



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
CÂMPUS DE PRESIDENTE PRUDENTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA – DOUTORADO

Priscila Estevam Engel

**O ALCANCE ESPACIAL DE GRANDES ESTABELECIMENTOS DE
SAÚDE: A CENTRALIDADE DA CIDADE MÉDIA DE PRESIDENTE
PRUDENTE-SP**

Presidente Prudente, 2022.

Priscila Estevam Engel

**O ALCANCE ESPACIAL DE GRANDES ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: A
CENTRALIDADE DA CIDADE MÉDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP**

Tese apresentada ao Conselho do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual Paulista, Campus de Presidente Prudente, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Arthur Magon Whitacker

Presidente Prudente, 2022.

E57a

Engel, Priscila Estevam

O alcance espacial de grandes estabelecimentos de saúde: a centralidade da cidade média de Presidente Prudente-SP / Priscila Estevam Engel. -- Presidente Prudente, 2022
346 p.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente
Orientador: Arthur Magon Whitacker

1. Rede Urbana. 2. Região. 3. Serviços de saúde. 4. Sistema único de saúde. 5. DRS XI de Presidente Prudente. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA TESE: O ALCANCE ESPACIAL DE GRANDES ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: A CENTRALIDADE DA CIDADE MÉDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP.

AUTORA: PRISCILA ESTEVAM ENGEL

ORIENTADOR: ARTHUR MAGON WHITACKER

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Doutora em GEOGRAFIA, área: Produção do Espaço Geográfico pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. ARTHUR MAGON WHITACKER (Participação Virtual)
Departamento de Geografia / Faculdade de Ciências e Tecnologia de Presidente Prudente

Prof. Dr. MÁRCIO JOSÉ CATELAN (Participação Virtual)
Programa de Pós-graduação em Geografia / Unesp/FCT - Câmpus de Presidente Prudente

Profa. Dra. HELOÍSA MARIZ FERREIRA (Participação Virtual)
- / -

Profa. Dra. MARIA JOSE MARTINELLI SILVA CALIXTO (Participação Virtual)
Faculdade de Ciências Humanas / UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

Prof. Dr. VITOR KOITI MIYAZAKI (Participação Virtual)
Instituto de Ciências Humanas do Pontal / UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Presidente Prudente, 23 de fevereiro de 2022



Prof. Dr. Arthur Magon Whitacker - Orientador

*Dedico essa tese a
minha mãe, Cleide Estevam Engel,
minha grande incentivadora
Luz da minha vida!
Que agora ilumina lá do céu!*

AGRADECIMENTOS

A escrita de uma tese é um trabalho solitário, silencioso e muito difícil. No entanto, lugares, família, amigos e colegas deixam esse período de doutoramento mais leve, agradável e faz tudo valer a pena. Por isso, essa parte da tese é tão importante, porque sem apoio nada seria possível.

Primeiramente gostaria de agradecer aos meus pais Ismael e Cleide meus maiores incentivadores, apoiadores, financiadores, não mediram esforços para que eu pudesse viver a pós-graduação e aproveitar todas as oportunidades disponíveis. Agradeço também a minha irmã Leticia, meu orgulho, sempre disposta a me ajudar, seja nos trabalhos de campo, compartilhando dúvidas, incertezas e lágrimas (de alegria e tristeza) que a vida acadêmica nos traz. Eu amo vocês!

Ao meu marido, amigo e companheiro Alan que trouxe paz, amor e calma para minha vida. Que me faz enxergar a vida com mais simplicidade e perceber a importância de viver o hoje intensamente. Obrigada pela família linda que me deu, sei que sempre posso contar com você e a Gaiazinha para segurar a minha mão. Eu amo vocês!

Agradeço a minha velha amiga Larissa, nesses últimos anos não vivemos muito tempo na mesma cidade, no entanto a nossa amizade nunca precisou dessa proximidade para se sustentar. Obrigada por estar sempre presente nos melhores e piores momentos da minha vida. Agradeço a cidade de Salvador por ter me aproximado de duas pessoas maravilhosas: Flaviane e Mariana. Amigas valiosas, companheiras e que topam organizar qualquer coisa.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Geografia de Presidente Prudente, por todas as oportunidades e pelo crescimento e por me proporcionar conhecer, conviver e me tornar amiga de pessoas de diferentes lugares do Brasil, como a Maiara (Pelotas – RS) uma amiga especial, uma menina doce e muito inteligente sempre disposta a ajudar, Carlos Eduardo (São Paulo - SP), Carla (Pinhalzinho – SC), Liriane (Teresina – PI), Renatinha (Primavera – SP), Felipe (Presidente Prudente – SP), Gabriel (Catanduva- SP) Jean (Cáceres- MT), Renan (Jales – SP), Paçoca (Itaipé - MG), Thales (Passos-MG). Obrigada a todos vocês pelos encontros e a amizade que ultrapassou os limites da vida universitária.

Por fim, agradeço ao meu orientador Arthur Magon Whitacker pelos longos anos de trabalho, pela paciência, incentivo, amizade e principalmente por nunca ter desistido de mim e dessa tese. O senhor é um exemplo. Desejo ser uma professora como o senhor!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

A dinâmica de funcionamento do sistema público de saúde se constituiu numa questão que permeia o cotidiano da população no país. Esta pesquisa está inserida neste recorte e se direciona aos estudos dos espaços urbanos que intermediam serviços para um grupo de cidades. Como objetivo geral buscou-se compreender a centralidade exercida pela oferta de serviços de atendimento médico-hospitalar nas cidades médias paulistas, em especial, em Presidente Prudente. A hipótese da pesquisa é de que um grande estabelecimento de saúde, o Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria forte polarização, uma vez que os equipamentos e serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam de menor envergadura, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais. A fim de atingir o objetivo e confirmar o refutar a hipótese utilizamos diferentes procedimentos metodológicos, sendo: 1. Revisão bibliográfica; 2. Entrevistas com agentes bem-informados; 3. Trabalhos de Campo e; 4. Produção e organização de informações com dados secundários e produção cartográfica associada. Como principais resultados, destacamos que existe uma rigidez nos limites da regionalização de saúde e que esta pode acarretar muitos problemas. Primeiramente, o Hospital Regional recebe recursos referentes ao total de habitantes da sua região, ao atender pacientes de fora ele não está recebendo por esse atendimento. Outro problema é que o Ministério da Saúde não atualiza o número de equipamentos obrigatórios por região, um aparelho de ressonância magnética não consegue atender toda a população da região de Presidente Prudente. Por fim, a rigidez da regionalização faz com que, por exemplo, um paciente da cidade de Pracinha que precise de sessões de radioterapia tenha que se deslocar até Marília, o polo de alta complexidade da sua região e não possa ser atendido em Presidente Prudente, o polo mais próximo. Nesse caso há uma divergência entre a regionalização da REGIC (2018) e a regionalização dos Departamentos Regionais de Saúde. Diante disso, inferimos que o alcance espacial do Hospital Regional é muito maior do que os dados nos apontam, pois, as pessoas usam de diferentes estratégias para conseguir atendimento se elas forem de fora da região de influência.

Palavras-Chave: Rede Urbana; Região; Serviços de saúde; Sistema único de saúde; Departamento Regional de Saúde XI de Presidente Prudente;

ABSTRACT

The dynamics of the functioning of the public health system is an issue that permeates the daily life of the population in Brazil. This research is inserted in this theme and is directed to the studies of urban spaces that intermediate services for a group of cities. As main objective, we sought to understand the centrality exerted by the offer of medical and hospital care services in middle size cities in São Paulo, especially in Presidente Prudente. The research hypothesis is that a large health establishment, the Hospital Regional de Presidente Prudente (Regional Hospital of Presidente Prudente), would exert strong polarization, since the health equipment and services of the cities from Presidente Prudente region would be of smaller scale, both quantitative and qualitatively, for the care of the demanding population, which would require the displacement of these users to another urban center to solve their medical, hospital and/or outpatient problems. In order to achieve the objective and confirm or refute the hypothesis, we use different methodological procedures, namely: 1. Literature review; 2. Interviews with knowledgeable agents; 3. Fieldwork and; 4. Production and organization of information with secondary data and associated cartographic production. As main results, we emphasize that there is a rigidity in the limits of health regionalization and that this can cause many problems. Firstly, the Regional Hospital receives resources referring to the total population of its region, when attending patients from outside it is not receiving for this service. Another problem is that the Ministry of Health does not update the number of mandatory equipment by region, an MRI machine cannot serve the entire population of Presidente Prudente region. Finally, the rigidity of regionalization means that, for example, a patient from the city of Pracinha who needs radiotherapy sessions has to travel to Marília, the high complexity center in his region and cannot be treated in Presidente Prudente, the nearest pole. In this case, there is a divergence between the regionalization of REGIC (2018) and the regionalization of the Regional Health Departments. In view of this, we infer that the spatial reach of the Regional Hospital is much greater than the data show us, because people use different strategies to get care if they are from outside the region of influence.

Keywords: Urban Network. Region. Health services. Health Unic System. Regional Health Department XI of Presidente Prudente.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -DRS XI – Tabulação dos dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais. 2020	38
Figura 2- Divisão Regional do Brasil – 1889.....	71
Figura 3- Divisão Regional do Brasil – 1893.....	72
Figura 4- Divisão Regional do Brasil – 1913.....	73
Figura 5- Brasil. Divisão Regional do Conselho Técnico de Economia e Finanças – 1939	74
Figura 6-Divisão Regional do Brasil – 1942.....	77
Figura 7- Divisão Regional do Brasil - Zonas Fisiográficas - 1942.....	78
Figura 8-Divisão Regional do Brasil - Zonas Fisiográficas - 1960.....	80
Figura 9-Divisão Regional do Brasil – 1970.....	81
Figura 10-Divisão Regional do Brasil – 1990.....	83
Figura 11- Divisão Regional do Brasil - Mesorregiões Geográficas - 1989	84
Figura 12- Divisão Regional do Brasil - Microrregiões Geográficas - 1989	85
Figura 13- Regiões Geográficas Imediatas - 2017	86
Figura 14- Regiões Geográficas Intermediárias - 2017.....	87
Figura 15 – São Paulo. A expansão da estrada de ferro sorocabana. 1875-1922.....	95
Figura 16 – Os dez princípios de organização do SUS. (2020).....	131
Figura 17-DRS XI de Presidente Prudente. Organização dos Serviços de Saúde. 2021.....	150
Figura 18- Estado de São Paulo. Departamentos Regionais de Saúde. 2019.....	172
Figura 19 – Dracena Fachada principal da Santa Casa.2019.	175
Figura 20 - Dracena. Fachada principal do AME .2019.....	175
Figura 21 – Transporte para pacientes de Flora Rica para Dracena. 2019.....	180
Figura 22 – Reportagem descrevendo os convênios firmados entre prefeituras. 2019.	194
Figura 23 – Presidente Prudente. Serviços de Saúde Municipais – SUS. 2019.	260
Figura 24 – São Paulo. Informações sobre Unidades Prisionais. 2020.	268
Figura 25 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Estacionamento de ambulâncias. 2019.	283
Figura 26 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Ambulâncias transportando pacientes das cidades da região. 2019.	284
Figura 27 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Ambulâncias transportando pacientes das cidades da região. 2019.	285

Figura 28 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Ambulâncias e carros oficiais transportando pacientes das cidades da região. 2019.	286
Figura 29 – Hospital Regional/AME. SAME Presidente Prudente-SP. 2019.	287
Figura 30 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Ambulância de Bastos. 2019....	302
Figura 31 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Ambulância de Anurilândia.2019.	302

