cobertura de serviços de saúde (ESCOREL, 2008).

As experiências concretas de reorganização e expansão dos serviços de saúde iniciadas na segunda metade da década de 1970 avançaram concomitantemente ao processo de redemocratização. A Constituição Federal de 1988 incorpora as mudanças que já vinham ocorrendo no âmbito do sistema de saúde brasileiro, inscreve o direito à saúde e marca a institucionalização do Sistema Único de Saúde. No que diz respeito a organização do sistema, o texto constitucional indica a regionalização e a hierarquização das ações e serviços públicos de saúde, tendo como diretrizes a descentralização e a integralidade da atenção (BRASIL, 2012).

A constituição de redes regionalizadas de saúde como forma de organização do SUS é estratégica para a redução das desigualdades. Em uma perspectiva que entende a regionalização enquanto um processo que possui aspectos técnicos e políticos indissociáveis, destacam-se como desafios técnicos, a definição da configuração das regiões de saúde e a infraestrutura de serviços de saúde; e em relação às questões políticas, salienta-se a construção do território

regional, sua institucionalidade e o papel das três esferas de gestão na constituição desse território (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 1990, expressa a descentralização político-administrativa enquanto princípio do SUS, com ênfase na municipalização dos serviços de saúde, em consonância com o modelo de federalismo tripartite instituído na Constituição Federal de 1988, em que os Municípios foram alçados à condição de entes federados, assim como os estados e a União.

A agenda progressista da Saúde, construída na década de 1980, culmina com a inscrição do Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988. No entanto, a implementação dessa agenda – ao longo da década de 1990 – ocorre num cenário de reorientação do papel do Estado e das políticas sociais. O processo de descentralização político-administrativa da saúde avança de maneira intensa, com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB 91, NOB 93 e NOB 96), que tiveram a função de regulamentação do processo de transferência de serviços, responsabilidades, poderes e recursos aos municípios. O avanço da descentralização está associado a uma convergência de interesses em torno da descentralização, apesar das diferentes bases políticas e ideológicas que a sustentaram (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). A democratização das relações entre Estado e sociedade e a redução do papel do Estado no que tange à política social conformaram-se enquanto vetores para o avanço do processo de descentralização.

É importante ressaltar que os anseios pela municipalização dos serviços de saúde são anteriores ao SUS e remetem à década de 1960, com destaque à III Conferência Nacional de Saúde (1963), fórum em que o tema foi trazido à tona. Mas foi no final da década de 1970, associados a outros movimentos da saúde, que surgem os encontros setoriais dos municípios, com enfoque na crítica ao autoritarismo do regime militar e de denúncia da crise da saúde nas cidades. Em 1985, a reunião em Montes Claros/MG configura-se como um marco do movimento municipalista da saúde em nível nacional, construindo bases para sua institucionalização, num contexto de transição de governo e abertura democrática. A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1991, representou a consolidação do movimento, tendo não apenas o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), criado em 1987, como protagonista, mas também os Conselhos de Secretários Municipais dos estados (COSEMS), que conduziram a conferência, cuja palavra de ordem era “*A municipalização é o caminho*”(GOULART, 1996).

Observou-se, ao longo da década de 1990 – período inicial de implantação do SUS – o avanço do processo de descentralização da saúde aos municípios. Concomitantemente, verifica-

se uma ascensão de medidas de austeridade fiscal, em consonância com um processo global de ascensão do neoliberalismo, no que diz respeito à agenda política nacional. Almeida (1999) verifica dois eixos principais que orientam as reformas dos sistemas de saúde. O primeiro se relaciona com o esforço de redução de gastos com a assistência à saúde e o outro diz respeito ao estímulo à descentralização, seja para instâncias subnacionais, seja para o setor privado.

O avanço do processo de descentralização da saúde que ocorreu ao longo da década de 1990 pode ser atribuído à uma convergência de interesses em torno da descentralização, tanto dos grupos que entendiam a descentralização como uma forma de democratizar as relações entre Estado e sociedade, quanto daqueles que pensavam a descentralização como um vetor de redefinição das funções do Estado no que tange à política social, por meio da fragmentação do poder político e de processos de mercantilização.

Na busca por compreender o papel das instâncias estaduais na política de saúde e, particularmente, no processo de regionalização, no contexto do pacto federativo brasileiro, Lima *et al* (2010) afirmam os conflitos entre a regionalização e a descentralização, na forma que esse processo vem ocorrendo. Apontam que o planejamento regional não precedeu a descentralização, além do atraso das propostas de regionalização, o que vem resultando na fragmentação do sistema de saúde (LIMA *et al.*, 2010).

Ribeiro (2015) argumenta que a regionalização da saúde, sob a perspectiva de uma lógica territorial que esteja articulada ao entendimento da natureza federativa das políticas de saúde, pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços, pautada pela equidade, integração de instituições e unidades de saúde, utilização eficiente de recursos e adequação das ações às distintas necessidades de saúde dos lugares.

Viana e Lima conceituam a regionalização da saúde enquanto:

“processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais no espaço geográfico. Inclui, ainda, a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território.” (VIANA; LIMA, 2011, pág. 12).

Tal conceito destaca a natureza política do processo de regionalização. E aponta para o fato de que a regionalização da saúde se inscreve no espaço geográfico, que segundo Milton Santos, pode ser compreendido enquanto “*conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações*” (SANTOS, 1997, p. 51). Esta perspectiva teórica sobre o espaço geográfico, que enfatiza a indissociabilidade dos sistemas de objetos e sistemas de ações, permite abordagens que considerem, de maneira simultânea, tanto o resultado da interação desses sistemas, quanto sua dimensão processual (SANTOS, 1997). A abordagem acerca do processo de regionalização da saúde, considerando sua inscrição no espaço geográfico, implica, portanto, em

assumir uma perspectiva que leve em conta a influência mútua entre o espaço geográfico e a política de saúde. E, nesse sentido, a regionalização configura-se como objeto de pesquisa da saúde coletiva que possui natureza fortemente interdisciplinar, recebendo aportes teóricos de diversas disciplinas científicas, destacando-se a ciência política e a geografia.

A regionalização, enquanto diretriz organizativa do sistema de saúde, que possui o potencial de redução das desigualdades, adquire destaque na implementação do SUS somente nos anos 2000. Com a edição da NOAS 2001/2002 foram definidas algumas atribuições do ente estadual, sobretudo no que diz respeito ao protagonismo na elaboração do Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos (LIMA et al., 2010).

A NOAS 2001/2002 define conceitos-chaves para a organização da assistência à saúde. As regiões de saúde, enquanto base territorial do planejamento – que poderiam ser divididas em microrregiões, regiões e macrorregiões – são definidas pelas secretarias estaduais de saúde; os módulos assistenciais, que correspondem à base territorial do primeiro nível de referência; o município-sede do módulo assistencial, que teria a capacidade de oferta do conjunto de serviços do primeiro nível de referência; o município-pólo, que seria aquele com capacidade para ser a referência para qualquer nível de atenção; e a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde, que seria a menor base territorial acima do módulo assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No entanto, a NOAS atribuiu aos estados o planejamento regional num cenário em que o ente municipal já havia alcançado um nível de autonomia na gestão da saúde, considerando o processo de municipalização ocorrido ao longo da década de 1990, ou seja, a norma operou sobre uma organização político-administrativa já instituída. Nesse contexto, os municípios encararam a NOAS como uma proposta com caráter de recentralização, o que gerou obstáculos expressivos para o avanço da regionalização (DOURADO; ELIAS, 2011).

Em 2006 aprova-se o Pacto pela Saúde (2006) que aponta outros caminhos para a regionalização da saúde. Para Albuquerque *et al* (2011) a definição das regiões de saúde prevista no Pacto pela Saúde supera a lógica essencialmente técnica da NOAS, que estabelecia critérios modulares previamente, adquirindo um caráter mais político, dependente da pactuação entre os entes federados. No que diz respeito às relações federativas, a criação das instâncias de gestão regionais – Colegiados de Gestão Regional (CGR) – abre a possibilidade de os estados adquirirem o papel de coordenação, planejamento e regulação no nível regional. Apesar do detalhamento das atribuições do ente estadual e da relevância discursiva dada ao processo de regionalização, o Pacto pela Saúde permite que os municípios executem as ações e serviços de

saúde de maneira isolada, a despeito de pactuações realizadas no âmbito do CGR (LIMA et al., 2010).

Com o objetivo de analisar a implantação do Pacto pela Saúde nos governos subnacionais, Lima *et al* (2012b) observam a falta de estrutura e de recursos das instâncias de pactuação e negociação regionais (CGR) para solucionarem os conflitos federativos; o risco de desarticulação dos processos de planejamento e de pactuação intergovernamental; e a fragilidade da atuação do governo federal nas proposições do Pacto pela Saúde.

Em 2010 o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Conceituada enquanto “*arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*”, a RAS se conforma como uma estratégia para enfrentar a fragmentação da atenção à saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do sistema. Essas diretrizes possuem conformidade com a proposta da OPAS de “*Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud*”, que coloca 13 atributos das RAS¹. A Portaria ministerial acrescenta apenas mais um atributo (gestão baseada em resultado).

As diretrizes ministeriais para a organização da rede de atenção do SUS destacam o papel da APS, entendida enquanto primeiro nível de atenção, e, que, portanto, deve prestar assistência para um conjunto de doenças e agravos e funcionar como o centro de comunicação e de coordenação do cuidado de todos os pontos da atenção à saúde.

Outro aspecto destacado nas diretrizes ministeriais é a aposta na contratualização entre os entes reguladores ou financiadores e os prestadores de serviços, que possam definir as responsabilidades e metas de desempenho, atrelados a instrumentos de avaliação de resultados. As três áreas de aplicação da contratualização são os cuidados primários, a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e os cuidados de urgência e emergência.

No ano seguinte à aprovação das diretrizes de organização da rede de atenção do SUS aprovou-se de mais uma norma de operacionalização e organização do sistema com destaque para a estratégia de contratualização. O Decreto 7508/11 institui o Contrato Organizativo da

¹ População e território definidos; conjunto de estabelecimentos de saúde para prestação de serviços; Atenção Primária em Saúde com cobertura de toda a população que exerça a função de porta de entrada do sistema e coordenação do cuidado; prestação de serviço em lugar adequado; existência de mecanismos que garantam a coordenação e continuidade do cuidado, atenção à saúde com enfoque no indivíduo, na família e na comunidade, e que considere as diversidades culturais e de gênero; sistema de governança único para toda a rede; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; sistema de informação integrado; financiamento adequado; ação intersetorial que inclua os determinantes da saúde e da equidade em saúde.

Ação Pública da Saúde (COAP), instrumento de contratualização de compromissos de gestão firmados entre os níveis de gestão, e, que, portanto, constitui-se enquanto mecanismo para a indução do processo de regionalização da saúde. Seguindo a mesma lógica da já existente Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), que padroniza o conjunto de medicamentos oferecidos pelo SUS, o Decreto supracitado institui a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

Albuquerque e Viana (2015), identificam 3 fases da regionalização na política de saúde no Brasil. Na primeira fase, entre os anos de 2001 e 2005, predomina uma perspectiva normativa com a finalidade de conformação de rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. Na segunda fase, entre 2006 e 2010, a negociação passa a ter centralidade no processo de conformação de redes integradas e regionalizadas. Na terceira fase, a partir de 2011, cujos marcos legais foram a Portaria 4.279/2010 e o Decreto 7.508/2011, observa-se a continuidade da perspectiva de negociação na conformação das regiões, adicionando-se o mecanismo de contratualização dos compromissos e a instituição das redes de atenção à saúde.

A constituição de redes regionalizadas de saúde como forma de organização do SUS depende do enfrentamento de desafios relativos ao modelo de federação brasileira – que define o Município enquanto ente federado – e do processo de descentralização, ocorrido até o nível local. Em uma perspectiva que entende a regionalização enquanto um processo que possui aspectos técnicos e políticos indissociáveis, destacam-se como desafios técnicos, a definição da configuração das regiões de saúde e a infraestrutura de serviços de saúde; e em relação às questões políticas, salienta-se a construção do território regional, sua institucionalidade e o papel das três esferas de gestão na constituição desse território (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Lima *et al* (2012a) elencam três desafios a serem enfrentados para o avanço da regionalização da saúde. O primeiro diz respeito aos conflitos entre o processo de descentralização – que se associa à distribuição de responsabilidades e recursos à municípios – e a regionalização, que gera maior responsabilidade aos estados e uma redefinição das funções dos municípios. O segundo desafio diz respeito à fragilidade das instâncias de negociação federativa na escala regional no que tange à estrutura e recursos para dirimir conflitos e promover a cooperação intergovernamental. O terceiro relaciona-se à debilidade do nível federal no sentido de estabelecer propostas e planos de investimento que sejam capazes de induzir a constituição de sistemas regionais, e que considerem as particularidades territoriais existentes no país.

As dinâmicas territoriais existentes no Brasil são diversas. As distintas características econômicas, demográficas e sociais encontradas nos territórios possuem implicações

importantes para o perfil epidemiológico, configuração e utilização dos serviços. A despeito dessa constatação, as formulações de políticas de saúde não vêm considerando tais diversidades territoriais (LIMA et al., 2012a).

Milton Santos (2000) já apontava o desinteresse pelo território na produção das políticas públicas no Brasil, geralmente abordado apenas como um palco de ocorrência dos processos sociais, ignorando a capacidade dessa categoria de influenciar e condicionar os processos históricos.

A política de saúde não incorpora a dimensão territorial de forma plena, fenômeno constatado em formulações homogêneas para todo o território nacional e em recortes regionais que levam em consideração apenas a oferta de serviços de saúde. Observa-se um esforço em abordagens do campo da política e planejamento em saúde para compreender os desafios que as particularidades metropolitanas impõem ao setor saúde.

A experiência brasileira de gestão metropolitana da década de 1970, em contexto autoritário, não conferia destaque para a saúde, priorizando setores associados à infraestrutura urbana – uso do solo, transportes, saneamento e meio ambiente. No período pós-CF 88, não houve regulamentação específica para a organização do sistema de saúde em regiões metropolitanas, pelo setor Saúde, a despeito da relevância das mesmas, tanto em termos populacionais quanto econômicos (MACHADO; LIMA, 2008).

Os aspectos particulares que caracterizam as regiões metropolitanas, tais como a elevada mobilidade da população e a presença expressiva de serviços privados nas áreas centrais estão vinculadas a desafios para a gestão da saúde, visto que são aspectos que repercutem sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde. No primeiro nível de atenção à saúde, a adscrição de clientela, que possui a finalidade de definir a população coberta pela estrutura da atenção primária local, é realizada com base no local de residência, que pode não ser adequada para realidade metropolitana, onde as pessoas buscam serviços de saúde em áreas próximas ao local de circulação de seu cotidiano, como o local de trabalho ou mesmo nos lugares em que o serviço é considerado de maior qualidade. A regionalização e a hierarquização também são aspectos relacionados à organização do sistema de saúde que deveriam considerar as especificidades metropolitanas de elevada intensidade de fluxos intrarregionais e concentração de serviços especializados nas áreas centrais da metrópole. A fixação de profissionais de nível superior nas periferias também se apresenta como desafio para a gestão da saúde no contexto metropolitano (MACHADO; LIMA, 2008).

Em estudo que envolveu a caracterização geográfica da Amazônia, Viana *et al* (2007) identificaram o fenômeno da metropolização enquanto uma situação geográfica particular que

merece ser levada em consideração no processo de planejamento em saúde. Manaus e Belém são duas metrópoles da região amazônica, cujo poder político influencia, de maneira relevante, a condução das políticas públicas, além de funcionarem como polos regionais, com grande capacidade de atração de população e de investimentos. A diversificação e concentração dos serviços de saúde dessas metrópoles, a escassez de serviços do resto da região e a existência de rede de transportes que conectam Belém e Manaus às demais áreas da região resultam em elevada demanda por atendimentos de saúde nas metrópoles. Observou-se também problemas urbanos complexos e precarização das condições de saúde em áreas de periferias enquanto desafio para efetivação da universalidade da atenção à saúde.

Bousquat (2001) analisou a metrópole de São Paulo, destacando o contexto de elevada fluidez do território metropolitano, aspecto que cria condições para a elevada mobilidade da população. Problematiza esse contexto de elevada fluidez territorial com a característica municipalista do sistema de saúde brasileiro, buscando compreender os fluxos da população em busca de atendimento em saúde. Conclui que os municípios da região metropolitana possuem baixa capacidade de retenção da população que busca atendimentos de saúde, com exceção da cidade de São Paulo, que, além de reter uma proporção elevada da população que se desloca em busca de serviços de saúde, funciona como um polo de atração de outros municípios da região metropolitana. Quando o enfoque da análise dos deslocamentos foi a capacidade de retenção das sub-regiões da região metropolitana, observou-se que elas possuem uma capacidade maior do que a dos municípios.

Ianni (2012) explorou os aspectos relacionados à metropolização e à regionalização da saúde no processo de pactuação na Baixada Santista, região de saúde que também se constitui enquanto uma região metropolitana. Aponta-se a articulação dos processos de descentralização e regionalização do SUS, considerando as particularidades territoriais, como um desafio para a gestão da saúde e a necessidade de valorização da cooperação entre entes federados, na dinâmica metropolitana, em oposição à lógica individualista e localista. No estudo, observou-se uma dissociação entre os processos de regionalização da saúde e de instituição da região metropolitana, resultando em objetivos e estratégias destoantes, guiados por interesses institucionais diversos. Entretanto, a Saúde, em comparação com os demais setores responsáveis pela condução de políticas públicas em contextos metropolitanos, foi o setor que mais avançou no processo da regionalização. Os mesmos aspectos que induzem a competição entre os entes federados na área da Saúde – financiamento, infraestrutura, mobilidade pendular da população para a utilização dos serviços e a ineficiência das instâncias formais de pactuação

– são os mesmos que estimulam a percepção da necessidade de cooperação e integração regional (IANNI et al., 2012).

Pressupondo a importância da cooperação institucional entre municípios situados em regiões metropolitanas – sobretudo por conta do processo de conurbação que dissolve as fronteiras municipais – Leite, Spatti e Campos (2017) buscam compreender o processo de formulação do plano metropolitano da Saúde e da implementação das redes temáticas de atenção à saúde na Região Metropolitana de Campinas. A construção do plano iniciou-se em 2006, com a participação do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Universidade de Campinas, da Agência Metropolitana de Campinas (AGEMCAMP), da Câmara Temática da Saúde (órgão técnico vinculado ao Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Campinas) e da Diretoria Regional de Saúde VII, órgão subordinado à Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Finalizado em 2008, o plano metropolitano deu origem a um plano operacional com ações concretas e previsão orçamentária oriunda do Fundo de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Campinas. A aproximação e integração de setores responsáveis pelas ações de saúde, a articulação entre o nível municipal, regional, estadual e federal e a disseminação de tais experiências são apontadas como avanços desse processo de planejamento. E como desafio para a governança da política de saúde em contexto metropolitano, destaca-se a fragilidade de mecanismos institucionais disponíveis para coordenação regional.

3. METODOLOGIA

Realizou-se estudo do caso da região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro para a abordagem sobre as desigualdades socioespaciais de condições de vida urbana e de problemas de saúde, e sobre a rede de atenção à saúde e seus mecanismos de governança. A região metropolitana I é um recorte territorial definido pelo processo de regionalização da saúde, que engloba a cidade do Rio de Janeiro, segunda maior cidade do país e capital do estado, e os 11 municípios da denominada baixada fluminense, quais sejam: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Japeri, Queimados, São João de Meriti, Seropédica. A Metropolitana I integra a região metropolitana definida pelo estado do Rio de Janeiro no processo de conformação das regiões de governo (ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2021)².

Dois argumentos principais justificam a seleção do caso da região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro para o estudo da organização metropolitana da atenção à saúde. Em primeiro lugar, no que diz respeito ao fenômeno urbano e metropolitano, ressalta-se que o Rio de Janeiro foi a maior cidade e capital do país durante um longo período (1763 a 1960) sendo modelo para as demais cidades do país. Atualmente, a aglomeração urbana do Rio de Janeiro é classificada como metrópole nacional de segundo subnível, ao lado de Brasília e abaixo de São Paulo, considerada a grande metrópole nacional hierarquizada em um nível acima de todas as demais, no estudo sobre as regiões de influência das cidades do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (REGIC 2008)³. O estado do Rio de Janeiro também se destaca por seu elevado grau de metropolização: a região metropolitana do Rio de Janeiro possui mais de 70% da população total do estado, e os 12 municípios que compõem a região de saúde Metropolitana I representam mais de 60%.

Em segundo lugar, ressalta-se a complexidade da rede de atenção à saúde e a diversidade das estruturas de governança da política de saúde instituídas na região. A cobertura da atenção primária em saúde se expandiu na metrópole tardiamente, somente a partir do final da década de 2000. O Rio de Janeiro foi o estado pioneiro na expansão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), processo que ocorreu a partir de 2007 (O'DWYER et al., 2017), sendo que a localização da maioria dessas unidades é na região Metropolitana I. Há uma

² O recorte das regiões de saúde é diferente das regiões de governo. A principal diferença é que a região metropolitana é dividida em duas: a Metropolitana I e a Metropolitana II, que inclui os municípios da porção leste da área metropolitana: Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Maricá, Silva Jardim, Rio Bonito e Tanguá.

³ O estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre as regiões de influência das cidades (REGIC 2008), estabelece uma hierarquização dos centros urbanos baseando-se na região de influência de cada centro e na intensidade de relacionamentos entre os centros e na classificação de centros de gestão do território, segundo critérios de níveis de centralidade administrativa, jurídica e econômica.

multiplicidade de prestadores de serviços hospitalares, sobretudo na cidade do Rio de Janeiro, que, além das unidades hospitalares municipais, estaduais e do privado contratado e conveniado ao SUS, há hospitais federais cuja gestão não foi descentralizada, e que permanecem sob gestão do Ministério da Saúde. No que tange aos arranjos de governança regional da política de saúde, além da Comissão Intergestores Regional (CIR), instância de negociação, pactuação e decisão de gestores de saúde, destaca-se a presença de consórcio público, constituído pelos 11 municípios da baixada fluminense – o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF) – permitindo explorar as possibilidades e limites do consórcio público, enquanto instrumento de cooperação intergovernamental e de apoio à gestão regional na prestação de serviços de saúde.

A natureza complexa do problema de pesquisa exigiu a utilização de aportes teóricos de distintos campos de conhecimentos, como a geografia, o planejamento urbano e regional, a ciência política e a saúde coletiva, para definição dos principais conceitos e teorias explicativas utilizadas no estudo. Os seguintes eixos orientaram a análise dos condicionantes da organização metropolitana da atenção à saúde da região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro: desigualdades socioespaciais associadas aos processos de urbanização e metropolização; a rede de atenção à saúde da região e seus mecanismos de governança.

O primeiro eixo do estudo trata sobre as desigualdades socioespaciais, sendo norteado por uma perspectiva que pressupõe a influência mútua entre a situação de saúde e as condições de vida urbana. De natureza quantitativa, incluiu a descrição e análise de indicadores que refletem as desigualdades socioespaciais de condições de vida urbana e de problemas de saúde, que foram abordadas em dois níveis: municipal e intramunicipal. Os indicadores utilizados para a abordagem sobre as desigualdades de condições de vida urbana no nível municipal estão expressos no Quadro 1. A abordagem municipal teve um enfoque descritivo sobre as desigualdades socioespaciais existentes entre os municípios da região Metropolitana I, em diálogo com as características do processo de urbanização e metropolização do estado do Rio de Janeiro.

Quadro 1: Indicadores para descrição e análise das desigualdades socioespaciais de condições de vida urbana.

DIMENSÃO	INDICADORES	FONTE
Condições de vida urbana	Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU)	IBGE
	Índice de mobilidade urbana	
	Índice de condições ambientais urbanas	
	Índice de condições de habitação	
	Índice de atendimento de serviços coletivos urbanos	
	Índice de infraestrutura urbana	

Elaboração própria

Para mensurar as condições de vida no ambiente urbano foi utilizado o Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU), indicador construído a partir de dados do censo do IBGE de 2010 e que se configura como um instrumento para a análise das condições de vida urbana das regiões metropolitanas do Brasil. As dimensões do IBEU incluem a mobilidade urbana, condições ambientais urbanas, condições habitacionais urbanas, condições de serviços coletivos urbanas e infraestrutura urbana. Cada dimensão do IBEU possui um índice, calculado a partir de variáveis do censo. O Índice de Bem-Estar Urbano e os demais índices que o compõe são variáveis contínuas que podem assumir valores que variam entre 0 e 1 (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013). Nota-se que, os dados utilizados para construção dos indicadores de condições de vida urbana são provenientes do censo, e, dessa forma, os indicadores são do ano de 2010, último Censo demográfico do IBGE realizado com divulgação dos resultados.

Quanto à dimensão dos problemas de saúde, os indicadores selecionados dizem respeito a mortalidade por causas selecionadas de capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que exercem pressão sobre os serviços de atenção às urgências e que possuem elevada magnitude, evidenciada pela incidência na população/território sob estudo. Os indicadores utilizados para a abordagem sobre desigualdades socioespaciais na dimensão dos problemas de saúde estão resumidos no quadro 2, a seguir.

Quadro 2: Indicadores para descrição e análise das desigualdades socioespaciais de problemas de saúde.

Problemas de saúde	Tx. mort. por homicídios	SIM e IBGE
	Tx. mort. por acidente de transporte terrestre	SIM e IBGE
	Tx. mort. doenças isquêmicas do coração	SIM e IBGE
	Tx. mort. por doenças cerebrovasculares	SIM e IBGE

Elaboração própria

Foram selecionados dois subgrupos das causas externas: os homicídios, que se referem aos óbitos cuja causa básica são as agressões (X85 a Y099) e intervenções legais, provocadas por agentes do Estado (Y35 e Y369); e os acidentes de transporte (V01-V899). Também foram

selecionadas as causas relacionadas à agudizações de condições crônicas, classificadas no subgrupo de doenças isquêmicas do coração (I20 a I259) e doenças cerebrovasculares (I60 a I699), causas de elevada magnitude na mortalidade da região.

Para os indicadores relacionados aos problemas de saúde, definiu-se um recorte temporal – de 2009 a 2018 – para realização da descrição das taxas de mortalidade dos municípios e para a análise de tendência. Para esta análise foram calculadas as taxas de mortalidade do Rio de Janeiro, do agregado dos 11 municípios da baixada fluminense, do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil para se ter parâmetros de comparabilidade. As taxas de mortalidade foram padronizadas pelo método direto, tendo a população do Brasil como população-padrão, para evitar os efeitos advindos das diferenças entre as estruturas etárias das populações nas unidades geográficas subnacionais. Foram consideradas 11 faixas etárias: 0 a 4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 e 80 e mais.

A análise de tendência foi realizada por meio pelo modelo de regressão linear simples, que traça uma reta a partir da dispersão de pontos e pode ser resumido na equação:

$$y = \beta x + \alpha$$

As variáveis dependentes (y) são as taxas de mortalidade específicas e as variáveis independentes (x) são os anos do recorte temporal. O valor de β se refere ao coeficiente de correlação (inclinação da reta), que, no modelo, representa a variação anual na taxa de mortalidade. O α diz respeito ao ponto de interseção da reta no eixo y . Foi calculado o valor do coeficiente de determinação (R^2), usado para mensurar a qualidade do ajuste da linha de regressão, podendo variar entre 0 e 1. Para análise da significância estatística do modelo foi calculado o p -valor. Considerando o intervalo de confiança de 95%, a tendência analisada será considerada estatisticamente significativa se o valor- p for igual ou menor que 0,05, indicando que a probabilidade de a tendência ter ocorrido ao acaso for igual ou menor do que 5%.

Como a Metropolitana I é uma região de saúde com um número pequeno de municípios, e que manifestam desigualdades internas expressivas, a abordagem sobre desigualdades socioespaciais exigiu uma análise que explorasse as desigualdades internas dos municípios. As unidades de análise do nível intramunicipal foram as 289 áreas de ponderação da região Metropolitana I, definidas pelo IBGE. Trata-se de recorte territorial que agrega setores censitários contíguos, no interior dos municípios.

A abordagem descritiva sobre as desigualdades de condições de vida urbana na escala intramunicipal incluiu o mapeamento do IBEU para identificar os diferenciais intraurbanos de níveis de bem-estar urbano entre as áreas de ponderação da região Metropolitana I.

A definição das classes nos mapas ocorreu por meio do método de quebras naturais, realizado automaticamente pelo Sistema de Informações Geográficas utilizado (*QuantumGIS*[®]), baseando-se na premissa de maximização da variância dos dados entre as classes e minimização da variância dentro das classes.

Para analisar os padrões espaciais de bem-estar urbano na região de saúde Metropolitana I foi realizada a análise da correlação espacial, utilizando-se a função LISA (*Local Indicators Spatial Assotiation*), que permite comparar o valor da variável da área com os seus vizinhos. Esta análise utiliza a estatística espacial para identificação do grau de similaridade entre as unidades espaciais vizinhas (SANTOS; SOUZA, 2007). Por meio do diagrama de espalhamento de Moran é possível identificar as áreas em que há associação espacial entre a variável selecionada para analisar as condições de vida urbanas (IBEU), permitindo a identificação de correlação espacial tanto das áreas que possuem elevado nível de bem-estar urbano, quanto das áreas que possuem baixos níveis de bem-estar urbano. Após a construção da matriz de vizinhança e aplicação das técnicas de estatística espacial de análise de autocorrelação espacial de Moran (Ii), foi construído um mapa no aplicativo *Terraview*[®], para identificação das áreas que apresentam correlação local, permitindo a análise das desigualdades intrametropolitanas e os padrões espaciais no que diz respeito ao bem-estar urbano.

Na análise de autocorrelação espacial, as áreas são estratificadas em alto-alto, quando a unidade de análise (área de ponderação) e seus vizinhos possuem valores do IBEU acima da média da região Metropolitana I; baixo-baixo, quando a unidade de análise (área de ponderação) e seus vizinhos possuem valores do IBEU abaixo da média da região; baixo-alto, quando a unidade de análise (área de ponderação) possui valor do IBEU abaixo da média da região e seus vizinhos possuem valores superiores à média; e alto-baixo, quando a unidade de análise (área de ponderação) possui valor do IBEU acima da média da região e seus vizinhos possuem valores inferiores à média da região. As áreas classificadas em alto-alto e baixo-baixo são as de maior interesse do ponto de vista da estatística espacial.

Buscou-se realizar uma análise de associação entre níveis de bem-estar urbano, de um lado; e a questão racial e a pobreza, de outro, por meio da análise de correlação com utilização do coeficiente de *Spearman*. O indicador utilizado para abordar a questão racial foi a proporção de negros residentes nas áreas de ponderação, dada pela proporção de pessoas cuja cor da pele é parda ou preta sobre o total de residentes, de acordo com o Censo do IBGE de 2010. A pobreza foi mensurada pela proporção de pessoas pobres residentes nas áreas de ponderação (pessoas com renda inferior a 25% do salário-mínimo, em 2010).

Quanto à dimensão dos problemas de saúde na escala intramunicipal, os indicadores de mortalidade das causas selecionadas utilizaram o dado de população residente do ano de 2010, que é o dado mais atualizado disponível, enquanto denominador das taxas calculadas. As taxas de mortalidade pelas causas selecionadas foram padronizadas nas áreas de ponderação pelo método direto, tendo a população total da região Metropolitana I como população-padrão, para evitar a influência das diferentes estruturas etárias das áreas de ponderação na análise dos diferenciais de mortalidade.

Para obtenção da distribuição etária das populações residentes das unidades de análise intramunicipais (nas 11 faixas etárias) foi realizada a agregação das populações dos setores censitários correspondentes às áreas de ponderação. E para obter o número de óbitos por faixa etária, foi necessário realizar o processo de geocodificação – obtenção das coordenadas geográficas por meio do endereço de residência dos óbitos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Considerando que as unidades territoriais de análise intramunicipais podem apresentar flutuações aleatórias desse indicador em determinados anos, utilizou-se uma técnica de suavização de taxas, por meio do uso da média móvel dos óbitos do triênio 2009 a 2011, no numerador.

Para realizar tal procedimento foi utilizado o serviço *Google Geocoder*®. Através das coordenadas geográficas foi possível georreferenciar os casos de óbito pelas causas selecionadas. O aplicativo *QuantumGIS*® oferece a funcionalidade de contagem dos pontos georreferenciados nos polígonos que representam as áreas de ponderação, podendo-se obter a média móvel de óbitos em cada área. Com isso foi possível calcular as taxas padronizadas de mortalidade pelas causas selecionadas.

Pressupondo-se a associação entre as condições de vida e situação de saúde, realizou-se teste de correlação (coeficiente de *Spearman*), e modelos de associação (regressão linear univariada simples e análise de regressão linear múltipla). Inclui-se na análise, enquanto variáveis explicativas, os índices que exprimem as dimensões do bem-estar urbano (condições de mobilidade urbana, condições ambientais urbanas, condições habitacionais, atendimento aos serviços coletivos e infraestrutura urbana) e os indicadores relativos à questão racial e pobreza (proporção de negros e de pobres). A análise da relação linear entre as variáveis foi avaliada por meio de gráficos de correlação linear. A análise de regressão linear múltipla foi realizada para avaliar o grau de associação entre as variáveis explicativas e o as taxas de mortalidade pelas causas selecionadas. O modelo de regressão linear múltipla pode ser resumido na equação abaixo:

$$y = \beta_0 + \beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \beta_nx_n$$

Tal técnica pode ser utilizada para situações em que as variáveis (dependentes e independentes) são contínuas e quando se tem mais de uma variável independente. O coeficiente β_0 se refere ao intercepto – valor da variável dependente numa situação em que todas as variáveis independentes são nulas – e cada variável independente (representada pela letra x) possui um valor do coeficiente β , que exprime a força de associação entre as variáveis, visto que quantifica a variação média na variável dependente quando se aumenta a variável independente em uma unidade. Foram construídos quatro modelos, um para cada variável dependente (as taxas de mortalidade das causas selecionadas). A seleção de variáveis para inclusão em cada modelo foi realizada pelo método *stepwise*. Os resultados da análise de regressão múltipla fornecem informações sobre o grau de influência das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes, bem como a significância estatística dos testes de associação.

O segundo eixo do estudo trata sobre a configuração e a governança da rede de atenção à saúde do SUS na região Metropolitana I. Neste eixo, procura-se compreender a rede de serviços como uma resposta social e institucionalizada às necessidades de saúde da população que vive no território, e que dependem de um processo decisório, estando submetidas à dinâmica de interações entre diferentes atores sociais (CASTELLANOS, 1997).

O SUS pode ser abordado, portanto, como uma forma de enfrentamento das desigualdades, sendo orientado pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade da atenção à saúde. A organização regional do sistema de saúde é um meio para alcance de tais princípios e, nesse sentido, a governança regional é um elemento fundamental na conformação e efetividade da rede regionalizada de atenção à saúde. A abordagem sobre a rede e sua governança exigiu a utilização de métodos e técnicas de pesquisa quantitativa e qualitativa.

Para a abordagem sobre a rede de serviços de assistência à saúde do SUS, públicos e privados (contratados), da região Metropolitana I foram selecionados três níveis (ou pontos) de atenção à saúde, quais sejam, a APS, a atenção às urgências e a atenção hospitalar. Os aspectos analisados sobre os serviços de assistência à saúde incluíram a oferta e sua dimensão espacial, desempenho, infraestrutura, participação das esferas públicas (união, estado e município) e privadas na prestação de serviços, utilização e fluxo de atendimento.

Com o intuito de verificar a distribuição espacial da oferta de serviços de saúde, pressupondo que se trata de atributo importante para a acessibilidade da população aos serviços oferecidos por tais equipamentos públicos que podem prover melhoria nas condições de saúde

e de vida, analisou-se a localização das unidades de saúde – classificadas de acordo com os níveis de atenção selecionados – segundo o padrão espacial de bem-estar urbano. Os padrões espaciais foram definidos na análise de autocorrelação espacial do Índice de Bem-Estar Urbano das áreas de ponderação da região Metropolitana I, permitindo identificar o número de unidades localizadas nas áreas classificadas, principalmente, no padrão alto-alto e no padrão baixo-baixo de bem-estar urbano.

As unidades da APS selecionadas foram aquelas classificadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como centro de saúde ou posto de saúde/unidade básica de saúde, sob gestão municipal. O nível urgência/emergência se refere às unidades que não são de atenção primária, possuem atendimento de urgência e não possuem leitos de internação; sob gestão municipal, estadual, federal e privada (contratada). No nível hospitalar, foram selecionadas unidades de saúde que não são de atenção primária e possuem leitos de internação, sob gestão municipal, estadual, federal e privada (contratada).

Foi realizado o georreferenciamento das unidades de saúde selecionadas, segundo os níveis de atenção – primário, urgência/emergência e hospitalar – por meio do Código de Endereçamento Postal (CEP) ou do endereço que constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Com isso foi possível sobrepor a camada com as unidades de saúde georreferenciadas (unidades de saúde representadas por pontos) e a camada resultante da análise de correlação espacial do IBEU (com as áreas de ponderação representadas por polígonos). O aplicativo *QuantumGIS*[®] permite contar pontos nos polígonos, o que possibilita a identificação da localização e quantificação das unidades de saúde, segundo padrão espacial do índice Moran.

Além da dimensão espacial intrínseca à abordagem da localização das unidades de saúde, a análise também inclui a dimensão temporal, permitindo observar as mudanças na oferta de serviços ao longo do tempo. Foram definidos 4 períodos ao longo da série temporal do estudo: junho de 2010, 2012, 2015 e 2018. Ou seja, foi possível realizar abordagem espaço-temporal da oferta de serviços de saúde na região Metropolitana I, de acordo com os padrões espaciais de condições de vida urbana.

Na APS, além da abordagem acerca da localização das unidades, foi realizada análise sobre o desempenho da atenção primária, com enfoque na descrição e análise de dois indicadores de desempenho: a cobertura da atenção primária dos municípios da região no período de 2009 a 2019, indicador que estima o acesso aos serviços deste nível de atenção; e a proporção de internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) nas áreas de ponderação (escala intramunicipal), indicador utilizado para estimar a efetividade da APS.

A proporção de ICSAP mostra a proporção de causas de internação que poderiam ser evitadas com a atuação efetiva da atenção primária em saúde em relação ao total de internações, excluindo as internações relativas ao parto, tendo como fonte de dados o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Por se tratar de uma proporção – número de internações por condições sensíveis sobre o total de internações, excluindo-se as relacionadas ao parto – é possível calcular tal indicador nos anos onde não há estimativa populacional (nas unidades territoriais de análise).

Para evitar as possíveis flutuações aleatórias desse indicador, calculou-se a proporção de ICSAP em períodos de 3 anos: 2009 a 2011; 2011 a 2013; 2014 a 2016; e 2017 a 2019. Dessa forma, foi possível descrever as mudanças do indicador em sua dimensão espacial e temporal. Os anos de 2020 e 2021, marcados pela pandemia por Covid-19, foram excluídos da análise, pois o fenômeno pandêmico altera sensivelmente o padrão de internações, o que prejudica sobremaneira a interpretação dos resultados.

Para calcular as proporções de ICSAP nas áreas de ponderação foi realizada a geocodificação e georreferenciamento das internações selecionadas por meio do CEP, dado que está presente na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documentos-base do SIH. Utilizou-se o aplicativo *RStudio*[®] e os pacotes *microdatasus* – para extração dos dados no DATASUS – e *CepR*, que utiliza a interface da plataforma colaborativa *cepaberto.com* – *application programming interface* (API) – e que permite a obtenção das coordenadas geográficas a partir do número do CEP (ROCHA et al., 2018). Com as coordenadas geográficas é possível georreferenciar as internações, segundo local de residência, e sobrepor as camadas no Sistema de Informação Geográfica *QuantumGIS*[®], de modo que seja possível quantificá-las nas áreas de ponderação e, assim, calcular as proporções de ICSAP.

Identificou-se que os municípios de Magé e Seropédica apresentavam uma proporção significativa de CEP não encontrados na base de dados utilizada. Assim, apenas na abordagem acerca das ICSAP, optou-se por agregar as 7 áreas de ponderação de Magé e as 4 de Seropédica no nível municipal para realizar a análise da variação espaço-temporal do indicador %ICSAP.

No nível de atenção às urgências, após a análise sobre a localização das unidades segundo padrão espacial de condições de vida urbana, foi utilizada a técnica de criação de áreas de influência (*buffer*) de tais unidades, de acordo com o número de médicos vinculados a elas. Foi necessário o relacionamento da base de dados de profissionais do CNES com a base de estabelecimentos, por meio do código dos estabelecimentos. De acordo com o recorte temporal do estudo, foram selecionados os anos de 2010, 2012, 2015 e 2018 e extraídos as bases de dados do mês de junho para análise da variação espaço-temporal da localização das unidades que

foram representadas com círculos proporcionais ao número de médicos vinculados às unidades de saúde.

Pressupondo a multiplicidade de arranjos da gestão de prestadores de serviços de saúde (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016), abordou-se a variação do número de unidades voltadas para a resposta às urgências por esfera administrativa (união, estado, municípios e privado contratado) nos anos de 2010, 2012, 2015 e 2018.

Na atenção hospitalar realizou-se a análise de tendência da infraestrutura hospitalar de internação, por meio do indicador de razão de leitos por habitantes, na cidade do Rio de Janeiro e no agregado dos municípios da baixada fluminense entre 2009 e 2019; e a descrição da variação do referido indicador nos municípios da baixada. Os leitos classificados pela especialidade de psiquiatria foram excluídos da análise de infraestrutura hospitalar, visto que há uma diretriz de desinstitucionalização dos pacientes e redução de leitos de internação de psiquiatria na Política de Saúde Mental no Brasil.

A abordagem sobre a localização dos hospitais incluiu a descrição da variação espaço-temporal dos leitos de internação hospitalar. Utilizou-se a técnica de geoprocessamento de criação de áreas de influência (*buffer*) das unidades hospitalares, tendo o número total de leitos (internação e complementares) enquanto variável para determinação do tamanho do círculo. Utilizou-se os mesmos períodos para análise da variação espaço-temporal: junho de 2010, 2012, 2015 e 2018.

Assim como na atenção às urgências, realizou-se uma abordagem sobre a oferta de serviços hospitalares de internação de acordo com a esfera administrativa. Além da variação temporal do número de unidades hospitalares por esfera administrativa, realizou-se análise sobre a realização de internações em estabelecimentos localizados nos municípios da região Metropolitana I por esfera administrativa. E para finalizar a abordagem sobre a atenção hospitalar, abordou-se a utilização de internações de média e alta complexidade por município de localização dos estabelecimentos, e o fluxo de internações entre municípios de residência e municípios de realização dos procedimentos.

O quadro 3 resume as dimensões, indicadores e fontes dos dados utilizados para a análise acerca da rede de atenção à saúde do SUS na região Metropolitana I. A abordagem incluiu, a análise da dimensão espacial da oferta de serviços de saúde (localização das unidades de saúde, distribuição espacial de médicos vinculados às unidades de urgência e de leitos de internação em unidades hospitalares); o desempenho da APS, mensurado pelo acesso (cobertura) e efetividade (proporção de ICSAP); a oferta de serviços no que tange à participação dos prestadores públicos e privados e a infraestrutura hospitalar; e a utilização de serviços

hospitalares, por meio da frequência de internações por esfera administrativa e por complexidade e o fluxo de atendimento hospitalar.

Quadro 3. Dimensões, indicadores e fontes de dados para análise da rede de atenção à saúde da região Metropolitana I.

Dimensão	Indicador	Fontes
Espacial	Localização das unidades de saúde, estratificadas por nível de atenção	CNES
	Círculos proporcionais ao número de médicos vinculados às unidades de atenção às urgências	CNES
	Círculos proporcionais aos leitos das unidades hospitalares	CNES
Desempenho	Cobertura de APS	SAPS/MS e IBGE
	Proporção de ICSAP	SIH e IBGE
Oferta	Número de unidades de atenção às urgências e hospitalares por esfera administrativa	CNES
	Razão de leitos de internação por habitantes	CNES e IBGE
Utilização	Frequência absoluta e relativa de internações por esfera administrativa	SIH
	Frequência absoluta e relativa de internações segundo complexidade	SIH
	Percentual de internações de média e alta complexidade realizadas nos municípios em relação às internações da população residente	SIH

Elaboração própria

Para buscar a compreensão da governança da rede de serviços de saúde da região Metropolitana I, adota-se o conceito de complexo de governança regional da saúde, definido enquanto o conjunto de instituições e instâncias envolvidas no processo de constituição, planejamento, organização, gestão e regulação da saúde no espaço regional (VIANA et al., 2008).

A governança é entendida como uma categoria analítica, definida enquanto processo de ação coletiva, envolvendo um conjunto de regras (formais ou informais) e a dinâmica de interação entre atores, que estruturam processos decisórios e influenciam o posicionamento de diferentes grupos e organizações. Não se trata de perspectiva normativa, voltada para a descrição e análise de como os atos devem ser conduzidos, e sim de como os atos são conduzidos (HUFTY; BÁSCOLO; BAZZANI, 2006). Embora não seja uma perspectiva normativa, a abordagem não é neutra e buscou compreender as possibilidades, desafios e limites da governança regional da saúde – em contexto metropolitano – no que tange ao enfrentamento das desigualdades em saúde da região.

Presumindo-se a multiplicidade dos atores envolvidos na condução da política de saúde, no contexto do federalismo brasileiro trino, definido na Constituição Federal de 1988, a análise

da governança regional esteve na busca pela apreensão das funções desempenhadas pelo conjunto de instituições que possuem responsabilidades sobre a gestão do SUS.

Analisou-se as funções do ente estadual da federação, sobretudo no que diz respeito à coordenação do sistema de saúde no espaço regional. Quanto ao Município do Rio de Janeiro, capital que concentra a oferta de serviços, buscou-se compreender sua forma de inserção no complexo regional da saúde, explorando os problemas relacionados à cooperação intergovernamental. Analisou-se também a inserção dos hospitais sob gestão do governo federal, localizados na cidade do Rio de Janeiro, no complexo regional da saúde. Além disso, buscou-se abordar o papel de instâncias de negociação e decisão entre os entes federados que são relevantes para a governança regional da saúde: a Comissão Intergestores Regional da região de saúde Metropolitana I, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) e o consórcio público de saúde constituído pelos municípios da baixada fluminense.

Considerando a relevância dos atores privados na condução da política de saúde na região, foi analisada a relação dos entes governamentais com os prestadores de serviços de saúde privados. Não foi possível uma abordagem aprofundada sobre o papel das entidades privadas na política de saúde na região, sendo uma limitação do estudo.

A análise de governança utilizando o conceito do complexo regional da saúde teve enfoque na busca pela compreensão dos mecanismos de cooperação intergovernamental e coordenação federativa, entendidos como aspectos fundamentais para a organização regional da rede de atenção à saúde.

Adotou-se como premissa que, dada a multiplicidade de atores na condução da política de saúde no âmbito regional e a interdependência entre os entes federados, a utilização de mecanismos de cooperação intergovernamental e cooperação federativa são fundamentais para a efetividade da governança no enfrentamento às desigualdades em saúde.