LISTA DE MAPAS

Mapa 1- Brasil. Total de estabelecimentos de saúde. 2017.....	154
Mapa 2 – São Paulo. Total de Estabelecimentos de Saúde. 2017.	155
Mapa 3 – Brasil. Total de Leitos disponibilizados. 2017.	156
Mapa 4 – São Paulo. Total de leitos disponibilizados. 2017	156
Mapa 5- São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – unidades básicas de saúde. 2021.	161
Mapa 6-São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde–diagnostico e terapia. 2021	161
Mapa 7- São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – hospitais 2021.....	162
Mapa 8-São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – hospitais 2021.....	162
Mapa 9- São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – uni móvel, 2019.....	163
Mapa 10-São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – vigilância sanitária, 2021	163
Mapa 11- São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – pronto atendimento 2021	164
Mapa 12-São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – consultórios isolados 2021	165
Mapa 13 – DRS11. Região de Saúde Alta Paulista. 2019.....	173
Mapa 14 – DRS11. Região de Saúde Alta Sorocabana. 2019	200
Mapa 15 – DRS11. Região de Saúde Alto Capivari. 2019.....	230
Mapa 16 – DRS11. Região de Saúde Extremo Oeste Paulista. 2019.....	240
Mapa 17 – DRS11. Região de Saúde Pontal do Paranapanema. 2019.....	249
Mapa 18 – Presidente Prudente. Presença de Estabelecimentos de saúde. 2018.	259
Mapa 19 – DRS XI. Presença de Hospitais Estaduais e Regionais. 2019.....	269
Mapa 20 – DRS XI. Presença de Hospitais. 2019.	270
Mapa 21 – DRS XI. Presença de Santa Casa. 2019.	271
Mapa 22 – DRS XI. Presença de Ambulatórios de Especialidades. 2019.....	271

Mapa 23 – DRS XI. Número de Médicos. 2019.	273
Mapa 24 – DRS XI. Número de Médicos Ginecologistas. 2019.....	273
Mapa 25 – DRS XI. Número de Fonoaudiólogos. 2019.	274
Mapa 26 – DRS XI. Número de Fisioterapeutas. 2019.....	274
Mapa 27 – DRS XI. Número de Farmacêuticos. 2019.....	275
Mapa 28 – DRS XI. Número de Enfermeiros 2019.	275
Mapa 29 – DRS XI. Número de Dentistas. 2019.	276
Mapa 30 – DRS XI. Número de Cirurgião Geral. 2019.....	276
Mapa 31 – DRS XI. Número de Anestesiastas. 2019.	277
Mapa 32 – DRS 11 Presidente Prudente. Total de Ultrassons. 2019.	278
Mapa 33 – DRS 11 Presidente Prudente. Total de Mamógrafos. 2019.....	279
Mapa 34 – DRS 11 Presidente Prudente. Total de Ressonância Magnética. 2019.	280
Mapa 35 – DRS 11 Presidente Prudente. Total de Tomógrafos. 2019.....	280
Mapa 36 – DRS 11 Presidente Prudente. Equipamentos de Hemodiálise. 2019.....	281
Mapa 37 – Origem dos Pacientes para Cirurgia do Sistema Circulatório. 2019.....	295
Mapa 38 – Origem dos Pacientes para Cirurgia do Aparelho Digestivo.2019.....	296
Mapa 39 – Origem dos Pacientes para Cirurgia do Sistema Nervoso.2019.....	297
Mapa 40 – Origem dos Pacientes para Cirurgia do Sistema Osteomuscular.2019.	298
Mapa 41 – Origem dos Pacientes para Tratamentos Clínicos.2019.....	299
Mapa 42 – Origem dos Pacientes para Cirurgia em Oncologia.2019.	300
Mapa 43 – Origem dos Pacientes para Cirurgia do Aparelho de Visão.2019.....	301
Mapa 44-Brasil. Rede urbana (REGIC). 2018	323
Mapa 45-Brasil. Deslocamentos para serviços de saúde de baixa e média complexidade. 2018	324
Mapa 46-Brasil. Deslocamentos para serviços de saúde de alta complexidade. 2018.....	325

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Roteiro de entrevista com o diretor do Instituto de Radioterapia de Presidente Prudente.....	27
Quadro 2 - Roteiro de entrevista com a diretora do Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente	30
Quadro 3 - Roteiro das enquetes realizadas com os dirigentes do serviço de saúde municipal	32

Quadro 4 - Roteiro de observação das atividades do Hospital Regional de Presidente Prudente	33
Quadro 5 - Quadro de correlação entre hipóteses, objetivos, procedimentos e resultados	39
Quadro 6-Organização do Sistema único de Saúde.2020.....	131
Quadro 7-Diretrizes para a organização das Regiões de Saúde no SUS	141
Quadro 8-Organização das ações e serviços de saúde. 2021.....	143
Quadro 9- DRS XI Presidente Prudente. Municípios somente Unidade de Saúde Básica ou Estratégia Saúde da Família. 2021	152
Quadro 10-DRS XI de Presidente Prudente. Características ligadas à hierarquia de saúde ..	152
Quadro 11 - Composição da RRAS, DRS e Regiões de Saúde do Estado de São Paulo. 2019.	167
Quadro 12 - Alfredo Marcondes. Destino das ambulâncias. 2019.....	289
Quadro 13 - XI DRS. Fluxo de veículos destinados a saúde. 2019.....	291
Quadro 14 - DRS XI. Centralidade e a realidade da Covid-19 dos municípios na faixa de até 5000 habitantes. 2021	311
Quadro 15-DRS X. Centralidade dos municípios na faixa de 5001 a 10000 habitantes. 2021	313
Quadro 16-DRS X. Centralidade dos municípios na faixa de 10001 a 20000 habitantes. 2021	316
Quadro 17- DRS X. Centralidade dos municípios na faixa de 20001 a 50000 habitantes. 2021	318
Quadro 18- DRS X. Centralidade dos municípios na faixa de 100001 a 500000 habitantes. 2021	321

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Motivação dos fluxos populacionais com destino a Presidente Prudente em 2015.	22
Gráfico 2 - Evolução da população em Presidente Prudente (1940-2019).....	98
Gráfico 3 – Brasil. Recursos humanos (vínculos) na área da saúde. 2019.....	158
Gráfico 4 – Dracena. Recursos Humanos (vínculos).2019.	178
Gráfico 5 – Irapuru. Recursos Humanos (vínculos).2019.	182
Gráfico 6 – Junqueirópolis. Recursos Humanos (vínculos) 2019.	184
Gráfico 7 – Ouro Verde. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	189

Gráfico 8 – Panorama. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	192
Gráfico 9 – São João do Pau D'alto. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	197
Gráfico 10 – Tupi Paulista. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	199
Gráfico 11 – Alvares Machado Recursos Humanos (vínculos). 2019.	204
Gráfico 12 - Indiana. Recursos Humanos (vínculos). 2019.	211
Gráfico 13 – Martinópolis. Recursos Humanos (vínculos). 2019.	213
Gráfico 14 – Pirapozinho. Recursos Humanos (vínculos). 2019.	217
Gráfico 15 – Presidente Bernardes. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	218
Gráfico 16 – Regente Feijó. Recursos Humanos (vínculos). 2019.	220
Gráfico 17 – Santo Anastácio. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	225
Gráfico 18 – Iepê. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	232
Gráfico 19 – Quatá. Recursos Humanos (vínculos) 2019.	237
Gráfico 20 – Rancharia. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	239
Gráfico 21 – Presidente Epitácio. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	247
Gráfico 22 – Presidente Venceslau. Recursos Humanos (vínculos). 2019.	249
Gráfico 23 – Mirante do Paranapanema. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	253
Gráfico 24 – Rosana. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	255
Gráfico 25 – Teodoro Sampaio. Recursos Humanos (vínculos). 2019.	257
Gráfico 26 – Presidente Prudente. Recursos Humanos (vínculos). 2019.....	262

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Brasil. Recursos humanos (vínculos) na área da saúde. 2019.	157
Tabela 2 - São Paulo. Equipamentos de saúde, por tipo. 2019.....	159
Tabela 3 – Dracena. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	174
Tabela 4 – Dracena. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas.2019.	177
Tabela 5 – Flora. Rica. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	178
Tabela 6 – Flora Rica. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas.2019.	179
Tabela 7 – Irapuru. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	181
Tabela 8 – Irapuru. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas.2019.	181
Tabela 9 – Junqueirópolis. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	183
Tabela 10 – Junqueirópolis. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	183

Tabela 11 – Monte Castelo. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	185
Tabela 12 – Monte Castelo. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	186
Tabela 13 – Nova Guataporanga. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	187
Tabela 14 – Nova Guataporanga. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	187
Tabela 15 – Ouro Verde. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	188
Tabela 16 – Ouro Verde. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	188
Tabela 17 – Panorama. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	190
Tabela 18 – Panorama. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	191
Tabela 19 – Pauliceia. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	192
Tabela 20 – Paulicéia. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	193
Tabela 21 – Santa Mercedes. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	194
Tabela 22 – Santa Mercedes. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	195
Tabela 23 – São João do Pau D’Alho. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	196
Tabela 24 -São João do Pau D'Alho. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.....	196
Tabela 25 – Tupi Paulista. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	198
Tabela 26 – Tupi Paulista. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	198
Tabela 27 – Alfredo Marcondes. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	201
Tabela 28 – Alfredo Marcondes. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.....	201
Tabela 29 – Alvares Machado. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	202
Tabela 30 – Alvares Machado Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	203
Tabela 31 – Anhumas. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	204
Tabela 32 – Anhumas. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	205

Tabela 33 – Caiabu. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019	206
Tabela 34 – Caiabu Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019. 206	
Tabela 35 – Emilianópolis. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	207
Tabela 36 – Emilianópolis. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	208
Tabela 37 – Estrela do Norte. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019	209
Tabela 38 – Estrela do Norte. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	209
Tabela 39 - Indiana. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019	210
Tabela 40 – Indiana. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	210
Tabela 41 – Martinópolis. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019	212
Tabela 42 – Martinópolis. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019	212
Tabela 43 - Narandiba. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	214
Tabela 44 – Narandiba. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019	214
Tabela 45 – Pirapozinho. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	215
Tabela 46 – Pirapozinho. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019	216
Tabela 47 – Presidente Bernardes. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019....	217
Tabela 48 – Presidente Bernardes. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019	218
Tabela 49 – Regente Feijó. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	219
Tabela 50 – Regente Feijó. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	220
Tabela 51 – Ribeirão dos Índios. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	221
Tabela 52 – Ribeirão dos Índios. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	221
Tabela 53 – Sandovalina. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	222
Tabela 54 – Sandovalina. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	223
Tabela 55 – Santo Anastácio. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	224

Tabela 56 – Santo Anastácio. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	224
Tabela 57 - Santo Expedito. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	226
Tabela 58 – Santo Expedito. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019	226
Tabela 59 – Taciba. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	227
Tabela 60 – Taciba. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019	227
Tabela 61 – Tarabai. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	228
Tabela 62 – Tarabai. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	229
Tabela 63 – Iepê. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	231
Tabela 64 - Iepê. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	231
Tabela 65 – João Ramalho. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	233
Tabela 66 – João Ramalho. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	233
Tabela 67 – Nantes. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	234
Tabela 68 – Nantes. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	234
Tabela 69 – Quatá Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	235
Tabela 70 – Quatá. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019..	236
Tabela 71 – Rancharia. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019	238
Tabela 72 – Rancharia. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	238
Tabela 73 – Caiuá. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	241
Tabela 74 – Caiuá. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019 ..	241
Tabela 75 – Marabá Paulista. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	242
Tabela 76 – Marabá Paulista. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019	243
Tabela 77 – Piquerobi. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	244
Tabela 78 – Piquerobi. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	244
Tabela 79 – Presidente Epitácio. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	245
Tabela 80 – Presidente Epitácio. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019	246
Tabela 81 – Presidente Venceslau. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019. ..	247

Tabela 82 - Presidente Venceslau. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.....	248
Tabela 83 – Euclides da Cunha Paulista. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	250
Tabela 84 – Euclides da Cunha Paulista. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.....	251
Tabela 85 – Mirante do Paranapanema. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.	252
Tabela 86 – Mirante do Paranapanema. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.....	252
Tabela 87 – Rosana. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	254
Tabela 88 – Rosana. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.	254
Tabela 89 – Teodoro Sampaio. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	256
Tabela 90 – Teodoro Sampaio. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.....	256
Tabela 91 – Presidente Prudente. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.....	258
Tabela 92 – Número de recursos humanos (vínculos) na área da saúde em Presidente Prudente em 2019.	261
Tabela 93 – Presidente Prudente. Principais Indicadores do Hospital Regional. 2019.....	264
Tabela 94 – Presidente Prudente. Perfil da Força de Trabalho do Hospital Regional. 2019.	264
Tabela 95 – Presidente Prudente. Capacidade Física do Hospital Regional. 2019.	264
Tabela 96 – Alfredo Marcondes. Tipo e quantidade de veículos. 2019.	288
Tabela 97 – Alfredo Marcondes. Fluxo de pacientes com destino a Presidente Prudente. 2019.	289
Tabela 98 -Presidente Prudente. HOSPITAL DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO. Internações por Complexidade segundo Município de origem. 2021	327

LISTA DE SIGLAS

AIH: Autorizações de Internação Hospitalar

AME: Ambulatório de Especialidades Médicas.

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DRS: Departamento Regional da Saúde

ESF: Estratégias de Saúde da Família

HR: Hospital Regional

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MUNIC - Pesquisa de Informações Básicas Municipais

REGIC: Região de Influência das Cidades

RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIH: Sistema de Informação Hospitalar

SIS: Sistema de Informação Ambulatorial

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidades Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
1.1 Apresentação da pesquisa.....	21
1.2 Procedimentos metodológicos	26
1.2.1 Entrevistas com agentes bem-informados.....	26
1.2.2 Trabalhos de Campo.....	32
1.1.3 Produção e organização de informações com dados secundários e produção cartográfica associada.....	34
1.1.3.1 Regionalização.....	35
1.1.3.2 Origem e destino dos pacientes.....	37
1.1.3.3 Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) 2020.....	37
1.1.3.4 Casos e Mortes por COVID-19.....	38
1.1.3.5 REGIC 2018 – Regiões de Influência das Cidades.....	39
1.1.4 Quadro de correlação entre hipóteses, objetivos, procedimentos e resultados	39
1.3 Estrutura da tese	45
2 - A EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE REGIÃO E DE REGIONALIZAÇÃO PARA A COMPREENSÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE ORIENTADAS PELO ESTADO	47
2.1 Região e regionalização. Aporte ao debate de um tema desde a Geografia e das políticas públicas.....	47
2.2. As regionalizações do território brasileiro: evolução da divisão político- administrativa realizada pelo IBGE	68
2.3 Síntese do Capítulo.....	90
3. REDE URBANA REGIONAL, REGIÃO E REGIONALIZAÇÃO: O CASO DE PRESIDENTE PRUDENTE	90
3.1 A formação da região de Presidente Prudente	91
3.2 Presidente Prudente, sua constituição como cidade média e o papel dos serviços de saúde.....	105
3.3 Síntese do Capítulo.....	116

4. UMA LEITURA DA REDE URBANA BRASILEIRA PARTIR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	117
4.1 Redes urbanas; Redes geográficas.....	117
4.1.1 <i>Hierarquia, redes e o caso brasileiro</i>	121
4.2 A evolução da política pública que rege o SUS e a relação aos estudos sobre redes urbanas e o conceito de região e regionalização	125
4.2.1. <i>Compreendendo a regionalização do SUS</i>	139
4.3 Síntese do Capítulo.....	147
5 A DRS DE PRESIDENTE PRUDENTE E O ALCANCE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	148
5.1 Caracterização preliminar da DRS Presidente Prudente	149
5.2 Heterogeneidade da rede e as políticas de regionalização da saúde: do sistema brasileiro às relações na DRS XI.....	153
5.3 A distribuição dos serviços de saúde nos municípios do DRS XI de Presidente Prudente.....	166
5.3.1 Região de Saúde Alta Paulista.....	173
5.3.1.1 <i>Dracena</i>	174
5.3.1.2 <i>Flora Rica</i>	178
5.3.1.3 <i>Irapuru</i>	181
5.3.1.4 <i>Junqueirópolis.....</i>	183
5.3.1.5 <i>Monte Castelo</i>	185
5.3.1.6 <i>Nova Guataporanga.....</i>	187
5.3.1.7 <i>Ouro Verde.....</i>	188
5.3.1.8 <i>Panorama.....</i>	190
5.3.1.9 <i>Paulicéia</i>	192
5.3.1.10 <i>Santa Mercedes</i>	194
5.3.1.11 <i>São João do Pau D'Alho</i>	196
5.3.1.12 <i>Tupi Paulista</i>	197
5.3.2 Região de Saúde Alta Sorocabana	200
5.3.2.1 <i>Alfredo Marcondes.....</i>	201

5.3.2.2 <i>Alvares Machado</i>	202
5.3.2.3 <i>Anhumas</i>	204
5.3.2.4 <i>Caiabu</i>	206
5.3.2.5 <i>Emilianópolis</i>	207
5.3.2.6 <i>Estrela do Norte</i>	208
5.3.2.7 <i>Indiana</i>	210
5.3.2.8 <i>Martinópolis</i>	211
5.3.2.9 <i>Narandiba</i>	214
5.3.2.10 <i>Pirapozinho</i>	215
5.3.2.11 <i>Presidente Bernardes</i>	217
5.3.2.12 <i>Regente Feijó</i>	219
5.2.13 <i>Ribeirão dos Índios</i>	221
5.3.2.14 <i>Sandovalina</i>	222
5.3.2.15 <i>Santo Anastácio</i>	224
5.3.2.16 <i>Santo Expedito</i>	225
5.3.2.17 <i>Taciba</i>	227
5.3.2.18 <i>Tarabai</i>	228
5.3.3 Região de Saúde Alto Capivari	230
5.3.3.1 <i>Iepê</i>	231
5.3.3.2 <i>João Ramalho</i>	233
5.3.3.3 <i>Nantes</i>	234
5.3.3.4 <i>Quatá</i>	235
5.3.3.5 <i>Rancharia</i>	237
5.3.4 Região de Saúde Extremo Oeste Paulista	240
5.3.4.1 <i>Caiuá</i>	241
5.3.4.2 <i>Marabá Paulista</i>	242
5.3.4.3 <i>Piquerobi</i>	244
5.3.4.4 <i>Presidente Epitácio</i>	245
5.3.4.5 <i>Presidente Venceslau</i>	247
5.3.5 Região de Saúde do Pontal do Paranapanema	249
5.3.5.1 <i>Euclides da Cunha Paulista</i>	250
5.3.5.2 <i>Mirante do Paranapanema</i>	252

5.3.5.3 Rosana.....	254
5.3.5.4 Teodoro Sampaio	256
5.4 Presidente Prudente e os serviços de saúde	258
5.4.1 Presidente Prudente: quadro geral dos equipamentos e serviços de saúde.....	258
5.5 A concentração dos serviços de saúde, as relações hierárquicas e as singularidades da XI DRS de Presidente Prudente	266
5.6 A centralidade de Presidente Prudente a partir do movimento de pacientes por ambulâncias	282
5.7 O alcance espacial do sistema de saúde em questão: a dubiedade das regionalizações, a dinâmica organizacional do setor e a abrangência dos fluxos populacionais envolvidos...294	
5.8 Síntese do Capítulo.....	307
6 O SISTEMA DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19.....	308
6.1 Centralidade e enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos municípios com até 5.000 habitantes na DRS XI de Presidente Prudente.....	310
6.2 Centralidade e enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos municípios com 5.001 a 10.000 habitantes na DRS XI de Presidente Prudente.....	312
6.3 Centralidade e enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos municípios com 10.001 a 20.000 habitantes na DRS XI de Presidente Prudente.....	316
6.4 Centralidade e enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos municípios com 20.001 a 50.000 habitantes na DRS XI de Presidente Prudente.....	318
6.5 Centralidade e enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos municípios com 100.001 a 500.000 habitantes na DRS XI de Presidente Prudente.....	321
6.6 Alcance espacial, centralidade e seletividade espacial	322
6.7 Síntese do capítulo	330
CONCLUSÃO	331
REFERÊNCIAS	338

INTRODUÇÃO

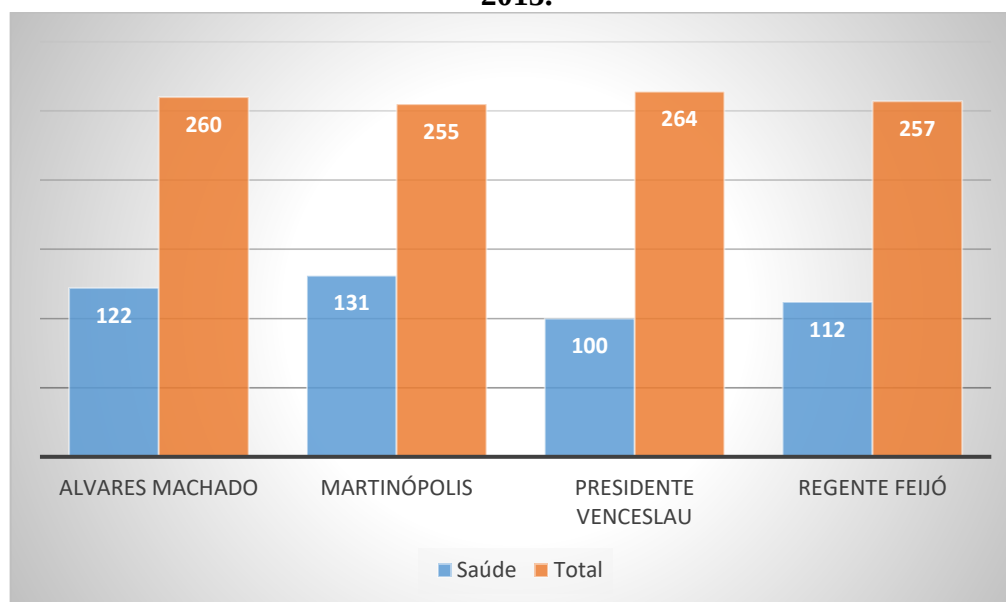
1.1 Apresentação da pesquisa

A dinâmica de funcionamento do sistema público de saúde se constituiu numa questão que permeia o cotidiano da população no país. Como sabemos, a oferta pública de serviços de saúde se conforma no principal meio de acesso da população brasileira à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de enfermidades físicas e psíquicas. Em se tratando de estudos urbanos, a análise da rede urbana é fundamental para o entendimento do funcionamento do fenômeno urbano em articulação com os diferentes centros e a oferta e procura por serviços e/ou equipamentos de saúde constituem num par que relaciona fixos e fluxos, constituindo-se, justamente, em importante elemento no desenho e redesenho da Rede Urbana.

Esta pesquisa insere-se em tal recorte e se direciona aos estudos dos espaços urbanos que intermediam serviços para um grupo de cidades. Assim, a necessária discussão conceitual sobre centralidade, região, rede urbana e também sobre a noção de Cidade Média perpassam a execução desta tese doutoral.

A formulação do problema de pesquisa desenvolvido neste estudo é fruto de um desdobramento da nossa dissertação de mestrado, intitulada “Deslocamentos pendulares, consumo e *shopping centers* em cidades médias paulistas”, na qual analisamos fluxos populacionais em busca de lazer e consumo em *shopping centers* nas cidades da hinterlândia de Presidente Prudente. Um dado surpreendente exposto naquele nosso estudo foi que a motivação para deslocamentos por razão de “saúde” apresentou grande percentual dentre as opções manifestadas pelos entrevistados, como demonstramos no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Motivação dos fluxos populacionais com destino a Presidente Prudente em 2015.



Fonte: Engel (2015).

Naquela pesquisa, deparamo-nos com a constatação de que, em Alvares Machado, 46,9% dos respondentes alegaram que o motivo de deslocamento para Presidente Prudente seria a Saúde. Em Martinópolis, o percentual foi maior, 51,3%; em Presidente Venceslau foi 37,8% e em Regente Feijó, 43,5%. Na dissertação mencionada não exploramos a fundo a questão da saúde, visto que o trabalho se concentrava nas atividades de lazer e no consumo, de modo mais amplo. Mas a questão de o lazer estar relacionado com os serviços de saúde oferecidos pela cidade média nos chamou a atenção e, a partir disso, pensamos os serviços de saúde de Presidente Prudente como tema de pesquisa e, com isso, delimitamos o objeto de pesquisa. Pois, essa população utiliza os serviços de saúde e aproveita, às vezes, o tempo de espera para voltar para a cidade de origem para passear e fazer compras.

Essa prática, evidenciada por nossa dissertação de mestrado, também é destacada na pesquisa atual. Realizamos, por exemplo, uma entrevista, em 2019, com a diretora do Departamento Regional de Saúde e ela reforçou essa ideia de atrelar o a procura pelos serviços de saúde e o lazer na cidade de Presidente Prudente.