A cooperação intergovernamental se caracteriza em situações em que os entes federados não podem atuar de maneira isolada, revelando-se nas competências comuns elencadas no artigo 23 da Constituição Federal de 88, o que significa que todos os entes devem colaborar para cumprir tais funções. A coordenação se refere a uma forma de atribuição e exercício das funções que busca um resultado comum que é de interesse de todos, em que os entes federados detêm algum grau de participação e podem atuar de maneira isolada. A coordenação se revela de maneira concreta nas competências concorrentes, definidas pela Constituição em seu artigo 24, em que os entes concorrem, em uma mesma função, mas com diferentes intensidade e âmbito (BERCOVICI, 2004).

Para analisar o papel do ente estadual no planejamento regional em saúde, pressupõe-se a relevância desse nível de governo para a coordenação do processo de regionalização do sistema de saúde. Trata-se do ente governamental da federação brasileira que tem a possibilidade de realizar a coordenação do sistema de saúde frente aos desafios impostos à governança na escala regional, sob contexto metropolitano. O ente estadual é o ente federado com a possibilidade do enfoque regional da política de saúde, podendo se articular com o nível local (Municípios) e com o nível nacional (União), para organização e provisão de serviços de saúde pautados pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade.

Quanto aos mecanismos de coordenação, destaca-se a existência de mecanismos verticais, quando envolvem entes de diferentes níveis, e horizontais, quando ocorrem entre entes do mesmo nível. Exemplos concretos de mecanismos verticais são os constrangimentos constitucionais e legais que restringem as possibilidades de escolha de governos, incentivos financeiros e a pactuação de compromissos em arenas intergovernamentais. Os mecanismos horizontais envolvem os convênios de cooperação e os consórcios públicos. Os processos de regionalização de políticas públicas e a constituição de regiões metropolitanas são considerados mecanismos mistos de coordenação intergovernamental, visto que envolvem a adoção simultânea de mecanismos verticais e horizontais (SOARES; MACHADO, 2018).

A abordagem incluiu a análise de documentos referentes às políticas e instrumentos de regionalização da saúde no Estado do Rio de Janeiro, e em particular a governança regional da Metropolitana I. Para Sá-Silva *et al* (2009), há uma proximidade entre as técnicas de pesquisa documental e de pesquisa bibliográfica, sendo que a diferença está na natureza das fontes. Enquanto na pesquisa documental as fontes são primárias (os documentos), na pesquisa bibliográfica as fontes são as contribuições de autores que fizeram um esforço analítico sobre os documentos, ou seja, são fontes secundárias.

Os documentos de domínio público são práticas discursivas que podem ser úteis para a produção de sentidos, na medida em que refletem as posições (e mudanças) institucionais. São registros cuja intersubjetividade é dada a partir da interação com o outro desconhecido, e que se constituem, simultaneamente, enquanto traços da ação social e a própria ação social (SPINK, 2000). O documento analisado foi o Plano Diretor de Regionalização (PDR), versão de atualização publicado em 2012/2013 pela SES-RJ.

A abordagem buscou identificar a maneira com a qual a SES-RJ atua na condução da política de regionalização da saúde e na organização do sistema de saúde na região Metropolitana I. Buscou-se analisar o papel da SES-RJ na coordenação federativa do sistema

de saúde na região, enquanto estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde que busca um resultado comum e de interesse público.

Além da análise documental, utilizou-se informações de entrevistas realizadas no âmbito da pesquisa “Como se governam as redes de atenção à saúde? Condicionantes e desafios da governança regional do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro, Brasil”. As entrevistas ocorreram entre julho e novembro de 2019. O quadro 4 apresenta os cargos/funções exercidas pelos entrevistados (as), e suas respectivas instituições.

Quadro 4: Cargo(s)/função(ões) dos entrevistados(as) e suas respectivas instituições.

Cargo(s)/função(ões)	Instituição
Subsecretaria geral, assessoria de regionalização e representação do nível central na CIR-Metropolitana I	SES-RJ
Secretaria de saúde do Município do Rio de Janeiro	SMS-Rio
Secretaria executiva da CIR-Metropolitana I (representação regional da SES-RJ)	CIR-Metropolitana I
Secretaria executiva	CISBAF

Elaboração própria

O ator entrevistado da SES- RJ permaneceu no cargo da subsecretaria geral durante o período de 2007 a 2015 e no cargo de assessora de regionalização entre 2015 e 2018. Além disso, esse ator exerceu também a função de representação do nível central da SES-RJ na CIR-Metropolitana I.

A entrevista com o gestor responsável pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS-Rio), entre 2013 e 2016, buscou identificar as relações federativas entre a SMS-Rio, de um lado; e do outro, lado as demais secretarias municipais da região de saúde, a SES-RJ, e os hospitais federais. Examinou-se os aspectos que podem se constituir enquanto obstáculos para a cooperação intergovernamental, sob a perspectiva do Município do Rio de Janeiro.

Foi analisada as características e funções desempenhadas pela Comissão Intergestores Regional (CIR) da região Metropolitana I, por meio das entrevistas com a representação da SES-RJ do nível regional (secretaria executiva), e com a representação do nível central da SES-RJ na CIR Metropolitana I.

A entrevista com a representação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF), foi realizada com o ator que ocupa o cargo da secretaria executiva do consórcio, que exerce tal função desde a fundação do consórcio, em 2000. Investigou-se o papel deste arranjo institucional no que se refere à organização regional dos serviços de saúde,

identificando as atividades realizadas, os desafios e limites, bem como os conflitos relacionados com as demais instituições e instâncias.

Quanto às instâncias de negociação e decisão entre os entes federados, buscou-se analisar as características e funções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RJ) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) no que diz respeito à regionalização da saúde no Estado do Rio de Janeiro. Tais aspectos puderam ser apreendidas nas entrevistas com os representantes da SES-RJ, da SMS-Rio, da CIR-Metro I e do CISBAF.

A abordagem das entrevistas buscou apreender o conjunto de representações sociais acerca do tema da organização regional do sistema de saúde entre os interlocutores. Esse processo envolveu 3 etapas do tratamento dos dados qualitativos, que se inicia com a descrição das opiniões dos interlocutores; passa pela análise, que se caracteriza pela decomposição do discurso em partes e busca pelas relações entre as mesmas; e pela interpretação, que pretende compreender o sentido das falas, que proporciona uma explicação para os fenômenos (GOMES, 2013). Os aspectos investigados nas entrevistas dizem respeito à busca pela compreensão de como o marco normativo relativo à organização regional da atenção à saúde se aplica na realidade da gestão da rede de atenção à saúde.

4. METROPOLIZAÇÃO E QUESTÃO REGIONAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A metropolização do espaço no Rio de Janeiro possui uma singularidade que pode ser entendida como parte de uma totalidade na escala regional, nacional e internacional. Desde o passado colonial estabeleceu-se um perfil de concentração de atividades e de população na cidade do Rio de Janeiro, que avançou quando esta foi alçada à condição de capital federal. Sua função portuária e, posteriormente, sua posição metropolitana reforçaram esse perfil. Outro fator que mostra uma singularidade é a ausência de coesão e de laços de solidariedade territorial entre a cidade do Rio de Janeiro, com sua posição urbana de destaque acumulada em processos históricos, e sua hinterlândia (ou áreas adjacentes). O interior do estado permaneceu, por séculos, com baixo povoamento e fragmentado territorialmente (DAVIDOVICH, 2001).

Durante muito tempo a cidade do Rio de Janeiro foi separada, institucionalmente, da antiga província fluminense. Desde a instituição do Município Neutro em 1834, que abrigava administração geral do Império, até a fusão dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, em 1975, o território correspondente à cidade do Rio de Janeiro foi um território único, diferenciado, do ponto de vista institucional, das demais províncias (LESSA, 2000).

A consagração do Rio de Janeiro enquanto cidade-sede do poder imperial ocorre a partir da criação do Município Neutro. E para conhecer o Rio de Janeiro, o significado da capitalidade não pode ser ignorada. Trata-se de reconhecer a centralidade da cidade na formação do Estado e de identidade nacionais, e por outro lado admitir que os interesses econômicos locais e regionais sempre ficaram para segundo plano no Rio de Janeiro, já que se considerava que a cidade estava imbuída para exercer funções políticas maiores, nacionais. Após a perda da capitalidade, a falta de reflexão e ação prática voltada para os interesses locais e regionais custou-lhe caro (LESSA, 2000).

A cidade do Rio de Janeiro foi a capital federal entre 1763 e 1960 e a cidade mais populosa do país até a década de 1950, quando perdeu a posição para São Paulo. Foi, durante um período significativo, o modelo urbano para as demais cidades brasileiras. O modelo é de uma metrópole de núcleo hipertrofiado, que concentra renda e recursos urbanísticos, cercado por estratos urbanos periféricos cujos serviços e infraestruturas se tornam mais precários quanto mais distantes do núcleo estiverem (ABREU, 1988).

A concentração de atividades e de população na cidade do Rio de Janeiro exerce uma dominação na organização urbana do estado do Rio de Janeiro, um estado que possui área relativamente pequena. Essa organização estabelece-se em eixos e pontos, diferentemente de São Paulo, onde o espraiamento produtivo ocorreu em área. No modelo de espraiamento

produtivo em linhas, os centros urbanos estão localizados ao longo das principais rodovias. Os eixos são o do litoral sul, o do litoral norte, o que liga o Rio de Janeiro a Juiz de Fora e a rodovia Presidente Dutra, eixo mais importante de aproximação do Rio de Janeiro e São Paulo, e que favoreceu a região do Médio Paraíba, consolidando-a como o segundo polo industrial do estado, atrás apenas da região metropolitana (DAVIDOVICH, 2010).

A metropolização do estado do Rio de Janeiro não favoreceu a integração efetiva do território. Ainda prevalece uma baixa conectividade viária que eleva os custos de fretes e de operação (maiores do que em outros estados) e uma fraca articulação entre suas regiões. Esse problema na integração do território fluminense pode ser atribuído, principalmente a processos econômicos determinantes da metropolização que atenderam a interesses nacionais, promovendo enclaves internacionais; e, conseqüentemente, na escala regional, a desintegração territorial (DAVIDOVICH, 2010).

Para Sobral (2013) o fato de as atividades econômicas regionais terem surgido a partir da cidade do Rio de Janeiro – e voltadas para o fortalecimento de sua economia urbana – implicou em uma menor densidade econômica na escala regional, obstaculizando o surgimento de uma economia urbana fora do perímetro da cidade do Rio de Janeiro. Nesse sentido, configurou-se um território esgarçado, em que a economia urbana do núcleo principal e a economia regional tomaram sentidos históricos distintos. De um lado o polo econômico dinâmico na cidade do Rio de Janeiro e, de outro lado, um espaço regional que permaneceu estagnado economicamente durante um período histórico significativo.

Na baixada fluminense, a ocupação urbana ocorreu com maior intensidade a partir da década de 1940 com o crescimento dos loteamentos urbanos. O adensamento populacional ocorreu em propriedades originárias de loteamentos privados, por conta da proximidade da capital federal – onde se concentravam os empregos – constituindo-se as cidades-dormitórios. O deslocamento para distâncias cada vez maiores foi viabilizado a partir da modernização dos meios de comunicação e de transportes com a instalação de ferrovias e abertura de rodovias. Apesar das mudanças e das modernizações da estrutura produtiva da região, permaneceu a velha estrutura agrária, em que a grande propriedade era predominante. A industrialização e a urbanização ocorreram nesse contexto de concentração de grandes extensões de terra. A existência dos latifúndios influenciou o modelo de urbanização na medida em que, sob essa estrutura fundiária, houve uma intensificação da especulação imobiliária e do loteamento urbanos, gerando espraiamento excessivo da cidade (GEIGER; SANTOS, 1954).

Destacam-se como principais ações do Estado no processo de expansão urbana da baixada fluminense a eletrificação da Estrada de Ferro Central do Brasil, a partir de 1935; a

tarifa ferroviária única no Grande Rio; a construção da avenida Brasil, em 1946; a criação do Serviço de Malárias da Baixada Fluminense, em 1947; e a abertura da rodovia Presidente Dutra, em 1951 (ALVES, 2020).

Tais vetores de urbanização foram pensados com a finalidade de aumentar acessibilidade ao Município do Rio de Janeiro e sua ligação a outros estados do país. Nesse sentido, a mancha urbana restringiu-se a ocupações concentradas próximas aos grandes eixos viários abertos, atendendo à metrópole, mas sem consolidar uma rede urbana regional que pudesse gerar uma sinergia produtiva para toda a região metropolitana (SOBRAL, 2013).

A instituição da região metropolitana do Rio de Janeiro ocorreu após a fusão do estado da Guanabara – estado criado em 1960, quando houve a transferência da capital federal para Brasília, composto pela cidade do Rio de Janeiro – com o antigo estado do Rio de Janeiro, cuja capital era Niterói. A criação da região metropolitana pode ser entendida como uma resposta a um processo intenso de expansão urbana na metrópole, mas que não se restringiu aos limites político-administrativos da cidade do Rio de Janeiro e que concentrava funções, população e problemas urbanos. A criação da região metropolitana, por lei complementar em 1974, representou a institucionalização de uma concentração urbana que já existia, viabilizada pelas conexões entre a capital e os municípios vizinhos, e esteve associado à adoção de uma política urbana (DAVIDOVICH, 2010).

A fusão do estado da Guanabara e o antigo estado do Rio de Janeiro, resultando na conformação territorial atual do Estado do Rio de Janeiro foi um ato autoritário, ocorrido em 1974, e que possui significado geopolítico, pois buscava estabelecer algum equilíbrio na região Sudeste, diante do cenário de acúmulo de poder econômico em São Paulo. Além da fusão houve também relevantes investimentos na esfera produtiva durante a vigência da política de substituição de importações, no contexto do II Plano Nacional do Desenvolvimento, baseado no princípio da multipolarização, buscando um equilíbrio entre a concentração e a dispersão de atividades econômicas. Buscava-se consolidar o Rio de Janeiro enquanto segundo pólo nacional do ponto de vista econômico, ou seja, o tema da fusão esteve associado numa perspectiva nacional (DAVIDOVICH, 2010).

Foi somente após a fusão dos dois estados que os problemas relacionados urbanização na baixada fluminense começam a ser enfrentados institucionalmente no sentido de melhoria da infraestrutura urbana, visto que, até então era vista como “terra de ninguém”. O antigo Distrito Federal (e a sucessora Guanabara) não entendiam que a resposta aos problemas da baixada eram de sua competência. E as administrações do antigo Estado do Rio de Janeiro priorizavam Niterói e o interior do estado (LESSA, 2000). Nesse sentido observa-se um

descompasso entre o processo de metropolização no Rio de Janeiro e a conformação de aparato institucional capaz de prover as melhorias urbanas para a sua periferia, particularmente a baixada fluminense.

Após o Presidente Ernesto Geisel sancionar a Lei Complementar nº 20/1974, que tratava da fusão, nomeou-se o vice-almirante Floriano Faria Lima para o cargo de Governador do novo estado. A equipe montada pelo Governador era caracterizada por perfil técnico e sem vínculos com partidos políticos, dado que as autoridades que conduziam o processo entendiam que era necessário afastar a atuação política de grupos locais, principalmente da Guanabara, que contestavam o regime militar. Não havia disposição do governo central para abrir o debate. O perfil técnico do governo Faria Lima não apresentou condições de abertura nem aos Poderes Legislativos das duas unidades federadas e nem ao partido oficial do regime (ARENA) ao espaço decisório. Assim, inviabilizou-se a eleição de seu sucessor por meio indireto, permitindo que Chagas Freitas, caracterizado pelo clientelismo, chegasse ao poder no novo estado (AZEVEDO; LOBO, 2015).

Outro aspecto que favoreceu a ascensão de Chagas Freitas foram as cassações, ocorridas a partir do golpe de Estado de 1964, que atingiram principalmente o Rio de Janeiro. O cenário político era polarizado entre políticos da União Democrática Nacional (UDN) à direita e do Partido Trabalhista Brasileiro à esquerda. Logo após o golpe a esquerda sofreu com o processo de cassações, mas na sequência da década, com o rompimento de Carlos Lacerda com o regime militar, a UDN também foi atingida de maneira expressiva. Assim, a lógica da política estadual adquire um caráter clientelista que se torna hegemônica que desestrutura o poder público, dificultando a organização de políticas regionais (OSORIO; VERSIANI, 2013).

Para Sobral (2013) a fusão dos estados, a institucionalização da região metropolitana do Rio de Janeiro e os investimentos do II Plano Nacional do Desenvolvimento não foram suficientes para integrar o território fluminense.

No que diz respeito à dinâmica mais recente do desenvolvimento regional do estado, destaca-se o papel da indústria. A inexpressividade do setor agropecuário na economia regional e a concentração das atividades de serviços na região metropolitana (que chegam a mais de 80% do total do estado) fazem com que a indústria seja considerada central nas mudanças recentes observadas no território fluminense (SILVA, 2012)

Verifica-se dois padrões desarticulados de crescimento industrial. O da região metropolitana, marcada pela diversificação setorial e a conformação de estruturas mais articuladas entre si. Dados de 2006 mostram que as atividades industriais localizadas na região metropolitana respondem por 34,6% do total de atividades industriais do estado. A dinâmica

espacial da indústria de transformação do estado do Rio de Janeiro foi condicionada pela escala nacional do processo de industrialização, liderada pela estrutura consolidada na região metropolitana de São Paulo (SILVA, 2012).

Já no interior do estado a indústria esteve caracterizada pela especialização, principalmente em atividades intermediárias e de base, com participação relevante de capital estatal, implantadas para atender demandas nacionais. Essa característica influenciou o baixo nível de articulação entre as estruturas industriais da região metropolitana e do interior do estado, já que o padrão da industrialização do interior não ocorreu com objetivo de atender interesses regionais (SILVA, 2012).

É importante contextualizar o papel exercido pela elite metropolitana na fragmentação regional do estado. A defesa de seus interesses não incluía um olhar específico para a questão regional e urbana, pois havia à sua disposição – no Município do Rio de Janeiro – quadros profissionais bastante preparados, e suas preocupações preponderantes estavam voltadas para a sustentação da lógica nacional das atividades econômicas (SOBRAL, 2013).

Quando se analisa a dinâmica espacial da industrialização na região metropolitana, observa-se que o início do processo ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, espraiando-se em direção ao entorno imediato, mas com baixa intensidade, mantendo-se um quadro de concentração da indústria no núcleo metropolitano (SILVA, 2012). Não se observou um espraiamento produtivo relevante a partir da cidade do Rio de Janeiro e nem a consolidação de novas centralidades além do núcleo metropolitano (SOBRAL, 2013).

Entre 1990 e 2008 os dados evidenciam, de um lado, o crescimento econômico da indústria extrativa mineral associada ao petróleo, concentrada principalmente na região Norte do estado; e de outro, queda na produção industrial e no volume de empregos na indústria de transformação na região metropolitana, sobretudo na capital, revelando o processo de desindustrialização que ocorre preponderantemente na cidade do Rio de Janeiro (SILVA, 2012).

Na busca pela compreensão da maneira com que as escalas se articulam, Sobral (2013) chega às mesmas conclusões, apontando que a economia brasileira como um todo passa por processo de desindustrialização e reprimarização da pauta exportadora a partir da década de 1990, num modelo denominado como liberal-periférico. No Estado do Rio de Janeiro houve o processo de especialização regressiva, caracterizado pela preponderância de setores produtores que produzem *commodities* em eleva escala, baixo valor agregado, uso intenso de recursos naturais e energéticos, e que não permitem um horizonte de desenvolvimento sustentado. Este processo está associado a mudanças que resultaram em aumento de participação do interior na

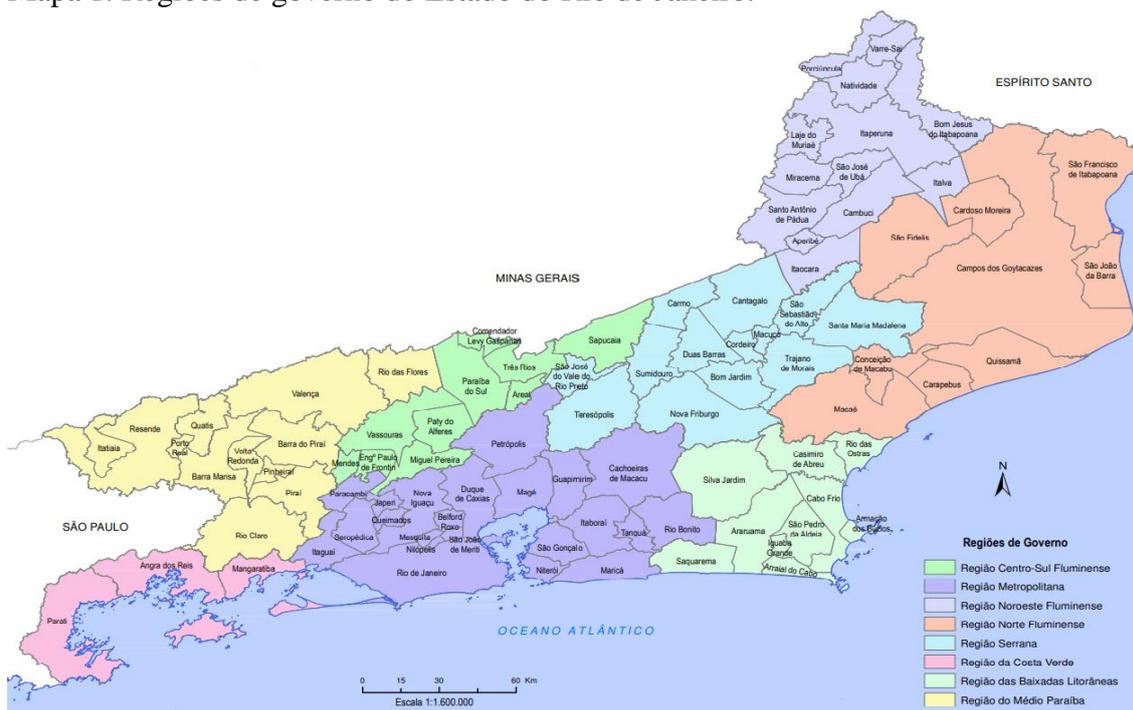
economia do estado, em detrimento da metrópole, que perdeu participação no setor industrial. As regiões do norte fluminense e baixadas litorâneas foram as que tiveram maiores ganhos, sobretudo por conta da indústria extrativa relativa à exploração do petróleo.

Pode-se afirmar a existência de um processo de desconcentração produtiva, mas que não indica, necessariamente, em interiorização econômica, visto que a desconcentração ocorre devido a variações relativas da participação das regiões na economia do estado, mas que não lograram a ampliação e o adensamento urbano-econômico. Não se verifica uma mudança qualitativa no desenvolvimento regional do estado que poderia ser mensurado pela diversificação econômica com fortalecimento de encadeamentos dinâmicos e conformação de redes urbanas mais sólidas. Ainda que tenha havido algum adensamento econômico em algumas regiões do estado, trata-se de processo restrito e pontual do ponto de vista de localização territorial (SILVA, 2012).

Segundo dados de 2020, o Estado do Rio de Janeiro possui 17.366.189 habitantes vivendo numa área relativamente pequena, o que resulta numa densidade demográfica elevada em comparação com outras unidades federadas no Brasil: cerca de 365 habitantes/Km². A densidade demográfica do Rio de Janeiro é inferior apenas a do Distrito Federal. É o estado com o grau de urbanização mais elevado do país, atingindo mais de 96% da população (IBGE, 2021). Possui 92 municípios distribuídos em 8 regiões de governo, conforme pode ser observado no Mapa 1.

A conformação do território do Estado do Rio de Janeiro como exposto no Mapa 1 é historicamente recente, data de 1975, após a fusão do Estado da Guanabara e do antigo Estado do Rio de Janeiro. Sua costa leste é banhada pelo oceano atlântico e faz fronteira com os demais estados da região sudeste do país. Ocorreram algumas mudanças na denominação e composição das regiões de governo desde a instituição de tal regionalização, mas a existência de 8 (oito) regiões foi mantida (CEPERJ, 2021).

Mapa 1. Regiões de governo do Estado do Rio de Janeiro.



Elaboração: CEPERJ

Além de concentrar a população (73% do estado), a região metropolitana concentra atividades econômicas e a pobreza: 74% da população abaixo da linha da pobreza no estado são residentes da região metropolitana, sobretudo nas áreas periféricas, demarcando um quadro de elevada desigualdade social. Dados da série temporal de 2001 a 2011 sobre desigualdade de renda mostram que, enquanto a capital possui renda bastante superior à média da região Sudeste do país, a da região metropolitana sem a capital fica abaixo da média nacional, que permaneceu abaixo da média da região Sudeste. A renda do interior é próxima à média nacional (PERO; FONTES; FERRAZ, 2013).

Ainda que a metrópole tenha sofrido uma perda proporcional, sua participação na economia do estado permanece muito significativa. Comparando-se com a metrópole de São Paulo, onde houve espraiamento produtivo para o seu interior, produzindo uma aglomeração densa e polinucleada; a metrópole do Rio de Janeiro apresenta uma independência relativa em relação à sua hinterlândia. Essas áreas carentes desse espraiamento produtivo se restringem às funções urbanas e, portanto, não possuem oportunidades de emprego e renda para a população local, agravando os problemas sociais (SILVA, 2012).

O poder da especulação imobiliária-fundiária levou ao espraiamento urbano, constituindo-se em processo que reproduz as desigualdades na escala metropolitana, pois o alargamento excessivo do perímetro urbano impossibilita a universalização de serviços coletivos de infraestrutura urbana (SOBRAL, 2013). O alargamento excessivo da mancha

urbana em conjunto com a concentração de benefícios urbanos em alguns locais são vetores de produção e reprodução de desigualdades sociais que se inscrevem no território. Ou seja, o território condiciona e manifesta as desigualdades de maneira simultânea.

Ainda que se reconheçam a existência de vetores de reprodução do padrão centro-periferia da metrópole do Rio de Janeiro, destaca-se a atuação de outros processos, destacando-se o movimento de ocupação de áreas do núcleo metropolitano e de sua periferia imediata por classes populares, processo conhecido como “favelização”. Tais dinâmicas expressam as distintas lógicas que regem a ocupação do espaço urbano do Rio de Janeiro evidenciando um padrão mais complexo do que o modelo centro-periferia. Na microescala, pode-se identificar distâncias curtas de locais de moradia das classes sociais, com a presença de favelas em áreas de concentração de poder político e econômico; e na macroescala, permanece a lógica de centro-periferia, que pode ser constatado nas desigualdades de condições sociais e urbanas das populações (RIBEIRO; RIBEIRO, 2015).

Na busca da compreensão das relações de poder entre grupos e classes sociais, Ribeiro (2016a) utiliza a categoria de organização social do território – ancorada em referências da sociologia urbana – para analisar as transformações ocorridas no período de 1980 a 2010 na região metropolitana do Rio de Janeiro. Durante esse período a organização social do território incorporou os processos de diversificação e de polarização, configurando-se como um padrão complexo. A diversificação, ainda que limitada, é verificada empiricamente no espalhamento de grupos sociais superiores da estrutura social para diversos espaços da metrópole. Quanto à localização dos grupos sociais populares, não se verificou mudanças significativas, mantendo-se concentradas nas periferias metropolitanas. O fenômeno de polarização ainda se verifica de maneira expressiva, sobretudo na macroescala, e é decorrente da concentração dos grupos sociais das camadas superiores em áreas com as melhores condições urbanas, e da concentração das camadas populares nas periferias metropolitanas.

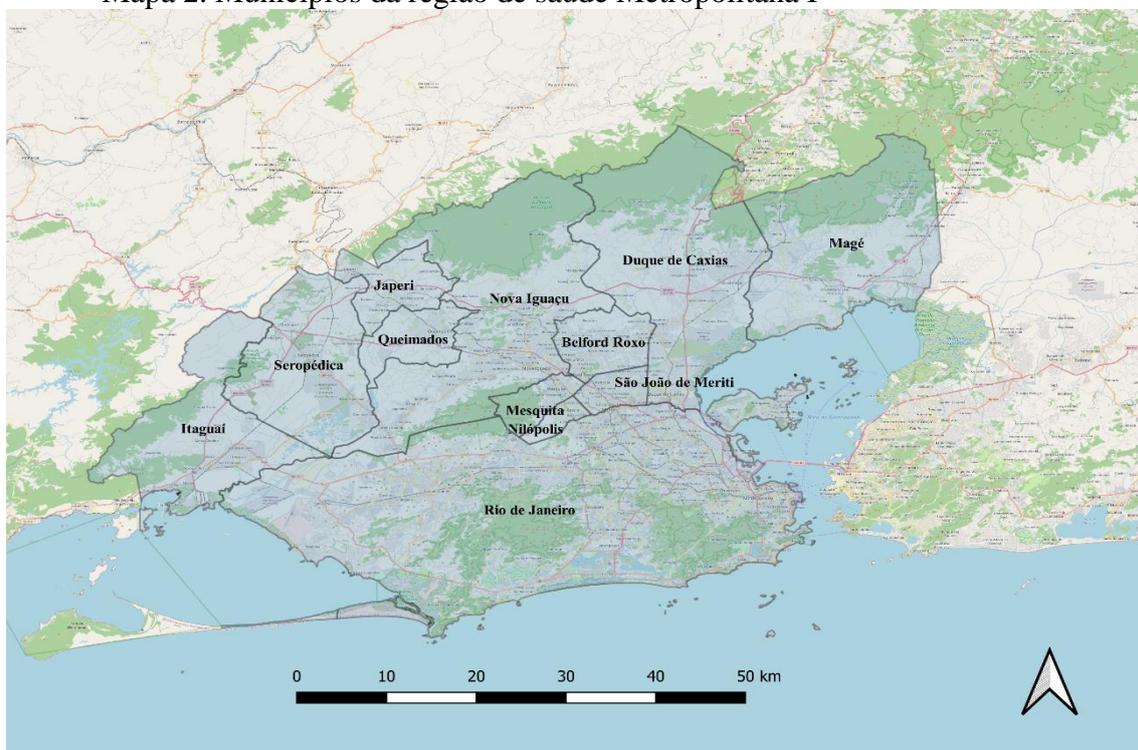
Abreu (1988) divide a região metropolitana do Rio de Janeiro em 4 faixas, com limites imprecisos, tendo como primeiro círculo o núcleo comercial e financeiro, com a melhor infraestrutura urbana. O segundo círculo abrange os subúrbios antigos dos Rio de Janeiro, configurando-se como a periferia imediata. O terceiro círculo, a periferia intermediária, é constituído pelo restante da área urbana metropolitana, que inclui alguns municípios da baixada fluminense – Nilópolis, São João de Meriti, parte de Duque de Caxias, Nova Iguaçu e, na parte oriental da Baía de Guanabara, São Gonçalo e parte de Magé. O quarto círculo abrange a periferia distante que inclui o restante da área metropolitana.

Quanto à moradia, diante da omissão do Estado, a autoconstrução constituiu-se como o padrão de construção da baixada fluminense, que, portanto, configurou-se como destino de populações vulnerabilizadas do ponto de vista da renda. Os grupos populacionais que ocuparam esse território o fizeram por conta de um processo de expulsão das áreas centrais da metrópole, mas o afastamento de suas residências (autoconstruídas) não impediu de serem absorvidos para atividades econômicas localizadas nessas áreas centrais. A baixada fluminense pode ser entendida como uma periferia urbana por excelência (ALBUQUERQUE, 2020).

5. DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS

O recorte territorial do presente trabalho está circunscrito à área metropolitana do Rio de Janeiro, e está vinculado ao processo de regionalização da saúde no Estado do Rio de Janeiro, que definiu regiões de saúde diferentes das regiões de governo. Além de algumas pequenas diferenças na composição das regiões de saúde, a diferença principal é que a região metropolitana é dividida em duas: a Metropolitana I, composta por doze municípios, conforme pode ser observado no Mapa 2; e a Metropolitana II, que inclui Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Maricá, Silva Jardim, Rio Bonito e Tanguá.

Mapa 2. Municípios da região de saúde Metropolitana I



Fonte: *Open Street Map*. Elaboração própria

A região de saúde Metropolitana I é a mais populosa das 9 regiões de saúde do estado, representando mais de 60% da população total. É composta pela capital do estado e 11 (onze) municípios da baixada fluminense, num território com imensas desigualdades socioespaciais, que estão associadas às características do processo histórico de urbanização no Estado do Rio de Janeiro, particularmente na conformação de sua área metropolitana. A tabela 1 evidencia o tamanho da população e a densidade demográfica dos municípios da região (dados de 2020).

Tabela 1: População e densidade demográfica dos municípios da região de saúde Metropolitana I do Rio de Janeiro.

Município	População	Densidade Demográfica (Hab./Km²)
Belford Roxo	513.118	6.496
Duque de Caxias	924.624	1.979
Itaguaí	134.819	477
Japeri	105.548	1.292
Magé	246.433	631
Mesquita	176.569	4.289
Nilópolis	162.693	8.389
Nova Iguaçu	823.302	1.582
Queimados	151.335	1.993
Rio de Janeiro	6.747.815	5.622
S. J. de Meriti	472.906	13.429
Seropédica	83.092	313

Fonte: Observatório das Metrôpoles

O Rio de Janeiro é o município mais populoso, detém 64% da população da região. De acordo com a hierarquização dos centros urbanos por meio da delimitação das regiões de influência das cidades (REGIC) proposta pelo IBGE, a cidade do Rio de Janeiro, capital do estado, é o núcleo de uma metrópole de nível nacional, classificada no primeiro nível da gestão territorial no que tange à essa metodologia de hierarquização urbana. Sua área de influência inclui os estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo, e uma parcela do sul da Bahia e na Zona da Mata em Minas Gerais, que divide influência com Belo Horizonte (IBGE, 2008).

A cidade do Rio de Janeiro é seguida por dois municípios de grande porte populacional: Duque de Caxias, terceiro mais populoso do estado, ficando atrás apenas da capital e de São Gonçalo; e Nova Iguaçu, quarto município mais populoso do estado.

Belford Roxo, município que se destaca por ter mais de 500 mil habitantes e pela elevada densidade demográfica, se emancipou de Nova Iguaçu na década de 1990, assim como os municípios de Queimados e Japeri. Em 2001 Mesquita também se emancipou de Nova Iguaçu (SOBRAL, 2013).

Os municípios de Nilópolis e São João de Meriti chamam a atenção pela elevada densidade demográfica. Vilaça (1998) aponta que houve conurbação dessas cidades com o Rio de Janeiro, integrando a mancha urbana antes mesmo da conurbação do centro da capital com áreas da zona oeste da própria cidade, como o bairro de Santa Cruz.

O Município de Seropédica possui a menor população da região. Se emancipou de Itaguaí em 1997. Esses dois municípios situados na parte oeste da região, juntamente com

Queimados e Japeri, e ao norte, o município de Magé são os municípios mais distantes da sede da capital e são justamente os que possuem as menores densidades populacionais.

Silva (2020) aponta a pertinência de abordar a RMRJ em suas particularidades intrarregionais, considerando os processos de reestruturação territorial-produtiva e os diferentes ritmos de urbanização que ocorrem nos lugares da região. Os territórios marcados pela escassez de urbanidade – e desvalorizados do ponto de vista econômico e social – se constituem dessa maneira por conta das características dos processos de urbanização que induzem à segregação socioespacial e reprodução das desigualdades nas periferias metropolitanas, e que são pouco capazes de produzir novas centralidades no tecido urbano-metropolitano.

Nessa perspectiva, define-se a sub-região do Oeste Metropolitano do Rio de Janeiro, constituída por um conjunto de municípios que compõem a baixada fluminense e a região Metropolitana I – Itaguaí, Seropédica, Queimados e Japeri – e parte dos municípios de Nova Iguaçu e Rio de Janeiro, marcada historicamente pela precariedade das condições de vida de sua população, que sofre as consequências de residirem em áreas consideradas enquanto zonas de sacrifício na dinâmica metropolitana (SILVA, 2020). Nessa abordagem o município de Paracambi também compõe o oeste metropolitano, mas não compõe a região de saúde Metropolitana I.

A seguir apresenta-se a descrição e análise dos indicadores selecionados para abordagem sobre as desigualdades de condições de vida urbana e os problemas de saúde selecionados na escala municipal e intramunicipal.

5.1 NÍVEL MUNICIPAL

5.1.1 Condições de vida urbana

A mensuração das desigualdades de bem-estar urbano é uma forma de quantificar as disparidades dos benefícios urbanos associados ao bem-estar. Mas não se trata de uma concepção de bem-estar que diz respeito à satisfação das necessidades no nível individual, e sim em sua dimensão coletiva, tanto no que diz respeito à sua provisão quanto na utilização. Nesse sentido, pode articular as desigualdades de bem-estar urbano às desigualdades sociais. Na metrópole do Rio de Janeiro observa-se correlação entre as desigualdades urbanas e as desigualdades sociais relacionadas à posição social (estratificação por ocupação), cor da pele, escolaridade e renda. Na medida em que os recursos coletivos da sociedade são distribuídos de maneira desigual no território, isso contribui para aumentar o poder dos grupos sociais que acumulam esses recursos e, conseqüentemente, aumentam seu bem-estar. Os grupos sociais que mais se apropriam dos recursos coletivos urbanos são aqueles que pertencem às posições

mais elevadas da hierarquia social, os brancos, com maior escolaridade e renda. Paralelamente, os grupos sociais desfavorecidos sofrem com a escassez de benefícios urbanos e com a redução de suas possibilidades de melhoria de suas condições gerais de existência. As desigualdades urbanas, portanto, funcionam como um mecanismo que favorece as desigualdades sociais (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013).

Na busca por desvendar os mecanismos que geram as desigualdades de condições de vida no espaço urbano, Harvey (1988) aponta que a forma espacial e os processos sociais urbanos exercem influência significativa sobre a renda e a acessibilidade dos indivíduos aos recursos coletivos. As mudanças decorrentes do processo de urbanização criam benefícios – nos valores das propriedades e na disponibilidade de recursos – que são distribuídos de maneira desigual no espaço urbano. Dessa forma, pode-se verificar empiricamente uma associação entre a organização espacial urbana de um lado; e a renda e a acessibilidade a recursos coletivos, de outro. A determinação do valor de salários, por exemplo, é um processo influenciado pela localização das oportunidades de emprego no espaço urbano, fazendo com que aspectos relativos à mobilidade e local de moradia exerçam provoquem um diferencial sobre a renda dos indivíduos. Além da renda, o espaço urbano exerce influência na acessibilidade a serviços, incluindo os de saúde, por conta dos diferenciais de proximidade e do custo envolvido na superação das distâncias para obtenção de acesso a tais serviços.

Nessa perspectiva, o espaço urbano pode, além de manifestar as desigualdades socioespaciais de condições de vida, condicionar a geração e reprodução dessas desigualdades, na medida em que os recursos públicos e privados são distribuídos de forma concentrada e seletiva nos lugares. A apresentação dos achados empíricos relativos às desigualdades socioespaciais, portanto, ancora-se nessa perspectiva teórica.

Os dados relativos à população (referentes ao ano de 2020), densidade demográfica (2020), e bem-estar urbano (IBEU e seus componentes) podem ser observados na

Tabela 2. O IBEU é composto por 5 dimensões – mobilidade urbana (D1), condições ambientais urbanas (D2), condições habitacionais urbanas (D3), condições de serviços coletivos urbanas (D4) e infraestrutura urbana (D5) – e os valores dos índices podem variar entre 0 (piores condições) à 1 (melhores condições).

Tabela 2: Dimensões do bem-estar urbano (2010) dos municípios da região de saúde Metropolitana I do Rio de Janeiro.

Município	D1	D2	D3	D4	D5	IBEU
Belford Roxo	0,20	0,64	0,66	0,69	0,50	0,54
Duque de Caxias	0,41	0,74	0,71	0,75	0,68	0,66
Itaguaí	0,81	0,72	0,73	0,80	0,58	0,73
Japeri	0,02	0,63	0,59	0,56	0,30	0,42
Magé	0,46	0,77	0,69	0,64	0,48	0,61
Mesquita	0,40	0,78	0,75	0,90	0,64	0,70
Nilópolis	0,40	0,88	0,80	0,95	0,78	0,76
Nova Iguaçu	0,28	0,77	0,71	0,76	0,58	0,62
Queimados	0,14	0,78	0,68	0,71	0,49	0,56
Rio de Janeiro	0,53	0,85	0,76	0,90	0,79	0,77
S. J. de Meriti	0,39	0,69	0,72	0,90	0,67	0,67
Seropédica	0,57	0,73	0,72	0,70	0,32	0,61

Fonte: Observatório das Metrôpoles

Quanto aos componentes do bem-estar urbano, destaca-se que a mobilidade urbana, mensurada por meio do tempo de deslocamento casa-trabalho, é a dimensão do bem-estar urbano com a maior variabilidade entre os municípios. O tempo é muito alto na maior parte dos municípios. Para além do tempo despendido no deslocamento, a mobilidade urbana compõe uma determinada estrutura de oportunidades – a qual se insere a capacidade de deslocamento – que pode oferecer melhores condições de empregos e renda (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013).

O índice em Japeri (0,02), município da periferia metropolitana é baixíssimo; Queimados (0,14), Belford Roxo (0,20) e Nova Iguaçu (0,28) também possuem índices muito baixos, evidenciando as condições precárias de deslocamento da população. O custo para superação das distâncias da população residente desses municípios é elevadíssimo, sendo um aspecto relevante para a reprodução das desigualdades de condições de vida. O índice de mobilidade urbana no Rio de Janeiro (0,53) e em Seropédica (0,57) é intermediário. A exceção é o município de Itaguaí (0,81), no oeste metropolitano, que possui elevada mobilidade.

Em estudo sobre deslocamento casa-trabalho na região metropolitana do Rio de Janeiro, Tavares e Monteiro (2019) utilizaram dados do Censo de 2010 e detectaram a permanência do movimento pendular dos municípios da periferia metropolitana para o Rio de Janeiro. Em tal deslocamento, 65,9% dos trabalhadores levam mais de uma hora e quase 17% levam duas horas ou mais para realizar o fluxo. Os trabalhadores que não realizam movimento pendular, como esperado, possuem gastam menos tempo de deslocamento. Quanto à relação entre mobilidade e renda, verificou-se que as pessoas que realizam o movimento pendular da periferia para o núcleo metropolitano, a média de rendimento foi maior do que aqueles que trabalham nos

próprios municípios de residência. Ou seja, o tempo de deslocamento e a renda dos trabalhadores que realizam o movimento pendular da periferia para o núcleo são maiores do que os que não realizam o movimento.

Em outra perspectiva de abordagem sobre a relação entre a mobilidade e renda, Young *et al* (2013) estimam as perdas econômicas vinculadas ao tempo de deslocamento para o trabalho. Estimando-se que o tempo gasto no transporte intermunicipal esteja entre 50% e 70% do rendimento do trabalhador, essas perdas representam entre 2,45% e 4,89% do PIB da RMRJ, considerando os dados de 2010. Os municípios que obtiveram as menores perdas econômicas foram Itaguaí e Duque de Caxias, que são municípios que conseguem gerar empregos para boa parte da população local. A conclusão dos autores vai no sentido de que apenas a melhoria do transporte público é insuficiente para lidar com os problemas de tempo de deslocamento elevado, sendo necessária a descentralização de atividades econômicas.

As condições ambientais urbanas são calculadas por meio de 3 variáveis: arborização e esgoto a céu aberto no entorno do domicílio e lixo acumulado nos logradouros. Revela as condições ambientais e os problemas de saneamento. O índice da maior parte dos municípios da região ficou entre 0,70 e 0,79; os municípios que obtiveram índice abaixo dessa faixa foram Japeri (0,63), Belford Roxo (0,64) e São João de Meriti (0,69); e os que obtiveram IBEU acima desse nível foram o Rio de Janeiro (0,85) e Nilópolis (0,88).

Britto e Quintslr (2020) analisaram as desigualdades ambientais e os investimentos em esgotamento sanitário na metrópole do Rio de Janeiro. Aponta-se um padrão de desigualdades ambientais relacionado ao processo de construção de moradias populares próximas a empreendimentos indesejáveis – do ponto de vista ambiental –, atrativas por conta do preço inferior da terra na baixada fluminense comparando-se com o do Rio de Janeiro. Entre 1940 e 1970 esse processo de loteamento popular tem influência no quadro das desigualdades ambientais verificadas atualmente. Ainda que tais processos históricos tenham influência no quadro atual, destaca-se outras razões para a persistência de tais desigualdades na atualidade. Até 1975 os serviços de saneamento básico na baixada fluminense eram prestados de maneira bastante precária pelo órgão responsável, vinculado ao antigo Estado do Rio de Janeiro. Foi apenas em meados da década de 1980 que houve as primeiras intervenções significativas de esgotamento sanitário na baixada fluminense. No entanto, os processos relacionados à urbanização que ocorreram ao longo das décadas de 1980 e 1990 geraram uma diferenciação social do território da baixada no sentido de conformação de bairros de estratos sociais médios nas áreas centrais, que tinham provimento de serviços de esgotamento sanitário; adensamento populacional; e o surgimento das favelas, fenômeno relacionado à redução da oferta de lotes

populares. A ampliação de ocupações precárias contribui de maneira significativa para a reprodução das péssimas condições ambientais, na medida em que tais ocupações lançavam seus esgotos diretamente nos cursos de água.

Quando se analisa os investimentos em esgotamento sanitário, ocorridos a partir da década de 1980, verifica-se a descontinuidade dos programas – o que gera desperdício de recursos públicos – e a priorização de áreas nobres. Os programas são concentrados em alguns lugares, deixando de lado outras áreas que nunca são contempladas, favorecendo a reprodução das desigualdades ambientais. Recentemente, as áreas mais nobres da cidade do Rio de Janeiro são as que recebem grandes volumes de investimento, especialmente o Recreio dos Bandeirantes e a Barra da Tijuca; ao passo que inexistente programa de coleta de esgoto para a baixada fluminense (BRITTO; QUINTSLR, 2020).

Ainda que possa se considerar as condições de habitação urbana como um atributo das famílias e indivíduos, elas também refletem os processos de urbanização que, por sua vez, rebatem nas formas de acesso à moradia. As variáveis utilizadas para compor essa dimensão do bem-estar urbano incluem a presença de aglomerado subnormal, densidade domiciliar, densidade morador/banheiro, material das paredes dos domicílios e espécie dos domicílios (domicílio particular – permanente ou improvisado – ou coletivo) (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013).

As condições de habitação estão relacionadas aos processos de urbanização que, no caso brasileiro, são marcados pelo loteamento popular e a autoconstrução, o que resulta na conformação das periferias urbanas caracterizadas pela presença de moradias precárias. Na região metropolitana do Rio de Janeiro, Cardoso e Lago (1993) apontam que, a partir da década de 1980, a redução da oferta de lotes populares gerou aumento das ocupações ilegais. Emerge um novo padrão de assentamento clandestino na periferia metropolitana, baseado em um acordo entre o comprador do lote e dos vendedores (grileiros) em que a não titulação da propriedade é aceita para que os padrões urbanísticos não sejam cumpridos, influenciando as condições de moradia das periferias.

O município de Japeri (0,59) apresenta as piores condições de habitação urbana seguido por Belford Roxo (0,66) e Magé (0,69). As melhores condições são dos municípios de Nilópolis (0,80), Rio de Janeiro (0,76) e Mesquita (0,75).