Eu não sou daqui. Eu sou de Tarabai, moro em Tarabai, viajo todo dia, então eu já fiz muito isso. Eu tenho quatro filhos, o meu mais velho já tem 17 anos, um casal de gêmeos de 12 e um caçula de 6, e quando eu tinha um convênio particular e eu trazia os gêmeos para consulta médica eles já sabiam que quando saíssem da consulta médica eu ia levar eles no *shopping center*. Fiz

muito isso! Então isso é muito comum. Isso é muito comum as pessoas veem de fora trazer os filhos no médico e aproveitar o dia da consulta e fazer um passeio no *shopping*, isso é comum, na nossa região isso é muito comum. (DIRETORA DA DRS XI DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2019)

A partir da definição do tema, desenhou-se o objetivo geral: compreender a centralidade exercida pela oferta de serviços de atendimento médico-hospitalar nas cidades médias paulistas, em especial, em Presidente Prudente. Como corolário do objetivo geral, organizamos dois objetivos específicos: 1. Avaliar, no âmbito da rede urbana brasileira, os papéis regionais das cidades médias a partir dos conceitos de alcance espacial e de interações espaciais, tomando-se os fluxos populacionais em busca de serviços de saúde e a concentração de estabelecimentos e serviços de saúde especializados nas cidades médias como elementos empíricos principais. Decorre desse primeiro objetivo específico um segundo: 2. Contribuir com o debate teórico sobre os conceitos de princípio de administração e princípio de mercado, primeiramente desenvolvidos por Christaller ([1933] 1966) e, com nossa pesquisa, sopesados à luz de novos dados.

Esses dois objetivos específicos, e o próprio tema da tese, possibilitarão compreender e avaliar diferentes regionalizações, tais como Regiões Administrativas, Regiões de Influência e Departamentos Regionais de Saúde. Não obstante sua complexidade e suas limitações, tomaremos essa perspectiva como ponto de partida para a investigação, pensando, articuladamente, o que há de comum e de particular em nosso objeto de pesquisa e analisando dialeticamente o processo de produção do espaço urbano. Desse modo, elaboramos a hipótese de que um grande estabelecimento de saúde, o Hospital Regional de Presidente Prudente¹ (HR), exerceria forte polarização, uma vez que os equipamentos e serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam de menor envergadura, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.

¹ Decidimos analisar somente o Hospital Regional pelo nível de complexidade dos serviços oferecidos e pelo fato de ser o único equipamento 100% voltado ao atendimento do SUS da cidade de Presidente Prudente. Entretanto, no decorrer da pesquisa, percebemos que não podemos analisar o Hospital Regional separado do Ambulatório Médico de Especialidades, devido às relações de gestão e outras especificidades que iremos trabalhar no decorrer do texto. O Estado fez algumas mudanças nas suas políticas e passou a designar Organizações Sociais de Saúde (OSSs) para gerenciar esses serviços. Hoje temos duas OSSs na região, uma delas gerencia o Hospital Regional de Presidente Prudente, além do AME de Presidente Prudente e do Hospital Estadual de Primavera. O AME de DRACENA é gerido por outra OSS, a mesma responsável pela Santa Casa de Dracena.

Em complemento a esta hipótese, compreendemos que o alcance espacial se daria não apenas definido por áreas justapostas, o que se associa ao princípio administrativo christalleriano e está na base organizacional do Sistema Único de Saúde no Brasil, como iremos demonstrar na tese, mas também sobrepostas e articulando pontos distantes do território. Essa sobreposição e articulação ocorreria pela efetiva utilização do sistema pelos atendidos e pelo escalonamento dos serviços e localização dos fixos de baixa, média e alta complexidade médico-hospitalar e ambulatorial.

Ou seja, a organização do Sistema, com áreas decorrentes de alcances espaciais pré-definidos, delimitados e hierarquicamente sobrepostos (o que também implicaria na sobreposição de áreas, obviamente), combinar-se-ia com uma dinâmica de usos que tanto evidenciaria a sobreposição, quanto um arranjo distinto que indicaria a articulação, via continuidade espacial, de distintos centros urbanos. Assim, os usos do sistema demonstrariam o caráter sobreposto e/ou não contínuo dessas áreas de mercado, e não apenas sua aparente justaposição (regionalização) e hierarquização (áreas de mercado encaixadas, como exposto no padrão christalleriano).

A tese defendida neste trabalho de doutoramento, portanto, é a de que o Estado reforça e/ou estabelece a hierarquia urbana, via promoção de políticas, implantação de equipamentos e efetivação de ações de Saúde. O ordenamento proveniente dessa hierarquia possui duas faces: a) a prevista e materializada numa dada regionalização; b) uma outra regionalização estabelecida por fluxos que colocam uma área de mercado ora mais alargada, ora descontínua e nem sempre coincidente com a regionalização preestabelecida, criando-se um arranjo espacial polimórfico e multitemporal.

O evento pandêmico da COVID-19 demonstrou, em nossa tese, a coincidência (porque incidem ao mesmo tempo e porque coincidem entre si) das ações de resposta à pandemia e à regionalização do SUS, quando observada a realidade pesquisada do Departamento Regional de Saúde XI – Presidente Prudente. Esses dois processos foram considerados como uma hierarquização de tempo longo e uma hierarquização de evento, ainda que o arranjo espacial possa ser alargado, eventualmente, como citamos acima.

Consorte ao modelo de organização e estruturação do Sistema Único de Saúde, SUS, que prevê a hierarquia de serviços atrelados aos equipamentos, a hierarquia urbana é ora reforçada, ora erigida, num processo biunívoco de codeterminações.

Quando se observa o grande campo da Saúde, a hierarquia urbana, assim, mantém-se, a despeito de outros modelos e padrões de rede urbana sobreporem-se quando a centralidade é avaliada desde outros recortes.

A hierarquização desse grande campo, mediante as ações organizacionais do Estado, é motivada por condições pretéritas do território e, ao mesmo tempo, alimenta a concentração de equipamentos e serviços privados de saúde ou a esse setor próximas. Assim, a centralidade do setor de saúde possui dois braços que se configuram na presença de hospitais de referência ou especialidades, universidades, clínicas privadas e toda sorte de ações que conformarão um verdadeiro circuito espacial da Saúde, o que se mostra como tema a ser aprofundado por outras pesquisas.

O peso desse circuito na hierarquização urbana é muito grande e pode ser inferido pela presença-ausência de equipamentos e oferta de serviços especializados.

Desde modo, o trabalho teria justificativas acadêmicas e sociais, tais como, contribuir para o dimensionamento da importância de Presidente Prudente em termos de oferta regional de serviços de saúde, pois isso pode aportar subsídios factuais para a demonstração da necessidade de maiores investimentos públicos em saúde nesse centro urbano. Da mesma forma, pode também ser um indício da necessidade de melhor equipamento dos municípios inseridos na região de Presidente Prudente, de modo a fundamentar a defesa de uma maior destinação de recursos para o provimento de serviços de saúde por tais centros urbanos. Além disso, a demonstração de que o âmbito do alcance espacial do município de Presidente Prudente, em termos de oferta de serviços de saúde públicos, excede a dimensão estadual, como constatamos, pode implicar em uma importante contribuição reflexiva para a estratégia nacional de regionalização dos serviços de saúde.

Deste modo, ao se definir que o objetivo da pesquisa é compreender a centralidade exercida pelos serviços de atendimento médico-hospitalar nas cidades médias paulistas, escolhemos a delimitação do departamento regional de saúde de Presidente Prudente para ser o recorte da região analisada, por entendermos que esse centro urbano exerce importante poder de atração sobre os municípios que compõem aquela região. Por isso, faz-se necessário apreender a formação socioespacial desses municípios para distinguir como a presença dos serviços de saúde foi se concentrando em Presidente Prudente. Dessa forma, este trabalho se ampara na análise urbano-regional e nos conceitos de cidades médias, centralidade interurbana, redes e alcance espacial. Ao mesmo tempo em que analisamos tais conceitos, não podemos

deixar de atentar para os processos que estão por detrás deles, como a urbanização, a concentração e a descentralização, as regionalizações e a formação de redes. Os instrumentos utilizados para alcançar essa compreensão convergem para os procedimentos metodológicos realizados, dentre eles: levantamento bibliográfico, organização e tratamento de dados primários e secundários.

De modo a propiciar a melhor abordagem teórico-metodológica de nosso objeto de estudo, e tendo em vista os objetivos discriminados, apresentamos, na sequência, o detalhamento dos procedimentos metodológicos realizados, os quais se manifestam na organização e no conteúdo dos capítulos apresentados na continuidade do trabalho.

1.2 Procedimentos metodológicos

A definição dos objetivos pautou-se em questões que nos ajudaram a problematizar a temática e ensejaram hipóteses para esta pesquisa. Entendemos que os primeiros passos na realização de uma pesquisa vão além da definição de uma temática e um objetivo direcionador. É, do mesmo modo, essencial estar ciente e consciente da necessidade de seleção, uso e reavaliação constante dos procedimentos metodológicos empregados em uma pesquisa social, pois é por meio desses que conseguimos construir seus resultados. Por isso a importância do cuidado na aplicação dos diferentes procedimentos, a fim de que sejam selecionados aqueles que melhor possibilitam chegar aos objetivos propostos. Sob esse entendimento, nesta pesquisa utilizamos trabalhos de campo, entrevistas e levantamento de dados primários e secundários, nesse caso, em especial junto ao DATASUS, CNES e IBGE.

A revisão bibliográfica desta tese, tanto a exploratória, para contorno do tema de pesquisa, quanto a de aprofundamento, foi feita ao longo do trabalho e não apenas em fase preliminar às demais.

A seguir, detalharemos as principais etapas que nos levaram a busca pelos nossos resultados.

1.2.1 Entrevistas com agentes bem-informados

O termo “agente bem-informado” foi emprestado de outra investigação coletiva (SPOSITO, 2011) a qual nos associamos em nosso mestrado. Seu significado compreende cidadãos detentores de conhecimentos importantes para qualificar nossa pesquisa.

A realização de entrevistas foi o primeiro procedimento metodológico realizado durante a pesquisa. Mostrou-se muito importante para a compreensão do funcionamento dos serviços de saúde da DRS de Presidente Prudente. As entrevistas realizadas foram transcritas logo depois de encerradas, pois

“Após sua transcrição, a entrevista necessita passar pela conferência de fidedignidade, ou seja, ouvir a gravação tendo o texto transcrito em mãos, acompanhando e conferindo cada frase, mudanças de entonação, interjeições e possíveis interrupções que aconteçam durante as gravações” (COLOGNESE; MÉLO, 1998, p. 4).

Para o desenvolvimento das entrevistas, foram elaborados, antecipadamente, um roteiro básico, como podemos ver nos quadros 1 e 2, e um termo de compromisso acompanhado de um pequeno questionário, que possibilita adquirir dados sobre a escolaridade, informações a respeito de questões sociais e sobre aspectos culturais, como a religiosidade das pessoas entrevistadas.

No dia 26 de outubro de 2018 realizamos uma entrevista com o médico responsável pelo Instituto de Radiologia de Presidente Prudente. O objetivo da entrevista foi saber como está organizado um serviço de saúde de alta complexidade, como é o serviço de radioterapia e qual seria o seu raio de abrangência. A realização da entrevista nos auxiliou na compreensão do alcance espacial dos serviços de saúde e de suas diferentes regionalizações. As perguntas realizadas foram organizadas desde o roteiro exposto no Quadro 1.

Quadro 1 - Roteiro de entrevista com o diretor do Instituto de Radioterapia de Presidente Prudente.

O ALCANCE ESPACIAL DE GRANDES ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: A CENTRALIDADE DA CIDADE MÉDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP
Entrevistas com agentes bem-informados: Diretor do Instituto de Radioterapia de Presidente Prudente.
Cidade:
Entrevistado:
Instituição ou empresa:
E-mail:

Telefones:
Indicado por:
Entrevistador (es):
Data:
Local de realização da entrevista
Gravada () sim () não
Transcrita () sim () não transcrita por:
I– Caracterização do Instituto de Radioterapia 1. Quando o Instituto de Radioterapia foi inaugurado? 2. É conveniado ao SUS e a planos de saúde? Público x Privado? 3. Caso seja dito que é de proprietários locais, não pertencente a nenhum grupo, perguntar: Quais as famílias proprietárias? 4. Por que foi escolhida esta área para a instalação do empreendimento? 5. A ligação com a rodovia é facilitada e/ou desejada para favorecer a clientela de outras cidades? 6. Quais os tipos de serviços que são oferecidos?
II – Relações entre o Instituto e os Pacientes 7. Como é feita a triagem/encaminhamento? 8. Como é calculado o número de vagas, se há preferências (INTERNAÇÃO)? 9. Qual é o número de pacientes médio mensal ou anual? 10. Qual a origem dos pacientes? 11. A maior parte dos pacientes é morador da cidade? 12. Quantas cidades compreendem o raio de influência do empreendimento, ou seja, de onde vêm seus pacientes? 13. A maior parte dos pacientes chega de ambulância?

III- Regionalizações

14. Há interesse em atingir um público de outras divisões de saúde que ainda não é frequentador deste empreendimento
15. O senhor concorda com as divisões regionais de saúde?
16. As DRS influenciam na humanização dos pacientes?
17. Quais as estratégias do instituto para a humanização dos pacientes.
18. Como o senhor avaliaria os serviços de saúde disponibilizados por Presidente Prudente?

VI – Encerramento

19. Há mais algum ponto que o senhor (a) gostaria de acrescentar?
20. Há algum material sobre o histórico da empresa que possa ser fornecido? (Não esquecer de anotar no quadro específico que está na primeira página)
21. O senhor (a) poderia indicar outra especialidade que valeria a pena eu pesquisar? Teria algum contato para outra entrevista nesta cidade?

Agradecer em nome da instituição, reiterar o caráter científico do uso das informações e colocar-se à disposição do entrevistado na UNESP. Se não tiver sido entregue, oferecer o cartão com os dados nossos.

Ao final, perguntar se ele está de acordo com a concessão da entrevista que acabou de ser realizada (é importante que fique gravado que “Sim”)

Elaborado por Priscila Estevam Engel e Arthur Magon Whitacker baseado nos modelos de entrevistas utilizados no Projeto Temático “Lógicas econômicas e práticas espaciais contemporâneas: cidades médias e consumo” do qual fizemos parte.

Essa entrevista foi, portanto, exploratória e realizada para se compreender, desde um ponto de vista complementar à literatura, o funcionamento dos serviços de alta complexidade, como será definido em outro capítulo.

Entrevistamos, também, a diretora da XI Departamento Regional de Saúde (XI DRS), no dia 4 de julho de 2019. O objetivo da entrevista foi compreender como se dá a gestão da XI DRS, como estão organizados os serviços de saúde disponibilizados pelos SUS nas 45 cidades

componentes da região analisada e se há indícios de novas regionalizações. Deste modo, apresentamos o roteiro (quadro 2) de entrevistas realizada.

Quadro 2 - Roteiro de entrevista com a diretora do Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente

O ALCANCE ESPACIAL DE GRANDES ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: A CENTRALIDADE DA CIDADE MÉDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP
Entrevistas com agentes bem informados: Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente
Cidade:
Entrevistado:
Instituição ou empresa:
E-mail:
Telefones:
Indicado por:
Entrevistador (es):
Data:
Local de realização da entrevista:
Gravada () sim () não
Transcrita () sim () não. Transcrita por:
Material cedido pelo entrevistado (a):
I– Caracterização do Departamento Regional de Saúde 21. Como se dá a gestão do Departamento Regional de Saúde? Como está organizado? 22. Quais os objetivos da Política de Descentralização da SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE? 23. Quais as principais funções dos Departamentos?
II – Relações entre o Departamento e os Municípios 24. Como é feita a interação entre os municípios?

25. Quais os tipos de consórcios, associações entre outros acordos que são mediados pela DRS? 26. Há repasses, ou mudanças nos orçamentos dos municípios? 27. Qual é o número de pacientes médio mensal ou anual que estão em trânsito? 28. Qual a origem dos pacientes? (Teria esses dados por cidades?)
III- Regionalizações 29. Há uma interação entre os outros departamentos de saúde? Há projetos? 30. Você concorda com as divisões regionais de saúde? 31. Porque Cidades como Adamantina e Pracinha ficaram na DRS de Marília? 32. As DRS influenciam na humanização dos pacientes? 33. Quais as estratégias do hospital para a humanização dos pacientes. 34. Como o senhor avaliaria os serviços de saúde disponibilizados por Presidente Prudente?
VI – Encerramento 35. Há mais algum ponto que o senhor (a) gostaria de acrescentar? 36. Há algum material sobre o histórico da empresa que possa ser fornecido? (Não esquecer de anotar no quadro específico que está na primeira página) 37. Teria algum contato para outra entrevista nesta cidade? Agradecer em nome da instituição, reiterar o caráter científico do uso das informações e colocar-se à disposição do entrevistado na UNESP. Se não tiver sido entregue, oferecer o cartão com os dados nossos. Ao final, perguntar se ele está de acordo com a concessão da entrevista que acabou de ser realizada (é importante que fique gravado que “Sim”) Elaborado por Priscila Estevam Engel e Arthur Magon Whitacker baseado nos modelos de entrevistas utilizados no Projeto Temático “Lógicas econômicas e práticas espaciais contemporâneas: cidades médias e consumo” do qual fizemos parte.

Também conversamos recentemente com um funcionário do Ambulatório Médico de Especialidades (AME), a fim de entender melhor a gestão e as relações entre o AME e o HR, além do alcance dos serviços disponibilizados por tais equipamentos. Durante o período de realização desta tese, procuramos realizar outras entrevistas com agentes bem-informados, como dirigentes do Hospital Regional e Secretaria Municipal de Saúde, mas não obtivemos sucesso, apesar de inúmeras tentativas, principalmente durante o período da Pandemia de Covid-19.

1.2.2 Trabalhos de Campo

No decorrer da pesquisa foram coletados dados primários a partir da realização de trabalhos de campo que nos ajudaram a compreender os deslocamentos realizados para busca por serviços de saúde. A longa tradição geográfica na realização desse procedimento, como indica Kayser (1999), auxiliou-nos a planejar e realizar essa atividade que teve, no entanto, várias ações complementares, como descreveremos adiante.

Realizamos trabalhos de campo objetivando obter informações de como os serviços de saúde funcionam em cidades de diferentes tamanhos.

Das 45 cidades que compõem a XI DRS de Presidente Prudente, visitamos Alfredo Marcondes, Alvares Machado, Caiabú, Indiana, Flora Rica, Irapuru, Martinópolis, Narandiba, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Epitácio, Presidente Venceslau, Regente Feijó, Rancharia, Santo Expedito, Tarabai, Tupi Paulista. Escolhemos, primeiramente, a cidade de Dracena pelo fato de ser a única que possui um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), além de Presidente Prudente.

Com o intuito de conhecer os serviços de saúde presentes nas cidades, aplicamos enquetes que, portanto, complementaram esses trabalhos de campo, com os responsáveis pela condução das ambulâncias. O roteiro das enquetes está exposto no Quadro 3.

Quadro 3 - Roteiro das enquetes realizadas com os dirigentes do serviço de saúde municipal

O ALCANCE ESPACIAL DE GRANDES ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: A CENTRALIDADE DA CIDADE MÉDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP
Roteiro das enquetes: dirigentes do serviço de saúde municipal
Cidade:
Entrevistado:
CARGO:
E-mail:
Telefones:
Data:

- 1- Há um movimento de pacientes para Presidente Prudente ou para outra cidade? Caso tenha, qual?
- 2- A prefeitura disponibiliza transporte para os pacientes?
- 3- Qual a frequência e a quantidade desse fluxo de paciente? Quantas ambulâncias possuem?
- 4- Tem um direcionamento específico desse fluxo na cidade de destino? Hospital Regional, Santa Casa, Hospitais Particulares?

Elaborado por Priscila Estevam Engel e Arthur Magon Whitacker.

Outra frente que compôs os trabalhos de campo foi o reconhecimento e as observações feitas nos arredores do Hospital Regional e do AME, em Presidente Prudente, com o intento de compreender dinâmicas locais, realizar registros fotográficos e anotações *in loco* sobre o fluxo de pacientes e ambulâncias. Tais observações foram feitas em diferentes dias e horários, durante o mês de novembro de 2019, seguindo as orientações do roteiro de observação exposto no Quadro 4.

Quadro 4 - Roteiro de observação das atividades do Hospital Regional de Presidente Prudente

O ALCANCE ESPACIAL DE GRANDES ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: A CENTRALIDADE DA CIDADE MÉDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP
Roteiro de observação: Atividades no Hospital Regional de Presidente Prudente
Data:
1- Observar a estrutura e o funcionamento do Complexo HR/AME. 2- Analisar a origem das placas dos veículos estacionados (e se ao deixar o veículo os proprietários estão ou não com o uniforme do hospital) 3- Diferenciar quais veículos as prefeituras disponibilizam para o transporte dos pacientes? (Ônibus, vans, carros, ambulâncias?) 4- Atentar para o direcionamento desse fluxo AME ou Ambulatório do Hospital Regional? 5- Constatar quais veículos de uso coletivo ficam estacionados dentro do estabelecimento. 6- Observar o “comercio estabelecido dentro do complexo HR/AME

Elaborado por Priscila Estevam Engel e Arthur Magon Whitacker.
--

Quando elaboramos o projeto de pesquisa inicial, propomos a aplicação de questionários com os pacientes que estivessem ao redor do Hospital Regional. Porém, com o decorrer da pesquisa e o maior conhecimento da rotina do hospital, refletimos que esse procedimento não traria os resultados esperados, pois: 1) não teríamos acesso ao paciente, porque ele fica pouco tempo ao redor do hospital, quem realmente permanece são os acompanhantes; 2) teríamos que realizar um levantamento sistemático por longo período e em diferentes horários para obter uma amostra adequada.

Em vez disso, optamos por um procedimento que nos forneceu as respostas para a questão da origem dos pacientes: realizar as enquetes com os responsáveis pelo setor de transporte de saúde de cada cidade da DRS XI. Portanto, essa ação implicou na visita aos órgãos municipais nos trabalhos de campo às cidades e/ou contato com condutores, conforme o caso, no entorno do HR. Com esses informantes, obtivemos respostas quanto à quantidade de pacientes transportados, a frequência das viagens etc. Além disso, fotografamos os ônibus e ambulâncias paradas em determinados pontos de Presidente Prudente, o que nos permitiu registrar as diferentes cidades de origem de muitos dos pacientes do HR. Esse procedimento, no entanto, não pode ser tomado em si como fonte de dados, mas como aproximação, complementada pelas outras informações que redundam nos deslocamentos por motivo de saúde.

1.1.3 Produção e organização de informações com dados secundários e produção cartográfica associada

A produção e organização de informações obtidas em fontes e bancos secundários e produção cartográfica associada compõem parte significativa dos nossos procedimentos metodológicos. Produzimos um banco de dados com informações importantes para o nosso tema de pesquisa oriundas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES²), do

² O CNES abrange todos os estabelecimentos de saúde existentes no país, hospitais, clínicas e laboratórios, prestadores e não prestadores de serviços ao SUS. Na ausência do CNES o estabelecimento não pode operar. O

Departamento de Informática do DATASUS, além de pesquisas desenvolvidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, como a REGIC 2018, e, por fim, pesquisas relacionadas à pandemia de COVID-19.

A seguir, detalhamos os componentes principais desse banco de dados por tema.

1.1.3.1 Regionalização

Primeiramente, buscamos as diversas regionalizações de que Presidente Prudente faz parte. A partir delas, escolhemos a Regionalização de Saúde visto que os princípios das outras regionalizações não tinham como prioridade as políticas públicas de saúde e precisávamos escolher um recorte para organizar dados a serem prospectados e analisados.

Chegamos à conclusão de que o estado de São Paulo está dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde. Presidente Prudente é a sede de um desses departamentos que conta com 45 municípios. Esses municípios estão organizados em cinco regiões de saúde. Mapeamos e caracterizamos os 45 municípios que fazem parte do Departamento Regional de Saúde de Presidente Prudente e produzimos mapas de localização. Nesses, enfatizamos a Região de Saúde trabalhada em detrimento da localização da XI DRS de Presidente Prudente, pois a proximidade com a cidade média poderia nos trazer informações importantes.