O atendimento de serviços coletivos urbanos é mensurado por meio de quatro indicadores, quais sejam: atendimento adequado de água, atendimento adequado de esgoto, atendimento adequado de energia e coleta adequada de lixo. São serviços públicos vinculados ao bem-estar urbano, independentemente de serem ofertados por empresas públicas ou por empresas privadas através de concessão pública (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013). O menor índice

ocorre em Japeri, com índice que destoa dos demais (0,56); mas destaca-se também o baixo nível de Belford Roxo (0,69) e Queimados (0,71). As melhores condições de serviços coletivos ocorrem no Rio de Janeiro (0,90), Mesquita (0,90), São João de Meriti (0,90), a Nilópolis (0,95). Importante observar as limitações dos dados utilizados para produção do índice de atendimento de serviços coletivos urbanos, visto que os indicadores que o compõe dizem respeito apenas à provisão do serviço, e não à sua regularidade e qualidade.

Ao analisar a distribuição dos investimentos em saneamento na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Marques (1996) conclui que houve uma manutenção de um quadro de desigualdades de acesso aos serviços, mas com um novo padrão espacial. O modelo de centro-periferia, onde o núcleo detém as melhores condições que se deterioram progressivamente na medida em que se afasta do núcleo em direção às periferias, é substituído por um padrão multinucleado com distribuição espacial dos investimentos em áreas periféricas. As áreas habitadas pela população com maior renda e escolaridade continuaram a ser alvo de investimentos expressivos, sobretudo na implantação de esgotos e provisão de água na Barra da Tijuca. Investimentos que estavam articulados com a acumulação via incorporação imobiliária e elitização do mercado, demonstrada pela elevação do valor do m².

A dimensão de infraestrutura urbana é calculada por meio de sete variáveis, que estão relacionadas com a acessibilidade entre outras dimensões do bem-estar urbano. As variáveis são: iluminação pública, pavimentação, calçada, meio-fio/guia, bueiro ou boca de lobo, rampa para cadeirantes e logradouros (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013). Entre os municípios da região, o pior índice de infraestrutura urbana é o de Japeri (0,30), seguido por Magé (0,48) e Queimados (0,49). E a melhor condição indicada foi a do Rio de Janeiro (0,79) seguida de Nilópolis (0,78).

Quando se observa os valores de IBEU dos municípios do oeste metropolitano, percebe-se as precárias condições de vida urbana de Japeri (0,42), menor valor de IBEU de todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro e um dos mais baixos do Brasil (5480^a. colocação entre 5565 municípios, dados referentes a 2010). A economia de Japeri é baseada nos serviços, e 85% de suas receitas são provenientes de transferências federais e estaduais. O município é marcado pela pobreza, violência e por conflitos ambientais, resultado da maneira com que o progresso e a expansão da metrópole do Rio de Janeiro ocorreram historicamente. Apesar da escassez de infraestrutura urbana o município tem potencialidades urbanísticas, culturais e turísticas. Destacam-se a presença de sítios arqueológicos, patrimônio edificado, e o potencial para o turismo de aventura e ecoturismo que podem ser explorados (ALCANTARA et al., 2020).

Emancipado em 1991, o município de Queimados é caracterizado pelo estigma de cidade-dormitório, o que pode ser demonstrado com dados sobre mobilidade pendular, que

indicam que 53% da população residente trabalhava em outro município, principalmente no Rio de Janeiro e Nova Iguaçu (dados de 2010). Possui valor baixo do IBEU (0,56), evidenciando as precárias condições de vida urbanas. A cidade passa por processo de reestruturação urbana com a geração de empregos no setor industrial e de serviços, sobretudo em grandes redes e franquias. No entanto, observa-se que a maior parte das indústrias instaladas no município possuem a sede na cidade do Rio de Janeiro ou São Paulo, algo característico da reestruturação produtiva pautada, dentre outros aspectos, pela separação entre a gestão e a produção, permitindo que as empresas usufruam das vantagens da localização da sede administrativa no núcleo metropolitano e, ao mesmo tempo, se utilize dos terrenos extensos e mão de obra barata das periferias urbanas (MORAIS, 2016).

O IBEU de Itaguaí (0,73) é superior aos demais municípios do oeste metropolitano, possivelmente pela presença do porto, que consiste em um nó articulador, que gera rebatimentos territoriais no sentido de estimular a atração de investimentos produtivos e de melhoria da infraestrutura urbana. Entre os componentes do IBEU, as melhores condições observadas são de mobilidade urbana (0,81) e atendimento de serviços coletivos urbanos (0,80). Importante ressaltar as instabilidades iniciadas a partir de 2013 com a queda do mercado de commodities e agravadas com as crises – política e econômica – de 2015/2016, que resultaram em redução de investimentos, enfraquecendo as expectativas de constituição de um aparato logístico no entorno do porto de Itaguaí (CHAGAS, 2020).

Em Seropédica o valor do IBEU (0,61) mostra baixo nível de infraestrutura urbana do município. Destaca-se a elevado número de empreendimentos industriais e logísticos implantados recentemente, o que está relacionado pelo baixo valor das terras, pela proximidade do Porto de Itaguaí e pela implantação do arco metropolitano, obra inaugurada em 2014 que passa por oito municípios do entorno da RMRJ sem passar pela capital (TINOCO, 2019).

O município de Belford Roxo, emancipado de Nova Iguaçu na década de 1990, possui um dos menores níveis de bem-estar urbano do estado, obtendo valor de IBEU de 0,54. Dentre as dimensões do IBEU, a mobilidade urbana é a que possui nível mais baixo (0,20). A ligação mais importante entre a cidade de Belford Roxo e o Rio de Janeiro é por meio de linha ferroviária.

Duque de Caxias possui IBEU de 0,66 e que apresenta com desigualdades internas relevantes. Trata-se de um pólo industrial, principalmente pela presença de refinaria produtora de derivados de petróleo, o que lhe coloca na posição de um dos municípios com maior capacidade de arrecadação de impostos, mensurado pelo PIB municipal. Apesar disso, o município possui indicadores que mostram condições sociais precárias (CAMAZ, 2015).

O IBEU de 0,62 de Nova Iguaçu mostra a precariedade do bem-estar urbano do município, que também apresenta desigualdades internas expressivas. Entre os municípios mais próximos da capital, que fazem fronteira com a zona norte da cidade do Rio de Janeiro, São João de Meriti e Mesquita apresentam valores de IBEU de 0,67 e 0,70, respectivamente. O município de Nilópolis destaca-se positivamente, com IBEU de 0,76.

Para analisar a estruturação da metrópole do Rio de Janeiro e suas desigualdades socioespaciais, Ribeiro (2001) aponta o modelo de causação circular, funcional para a efetivação de processos de acumulação urbana de grupos sociais que buscam se apropriar da renda da terra – que ocorre por meio da valorização imobiliária e fundiária dos terrenos que recebem os investimentos públicos – gerando desigualdades de acesso aos bens e serviços coletivos. As áreas metropolitanas com melhor infraestrutura urbana são as mesmas que concentram grupos sociais com maiores renda, o que funciona como um vetor de produção e reprodução das desigualdades, por meio de dois fundamentos, principalmente. O primeiro diz respeito à concentração da propriedade privada da terra que permite o controle excludente – por parte dos grupos com maior renda – das áreas com melhores condições urbanas e mais valorizadas; e de outro lado, pela influência que esses grupos detêm, por conta de seu poder político e social, no processo de disputa espacial pelos investimentos públicos em melhorias urbanas.

5.1.2 Problemas de saúde

As desigualdades de condições de vida verificadas no espaço urbano estão relacionadas à diferentes perfis de problemas de saúde. A relação entre condições de vida e situação de saúde é estudada há muito tempo. Nesse trabalho, cujo enfoque é o espaço urbano-metropolitano, a abordagem sobre as desigualdades socioespaciais envolve, além da dimensão das desigualdades de bem-estar urbano, constatado pela concentração de benefícios urbanos em alguns lugares e escassez em outros; os diferenciais de magnitude de problemas de saúde.

A urbanização e a metropolização provocam alterações significativas no modo de vida da população, afetando, portanto, os perfis epidemiológicos dos lugares. Para Caiaffa *et al* (2008) o ato de viver na cidade pode significar uma vantagem ou uma penalidade, na medida em que as pessoas são afetadas, de alguma forma, pela dinâmica urbana. Trata-se de uma perspectiva que prioriza a interdependência entre o indivíduo e seu meio físico, social e político. Nesse sentido, pode-se considerar a saúde urbana como a área da saúde pública que trata sobre os fatores de risco das cidades, bem como seus efeitos sobre a situação de saúde das populações e sobre as relações sociais urbanas.

Frumkin (2002) aponta as consequências para a saúde pública do fenômeno de espraiamento urbano. A expansão de áreas metropolitanas está associada ao aumento da frota de carros, que, por sua vez, está relacionado com o aumento da poluição do ar e de acidentes de transporte. Além disso, o espraiamento urbano contribui para a redução da frequência de atividades físicas e aumento do sedentarismo, que representa um fator de risco relevante para condições crônicas de saúde, sobretudo em doenças cardiovasculares.

A realidade das metrópoles brasileiras – marcadas pela concentração de população e pobreza urbana – cujo espaço caracteriza-se pela presença de periferias e favelas que expressam a escassez dos benefícios urbanos, expressa perfis complexos de problemas de saúde, que incluem as doenças crônicas e as violências.

Nesse sentido, foram selecionados quatro problemas de saúde para descrever e analisar as desigualdades em saúde existentes no espaço urbano da região Metropolitana I. Foram selecionados quatro subgrupos de causas selecionadas de mortalidade de acordo com a Classificação Internacional de doenças (CID-10): 2 subgrupos classificados nas causas externas – os homicídios e acidentes de transporte terrestres – e 2 subgrupos que são agudizações de algumas Doenças Crônicas e Não Transmissíveis (DCNT): doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares.

Quanto à mortalidade por homicídios, Adorno busca entender as conexões entre a exclusão socioeconômica e a violência urbana. As explicações para o passam por três aspectos, quais sejam: mudanças na sociedade e nos padrões de violência, crise do sistema de justiça criminal e a desigualdade social e segregação urbana. Aponta que as periferias urbanas, marcadas pelas precárias condições de vida e problemas de infraestrutura, possuem níveis mais elevados de homicídios. Estas áreas são caracterizadas pela ocupação irregular do solo, ausência de instituições que promovam o bem-estar, principalmente o acesso ao lazer para crianças e adolescentes. As instituições encarregadas pela aplicação da lei e da ordem, por vezes, está associada a abusos, repressão e descaso no atendimento à população.

Durante muito tempo, a violência foi vista enquanto um problema exclusivo da segurança pública ou ordem social. No entanto, a elevação da magnitude do problema da violência leva ao reconhecimento desse fenômeno enquanto um dos principais problemas de saúde pública do país a partir da década de 1990. O perfil de mortalidade do Brasil foi modificado de maneira sensível a partir da década de 1980, quando houve aumento expressivo da mortalidade por acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos; e na década de 1990, há um aumento progressivo dos homicídios, que passam a ser a principal causa em todo o grupo das causas externas (DESLANDES, 2001).

Mesquita Neto (2001) analisa a taxa de mortalidade por homicídio no Brasil de 1980 a 1996 e aponta o aumento progressivo do indicador, e em particular os homicídios cometidos por arma de fogo. Esse crescimento é concentrado nas áreas urbanas e regiões metropolitanas, sobretudo nas periferias onde há grande carências de serviços públicos e infraestrutura urbana. Também nessas áreas ocorrem violações graves de direitos humanos, execuções, torturas e detenções arbitrárias, apesar da transição democrática da década de 1980.

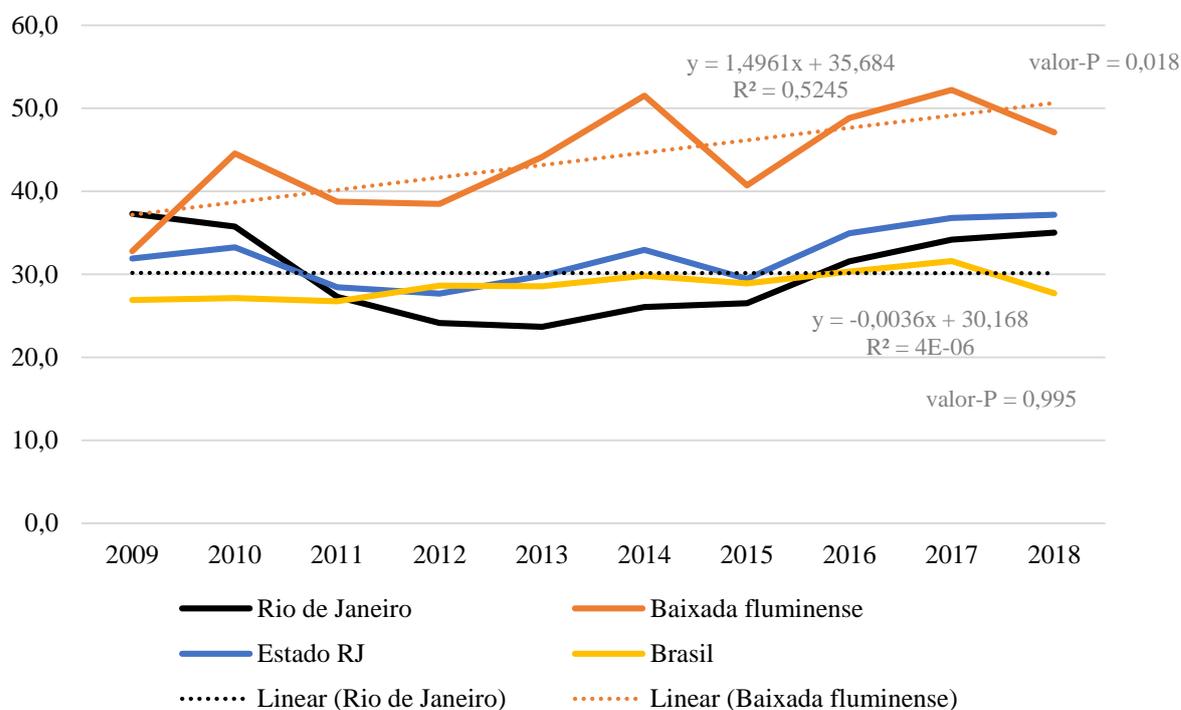
O atlas da violência publicado pelo IPEA, com dados de 2018, mostra que as vítimas dos homicídios são, principalmente, homens (91,8%), jovens (53,5), negros (75,7%), pessoas de baixa escolaridade (74,3% dos homens possuem até sete anos de estudos) e solteiros (80,4% dos homens). Destaca-se como principal instrumento de agressão, a arma de fogo, utilizada em 77,1% das mortes de homens e 53,7% da morte de mulheres. Os homicídios são a principal causa de morte entre a população jovem, entre 15 e 29 anos. A proporção altíssima de homicídios na população negra (soma de pretos e pardos) revela o grau de desigualdade racial existente no país. Para cada indivíduo não-negro vítima de homicídio em 2018, houve 2,7 negros mortos. As taxas de mortalidade por homicídios de negros apresentam crescimento progressivo ao longo dos anos, mas, entre os brancos, as taxas são significativamente menores e, em alguns estados, apresentaram redução nos últimos anos (IPEA, 2020).

O fenômeno da violência possui múltiplas determinações e dimensões, mas o fato é que o resultado do fenômeno recai sobre os serviços de saúde, que precisa responder a estas necessidades de saúde.

O Gráfico 1 mostra a taxa de mortalidade por homicídios na região de saúde Metropolitana I, na baixada fluminense – valor agregado para os 11 municípios que compõem a sub-região – e no Rio de Janeiro. A série histórica mostra a evolução temporal das taxas de mortalidade por homicídios no Rio de Janeiro e na baixada fluminense e permite a comparação com os valores do estado e do país, assim como a análise de tendências do indicador. As taxas variam num patamar bastante elevado, o que evidencia a elevada magnitude do problema em todos os níveis representados. O Rio de Janeiro apresentou redução da taxa entre 2009 e 2013 e elevação entre 2015 e 2018, de modo que o valor permaneceu próximo ao patamar próximo de 2009, resultando em tendência à estabilidade, conforme equação da reta da regressão linear, mas sem significância estatística, visto que o p-valor ficou acima de 0,05. Na baixada fluminense as taxas permaneceram acima da média do estado e do país, com exceção do ano de 2009, com tendência de aumento, evidenciada pela equação da reta que mostra a elevação progressiva média de cerca de 1,5 a cada ano no valor da taxa, chegando a um patamar muito

elevado próximo a 50 homicídios/100.000 habitantes. A tendência de aumento foi estatisticamente significativa.

Gráfico 1. Taxa de mortalidade padronizada por homicídios (por 100.000 habitantes), do Município do Rio de Janeiro, baixada fluminense, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 2009 a 2018.



Fontes: SIM e IBGE

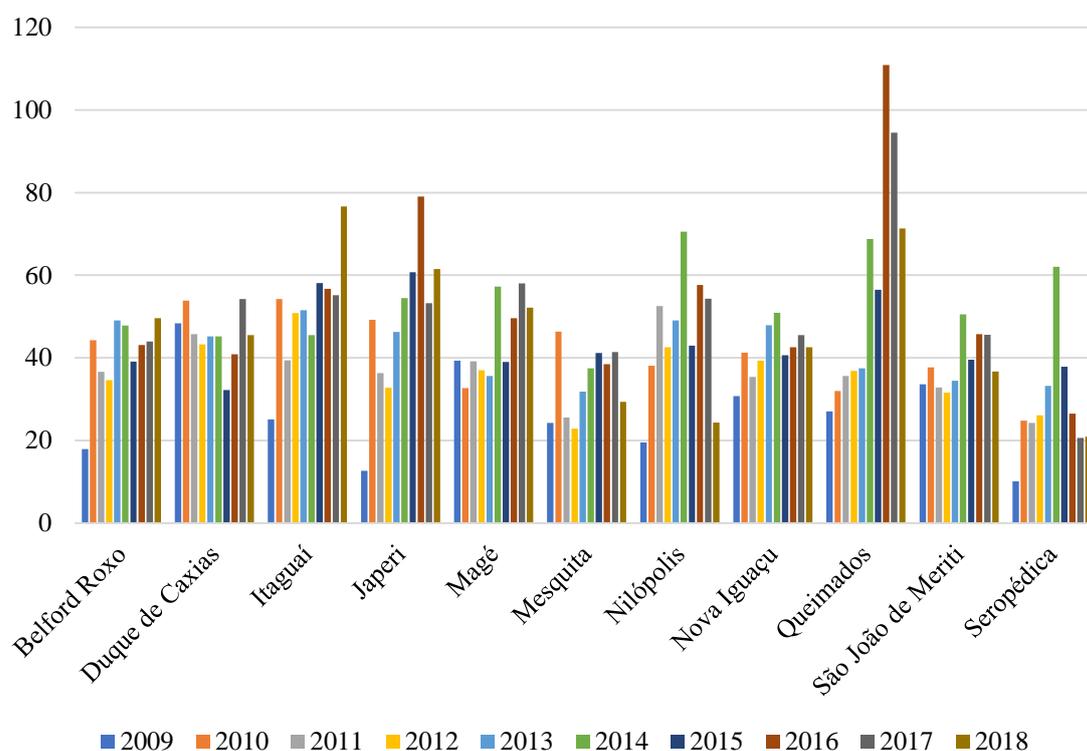
Em estudo que aborda as relações entre o poder e a violência, Alves (2020), aponta que o processo histórico de transformação da Baixada fluminense em grande periferia urbana está associado ao estabelecimento de relações de poder locais – articuladas com o poder estadual e federal – que conseguiram manipular demandas da população, mantida sob precárias condições de vida, e empregar a violência como um recurso para sua manutenção. A conformação de uma segurança privada, paralela, e efetiva no que diz respeito à criminalização da marginalidade, incluindo execuções sumárias, também é um elemento relevante nessa discussão sobre violência e poder.

Até 2005 a violência era hegemonizada pelos grupos de extermínio, grupos que surgiram a partir da ditadura militar de 1964, compostos por policiais, financiados por grupos econômicos, tendo políticos como suporte e “clientes” de seus serviços. Os grupos de extermínio modificam-se e aperfeiçoam-se nos anos 1980 e 1990, expandindo suas áreas de atuação, aprimorando seus métodos de execução e de penetração nas esferas sociais e de poder. Durante o período de 2005 a 2015 houve uma reconfiguração da violência urbana e teve como marco a chacina da baixada de 31 de março de 2005, simbolizando a hegemonia da violência

dos grupos de extermínio. A implantação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP) na cidade do Rio de Janeiro provoca uma migração de traficantes rumo à baixada fluminense, que resulta em uma transformação radical do tráfico de drogas na região. Além da transformação no tráfico de drogas, as milícias, caracterizadas pela dominação do território e exploração de múltiplas possibilidades de exploração de serviços, passam a ter maior presença e poder no território.

O gráfico 2 a seguir destaca as diferenças de mortalidade por homicídio entre os municípios da baixada. Todos os municípios da sub-região fluminense apresentam taxas de mortalidade por homicídios bastante elevadas; Queimados destaca-se com valores elevadíssimos, sobretudo no período de 2015 a 2019; Japeri e Itaguaí também apresentam taxas muito altas.

Gráfico 2. Taxa de mortalidade padronizada por homicídios (por 100.000 habitantes) dos municípios da baixada fluminense, 2009 a 2018.



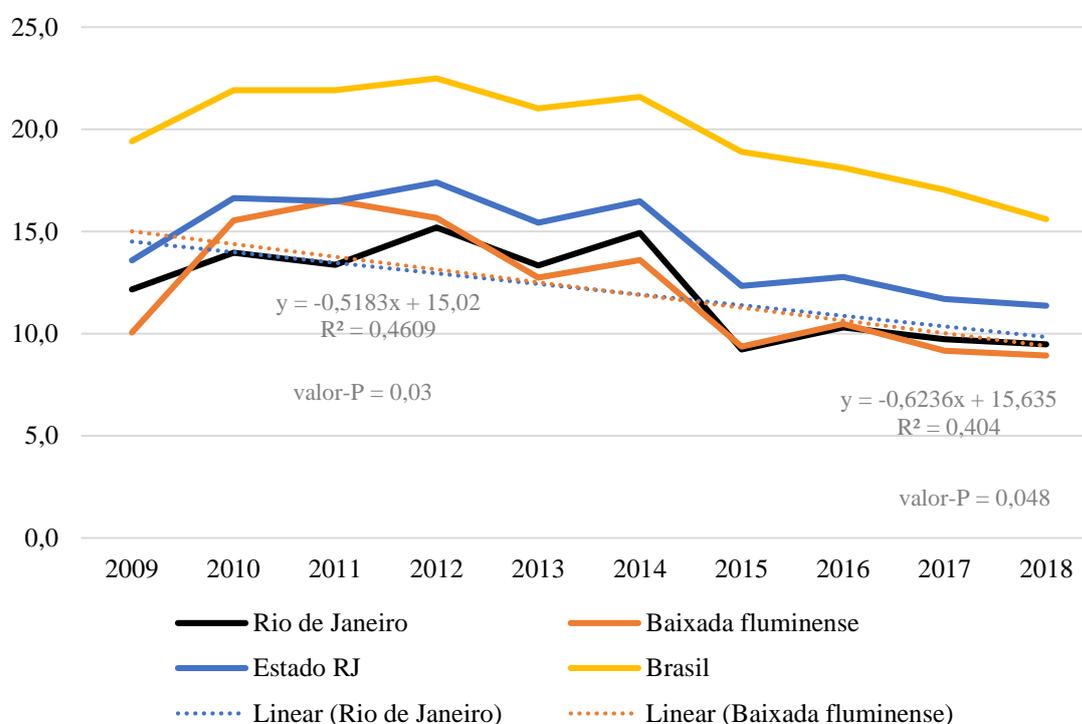
Fontes: SIM e IBGE

Dados sobre mortalidade por homicídios no Estado do Rio de Janeiro do período de 2000 a 2015 corroboram com a constatação da concentração do problema na população jovem e masculina. Destaca-se também a mortalidade por homicídios em circunstâncias de execuções ou confronto com policiais, sobretudo na população masculina de 15 a 24 anos. O risco de óbito dessa população, nessas circunstâncias, foi estatisticamente significativo. Ainda que os casos

sejam muito mais frequentes em homens, observa-se uma elevação de casos de homicídios em mulheres nos últimos anos (BRASIL, 2018).

No grupo das causas externas de mortalidade, além dos homicídios, destaca-se o subgrupo dos acidentes de transporte terrestre, que possui elevada magnitude no que tange à morbimortalidade da população. O Gráfico 3 permite observar as taxas de mortalidade por acidentes de transporte terrestres. A evolução temporal na capital e na baixada são semelhantes: ambas permaneceram abaixo das médias nacionais e estadual durante o período sob análise, com elevação entre 2009 e 2012 e queda entre 2013 e 2018.

Gráfico 3. Taxa de mortalidade padronizada por acidentes de transporte terrestres (por 100.000 habitantes) do Município do Rio de Janeiro, baixada fluminense, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009 a 2018.



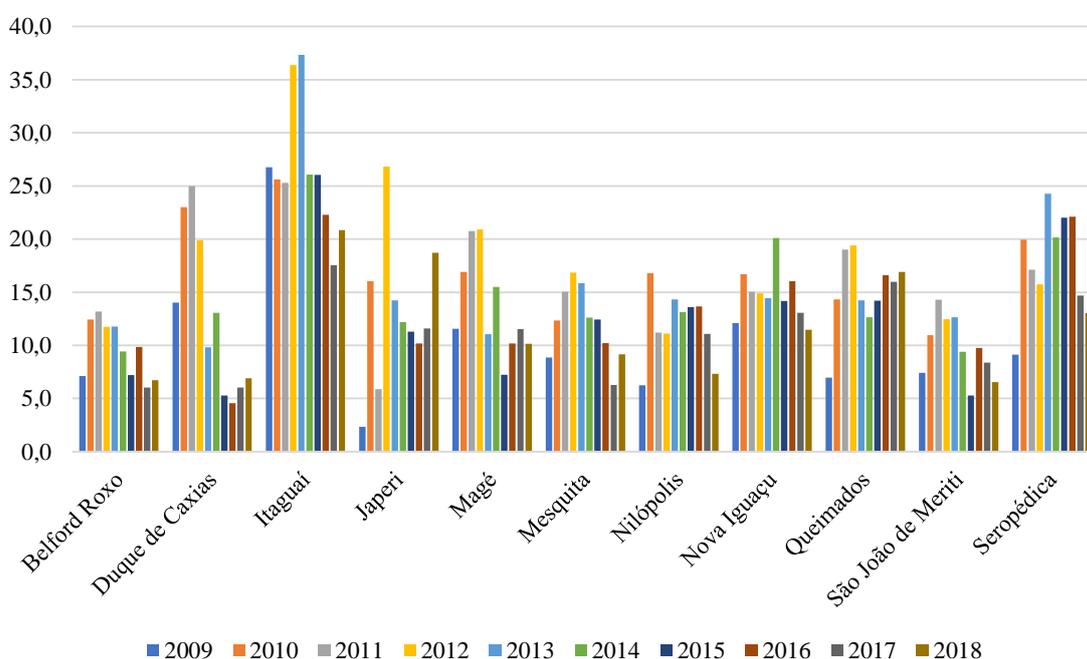
Fontes: SIM e IBGE

Há tendência de queda do indicador tanto na capital quanto na baixada, estatisticamente significativa, que podem ser verificadas nas suas respectivas equações das retas de regressão linear e nos valores-p: à esquerda está a equação e valor-p da capital e à direita os parâmetros estatísticos da baixada fluminense. A queda na baixada fluminense foi um pouco mais intensa do que a queda do indicador observada no Município do Rio de Janeiro: redução anual média da taxa de 0,62 na baixada e 0,51 na capital. Com a tendência de queda, a taxa de mortalidade por acidentes de transportes terrestres no Rio de Janeiro e na baixada fluminense atinge, em 2017, patamares baixos, próximo aos da Europa, continente onde há as menores taxas de mortalidade por acidentes de transporte terrestre do mundo.

Vale ressaltar que o Brasil demonstrou avanços nas políticas de redução da mortalidade por acidentes de transporte terrestre, destacando-se a legislação de trânsito desde o final do século XX – novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), promulgado em 1998 – e demais leis posteriores sobre consumo zero de álcool na direção, uso de cinto de segurança em automóveis, uso obrigatório de cadeirinhas infantis e de capacete para motociclistas (IPEA, 2016).

Quanto às taxas de mortalidade por acidentes de transporte terrestres nos municípios da baixada fluminense, o Gráfico 4 permite observar os valores do indicador nos municípios da baixada fluminense.

Gráfico 4. Taxa de mortalidade padronizada por acidentes de transporte terrestres (por 100.000 habitantes) nos municípios da baixada fluminense, 2009 a 2019.



Fontes: SIM e IBGE

Itaguaí apresenta as maiores taxas de mortalidade por acidentes; Seropédica também apresenta números expressivos. Destaca-se também o município de Duque de Caxias, cuja taxa de mortalidade oscilou bastante no período analisado, apresentando aumento entre 2010 e 2012, e queda expressiva entre 2013 e 2018. Belford Roxo e São João de Meriti são os municípios com as menores taxas de mortalidade por acidentes de transportes terrestre na baixada fluminense.

A mortalidade por acidentes de transporte terrestre reduziu-se em mais de 30%, no período entre 1990 e 2015 no Brasil. No Estado do Rio de Janeiro a redução da taxa foi ainda maior, de 41,9%; variando de 36,3/100.000 habitantes em 1990 para 21,1/100.000 habitantes em 2015. As maiores reduções ocorreram nos acidentes envolvendo pedestres (47,5% de

redução) e ocupantes de veículo a motor (41,6%). Houve aumento da mortalidade entre motociclistas (49,9%) e ciclistas (33,9%). Apesar disso, as taxas de mortalidade no subgrupo em pedestres e ocupantes de veículo a motor permaneceram superiores aos acidentes envolvendo ciclistas e motociclistas (LADEIRA et al., 2017).

No caso dos acidentes, as desigualdades socioespaciais de bem-estar urbano não parecem estar relacionadas aos diferenciais de mortalidade. As reduções de mortalidade observadas na série histórica demonstram a importância da atuação intersetorial no enfrentamento aos problemas de saúde, destacando-se as mudanças na legislação nacional sobre o trânsito. Ao setor saúde cabe à assistência da população acometida pelos acidentes, e à vigilância em saúde cabe a produção de informação útil para organização das ações de assistência, e para provocar os demais setores governamentais no sentido de desencadear medidas de controle e prevenção dos problemas.

Seguindo na descrição e análise dos problemas de saúde, os subgrupos de doenças isquêmicas do coração e de doenças cerebrovasculares se referem a agudizações de condições crônicas, e que são classificadas no grande grupo das doenças do aparelho circulatório, que se constitui como o grupo de maior mortalidade no Brasil desde a década de 1960 (CESSE et al., 2009).

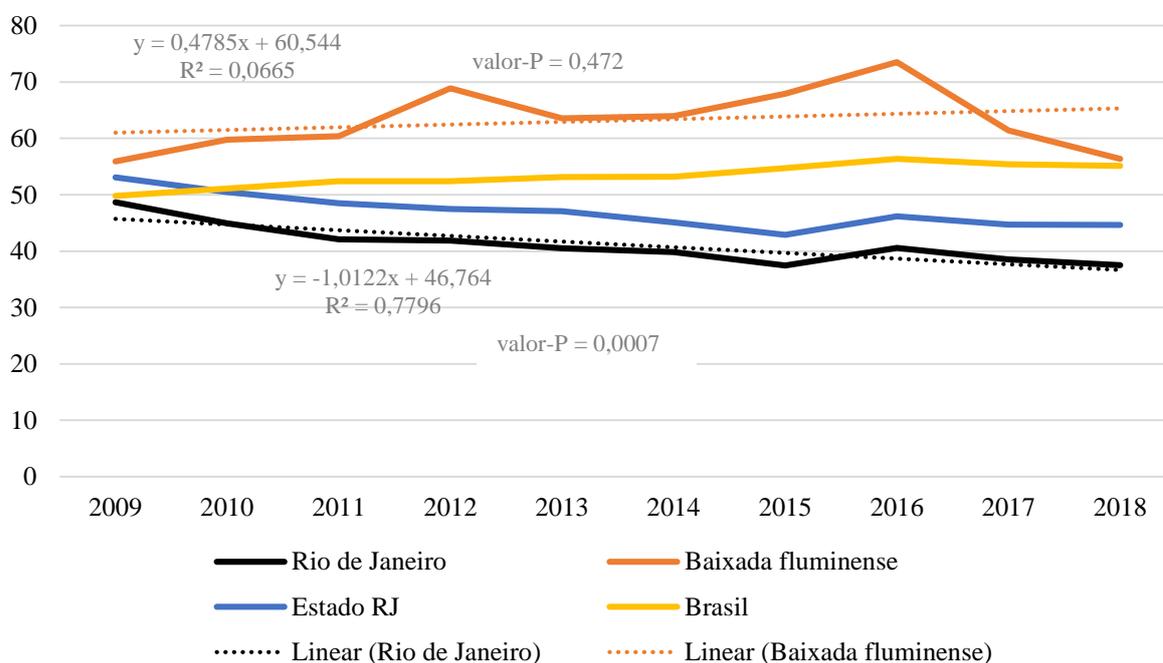
O aumento proporcional da mortalidade por doenças do aparelho circulatório está associado com a transição demográfica, fenômeno que acompanha a mudança de uma sociedade rural – com altas taxas de natalidade e mortalidade – para uma sociedade urbana com baixas taxas de natalidade e mortalidade (VASCONCELOS; GOMES, 2012). No Brasil o processo de transição demográfica inicia-se na década de 1940, quando houve uma redução expressiva da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, e consolida-se na década de 1960 com a queda de fecundidade. Há diferenças relevantes no período em que as mudanças relativas ao processo de transição demográfica e epidemiológica ocorreram, de acordo com as regiões do país (MONTEIRO, 1997).

É fundamental pontuar as profundas diferenças entre o processo de transição demográfica em países centrais e periféricos. Nos países centrais esse processo durou mais de 200 anos e resultou de grandes transformações na forma de organização social. As mudanças iniciadas a partir do século XVIII na Europa, decorrentes da urbanização e industrialização, impactaram as condições de vida e de saúde, sobretudo da classe trabalhadora. Os movimentos dos trabalhadores urbanos reivindicavam melhorias das condições de vida e de trabalho, e reformas urbanas ocorreram nos centros industriais que resultaram na redução da mortalidade. Nos países periféricos a queda da mortalidade ocorreu tardiamente (mais de cem anos após o

início da transição demográfica e epidemiológica da Europa), de maneira extremamente acelerada e não esteve associada ao saneamento urbano. A queda mortalidade se deu pela difusão de conhecimento técnico- científico e implementação de programas de cooperação internacional com enfoque em doenças específicas. Nesse sentido, a transição epidemiológica ocorrida em países periféricos como o Brasil é abordada como de padrão misto ou intermediário, que remete a uma transição incompleta (SABROZA, 2001).

No Estado do Rio de Janeiro, as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração apresentaram progressiva queda em todas as regiões do estado no período de 1979 a 2010. Esta queda não se trata de um fenômeno isolado, visto que se observou a mesma tendência em outros países e em outros estados brasileiros (SOARES et al., 2009). Na metrópole do Rio de Janeiro as mudanças na estrutura etária mostram que uma anterioridade do processo de transição demográfica, comparando-se com os dados nacionais, resultando em proporção de idosos maior do que a média nacional. A transição urbana, em termos estatísticos, da área metropolitana do Rio de Janeiro ocorreu antes das demais aglomerações urbanas do país, e, na década de 1970 a população que residia em áreas urbanas já era de 97% (TAVARES; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015). O Gráfico 5 evidencia a taxa de mortalidade padronizada por doenças isquêmicas do coração.

Gráfico 5. Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquêmicas do coração (por 100.000 habitantes) do Município do Rio de Janeiro, baixada fluminense, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 2009 a 2018.



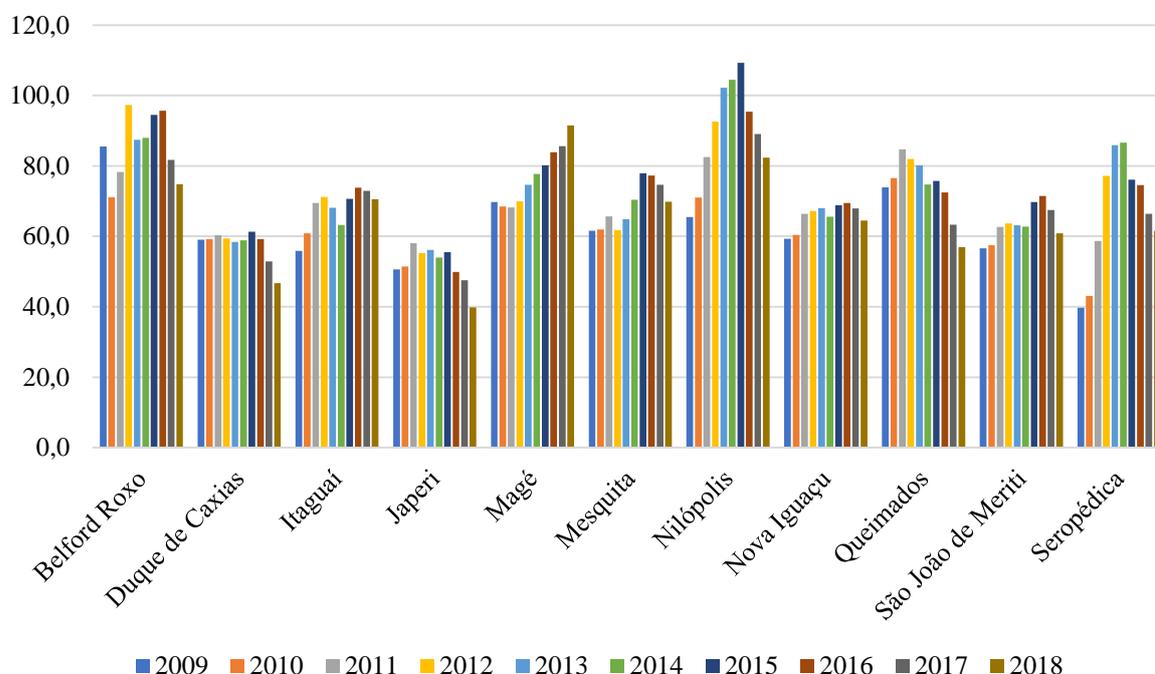
Fontes: SIM e IBGE

Pode-se observar a tendência de redução da taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração no município do Rio de Janeiro, conforme equação da reta de regressão linear. A tendência de redução é estatisticamente significativa. As taxas na capital permaneceram abaixo dos valores nacionais e estaduais; sua evolução temporal demonstra redução progressiva durante o período analisado com exceção do ano de 2016 que apresentou leve aumento em relação à 2015. Na baixada fluminense houve aumento relevante entre 2009 e 2016 e queda em 2017 e 2018; permanecendo acima da média nacional e estadual. Há tendência de aumento da taxa, mas não significativa do ponto de vista estatístico. A redução observada em 2017 e 2018 modificou a trajetória de aumento dos anos anteriores, o que influencia na significância estatística da tendência.

Entre os municípios da baixada fluminense, o Gráfico 6 demonstra que os municípios de Nilópolis, Magé e Belford Roxo são os que atingiram as maiores taxas de mortalidade por doenças isquêmicas do coração. Em Magé observa-se aumento progressivo no período de 2012 a 2018. Japeri, que possui os menores níveis de bem-estar urbano, foram os municípios com as menores taxas. Os patamares de mortalidade de Japeri estão próximos aos do Rio de Janeiro, que possui as melhores condições urbanas. Importante ressaltar que essa abordagem no nível municipal não tem a pretensão de analisar a associação entre os problemas de saúde e condições

de vida urbana, sendo meramente descritiva. A análise dessa associação será realizada na seção dedicada à abordagem das desigualdades intramunicipais.

Gráfico 6. Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquêmicas do coração (por 100.000 habitantes) nos municípios da baixada fluminense, 2009 a 2018.



Fontes: SIM e IBGE

A melhoria das condições de vida das populações reduz a mortalidade cardiovascular. Em estudo de análise da correlação entre mortalidade por doenças do aparelho circulatório e doenças isquêmicas do coração e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), entre os municípios do Estado do Rio de Janeiro no período de 1970 e 2010, mostrou que o aumento do IDH está associado à redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório e por doenças isquêmicas do coração. Observou-se que a queda de mortalidade por tais causas foi precedido de elevação do IDH; em termos quantitativos, verificou-se que o aumento de 0,1 ponto no IDH esteve correlacionado à redução de 10,0 óbitos a cada 100.000 habitantes na taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração (SOARES et al., 2016).

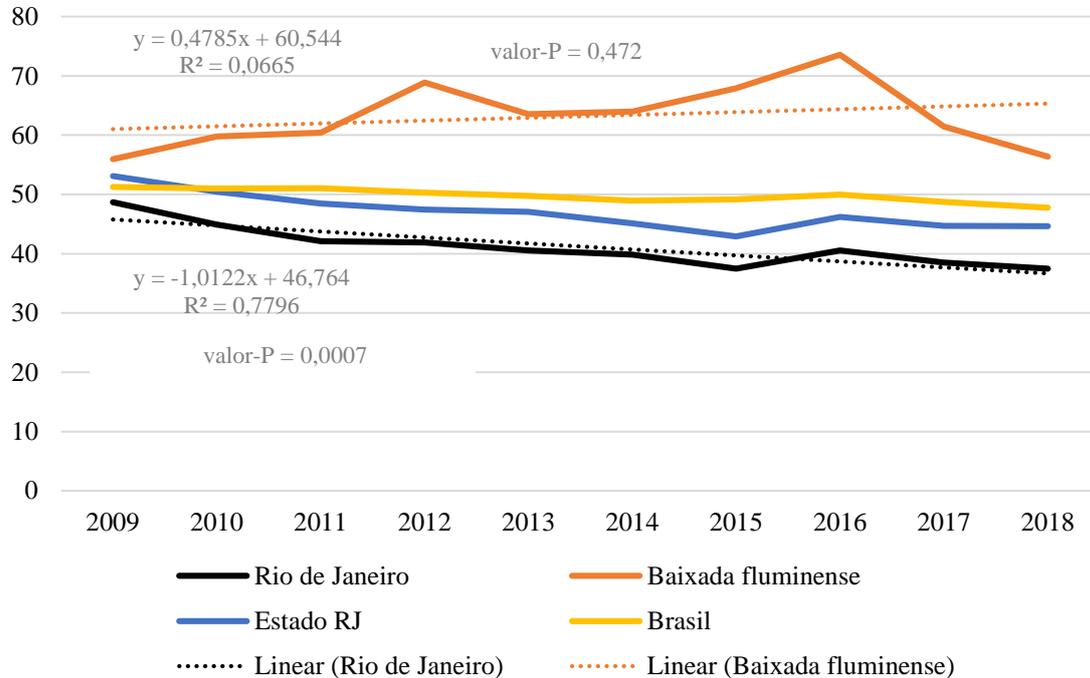
Na busca por mensurar a possibilidade de redução de mortalidade por doenças isquêmicas do coração por meio de procedimentos hospitalares, Silva (2019) analisou a evolução temporal, letalidade e sobrevida em pacientes submetidos a dois procedimentos de alta complexidade e frequentemente utilizados: a cirurgia de revascularização miocárdica e a angioplastia coronariana. Os dados utilizados são oriundos do SIH do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados mostraram aumento expressivo na realização da angioplastia coronariana e aumento discreto da cirurgia de revascularização miocárdica entre 1999 e 2010, mas a letalidade

dos procedimentos permaneceu elevada, bem como a mortalidade a longo prazo, sugerindo que tais procedimentos deveriam ser revistos em alguns casos.

Ou seja, o aumento da realização de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade não produziu redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, e especificamente das doenças isquêmicas do coração. Embora sejam efetivos em casos específicos, a letalidade dos procedimentos é elevada, e em nível populacional não se verificou redução da mortalidade.

Em relação à mortalidade por doenças cerebrovasculares, o estudo de Soares *et al.* (2016) também analisou a correlação da mortalidade por doenças cerebrovasculares e IDH, nos municípios do Estado do Rio de Janeiro no período de 1970 e 2010. A correlação foi mais forte do que a encontrada quando se testou as doenças isquêmicas do coração. O resultado mostrou que o incremento de 0,1 ponto no IDH municipal correlacionou-se com a redução de 30,2 óbitos por 100.000 habitantes na taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares. O Gráfico 7 permite comparar as taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares nas unidades geográficas selecionadas.

Gráfico 7. Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares (por 100.000 habitantes) no Município do Rio de Janeiro, baixada fluminense, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 2009 a 2018.



Fontes: SIM e IBGE

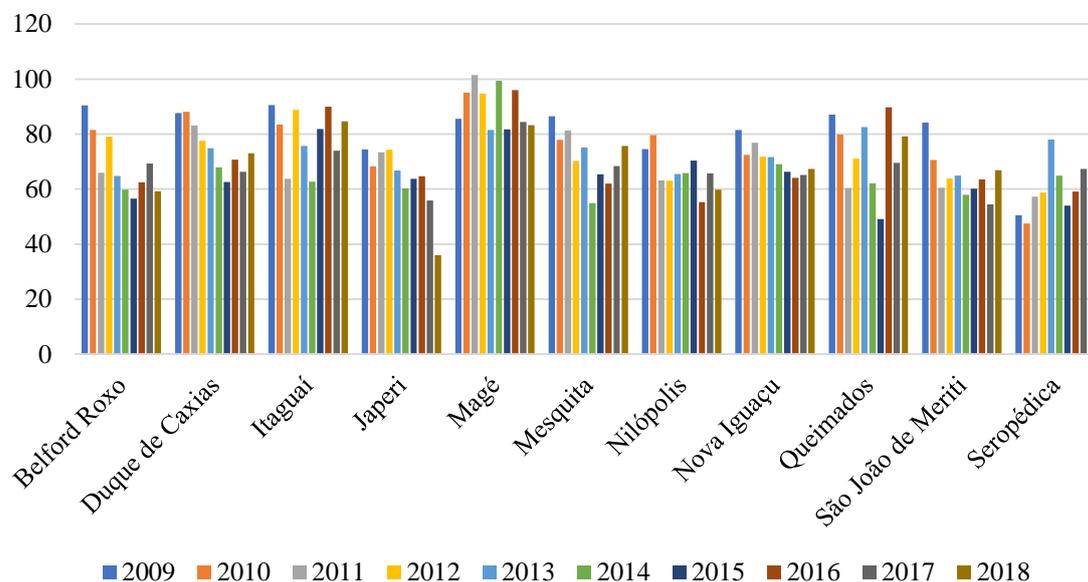
As taxas do Município do Rio de Janeiro, permaneceram abaixo da média nacional e estadual e apresentam tendência de queda, estatisticamente significativa, conforme equação da regressão linear e valor-p. A taxa na baixada fluminense permaneceu acima da média nacional e estadual, elevando-se de forma expressiva entre 2009 e 2016. Nos anos finais da série

temporal a taxa reduziu-se, o que levou a uma estabilização na tendência do período analisado, sem significância estatística.