Organizamos quadros com o número de estabelecimentos de saúde que estão presentes no capítulo 5 mais precisamente no subcapítulo 5.2 A distribuição dos serviços de saúde nas cidades da DRS XI de Presidente Prudente. Tais dados foram levantados através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde (MS) no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não. O CNES é a base cadastral para operacionalização de mais de 90 sistemas de base nacional, tais como: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Sistema de

cadastro disponibiliza informações detalhadas acerca da área física, dos recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares.

Informação Hospitalar (SIH). Com essas informações em mãos, organizamos tabelas e mapas para o Brasil, o estado de São Paulo e para cada cidade da DRS XI.

Nesse cadastro verificamos os estabelecimentos presentes e ausentes nas cidades, além da quantidade de estabelecimentos e dos seus tipos. Procuramos quais cidades possuíam tantas casas e hospitais, pelo fato de tais estabelecimentos possuírem um maior nível de complexidade, se comparados às Unidades Básica de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF), que são encontradas em todos os municípios pesquisados. Esse dado é importante porque já revela em números a situação dos serviços de saúde de cada município pesquisado, visto que, diante da inexistência de determinado serviço no município, quando surge a necessidade, a pessoa precisa se deslocar para outro município que o disponibilize. Cabe realçar que se tratam de dados atualizados até janeiro de 2020.

Também elaboramos quadros com o número de profissionais de saúde presentes em cada município. Esse dado foi retirado dos Caderno de Informações de Saúde³. Com essas informações podemos compreender como está organizado o quadro de profissionais de cada município, estabelecendo relações com o número de estabelecimentos de saúde. De modo geral, quanto maior o número de estabelecimentos, maior é o número de profissionais e quanto mais complexo é o serviço disponibilizado, maior será a especialização do profissional. Elaboramos gráficos para salientar quais profissionais atuam ou não no SUS, tais gráficos são apresentados no subcapítulo 5.2 A distribuição dos serviços de saúde nas cidades da DRS XI de Presidente Prudente

Outro procedimento para a caracterização dos municípios foi buscar cada um dos *sites* referentes aos órgãos ou entidades no âmbito do foco da pesquisa. Assim, organizamos tabelas com os endereços de cada departamento, secretaria ou qualquer órgão que seja responsável pelo setor de saúde no município, que serviram de base para a realização dos trabalhos de campo e a constituição de um manual de consulta sobre os serviços de saúde da DRS XI de Presidente Prudente.

³ Estão disponíveis, nestas páginas, os Cadernos de Informações de Saúde para cada Unidade da Federação e para cada município. O Caderno consiste de uma planilha (em formato Excel®), contendo indicadores obtidos das diversas bases de dados do Ministério da Saúde. Estas planilhas podem ser exibidas diretamente pelo navegador (browser) ou copiadas para o seu equipamento. Os Cadernos aqui disponibilizados foram gerados em maio/2010 e são atualizados periodicamente. Eventualmente, as bases de dados residentes nos estados e municípios estão mais atualizadas que as bases nacionais (SIM, SINASC, PNI etc.).

Após a organização das tabelas com os primeiros dados, começamos a elaboração dos mapas. As tabelas foram geradas no Microsoft Excel®, e os mapas no SIG ArcGIS 10.2®. Os mapas foram elaborados para o Brasil, o estado de São Paulo e para os municípios e estão presentes no início do capítulo 5.

1.1.3.2 Origem e destino dos pacientes

Com o intuito de analisar o alcance espacial dos atendimentos realizados pelo Hospital Regional, produzimos mapas de fluxos a partir dos dados disponibilizados pelo DATASUS (apresentados no subcapítulo 5.6 “O alcance espacial do sistema de saúde em questão: a dubiedade das regionalizações, a dinâmica organizacional do setor e a abrangência dos fluxos populacionais envolvidos”). Com base no local de residência e no local de ocorrência das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), foi construída no *software Excel* uma tabela de relacionamento de informações na qual constam a origem do evento e o destino de realização da internação. A análise foi realizada tendo como base o ano de 2021, através dos dados consolidados e disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). As informações foram obtidas no *site* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Com isso, obtivemos o número de interações por municípios e o volume agregado total de deslocamentos para o período. Esses dados foram georreferenciados segundo as coordenadas das sedes municipais, com o objetivo de estimar os fluxos entre as cidades analisadas.

1.1.3.3 Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) 2020

A Pesquisa de Informações Básicas Municipais realizada pelo IBGE no ano de 2020 e publicada em 2021 fez um levantamento de informações sobre a estrutura, a dinâmica e principalmente das medidas tomadas pelos municípios para o combate a pandemia de COVID-19. Tabulamos e analisamos (figura 1) as mudanças ocorridas nos municípios da DRS de Presidente Prudente, elencamos quais deles recebeu recursos, leitos e respiradores.

Figura 1 -DRS XI – Tabulação dos dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais. 2020

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1	CodMun	UF	Cod UF	Mun	Faixa_pop	Regiao	Foi adotac	Mês de ec	Utilizou al	Foram inst	informativ	Motoristas	Não perm	Outras aç	Não sabe	Adotou al	Realizou a	Distribuiu	Adotou o	Recom
2	3500808	SP	35	Alfredo Marcondes	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, a pop-			Não	Não	-	-	-	-	-	Não	Sim	Não	Sim	Sim
3	3501301	SP	35	Álvares Machado	4 - 20001 (3 - Sudest	Sim, foi de			3 Sim	Não	-	-	-	-	-	Sim, para	Sim	Sim	Sim	Sim
4	3502408	SP	35	Anhumas	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim, para	Não	Não	Sim	Sim
5	3508900	SP	35	Caiabá	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, a pop-			Não	Não	-	-	-	-	-	Sim, para	Sim	Sim	Sim	Sim
6	3509106	SP	35	Caiuá	2 - 5001 al(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Não	Não	-	-	-	-	-	Sim, para	Sim	Não	Sim	Sim
7	3514403	SP	35	Dracena	4 - 20001 (3 - Sudest	Sim, foi de			3 Não	Não	-	-	-	-	-	Sim, para	Sim	Não	Sim	Não
8	3515129	SP	35	Emilianópolis	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
9	3515301	SP	35	Estrela do Norte	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
10	3515350	SP	35	Eucides da Cunha	2 - 5001 al(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim, para	Sim	Sim	Sim	Sim
11	3515806	SP	35	Flora Rica	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Não	Não	-	-	-	-	-	Sim, para	Sim	Não	Sim	Sim
12	3519907	SP	35	Iepê	2 - 5001 al(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim, para	Sim	Sim	Sim	Não
13	3520608	SP	35	Indiana	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
14	3521606	SP	35	Irapuru	2 - 5001 al(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Não	Não	-	-	-	-	-	Sim, para	Não	Sim	Sim	Sim
15	3525607	SP	35	João Ramalho	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Não	Não	-	-	-	-	-	Sim, para	Sim	Não	Sim	Não
16	3526001	SP	35	Junqueirópolis	4 - 20001 (3 - Sudest	Sim, foi de			3 Não	Não	-	-	-	-	-	Sim, para	Sim	Não	Sim	Sim
17	3528700	SP	35	Marabá Paulista	2 - 5001 al(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
18	3529203	SP	35	Martinópolis	4 - 20001 (3 - Sudest	Sim, a pop-			Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim, para	Sim	Sim	Sim	Não
19	3530201	SP	35	Mirante do Paranapi	3 - 10001 (3 - Sudest	Sim, a pop-			Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim, para	Sim	Não	Sim	Sim
20	3531605	SP	35	Monte Castelo	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, a pop-			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim, para	Não	Sim	Não
21	3532157	SP	35	Nantes	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, foi de			3 Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim, para	Sim	Sim	Sim	Sim
22	3532207	SP	35	Nandiba	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, a pop-			Sim	Não	-	-	-	-	-	Sim, para	Sim	Sim	Sim	Sim
23	3533106	SP	35	Nova Guataporanga	1 - Até 50(3 - Sudest	Sim, a pop-			Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: MUNIC - Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2020. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas>. Organizado pela autora.

1.1.3.4 Casos e Mortes por COVID-19

No início da pandemia acompanhamos os dados correspondentes por *sites* oficiais, entretanto, houve apagões e mudanças e optamos por utilizar os dados disponibilizados pelo consócio de veículos de informação e disponibilizado pelo portal G1⁴ e realizados por pesquisadores da CAPES.

Tabulamos os dados sobre o número de infectados e as mortes ocorridas nos municípios estudados e apresentamos no capítulo 6, para analisar os impactos da pandemia nos pequenos e médios municípios da DRS.

⁴ Os dados foram tabulados pelo pesquisador Wesley Cota, da UFV, com base em números das secretarias estaduais da Saúde coletados pelo Brasil.IO. O projeto 'Modelagem matemática da disseminação geográfica da Covid-19' faz parte do Programa de Combate a Epidemias da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). A base também é usada pela universidade Johns Hopkins, referência mundial no acompanhamento dos dados da pandemia". Disponível em https://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/2021/mapa-cidades-brasil-mortes-covid/?_ga=2.53642024.1263429169.1643023123-5c942958-d97b-8e50-aa61-a676bcd31263

1.1.3.5 REGIC 2018 – Regiões de Influência das Cidades

A publicação da REGIC 2018 nos auxiliou a analisar e reafirmar a centralidade de Presidente Prudente, por entender que ela promove interações espaciais, fluxos materiais e imateriais que, por sua vez, caracterizam os papéis e as funções das cidades médias em âmbito regional, sendo classificada como Capital Regional C. Compreendemos que a influência das cidades médias em relação ao Serviço de Saúde para um conjunto de municípios da sua hinterlândia é um fator determinante da centralidade de Presidente Prudente. Desse modo, utilizamos os dados e os mapas da pesquisa para ilustrar tal centralidade, basal em nossa pesquisa, tanto nos capítulos iniciais com cunho mais teóricos quanto nos capítulos 5 e 6.

1.1.4 Quadro de correlação entre hipóteses, objetivos, procedimentos e resultados

Por fim, Becker (1999) também nos possibilita pensar na necessidade de estarmos abertos e em busca de novas ideias, teorias e métodos. Ressaltamos, de acordo com Ribeiro (1999), que a metodologia da pesquisa não é algo acabado *a priori*, pelo contrário, ela se constrói no próprio caminhar da pesquisa, com os desafios que a temática e os sujeitos da pesquisa nos colocam para a sua compreensão. Nessa tese, não foi diferente. Desde o projeto de pesquisa até a sua conclusão tivemos vários obstáculos, sendo o maior deles a pandemia de COVID-19, o que nos levou a reavaliar procedimentos metodológicos utilizados. Os subitens descritos e exemplificados acima retratam essa dinâmica e com o intuito de mostrar sua relação com a primeira seção desta Introdução, apresentamos o Quadro 5, relacionando as hipóteses e objetivos aos procedimentos utilizados e os resultados esperados.

Quadro 5 - Quadro de correlação entre hipóteses, objetivos, procedimentos e resultados

HIPÓTESE	OBJETIVO	PROCEDIMENTO	DADO OU INFORMAÇÃO GERADA	RESULTADO ESPERADO
O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.	Contribuir com o debate teórico sobre os conceitos de princípio de administração e princípio de mercado, primeiramente desenvolvidos no âmbito christalleriano, e, com essa pesquisa, sopesados à luz de novos dados.	Entrevistas: -Diretor do Instituto de Radioterapia de Presidente Prudente -Diretora da XI Diretoria Regional de Saúde (XI DRS)	Transcrições das Entrevistas	Compreender melhor o funcionamento do sistema de saúde, seja no referenciamento de pacientes pelo sistema CROSS (Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde), repasses de verbas e principalmente pontos positivos e negativos da Regionalização do SUS. Compreender a importância do Hospital Regional e trazer informações que os dados oficiais não mostram.
O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.	Avaliar no âmbito da rede urbana brasileira, os papéis regionais das cidades médias a partir dos conceitos e ideias de alcance espacial e interações espaciais, tomando-se os fluxos populacionais em busca de serviços de saúde e a concentração de serviços de saúde especializados nas cidades médias como elementos empíricos principais.	Enquetes - Responsáveis pelo setor de transportes de cada município estudado.	Tabelas -Quantidade de pacientes, destino e o número de viagens por dia.	Evidenciar a partir dos dados que os serviços de saúde oferecidos pelo município são incipientes, pois é necessário transportar seus pacientes para outros municípios. Identificar que Presidente Prudente é o principal destino de todas as cidades analisadas e todas elas têm viagens diárias e que o HR/AME é o principal destino em Presidente Prudente.

O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.	Avaliar no âmbito da rede urbana brasileira, os papéis regionais das cidades médias a partir dos conceitos e ideias de alcance espacial e interações espaciais, tomando-se os fluxos populacionais em busca de serviços de saúde e a concentração de serviços de saúde especializados nas cidades médias como elementos empíricos principais.	Trabalhos de Campo nos arredores do Hospital Regional.	Observações sobre o fluxo. Fotos de diferentes meios de transportes para pacientes (Ambulâncias, micro-ônibus, carros)	Observar o fluxo de pacientes antes de entrar no Hospital e o movimento de ambulâncias, ônibus e demais veículos. Identificar veículos de fora de DRS XI com intuito de afirmar o alcance espacial do Hospital Regional.
O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.	Avaliar no âmbito da rede urbana brasileira, os papéis regionais das cidades médias a partir dos conceitos e ideias de alcance espacial e interações espaciais, tomando-se os fluxos populacionais em busca de serviços de saúde e a concentração de serviços de saúde especializados nas cidades médias como elementos empíricos principais.	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde.	Mapas -Estabelecimentos	Distribuição de estabelecimentos de saúde na escala nacional e estadual com o intuito de demonstrar a concentração dos serviços em determinadas áreas do Brasil. Detalhar e qualificar a presença e ausência de estabelecimentos nas cidades da DRS XI.
O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os	Avaliar no âmbito da rede urbana brasileira, os papéis regionais das cidades médias a	DATASUS- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).	Tabelas e Mapas -Equipamentos	Identificar e quantificar os Equipamentos como aparelhos de Raio-X, Tomografia,

serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.	partir dos conceitos e ideias de alcance espacial e interações espaciais, tomando-se os fluxos populacionais em busca de serviços de saúde e a concentração de serviços de saúde especializados nas cidades médias como elementos empíricos principais.			Ressonância Magnética entre outros. Detalhar e qualificar a presença e ausência de equipamentos nas cidades da DRS XI.
O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.	Avaliar no âmbito da rede urbana brasileira, os papéis regionais das cidades médias a partir dos conceitos e ideias de alcance espacial e interações espaciais, tomando-se os fluxos populacionais em busca de serviços de saúde e a concentração de serviços de saúde especializados nas cidades médias como elementos empíricos principais	DATASUS- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).	Tabelas e Mapas - Leitos	Detalhar e qualificar a presença e ausência de leitos nas cidades da DRS XI, pois se não há leitos de internação na cidade de origem é inevitável o fluxo de pacientes.
O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa	Avaliar no âmbito da rede urbana brasileira, os papéis regionais das cidades médias a partir dos conceitos e ideias de alcance espacial e interações espaciais, tomando-se os fluxos	DATASUS- Cadernos de Informações de saúde	Tabelas, Gráficos e Mapas -Profissionais de saúde	Identificar a quantidade de profissionais de saúde que trabalham no SUS e dimensionar a presença e ausência dos mesmos. Não basta ter estabelecimentos, leitos se não tiver profissionais. Na pandemia vimos essa importância e por isso vários

quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.	populacionais em busca de serviços de saúde e a concentração de serviços de saúde especializados nas cidades médias como elementos empíricos principais.			municípios contrataram mais profissionais.
O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.	Avaliar no âmbito da rede urbana brasileira, os papéis regionais das cidades médias a partir dos conceitos e ideias de alcance espacial e interações espaciais, tomando-se os fluxos populacionais em busca de serviços de saúde e a concentração de serviços de saúde especializados nas cidades médias como elementos empíricos principais	Trabalho de Campo e busca no Site oficial da Prefeitura		Conhecer a realidade de cada cidade que compõe a DRS XI – Presidente Prudente, identificar a presença e ausência dos serviços de saúde.
O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que	Avaliar no âmbito da rede urbana brasileira, os papéis regionais das cidades médias a partir dos conceitos e ideias de alcance espacial e interações espaciais, tomando-se os fluxos populacionais em busca de serviços de saúde e a concentração de serviços de saúde	DATASUS - Produção Hospitalar (SIH/SUS).	Mapas de Fluxo -Origem e Destino de pacientes para procedimentos cirúrgicos no Hospital Regional	Mapear o alcance espacial dos serviços de saúde disponibilizados por Presidente Prudente, a fim de identificar os fluxos ultrapassam os limites da DRS XI.

exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.	especializados nas cidades médias como elementos empíricos principais			
O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.	Contribuir com o debate teórico sobre os conceitos de princípio de administração e princípio de mercado, primeiramente desenvolvidos no âmbito christalleriano, e, com essa pesquisa, sopesados à luz de novos dados.	REGIC (2018)	Mapas -Classificação da Rede Urbana Brasileira -Deslocamentos para serviços de saúde de baixa e média complexidade -Deslocamentos para serviços de saúde de alta complexidade.	Compreender a centralidade dos centros urbanos, principalmente de Presidente Prudente e sua Região. Analisar a presença e o nível de atração dos serviços média e alta complexidade Relacionar com os princípios de Christaller.
O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus	Contribuir com o debate teórico sobre os conceitos de princípio de administração e princípio de mercado, primeiramente desenvolvidos no âmbito christalleriano, e, com essa pesquisa, sopesados à luz de novos dados.	Programa de Combate a Epidemias (CAPES)	Tabelas -Casos de Covid -Mortes por Covid	Compreender no âmbito das cidades da DRS XI os números de casos e mortes, para que possamos analisar os efeitos dessa.

problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.				
O Hospital Regional de Presidente Prudente (HR), exerceria polarização uma vez que os serviços de saúde das cidades da região de Presidente Prudente seriam incipientes, tanto quantitativa quanto qualitativamente, para o atendimento da população demandante, o que exigiria o deslocamento desses usuários até outro centro urbano para a resolução de seus problemas médicos, hospitalares e/ou ambulatoriais.	Contribuir com o debate teórico sobre os conceitos de princípio de administração e princípio de mercado, primeiramente desenvolvidos no âmbito christalleriano, e, com essa pesquisa, sopesados à luz de novos dados.	Pesquisa de Informação Básica Municipais 2020	Tabelas	Identificar quais as medidas foram tomadas em cada cidade da DRS XI para o combate da Pandemia, seja no aumento de leitos, respiradores, contratação de profissionais entre outros.

Fonte: elaborado pela autora

1.3 Estrutura da tese

O plano de redação desta tese leva em consideração a linha de raciocínio desenhada para se compreender a centralidade exercida pelos serviços de atendimento médico-hospitalar nas cidades médias paulistas, especialmente em Presidente Prudente.

Desse modo, além dessa introdução esta tese está organizada em seis capítulos e a conclusão. O capítulo 2 intitulado “ A evolução dos conceitos de região e de regionalização para a compreensão das ações e serviços de saúde orientadas pelo estado” traz uma discussão do conceito de Região e como ele foi se transformando com o passar dos anos, ora ganhando, ora perdendo importância nos estudos geográficos. Em nossa tese a questão regional é importante não só como recorte espacial, mas como recorte analítico.

Dito isso, apresentamos o capítulo 3 “Rede urbana regional, região e regionalização: o caso de Presidente Prudente”. Buscamos compreender como serviços essenciais,

principalmente os serviços de saúde, foram se instalando nesse município e não em outros da região. Isso nos ajuda a avaliar como funções superiores foram se concentrando e constituindo a centralidade regional de Presidente Prudente.

Dessa escala que parte da dimensão local à regional, estabelecemos suas relações com a rede urbana nacional, organizando o capítulo 4, intitulado “uma leitura da rede urbana brasileira partir dos serviços de saúde” com o intuito de demonstrar a correlação entre o sistema de saúde e a hierarquia das cidades, ambos organizados em rede a partir de interações espaciais.

Como uma síntese e avaliação dos capítulos 2, 3 e 4, organizamos o capítulo 5 “A realidade da DRS de Presidente Prudente e o alcance dos serviços públicos de saúde que possuem uma dinâmica diferente de outros serviços”. Em tal capítulo, apresentamos dados sobre estabelecimentos, equipamentos, leitos e profissionais de cada município da região e de Presidente Prudente, utilizados para uma análise comparativa com deslocamento de usuários de serviços de saúde em direção ao Hospital Regional de Presidente Prudente para, assim, compreender o alcance espacial dos serviços de saúde disponibilizados por esse/desde esse estabelecimento.

Os serviços de saúde são um dos assuntos mais retratados e analisados atualmente, em razão da pandemia de COVID-19. Considerando esse elemento conjuntural, procuramos correlacionar dados anteriores à pandemia com outros, atuais. Isso mostrou-se como um procedimento que nos auxilia à comprovação de nossa hipótese de que Presidente Prudente possui grande centralidade diante da sua região. O capítulo 6 “Covid 19 e a consolidação da tese: o sistema de saúde em tempos de pandemia”, portanto, vale-se de um recorte extraordinário para reforçar a leitura que se empreendeu nos demais capítulos da tese.

2 - A EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE REGIÃO E DE REGIONALIZAÇÃO PARA A COMPREENSÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE ORIENTADAS PELO ESTADO

2.1 Região e regionalização. Aporte ao debate de um tema desde a Geografia e das políticas públicas

A vinculação entre uma ciência e seu aporte teórico é constituída por conceitos e categorias que permitem a leitura e compreensão da realidade. Com a Geografia não é diferente e a escolha e descrição dos conceitos utilizados em trabalhos e análises espaciais tem instigado pesquisadores. A constante reformulação teórica demonstra a preocupação em se perseguir a realidade, interpretando-a e inferindo sobre as transformações do meio geográfico. Desde modo, faz-se importante elucidar a evolução ou, para alguns, a revolução do conceito de Região e, por isso, faz-se a opção pela apresentação das principais escolas e/ou correntes de pensamento que se sucederam ao longo da segunda metade do século XX. No momento atual o debate sobre a questão regional ganha “maior relevância, quer seja pela internacionalização da economia, quer seja pela evidência das profundas desigualdades regionais em um mundo que se globaliza, ou ainda em função de políticas de redefinição de fronteiras, criação de blocos econômicos e regiões supranacionais” (BALBIM, CONTEL, 2013 p.28). Corrêa (1997) também irá afirmar o conceito de região sustenta longa tradição na Geografia. É um conceito permanente, porém não congelado. Foi submetido a inúmeras reinterpretações, o que denota a sua força e confirma que foi através dele que a Geografia ganhou identidade frente a outras ciências.

Acrescente-se a isso o fato de que, com a pandemia, a questão regional ficou ainda mais evidente, seja na distribuição dos equipamentos de saúde, seja no Plano São Paulo de Combate a COVID (Decreto nº 64.994, de 28 de maio de 2020) em que as medidas restritivas eram tomadas por regiões.

Desde modo, podemos afirmar que a questão regional é amplamente reconhecida, seja no senso comum, seja na produção de conhecimento científico, seja na elaboração de estratégias empresariais e na execução de políticas públicas através de regionalizações. Já na Constituição Federal de 1988 se reconhece a importância da dimensão territorial na promoção da equidade do uso do território nacional como condição essencial para o desenvolvimento econômico e social da nação e se indica, explicitamente, a necessidade da ordenação do território no planejamento público.

Em especial na organização do sistema de saúde, como salienta Mello e Viana (2012), o tema da regionalização figura como um eixo central do pensamento progressista na área, como são também os temas da integralidade, coordenação, descentralização e universalidade. Apesar de ser um aspecto essencial dessa interface geografia/saúde, as análises sobre as relações entre as normas/leis e as regionalizações da saúde serão detalhadas nos capítulos subsequentes. Por enquanto, é fundamental frisar que a regionalização é um dos princípios do SUS, junto com a descentralização e a hierarquização.