A tendência da taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares foi bastante semelhante, o que é esperado, visto que ambas são causas de óbitos do grupo das doenças do aparelho circulatório com determinações semelhantes. Enquanto se observa a redução progressiva estatisticamente significativa da mortalidade por tais causas no Município do Rio de Janeiro, na baixada houve aumento de 2009 a 2016 e redução expressiva em 2017 e 2018, retornando-se aos patamares observados no início da série histórica em análise.

Em relação aos municípios da baixada fluminense, o Gráfico 8 mostra as taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares na série temporal sob análise. Verifica-se que não há grande variabilidade entre os municípios, com exceção de Japeri, que possui as menores taxas da subregião. Assim como nas doenças isquêmicas do coração, Japeri, o município com as piores níveis de bem-estar urbano, detém patamares de mortalidade próximos aos do Rio de Janeiro, que possui as melhores condições urbanas.

Gráfico 8. Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares (por 100.000 habitantes) nos municípios da baixada fluminense, 2009 a 2018.



Fontes: SIM e IBGE

Com isso finaliza-se a abordagem a nível municipal e de agregação na sub-região baixada fluminense dos problemas de saúde selecionados. Observou-se maior magnitude dos problemas na baixada fluminense quando se compara ao Município do Rio de Janeiro, com exceção dos acidentes de transporte terrestre. A mortalidade por doenças isquêmicas do coração

e por doenças cerebrovasculares no município de Japeri, que possui as piores níveis de bem-estar urbano, chamam atenção por destoarem dos demais municípios da baixada, permanecendo em níveis menores, próximos aos da capital. As relações entre situação de saúde e condições de vida são complexas e não lineares. A explicação dos níveis inferiores de mortalidade por tais causas em Japeri pode estar relacionado a algum aspecto do modo de vida da população residente do município, mas esse aprofundamento foge ao escopo desse trabalho.

5.2 NÍVEL INTRAMUNICIPAL

5.2.1 Condições de vida urbana

A abordagem empírica na escala intramunicipal é fundamental para identificação as disparidades entre os lugares na mensuração das desigualdades de provisão e utilização dos benefícios urbanos.

Mas antes de avançar na abordagem sobre os diferenciais intramunicipais de bem-estar urbano, mensurados pela metodologia do IBEU, será descrita a tipologia intraurbana da RMRJ, realizada pelo IBGE com base em variáveis socioeconômicas. Ao abordar o fenômeno urbano, o IBGE assume a necessidade de aportes teóricos de diferentes disciplinas que tratam sobre o processo de urbanização – geografia, economia, arquitetura/urbanismo e a sociologia – que implica na concentração de população, infraestrutura, informações, recursos etc. Outro ponto destacado é a importância de uma abordagem interescalar para compreensão do fenômeno urbano que pode se expressar nas escalas intraurbana, metropolitana e regional (IBGE, 2017).

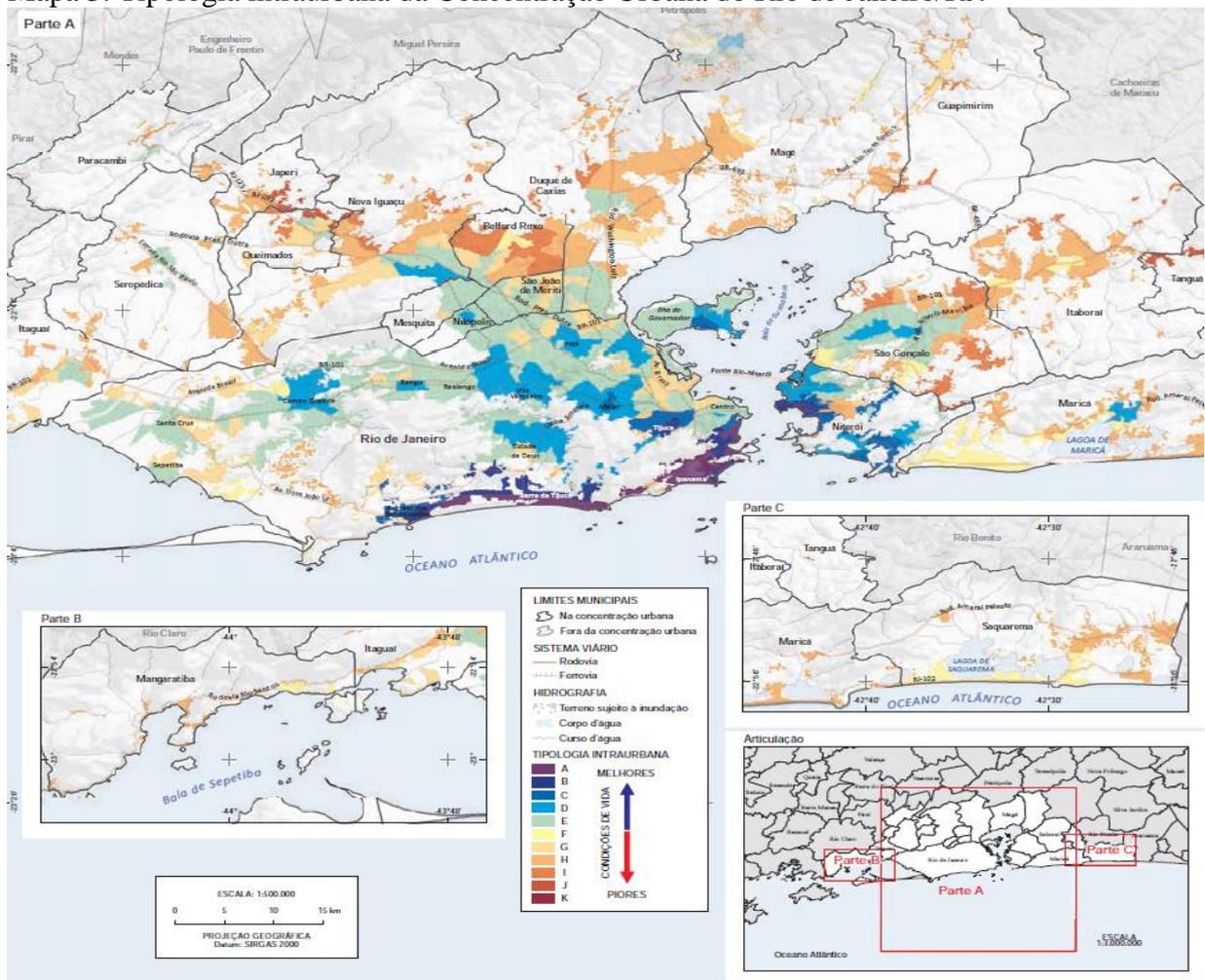
A diferenciação socioespacial na escala é reforçada por meio da ação das forças que diferenciam as classes sociais, e os atributos de infraestrutura urbana, socioeconômicos, étnico-raciais, entre outros, distinguem os lugares ao longo da mancha urbana. Partindo de tais pressupostos, o IBGE propôs a criação de 11 (onze) tipologias intraurbanas – de A até K, segundo níveis de condições de vida da população – a partir de dados do Censo de 2010.

Nessa abordagem, o IBGE não utiliza o termo região metropolitana, considerando como unidades de análise as concentrações urbanas, definidas enquanto arranjos populacionais e municípios isolados (aqueles que não fazem parte de arranjos populacionais) com mais de 100.000 habitantes. A unidade geográfica de análise para realização da tipologia intraurbana refere-se somente às Áreas de Ponderação com mais de 40% de domicílios em situação urbana.

Com cerca de 12 milhões de habitantes, a concentração urbana da metrópole do Rio de Janeiro ocupa a segunda posição em tamanho populacional no *ranking* nacional, atrás apenas de São Paulo. Composta por 21 municípios e caracterizada pela macrocefalia – por conta da concentração de população e de atividades econômicas na metrópole (em relação ao estado ou

à sua área de influência) – a concentração urbana do Rio de Janeiro se expandiu, principalmente, a partir das ferrovias e rodovias que ligam a metrópole às cidades ao seu redor. Há vários subcentros comerciais e residenciais – que podem ser identificadas como áreas com melhores condições de vida – localizados no Município do Rio de Janeiro; e em Niterói, São Gonçalo e Maricá.

Mapa 3. Tipologia intraurbana da Concentração Urbana do Rio de Janeiro/RJ.



Fonte: IBGE

As áreas classificadas como as melhores condições de vida (A), localizam-se próximas em bairros como Ipanema, Copacabana, Lagoa, Leblon; da zona oeste, em bairros mais recentes como a Barra da Tijuca e São Conrado; e nas quadras próximas à praia de Icaraí em Niterói. Estas áreas correspondem a apenas 3,6% da população, às quais se avizinham com as áreas classificadas como B, localizadas em bairros como Recreio dos Bandeirantes, Laranjeiras e parte da Tijuca que reúne 3,7% da população total.

As áreas classificadas no tipo C estão distribuídas principalmente na capital em bairros como Méier, Jardim Guanabara e Grajaú; e em Niterói; representam 3,6% da população. As de tipo D representam 14,0% da população total e está disposto, sobretudo, ao longo das linhas

férreas da capital (Irajá, Bangu, Campo Grande) e em Jacarepaguá. O mapa a seguir (Mapa 3) representa a Concentração Urbana do Rio de Janeiro, segundo tipologia intraurbana de condições de vida (IBGE, 2017).

Em geral, quanto mais distante do núcleo metropolitano, piores são as condições de vida. Na baixada fluminense, os municípios de Nilópolis e Nova Iguaçu apresentam alguns subcentros com melhores condições, mas a maior parte do território é classificado em tipologias intraurbanas ruins, sobretudo em Belford Roxo, Japeri, Queimados e algumas áreas de Nova Iguaçu e Duque de Caxias. Na baixada fluminense as áreas com melhores condições de vida, que correspondem a tipologias medianas na escala definida, são aquelas mais próximas à zona norte do Município do Rio de Janeiro, seguindo o fluxo das rodovias Washington Luís e Presidente Dutra e da linha férrea cujo destino é Paracambi (passando por Japeri) e situam-se nos municípios de São João de Meriti, Nilópolis, Mesquita, Duque de Caxias e Nova Iguaçu.

As áreas com condições de vida medianas, classificadas como tipo E são as que possuem maior proporção da população (37,0%), ocupando áreas extensas com elevada densidade populacional, interligando áreas com melhores condições de vida. Na capital os bairros de Vaz Lobo, Realengo, Riachuelo e Cosmos fazem parte desse grupo. Na baixada fluminense, o bairro de Dona Neli em Nova Iguaçu, o centro de São João de Meriti e de Duque de Caxias.

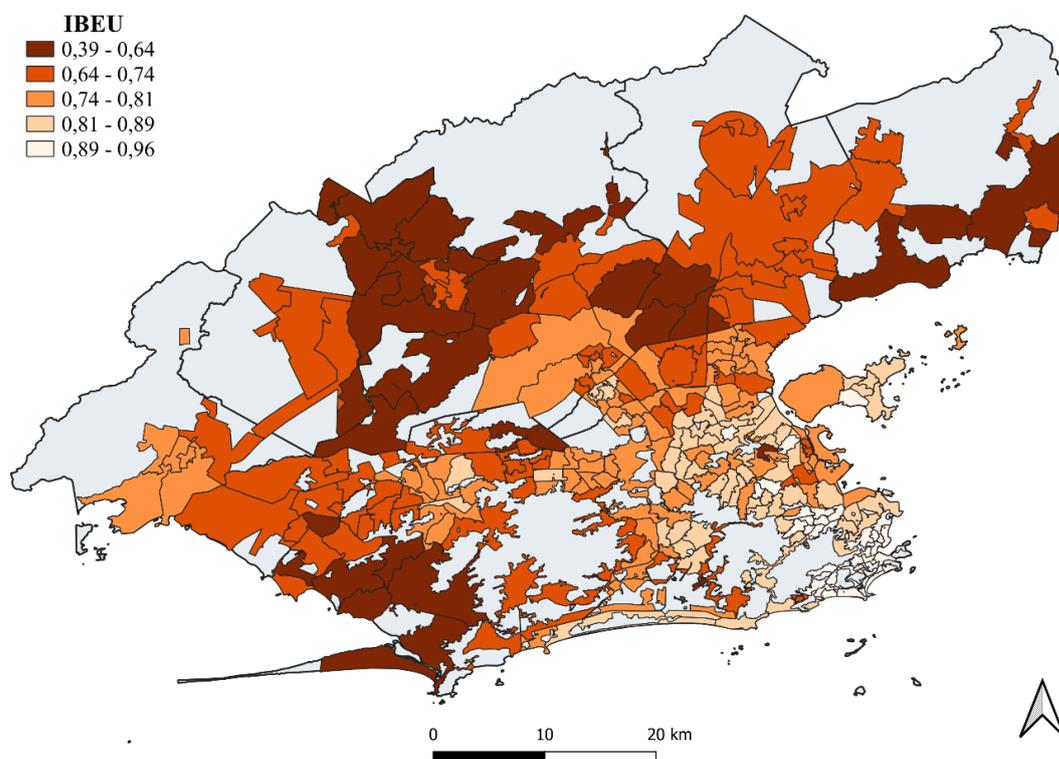
As áreas com piores condições de vida estão localizadas em fragmentos e nas bordas da da mancha urbana. Áreas do tipo G localizam-se entre áreas com boas e medianas condições de vida, representam 15,1% da população e coincidem com áreas de aglomerados subnormais (denominação do IBGE para favelas). O tipo H representa 15,8% da população e localiza-se, primordialmente, nas bordas urbanas. Os tipos I e J reúnem 4,4% da população com condições de vida bastante precárias, localizadas principalmente em Belford Roxo e São Gonçalo, com algumas manchas menores em Japeri, Queimados e Tanguá.

Os resultados mostram um quadro de intensas desigualdades socioeconômicas, que se expressam no espaço metropolitano. Apenas 7,3% da população vive em lugares classificados nas faixas com nível socioeconômico mais elevadas de tipologias urbana. A maior parte da população de cerca de 2 milhões de habitantes vive em áreas classificadas como E, G, H, com piores condições de vida.

Enquanto a tipologia intraurbana do IBGE prioriza variáveis relativas às condições socioeconômicas da população, o IBEU volta-se para as condições estruturais dos entornos dos domicílios, manifestando os níveis de benefícios urbanos dos lugares. Além do IBEU municipal, o Observatório das Metrôpoles calculou o referido índice a nível intramunicipal,

utilizando-se as áreas de ponderação enquanto unidades de análise. O mapa 4 evidencia as disparidades de condições de vida urbana na região.

Mapa 4. Índice de Bem-Estar Urbano nas áreas de ponderação da região de saúde Metropolitana I, 2010.



Elaboração própria

Fonte: IBGE

As áreas com as melhores condições socioeconômicas possuem uma população relativamente pequena e concentram os benefícios urbanos. O IBEU possui enfoque sobre a dimensão coletiva de bem-estar urbano, utilizando as áreas de ponderação enquanto unidades de análise intrametropolitanas. Na região de saúde Metropolitana I há 289 áreas de ponderação. O tamanho da população de tais unidades varia entre 3.361 em Paquetá no Rio de Janeiro até 259.157 habitantes em área de Duque de Caxias. Com exceção de Paquetá, a menor população é de 12.272 habitantes em área de ponderação em Nova Iguaçu.

As áreas cinzas não são habitadas ou não são consideradas urbanas. No Rio de Janeiro destacam-se a abrangência das unidades de conservação ambiental, quais sejam o Parque Nacional da Tijuca e o Parque Estadual da Pedra Branca. A Área de Proteção Ambiental de Gericinó/Mendanha abrange áreas de Nova Iguaçu, Nilópolis e Rio de Janeiro. Há áreas não habitadas ou não urbanas nas áreas mais afastadas da sede da metrópole.

O núcleo da metrópole reúne as melhores condições de vida urbana. Todas as áreas com IBEU superior a 0,9 estão localizadas nos bairros da zona sul do Rio de Janeiro – Copacabana,

Ipanema, Leblon, Jardim Botânico, Flamengo, Botafogo e outros – e da região da tijuca, onde ficam os bairros de Vila Isabel, Maracanã e Tijuca, além do centro. A primeira classe do mapa, que reúne os locais com valores de IBEU superiores a 0,869 inclui 46 áreas de ponderação, onde vivem 1.255.555 habitantes (dados de 2010), que representam apenas 12,7% da população da região Metropolitana I. As áreas são localizadas na zona sul e região da tijuca, e alguns bairros da zona norte da cidade do Rio de Janeiro, como Cachambi, Méier, Del Castilho, Todos os Santos, Penha e o Jardim Guanabara na Ilha do Governador.

A segunda classe discriminada no mapa 4 reúne 2.768.358 habitantes (28% da região de saúde). Das 85 áreas de ponderação que a compõem, 72 estão localizadas na cidade do Rio de Janeiro, que incluem bairros da zona sul, norte e alguns da zona oeste, como Freguesia – na região de Jacarepaguá –, Taquara e Realengo. As 13 áreas localizadas na baixada fluminense possuem cerca de 400 mil habitantes, incluindo extensa área de Nova Iguaçu, que possui 173.693 habitantes, 7 áreas de Nilópolis (do total de 9 do município), 2 áreas de Duque de Caxias, 1 em Mesquita e 1 em Itaguaí.

Na terceira classe a população residente é de 2.161.512 habitantes, 21,9% da região, vivendo em 65 áreas de ponderação. A maior parte (40 áreas) se localizam na cidade do Rio de Janeiro, sobretudo na zona norte e oeste, territórios ocupados por favelas, como a Mangueira, Manguinhos, Complexo do Alemão. As 25 áreas localizadas na baixada fluminense reúnem 842.553 habitantes, em vários municípios, com exceção de Nova Iguaçu, Magé, Japeri e Seropédica.

As classes com as piores condições de vida urbana estão localizadas na baixada fluminense. A população residente das 59 áreas da quarta classe é de 2.682.505 habitantes, 27,2% do total. Das 59 áreas, 26 estão localizadas na baixada, que, juntas, possuem 1.574.164 habitantes distribuídas pelos municípios da sub-região, com exceção de Nilópolis (que possui melhores condições de vida urbana), Belford Roxo e Japeri. 33 áreas situam-se no Rio de Janeiro, sobretudo na zona oeste da cidade e em algumas favelas como Jacarezinho e Rocinha.

Classificadas com as piores condições de vida urbana, as 25 áreas de ponderação possuem 1.005.980 habitantes, que representam 10,2% do total da região. No Rio de Janeiro, 269.466 habitantes residem em 10 áreas localizadas na zona oeste, em Guaratiba, e nas favelas do Complexo do Alemão e Rio das Pedras. Na baixada fluminense, toda a população do município de Japeri reside em áreas da última classe. Em Belford Roxo possui 4 de suas 5 áreas de ponderação na pior classe de condições de vida urbana, o que representa 76% da população total do município (357.150 habitantes). Nova Iguaçu também possui contingente populacional expressivo residente nessa classe: 206.431 habitantes em 3 áreas de ponderação. Em

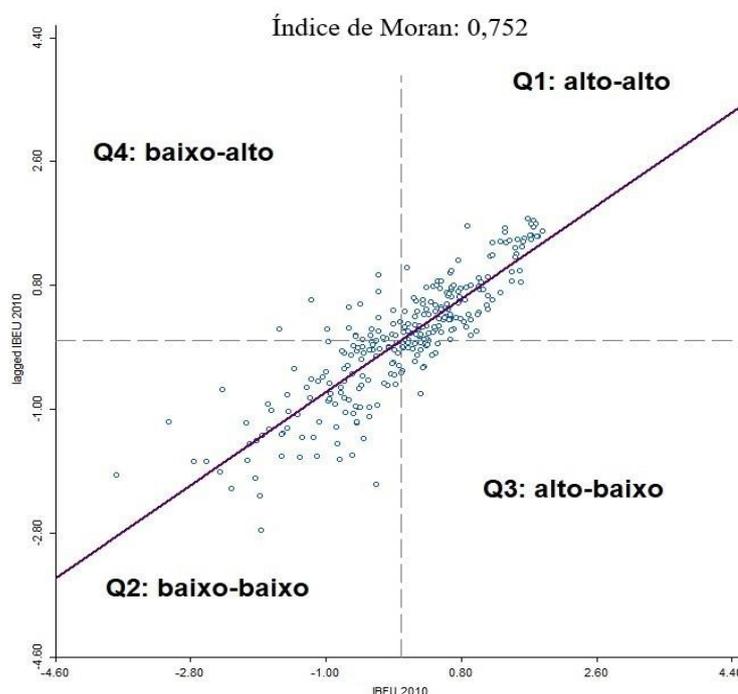
Queimados, 36,4% da população reside em 4 áreas de ponderação classificadas nas piores condições de vida urbanas da região.

O oeste metropolitano, constituído pelos municípios de Itaguaí, Seropédica, Japeri, Queimados; e por parte dos municípios de Nova Iguaçu e Rio de Janeiro apresenta baixos valores de IBEU, com exceção das áreas próximas ao bairro de Campo Grande, que se constitui como uma centralidade da sub-região do oeste metropolitano.

Essas abordagens descritivas são úteis para identificar as características do território metropolitano no que diz respeito às condições de vida urbanas. Avançando para uma abordagem mais analítica, testou-se a associação espacial para a variável selecionada para analisar as condições de vida urbanas (IBEU).

Verificou-se a correlação espacial das áreas que possuem elevado nível de bem-estar urbano e das áreas que possuem baixos níveis de bem-estar urbano. O gráfico 9 mostra o diagrama de espalhamento de Moran do IBEU para as áreas de ponderação da região, útil para visualizar a dependência espacial do indicador. Cada ponto do gráfico representa uma unidade de análise, que consistem nas 289 áreas de ponderação da região Metropolitana I. O índice de Moran equivale à inclinação da reta do gráfico, que corresponde ao coeficiente da regressão linear dos pontos, e pode variar entre 0 e 1, de acordo com o grau de dependência espacial (CÂMARA et al., 2004). O resultado obtido de 0,752, portanto, mostra elevada dependência espacial do IBEU na região Metropolitana I, ou seja, há correlação direta do indicador no espaço.

Gráfico 9. Diagrama de Espalhamento de Moran do Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU) na região de saúde Metropolitana I.



O diagrama de espalhamento foi construído através dos valores normalizados do IBEU (valores do indicador subtraído da média e dividido pelo desvio padrão), permitindo a comparação dos valores normalizados de IBEU da área com a média de seus vizinhos. No eixo horizontal do diagrama de espalhamento estão os valores normalizados do IBEU e no eixo vertical a média de seus vizinhos. O gráfico é dividido em quatro quadrantes, sendo que o Q1, que contém as áreas com valor normalizado alto e a média dos vizinhos alto para o IBEU; e o Q2, que contém as áreas com valor normalizado baixo e a média dos vizinhos baixo para o IBEU, são os quadrantes com associação espacial positiva.

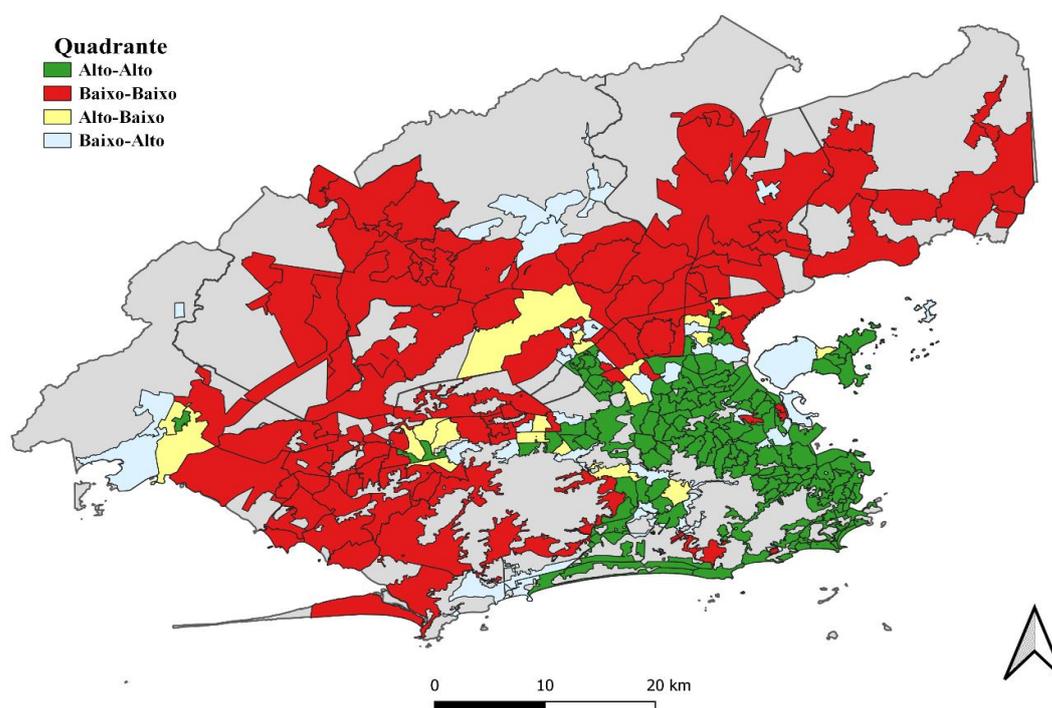
Das 289 áreas de ponderação, 136 estão no quadrante 1 (alto-alto); e 100 no quadrante 2 (baixo-baixo). Ou seja, 82% das áreas de ponderação se posicionaram em quadrantes com associação espacial positiva. Esse resultado e o valor elevado do índice de Moran (0,752) corroboram com a confirmação da hipótese de dependência espacial do IBEU na região Metropolitana I. Significa que se uma área de ponderação possui valor de IBEU acima da média, a chance de seu vizinho apresentar valor de IBEU acima da média é alta. E vale o mesmo raciocínio para áreas com valores de IBEU abaixo da média.

As áreas classificadas nos quadrantes 3 e 4 são áreas de transição entre sub-regiões com elevados níveis de bem-estar urbano e sub-regiões com baixos níveis, e, portanto, não seguem o padrão de dependência espacial das outras áreas. No quadrante Q3 estão 21 áreas com valores

de IBEU acima da média cujos vizinhos possuem IBEU baixos. No quadrante Q4 estão 30 áreas com baixos valores de IBEU cujos vizinhos possuem valores superiores de IBEU.

O Mapa 5 é um mapa temático construído após a aplicação das técnicas de estatística espacial e a classificação das áreas de ponderação nos quadrantes do diagrama de espalhamento de Moran.

Mapa 5. Espalhamento de Moran do Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU) nas áreas de ponderação da região de saúde Metropolitana I, 2010.



Fonte: IBGE

Elaboração própria

Observa-se que as áreas situadas no quadrante Q1 (alto-alto), que possuem as melhores condições de vida urbana, situam-se nas áreas centrais da metrópole, zona sul, Barra da Tijuca, Jacarepaguá e zona norte, incluindo a Ilha do Governador. Há poucas áreas classificadas no quadrante Q1 localizadas na baixada fluminense. Elas se situam principalmente na fronteira com a cidade do Rio de Janeiro nos municípios de Nilópolis e Duque de Caxias. No oeste metropolitano, o padrão é de baixas condições de vida urbanas, tendo como exceções uma área de ponderação em Itaguaí, e a área correspondente ao bairro de Campo Grande, classificadas no quadrante Q1.

As áreas de ponderação classificadas como padrão espacial de baixas condições de vida urbana situam-se, principalmente, na baixada fluminense e na zona oeste da capital, evidenciando que o padrão centro-periferia de desigualdades de benefícios urbanos permanece

presente. No entanto, as regiões que apresentam as melhores condições de vida urbana também possuem áreas classificadas no quadrante Q2 (baixo-baixo). Essas áreas correspondem a favelas, situadas na zona sul do Rio de Janeiro, como a Rocinha; na zona oeste, como Rio das Pedras; e na zona norte, como o Complexo do Alemão e Maré.

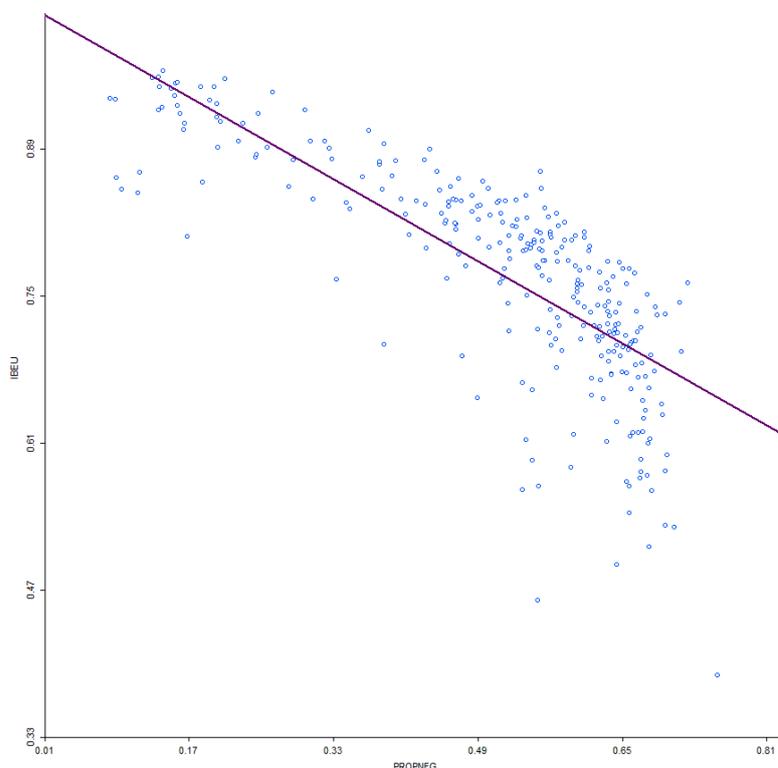
Os resultados corroboram com as formulações de Ribeiro e Ribeiro (2015), que admitem a reprodução do padrão centro-periferia da metrópole do Rio de Janeiro na macroescala, e na microescala uma proximidade das distâncias de locais de moradia das distintas classes sociais, com a presença de favelas em áreas de concentração de poder político e econômico.

Além da mera descrição dos diferenciais intrametropolitanos de condições de vida urbana busca-se avançar na abordagem articulando esses diferenciais a outros aspectos da vida social, dentre eles a questão racial. E para isso utilizou-se a correlação entre o bem-estar urbano e a proporção de negros nas áreas de ponderação da região. O gráfico 10 apresenta a dispersão das 289 unidades geográficas de análise da região metropolitana I de acordo com a proporção de negros no eixo das abscissas (x) e o IBEU no eixo das ordenadas (y).

O resultado mostra que a correlação entre a proporção de negros e o IBEU é de $-0,77$. Trata-se de um valor elevado, mostrando uma forte correlação entre as variáveis: quanto maior a proporção de negros, menor o IBEU. Ou seja, existe um nexos entre a urbanização desigual e o racismo no Brasil, que se manifesta de maneira aguda na região Metropolitana I.

Ribeiro (2016b) destaca as diferenças de acesso aos recursos coletivos segundo a cor da pele que favorecem as pessoas de cor branca, decorrentes de processos de discriminação racial que estão presentes na sociedade brasileira. O que se verifica nas metrópoles brasileiras é que os espaços de bem-estar urbano alto são habitados por uma população majoritariamente branca, ao passo que nos espaços com precárias condições de vida urbana prevalecem a população negra. As desigualdades urbanas revelam a diferença de acesso aos benefícios urbanos entre a população branca e negra (ou não branca), o que limita as possibilidades de mudança social, e aponta para a reprodução das desigualdades raciais.

Gráfico 10. Dispersão das áreas de ponderação segundo proporção de negros (PROPNEG) e Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU).



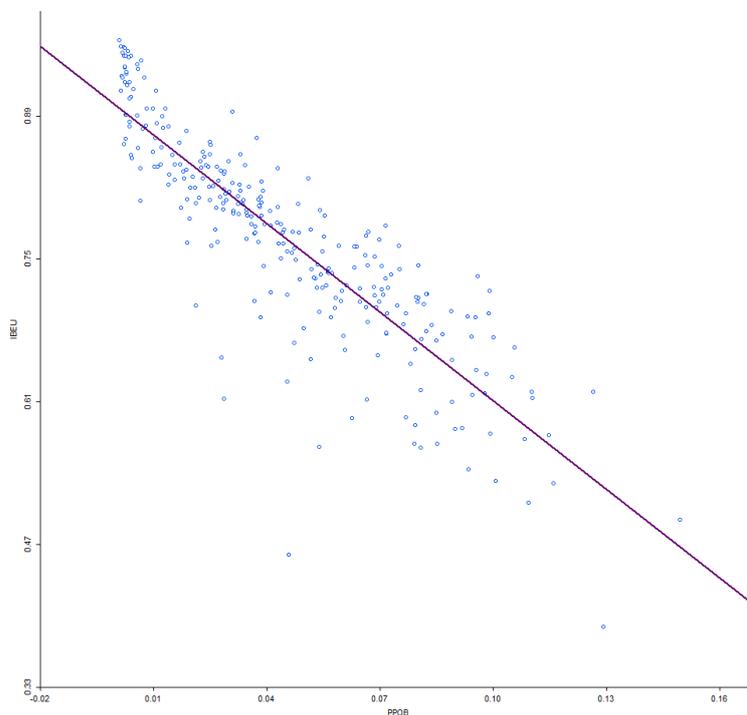
Fonte: IBGE

Elaboração própria

Os diferenciais de condições de vida urbana também estão relacionados com a renda. Observa-se nas metrópoles brasileiras uma correlação entre o nível de bem-estar urbano e o rendimento médio da população: quanto maior a renda, melhores condições de vida urbana (RIBEIRO, 2016b). Na região metropolitana I do Rio de Janeiro a situação não é diferente, conforme pode ser notado no gráfico 11 a seguir, que relaciona o IBEU à proporção de pobres.

As áreas de ponderação com proporção menor de pobres possuem altos níveis de bem-estar urbano e quanto maior a proporção de pobres, menores os níveis de bem-estar urbano. A coeficiente de correlação entre as duas variáveis foi de $-0,87$, demonstrando a forte correlação entre pobreza e piores condições de vida urbana.

Gráfico 11. Dispersão das áreas de ponderação segundo proporção de pobres (PPOB) e Índice de Bem-estar Urbano (IBEU).



Fonte: IBGE

Elaboração própria

Pode-se inferir que o espaço urbano, além de expressar as desigualdades, condiciona a reprodução delas, visto que a apropriação dos bens coletivos urbanos ocorre, primordialmente, por populações que residem em áreas com menor proporção de pobres. A forte correlação encontrada entre a variável de proporções de pobres e bem-estar urbano evidencia os limites das possibilidades de mudança social dos grupos que residem em tais áreas, pois são excluídos da possibilidade de usufruir de boa parte dos bens coletivos que os benefícios urbanos proporcionam.

Verifica-se, portanto, de acordo com a análise de correlação entre bem-estar urbano, questão racial e pobreza, que a situação de desigualdades socioespaciais evidencia um quadro de entrelaçamento entre o modelo de urbanização – que concentra os benefícios urbanos em determinados locais das cidades – e a exclusão de alguns grupos sociais (destacando-se os negros e os pobres) no que diz respeito à utilização dos bens e serviços coletivos urbanos, limitando as possibilidades de mudanças sociais. Ou seja, o espaço urbano condiciona as possibilidades de mudança ou de reprodução dessas desigualdades socioespaciais.

5.2.2 Problemas de saúde

Se na abordagem dos problemas de saúde no nível municipal o enfoque foi descritivo, a escala intramunicipal permite um enfoque analítico, tendo como unidades de análise as 289 áreas de ponderação da região Metropolitana I. As análises foram realizadas no sentido de testar associações entre os indicadores relativos aos problemas de saúde enquanto variáveis de desfecho (ou dependentes) e os indicadores de condições de vida urbana, questão racial e renda como variáveis explicativas (ou independentes).

Destaca-se, primeiramente, os diferenciais intraurbanos de mortalidade por homicídio. Entre 2009 e 2011 ocorreram 9.990 óbitos por homicídio na região, o que demonstra a elevada magnitude do problema de saúde na região, que atinge principalmente os homens (94%), os negros (70%) e os jovens (59% dos óbitos em pessoas de até 29 anos; chegando a 81% até 39 anos).

O mapa 5 a seguir mostra as taxas de homicídios (padronizadas) nas áreas de ponderação da região metropolitana I. O georreferenciamento por meio dos endereços de residência dos casos de óbito por homicídio foi bem-sucedido em 9.776 casos, o que representa 97,8% de acurácia. Os erros podem ser atribuídos a erros no registro de endereço e do próprio processo de georreferenciamento.

As taxas de mortalidade das áreas de ponderação foram agrupadas em cinco classes para a produção do mapa. As áreas localizadas na zona oeste do Rio de Janeiro, na zona norte próxima ao limite com a baixada fluminense, destacando-se os bairros de Costa Barros, Barros Filho, Realengo, Santa Cruz, Madureira, Honório Gurgel possuem taxas elevadas de homicídios. Na baixada fluminense, as áreas de ponderação localizadas no município de Duque de Caxias se destacam com taxas bastante elevadas.

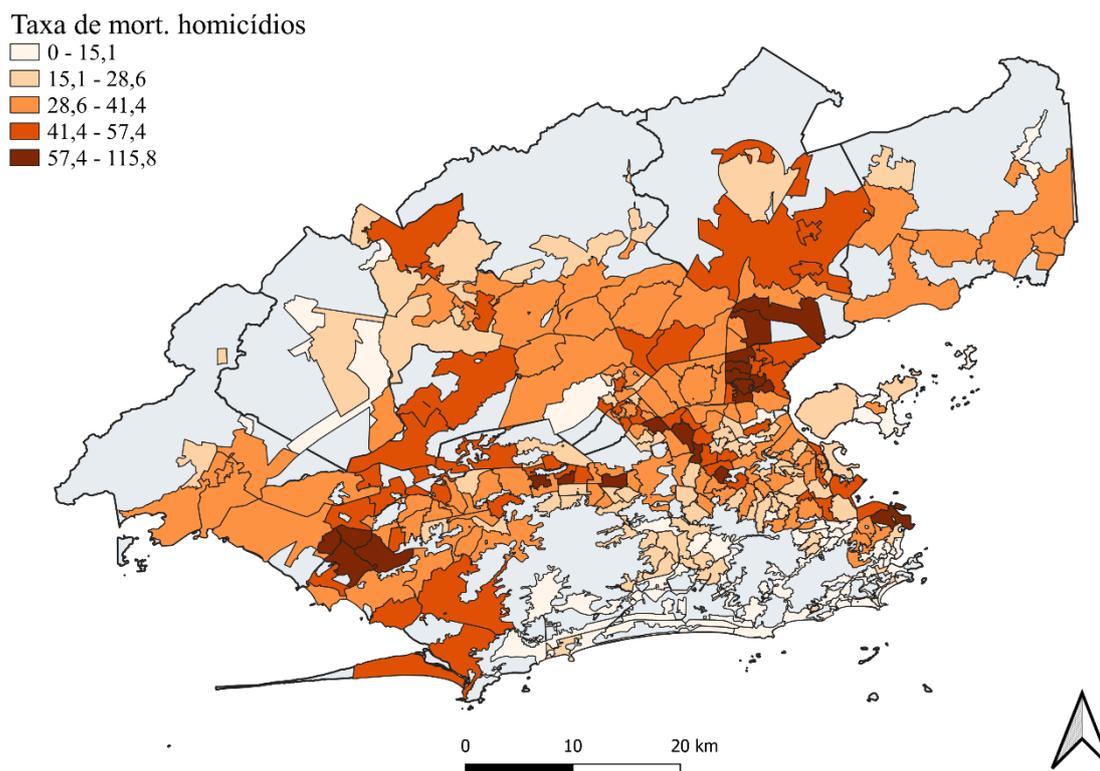
Não é possível afirmar que haja um padrão espacial do modelo centro-periferia na mortalidade por homicídios, visto que existem áreas das periferias com baixas taxas. E o centro do Rio de Janeiro possui taxa muito elevada.

No entanto, é preciso analisar esse resultado do centro do Rio de Janeiro com cautela, pois é possível que haja erro no registro do endereço da vítima, superestimando a taxa de homicídios do centro, onde são localizados hospitais de grande porte de atendimentos de urgências. É possível que o endereço de residência não tenha sido registrado de maneira correta (ou não foi possível coletar tal dado), tendo sido registrado o endereço do estabelecimento hospitalar.

Verifica-se que a classe com as menores taxas reúne 60 áreas de ponderação localizadas, preponderantemente, na cidade do Rio de Janeiro – sobretudo na zona sul, na região da Tijuca,

Barra da Tijuca e em algumas áreas de Jacarepaguá – locais com elevadas condições de vida urbana. Apenas quatro áreas não são localizadas na capital, duas em Seropédica, uma em Magé e uma em Mesquita. A classe com as taxas mais elevadas reúne 21 áreas de ponderação localizadas nos municípios de Duque de Caxias e do Rio de Janeiro.

Mapa 6. Taxa de mortalidade padronizada por homicídios nas áreas de ponderação da região Metropolitana I, 2009-2011.



Fontes: IBGE e SIM

A análise de correlação entre a taxa de mortalidade por homicídios e as variáveis relativas ao bem-estar urbano, pobreza e questão racial mostram uma correlação positiva com a proporção de negros e com a proporção de pobres e negativa com os cinco índices que expressam as dimensões do bem-estar urbano, conforme pode ser observado na tabela 7. A mortalidade por homicídios cresce quando se aumenta a proporção de pobres e de negros nas áreas de ponderação e se reduz com o aumento dos índices de bem-estar urbano. A proporção de negros foi a variável com a correlação mais forte (0,62), seguido da proporção de pobres (0,48). As correlações com os índices que expressam as dimensões do bem-estar urbano foram mais fracas.

Tabela 3. Resultados da análise de correlação e de regressão linear univariada para a taxa de mortalidade padronizada por homicídio.

Indicadores	Coeficiente de correlação (R)	Coef. de determinação regressão univariada (R ²)	Coeficiente β das variáveis	valor-P
PPOB	0,48	0,23	269,4	7,4E-18
PROPNEG	0,62	0,38	66,6	5,8E-32
D1	-0,38	0,15	-40,7	1,8E-11
D2	-0,41	0,17	-62,7	2,0E-13
D3	-0,3	0,09	-52,9	1,5E-07
D4	-0,12	0,01	-18,7	0,04736
D5	-0,18	0,03	-19,9	0,00164

Fontes: SIM, IBGE, Observatório das Metr p les. Elaborac o própria

Legenda: PPOB: Propor o de pobres; PROPNEG: Propor o de negros; D1: condi es de mobilidade urbana; D2: condi es ambientais urbanas; D3: condi es habitacionais urbanas; D4: condi es de serviços coletivos urbanas; e D5: condi es de infraestrutura urbana.

A tabela 7 também mostra os resultados da análise de regressão univariada. Destaca-se que a propor o de negros foi a variável que, isoladamente, explicou 38% da variabilidade da taxa de mortalidade por homicídios entre as áreas de pondera o. Apesar de explicar uma propor o menor da variabilidade, a propor o de pobres obteve o maior coeficiente β , parâmetro que mensura o incremento médio que a eleva o de uma unidade provocaria na variável desfecho. O valor de 269,4 do coeficiente β da indica o aumento médio de 2,7 pontos no valor da taxa de mortalidade por homicídios a cada aumento de 1% na propor o de pobres residentes nas áreas de pondera o. O valor-P, definido com intervalo de confiança de 95%, mostra que, na análise de associa o, todas as variáveis possuem significância estatística.

Os resultados do modelo de regressão linear múltipla – utilizado para analisar a associa o dos níveis de bem-estar urbano, propor o de negros e de pobres, tomadas enquanto variáveis explicativas; e a taxa de mortalidade padronizada por homicídio, como variável desfecho – estão descritos na tabela 8.

Foram incluídas no modelo as cinco dimensões do IBEU, além da propor o de negros e pobres residentes nas áreas de pondera o (7 variáveis explicativas). Após a aplica o do método *stepwise* para sele o das variáveis que mais influenciam no desfecho, o  ndice de mobilidade urbana (D1) foi excluído do modelo. O valor de R², o coeficiente de determina o da regressão, foi de 0,51, o que significa que o modelo foi capaz de explicar 51% da variabilidade dos valores da variável desfecho, mostrando que há outras variáveis relevantes que não foram incluídos no modelo que poderiam explicar parte da variabilidade da taxa de

homicídios. O teste F da regressão múltipla mostrou um valor de 9,4E-41, revelando a significância estatística do modelo.

Tabela 4. Resultados da regressão linear múltipla para a taxa de mortalidade padronizada por homicídio.

	Coefficientes β	valor-P
Interseção	-74,4	7,4E-07
PPOB	169,8	0,00202
PROPNEG	74,3	0,00000
D2	-41,8	0,00024
D3	55,8	0,00001
D4	25,6	0,04375
D5	36,2	0,00023

Fontes: SIM, IBGE, Observatório das Metrôpoles. Elaboração própria

Legenda: PPOB: Proporção de pobres; PROPNEG: Proporção de negros; D2: condições ambientais urbanas; D3: condições habitacionais urbanas; D4: condições de serviços coletivos urbanas; e D5: condições de infraestrutura urbana.

A interpretação dos coeficientes mostra que a interseção da reta de regressão, situação hipotética de valor da taxa de mortalidade por homicídio, caso os valores de todas as variáveis explicativas fossem nulos, é de cerca de -74,4. Os coeficientes das variáveis mostram quais foram as mais relevantes para explicar a variabilidade da taxa de homicídios nas 289 áreas de ponderação. Nesse sentido, na análise de regressão múltipla as variáveis mais relevantes para explicar a variabilidade dos homicídios no modelo foram a proporção de pobres e a proporção de negros. A variação delas provoca uma variação maior na mortalidade por homicídios.

As condições ambientais urbanas mostram um coeficiente inferior às demais variáveis; e o sinal negativo do coeficiente evidencia uma relação inversa entre as variáveis, ou seja, a taxa de homicídios cresce quando as condições ambientais urbanas (D2) são menores. Já as demais dimensões do bem-estar urbano (D3, D4 e D5) apresentaram um resultado inesperado, diferente da análise de correlação e de regressão univariada, visto que os coeficientes positivos demonstram que a associação é direta – quanto maiores níveis das dimensões do bem-estar urbano, maiores as taxas de homicídios. Tais resultados precisam ser ponderados pelo baixo valor dos coeficientes para os índices relativos ao bem-estar urbano. A mortalidade por homicídios é um fenômeno bastante complexo, cuja explicação da variabilidade envolve uma série de aspectos, tais como a presença de conflitos entre facções criminosas relacionadas ao tráfico de drogas, milícias, entre outros, que não foram incorporadas ao modelo. O aprofundamento sobre o problema foge ao escopo desse trabalho.

Outra limitação da abordagem que merece ser destacado é que a variação temporal das taxas não é objeto de análise desse nível intramunicipal. A análise um recorte temporal do

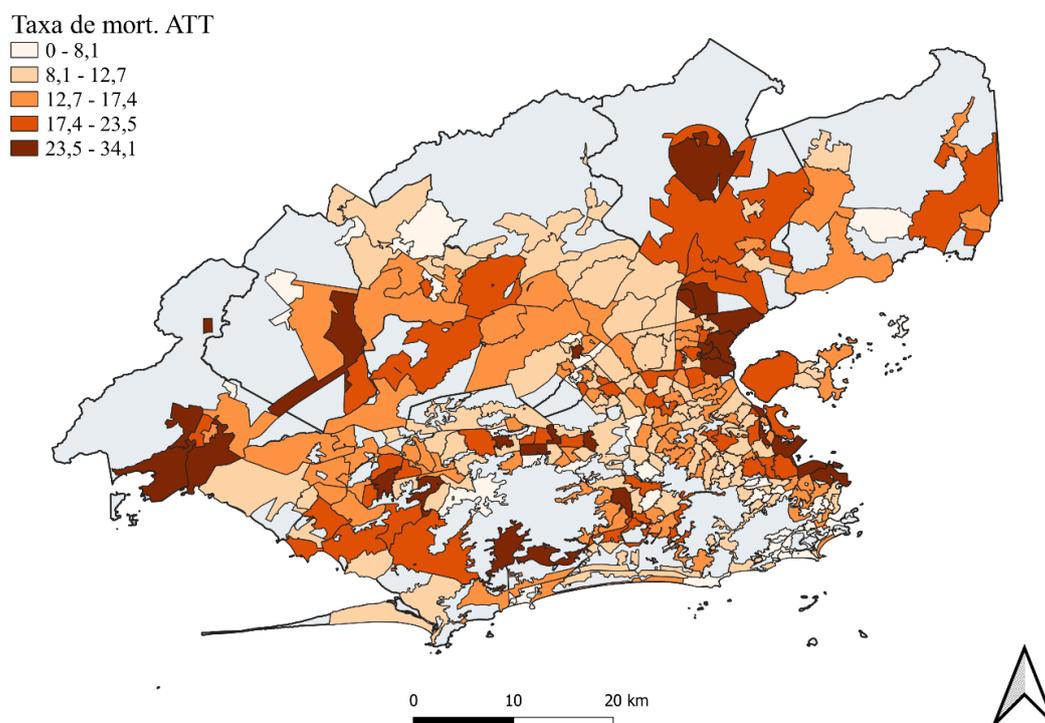
triênio 2009-2011. Ressalta-se que, na abordagem no nível municipal e de agregação entre a metrópole e sua periferia (baixada fluminense), verificou-se tendência de aumento de óbitos por homicídios na baixada fluminense no período de 2009 a 2018. No Rio de Janeiro a taxa oscilou durante o mesmo período de análise, com tendência de estabilização.

Em relação aos óbitos por acidentes de transporte terrestre (ATT), dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade mostram que ocorreram 4.197 óbitos por ATT no período de 2009 a 2011, demonstrando uma magnitude expressiva, porém inferior aos homicídios. Os homens representam 78% dos óbitos. Os negros representam 57%. Quanto à faixa etária, verifica-se que os óbitos por ATT concentra-se nas pessoas entre 20 e 59 anos (68%).

A acurácia do processo de georreferenciamento foi de 97,4%, visto que 4.087 óbitos foram localizados nas 289 unidades de análise (áreas de ponderação). O mapa 7, a seguir, mostra as taxas de mortalidade por ATT, destacando as variações intraurbanas do indicador na região Metropolitana I. Não se verifica um padrão espacial na variabilidade da taxa de mortalidade padronizada por ATT na região. Mas alguns aspectos merecem ser destacados. As áreas com menores taxas de mortalidade estão distribuídas nos municípios do Rio de Janeiro, principalmente na zona sul; Nilópolis, Mesquita, Magé, Japeri, Queimados e Seropédica.

Quanto às áreas com maiores taxas, destaca-se o município de Duque de Caxias, sobretudo nos bairros localizados em sua porção mais ao sul, como Vila São Luis, Parque Duque e Gramacho. Há áreas com elevadas taxas de mortalidade por ATT em Itaguaí, Seropédica, Mesquita e no Rio de Janeiro, nos bairros de Bangu, Mangueira, São Cristóvão, Vargem Pequena e Vargem Grande.

Mapa 7. Taxa de mortalidade padronizada por Acidentes de Transporte Terrestre nas áreas de ponderação da região Metropolitana I, 2009-2011.



Fontes: IBGE e SIM

A análise da correlação e de associação da mortalidade por ATT e as variáveis relativas ao bem-estar urbano, questão racial e pobreza está resumida na tabela 9. Os resultados mostram que as correlações são diretas com a proporção de pobres e negros e inversas com os índices de bem-estar urbano, mas de intensidade fraca. Na análise de regressão univariada, verifica-se que as variáveis isoladas explicam uma proporção pequena da variabilidade da mortalidade por ATT nas áreas de ponderação da região Metropolitana I. A variável com maior coeficiente de determinação foi a proporção de negros, explicando somente 12% da variabilidade da mortalidade por ATT. O valor-P do índice de mobilidade urbana (D1) mostra que ela foi a única variável explicativa que não atingiu um nível de significância estatística no teste de associação.

Tabela 5. Resultados da análise de correlação e de regressão linear univariada para a taxa de mortalidade padronizada por ATT.

Indicadores	Coefficiente de correlação (R)	Coef. de determinação regressão univariada (R ²)	Coefficiente β das variáveis	valor-P
PPOB	0,24	0,06	47,2	0,00005
PROPNEG	0,35	0,12	13,4	0,00000
D1	-0,09	0,01	-3,3	0,14022
D2	-0,25	0,06	-13,3	0,00002
D3	-0,17	0,03	-10,7	0,00297
D4	-0,17	0,03	-9,8	0,00304
D5	-0,12	0,01	-4,4	0,04990

Fontes: SIM, IBGE, Observatório das Metrôpoles. Elaboração própria

Legenda: PPOB: Proporção de pobres; PROPNEG: Proporção de negros; D1: condições de mobilidade urbana; D2: condições ambientais urbanas; D3: condições habitacionais urbanas; D4: condições de serviços coletivos urbanas; e D5: condições de infraestrutura urbana.

O modelo de regressão linear múltipla para a variável desfecho taxa de mortalidade por ATT obteve valor do coeficiente de determinação (R²), de 0,21. Ou seja, o modelo foi capaz de explicar apenas 21% da variabilidade da taxa de mortalidade por ATT. O teste F da regressão múltipla mostrou um valor de 2,91E-12, revelando a que o modelo possui significância estatística.

A tabela 10 apresenta os demais resultados da análise regressão linear múltipla, que excluiu a variável proporção de negros do modelo após a aplicação do método de seleção de variáveis *stepwise*.

Tabela 6: Resultados da regressão linear múltipla para a taxa de mortalidade padronizada por ATT.

	Coefficientes β	valor-P
Interseção	-5,0	0,48810
PROPNEG	23,5	9,3E-10
D1	8,2	0,00270
D2	-11,9	0,01861
D3	19,9	0,00070
D4	-16,7	0,00228
D5	14,0	0,00137

Fontes: SIM, IBGE, Observatório das Metrôpoles. Elaboração própria

Legenda: PROPNEG: Proporção de negros; D2: condições ambientais urbanas; D3: condições habitacionais urbanas; D4: condições de serviços coletivos urbanas; e D5: condições de infraestrutura urbana.

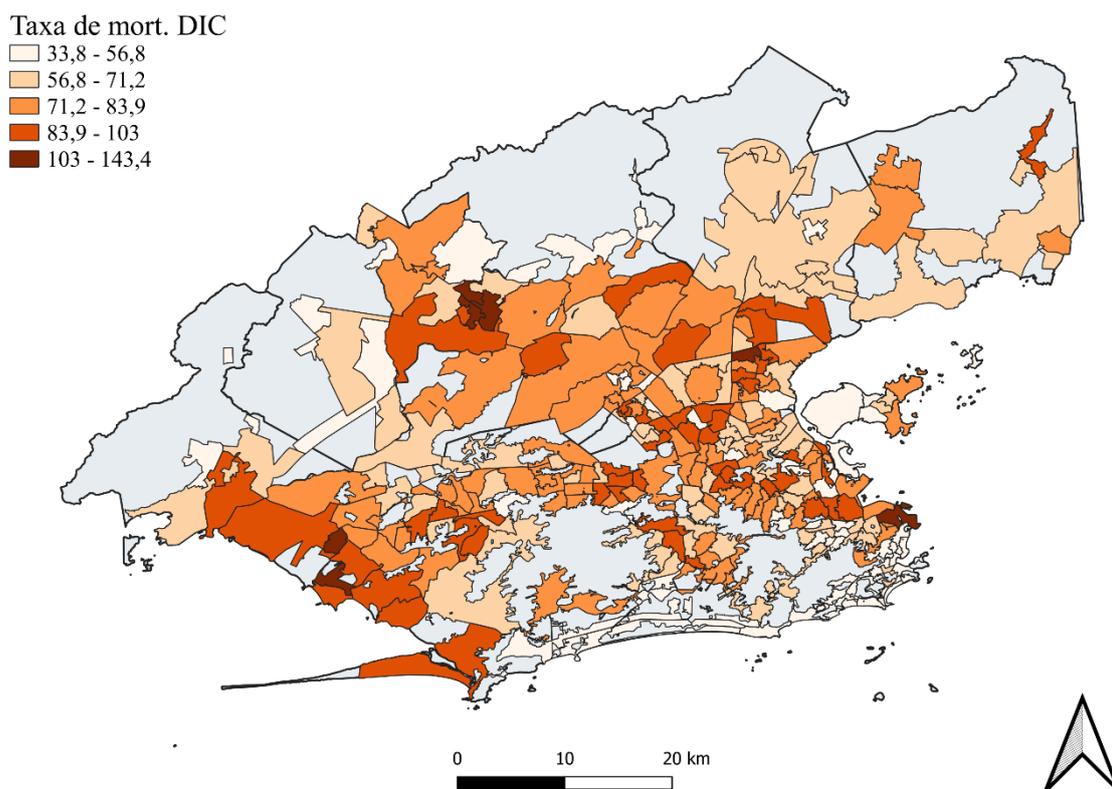
Conclui-se que as variáveis relativas à questão racial, pobreza e bem-estar urbano, embora tenham significância estatística nos testes de associação realizados, possuem

capacidade explicativa baixa em relação à variabilidade da mortalidade por ATT nas 289 áreas de ponderação da região Metropolitana I.

Em relação às doenças do aparelho circulatório, grupo de causas com a maior mortalidade proporcional dentre todos os grupos de causas, destaca-se, primeiramente, a mortalidade pelo subgrupo de doenças isquêmicas do coração (DIC). Foram registrados 21.453 óbitos por doenças isquêmicas do coração na região Metropolitana I no período de 2009 a 2011, o que demonstra a elevada magnitude do problema. Os homens representam 55% dos casos. Em relação à faixa etária, observa-se a preponderância de idosos (73% dos óbitos ocorreram em maiores de 60 anos), e quanto à cor da pele, 59% dos óbitos ocorreram na população branca.

O georreferenciamento obteve acurácia de 97,8%: do total de óbitos registrados, 20.988 foram localizados nas áreas de ponderação da região. O mapa 8 mostra a taxa de mortalidade por esse subgrupo de causas de óbitos.

Mapa 8: Taxa de mortalidade padronizada por Doenças Isquêmicas do Coração nas áreas de ponderação da região Metropolitana I, 2009-2011.



Fontes: IBGE e SIM

As 68 áreas classificadas com as menores taxas estão localizadas no Rio de Janeiro (58), e situam-se principalmente em áreas com elevadas condições de vida urbana, na zona sul da cidade, na Barra da Tijuca e em bairros da zona norte (Vila Isabel, Andaraí e Irajá). Entretanto

há áreas com condições de vida urbana inferiores, localizadas na zona oeste (Senador Vasconcelos) e algumas favelas, tais como a Rocinha, Complexo do Alemão e Manguinhos com baixas taxas de mortalidade por doenças isquêmicas do coração. Há áreas com baixas taxas localizadas nos municípios de Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Mesquita, Nilópolis e Seropédica.

Apenas 7 áreas de ponderação foram agrupadas na última classe com as maiores taxas. Três delas localizam-se no Rio de Janeiro (Centro e duas da zona oeste: Sepetiba e Santa Cruz), três em Queimados e uma em Duque de Caxias. Na classe que reúne as taxas entre 83,9 e 103 óbitos por 100.000 habitantes, destaca-se a preponderância de áreas localizadas na zona oeste e norte do Rio de Janeiro e nos municípios da baixada fluminense, com exceção de Mesquita, São João de Meriti, Japeri e Seropédica.

A análise de correlação mostra, como nas demais causas de mortalidade, uma correlação positiva da mortalidade por DIC e a proporção de negros e de pobres – indicando que o aumento da mortalidade é acompanhado pelo aumento da proporção de negros e pobres – e negativa com as dimensões do bem-estar urbano, mostrando que a mortalidade por DIC cai com o aumento das condições de vida urbanas. A tabela 11 mostra os resultados da análise de correlação e de regressão univariada.

Tabela 7: Resultados da análise de correlação e de regressão linear univariada para a taxa de mortalidade padronizada por DIC.

Indicadores	Coefficiente de correlação (R)	Coef. de determinação regressão univariada (R ²)	Coefficiente β das variáveis	valor-P
PPOB	0,28	0,08	160,5	9,5E-07
PROPNEG	0,47	0,22	50,4	4,4E-17
D1	-0,36	0,13	-38,4	3,1E-10
D2	-0,25	0,06	-37,3	0,00002
D3	-0,15	0,02	-26,7	0,00936
D4	-0,10	0,01	-15,5	0,10201
D5	-0,14	0,02	-15,1	0,01747

Fontes: SIM, IBGE, Observatório das Metrôpoles. Elaboração própria

Legenda: PPOB: Proporção de pobres; PROPNEG: Proporção de negros; D1: condições de mobilidade urbana; D2: condições ambientais urbanas; D3: condições habitacionais urbanas; D4: condições de serviços coletivos urbanas; e D5: condições de infraestrutura urbana.

Na análise de regressão univariada observa-se que a proporção de negros é a variável que, isoladamente, explica a maior proporção da variabilidade da taxa de mortalidade por DIC (22%). A variável proporção de pobres foi a que obteve maior coeficiente β (segundo o modelo, a cada aumento de 1% na proporção de pobres a taxa de mortalidade por DIC aumenta em 1,6). As

variáveis de condições de serviços coletivos urbanos (D4) e de infraestrutura urbana (D5) não alcançaram índice de significância estatística, de acordo com o valor-P.

Quanto à análise de regressão linear múltipla, o modelo incluiu apenas três variáveis: proporção de negros, que obteve o maior coeficiente β , condições de mobilidade urbana (D1), que não atingiu o nível de significância estatística (valor-P acima de 0,05) e condições de habitação urbana (D3). O coeficiente de determinação (R²) do modelo foi de 0,48, mostrando que o modelo foi capaz de explicar 48% da variabilidade da taxa de mortalidade por DIC entre as áreas de ponderação. O teste F da regressão múltipla foi de 5,69E-40, evidenciando a significância estatística do modelo. Os resultados da análise de regressão múltipla estão na tabela 11 a seguir.

Tabela 8: Resultados da regressão linear múltipla para a taxa de mortalidade padronizada por DIC.

	Coeficientes β	valor-P
Interseção	-14,3	0,46
PROPNEG	107,8	2,1E-20
D1	-9,6	0,21
D3	41,0	0,01

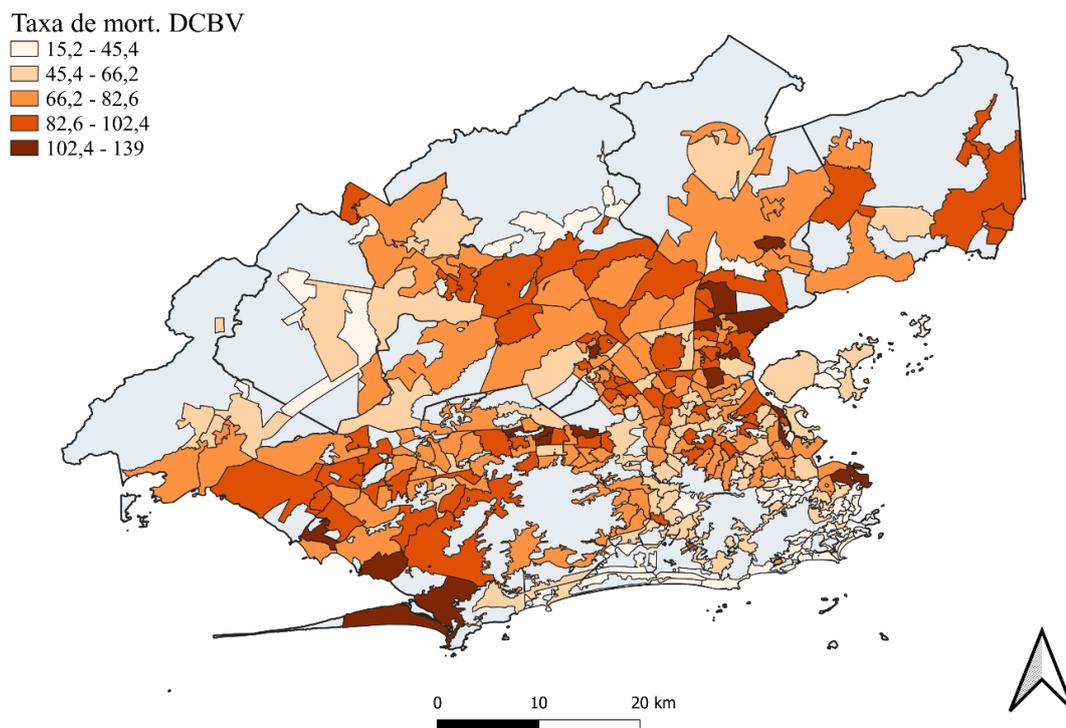
Fontes: SIM, IBGE, Observatório das Metrôpoles. Elaboração própria

Legenda: PROPNEG: Proporção de negros; D1: condições de mobilidade urbana; D3: condições habitacionais urbanas.

Ressalta-se a relevância da associação entre a proporção de negros e a mortalidade por doenças isquêmicas do coração, averiguada no nível ecológico (agregado). Entre as dimensões do bem-estar urbano, as condições de habitação também tiveram importância na explicação da variabilidade da mortalidade por DIC.

Em relação ao outro subgrupo de doenças do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares, foram registrados 19.872 óbitos entre 2009 e 2011. A maior parte dos óbitos ocorreu em mulheres (54%), pessoas brancas (50,4%) e idosos (80% dos óbitos ocorreram em maiores de 60 anos). Do total de óbitos, 19.551 foram georreferenciados nas áreas de ponderação, o que resulta em acurácia de 98,4%. O mapa 9, a seguir, mostra as taxas de mortalidade, com destaque para as variações intraurbanas na região Metropolitana I.

Mapa 9: Taxa de mortalidade padronizada por Doenças Cerebrovasculares nas áreas de ponderação da região Metropolitana I, 2009-2011.



Fontes: IBGE e SIM

Das 54 áreas de ponderação agrupadas na classe com as menores taxas, 48 estão localizadas na cidade do Rio de Janeiro. As menores taxas são encontradas em áreas com elevadas condições de vida urbana, na zona sul, zona norte – sobretudo nas adjacências da Tijuca – em Jacarepaguá e na Barra da Tijuca. As demais áreas (6) com as mais baixas taxas são localizadas em Duque de Caxias (1), Nilópolis (1), Nova Iguaçu (1), Queimados (1) e Seropédica (2).

Na classe com as maiores taxas encontra-se áreas em Duque de Caxias (5), Mesquita (1) e no Rio de Janeiro (9), localizadas na zona oeste – Bangu, Realengo, Santa Cruz e Guaratiba – e em favelas como a Maré e Vigário Geral; além do Centro, que obteve altas taxas em todas as causas selecionadas, possivelmente por conta de erros de registro do endereço de residência na declaração de óbito.

A análise de correlação e de associação entre a mortalidade por doenças cerebrovasculares e as variáveis explicativas mostra uma correlação relativamente forte com a proporção de negros (0,67) e razoável com a proporção de pobres (0,46).

Tabela 9: Resultados da análise de correlação e de regressão linear univariada para a taxa de mortalidade padronizada por DCBV.

Indicadores	Coefficiente de correlação (R)	Coef. de determinação regressão univariada (R ²)	Coefficiente β das variáveis	valor-P
PPOB	0,46	0,21	337,1	3,2E-16
PROPNEG	0,67	0,45	95,1	1,3E-39
D1	-0,46	0,21	-63,8	2,8E-16
D2	-0,45	0,20	-89,7	5,3E-16
D3	-0,38	0,15	-87,2	1,9E-11
D4	-0,22	0,05	-46,2	0,00016
D5	-0,27	0,07	-37,8	4,1E-06

Fontes: SIM, IBGE, Observatório das Metr p les. Elaboração própria

Legenda: PPOB: Proporção de pobres; PROPNEG: Proporção de negros; D1: condições de mobilidade urbana; D2: condições ambientais urbanas; D3: condições habitacionais urbanas; D4: condições de serviços coletivos urbanas; e D5: condições de infraestrutura urbana.

Quanto   análise de associação por meio da regressão linear univariada, destaca-se que a proporção de negros, isoladamente, explica 45% da variabilidade das taxas de mortalidade por DCBV entre as áreas de ponderação. A proporção de pobres obteve o maior coeficiente β , indicando um aumento de 3,4 pontos na taxa de mortalidade a cada aumento de 1% na proporção de pobres. Todas as variáveis foram estatisticamente significativas no teste de associação da regressão linear simples, de acordo com os valores-P.

A análise de associação realizada pela regressão múltipla, com aplicação do método *stepwise* para seleção das variáveis, incluiu cinco variáveis no modelo – proporção de pobres e de negros, mobilidade urbana, condições ambientais urbanas e condições habitacionais – conforme pode ser observado na tabela 14.

Tabela 10: Resultados da regressão linear múltipla para a taxa de mortalidade padronizada por DCBV.

	Coefficientes β	valor-P
Interseção	46,7	0,00282
PPOB	-207,2	0,00248
PROPNEG	111,5	1,6E-20
D1	-31,2	0,00003
D2	-36,4	0,00680
D5	32,4	0,00114

Fontes: SIM, IBGE, Observatório das Metr p les. Elaboração própria

Legenda: PPOB: Proporção de pobres; PROPNEG: Proporção de negros; D1: condições de mobilidade urbana; D2: condições ambientais urbanas; D3: condições habitacionais urbanas.

O valor de R^2 , o coeficiente de determinação da regressão múltipla, foi de 0,53, evidenciando que o modelo foi capaz de explicar 53% da variabilidade da taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares. O teste F da regressão obteve um valor de 2,82E-44, mostrando a significância estatística do modelo.

Destaca-se, mais uma vez, a relevância da proporção de negros para explicar a variabilidade da mortalidade. No caso das doenças cerebrovasculares é a variável mais importante de acordo com os testes de associação aplicados, evidenciando uma desigualdade racial nos diferenciais de mortalidade por esse subgrupo de causas de óbito. De maneira inesperada, o coeficiente β da variável proporção de negros ficou negativo, diferentemente da análise de regressão univariada.

Importante ressaltar como limitação das análises, a questão das causas mal definidas. Há uma proporção de óbitos sem a definição clara da causa básica de óbito (códigos lixo) que, possivelmente, poderiam ser enquadradas como óbitos cuja causa básica foram as doenças isquêmicas do coração e/ou cerebrovasculares.

A proporção de negros foi a variável com a maior capacidade explicativa da variabilidade da mortalidade em todas os quatro subgrupos de causas de óbito analisadas, demonstrando a associação, no nível ecológico (agregado), entre a proporção de negros e a elevada mortalidade dos grupos de causa investigados.

Krieger (2003) afirma a importância de se considerar o racismo como um fator determinante para explicar os diferenciais de situação de saúde de grupos sociais, atuando por meio de vias econômicas, ambientais, psicossociais e iatrogênicas que podem estar interligadas. Nessa perspectiva, não cabe dicotomizar aspectos relacionados às classes sociais e a questão racial como questões excludentes entre si, e sim buscar entender a maneira com que as relações de classe e de raça estão entrelaçadas.

Outro aspecto que merece ser destacado são as diferenças de prevalência de fatores de risco de doenças crônicas – sedentarismo, tabagismo, alimentação saudável, entre outros –, segundo raça/cor. Malta (2015) realizou ajustes na escolaridade e na idade para enfrentar metodologicamente o entrelaçamento das desigualdades raciais e sociais, e, após os ajustes, os resultados mostraram elevadas prevalências de fatores de risco na população negra (superiores aos brancos), o que pode indicar problemas de acesso a determinados bens e menos oportunidades para a população negra.

5.3 SÍNTESE SOBRE AS DESIGUALDADES NA REGIÃO METROPOLITANA I

As desigualdades podem se expressar em diversas dimensões dos processos de reprodução social. A abordagem acerca das desigualdades socioespaciais na região Metropolitana I contemplou duas dimensões nas quais elas se manifestam – condições de vida urbana, problemas de saúde – e duas escalas de análise: municipal e intramunicipal.

A perspectiva teórica que orientou a abordagem ancorou-se em uma perspectiva que entende que o território, além de manifestar as desigualdades, condiciona sua reprodução (ou seu enfrentamento). O Quadro 5, ao final desta seção, sintetiza os resultados encontrados da abordagem das desigualdades socioespaciais nas duas escalas investigadas e nas duas dimensões selecionadas.

No nível municipal, destaca-se o problema da mobilidade urbana dos municípios, evidenciado pelo elevado tempo de deslocamento no território que a população despende para realizar suas atividades cotidianas ou para acessar serviços públicos. Mesmo na cidade do Rio de Janeiro, o índice de mobilidade urbana é de apenas 0,53, na escala que vai de 0 a 1. O município de Itaguaí, que sedia um porto, é a exceção, com índice de mobilidade de 0,81. O índice em Japeri é bem próximo do valor mínimo (0,02). A baixa mobilidade urbana reduz a acessibilidade das populações a unidades de saúde, sobretudo dos grupos sociais cujo local de moradia é distante dos locais em que os serviços de saúde se localizam.

O atendimento de serviços coletivos urbanos, mensurado pela presença de serviços públicos de água, esgoto, energia e coleta de lixo obteve as melhores condições, dentre as dimensões do bem-estar urbano. São serviços que repercutem na situação de saúde da população na medida em que o perfil epidemiológico da região de saúde inclui doenças cuja cadeia de transmissão é interrompida quando se alcança a cobertura satisfatória de serviços de saneamento. Destacam-se as doenças transmitidas por água e alimentos (hepatite, leptospirose, verminoses, etc) e as doenças transmitidas por vetores (dengue, zika, chikungunya). Os menores índices foram identificados nos municípios de Japeri (0,56), Magé (0,64) e Belford Roxo (0,69). Importante ressaltar que os dados utilizados para cálculo desse índice se limitam a medir a presença do serviço, mas não sobre sua qualidade e regularidade.

Quanto aos valores do IBEU, o Rio de Janeiro possui as melhores condições de vida urbana da região. Na baixada fluminense, destacam-se os municípios de Nilópolis, com IBEU de 0,76; e Itaguaí de 0,73, beneficiado pela presença do Porto. Os piores índices foram encontrados nos municípios mais distantes da capital, Japeri (0,42), Belford Roxo (0,54) e Queimados (0,56). Tais disparidades de níveis de bem-estar urbano implicam em diferentes

oportunidades e acessibilidade a serviços coletivos, constituindo-se enquanto processos de produção de desigualdades de renda e de acesso a serviços.

Em relação aos problemas de saúde investigados, verifica-se que a magnitude da mortalidade por homicídios, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares é maior na baixada fluminense do que no Rio de Janeiro. Além da elevada mortalidade, observou-se tendência de aumento da mortalidade, estatisticamente significativa, por esses três subgrupos na baixada fluminense.

No Rio de Janeiro, a mortalidade por homicídios, apesar de inferior à da baixada, é elevada, tendo oscilado bastante no período em análise, permanecendo-se estabilizada em patamar alto (acima de 30 óbitos por homicídios por 100.000 habitantes). Na baixada fluminense a mortalidade chega a atingir níveis superiores a 50 óbitos/100.000 habitantes. O fenômeno da violência urbana é extremamente complexo e seu enfrentamento exige o envolvimento de diversos setores governamentais e da sociedade civil. Do ponto de vista do setor Saúde, o fenômeno da violência urbana é muito relevante pela sua magnitude e pelo fato de que o resultado desse fenômeno desemboca nos serviços de saúde, que precisa atender as vítimas dos atos violentos.

Nas doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, as taxas de mortalidade padronizadas no Rio de Janeiro permaneceram abaixo da média nacional. Em relação à análise de tendência, a série temporal mostrou queda estatisticamente significativa para as duas causas de mortalidade. Na baixada fluminense as taxas permaneceram acima da média nacional em estabilidade. Tais causas são agudizações de condições crônicas, como a diabetes e a hipertensão. Os fatores de risco são conhecidos e incluem o tabagismo, sedentarismo, stress e a obesidade, entre outros. As condições de vida urbana podem influenciar na mortalidade por essas causas pois influenciam na prevalência de importantes fatores de risco. O espraiamento urbano e a presença (ou ausência) de locais de atividade física são aspectos que condicionam a frequência da realização de atividade física, que tem relação com a obesidade e o stress.

Os dados sobre mortalidade por acidentes de transporte terrestre mostram uma situação diferente das demais causas, nas quais observou-se um padrão em que a magnitude do problema é maior na periferia metropolitana do que na capital. As taxas de mortalidade padronizadas por ATT na baixada fluminense são bastante similares às do Rio de Janeiro, ambas apresentam tendência de queda e permaneceram abaixo da média nacional. Cabe destacar os municípios que tiveram taxas elevadas de mortalidade por ATT – Itaguaí e Seropédica – mas que, por serem municípios com populações pequenas não impactam de maneira significativa na média da baixada fluminense.

Importante observar a relevância das ações intersetoriais para a mudança nos riscos de mortalidade e melhoria dos indicadores sobre problemas de saúde. O caso dos acidentes parece emblemático para mostrar a efetividade de iniciativas tomadas em setores governamentais externos ao setor Saúde, mas que possuem forte impacto nas condições de saúde da população. O Brasil avançou nas políticas de redução da mortalidade por acidentes de transporte terrestre por meio do novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), promulgado em 1998, e de outras leis posteriores sobre consumo zero de álcool na direção, uso de cinto de segurança em automóveis, uso obrigatório de cadeirinhas infantis e de capacete para motociclistas.

A análise das desigualdades socioespaciais na escala intramunicipal permite destacar a complexidade do padrão espacial de distribuição dos benefícios urbanos. Por um lado, há a permanência do modelo centro-periferia, detectada pela localização das áreas com melhores níveis de bem-estar urbano, preponderantemente na zona sul, Barra da Tijuca e parte da zona norte da cidade do Rio de Janeiro. No entanto, mesmo nessas áreas há a presença de favelas, marcadas pela escassez de benefícios urbanos, mas muito próximas das áreas privilegiadas de infraestrutura urbana. Ainda, verifica-se uma diversificação do espaço urbano da baixada fluminense – com a presença de áreas com melhores condições nas proximidades da Rodovia Presidente Dutra nos municípios de São João de Meriti e Nova Iguaçu – e as áreas próximas à Rodovia RJ-081 (*Via Light*) em Mesquita e Nilópolis. Na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro destaca-se o bairro de Campo Grande, a maior centralidade do oeste metropolitano, que possui as melhores condições da sub-região.

Na abordagem analítica sobre condições de vida urbanas, de um lado, e a questão racial e pobreza de outro; verificou-se forte correlação entre o nível de bem-estar urbano e proporção de negros e pobres residentes das áreas de ponderação, sugerindo a apropriação dos benefícios urbanos – implementados por meio de investimento público – pelos grupos sociais de brancos e os de maior renda.

Em relação às desigualdades em saúde, a questão racial se mostrou como um aspecto central para explicação dos diferenciais de mortalidade pelas causas selecionadas. Nos homicídios, 70% dos óbitos ocorrem em negros. Na análise de associação por meio da regressão linear, a proporção de negros e de pobres foram as variáveis mais relevantes para explicar a variabilidade da mortalidade por homicídios entre as áreas de ponderação.

No caso da mortalidade por acidentes de transporte terrestre, observou-se baixa influência das condições de vida urbana, questão racial e pobreza na variabilidade da mortalidade por este grupo de causas.

Na mortalidade por doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, eventos agudos geralmente associados à condições crônicas, a proporção de negros foi a variável mais importante para explicar a variabilidade da mortalidade nas áreas de ponderação.

É importante destacar que os problemas analisados são complexos e os modelos utilizados não incluíram variáveis relevantes para explicação das variações de mortalidade entre os lugares. O aprofundamento dos determinantes desses diferenciais de mortalidade dos problemas selecionados foge ao escopo do trabalho, que tem o enfoque voltado para a descrição e análise dos problemas de acordo com os diferenciais de condições de vida urbana, questão racial e pobreza.

O espaço urbano-metropolitano expressa desigualdades expressivas nas duas dimensões analisadas: a de condições de vida urbana e a dos problemas de saúde. Além de manifestar as desigualdades, o espaço condiciona a reprodução dessas desigualdades, na medida em que a distribuição desigual de benefícios urbanos exerce influência sobre as oportunidades de renda e de acessibilidade a bens e serviços públicos, como os serviços de saúde.

Quadro 5: Síntese sobre as desigualdades na região de saúde Metropolitana I

Dimensão/ escala	Condições de vida urbana	Problemas de saúde
Municipal	<p>Elevado tempo de deslocamento (condições ruins de mobilidade urbana), mesmo na capital.</p> <p>Dentre as 5 dimensões do bem-estar urbano, o atendimento de serviços coletivos possui as melhores condições.</p> <p>Melhores IBEU: Rio de Janeiro, Nilópolis e Itaguaí.</p> <p>Piores IBEU: Japeri, Belford Roxo e Queimados.</p> <p>Disparidades de bem-estar urbano enquanto vetores de produção e reprodução de desigualdades de renda e de acesso a serviços coletivos.</p>	<p>Elevada mortalidade por homicídios na região; estabilização na capital e tendência de aumento na baixada.</p> <p>Mortalidade por ATT abaixo da média nacional; tendência de queda na capital e na baixada.</p> <p>Mortalidade por DIC e DCBV na baixada estabilizada acima da média nacional; na capital, taxas inferiores à média nacional com tendência de queda.</p>
Intramunicipal	<p>Padrão espacial complexo com a permanência do modelo centro-periferia de desigualdades e de benefícios urbanos.</p> <p>Presença de favelas próximas a locais de elevado nível de bem-estar urbano.</p> <p>Diversificação do espaço urbano periférico.</p> <p>Correlação forte entre o nível de bem-estar urbano e proporção de negros e pobres, mostrando a apropriação dos benefícios urbanos pelos grupos sociais dos brancos e de maior renda.</p>	<p>70% dos óbitos por homicídios em negros. Proporção de negros e de pobres foram as variáveis mais relevantes para explicar a variabilidade da mortalidade por homicídios.</p> <p>Baixa influência das condições de vida urbana, questão racial e pobreza na variabilidade da mortalidade por ATT.</p> <p>Proporção de negros foi a variável mais relevante para explicar a variabilidade da mortalidade por DIC e DCBV.</p>

Elaboração própria

6. A REDE DE SERVIÇOS E O COMPLEXO DE GOVERNANÇA REGIONAL DA SAÚDE

Os serviços de saúde são componentes essenciais dos sistemas de saúde. Nesta seção serão apresentados alguns aspectos relevantes para a caracterização da rede de serviços vinculada ao SUS na região Metropolitana I, estratificada em níveis de atenção, e elementos relevantes sobre o complexo regional da saúde, constituído pelo conjunto de instituições responsáveis pela condução da política de saúde no espaço regional.

A abordagem sobre as desigualdades socioespaciais de condições de vida urbana, que identificou e classificou as áreas de ponderação com padrão alto e baixo de bem-estar urbano, com base nos procedimentos de estatística espacial de análise de matriz de vizinhança, foi utilizada nesse capítulo. Com a definição dos padrões espaciais de bem-estar-urbano, analisou-se a localização das unidades de saúde, segundo níveis de atenção, buscando explorar a interface entre as desigualdades de bem-estar urbano e a estrutura de oferta do SUS.

Além disso, foram analisados o desempenho da atenção primária, por meio de indicadores de cobertura e de efetividade; a distribuição espacial de médicos vinculados às unidades de atenção às urgências; a participação dos entes públicos e privados nas unidades de atenção às urgências e hospitalares; a utilização e o fluxo de atendimento hospitalar.

No que diz respeito ao complexo regional da saúde, foram analisadas as funções das principais instituições e instâncias responsáveis pela condução da política de saúde na região. Pressupondo a importância da coordenação federativa e da cooperação intergovernamental na efetividade da governança regional da saúde, buscou-se apontar as possibilidades, limites e desafios relativos à organização regional dos serviços.

6.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

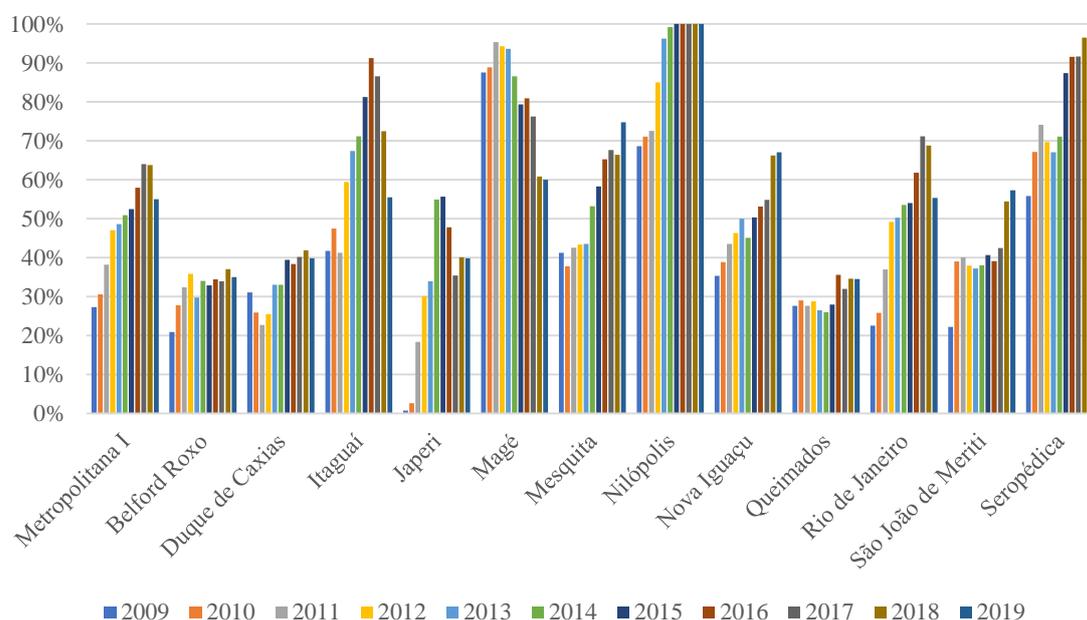
A atenção primária em saúde (APS), para Starfield (2002) deve prover atenção para boa parte das necessidades de saúde da população, além de funcionar como porta de entrada do sistema como um todo. Além disso, lhe é atribuída a função de coordenação da atenção à saúde, mesmo que tenha sido prestada em outros níveis de atenção do sistema.

No Brasil a APS é também denominada como atenção básica. Mas o sentido também passa pela ideia de porta de entrada, resposta a necessidades de saúde

(individuais e coletivas) e que se constitui enquanto primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada do ponto de vista de complexidade dos procedimentos e densidade tecnológica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Na abordagem empírica a seguir apresenta-se uma análise do desempenho da APS na região Metropolitana I, tendo como subdimensões o acesso e a efetividade dos serviços prestados.

O acesso ao primeiro nível da atenção à saúde pode ser descrito por meio da cobertura populacional da APS. Este nível tem um papel central na constituição de redes de atenção à saúde, capazes de prover a integralidade da atenção. E a cobertura é um atributo essencial para que a APS exerça todas essas funções. No Gráfico 12 observa-se que poucos municípios possuem cobertura satisfatória: Nilópolis e Seropédica aumentaram a oferta de serviços nesse nível de atenção, atingindo uma proporção de cobertura APS acima de 90% nos anos finais da série histórica; Magé e Itaguaí, apesar de terem atingido níveis elevados superiores a 90%, e entre 2014 e 2016, apresentaram queda nos anos posteriores.

Gráfico 12: Cobertura de atenção primária em saúde dos municípios da região de saúde Metropolitana I, 2009 a 2019.



Fonte: DAB/SUS

Na região Metropolitana I a cobertura, em 2009 estava muito baixa, abaixo de 30%, apresentou aumento progressivo até 2017, atingindo mais de 64%, patamar ainda insuficiente. Em 2018 o indicador se estabiliza e em 2019 cai para 55%, mostrando redução da oferta de serviços. Essa variação regional está associada à variação na capital,

que concentra 64% da população do total. É conhecida a expansão recente da atenção primária no Município do Rio de Janeiro: em 2009 era cerca de 22,8%, aumenta até atingir 71,1% em 2017, evidenciando a trajetória acelerada de expansão da oferta do primeiro nível de atenção à saúde, mas que é interrompida nos anos subsequentes. Em 2018 a cobertura cai para 68,8% e em 2019 cai para 55,4%.

Nova Iguaçu e Mesquita apresentaram aumento de cobertura que não foi interrompido na série histórica, mas ainda não atingiram um nível satisfatório. Em 2009, Nova Iguaçu tinha apenas 35,4% da população coberta pela atenção primária e atinge 67,1% em 2019. Em Mesquita o indicador variou de 41,2% para 74,8%.

Em Japeri, no ano de 2009 e 2010 os valores são inferiores a 5%; aumentam nos anos subsequentes atingindo o seu pico em 2015 com mais da metade da população coberta e cai no período 2016 a 2019 para 40%. Os municípios Belford Roxo, Duque de Caxias e Queimados apresentaram pouca variação e permaneceram com níveis baixos de cobertura, abaixo de 40%. Em São João de Meriti a cobertura também permaneceu próximo a esse patamar até o ano de 2017; nos anos de 2018 e 2019 houve aumento, chegando a 57,3%.

A expansão recente da atenção primária é algo relevante, mas, além de não ter atingido patamares satisfatórios, foi interrompida e, em alguns municípios, revertida para o sentido de redução da cobertura. Destaca-se também a variabilidade da cobertura em alguns municípios. A atenção primária pressupõe o estabelecimento de vínculo entre as equipes de profissionais e a população que vive no território. Variações bruscas na cobertura sugerem que esse vínculo pode estar sendo prejudicado.

A atuação territorial e a premissa de criação de vínculos entre as equipes de APS e a população adscrita ao território possibilita o desenvolvimento de uma estrutura local, presente no cotidiano da população. No entanto, a cobertura insatisfatória observada na região pode acarretar problemas para toda a rede de atenção do SUS. Dada a complexidade do perfil epidemiológico da região, a cobertura da atenção primária em saúde é uma condição para o desenvolvimento de ações efetivas de prevenção de doenças, assistência a determinados problemas de saúde e de coordenação do cuidado, assim como de promoção da saúde, em articulação com demais setores governamentais.

A localização das unidades de APS, enquanto um equipamento público que traz benefícios para os lugares, está representada na Tabela 11, que mostra a distribuição espacial de unidades de APS, de acordo com os quadrantes do diagrama de espalhamento de Moran, utilizado para definir os padrões de condições de vida urbana. Todas as

unidades de APS foram georreferenciadas no mês de junho de 2010, 2012, 2015 e 2018. Cerca de 3% das unidades estão localizadas em áreas consideradas não urbanas.

A maior proporção das unidades de APS está situada em áreas classificadas no padrão espacial de piores condições de vida urbana, segundo o diagrama de espalhamento de Moran do IBEU. A proporção de unidades localizadas no quadrante baixo-baixo (áreas com piores condições de vida urbana cujos vizinhos também apresentam valores de IBEU inferiores à média da região) se reduz com o passar do tempo (varia de 53,2% em 2010 para 46,4% em 2018), mas permanece como o quadrante em que se observa o maior número de unidades de APS. No quadrante com padrão espacial de melhores condições de vida (alto-alto), houve um aumento – absoluto e proporcional – de unidades de APS no período analisado.

Tabela 11: Localização das unidades de APS, segundo quadrante do diagrama de espalhamento de Moran, região de saúde Metropolitana I.

QUADRANTE	2010		2012		2015		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alto-Alto	123	24,0%	150	27,3%	137	26,7%	160	30,3%
Baixo-Baixo	273	53,2%	277	50,5%	258	50,2%	245	46,4%
Alto-Baixo	54	10,5%	59	10,7%	62	12,1%	63	11,9%
Baixo-Alto	45	8,8%	48	8,7%	44	8,6%	42	8,0%
Área não urbana	18	3,5%	15	2,7%	13	2,5%	18	3,4%
Total	513	100,0%	549	100,0%	514	100,0%	528	100,0%

Elaboração própria.

Fontes: CNES e Observatório das Metrôpoles

Tais resultados mostram que o quadro de desigualdades de condições de vida urbana, que está relacionado com a concentração de benefícios urbanos nas áreas mais centrais da metrópole, não se associa diretamente com a localização das unidades de APS. Os estabelecimentos do primeiro nível de atenção localizam-se, primordialmente, nas áreas mais carentes de benefícios urbanos em todos os anos investigados.

Importante destacar que, entre 2012 e 2015, houve uma redução do número absoluto de unidades de APS localizadas no quadrante baixo-baixo e uma pequena redução proporcional de unidades localizadas nas áreas mais carentes de benefícios urbanos. No período entre 2015 e 2018, intervalo de tempo marcado pela crise econômica e política no país, e que se expressa de maneira aguda no Estado do Rio de Janeiro, houve redução do número de unidades de atenção primária em áreas mais carentes de benefícios urbanos, tanto em termos absolutos quanto proporcionais. Nas áreas classificadas como

alto-alto, ou seja, as áreas com melhores níveis de bem-estar urbano, verifica-se aumento de unidades de APS entre 2015 e 2018. Ou seja, entre 2015 e 2018, enquanto nas áreas com baixas condições de vida urbana houve redução da oferta de serviços da APS, nas áreas com melhores condições, houve aumento.

Além da análise de localização de unidades de APS segundo padrões espaciais de bem-estar urbano, avaliou-se a efetividade da APS por meio do indicador de proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária (%ICSAP).

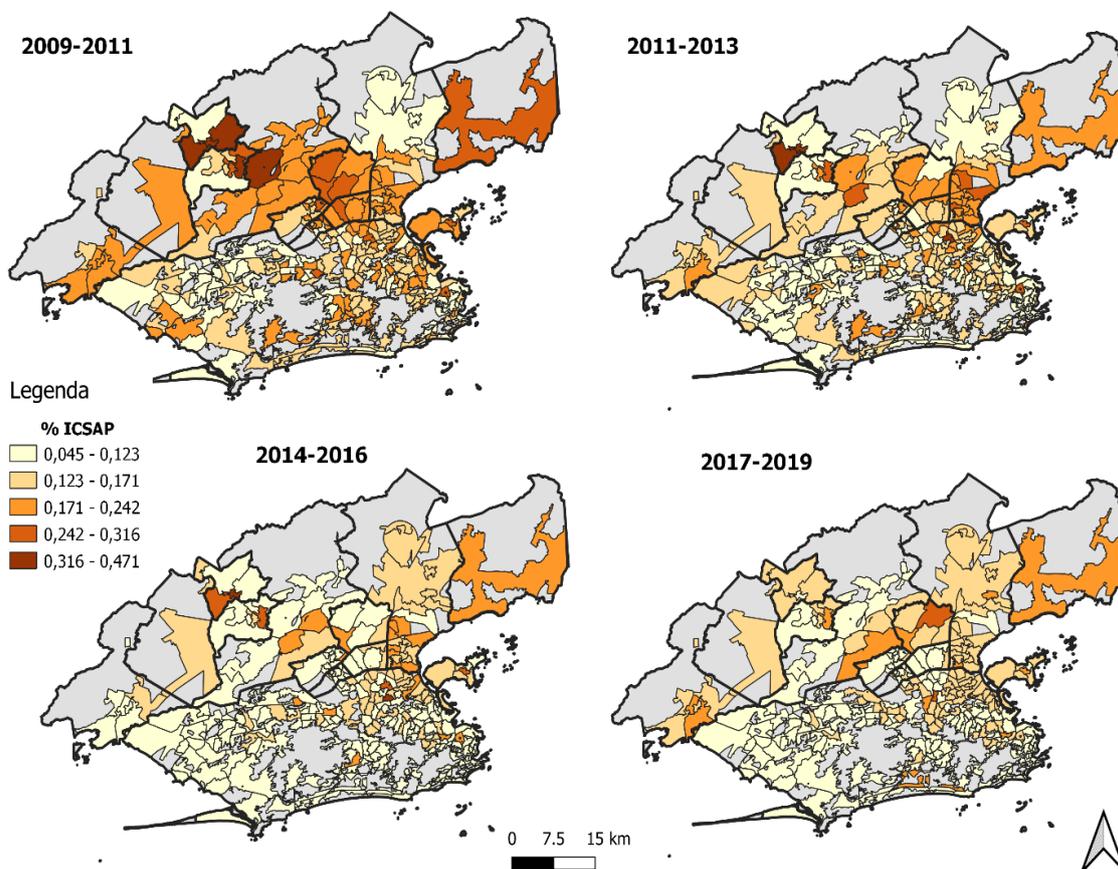
A Figura 1 a seguir mostra a evolução espaço-temporal desse indicador nas áreas de ponderação da região de saúde Metropolitana I. As faixas do indicador %ICSAP foram definidas pelo método de quebras naturais que maximiza a variância entre as classes e minimiza-as dentro de cada classe. As faixas foram definidas por esse método no primeiro período da série temporal (2009-2011) e mantidas nos demais períodos para possibilitar a comparação das variações espaço-temporais.

Para construção do mapa do período de 2009 a 2011 foi realizada a geocodificação (obtenção das coordenadas geográficas) por meio do CEP, e georreferenciadas 183.938 internações evitáveis com ação efetiva da APS nas áreas de ponderação da região, de um total de 189.919, representando cerca de 96,8% do total de internações inclusas no numerador do indicador. No denominador, que inclui todas as internações com exceção daquelas relacionadas a partos, foram georreferenciadas 1.045.313 internações de um total de 1.078.449, o que representa 96,9%. Com exceção dos municípios de Magé e Seropédica, cujas áreas de ponderação precisaram ser agregadas para melhorar a eficácia do processo de geocodificação, os municípios apresentaram uma proporção de ICSAP que não foram georreferenciadas muito próxima à proporção encontrada para toda a região (cerca de 3%).

A efetividade da APS no triênio 2009-2011 foi inferior aos demais períodos em consonância com os valores de baixa cobertura da APS, indicador de acesso a tais serviços de saúde. O valor do indicador para a região ficou em 17,6%. Todas as áreas classificadas como as maiores proporções de ICSAP localizam-se nos municípios da baixada fluminense. Áreas de ponderação com baixas condições de vida urbana, localizadas em Japeri chegaram a atingir mais de 40% de internações que poderiam ser evitadas com a atuação efetiva da APS. Outras áreas com elevada proporção de ICSAP (acima de 30%) incluem a área de Austin em Nova Iguaçu, próximo à Queimados, áreas do Município de Queimados, Belford Roxo (Jardim Redentor), Mesquita, São João de Meriti, Nilópolis e Rio de Janeiro (parte do bairro de Realengo). A última classe do mapa, representada com

a cor mais escura, inclui 6 áreas de ponderação localizadas em Japeri, Queimados, Belford Roxo e Nova Iguaçu.

Figura 1: Evolução espaço-temporal da proporção de internações por causas sensíveis da atenção primária em saúde nas áreas de ponderação da região de saúde Metropolitana I, 2009-2019.



Fonte: SIH

A penúltima classe abrange 13 áreas de ponderação. Juntas, as 2 classes com maiores proporções de ICSAP incluem 19 áreas que possuem 1.093.180 de habitantes. A classe mediana inclui 82 áreas de ponderação localizadas em 9 dos 12 municípios da região (exceto Magé, Japeri e Queimados), e possui população bastante significativa de 3.161.269 habitantes. A segunda classe reúne 106 áreas de ponderação com população de mais de 3 milhões de habitantes, localizadas, principalmente no Município do Rio de Janeiro (84%). E a primeira classe, com as menores proporções de ICSAP, reúne 2.473.094 habitantes em 73 áreas, localizadas em Nilópolis, Japeri, Queimados, Duque de Caxias e, residentes principalmente, no Rio de Janeiro. A maior parte das áreas que apresentaram baixos valores de proporção de ICSAP, sugerindo maior efetividade da APS, situam-se no Rio de Janeiro.

No período de 2011 a 2013 foram georreferenciadas 154.895 internações de um total de 159.599 internações que poderiam ser evitadas com a atuação efetiva da atenção primária na região Metropolitana I, resultando em eficácia de 97% no processo de geocodificação e georreferenciamento. No denominador do indicador foram georreferenciadas 1.032.675 internações de um total de 1.063.372, resultando em eficácia de 97,1%.

No geral, observa-se uma redução na proporção de ICSAP no período 2011-2013 em comparação ao período anterior. O valor para a região reduziu para 15,0%. Apenas 3 áreas de ponderação foram classificadas na classe com as maiores proporções – 2 em Japeri e 1 no Rio de Janeiro (parte do bairro de Irajá). Chama a atenção o fato de a área de Japeri que atingiu 47,1% de ICSAP em 2009-2011 aumenta para 66% no período de 2011-2013. A penúltima classe inclui 8 áreas, distribuídas nos municípios de Duque de Caxias, Queimados, Nilópolis, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro. As duas classes juntas incluem 11 áreas de ponderação uma redução em relação ao período anterior. Foram classificadas na classe intermediária 44 áreas com população de 1.838.785 de habitantes, distribuídos por todos os municípios da região, exceto Seropédica e Japeri. O número de áreas de ponderação classificadas nas classes com as menores proporções de ICSAP aumentou na comparação com o período de 2009-2011. A segunda classe do mapa do período 2011-2013 inclui 109 áreas de ponderação. A maior proporção de áreas de ponderação classificadas na segunda classe é residente do Rio de Janeiro (73%), mas observa-se redução em relação à proporção da segunda classe em residentes do Rio de Janeiro no período anterior. Os municípios de Nova Iguaçu e São João de Meriti aumentaram a proporção de sua população classificada na segunda classe do mapa, o que corrobora com o aumento da efetividade da APS, em consonância com o aumento da cobertura observada no mesmo período. Na classe com as menores proporções de ICSAP foram classificadas 116 áreas de ponderação. Cerca de 84% das áreas de ponderação dessa classe são localizadas na cidade do Rio de Janeiro.

O triênio 2014-2016 obteve eficácia de 97%, visto que 138.142 internações foram georreferenciadas de um total de 142.542 internações. No denominador a eficácia também foi de 97,0% tendo sido georreferenciadas 1.084.805 internações nas áreas de ponderação, num total de 1.118.198 internações.

A proporção de ICSAP da região no triênio 2014-2016 continuou a se reduzir, chegando ao menor valor da série temporal: 12,7%. Apenas 6 áreas de ponderação foram classificadas nas duas classes com as maiores proporções de ICSAP. Na última classe há

2 áreas – uma em Japeri e a outra no Rio de Janeiro (parte do bairro de Irajá) – e na penúltima classe, 4 áreas localizadas em Japeri, Queimados e Rio de Janeiro. As 6 áreas representam apenas 2% da população total da região. A classe intermediária inclui 19 áreas de ponderação localizadas em Belford Roxo, Duque de Caxias, Magé, Mesquita, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro, com uma população que atinge pouco mais de 1 milhão de habitantes, cerca de 10% do total. A segunda classe do mapa reúne 71 áreas de ponderação distribuídas em todos os municípios da região com exceção de Magé e Mesquita. A classe com os melhores indicadores de proporção de ICSAP reúne 184 áreas de ponderação, o que representa 65% do total de áreas da região, o que evidencia uma redução expressiva na proporção de ICSAP na região. Esta primeira classe é composta predominantemente por áreas do Município do Rio de Janeiro, mas estão distribuídas por todos os municípios da região com exceção de Magé e Seropédica.

A eficácia da geocodificação e do geoprocessamento das ICSAP no triênio 2017-2019 foi de 96,8%, visto que 144.740 interações foram localizadas de um total de 149.472 interações por condições sensíveis à APS. No denominador, em que se inclui o total de interações realizadas, excluindo-se as relacionadas ao parto, foram georreferenciadas 1.097.770 interações por meio do CEP de um total de 1.131.764 interações, o que resulta numa eficácia de 97%.

A proporção de ICSAP no triênio 2017-2019 aumentou em relação ao período anterior, atingindo 13,2%. Nenhuma área de ponderação foi classificada na última faixa com as maiores proporções de ICSAP. A penúltima classe inclui apenas 2 áreas de ponderação, uma em Belford Roxo e outra no Rio de Janeiro, no bairro de Honório Gurgel. A classe intermediária abrange 14 áreas de ponderação distribuídos nos municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Magé, Nova Iguaçu, Queimados e Rio de Janeiro. A segunda classe reúne 101 áreas de ponderação localizadas em todos os municípios com exceção de Magé. Na classe com as menores proporções de ICSAP estão as demais 162 áreas de ponderação da região, localizadas preponderantemente na cidade do Rio de Janeiro.

A eficácia da geocodificação e do geoprocessamento foram satisfatórios (resultados sempre próximos de 97%). Mas como tais procedimentos são realizados a partir do CEP que consta na AIH, se este dado estiver sido preenchido incorretamente, haverá erro. As limitações da análise do ICSAP, portanto, são decorrentes da utilização de dados secundários e, que, portanto, dependem do preenchimento correto do CEP na AIH.

A análise espaço-temporal permite a comparação do indicador relativo à efetividade da atenção primária em saúde. Houve uma melhoria expressiva no sentido de redução de internações evitáveis ao longo do período analisado, gerando um efeito positivo tanto nas condições de saúde da população, quanto na rede atenção à saúde, visto que reduz a demanda por internações hospitalares (evitáveis), abrindo espaço para demandas de internações clínicas e cirúrgicas não evitáveis.

Quando se analisa o acesso, por meio da cobertura da APS a nível municipal; a efetividade, através do %ICSAP; e a localização da APS, em conjunto, em sua dimensão espacial e temporal, observa-se uma melhoria gradual e contínua desses aspectos, que atinge o seu auge em 2015, com aumento da cobertura, redução de internações evitáveis e distribuição espacial das unidades mais equânime. A partir de então a evolução dos indicadores mostra uma reversão nos resultados dos indicadores na região como um todo. Quando se analisa os municípios separadamente, observa-se resultados contraditórios. Enquanto alguns municípios continuaram a trajetória de aumento do acesso e efetividade da APS, como Mesquita, Nilópolis, São João de Meriti, Nova Iguaçu e Seropédica, os demais apresentaram piora nos indicadores de cobertura e efetividade da APS.

Destaca-se que os problemas de saúde da região metropolitana do Rio de Janeiro, associados à pobreza urbana da região, configuram um quadro complexo de situação de saúde, e a ideia de atenção primária precisa considerar essa complexidade. A organização de serviços de saúde da região dificilmente poderá ser determinada em apenas um eixo central, vinculado à APS. A integração dos serviços de saúde nos distintos níveis de atenção na região é um desafio para o planejamento em saúde (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2003).

6.2 ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

O nível de atenção às urgências, denominado na literatura internacional enquanto sistemas médicos de emergência, é caracterizado pela função de prover profissionais, instalações e equipamentos para a prestação eficaz, coordenada e oportuna de serviços de saúde a vítimas de doenças ou lesões súbitas (MOORE, 1999).

Os sistemas de emergência médica, componente essencial dos sistemas de saúde, evoluíram, a partir da década de 1970, em torno de dois modelos distintos: O modelo franco-alemão, que prioriza o envio de assistência médica até o paciente; e o modelo anglo-americano, que prioriza o transporte oportuno dos pacientes até a unidade de saúde em que receberá a assistência. A partir do século XXI, a maior parte dos sistemas de

atenção às urgências e emergências do mundo possui características variadas de cada modelo (AL-SHAQSI, 2010).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, diferencia a urgência – caracterizada pela imprevisibilidade da ocorrência de danos à saúde – da emergência, que possui risco iminente de vida ou grave dano (CFM, 1995). No entanto, a construção da Política Nacional de Atenção às Urgências, iniciada no final da década de 1990, optou por adotar um conceito ampliado de urgência, superando as diferenciações entre o que poderia ser classificado como urgência ou emergência. Tomando o “imperativo da necessidade humana” enquanto marco ético, define-se a urgência para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, com a devida classificação de gravidade em níveis (O’DWYER, 2010).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituída formalmente por meio da Portaria 1.863/2003, é um marco na estruturação de rede de serviços de atenção às urgências, de modo a desconcentrar a atenção que, até então, era realizada nos prontos-socorros. Desde sua instituição, a PNAU vem sendo implementada em conformidade com as premissas da regionalização da saúde, orientada pelas concepções vigentes sobre as regiões e redes.

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aprovado em 2002 pelo Ministério da Saúde após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, com a finalidade de organização de sistemas hierarquizados e regionalizados, apresenta conformidade com a NOAS. O regulamento pressupõe o aumento de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial e propõe um diagnóstico das deficiências do setor, base para o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, que deve compor o PDR, instrumento instituído pela NOAS. A regulação médica é destacada como mecanismo de efetivação das referências previamente pactuadas com a finalidade de organização dos sistemas regionalizados.

Em 2011, em conformidade com o destaque às redes temáticas de atenção à saúde no processo de regionalização, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências, constituída pelos componentes de promoção, prevenção e vigilância à Saúde; atenção básica; SAMU e suas centrais de regulação médica das urgências; sala de estabilização; força nacional de saúde do SUS; UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar; e atenção domiciliar. Posteriormente, a Rede de Atenção às Urgências foi renomeada para a RUE.

O SAMU desempenha a função da assistência pré-hospitalar móvel e foi o primeiro componente da PNAU a ser implantado, processo que ocorreu de maneira desigual nos estados e regiões do país. A implantação do SAMU expandiu-se a partir de 2003, priorizando as capitais num primeiro ciclo que perdurou até 2006. A partir de 2008, a implantação dos SAMU passa a adotar uma lógica regional. Esse processo resultou na expansão da cobertura populacional do serviço, mas seu desempenho ficou prejudicado por conta da desintegração do SAMU com a atenção primária, que se mostrou com cobertura e resolutividade insuficientes, e pela falta de leitos hospitalares (O'DWYER et al., 2017).

Em relação às UPA, trata-se de componente da RUE com capacidade de atendimento de demandas de complexidade intermediária com finalidade de redução das filas nos prontos-socorros dos hospitais. Seu regime de funcionamento – 24 horas por dia, sete dias por semana – favorece a resolução das urgências e emergências.

A tabela 12 mostra a distribuição das unidades de atenção às urgências por esfera administrativa. Nota-se a expansão da oferta de serviços de atenção às urgências no período de 2010 a 2018, demonstrada pelo aumento do número de unidades que prestam esse serviço. Em todos os anos investigados a maior parte das unidades estavam sob responsabilidade dos municípios, evidenciando a relevância dessa esfera de governo no que tange à resposta as urgências. O número de unidades estaduais dobra entre 2012 e 2015, evidenciando uma expansão expressiva na oferta de serviços de urgência no período por parte do nível estadual de gestão do SUS. Há apenas uma unidade do nível federal, que é vinculada ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), voltada para cuidados paliativos. Verifica-se que a participação relativa das entidades privadas no provimento de serviços de atenção às urgências no SUS da região não é expressiva.

Tabela 12: Número de unidades de atenção às urgências por esfera administrativa

Esfera administrativa	2010	2012	2015	2018
Federal	-	1	1	1
Estadual	23	23	46	46
Municipal	27	60	70	80
Privado contratado	4	4	3	4
Total	54	88	120	131

Elaboração própria.

Fonte: CNES

Estão incluídas unidades de pré-hospitalar fixo, como as unidades de pronto atendimento (UPA24h), policlínicas, emergências psiquiátricas; e unidades de pré-

hospitalar móvel, como o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU). A maior parte das unidades estaduais são de UPA24h.

O Estado do Rio de Janeiro foi pioneiro na implantação das UPA no Brasil, processo que adquiriu destaque na agenda governamental pela confluência de diversos fatores. A implantação das UPA no Estado do Rio de Janeiro iniciou-se em 2007, antes mesmo da normatização federal definir e incentivar o modelo das UPA 24hs. A expectativa foi que a implantação de tais unidades produziria uma redução da sobrecarga das emergências hospitalares, principalmente no que diz respeito às urgências clínicas. A maior parte das UPA inauguradas localizavam-se na cidade do Rio de Janeiro (LIMA *et al.*, 2015).

Em relação à localização das UPA24h implantadas a partir de 2007, Lima *et al.* (2015) já apontaram que foram priorizadas áreas que apresentavam escassez de assistência à saúde e que estivessem próximas a hospitais e vias em que há intensa circulação de pessoas. Nesse trabalho, além das UPA24h, realizou-se a análise de localização de todas as unidades de atenção às urgências, segundo padrão espacial de bem-estar urbano. A tabela 13 mostra essa distribuição espacial. Todas as unidades de atenção às urgências foram georreferenciadas e uma proporção baixa (em torno de 1-2% do total) localiza-se em áreas não urbanas. Houve aumento do número de unidades de atenção às urgências na região Metropolitana I no período de 2010 a 2018, em consonância com a expansão da oferta de UPA, conforme apontado por Lima *et al.* (2015).

Tabela 13: Localização das unidades de atenção às urgências, segundo quadrante do diagrama de espalhamento de Moran para o IBEU, região de saúde Metropolitana I.

QUADRANTE	2010		2012		2015		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alto-Alto	22	40,7%	27	30,7%	48	40,0%	52	39,7%
Baixo-Baixo	20	37,0%	43	48,9%	49	40,8%	50	38,2%
Alto-Baixo	8	14,8%	10	11,4%	14	11,7%	19	14,5%
Baixo-Alto	3	5,6%	6	6,8%	8	6,7%	9	6,9%
Área não urbana	1	1,9%	2	2,3%	1	0,8%	1	0,8%
Total	54	100,0%	88	100,0%	120	100,0%	131	100,0%

Elaboração própria.

Fontes: CNES e Observatório das Metrôpoles

Destaca-se o aumento progressivo do número absoluto de unidades situadas tanto em áreas de padrão espacial de elevadas condições de vida urbana quanto as de piores

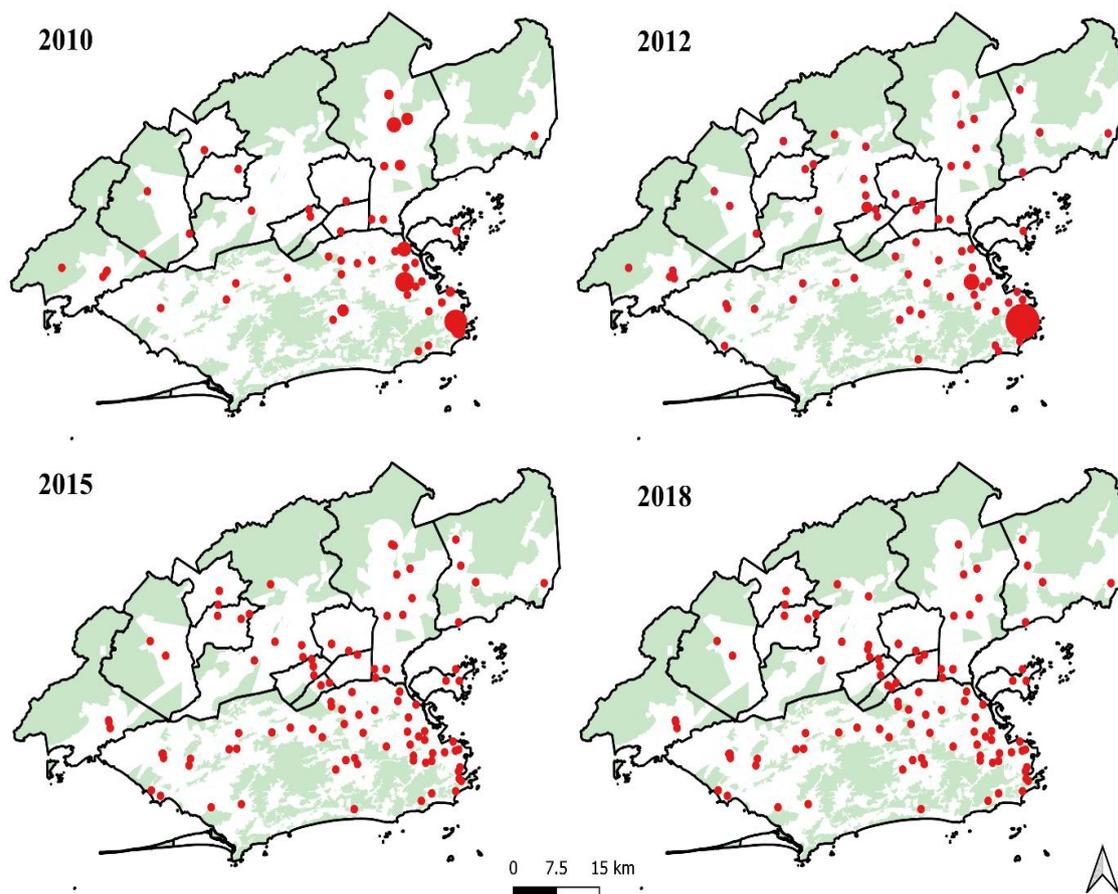
condições. Houve aumento no número absoluto de unidades de atenção às urgências em todos os quadrantes.

Analisando-se a frequência relativa (proporção) da localização das unidades, segundo quadrantes de do diagrama de espalhamento de Moran, observa-se que em 2010 o número de unidades nos quadrantes alto-alto e baixo-baixo era muito próximo. O ano de 2012 marcou a maior proporção de unidades situadas no quadrante baixo-baixo (48,9% do total). A partir de então observa-se uma redução da proporção de unidades localizadas nas áreas de ponderação classificadas no quadrante baixo-baixo, ainda que tenha ocorrido aumento na frequência absoluta de unidades. Em 2018, a distribuição das unidades de atenção às urgências nos quadrantes mais relevantes para análise de padrões espaciais de condições de vida urbana (quadrante alto-alto e baixo-baixo) volta para uma situação bastante semelhante ao verificado no ano de 2010, com o número de unidades nos quadrantes alto-alto e baixo-baixo muito próximo, com leve preponderância para as áreas de melhores condições.

A Figura 2 mostra a distribuição espacial das unidades de atenção às urgências na região Metropolitana I no mês de junho dos anos de 2010, 2012, 2015 e 2018. Os círculos vermelhos são proporcionais ao número de médicos vinculados às unidades de saúde. A variação espaço-temporal da oferta da distribuição de médicos nos serviços de atenção às urgências mostra, no geral, um aumento do número de unidades de atenção às urgências concomitante ao espalhamento da distribuição dessas unidades no território metropolitano.

Quanto ao número de médicos vinculados, percebe-se que em 2010 havia concentração de médicos em estabelecimentos localizados na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, em alguns pontos da zona norte da capital e no norte do Município de Duque de Caxias. Em 2012 a concentração de médicos ocorre, principalmente, em unidades localizadas na zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Em 2015 e 2018 observa-se uma distribuição de médicos mais igualitária entre as unidades de atenção às urgências.

Figura 2: Unidades de atenção às urgências com áreas de influência proporcionais ao número de médicos vinculados, região Metropolitana I.



Fonte: CNES

O aumento do número de unidades de atenção às urgências coincide com o processo de expansão das UPA no Estado do Rio de Janeiro. O processo de implantação das UPA envolveu um esforço institucional de conformação da rede de urgências, com destaque ao papel do governo estadual, com a criação de uma coordenação específica vinculada à Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES-RJ. No entanto, a implantação das UPA ocorreu de forma acelerada e de maneira dissociada de iniciativas de melhoria dos demais componentes da atenção às urgências. O processo careceu de planejamento integrado entre as esferas de governo, o que comprometeu a integração da rede de urgências (LIMA et al., 2015).

Analisando-se os resultados apresentados sobre a efetividade da APS e a expansão dos atendimentos de urgência, pode-se sugerir que a redução das internações evitáveis não diz respeito apenas aos serviços prestados no âmbito da APS. Considerando a interdependência entre os níveis de atenção, a expansão das unidades de atenção às urgências em conjunto com o processo de equalização da distribuição espacial dos

médicos vinculados à tais unidades, podem ter contribuído para a redução de internações evitáveis.

O'Dwyer (2010) discute a crítica ao fato de os serviços de pronto atendimento funcionarem como porta de entrada do sistema de saúde, quando a atenção primária deveria exercer tal função. Argumenta que a atenção às urgências não compete com a APS pela função de porta de entrada, apenas responde à uma expectativa da população, visto que nem sempre a APS está estruturada à contento para satisfação de suas necessidades de saúde. Nesse sentido, as unidades de urgências podem servir como uma porta de entrada possível e operativa, podendo encaminhar os pacientes para outros pontos da rede.

Os problemas de organização da rede de atenção à saúde se manifestam de maneira bastante aguda nos serviços de urgência. Essa discussão sobre a porta de entrada não precisa ocorrer de maneira dicotômica, como argumenta O'Dwyer (2010). A questão central é a organização do sistema em rede, que pressupõe a predefinição dos fluxos de referência e contrarreferência de acordo com as linhas de cuidado dos problemas e necessidades de saúde das populações, bem como de mecanismos de coordenação assistencial e sistemas de informações compartilhados entre os níveis de atenção. Para que a atenção primária em saúde exerça a função de coordenação assistencial, os pacientes não teriam que, necessariamente, passar pela atenção primária em todos os momentos em que demandar serviços de saúde. No entanto, quando se discute a necessidade de estruturar a APS, um dos pontos cruciais diz respeito à necessidade de a APS receber as informações sobre os atendimentos dos pacientes em todos os níveis de atenção.

6.3 ATENÇÃO HOSPITALAR

Em relação ao nível de atenção hospitalar, ressalta-se a diversidade de procedimentos realizados nos hospitais, estabelecimentos voltados para prestação de assistência a pacientes em regime de internação (BRASIL, 2004). O enfoque dado nesse trabalho é para a estrutura física e utilização de leitos de internação, excluindo-se os leitos psiquiátricos. Estão incluídos todos os leitos de internação – cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia e outras especialidades – e complementares, que incluem os leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) e unidade intermediária.

Braga Neto (2012) aponta que, apesar das mudanças e questionamentos ocorridos nas últimas décadas acerca do papel da assistência hospitalar, tais estabelecimentos

continuam exercendo funções bastante relevantes na rede de atenção. A concentração de saberes e tecnologias especializadas, a relevância dos gastos hospitalares no conjunto das despesas em saúde e, a maneira com que a sociedade ainda encara os hospitais como lugar onde se exerce a medicina moderna, expressando simbolicamente o sistema de saúde, são aspectos que evidenciam a importância dos hospitais.

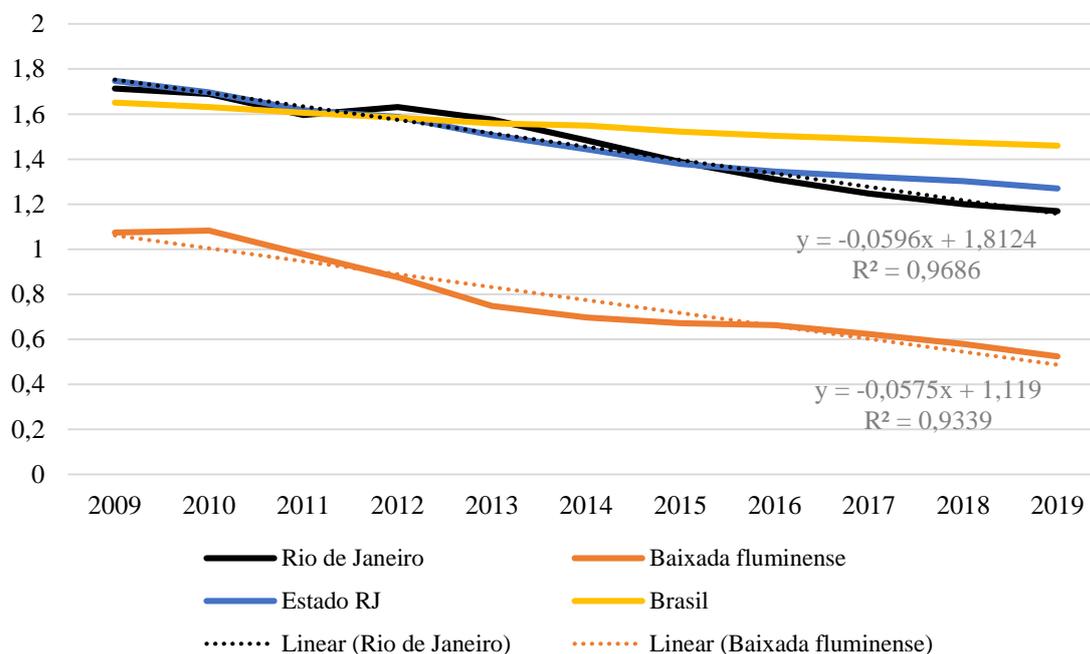
Os hospitais podem ser classificados de diferentes formas, seja pelo porte das unidades, seja pelo perfil assistencial, nível de complexidade dos procedimentos executados, o papel que o hospital exerce na rede de serviços de saúde e quanto a seu regime de propriedade: público, que no contexto do sistema de saúde brasileiro pode ser subdividido quanto à esfera de governo a qual a unidade está vinculada; ou privado, que pode ser subdividido em privado lucrativo ou filantrópico, e se possui contrato ou convênio com o SUS. O Brasil, assim como outros países menos desenvolvidos, possui uma proporção elevada de unidades hospitalares no segmento privado, em comparação com países desenvolvidos. Mas a proporção de estabelecimentos hospitalares públicos vem aumentando desde a década de 1980 (BRAGA NETO et al., 2012).

Entre 2006 e 2017 houve a redução na participação tanto dos hospitais privados que atendem exclusivamente o SUS quanto dos hospitais com atendimento exclusivo privado. No mesmo período houve crescimento da participação de estabelecimentos com atendimento misto, evidenciando o caráter articulado e interdependente entre os setores público e privado no que diz respeito à atenção hospitalar (VIACAVA et al., 2018).

No que diz respeito à distribuição espacial de serviços de alta complexidade, os fluxos de atendimento mostram a desigualdade da oferta no território nacional, com intensa concentração de serviços nas capitais, regiões metropolitanas e algumas cidades médias com elevadas condições socioeconômicas (ALBUQUERQUE et al., 2021).

O Gráfico 13 permite observar a trajetória descendente de recursos físicos em nível nacional, estadual, regional e municipal. Em termos absolutos, verifica-se a redução de cerca de 5 mil leitos na região Metropolitana I: em 2009 havia cerca de 14.830 leitos e esse número reduz-se para cerca de 9.830 em 2019. No Município do Rio de Janeiro, onde o número de leitos por habitante era maior do que a média nacional no início da série temporal, em 2009; há tendência de queda mais intensa, resultando no quadro observado em 2019, quando o indicador fica abaixo da média nacional, que também está em queda.

Gráfico 13: Número de leitos (internação e complementares) por (1.000) habitantes no Município do Rio de Janeiro, Baixada Fluminense, Estado do Rio de Janeiro e Brasil, 2009 a 2019.



Fontes: CNES e IBGE

Na baixada fluminense, a razão de leitos por habitantes já era baixo em 2009, cerca de 1,1 leito por 1.000 habitantes, bem inferior à média nacional, estadual e da capital. Ainda assim, a razão de leitos por habitantes se reduz no período analisado e possui tendência de queda, chegando a um patamar baixíssimo (0,52 leitos por 1.000 habitantes), revelando a escassez de leitos de internação da baixada fluminense.

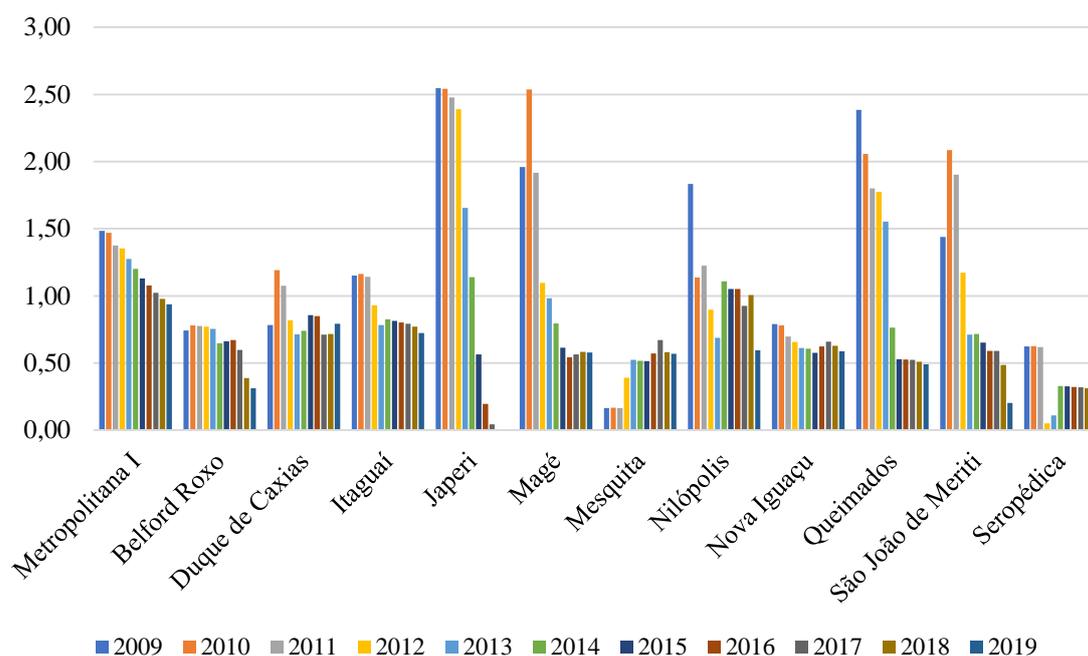
A redução progressiva na razão de leitos por habitantes no Município do Rio de Janeiro e na baixada fluminense está expressa nas equações das retas, que evidencia a redução média de cerca de 0,06 na razão de leitos a cada ano da série temporal em análise. O coeficiente de determinação das duas retas é muito alto, evidenciando a tendência de queda dos leitos na região.

A despeito da redução expressiva e progressiva de leitos de internação, a taxa de internações hospitalares na região não se reduziu no mesmo período. As taxas de internação oscilaram entre 3,2 e 3,6 internações por 100.000 habitantes. A interpretação desse fenômeno passa pela utilização mais eficiente dos leitos de internação, ou seja, o número de internações não se alterou de maneira expressiva (houve um leve aumento) com um cenário de redução de leitos, o que pode ser explicado pelo aumento do giro-leito, que pode estar associado à redução da média de permanência dos internados

(número médio de dias que os pacientes estiveram internados) e aumento da taxa de ocupação hospitalar (proporção de leitos ocupados).

Nos municípios da baixada fluminense a escassez de leitos é histórica e marcante. No período analisado o número de leitos por habitantes, que já era baixo, continua a se reduzir. Nota-se, no gráfico 14, que houve redução de leitos em todos os municípios, com exceção de Mesquita. Em 2009 o número total de leitos de internação e complementares, excluindo-se os psiquiátricos, era de cerca de 3.860. Esse número se reduz progressivamente ao longo do tempo e, em 2019, atinge o valor médio de 1.979. Em Japeri, Queimados, São João de Meriti e Magé a queda é muito expressiva. Em termos absolutos, verifica-se que, em 2009 Japeri havia cadastrado no CNES cerca de 245 leitos e o número se reduz drasticamente até zerar em 2018, permanecendo zerado em 2019. Queimados reduz de 332 leitos para 74. São João de Meriti tinha cerca de 672 leitos em 2009 e esse número cai drasticamente para 96 em 2019. Em Magé houve queda de 450 para 142 leitos. Os municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu são os que possuem o maior número de leitos; no ano de 2019, em média, esses municípios têm 720 e 477 leitos, respectivamente. Os municípios que mais se destacam pela redução expressiva de leitos durante o período analisado – Japeri, Magé, Nilópolis, Queimados e São João de Meriti – apresentavam razão de leitos por habitantes com valores próximos ou até mesmo acima de 2 leitos/1.000 habitantes no início da série histórica. A partir de 2013 observa-se uma redução expressiva de leitos em tais municípios. Em 2019 os valores desse indicador de estrutura hospitalar chega a níveis inferiores a 0,6 leitos de internação por 1.000 habitantes.

Gráfico 14: Número de leitos de internação e complementares por (1.000) habitantes dos municípios da baixada fluminense, 2009 a 2019.



Fontes: CNES e IBGE

O município de Mesquita, único que não apresentou redução de infraestrutura de internação, permanece com razão de leitos por habitantes baixa, ainda que tenha elevado-se no período analisado. Os municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, que possuem os maiores números de leitos da baixada fluminense, apresentam baixos valores do indicador de razão de leitos por conta da elevada população que possuem.

Em relação à localização dos estabelecimentos com internação da região Metropolitana I, a Tabela 14 mostra a frequência absoluta e relativa de tais unidades de saúde, segundo padrão espacial de condições de vida. Todas as unidades foram georreferenciadas e localizadas em áreas urbanas.

Tabela 14: Localização dos estabelecimentos com internação, segundo quadrante do diagrama de espalhamento de Moran, região de saúde Metropolitana I.

QUADRANTE	2010		2012		2015		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alto-Alto	74	56,5%	72	58,5%	69	61,1%	66	61,1%
Baixo-Baixo	35	26,7%	28	22,8%	25	22,1%	24	22,2%
Alto-Baixo	6	4,6%	7	5,7%	4	3,5%	4	3,7%
Baixo-Alto	16	12,2%	16	13,0%	15	13,3%	14	13,0%
Total	131	100,0%	123	100,0%	113	100,0%	108	100,0%

Elaboração própria.

Fontes: CNES e Observatório das Metrôpoles

Nota-se que a maioria dos estabelecimentos se situam em áreas com melhores condições de vida urbana, localizadas em áreas alto-alto. Verifica-se que houve uma redução progressiva do número total de unidades hospitalares em todos os quadrantes do diagrama de espalhamento de Moran. No que diz respeito à variação proporcional nos quadrantes verifica-se pequenas mudanças no sentido de aumento de hospitais em áreas com melhores condições (concentrava 56,5% dos hospitais em 2010, aumentando para 61,1% em 2018), e redução nas áreas mais carentes (26,7% em 2010 e 22,2% em 2018).

Isto pode ser justificado, em parte, pelo fato de que as unidades com internação necessitam de vias de mobilidade urbana efetivas para garantir o transporte das pessoas que precisam de internação, além de infraestrutura urbana básica para o seu funcionamento adequado.

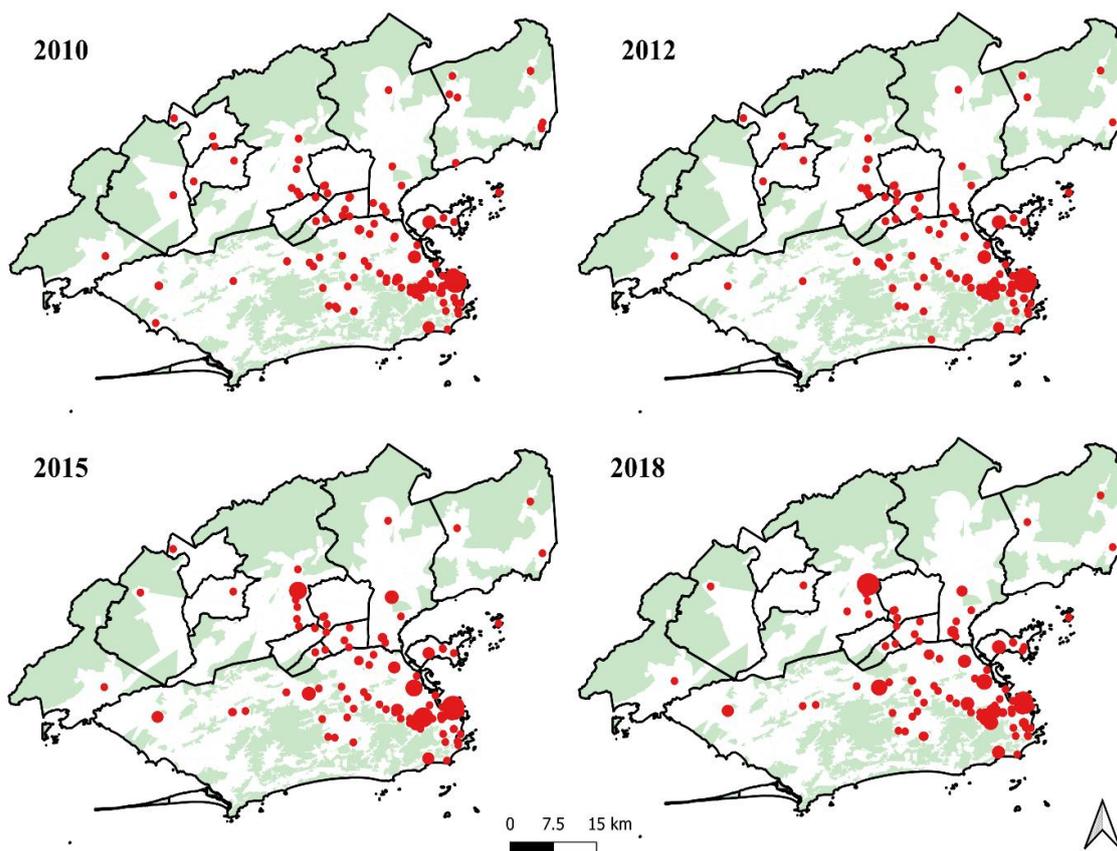
No entanto, a localização predominante das unidades de saúde com internação em áreas de melhores condições de vida urbana pode limitar a acessibilidade das populações de áreas periféricas às unidades hospitalares. É importante ressaltar que a abordagem sobre a localização das unidades de saúde está ancorada na perspectiva que entende que as desigualdades de condições de vida urbana funcionam como um mecanismo que favorece as desigualdades sociais, visto que são recursos coletivos que são apropriados por grupos sociais que pertencem às posições mais elevadas da hierarquia social.

A Figura 3 mostra uma sequência de mapas com a localização das unidades de saúde com internação nos anos de 2010, 2012, 2015 e 2018. Os círculos em vermelho representam a quantidade de leitos das unidades de saúde da região. Observa-se que a localização dos leitos de internação ocorre, principalmente, na área central, zona sul e zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

Nas proximidades do centro localizam-se o Hospital Municipal Souza Aguiar, e as unidades sob gestão federal, o Hospital dos Servidores do Estado e os institutos (INCA e INTO); na zona sul, o Hospital Municipal Miguel Couto e o Hospital Federal da Lagoa; e na zona norte, os hospitais universitários da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), e as unidades vinculadas diretamente ao Ministério da Saúde: Hospital Federal do Andaraí e o Hospital Geral de Bonsucesso. Ao longo do período analisado houve poucas mudanças em relação ao padrão de concentração de leitos nas áreas supracitadas. Algumas exceções se destacam pela localização fora das áreas centrais e zona sul e norte da cidade do Rio de Janeiro e merecem ser detalhadas. Em Duque de Caxias, dois hospitais possuem mais de 200 leitos: o Hospital estadual Adão Pereira Nunes, localizado nas margens da Rodovia Washington

Luiz e próximo ao arco metropolitano, e o Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, localizado no bairro Vila Itamarati. O Hospital Pedro II, localizado no bairro de Santa Cruz, na zona oeste do Rio de Janeiro, cuja gestão era estadual e foi municipalizado, também possui mais de 200 leitos.

Figura 3: Unidades de saúde com internação com áreas de influência proporcionais ao número de leitos (internação e complementares), região Metropolitana I, 2010, 2012, 2015 e 2018.



Fonte: CNES

Alguns hospitais localizados em áreas de piores condições de vida tiveram um aumento expressivo do número de leitos. O Hospital Municipal Albert Schweitzer, localizado no bairro de Realengo na zona oeste do Rio de Janeiro, em 2010 registrava cerca de 160 leitos. Houve aumento progressivo, chegando a 324 leitos em 2018, que pode ser observado na sequência de mapas. Na baixada fluminense, o Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), municipal, localizado no bairro da Posse, em 2010 registrava 228 leitos (de internação e complementares), aumenta para 243 leitos em 2012, atinge 384 leitos em 2015, e em 2018 passa a ser o hospital com o maior número de leitos da região de saúde Metropolitana I: 451 leitos.

A saúde também pode ser considerada um recurso coletivo, e a localização, preponderante, de hospitais públicos em áreas de melhores condições de vida urbana pode contribuir para dificultar o acesso e a utilização de tais serviços por grupos sociais desfavorecidos, como os negros, moradores de periferias urbanas e de menor escolaridade. Justamente os grupos que, diante da associação entre as condições de vida e situação de saúde, tendem a possuir maiores necessidades de serviços de saúde.

As desigualdades urbanas e de saúde, nesse sentido, podem estabelecer uma relação sinérgica que favorece a reprodução de desigualdades. Áreas com piores condições de vida urbana, além de limitarem o horizonte de possibilidades dos moradores de tais áreas, dificultam a implantação de estabelecimentos de saúde, restringindo a acessibilidade dos residentes de áreas periféricas.

No que diz respeito ao número de leitos dos hospitais, a Tabela 15 mostra a classificação das unidades por categorias, segundo número de leitos, conforme proposto no Glossário do Ministério da Saúde (2004).

Tabela 15: Distribuição dos estabelecimentos com internação por porte, região Metropolitana I, 2010, 2012, 2015 e 2018.

Porte	2010	2012	2015	2018
Pequeno (até 50 leitos)	65	61	58	58
Médio (50 a 150 leitos)	42	37	29	25
Grande (150 a 500 leitos)	23	24	26	25
Capacidade extra (mais de 500 leitos)	1	1	0	0
Total	131	123	113	108

Fonte: CNES

A maior parte dos hospitais é de pequeno porte, resultado que vai de encontro às premissas relacionadas à economia de escala e qualidade dos serviços. A base populacional da região é de cerca de 10 milhões de habitantes, o que indica a elevada demanda por serviços hospitalares, e, assim, estabelecimentos com um número de leitos maior tendem a prestar serviços de maneira mais eficiente e com maior qualidade. Há estabelecimentos com um número pequeno de leitos sob todas as esferas administrativas. Entre os estabelecimentos com número de leitos maior do que 150, predomina a esfera administrativa federal. Em 2010 e 2012 o Hospital dos Servidores do Estado foi classificado como estabelecimento com capacidade extra, mas com a redução do número de leitos nos anos seguintes ele foi reclassificado na categoria de hospital de grande porte.

Quanto à esfera administrativa às quais os estabelecimentos com internação estão vinculadas, a Tabela 16 mostra a distribuição das unidades sob gestão municipal,

estadual, federal e privado contratado. A série temporal analisada – 2010 a 2018 – mostra que houve redução do número de estabelecimentos com internação. O número expressivo de estabelecimentos sob gestão do governo federal chama a atenção, sobretudo quando se leva em conta o processo de descentralização administrativa ocorrida no âmbito do SUS a partir da década de 1990. Todos os estabelecimentos sob gestão do governo federal são localizados no Município do Rio de Janeiro. É importante ressaltar que boa parte desses estabelecimentos são vinculados às universidades federais – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – e à Fundação Oswaldo Cruz. No entanto, há unidades vinculadas ao Ministério da Saúde: Hospital de Ipanema, Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital da Lagoa, Hospital Federal do Andaraí, Hospital Geral de Bonsucesso e o Hospital dos Servidores, além do INCA, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e Instituto Nacional de Cardiologia (INC).

Tabela 16: Distribuição dos estabelecimentos com internação por esfera administrativa, região Metropolitana I, 2010, 2012, 2015 e 2018.

Esfera administrativa	2010	2012	2015	2018
Federal	23	22	22	22
Estadual	20	19	24	23
Municipal	48	46	45	43
Privado contratado	40	36	22	20
Total	131	123	113	108

Fonte: CNES

Observa-se que, apesar da relevância das unidades sob gestão federal e estadual na região, a maior proporção de estabelecimentos com internação está sob gestão municipal. Outro ponto que deve ser destacado é a redução expressiva da participação relativa do privado contratado durante o período analisado: entre 2010 e 2018 o número de unidades hospitalares contratadas pelo SUS reduziu-se pela metade.

A tabela 17 evidencia o número de internações realizadas por esfera administrativa no biênio 2018-2019, de acordo com o município em que o estabelecimento está localizado. Ou seja, são dados relativos aos municípios em que as internações foram efetuadas e não se referem às internações realizadas nos residentes de tais municípios. O município de Japeri não está incluído na tabela pois não há estabelecimentos hospitalares do SUS em seu território, e portanto, não houve registro de internações no período. As internações realizadas pelos estabelecimentos vinculados à União representam 22,9% do total, sendo que todas foram efetuadas no Município do Rio

de Janeiro, o que é esperado, já que todos os estabelecimentos hospitalares vinculados à União da região estão no Rio de Janeiro.

Tabela 17: Frequência absoluta e relativa de internações por esfera administrativa nos municípios da região de saúde Metropolitana e baixada fluminense, 2018-2019.

Unidade geográfica do estabelecimento	União	%	Estado	%	Municípios	%	Privado	%	Total
Rio de Janeiro	180.356	100%	90.335	55,5%	285.472	68,7%	8.324	29,9%	564.487
Baixada fluminense	0	0%	72.520	44,5%	130.116	31,3%	19.473	70,1%	222.109
Belford Roxo	0	0%	0	0,0%	2.553	0,6%	10.795	38,8%	13.348
Duque de Caxias	0	0%	29.315	18,0%	52.336	12,6%	1.537	5,5%	83.188
Itaguaí	0	0%	0	0,0%	5.178	1,2%	0	0,0%	5.178
Magé	0	0%	0	0,0%	13.032	3,1%	0	0,0%	13.032
Mesquita	0	0%	21.009	12,9%	0	0,0%	0	0,0%	21.009
Nilópolis	0	0%	8.499	5,2%	0	0,0%	0	0,0%	8.499
Nova Iguaçu	0	0%	0	0,0%	50.940	12,3%	2	0,0%	50.942
Queimados	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	6.800	24,5%	6.800
São João de Meriti	0	0%	13.697	8,4%	2.657	0,6%	339	1,2%	16.693
Seropédica	0	0%	0	0,0%	3.420	0,8%	0	0,0%	3.420
Metropolitana I	180.356	22,9%	162.855	20,7%	415.588	52,8%	27.797	3,5%	786.596

Fonte: SIH/SUS

As internações realizadas em estabelecimentos estaduais representam 20,7% do total, e a maior parte é efetuada no Município do Rio de Janeiro. No entanto, o número de internações realizadas nos municípios da baixada fluminense é expressiva, sendo explicada pela implantação de unidades hospitalares estaduais na subregião, que ocorreu a partir dos anos 2000.

Os estabelecimentos hospitalares vinculados aos municípios são os que realizam a maior parte das internações (52,8%) da região. O número de internações realizado pelos estabelecimentos vinculados ao Município do Rio de Janeiro é elevado, sendo superior ao que o somatório de internações dos estabelecimentos vinculados à União, Estado e privado contratado de toda a região. Nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu houve um quantitativo expressivo de internações realizadas em estabelecimentos municipais. Os municípios de Japeri, Queimados, Nilópolis e Mesquita não possuem hospitais municipais.

Se há a concentração de hospitais públicos – e conseqüentemente de efetuação de internações – no Município do Rio de Janeiro, a situação se inverte quando se verifica a realização de internações pelas entidades privadas contratadas pelo SUS. Mais de 70% das internações realizadas por entidades privadas na região ocorrem nos municípios da

baixada fluminense. Os casos dos municípios de Belford Roxo e Queimados chamam a atenção. Enquanto o número de internações em hospitais públicos é muito baixo ou nulo, a proporção de internações efetuadas por estabelecimentos privados é alta. Juntos, Belford Roxo e Queimados sediam a realização de 63,3% das internações realizadas em estabelecimentos privados contratados pelo SUS na região.

Quanto ao nível de complexidade das internações, a tabela 18 mostra o número absoluto e relativo de internações de média e alta complexidade.

Tabela 18: Frequência absoluta e relativa de internações segundo complexidade nos municípios da região de saúde Metropolitana I e baixada fluminense, 2018-2019.

Unidade geográfica do estabelecimento	Média complexidade	%	Alta complexidade	%
Rio de Janeiro	511.180	69,98%	53.307	94,97%
Baixada fluminense	219.287	30,02%	2.822	5,03%
Belford Roxo	13.149	1,80%	199	0,35%
Duque de Caxias	81.376	11,14%	1.812	3,23%
Itaguaí	5.177	0,71%	1	0,00%
Magé	13.032	1,78%	0	0,00%
Mesquita	21.009	2,88%	0	0,00%
Nilópolis	8.499	1,16%	0	0,00%
Nova Iguaçu	50.132	6,86%	810	1,44%
Queimados	6.800	0,93%	0	0,00%
São João de Meriti	16.693	2,29%	0	0,00%
Seropédica	3.420	0,47%	0	0,00%
Metropolitana I	730.467	100%	56.129	100%

Fonte: SIH/SUS

Observa-se a concentração de internações, tanto de média quanto da alta complexidade no Município do Rio de Janeiro. Na média complexidade, quase 70% das internações foram efetuadas na capital; apenas o município de Duque de Caxias se destaca na baixada fluminense com 11,14% das internações da região. Na alta complexidade a concentração é muito intensa: quase 95% das internações desse tipo foram realizadas no Rio de Janeiro. Das 2.822 internações de alta complexidade realizadas na baixada fluminense, 1.812 foram efetuadas no Município de Duque de Caxias.

Em relação à utilização dos serviços de internação hospitalar, a tabela 19 mostra a relação entre o número de internações (de média e alta complexidade) realizadas nos municípios e o número de internações em residentes desses municípios no biênio de 2018 e 2019. É útil para identificar o gradiente de oferta de serviços de internação e o fluxo de pacientes entre os municípios da região.

Tabela 19: Percentual de internações de média complexidade (MC) e alta complexidade (AC) realizadas nos municípios da região metropolitana I em relação às internações da população residente, 2018-2019.

Unidade geográfica	Média Complexidade	Alta complexidade
Rio de Janeiro	113,7%	133,6%
Baixada fluminense	74,6%	10,8%
Belford Roxo	33,0%	9,8%
Duque de Caxias	101,2%	45,8%
Itaguaí	61,5%	0,2%
Japeri	-	-
Magé	58,4%	-
Mesquita	199,8%	-
Nilópolis	78,1%	-
Nova Iguaçu	76,9%	24,3%
Queimados	54,8%	-
São João de Meriti	51,4%	-
Seropédica	72,4%	-
Metropolitana I	98,2%	96,7%

Fonte: SIH

Verifica-se que quase todos os municípios da região realizaram internações de média complexidade. A exceção é Japeri, que, como visto anteriormente, fechou todos os leitos de internação e, portanto, não possui estrutura hospitalar para realização de tais serviços.

O número de internações de média complexidade realizadas no Rio de Janeiro é 13,7% maior do que o somatório de internações de seus residentes, o que é esperado por conta da existência de número elevado de hospitais em seu território. Em Duque de Caxias, que possui dois hospitais de grande porte – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes e Hospital Municipal Moacir Rodrigues do Carmo – e em Mesquita, que possui uma maternidade (sob gestão estadual), o número de internações realizadas também é maior do que o número de internações de seus municípes. Esses três municípios, portanto, realizam mais internações em seu território do que o somatório de internações de seus residentes.

Os demais municípios realizam um número de internações inferior à demanda de seus municípes. Na baixada fluminense, aproximadamente uma em cada quatro internações de média complexidade são realizadas fora dos municípios da baixada.

A grande maioria das internações de média complexidade dos residentes da região metropolitana I são realizadas na própria região (98,2%). O percentual de internações de

média complexidade em residentes dos municípios da região realizadas em outras regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro é inferior a 5% em quase todos os municípios, com exceção de Itaguaí (7,5%), que tem um fluxo expressivo de pacientes para Mangaratiba, município com que faz fronteira e pertence à região de saúde da Baía de Ilha Grande; Japeri (8,9%), que possui um fluxo de pacientes para a região Centro-Sul, especificamente para Paracambi, município fronteiro, e Vassouras; Magé (9,1%), que estabelece fluxo com os municípios da região Serrana – Petrópolis, Guapimirim e Teresópolis –, e Seropédica (18,1%) que tem fluxo para Paracambi e Piraí, que pertence à região Médio-Paraíba.

Como esperado, há uma concentração da realização de internações de alta complexidade no município do Rio de Janeiro, único a ofertar um número maior de internações que a demanda de seus municípios. Além da capital, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Belford Roxo realizaram internações de alta complexidade, mas insuficientes para atender a demanda interna. O município de Itaguaí registrou uma internação, apenas.

Apenas 10,8% das internações de alta complexidade de residentes de municípios da baixada fluminense são realizadas na própria baixada, evidenciando um problema de oferta de tais serviços na subregião. 96,7% das internações de alta complexidade de residentes da região Metropolitana I foram realizadas na própria região. A maior parte dos municípios possui percentual de internações em residentes dos municípios da região realizadas em outras regiões de saúde do estado inferior a 5%. As exceções de municípios que estabelecem fluxo de pacientes com outras regiões de saúde são as mesmas da média complexidade, acrescentando-se o município de Queimados, que estabelece fluxo importante de pacientes para Vassouras. Além de Queimados, o município de Vassouras executa um número expressivo de internações de alta complexidade de Itaguaí, Japeri e Seropédica. Magé mantém fluxo de pacientes de alta complexidade para Petrópolis.

Os dados sobre utilização de leitos de internação para procedimentos de média e alta complexidade mostra que o Rio de Janeiro concentra a realização das internações, sobretudo na alta complexidade, mas, por possuir elevada demanda de internações de seus próprios municípios, não consegue aborver a demanda dos municípios da baixada fluminense, que sofrem com a escassez de serviços de internação. Alguns municípios da baixada, como Itaguaí, Seropédica e Magé, estabelecem alguns fluxos com municípios de outras regiões de saúde do estado.

6.4 O COMPLEXO DE GOVERNANÇA REGIONAL DA SAÚDE

A governança regional da saúde, em contexto territorial de intensas desigualdades, é uma função complexa, já que envolve múltiplos atores, instâncias e instituições responsáveis pela gerência das unidades de saúde dos três níveis de gestão governamental, e das unidades privadas contratadas. A efetividade da governança regional está relacionada à capacidade de coordenação das ações e de articulação entre os níveis de atenção à saúde, no sentido de promover a organização dos serviços em rede, garantindo a atenção à saúde pautada pela integralidade e equidade

A abordagem dessa seção é dedicada à análise da atuação do complexo regional da saúde, entendido enquanto o conjunto das instâncias e instituições responsáveis pela condução da política de saúde no espaço regional (VIANA et al., 2008). Primeiramente, destacam-se as funções desempenhadas pelo ente estadual de governo. Trata-se de esfera governamental que se articula com a escala regional dos processos sociais, e, portanto, possui um horizonte de atuação adequado para exercício da função de coordenação da governança regional da saúde.

Em federações, as funções desempenhadas pelo nível de governo regional – que no Brasil corresponde aos estados – são fundamentais para a análise de políticas e para a caracterização da essência da federação. Alguns aspectos políticos, fiscais e organizacionais se configuram enquanto dilemas para a atuação da esfera estadual de governo. Primeiramente, cumpre ressaltar o fortalecimento dos municípios no sistema político nacional, reconhecidos enquanto entes federados na Constituição de 1988, associado aos processos de ampliação e descentralização de encargos sociais e recursos fiscais. Outro aspecto importante é a condição de financiamento dos estados no período pós-Constituição, que esteve subordinado ao imperativo das restrições fiscais e cortes de investimentos em saúde promovidos pelo governo federal, limitando as possibilidades de iniciativas da esfera estadual na gestão da política de saúde. Um terceiro aspecto diz respeito à natureza das competências das políticas sociais, predominantemente comuns aos três entes, e do caráter concorrente – da União e Estados – no que diz respeito à temática legislativa, mas sem a instituição de mecanismos efetivos de coordenação federativa (LIMA et al., 2010).

Além disso há as disparidades de capacidades político-institucionais e econômico-financeiras entre os estados. O estado do Rio de Janeiro é uma unidade federada diferente de todas as demais. Sua conformação territorial é recente, resultante da fusão do Estado

da Guanabara (constituído pela cidade do Rio de Janeiro) com o antigo Estado do Rio de Janeiro, cuja capital era Niterói, implantada em 1975. A fusão afetou a gestão de todas as políticas públicas estaduais, e, nesse sentido, faz-se necessário uma breve contextualização histórica sobre esse processo e suas repercussões para a política de saúde.

A fusão ocorreu entre dois estados distintos e com origens distintas. O Estado da Guanabara – cujos limites territoriais coincidiam com o Município do Rio de Janeiro – foi criado após a transferência da capital federal para Brasília; sendo caracterizado pela economia forte, ancorada na indústria e no setor de serviços; pela elevada consciência política da população, que experimentou vários movimentos históricos, e pela força da oposição ao regime militar, organizada no único partido de oposição permitido até então, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). O Estado da Guanabara representava o centro da cultura, da ciência e do esporte nacional e funcionava como porta de entrada para realização de intercâmbios internacionais. Já o antigo Estado do Rio de Janeiro era caracterizado pela economia frágil, predominando a agropecuária, sendo constituído por municípios, em sua maioria, pobres e dependentes do estado e do governo federal. Não dispunha de expressão política nacional e sua população se expressava, no voto, pela adesão à Aliança Renovadora Nacional (ARENA), partido da situação do regime militar. No campo cultural, havia baixa produção local (PARADA, 2002).

A fusão atendeu aos interesses do Governo Federal no sentido de obstaculizar o avanço das forças políticas contrárias ao regime militar. Como desdobramentos para a política de saúde, a fusão gerou a necessidade de criação de uma nova secretaria de saúde estadual, resultante de uma secretaria de um estado fraco do ponto de vista político, e que passou a absorver a gestão de diversas unidades hospitalares de perfil complexo localizadas no Município do Rio de Janeiro, que eram administradas anteriormente pelo Estado da Guanabara (PARADA, 2002).

Para Gerschman (2016) as repercussões da fusão para a política de saúde estão relacionadas, dentre outras coisas, à lógica clientelista criada por Chagas Freitas, que foi governador por duas vezes (entre 1971 e 1975 e entre 1979 e 1983) e que, de alguma maneira, se perpetua no estado. Em pesquisa que busca compreender a política e gestão da saúde no Rio de Janeiro no período de 2003 a 2012, atores centrais da condução da política fizeram referências à fusão como um “mal de origem”, que se ressignifica na maneira com a qual a política é exercida no estado.

Kuschnir et al (2010) aponta que a organização regional dos serviços de saúde é um desafio para o Estado do Rio de Janeiro, considerando-se sua constituição a partir da fusão dos dois estados, a concentração da população na região metropolitana, e o fato de que o núcleo metropolitano ter sido o distrito federal durante muito tempo, o que gerou a centralização de recursos públicos de saúde, incluindo as unidades que permanecem sob gestão federal. Apesar de imensos desafios, o Estado do Rio de Janeiro já apresentou experiências inovadoras baseadas na criação de redes regionalizadas. Antes da conformação do SUS, a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) ocorrida no início da década de 1980 gerou a criação de instâncias de negociação – municipal e regional – que tiveram relevância no processo de organização da atenção à saúde no estado. A experiência do Projeto Especial de Saúde da Baixada (PESB) merece destaque na medida em que se constituiu como uma iniciativa de organização da atenção que ampliou acesso aos serviços, e que era pautada pelo atendimento integral, quebrando com a dicotomia entre atenção programada e urgências, demanda programada e espontânea.

No contexto de implementação do SUS, ao longo da década de 1990, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) precisou lidar com duas funções primordiais na condução da política de saúde estadual. Uma relativa à gestão de um número significativo de unidades de saúde e a outra relacionada à coordenação do sistema de saúde estadual. Mas as capacidades político-institucionais da SES-RJ para exercício de tais funções eram bastante limitadas. A edição das normas operacionais básicas do SUS (91, 93 e 96), instrumentos de operacionalização da gestão do SUS que impulsionou o processo de descentralização, apresentou uma série de novas atribuições a estados e municípios. A falta de clareza do papel da SES-RJ nesse processo – que está associada à sua fundação relativamente recente (a partir da fusão) e com suas fragilidades institucionais – e o caráter municipalista das normas de operacionalização do SUS ao longo da década de 1990 acabaram resultando no estabelecimento e consolidação de relações federativas diretas da União com os municípios. Os municípios se organizaram sem comando regional, resultando no fortalecimento do COSEMS, enquanto instância representativa dos municípios fluminenses, no processo de construção do sistema de saúde estadual. (PARADA, 2002).

As normas operacionais básicas estabeleceram critérios para recebimento de recursos financeiros, que passavam pelo processo de habilitação de estados e municípios na gestão plena do sistema. Diversos municípios do estado obtiveram a condição plena

de gestão antes do estado, demonstrando a fragilidade institucional da SES-RJ no que diz respeito à organização política e técnica (PARADA, 2002).

Quanto às estruturas regionais anteriores à regulação federal de indução do processo de regionalização da saúde, a SES-RJ contava com 9 centrais de regulação assistencial da oferta estadual e os Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS). Os NDVS são órgãos que foram criados no âmbito do projeto VIGISUS, que tinha o objetivo de estruturação do sistema de vigilância em saúde nos três níveis da federação. A implementação do VIGISUS no Estado do Rio de Janeiro resultou, em 1999, na criação de 9 NDVS – por meio de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) –, enquanto instâncias descentralizadas da vigilância em saúde estadual, distribuídas pelas regiões: Metropolitana I-A, Metropolitana I-B, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Noroeste, Norte e Serrana. Em 2005 houve a institucionalização dos NDVS com a publicação da Resolução SES nº 2.736, que define suas atribuições e competências, que incluem a estruturação regional da vigilância em saúde, a programação de ações prioritárias da vigilância em saúde, a análise da situação de saúde, a comunicação e informação em saúde e a educação em saúde (ABREU, 2008).

O início da política de regionalização na SES-RJ ocorreu a partir do ano 2000, com enfoque na melhoria do acesso aos serviços de média e alta complexidade, reorganização do modelo assistencial e apoio às centrais de regulação. Houve pactuação sobre a regionalização em CIB, e em meados de 2001 foram realizadas oficinas regionais que contaram com a participação de representantes dos municípios, estado e Conselho Estadual de Saúde, com vistas à elaboração do Plano Diretor de Regionalização. No entanto, ao final de 2001 o governo federal aprova a NOAS, obrigando a SES-RJ a ajustar o processo que já estava em curso, adequando-o de acordo com a norma nacional (PARADA, 2002).

Com a publicação da NOAS, a SES-RJ elaborou o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Rio de Janeiro em 2002, instrumento fundamental para alavancagem do processo. Foram definidas nove regiões de saúde: Metropolitana I, Metropolitana II, Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Serrana, Médio Paraíba, Norte e Noroeste.

Destaca-se a iniciativa do Poder Legislativo estadual para definir regiões de saúde, por meio do projeto de Lei complementar nº19, em 2004, que tratava sobre a gestão unificada da rede de saúde pública na região metropolitana do Rio de Janeiro. A proposição previa que a gestão unificada seria realizada por meio de um ou mais

consórcios, a serem firmados em caráter compulsório, pelos municípios que compõem a região, o Estado e a União. Depois de amplo debate, adição de emendas e tramitação por 3 anos na assembleia legislativa, o projeto foi aprovado no plenário em 2007. No entanto, o governador vetou todo o projeto, em consonância com a direção política adotada pelo governo recém-empossado, que decidiu aderir às diretrizes nacionais de regionalização definidas no Pacto pela Saúde (GERSCHMAN; CASTANHEIRA, 2016).

A aprovação do Pacto pela Saúde em 2006 incluiu a sugestão de revisão do PDR e a conformação de instância de pactuação federativa nas regiões de saúde, denominadas enquanto Colegiados de Gestão Regional (CGR). O objetivo era a criação de espaço de negociação e decisão intergovernamental, cuja composição incluía representação da SES e das secretarias municipais de saúde no nível regional (LIMA et al., 2016).

Destaca-se que a regionalização da saúde no Estado do Rio de Janeiro, durante o período de implementação do Pacto pela Saúde, e constituição dos CGR, é marcada por fatores histórico-institucionais, em especial os conflitos federativos, a trajetória recente de conformação da SES-RJ, além do insulamento e dependência da capital, que concentra a oferta de serviços de saúde. A SES-RJ desempenhou papel de destaque nesse processo, mas ainda tem dificuldades em exercer a função de coordenação do sistema de saúde estadual (LIMA et al., 2016).

A revisão do PDR do Estado do Rio de Janeiro se iniciou em 2007 com a posse de nova gestão vencedora do pleito eleitoral de 2006. Iniciativas voltadas para realização de diagnóstico de situação de saúde nos municípios e regiões com a presença dos gestores estaduais caracterizaram o programa “Saúde na Área”. Em 2009, com a posse de novos prefeitos, ocorreu um seminário de acolhida aos novos secretários municipais de saúde organizado pela SES-RJ, o COSEMS-RJ e o Conselho Estadual de Saúde, que marcou a revisão do PDR/2001 (SES-RJ, 2012).

Na região Metropolitana I, o funcionamento do CGR provocou a necessidade de revisão de acordos que foram estabelecidos inicialmente. O Município do Rio de Janeiro propôs o desmembramento da região de saúde, com a constituição de uma região composta apenas pela capital. A proposição foi aprovada no CGR, ratificada em CIB em 2009, mas não foi homologada pela CIT, pois o Ministério da Saúde vetou a criação de um CGR formado por apenas um município. Ainda assim, o CGR da capital foi constituído pela deliberação CIB nº 753/2009. Em dezembro de 2010, a representação da SES-RJ propôs a redefinição da região Metropolitana I, com a configuração territorial como era anteriormente, composta pela capital e os 11 municípios da baixada fluminense.

A representação do CGR da capital argumentou que o desmembramento favoreceu a organização dos serviços na cidade do Rio de Janeiro e sugeriu cautela no processo de reunificação. Em agosto de 2011 a reunificação se concretizou (LIMA et al., 2016).

A edição do Decreto nº 7508 em 2011 aponta novas diretrizes para o planejamento regional e altera o nome da instância de negociação e pactuação nas regiões de saúde, passando a ser denominada Comissão Intergestores Regional (CIR), adquirindo a denominação de comissão intergestores, assim como a CIB e a CIT, constituindo-se como instrumento de articulação interfederativa. Vinculada às secretarias estaduais de saúde, as CIR contam com representação da gestão municipal e duas estaduais (uma do nível central e outra do nível regional). O processo de revisão do PDR incorpora tais diretrizes – mantendo as 9 regiões de saúde – sendo homologadas por meio da Resolução CIB nº 1.452/2011. A nova edição do PDR foi aprovada em 2012 (SES-RJ, 2012).

Para a representante da gestão da SES-RJ no nível central, a mudança da instância regional de negociação e pactuação – CGR para CIR – não implicou em alterações significativas no que diz respeito à dinâmica do funcionamento desse instrumento de governança regional. A única alteração apontada foi a questão formal de reconhecimento da instância enquanto uma comissão intergestores de pactuação e deliberação.

Santos e Giovanella (2014) analisaram a CIR enquanto principal estratégia de governança regional do SUS, por meio de estudo de caso da região de saúde de Vitória da Conquista na Bahia. Destacou-se a capacidade de a CIR se constituir como uma instância que permite a reunião de gestores, a negociação e alocação de recursos, bem como a distribuição dos estabelecimentos de uso comum da região. No entanto, observou-se que o enfoque das discussões gira em torno da alocação de recursos, em particular no que diz respeito à não prestação de serviços que haviam sido pactuados entre os municípios. Além disso, aspectos relacionados à dificuldade de contratação e fixação de médicos e a indisponibilidade de leitos nos hospitais de referência também foram objeto de discussão. Os problemas de insuficiência de oferta de serviços não foram debatidos sob a perspectiva do planejamento regional, baseado na análise e proposição de medidas que pudessem fortalecer a rede e superar os problemas em comum da região. As proposições com enfoque regional não incluíam aspectos fundamentais para a conformação de redes regionalizadas – tais como o fortalecimento da APS e a utilização de instrumentos e mecanismos de gestão da clínica nos municípios – sendo voltadas, principalmente, para a cobrança de ampliação da oferta de serviços (hospitalares e especializados) no município de referência da região.

Em outro estudo que buscou analisar o papel das CIR na governança regional do SUS em perspectiva comparada, Albuquerque *et al* (2018) concluíram que tais instâncias favorecem a negociação intergovernamental e a organização do sistema de saúde, no contexto do federalismo brasileiro. A CIR foi um fórum relevante para a resolução de conflitos entre os entes federados e contribuiu para a negociação a respeito de alguns aspectos relacionados à implantação e operacionalização das redes de atenção à saúde. Os limites apontados da CIR dizem respeito, principalmente, à incapacidade de incorporação da diversidade de atores políticos, públicos e privados nas discussões sobre a organização do sistema de saúde regional. As regiões que conseguiram incorporar os diversos atores que influenciam na política de saúde lograram mais êxito no que tange à governança regional da saúde.

Na busca pela compreensão do perfil de governança institucional das CIR, Assis *et al* (2021) analisaram os seguintes atributos de governança de 434 CIR, localizadas em 25 estados, e que estão em operação no território brasileiro: legitimidade institucional, adesão e regularidade de funcionamento, qualidade da estrutura e condições de funcionamento, equilíbrio federativo e qualidade do processo decisório. Detectou-se a existência de um sistema de governança institucional consolidado no território nacional, que possui adesão de estados e municípios. A CIR é reconhecida enquanto uma instância de tomada de decisões e de resolução de conflitos do espaço regional do SUS. Além disso, conta com regras de funcionamento que são definidas de maneira pública. Entretanto, o funcionamento das CIR é marcado pela escassez de recursos financeiros, humanos e de infraestrutura de gestão, e um enfoque voltado para as questões emergenciais da rede em detrimento do planejamento regional e a organização do sistema de saúde.

No caso da região de saúde Metropolitana I, a CIR é caracterizada pelo esvaziamento de poder decisório⁴. As representações municipais nas reuniões da CIR na região, geralmente, não são dos secretários municipais de saúde, o que inviabiliza o processo de tomada de decisões, pactuação e deliberação.

Segundo a representação da SES-RJ na CIR no nível regional, a presença dos NDVS nas regiões foi um elemento facilitador para a implantação das CIR no estado⁴. Em sua perspectiva, trata-se de instância útil para a realização de discussão sobre questões diversas do SUS, tais como a atenção primária e algumas redes temáticas (rede de

⁴ Informações obtidas no âmbito da pesquisa “Como se governam as redes de atenção à saúde? Condicionantes e desafios da governança regional do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro, Brasil”.

urgência e emergência, rede cegonha, saúde mental). A função da secretaria-executiva da CIR, cargo de representação regional da SES-RJ na CIR, é definida – pela agente que ocupa tal função – de maneira restrita, enquanto apoio administrativo de atividades como envio de material para os componentes da comissão e das câmaras técnicas, demonstrando baixa capacidade de articulação regional junto aos municípios. Sua visão sobre a regionalização da saúde está vinculada a uma perspectiva de que os esforços dos municípios da região seriam suficientes para organizar o sistema de saúde no espaço regional, omitindo-se a importância da coordenação das ações. As reuniões da CIR Metropolitana I são conduzidas pelos representantes do nível central da SES-RJ e as discussões – realizadas principalmente entre os técnicos, visto que os gestores, geralmente, estão ausentes desse espaço – manifestam os conflitos existentes na região.

O teto financeiro da média e alta complexidade é um dos temas que mais provoca conflito, sendo expressos nas reuniões da CIR. Há muita queixa dos representantes dos municípios da baixada fluminense no sentido de não conseguirem atendimento para as demandas de seus munícipes na capital, que concentra a oferta de serviços.

Já a representação da gestão do SUS no Município do Rio de Janeiro alega falta de transparência por parte da SES-RJ na distribuição dos recursos de média e alta complexidade da região, perpetuação do critério da série histórica de gastos e alocação de recursos sem a definição dos prestadores e dos procedimentos realizados.

Especificamente em relação aos procedimentos ambulatoriais, os prestadores vinculados ao Município do Rio de Janeiro informam a produção individualmente, ao passo que os prestadores vinculados às unidades federais, estaduais e aos municípios da baixada fluminense informam de maneira agregada. Na perspectiva do Município do Rio de Janeiro, essa maneira distinta de informar a produção ambulatorial gera um entrave para a realização das pactuações, justificada pela desconfiança que permeia o processo em que não há transparência sobre os prestadores e os usuários atendidos.

A disposição dos agentes governamentais para cooperar entre si na condução da política de saúde é algo central, em particular no que se refere à regionalização, processo que envolve a articulação entre entes federados para garantir o atendimento pautado pela integralidade e equidade. No entanto, verifica-se, empiricamente, a existência de problemas de cooperação, que podem ser observados quando o volume de procedimentos realizados em seus próprios munícipes é superior aos pactuados, enquanto os procedimentos realizados na população referenciada são inferiores ao pactuado, mostrando uma priorização da população de seu próprio município na execução dos

serviços de saúde. Os agentes governamentais dos municípios que concentram os prestadores de serviço em seu território tendem a priorizar a arena eleitoral interna, sobretudo quando se considera a assimetria de informações e baixa transparência da execução daquilo que foi pactuado, os problemas de regulação assistencial e os constrangimentos políticos envolvidos em uma suposta punição dos entes que não cumpriram o acordado. Nesse sentido, a disposição dos agentes governamentais para cumprir os acordos pactuados na execução de serviços intermunicipais, baseados na regionalização cooperativa e solidária, possuem limites relevantes diante dos riscos relacionados ao jogo político interno (MACHADO, 2013).

Para a representação do nível central da SES-RJ na CIR da região Metropolitana I, as discussões, por vezes com exaltação dos componentes, e com a ausência dos gestores não produz efeitos positivos para a organização regional do sistema de saúde. Admitiu-se a defasagem na revisão da Programação Pactuada e Integrada (PPI)⁵, e a proposição de revisão periódica do instrumento como forma de organizar a média e a alta complexidade baseando-se nas demandas da população. No entanto, houve uma revisão da PPI, iniciada em 2009 e pactuada em 2011, que não foi atualizada novamente. A partir de 2012, as solicitações de remanejamento do teto de média e alta complexidade, que surgem nas discussões da CIR, são encaminhadas para o setor responsável pela PPI na SES-RJ (atenção especializada, controle e avaliação), que dá um parecer, retornando para a CIR encaminhar a pactuação, e daí partir para a publicação do novo teto em CIB. São realizadas alterações pontuais e frequentes. Todos os meses há repactuação em CIB do teto de média e alta complexidade.

Em relação aos hospitais federais, especificamente no que tange à realização de consultas especializadas ambulatoriais, a representação da gestão do SUS no Município do Rio de Janeiro destacou que a carga horária contratada é muito maior do que as consultas ofertadas à central de regulação, considerando o parâmetro de duas consultas por hora. Ou seja, a oferta de consultas ambulatoriais especializadas nos hospitais federais para a rede de atenção à saúde (via regulação assistencial) é baixa, considerando que são unidades que dispõem de grande contingente de recursos humanos para realização de tais serviços. Tais questões foram colocadas em discussão no âmbito da CIB. A tabela 20

⁵ Instrumento de gestão vinculado ao Plano Diretor de Regionalização, em que são programadas as ações que serão realizadas. Expressa as responsabilidades dos gestores, baseadas na oferta existente em um município específico e no encaminhamento a um município de referência, sendo intermediado por negociações entre gestores municipais, e mediado pelo gestor estadual.

mostra os dados sobre a carga horária ambulatorial contratada e a oferta de consultas, por esfera administrativa, no Município do Rio de Janeiro no mês de outubro de 2015.

Tabela 20. Distribuição semanal da carga horária ambulatorial contratada, número de consultas esperadas, reguladas e produção ambulatorial segundo esfera administrativa das unidades de saúde. Município do Rio de Janeiro – outubro de 2015.

Esfera administrativa	CH ambulatorial semanal contratada	Produção semanal ambulatorial	Consultas semanais esperadas	Consultas semanais reguladas	% consultas reguladas / esperadas	% consultas reguladas / realizadas
Municipal	38.203	162.565	76.406	29.312	38,40%	18,03%
Estadual	29.197	74.404	58.394	5.246	9,00%	7,05%
Federal	105.743	173.664	211.486	4.864	2,30%	2,80%
Privado	13.183	26.658	26.366	6.558	24,90%	24,60%
Total	186.326	437.291	372.652	45.980	12,30%	10,51%

Fonte: Adaptação de PINTO *et al.*, 2017

A coluna referente ao número de consultas semanais esperadas foi obtida a partir do somatório da carga horária ambulatorial do CNES, tendo como parâmetro a realização de duas consultas por hora. A proporção de consultas reguladas em relação às realizadas é muito baixa. As unidades vinculadas ao governo federal possuem a maior produção de consultas ambulatoriais, mas é a única esfera administrativa que possui produção inferior ao esperado, o que sugere baixa eficiência na utilização dos recursos (físicos e humanos). A proporção de consultas reguladas em relação às realizadas nas unidades federais é baixíssima: quase 5 mil consultas de um total de mais de 170 mil, o que representa apenas 2,8%.

A regulação assistencial é um mecanismo importante para organização dos fluxos dos pacientes entre os níveis de atenção, e a baixa oferta de consultas ambulatoriais para a regulação aponta para um problema de equidade. A hipótese explicativa para essa baixa oferta é que a agenda é ocupada, principalmente, pelos pacientes antigos vinculados às unidades hospitalares federais, o que resulta numa baixa oferta de consultas de primeira vez. Para confirmação dessa hipótese seria necessário verificar a proporção de reconsultas dentro do total de consultas realizadas não reguladas.

A inexistência de mecanismos efetivos de referência e contrarreferência, essenciais para garantia de atenção à saúde integral e eficiente, e a presença de unidades hospitalares que realizam procedimentos diversos – ambulatoriais e hospitalares – gera na população uma expectativa de atendimento de qualidade, independentemente do nível de complexidade e incorporação tecnológica dos procedimentos necessários para

responder às eventuais demandas que surgirem. Uma vez que o usuário consegue acesso a uma unidade que responde às suas demandas, e considerando as falhas de organização da rede de atenção à saúde no que tange ao encaminhamento para os níveis de atenção conforme as necessidades, a tendência é que o usuário procure esta unidade sempre que precisar. E esses pacientes se tornam pacientes das unidades – com registro de prontuário – o que lhes dá acesso para realizar as consultas e acompanhamentos necessários. Importante ressaltar que a região é marcada por uma transição mais avançada do que a média nacional, resultando em envelhecimento populacional e elevada prevalência de doenças crônicas, que demandam acompanhamento contínuo.

Os hospitais federais localizados no Rio de Janeiro não se integram à rede de maneira efetiva, e funcionam de maneira relativamente independente. Os recursos humanos e físicos que dispõem são voltados para o atendimento de um grupo restrito de usuários, que obtêm acesso, e realizam procedimentos diversos – ambulatoriais e hospitalares – de média e alta complexidade. A maior parte das consultas ambulatoriais são realizadas em pacientes antigos, que são acompanhados periodicamente. Para esses pacientes, que obtêm acesso a tais unidades, verifica-se uma resposta efetiva às suas necessidades de saúde. Entretanto, não se verifica a lógica sistêmica de rede hierarquizada, com adequação das demandas de saúde da população à oferta de serviços, segundo a complexidade e densidade de incorporação tecnológica dos procedimentos. Esse modo de funcionamento dos hospitais federais, de maneira relativamente independente e desintegrada da rede, prejudica a equidade e a eficiência na utilização dos serviços.

Uma das possíveis razões motivos para a ocorrência desse problema é a falta de efetividade do fluxo de contrarreferência para outros pontos da rede de atenção à saúde. E, dessa forma, a demanda de pacientes antigos, vinculados às unidades federais, ocupa boa parte da agenda de consultas ambulatoriais especializadas e, por isso, há uma disponibilização de poucas vagas via regulação assistencial.

Obviamente que existem outros aspectos que também influenciam na baixa oferta de consultas especializadas por parte dos hospitais federais. A elevada concentração de hospitais federais no Rio de Janeiro, associada à prática de nomeação de diretores indicados por deputados federais que compõem a coalisão do governo, indicada por alguns entrevistados, também pode explicar a marcação de consultas por fora da regulação assistencial. Outro fator que pode explicar a baixa oferta de consultas via

regulação assistencial é o agendamento realizado pelos próprios profissionais dos hospitais.

Entretanto, o ponto a ser destacado é que a baixa oferta de consultas para a regulação assistencial, mecanismo que garantiria o acesso às consultas de maneira equitativa, são viáveis por conta da desorganização e da fragmentação da rede de atenção à saúde na região Metropolitana I. Essas características da rede são funcionais para que esses mecanismos não republiquem de utilização dos serviços de saúde ocorram.

Retornando a discussão sobre as demais instâncias do complexo regional da saúde, faz-se necessário ressaltar a relevância do papel do COSEMS e da CIB na governança regional da saúde no Estado do Rio de Janeiro. O COSEMS tem grande relevância na conformação do sistema de saúde estadual, e seu fortalecimento, conforme Parada (2002), remete ao período da década de 1990, quando houve a descentralização do SUS, e os municípios fluminenses se organizaram sem comando regional.

É de praxe a realização da reunião do COSEMS e da CIB no mesmo dia. Pela manhã, os secretários municipais de saúde se reúnem no contexto do COSEMS, e de tarde há a reunião junto com os representantes da SES-RJ no âmbito da CIB.

Para os gestores municipais, o COSEMS é entendido como espaço para iniciar a negociação entre os municípios. Trata-se de instância importante para organizar algumas reivindicações junto ao ente estadual no sentido de construção de regras de funcionamento da rede atenção à saúde. Entretanto, a instância de decisão e deliberação reconhecida pelos gestores municipais é a CIB.

A CIB é considerada fundamental para a integração regional no estado. De fato, as discussões, pactuações e deliberações mais relevantes no que diz respeito à organização regional do SUS no Estado do Rio de Janeiro ocorrem no âmbito da CIB. A criação dos NDVS, a aprovação do PDR e das regiões de saúde, dos CGR e das CIR, foram pactuados em CIB. As publicações dos tetos de média e alta complexidade e as discussões acerca da inserção dos hospitais federais na rede de atenção da região Metropolitana I também ocorreram na CIB.

Pactuações a respeito dos fluxos assistenciais entre os serviços de atenção às urgências e a APS da região Metropolitana I também foram objeto de discussão no âmbito da CIB. Embora seja um tema da região, as pactuações ocorreram na CIB por conta do esvaziamento de poder decisório que marca a CIR da região de saúde Metropolitana I.

Não se pode deixar de mencionar e analisar o papel e as funções desempenhadas pelo consórcio público que envolve os 11 municípios da baixada fluminense, o CISBAF, no contexto dessa discussão sobre o complexo regional da saúde.

O consórcio intermunicipal de saúde na baixada fluminense foi pensado a partir de 1999, quando um grupo de prefeitos da região, em conjunto com parlamentares, iniciaram as discussões sobre a criação de um consórcio. Os problemas relacionados ao Hospital da Posse (HGNI) e a escassez de serviços de saúde foram fatores que desencadearam tais discussões. Em parceria com a UERJ, os municípios criaram o CISBAF com o objetivo de ampliação da oferta de leitos hospitalares e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como a organização da atenção primária e definição de fluxos de referência e contrarreferência. A SES-RJ acompanhou a discussão, sobretudo no que se referia à ampliação de leitos e serviços (SCHNEIDER, 2001).

Na visão dos gestores estaduais do SUS que atuam na região, a descentralização do SUS, encarada como municipalização, priorizando as relações diretas entre Ministério da Saúde e os municípios, resultaram numa falta de clareza das funções do estado na política de saúde. Nesse contexto, os consórcios acabaram desempenhando funções regionais, incluindo a execução de ações. A ausência do estado nas regiões, portanto, favoreceu o surgimento do consórcio na baixada fluminense.

Já para a representação do CISBAF, esta é a instância em que se discute a questão regional da saúde na baixada fluminense. A força do consórcio vem da disposição que os prefeitos dos 11 municípios têm para realizar ações comuns. Há uma clareza sobre a necessidade de cooperação intermunicipal na gestão da saúde, considerando o quadro complexo da baixada fluminense, marcada pelas precárias condições de vida da população e escassez de serviços públicos de saúde.

As ações desenvolvidas no âmbito do CISBAF envolvem uma série de iniciativas. Considerando a dificuldade de as gestões municipais na realização de aquisição por meio de licitações, foi criado, no âmbito do CISBAF, uma câmara técnica com os profissionais que atuam em setor de licitações. Trata-se de uma assessoria técnica para os municípios, que envolve até mesmo uma interface com órgãos de controle externo, as promotorias de Nova Iguaçu e de Duque de Caxias do Ministério Público estadual. Ainda, algumas licitações são realizadas em conjunto e isso favorece os municípios por conta da economia de escala.

Outra iniciativa sob responsabilidade do CISBAF é a gestão de sistema de agendamento de consultas ambulatoriais especializada e de serviços de apoio diagnóstico

e terapêutico, denominado *Marque Fácil*. Trata-se de uma iniciativa que contou com a observação da experiência de outros estados na organização regional da atenção especializada ambulatorial de média complexidade. A gestão dessa iniciativa envolve a licitação, contratação de prestadores privados – a avaliação é que, para os municípios, é mais vantajoso contratar o serviço de prestadores privados do que investir em infraestrutura de recursos humanos e físicos público – e a prestação de contas, tendo um sistema de informações para dar apoio a todo o processo de agendamento, utilização e pagamento dos serviços.

A gestão da central de regulação do SAMU, que desempenha as funções do pré-hospitalar móvel da rede de urgência e emergência, também é realizada pelo CISBAF desde 2004, em arranjo que prevê uma divisão de responsabilidades entre consórcio e municípios. A central de regulação conta com médicos reguladores que recebem as chamadas, realizam a avaliação de risco e decidem o encaminhamento de ambulância (básica ou avançada), e sua gestão está a cargo do consórcio. As ambulâncias permanecem sob responsabilidade dos municípios, incluindo sua manutenção.

Importante ressaltar que a instituição do SAMU na baixada fluminense é fundamental, na medida em que se considera a concentração de unidades hospitalares na cidade do Rio de Janeiro. Em situações de urgência/emergência, em que o tempo é algo fundamental para evitar a morte ou a ocorrência de danos irreversíveis, o problema da mobilidade urbana, que implica em elevado tempo de deslocamento, associado à concentração de serviços em alguns locais, é algo crítico. E nesse contexto, o SAMU, serviço que desempenha o componente pré-hospitalar móvel de atenção às urgências, tem o potencial de enfrentamento desse quadro problema, na medida em que presta os primeiros atendimentos ao mesmo tempo em que é realizado o deslocamento para uma unidade hospitalar, onde há infraestrutura adequada para realização dos procedimentos que sejam necessários.

Outra função desempenhada pelo CISBAF é de educação permanente de profissionais que atuam nos municípios da baixada fluminense e no próprio consórcio. São utilizados recursos de educação à distância, em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Também há cursos híbridos, que mesclam aulas presenciais e atividades que utilizam a plataforma de ensino à distância.

Além disso, há atuações mais específicas, destacando-se a seleção, a contratação e capacitação de profissionais do SAMU no município de Queimados, e a gestão

compartilhada de uma UPA, junto com o município de São João de Meriti, em que a contratação de todos os profissionais da unidade é realizada pelo consórcio.

O financiamento do CISBAF é baseado em contrato de rateio entre os entes, por critério populacional, que inclui o custeio das atividades administrativas do contrato. E a cada iniciativa há um novo contrato. A iniciativa *Marque Fácil* não está incluída no rateio e os municípios pagam de acordo com a utilização dos serviços.

No caso da central de regulação do SAMU, em que o CISBAF foi habilitado pelo Ministério da Saúde para gerenciar, os recursos do fundo nacional são encaminhados para o fundo municipal de Nova Iguaçu, que repassa ao consórcio. Em relação a esse ponto, existe uma expectativa de participação do Estado do Rio de Janeiro participar como ente consorciado para viabilizar o recebimento desses recursos de custeio da central de regulação do SAMU de maneira direta.

Na visão da gestão estadual do SUS, o Estado do Rio de Janeiro não tinha como prioridade a proposição de uma política direcionada aos consórcios entre 2007 e 2014. Durante esse período a prioridade da SES-RJ foi a implantação das instâncias regionais de governança (CGR e CIR) propostas pela regulação federal: o Pacto pela Saúde e o Decreto 7.508/2011. Em 2015, com a mudança do secretário de saúde estadual, houve um evento que contou com a participação de todos os consórcios do estado, em que se realizou uma avaliação da situação dos consórcios, com vistas a proposição de ações de fortalecimento de tais arranjos de cooperação. A participação do estado nos consórcios chegou a ser discutida, entretanto a grave crise fiscal que acometeu o estado nesse período obstaculizou o avanço das discussões, pois o estado não estava cumprindo sequer os compromissos já firmados.

Importante ressaltar a diferença entre o Município do Rio de Janeiro e os municípios da baixada fluminense em relação à participação dos prestadores de serviços de média e alta complexidade privados. A participação proporcional de prestadores privados no Município do Rio de Janeiro é bem menor do que nos municípios da baixada. Obviamente que a oferta pública de serviços localizada no Rio de Janeiro influencia nesse ponto, no entanto, observou-se uma redução de unidades hospitalares privadas contratadas pelo Município do Rio de Janeiro na série histórica sob análise (2010 a 2018). Na avaliação da representação do CISBAF, os municípios da baixada fluminense preferem a compra dos serviços de prestadores privados à investir em recursos (humanos e físicos) públicos.

Essa diferença na participação da natureza dos prestadores de serviços hospitalares do Município do Rio de Janeiro e os municípios da baixada fluminense foi verificada empiricamente na abordagem sobre a utilização de internações. Municípios extremamente carentes de infraestrutura hospitalar pública, tais como Belford Roxo e Queimados, foram responsáveis por boa parte das internações realizadas em estabelecimentos privados contratados pelo SUS na região.

Esses resultados podem ser interpretados à luz da escassez histórica de estabelecimentos públicos na baixada fluminense, levando os gestores a buscar a contratação de serviços privados. Verifica-se um esforço para reconquistar uma credibilidade junto aos prestadores privados que se descredenciaram do SUS devido a descontinuidade de pagamento e problemas de gestão dos municípios, que possuem fragilidades administrativas importantes e carências de prestadores públicos. Por outro lado, trata-se de uma opção política de viés imediatista de desinvestimento na estrutura pública e estímulo ao setor privado da saúde por meio de recursos públicos.

Baseado nos elementos teóricos e empíricos trazidos, levanta-se para o debate algumas possibilidades de soluções para os problemas de governança regional da saúde no território da região Metropolitana I do Rio de Janeiro.

Em relação à baixa capacidade político-institucional de coordenação federativa da regionalização da saúde da SES-RJ, o processo histórico de constituição relativamente recente da SES-RJ, após o processo de fusão do antigo Estado do Rio de Janeiro e do Estado da Guanabara, e a descentralização municipalista explicam, em parte, as dificuldades de organização regional da atenção à saúde. No entanto, há outros aspectos que devem ser discutidos, tais como a escassez de concursos públicos voltados para a seleção de servidores públicos com formação adequada para o desempenho de funções de gestão da saúde em nível central.

Tal escassez de concursos públicos está relacionada a uma perspectiva de desvalorização do serviço público, o que acaba atrofiando as possibilidades de políticas públicas estratégicas. Trata-se de uma visão que entende o servidor público como um problema. No entanto, em uma perspectiva que busca o fortalecimento do planejamento público e aumento da capacidade de formulação e implementação de políticas estruturantes, o servidor público pode ser a solução (SOBRAL, 2017).

Os últimos concursos públicos realizados pela SES-RJ para o nível central foram em 2001, bastante amplo e voltado para substituir a força de trabalho terceirizada. Os baixos salários oferecidos não foram capazes de reter boa parte dos servidores deste

concurso de 2001. A partir de 2007 começou a aumentar a modalidade de contratação temporária, sem vínculos permanentes com a administração pública. Em 2010 houve um concurso para seleção de servidores com perfil específico de gestão da saúde, mas apenas 40 vagas haviam sido criadas por lei (PERES; SANT'ANA; RODRIGUES, 2020), o que é insuficiente para enfrentamento dos desafios da gestão estadual do SUS no Rio de Janeiro. A escassez de concursos públicos para seleção de servidores públicos para atuação no nível central, no contexto mais geral de desvalorização do serviço público, prejudica sobremaneira a capacidade político-institucional da SES-RJ no que tange à coordenação do processo de regionalização da saúde no estado. Nesse sentido, faz-se necessário a retomada da realização de concursos públicos pela SES-RJ.

Outro aspecto fundamental diz respeito ao recorte territorial da região de saúde Metropolitana I. Importante ressaltar que, entre 2009 e 2011, a região foi desmembrada, tendo a baixada fluminense reconhecida enquanto uma região separada do Município do Rio de Janeiro, que se constituiu enquanto uma região de saúde composta por apenas um município.

A região metropolitana do Rio de Janeiro já é dividida em duas regiões de saúde (Metropolitana I e Metropolitana II). A divisão da região metropolitana em regiões de saúde não é rara. A região metropolitana de São Paulo é dividida em seis regiões de saúde. O Município de São Paulo, sozinho, é considerado uma região de saúde. A região metropolitana de Belo Horizonte, que possui porte populacional bem menor do que a do Rio de Janeiro, é dividida em três regiões de saúde.

De fato, a base populacional de quase 4 milhões de habitantes e a existência de identidade regional entre os moradores dos municípios da baixada fluminense justificariam a definição desse recorte enquanto uma região de saúde. A Metropolitana I é uma região de saúde com mais de 10 milhões de habitantes, mais de 60% do total do estado, o que torna a governança deste recorte territorial em nível de complexidade muito elevado.

Para Ribeiro (2013) a regionalização possui duas faces, a regionalização como fato e a regionalização como ferramenta. Na primeira, os atores, interesses e instituições se regionalizam, e na segunda os atores, interesses e instituições reconhecem e formalizam as regiões.

Nessa perspectiva, e considerando o processo de urbanização no Rio de Janeiro, a baixada fluminense pode ser considerada uma região no sentido da regionalização como fato. Cabe à regionalização como ferramenta, o reconhecimento e formalização da região

de saúde, norteados pela necessidade de enfrentamento da escassez histórica de oferta de serviços públicos de saúde na baixada fluminense.

Obviamente que apenas o desmembramento da região não se constituiria como única solução para o problema complexo da governança metropolitana da saúde no Rio de Janeiro. A escassez de oferta de serviços públicos de saúde na baixada fluminense não se resolveria apenas com arranjos de governança, por melhores que sejam. Kuschnir (2010) já apontou para a necessidade de desmembramento da região Metropolitana I, ainda que seja importante a manutenção de alguns fluxos assistenciais entre as duas regiões, visto que a capital concentra grande parte da oferta pública de serviços de saúde. Mas a autora propõe que a baixada fluminense precisa ser considerada enquanto uma região com algum nível de auto-suficiência de recursos em saúde

O desmembramento da região Metropolitana I em duas regiões de saúde – uma formada apenas pela capital e a outra constituída pelos municípios da baixada fluminense – articulado à outras iniciativas poderiam melhorar a integração da rede de atenção à saúde e, assim, contribuir para a redução das desigualdades. Seriam necessários investimentos para ampliar a oferta de serviços de saúde na baixada fluminense. Isso geraria consequências positivas para a organização dos serviços de toda a região metropolitana, incluindo no que diz respeito ao atendimento da demanda da capital. Os municípios de Nova Iguaçu e Duque de Caxias poderiam ser fortalecidos no sentido de se constituírem-se enquanto municípios-pólo da região, considerando seu porte populacional e a existência de unidades de saúde que já atendem a demanda dos demais municípios da baixada.

Nesse cenário de desmembramento da região Metropolitana I haveria a necessidade de constituição de uma CIR para a baixada fluminense, que poderia atuar de maneira articulada ao CISBAF, e uma CIR para a capital, composta por representantes da gestão municipal e estadual. Considerando a relevância das unidades federais na cidade do Rio de Janeiro para o SUS local, a presença de gestor federal seria fundamental para que tais unidades pudessem se integrar à rede regionalizada de atenção à saúde. Ressalta-se a existência de setor na estrutura do Ministério da Saúde que é responsável pela coordenação da integração assistencial dos hospitais federais localizados no Rio de Janeiro, o Departamento de Gestão Hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Na metrópole do Rio de Janeiro, os hospitais federais são estabelecimentos fundamentais na estrutura de oferta de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, de média e, principalmente de alta complexidade. A organização regional dos serviços que

inclua a definição de fluxos de contrarreferência – dos hospitais para unidades de saúde de menor complexidade e menor densidade tecnológica dos municípios – tem o potencial de aumentar a eficiência e a equidade do sistema de saúde. Os hospitais federais possuem estrutura de recursos físicos e humanos adequadas para a produção de serviços de alta complexidade com economia de escala. E, nesse sentido, tais estabelecimentos não podem se responsabilizar pelo acompanhamento de pacientes e, por isso, a importância da definição dos fluxos de contrarreferência.

6.5 Síntese sobre a rede de serviços e o complexo de governança regional da saúde

Esta seção é dedicada a apresentar uma síntese deste capítulo, com os principais resultados e discussões sobre a APS, a atenção às urgências e a atenção hospitalar, assim como sobre o complexo regional da saúde. Ao final da seção apresenta-se o quadro 6, que contém a síntese dos principais aspectos destacados.

Verificou-se expansão significativa da cobertura de APS, mas que ainda se mostra insuficiente para o cumprimento das funções esperadas para o primeiro nível de atenção do sistema. A expansão da APS na região Metropolitana pode ser verificada nos dados de cobertura, que atingia uma proporção de 27,3% da população em 2009 para 64% em 2017. Se entre 2009 e 2017 a expansão ocorreu de maneira ininterrupta, em 2018 houve uma reversão, com a redução do indicador para 63,8%. Em 2019 a cobertura se reduziu a 55%. Ou seja, a cobertura se expandiu, mas não a um patamar satisfatório e os últimos anos da série histórica analisada mostra redução da cobertura. Ressalta-se que a cobertura é um atributo essencial para que a APS cumpra as funções esperadas do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, sobretudo de coordenação do cuidado na rede de atenção.

Deve-se ressaltar que a localização das unidades de APS ocorre principalmente em lugares com piores condições de vida urbana, e que, dessa forma, tendem a apresentar escassez de bens e serviços públicos. Nesse sentido, a análise da localização das unidades de APS rompe com o padrão de concentração de equipamentos públicos em áreas privilegiadas do ponto de vista das condições socioeconômicas da população residente, o que aponta para a equidade e enfrentamento das intensas desigualdades socioespaciais da região. Deve-se ponderar que a análise incluiu a dimensão espacial e temporal, e o período analisado apresentou mudanças que merecem destaque. Entre 2015 e 2018, observou-se uma redução de unidades localizadas em lugares de baixas condições de vida urbana, enquanto nas áreas com melhores condições houve aumento. Ou seja, os últimos anos finais da série histórica analisada apresentaram redução da cobertura, principalmente nas

áreas mais carentes. Ainda assim, verifica-se que em 2018 a maior parte das unidades de APS localiza-se em lugares com piores condições de vida.

Na análise de efetividade da APS, observou-se uma redução da proporção de internações evitáveis no período analisado, mostrando melhoria do desempenho da APS. Mesmo nas sub-regiões marcadas pela por baixas condições de vida urbanas – baixada fluminense e zona oeste do Município do Rio de Janeiro – houve redução da proporção de internações evitáveis.

Na atenção às urgências, verificou-se a expansão da oferta de serviços, evidenciada pelo aumento do número de unidades habilitadas para a prestação de tais serviços. Em 2010 eram 54 unidades de saúde voltadas para a atenção às urgências na região e esse número chega a 131 em 2018, representando um aumento de 142% do número de unidades. Houve expansão das unidades sob gestão estadual, que dobram o número de unidades, saindo de 23, em 2010; para 46, em 2018. As unidades municipais eram 27, em 2010; e aumentaram para 80, em 2018, representado um aumento de 196% do número de unidades de atenção às urgências.

Quanto à localização, houve aumento do número de unidades de atenção às urgências, tanto em áreas carentes, quanto em áreas privilegiadas de benefícios urbanos. Ainda, verificou-se o espalhamento das unidades no território e uma distribuição mais igualitária de médicos vinculados às unidades de atenção às urgências. A expansão de oferta de serviços de atenção às urgências, sobretudo pela inauguração de novas UPAs, foi pensada para reduzir a demanda de atendimento nos hospitais. Ressalta-se a concentração de unidades localizadas no Rio de Janeiro, o que prejudica o acesso das populações periféricas, sobretudo da baixada fluminense, a tais serviços de saúde.

Na atenção hospitalar a queda progressiva e intensa do número de leitos de internação entre 2009 e 2019 demonstra a redução da estrutura hospitalar ocorrida na região. O Rio de Janeiro, metrópole que concentra as unidades hospitalares públicas – vinculadas ao governo municipal, estadual e federal – sofreu uma redução expressiva no período analisado de modo que ao final da série histórica (em 2019) a razão de leitos por habitante ficou abaixo da média nacional. Na baixada fluminense, subregião marcada pela escassez histórica de oferta de serviços hospitalares, também houve redução progressiva de leitos de internação.

Ou seja, mesmo a capital, que concentra os serviços de saúde no nível hospitalar, onde se localizam a maior parte dos hospitais estaduais e federais, apresenta uma oferta de leitos de internação abaixo da média nacional. Considerando a escassez de leitos de

internação nos municípios da baixada fluminense e a redução da oferta de leitos na capital, verifica-se um problema relevante de inadequação de oferta e demanda de leitos de internação. A capital, ainda que concentre os serviços hospitalares, possui uma demanda muito elevada por se tratar de uma cidade com mais de seis milhões de habitantes, e ainda recebe uma parte da demanda da baixada fluminense.

Observa-se que o Rio de Janeiro atende a parte da demanda de internações de média complexidade e, principalmente, as de alta complexidade de municípios da baixada fluminense. No entanto, a demanda dos municípios do Rio de Janeiro é elevada, e há desigualdades internas muito expressivas na capital. Alguns municípios da baixada fluminense, como Japeri, Seropédica, Itaguaí e Magé, estabelecem fluxos de internação com municípios de outras regiões de saúde.

Outro ponto a se destacar na atenção hospitalar, e que impacta o enfrentamento às desigualdades, é a presença de muitos hospitais de pequeno porte (até 50 leitos). Os estabelecimentos hospitalares reúnem recursos físicos e humanos e precisam operar de maneira eficiente, de modo que haja economia de escala. Levando em conta a base populacional da região, espera-se que haja uma elevada demanda por serviços hospitalares. Ou seja, a concentração populacional no contexto metropolitano favorece a economia de escala na produção de serviços hospitalares, algo que reduz o custo e aumenta a qualidade dos procedimentos realizados, o que poderia ser um mecanismo de enfrentamento das desigualdades. No entanto, a presença de número expressivo de hospitais de pequeno porte não contribui para se atingir a economia de escala, essencial para eficiência e qualidade da atenção hospitalar.

Quanto à localização, verificou-se que a maioria dos hospitais e, conseqüentemente, dos leitos de internação está em áreas com as melhores condições de vida urbana. No período de 2009 a 2019 houve pouca variação desse padrão, exceto o aumento expressivo de leitos no Hospital Municipal Albert Schweitzer na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, e no Hospital Geral de Nova Iguaçu na baixada fluminense.

A governança regional da saúde na região Metropolitana I é caracterizada pela multiplicidade de atores, tendo muitos desafios relevantes à serem superados no que diz respeito à organização dos serviços de saúde, com vistas à configurar-se enquanto instrumento de enfrentamento às intensas desigualdades em saúde existentes na região.

O complexo de governança regional da saúde na região Metropolitana I do Rio de Janeiro é marcado pela falta de coordenação federativa entre as três esferas de governo e problemas de cooperação intergovernamental. O elevado número de atores aumenta os

custos de transação e as deficiências da SES-RJ na coordenação federativa da política de saúde prejudicam a organização do sistema. Do ponto de vista da organização regional dos serviços de saúde no contexto metropolitano, a SES-RJ ainda apresenta algumas deficiências, seja por razões de fragilidade político-institucional, seja por questões econômico-financeiras.

A CIR da região Metropolitana I não se constitui enquanto instância sequer para a reunião de gestores – pois estes geralmente estão ausentes dos encontros – e nem de negociação e alocação de recursos. Não é um espaço que funcione enquanto uma ferramenta de planejamento regional. São os técnicos que frequentam as reuniões da CIR Metropolitana I, que se configura apenas como um fórum de discussão de alguns temas, que são relevantes, mas que não gera desdobramentos no sentido de solução de conflitos regionais. O esvaziamento de poder decisório da CIR Metropolitana I é tão evidente que os gestores do SUS buscam outros fóruns para solucionar os conflitos existentes, tais como o COSEMS e a CIB.

O Município do Rio de Janeiro se insere na governança regional de tal forma em que as pressões políticas internas são avaliadas como um aspecto mais importante do que os riscos relativos à uma postura menos cooperativa no âmbito do SUS. A ausência de transparência sobre as informações relativas à prestação de serviços gera desconfiança, prejudicando as pactuações, negociações e a cooperação entre os entes federados.

Quanto aos hospitais federais, verificou-se que, apesar da elevada produção de consultas ambulatoriais especializadas, há baixa oferta de consultas via regulação, o que indica uma atuação fragmentada de tais estabelecimentos, distante da lógica de funcionamento em rede, que pressupõe a existência de fluxos assistenciais de referência e contrarreferência.

O consórcio que envolve os municípios da baixada fluminense (CISBAF) é um arranjo profícuo de cooperação intermunicipal, num contexto de profundas desigualdades metropolitanas de investimentos públicos. Os municípios da baixada fluminense são marcados pelas precárias condições de vida, pela elevada magnitude dos problemas de saúde e pela escassez de oferta de serviços públicos de saúde. A existência do CISBAF representa a união dos municípios no sentido de enfrentamento de problemas que são comuns a todos, e, nesse sentido, o consórcio exerce funções relevantes de gestão da saúde no nível regional.

Quadro 6. Síntese das principais características da rede de serviços e do complexo de governança regional da saúde na região Metropolitana I.

Níveis de atenção / governança	Características predominantes			
Atenção primária à saúde	Expansão da cobertura de APS entre 2009 e 2017, mas ainda em patamar insuficiente.	Localização das unidades de APS principalmente em lugares com piores condições de vida urbana.	Redução de cobertura de APS em 2018 e 2019 e de unidades localizadas em lugares com piores condições.	Redução da proporção de internações por condições sensíveis à APS.
Atenção às urgências	Expansão da oferta de serviços, evidenciada pelo aumento do número de unidades.	Aumento de unidades de atenção às urgências localizadas tanto em áreas carentes quanto em áreas privilegiadas de benefícios urbanos.	Distribuição espacial mais igualitária de médicos vinculados às unidades de atenção às urgências.	Concentração de unidades localizadas na cidade do Rio de Janeiro.
Atenção hospitalar	Redução progressiva e intensa do número de leitos de internação entre 2009 e 2019 na região.	Localização da maioria dos hospitais e, conseqüentemente, dos leitos de internação em áreas com as melhores condições de vida urbana.	Presença de muitos hospitais de pequeno porte (até 50 leitos).	Concentração de hospitais na cidade do Rio de Janeiro, pólo de realização de procedimentos de média e, principalmente alta complexidade.
Complexo de governança regional da saúde	Falta de coordenação federativa entre as três esferas de governo e problemas de cooperação intergovernamental.	Fragilidades institucionais da SES-RJ prejudicam a organização regional do sistema.	A CIR da região Metropolitana I não se constitui enquanto instância de negociação e alocação de recursos e sequer para a reunião de gestores.	CISBAF configura-se como um arranjo profícuo de cooperação intermunicipal e de organização regional dos serviços.

Elaboração própria

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de urbanização ocorrido no Brasil está relacionado à produção de intensas desigualdades no que diz respeito à distribuição dos recursos coletivos da sociedade voltados para a melhoria da infraestrutura das cidades. Há uma concentração de benefícios urbanos em alguns lugares e escassez em outros, limitando as possibilidades dos grupos sociais que residem nas periferias urbanas.

No Rio de Janeiro, o processo de urbanização e metropolização adquiriu características singulares por uma série de fatores, destacando-se a grande concentração de atividades e população na capital e a ausência de laços de solidariedade com a sua periferia. A baixada fluminense é uma região que, historicamente, sofre com a escassez de infraestrutura urbana e com a baixa oferta de emprego e renda.

O problema da organização regional de serviços de saúde na região Metropolitana I do Rio de Janeiro suscitou discussões sobre as desigualdades socioespaciais de condições de vida urbana e de situação de saúde. Quanto às possibilidades de resposta a esse quadro no sentido de enfrentamento à tais desigualdades, destacou-se a relevância de realização de concursos públicos na SES-RJ para fortalecimento de sua capacidade institucional de coordenação do processo de regionalização da saúde; a necessidade de investimentos em serviços públicos de saúde na baixada fluminense; e o desmembramento da Metropolitana I, utilizando-se a CIR enquanto um instrumento de governança regional articulado ao consórcio na baixada. Discutiu-se também que o Município do Rio de Janeiro poderia continuar como polo para realização de uma série de serviços em nível regional, estadual e nacional, e, num cenário de desmembramento, em que constituir-se-ia enquanto região de saúde, poderia avançar em aspectos específicos da política de saúde em seu território, com destaque à integração dos hospitais federais à rede de atenção à saúde.

A rede de serviços de saúde da região Metropolitana I do Rio de Janeiro atua em território marcado por intensas desigualdades de condições de vida urbana que, por sua vez, se entrelaça com os diferenciais de renda e com a questão racial. O processo histórico de urbanização e metropolização no Rio de Janeiro está associado à processos de produção de desigualdades caracterizados pela concentração das melhorias urbanas em determinados lugares, beneficiando alguns grupos sociais, o que favorece a reprodução das desigualdades e limita as possibilidades de mudanças.

A esse quadro de heterogeneidades sociais se associa um perfil complexo de problemas de saúde. Pôde-se verificar o grau de associação da mortalidade por homicídios, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares com a questão racial, pobreza e condições de vida urbana.

Além das desigualdades de condições de vida urbana e de situação de saúde, pôde-se verificar os diferenciais de oferta de serviços de saúde no espaço metropolitano. A distribuição espacial das unidades de saúde, segundo níveis de atenção, mostrou que a APS se localiza, primordialmente, em lugares com baixas condições de vida urbana, o que favorece o acesso das populações residentes em tais áreas, sendo importante para o enfrentamento das desigualdades em saúde.

A redução proporcional de internações sensíveis à APS observada entre 2009 e 2019 está associada à expansão da cobertura de atenção primária. Mas a expansão da oferta na atenção às urgências também pode ter produzido o efeito de redução proporcional de tais internações.

Na abordagem da localização segundo padrões espaciais de condições de vida urbana nas áreas de ponderação da região, verificou-se que as unidades de atenção às urgências se distribuem de maneira mais ou menos igual no que diz respeito às condições de vida urbana dos lugares da região metropolitana I.

Em situações de urgência/emergência, em que o tempo é algo fundamental para evitar a morte ou danos irreversíveis, a concentração de serviços em alguns locais associada aos problemas de mobilidade urbana da região, que implicam em elevado tempo de deslocamento, são aspectos que podem ser decisivos para desfechos desfavoráveis.

O SAMU, serviço que desempenha a função de atenção às urgências pré-hospitalar móvel é fundamental nesse contexto, visto que presta os primeiros atendimentos ao mesmo tempo em que realiza o deslocamento para uma unidade hospitalar, onde há infraestrutura adequada para realização dos demais procedimentos que porventura possam ser necessários.

Na atenção hospitalar, observa-se grande concentração de estabelecimentos na cidade do Rio de Janeiro e em locais de melhores condições de vida urbana, o que aponta para a reprodução de desigualdades, sobretudo no que diz respeito ao acesso aos serviços hospitalares. A existência de muitas unidades hospitalares vinculadas ao Estado da Guanabara influencia o quadro atual de concentração de hospitais na cidade do Rio de Janeiro. Após a fusão do antigo Estado do Rio de Janeiro e o Estado da Guanabara em

1975, a SES-RJ torna-se responsável pela gestão de tais hospitais, que obviamente, são todos localizados na cidade do Rio de Janeiro. Importante ressaltar que, a partir dos anos 2000, há um aumento do número de unidades hospitalares vinculadas à SES-RJ localizadas na baixada fluminense.

É importante destacar que as escalas de atuação dos níveis de atenção são diferentes. Os hospitais são estabelecimentos que devem funcionar para uma base populacional bem maior do que as unidades de atenção às urgências e, principalmente, as APS. Porém, a concentração espacial dos serviços evidencia padrões de desigualdade na distribuição e acesso aos mesmos. A APS, tem como referência áreas e populações adscritas menores tem uma distribuição espacial menos concentrada e mais equitativa. Contudo, a APS esbarra na questão da qualidade e resolutividade dos serviços ofertados além dos problemas de encaminhamento para a atenção especializada.

Quanto à governança regional da saúde, partiu-se de uma premissa que considera influência mútua entre o espaço urbano/metropolitano e a política de saúde. O espaço impõe condições para o funcionamento da política de saúde e, simultaneamente, os componentes do sistema de saúde influenciam a configuração do espaço urbano-metropolitano. A rede de serviços de saúde investigada nesse trabalho tem o potencial de redução das desigualdades em saúde, mas sua atuação fragmentada limita tais possibilidades.

A governança regional da saúde pautada pela equidade é um meio na busca pela melhoria das condições de saúde da população e redução das desigualdades de acesso e utilização de serviços. Verificou-se diversos problemas de coordenação federativa e de cooperação intergovernamental, aspectos centrais para a conformação de uma governança pautada pela equidade. Isso contribui para a fragmentação e desorganização do sistema de saúde na região Metropolitana I do Rio de Janeiro, dificultando o enfrentamento às desigualdades.

Os mecanismos de produção e reprodução de desigualdades na região metropolitana I são muito fortes. Por mais efetiva que a governança regional da saúde seja, ela não será suficiente para enfrentar esse quadro complexo, pois não se trata de problema de solução setorial.

É importante ressaltar a importância da articulação das políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de vida urbana e as políticas de saúde de modo que se busque uma atuação mais efetiva no enfrentamento às desigualdades socioespaciais. A influência mútua entre condições de vida urbana e condições de saúde aponta para a

necessidade de uma resposta integrada entre os setores governamentais da saúde e da questão urbana-metropolitana.

O espaço metropolitano apresenta características que impõe desafios relevantes às políticas públicas o que remete à discussão da importância de considerar o território nos processos que envolvem as políticas, o planejamento e a organização de ações e serviços. E ao atuar sobre o território, as políticas públicas o modificam. Uma atuação integrada entre as políticas de saúde e as políticas urbanas, tais como o saneamento básico, a mobilidade urbana, o zoneamento, entre outras, tendo o território enquanto elemento articulador das políticas, é fundamental para o enfrentamento das desigualdades socioespaciais metropolitanas.

O resultado almejado de uma atuação intersetorial seria o da melhoria das condições gerais de existência dos grupos sociais e redução da demanda por serviços de assistência à saúde. Trata-se de uma perspectiva da promoção da saúde, vinculada à atuação de políticas urbanas voltadas para a melhorias das condições de vida urbana, para além de ações específicas do setor saúde de cunho individual que, geralmente, recomendam mudança nos estilos de vida, e que são insuficientes perante o quadro de desigualdades de condições de vida urbana que as metrópoles apresentam. As mudanças de estilo de vida como medidas de promoção da saúde são importantes, mas as condições heterogêneas de condições de vida urbana que se expressam entre os diferentes grupos sociais e lugares são determinantes para as possibilidades de mudanças individuais de estilos de vida saudáveis com alimentação adequada, prática regular de atividade física etc.

A organização regional dos serviços de saúde em contexto metropolitano sofre a influência das características do processo de urbanização e das desigualdades socioespaciais. Nesse sentido, para enfrentar este quadro complexo é necessária a articulação dos saberes do campo da saúde pública e do planejamento urbano e regional, com vistas à subsidiar a construção de políticas públicas integradas que possam enfrentar tais desigualdades.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. M. F. DE. **Avaliação de Implantação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II, Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado—Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2008.
- ABREU, M. DE A. **Evolução urbana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: IPP, Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, 1988.
- ALBUQUERQUE, M. V. DE et al. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3151–3161, out. 2018.
- ALBUQUERQUE, M. V. DE et al. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde no cenário do Brasil em 2040: as redes regionais e nacionais no enfrentamento das iniquidades em saúde**: Saúde Amanhã. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/07/Albuquerque-et-al_Modelos-de-organiza%C3%A7%C3%A3o-e-gest%C3%A3o_TD-67-1.pdf>.
- ALBUQUERQUE, M. V. DE; VIANA, A. L. D'ÁVILA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 28–38, dez. 2015.
- ALBUQUERQUE, E. A. A. Baixada Fluminense, uma Periferia por Excelência. **GEOGRAFIA (Londrina)**, v. 30, n. 1, p. 63, 30 dez. 2020.
- ALBUQUERQUE, M. V.; MELLO, G. A.; IOZZI, F. L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. Em: VIANA, A. L. D'ÁVILA; LIMA, L. D. DE (Eds.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
- ALCANTARA, D. DE et al. Cenários de Desenvolvimento Urbano e Periurbano em Japeri, RJ: zona de sacrifício ou município insurgente? **Espaço e Economia**, n. 19, 27 jul. 2020.
- ALMEIDA, C. M. DE. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, 1999.
- ALMEIDA, M. H. T. DE. Federalismo e Políticas Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, 1995.
- AL-SHAQSI, S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. **Oman Medical Journal**, out. 2010.
- ALVES, J. C. S. **Dos barões ao extermínio: uma história da violência na Baixada Fluminense**. 2a. Edição revista, aumentada ed. Rio de Janeiro: Consequência, 2020.
- AUGUSTO, N.; ROSELINO, J. E.; FERRO, A. R. A Evolução Recente da Desigualdade entre Negros e Brancos no Mercado de Trabalho das Regiões Metropolitanas do Brasil. v. 26, n. 2, p. 105–127, 2015.

AZEVEDO, S. DE; LOBO, Y. O processo de fusão e o novo Estado do Rio de Janeiro: a questão institucional. Em: RIBEIRO, L. C. DE Q. (Ed.). **Rio de Janeiro: transformações na ordem urbana**. Rio de Janeiro: Observatório das Metrópoles: Letra Capital, 2015.

BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, v. 0, n. 51, p. 138, 30 nov. 2001.

BERCOVICI, G. **Dilemas do estado federal brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

BICHIR, R. Governança multinível. **IPEA**, Boletim de Análise Político Institucional. v. 19, p. 49–56, 2018.

BONDUKI, N.; ROLNIK, R. Periferia da grande São Paulo. Reprodução do espaço como expediente de reprodução da força de trabalho. Em: MARICATO, E. (Ed.). **A Produção Capitalista da Casa (e da Cidade) no Brasil Industrial**. 2. ed. [s.l.] Alfa-Omega, 1982.

BOURDIEU, P. Efeitos de lugar. Em: BOURDIEU, P. (Ed.). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 2011.

BOUSQUAT, A.; NASCIMENTO, V. B. D. A metrópole paulista e a saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 15, n. 1, p. 112–120, jan. 2001.

BRAGA NETO, F. C. et al. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. Em: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2a ed.rev.ed. ampliada ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de estudos de Saúde, 2012.

BRANDÃO, C. Pacto federativo, reescalonamento do Estado e desafios para a integração e coesão regionais e para legitimar políticas de desenvolvimento regional no Brasil. Em: CARLOS BRANDÃO; HIPÓLITA SIQUEIRA (Eds.). **Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 208.

BRASIL. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde** Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35a. ed. [atualizada em 2012] ed. Brasília: Centro de Documentação e Informação, Edições Câmara, 2012.

BRASIL. **Saúde Brasil Estados 2018: uma análise de situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal**. Ministério da Saúde. Brasília: [s.n.].

BREILH, J. **Epidemiologia crítica ciência emancipadora e interculturalidade**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BRITTO, A. L. N. DE P.; QUINTSLR, S. Políticas e programas para esgotamento sanitário na metrópole do Rio de Janeiro: um olhar na perspectiva das desigualdades ambientais. **Cadernos Metrópole**, v. 22, n. 48, p. 435–456, maio 2020.

CAIAFFA, W. T. et al. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1785–1796, dez. 2008.

CÂMARA, G. et al. Análise espacial de áreas. Em: DRUCK, S. (Ed.). **Análise espacial de dados geográficos**. Planaltina: Empraba Cerrados, 2004.

CAMAZ, F. R. Duque de Caxias-Rio de Janeiro: contradições entre crescimento econômico e desenvolvimento social. **Espaço e Economia**, n. 7, 17 dez. 2015.

CARDOSO, A.; LAGO, L. C. DO. Pobreza urbana e condições habitacionais na periferia metropolitana do Rio de Janeiro. **Cadernos IPPUR**, v. 2, p. 67–78, 1993.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. Em: BARATA, R. B. (Ed.). **Saúde e Movimento: condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: [s.n.].

CEPERJ. **Regiões do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.ceperj.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=81>>. Acesso em: 1 mar. 2021.

CESSE, E. Â. P. et al. Tendência da Mortalidade por doenças do Aparelho Circulatório no Brasil: 1950 a 2000. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 93, n. 5, p. 490–497, 2009.

CFM. Resolução nº1.451. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os prontos socorros. 17 mar. 1995.

CHAGAS, G. M. Porto de Itaguaí: Indutor de um polo logístico-produtivo. **Espaço e Economia**, n. 19, 27 jul. 2020.

DAVIDOVICH, F. Metrôpole e território: metropolização do espaço no Rio de Janeiro. **Cardenos Metrôpolis**, v. 6, p. 67–77, 2001.

DAVIDOVICH, F. Estado do Rio de Janeiro: o urbano metropolitano. Hipóteses e questões. **Geo UERJ**, v. 2, n. 21, p. 1–23, 20 dez. 2010.

DESLANDES, S. F. **Frágeis Deuses: Profissionais Da Emergência Entre Os Danos Da Violência e a Recriação Da Vida**. Rio de Janeiro; São Paulo: Editora FIOCRUZ [Imprint] Fundacao Oswaldo Cruz SciELO [distributor, 2001.

DOURADO, D. DE A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204–211, fev. 2011.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. 1. ed ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do Golpe Militar à Reforma Sanitária. Em: GIOVANELLA, L. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2008.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Região Metropolitana do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<https://www.modelarametropole.com.br/rmrj/#municipios-container>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

FRUMKIN, H. Urban sprawl and public health. **Public Health Rep**, v. 117, n. 3, p. 201–17, nov. 2002.

GEIGER, P. P.; SANTOS, R. L. Notas sobre a evolução da ocupação humana na baixada fluminense. **Revista Brasileira de Geografia**, v. 3, p. 3–25, set. 1954.

GERSCHMAN, S. Política e Gestão da Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Em: GERSCHMAN, S.; SANTOS, A. M. S. P. (Eds.). **Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2016.

GERSCHMAN, S.; CASTANHEIRA, D. Poder Legislativo na Formulação da Política de Saúde. Em: GERSCHMAN, S.; SANTOS, A. M. S. P. (Eds.). **Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. DE. Atenção Primária à Saúde. Em: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2a ed.rev.e ampliada ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de estudos de Saúde, 2012.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. Em: MINAYO, M. C. DE S. (Ed.). **Pesquisa social: teoria metodo e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

GOULART, F. **Municipalização: Veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 1996.

HARVEY, D. **Social justice and the city**. Oxford: B. Blackwell, 1988.

HARVEY, D. Do administrativismo ao empreendedorismo: a transformação da governança urbana do capitalismo tardio. Em: **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume, 2005.

HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. suppl, p. S35–S45, 2006.

IANNI, A. M. Z. et al. MetrÓpole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 5, p. 925–934, maio 2012.

IBGE (ED.). **Regiões de influência das cidades 2007**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

IBGE. **Tipologia intraurbana: espaços de diferenciação socioeconômica nas concentrações urbanas do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE. **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>>. Acesso em: 1 mar. 2021.

IPEA. **Mortes por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil: análise dos Sistemas De Informação do Ministério da Saúde**. Brasília: [s.n.].

IPEA. **Atlas da Violência 2020**. Brasília: [s.n.].

JESSOP, B. The regulation approach, governance and post-Fordism: alternative perspectives on economic and political change? **Economy and Society**, v. 24, n. 3, p. 307–333, ago. 1995.

KLINK, J. **Governança das metrópoles: conceitos, experiências e perspectivas**. [s.l.] Annablume, 2010.

KRIEGER, N. Does Racism Harm Health? Did Child Abuse Exist Before 1962? On Explicit Questions, Critical Science, and Current Controversies: An Ecosocial Perspective. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 2, p. 194–199, fev. 2003.

KUSCHNIR, R. et al. Regionalização no Estado do Rio de Janeiro: O desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. Em: UGÁ, M. A. D. (Ed.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2010.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, ago. 2010.

LADEIRA, R. M. et al. Acidentes de transporte terrestre: estudo Carga Global de Doenças, Brasil e unidades federadas, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 157–170, 2017.

LEITE, J. P. DE A.; SPATTI, A. C.; CAMPOS, M. L. DE. Policy networks in metropolitan regions: the case of the health system in Brazil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1039–1064, dez. 2017.

LENCIONI, S. Metropolização no Brasil. Em: SUERTEGARAY, D. et al. (Eds.). **Geografia e conjuntura brasileira**. Rio de Janeiro: Consequência, 2017.

LESSA, C. **O Rio de todos os Brasis: uma reflexão em busca de auto-estima**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2000.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001.

LIMA BARRETO. **Vida e Morte de M. J. Gonzaga de Sá**. Belo Horizonte: Garnier, 2020.

LIMA, L. D. DE et al. O Pacto Federativo Brasileiro e o Papel do Gestor Estadual no SUS. Em: UGÁ, M. A. D. (Ed.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2010.

LIMA, L. D. DE et al. Regionalização da Saúde no Brasil. Em: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2a ed.rev.e ampliada ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de estudos de Saúde, 2012a.

LIMA, L. D. DE et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903–1914, jul. 2012b.

LIMA, L. D. DE et al. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 595–606, fev. 2015.

LIMA, L. D. DE et al. A Regionalização da Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Em: GERSCHMAN, S.; SANTOS, A. M. S. P. (Eds.). **Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2016.

LIMA, L. D. DE; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G. **Nota técnica: Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde: Novos Caminhos**. [s.l.] Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e redes de Atenção à Saúde no Brasil, 2016.

LOBATO, L. DE V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. Em: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2a ed.rev.e ampliada ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de estudos de Saúde, 2012.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE. Os desafios da atenção à saúde em regiões metropolitanas. Em: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de estudos de Saúde, 2008. p. 945–77.

MACHADO, J. A. Pacto de Gestão na Saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? Em: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. DE (Eds.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

MALTA, D. C.; MOURA, L. DE; BERNAL, R. T. I. Differentials in risk factors for chronic non-communicable diseases from the race/color standpoint. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 713–725, mar. 2015.

MARQUES, E. Government, Political Actors and Governance in Urban Policies in Brazil and São Paulo: Concepts for a Future Research Agenda. **Brazilian Political Science Review**, p. 8–35, 2013.

MARQUES, E. C. Equipamentos de saneamento e desigualdades no espaço metropolitano do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 181–193, jun. 1996.

MESQUITA NETO, P. DE. Crime, Violência e Incerteza Política do Brasil. Em: **A Violência do cotidiano**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. v. 1p. 09–42.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 373. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. . 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal DGH.** Disponível em: <<http://www.portaldgh.saude.gov.br/index.php/dgh/>>.

MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. Em: BARATA, R. DE C. B.; TORRES, A. M. (Eds.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Série epidemiológica. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Abrasco, 1997.

MOORE, L. Measuring quality and effectiveness of prehospital ems. **Prehospital Emergency Care**, v. 3, n. 4, p. 325–331, jan. 1999.

MORAIS, M. L. DE. A chegada de novos agentes econômicos e a reestruturação do espaço urbano em Queimados – Rio de Janeiro. **Espaço e Economia**, n. 8, 13 set. 2016.

MOURA, R.; OLIVEIRA, S.; PÊGO, B. **Escalas da urbanização brasileira.** Brasília: IPEA, 2018.

NORONHA, J. C. DE; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE. A metrópole Rio de Janeiro: tamanho e diversidade e a busca da equidade nos cuidados de saúde. Em: ELIAS RASSI NETO; BÓGUS, C. M. (Eds.). **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OCDE (ED.). **Cities for citizens: improving metropolitan governance.** Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2395–2404, ago. 2010.

O'DWYER, G. et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 7 ago. 2017.

OLIVEIRA, F. DE. **Crítica à razão dualista: O ornitorrinco.** 1a. ed ed. São Paulo, SP: Boitempo Editorial, 2003.

OLIVEIRA, F. DE. O Estado e o urbano no Brasil. Em: BARROS, J. et al. (Eds.). **Cidades e conflito: o urbano na produção do Brasil contemporâneo.** Caderno de debates. 1a edição ed. Rio de Janeiro: FASE, 2013.

OSORIO, M.; VERSIANI, M. H. O papel das instituições na trajetória econômico-social do Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, v. 2, 2013.

OUPERNEY, A. M. et al. Federalismo Cooperativo, Regionalização e o Perfil de Governança Institucional das Comissões Intergestores Regionais no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4715–4726, out. 2021.

PARADA, R. **Federalismo e o SUS: Um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro.** [s.l.] Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2002.

PERES, A. M. A. M.; SANT'ANA, D. R.; RODRIGUES, P. H. DE A. O processo de desmonte da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e sua invisibilidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300315, 2020.

PERO, V.; FONTES, A.; FERRAZ, C. Desigualdade de renda e mercado de trabalho na metrópole e no interior do Rio de Janeiro. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, v. n. 3, nov. 2013.

PINTO, L. F. et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257–1267, abr. 2017.

RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. Em: RIBEIRO, A. C. T. (Ed.). **Por uma sociologia do presente: ação, técnica e espaço**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013. p. 159–182.

RIBEIRO, L. C. DE Q. Segregação, acumulação urbana e poder: classes e desigualdades na metrópole do Rio de Janeiro. **Cadernos IPPUR**, Planejamento e Território ensaios sobre a desigualdade. p. 79–103, 2001.

RIBEIRO, L. C. DE Q. Metamorfoses da Ordem Urbana da Metrópole Brasileira: o caso do Rio de Janeiro. **Sociologias**, v. 18, n. 42, p. 120–160, ago. 2016a.

RIBEIRO, L. C. DE Q.; RIBEIRO, M. G. (EDS.). **IBEU: índice de bem-estar urbano**. 1. ed ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.

RIBEIRO, L. C. DE Q.; RIBEIRO, M. G. Segregação residencial: padrões e evolução. Em: RIBEIRO, L. C. DE Q. (Ed.). **Rio de Janeiro: transformações na ordem urbana**. Rio de Janeiro: Observatório das Metrópoles: Letra Capital, 2015.

RIBEIRO, L. C. DE Q.; SILVA, É. T. DA; RODRIGUES, J. M. Metrópoles brasileiras: diversificação, concentração e dispersão. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, n. 120, p. 177–207, 2011.

RIBEIRO, M. G. Desigualdades urbanas e desigualdades sociais nas metrópoles brasileiras. **Sociologias**, v. 18, n. 42, p. 198–230, ago. 2016b.

ROLNIK, R.; SOMEKH, N. Governar as Metrópoles: dilemas da recentralização. **São Paulo em Perspectiva**, v. 14, n. 4, p. 83–90, out. 2000.

SABROZA, P. C. **Concepções sobre Saúde e Doença**, 2001.

SANTOS, A. M. DOS; GIOVANELLA, L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622–631, ago. 2014.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

SANTOS, M. Por uma nova Federação. 16 jul. 2000.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. 5. ed., 2. reimpr ed. São Paulo. SP: EDUSP, Ed. da Univ. de São Paulo, 2009.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.

SANTOS, S.; SOUZA, W. (EDS.). **Introdução à Estatística Espacial para a Saúde Pública**. 1a edição ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. DE; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, jul. 2009.

SCHNEIDER, A. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 51–66, 2001.

SES-RJ. **Atualização do Plano Diretor de Regionalização**, 2012. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzA0OQ%2C%2C>>

SILVA, R. D. DA. **Indústria e desenvolvimento regional no Rio de Janeiro, 1990-2008**. 1a edição ed. [Rio de Janeiro, Brazil]: Rio de Janeiro, RJ, Brasil: FAPERJ; FGV Editora, 2012.

SILVA, C. G. DE S. E. **Letalidade, sobrevida em 15 Anos e causas de morte após procedimentos de revascularização miocárdica pagos pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Instituto do Coração Edson Saad. UFRJ, 2019.

SILVA, M. R. Oeste Metropolitano do Rio de Janeiro: debates sobre limites, fronteiras e territórios de uma região. **Espaço e Economia**, n. 19, 27 jul. 2020.

SOARES, G. P. et al. Evolução da Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 1979 a 2010. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 93, n. 5, p. 490–497, 2009.

SOARES, G. P. et al. Evolução da Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório e do Índice de Desenvolvimento Humano nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2016.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília: Fundação Escola Nacional de Administração Pública, 2018.

SOBRAL, B. L. B. **Metrópole do Rio e projeto nacional: uma estratégia de desenvolvimento a partir de complexos e centralidades no território**. Rio de Janeiro, RJ: Garamond: FAPERJ, 2013.

SOBRAL, B. L. B. Crise no Estado do Rio de Janeiro: diagnóstico e perspectivas. **Revista Econômica**, v. 19, p. 7–34, 2017.

SOJA, E. Accentuate The Regional: Debates & Developments. **International Journal of Urban and Regional Research**, v. 39, n. 2, p. 372–381, mar. 2015.

SOMEKH, N. Metrôpoles, governança e projetos urbanos. Em: EGLER, T. T. C.; TAVARES, H. M. (Eds.). **Política pública, rede social e território**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2012.

SPINK, P. Análise de documentos de domínio público. Em: SPINK, M. J. (Ed.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Perdizes, Brasil: Cortez, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, É.; MONTEIRO, J. **Mobilidade pendular e deslocamentos casa-trabalho na metrópole: dimensões espaciais e temporais**. Anais do XVI Simpósio Nacional de Geografia Urbana - XVI SIMPURB. **Anais...**Rio de Janeiro: Anais do XVI Simpósio Nacional de Geografia Urbana, 2019.

TAVARES, É.; OLIVEIRA, R. A. D. DE; OLIVEIRA, R. A. D. DE. A metrópole fluminense na transição demográfica e urbana brasileira. Em: RIBEIRO, L. C. DE Q. (Ed.). **Rio de Janeiro: transformações na ordem urbana**. Rio de Janeiro: Observatório das Metrôpoles: Letra Capital, 2015.

THEODORO, M. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. Em: THEODORO, M. et al. (Eds.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. 1a. ed ed. Brasília, Brazil: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2008.

TINOCO, V. Arco metropolitano do Rio de Janeiro: Transformações e Representações. **Revista Continentes (UFRRJ)**, v. Ano 8, n. n. 14, 2019.

VAINER, C. B. Pátria, empresa e mercadoria. Notas sobre a estratégia discursiva do Planejamento Estratégico Urbano. Em: ARANTES, O. B. F.; VAINER, C. B.; MARICATO, E. (Eds.). **A cidade do pensamento único: desmanchando consensos**. Coleção Zero à esquerda. 2a ed ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

VAINER, C. B. As escalas do poder e o poder das escalas: o que pode o poder local? **Cadernos IPPUR**, Planejamento e Território ensaios sobre a desigualdade. p. 13–32, 2001.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539–548, dez. 2012.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, jun. 2018.

VIANA, A. L. D'ÁVILA et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. suppl 2, p. S117–S131, 2007.

VIANA, A. L. D'ÁVILA et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, p. 92–106, 2008.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; LIMA, L. D. DE. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. Em: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. (Eds.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VILLAÇA, F. **Espaço intra-urbano no Brasil**. São Paulo, SP: Studio Nobel, 1998.

YOUNG, C. E. F.; AGUIAR, C.; POSSAS, E. Sinal fechado: custo econômico do tempo de deslocamento para o trabalho na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista Econômica**, v. 15, n. 2, 1 dez. 2013.