Assim sendo, compreender as mudanças no conceito de região nos ajuda a entender o uso deste atualmente, uma vez que a tradição geográfica de analisar as cidades a partir de suas relações regionais sempre teve grande importância para entender as cidades médias e as pequenas. Não que essa perspectiva não tivesse ou tenha importância para a compreensão de cidades grandes e metropolitanas, mas a questão regional é essencial para se compreender o papel das cidades médias, como é o caso de nosso estudo que se propõe a compreender, a partir dos serviços de saúde, o nível de centralidade exercido por Presidente Prudente no seu contexto regional.

Antes de conceituar o que é região, Gomes (1995, p.49) afirma que o mais importante não é estabelecer “uma validade restritiva para este conceito, como se a ciência fosse um tribunal onde se julgasse o direito de vida ou de morte das noções”. Parece mais conveniente perceber a “existência da noção de região em outros domínios [...], reconhecendo, ao mesmo tempo, a variedade de seu emprego no âmbito da própria ciência e particularmente da Geografia”. Além disso, Gomes (1995, p.50) afirma que a ciência “deve procurar nos diferentes usos correntes do conceito de região suas diferentes operacionalidades, ou seja, os diferentes recortes que são criados e suas respectivas instrumentalidades”. Assim, deve-se distinguir as diferentes esferas onde o conceito de região é utilizado, seja no senso comum, na variedade de interpretações que ele possui na Geografia, ou ainda como um termo para outras disciplinas.

A expressão região é empregada no senso comum, no cotidiano, como uma forma de referência a lugares que se diferenciam uns dos outros. Segundo Gomes (1995, p.53), na linguagem cotidiana a noção de região está relacionada essencialmente aos princípios de localização e de extensão, podendo

assim ser empregada como referência associada à localização e à extensão de um certo fato ou fenômeno, ou ainda ser uma referência a limites mais ou menos habituais atribuídos à diversidade espacial [...] [ou ao] domínio de determinadas características que distingue aquela área das demais.

A categoria região é, nesse sentido, de uso corrente e está disseminada tanto na linguagem comum, como na científica. Ela foi incorporada ao nosso cotidiano, e é também entendida como o resultado de uma divisão regional, no qual é reconhecida na perspectiva de unidade administrativa.

Nas ciências em geral, o termo região é empregado, basicamente, quando em associação a localização de certo domínio, ou seja, “domínio de uma dada propriedade matemática, domínio de uma dada espécie, de um afloramento, ou domínio de certas relações como, por exemplo, na biogeografia, inspirada na ecologia, onde dividimos a Terra segundo associações do clima, da fauna, e da flora” (GOMES, 1995, p.53).

Segundo Gomes (1995), Corrêa (1997) e Lencione (2003), a origem etimológica da palavra região deriva do latim *regere* que significa governar, o que atribui ao termo região, em sua concepção original, uma conotação eminentemente política, referindo-se à unidade político-territorial que dividia o Império Romano.

Regione nos tempos do Império Romano era a denominação utilizada para designar áreas que, ainda que dispusessem de uma administração local, estavam subordinadas às regras gerais e hegemônicas das magistraturas sediadas em Roma (GOMES, 1995, p. 49-50).

O aparecimento da noção de região teve origem quando a necessidade de articulação entre o poder centralizado e sua extensão sobre uma área de grande diversidade social, cultural e espacial exigiu a segmentação do espaço. O termo região passa, então, como afirma Corrêa (1997), a designar uma dada porção da superfície da terra que, por diferentes razões e critérios, diferenciava-se de outra porção.

A utilização da divisão do espaço em regiões, no período da Idade Média, foi reforçada pelo esfacelamento do Império Romano e pela origem espacial do poder autônomo dos feudos, quando a Igreja se apodera dessa divisão do espaço, determinando o estabelecimento de sua hierarquia administrativa através das fraturas regionais (GOMES, 1995).

Seguindo Gomes (1995, p.52), o surgimento do Estado moderno recolocou as discussões sobre as unidades espaciais. Isso porque este período caracterizava-se pela “redefinição da autonomia do poder, da cultura, das atividades produtivas e [dos] limites territoriais” dos Estados europeus. Esse período vivenciava o renascimento das discussões em

torno dos conceitos e estudos de ordem espacial e o surgimento de um campo disciplinar especificamente geográfico. Foi, principalmente, entre os geógrafos que o conceito de região passou a ser amplamente debatido. Debate este que buscava uma melhor conceituação e um método que possibilitasse a diferenciação da Geografia das outras ciências naturais ou sociais (CORRÊA, 1997).

Deste modo, o conceito de região se faz importante para se compreender o caráter distinto da Geografia no âmbito das Ciências Sociais, indicando a via geográfica de conhecimento da Sociedade, quer dizer, das relações entre Natureza e História. A discussão desses termos, por outro lado, pressupõe que se tenha entendimento da evolução do pensamento geográfico desde, pelo menos, o final do século XIX, quando a geografia assume o caráter de disciplina acadêmica, passando por um processo de mudança de paradigmas que se insere no bojo de importantes transformações científicas.

Foi no início do século XX, quando a sistematização de uma “geografia regional” começou a dar seus primeiros passos, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos (Whitlessy, 1954); foram três os principais autores que elaboraram as primeiras definições de cunho mais teórico sobre o fenômeno regional: Alfred Hettner, na Alemanha, Vidal de la Blache, na França, e A. J. Herbertson, na Grã-Bretanha (Duarte, 1980). A primeira definição sistematizada da noção de região foi feita por Herbertson, em artigo datado de 1905 (CONTEL, 2015, p.449).

Os estudos regionais foram, então, largamente utilizados, ganhando prestígio na comunidade acadêmica da época e passando a ser considerados por muitos como os mais legítimos estudos em Geografia, pois davam conta de abarcar tanto os aspectos físicos/naturais quanto os humanos/sociais. Nesse sentido, “o estudo das regiões levou o geógrafo a preocupar-se com uma visão totalizante da mesma e a procurar compreender e explicar a realidade como um todo, com a máxima fidelidade (ANDRADE, 2006, p. 103).

As principais correntes de pensamento geográfico, ou paradigmas da Geografia, são os seguintes: o determinismo ambiental, o possibilismo, o método regional, geografia quantitativa (a nova geografia) e a geografia crítica. Estas foram formalmente explicitadas a partir do final do século XIX, constituindo uma sequência histórica de incorporações de práticas teóricas, empíricas e políticas que, não excluindo nenhuma das anteriores, apresenta a cada momento um ou dois padrões dominantes. Assim, o determinismo ambiental e, menos ainda, o possibilismo não desapareceram totalmente, mas perderam protagonismo e destaque, em especial no caso do determinismo ambiental. Por outro lado, a geografia crítica é o último

modelo a ser incorporado, passando a coexistir conflitivamente com os outros, principalmente a nova geografia (CORRÊA, 2000).

É importante destacar o grau de abrangência do conceito. Na Geografia o uso do termo região é um pouco mais complexo, pois o conceito de região deixa de ter seu uso na linguagem comum para se tornar um conceito científico (GOMES, 1995). Segundo Corrêa (1997), desde que a Geografia foi institucionalizada como disciplina, no final do século XIX, até aproximadamente 1970, três foram as grandes acepções de região entre os geógrafos.

A primeira acepção, a região natural, apoia-se nos dados da natureza. A segunda segue a matriz do historicismo de base neokantiana, onde a região passa a ser vista como uma paisagem cultural, a denominar-se região-paisagem. E na terceira acepção, considera a região como criação intelectual, a partir de propósitos específicos dos geógrafos.

Segundo Corrêa (1997), a região natural se constituiu em um conceito referencial entre os geógrafos que procuravam explicar as diferenças no processo de desenvolvimento social e econômico das sociedades. Sua utilização ocorreu principalmente entre 1870 e 1920, quando a perspectiva possibilista começa a predominar o pensamento dos geógrafos.

Gomes (1995, p. 55) lembra ainda que “[...] o conceito de região natural nasce, pois, desta ideia de que o ambiente tem um certo domínio sobre a orientação do desenvolvimento da sociedade”. A maior parte dessas definições tinha um viés determinista ou “ambientalista”.

A região natural era entendida como a área da superfície terrestre identificada por uma específica combinação de elementos da natureza, formando assim uma específica paisagem natural. Nesta acepção, as regiões existem como unidades morfológicas e fisicamente pré-constituídas, tanto que seu conceito foi adotado por geógrafos físicos e por aqueles que adotaram o determinismo ambiental para compreender as relações homem e natureza. (GOMES, 1995; CORRÊA, 1997).

Segundo esta acepção, e de acordo com Gomes (1995) e Lencioni (2003), a combinação do clima, da vegetação e do relevo, condicionavam e definiam a organização e a configuração estrutural das sociedades. Sob este olhar da geografia, a região natural era concebida de acordo com os limites físicos impostos ao homem pelas características dos elementos da natureza, como por exemplo, as bacias hidrográficas, a região do bioma pampa, a região do pantanal, etc. Gomes (1995, p.56), no entanto, ao relatar a oposição de L. Fébre (1922) à perspectiva do meio natural explicativo, afirma que

A natureza pode influenciar e moldar certos gêneros de vida, mas é sempre a sociedade, seu nível de cultura, de educação, de civilização, que tem a responsabilidade da escolha, [...]. A região natural não pode ser o quadro e o fundamento da geografia, pois o ambiente não é capaz de tudo explicar.

Formado também em história, Vidal de La Blache dá grande ênfase aos longos lapsos de tempo necessários para a formação das regiões, e diminui assim a ênfase que era dada à determinação dos fatores naturais na configuração das diferentes formas da superfície terrestre. Para unir o quadro físico, a ação humana e a história, “La Blache propôs o conceito de “gênero de vida”, que seria uma síntese da relação entre as disponibilidades fisiográficas de cada lugar do mundo e as adaptações ativas e lentamente realizadas pelas sociedades para utilizarem-se destas disponibilidades. ” (CONTEL, 2015, p.450).

Santos (2004 p.36) ao escrever sobre a importância do conceito de gênero de vida diz que

O conceito de gênero de vida proposto por Paul Vidal de La Blache é um desses numerosos paradigmas que orientam a geografia humana moderna. Segundo esse enfoque, seria por intermédio de uma série de técnicas confundidas com uma cultura local que o homem entra em relação com a natureza. O espaço como objeto de estudos um resultado de uma interação entre uma sociedade localizada e um dado meio natural: um argumento sob medida para reforçar a ideia de região como unidade do estudo geográfico.

Fundamentado nessa discussão, La Blache propõe assim o conceito de “região geográfica para denominar essas parcelas da superfície terrestre que apresentam certa homogeneidade de características, derivadas da combinação entre elementos do meio natural e da ação humana” (CONTEL, 2015, p.450).

Essa proposta de definição da região geográfica, do ponto de vista teórico, comporia um verdadeiro “sistema de conceitos” junto com as noções de “gênero de vida”, “*pays*” e “paisagem”, sendo que a área de manifestação de uma paisagem homogênea configuraria os próprios limites das regiões. A homogeneidade da paisagem, por seu turno, se refletiria tanto em seus aspectos fisiográficos quanto numa uniformidade dos arranjos humanos: os estilos e formas das habitações, os meios de transporte, os sistemas de cultivos agrícolas e os padrões de povoamento (densidade ou rarefação) em cada parcela do espaço (CONTEL, 2015, p.450).

É com este entendimento que a perspectiva possibilista começa a superar a visão determinista da região natural. A região começa a ser pensada como o resultado do trabalho

humano em determinado ambiente e não mais como o ambiente determinando o trabalho humano.

Nesta segunda acepção, denominada região geográfica (na bibliografia francesa) ou região-paisagem (na bibliografia alemã), que vigora de forma majoritária pelo período de 1920 a 1950, a matriz é a do historicismo de base neokantiana, que enfatiza a “separação entre as ciências naturais e sociais, atribuindo um caráter idiográfico aos eventos e às regiões, ao tempo e ao espaço”. A região passa a ser entendida como o “resultado de um longo processo de transformação da paisagem natural em paisagem cultural” (CORRÊA, 1997, p.185).

A construção da noção de região geográfica, e consequentemente de seu objetivo final, parte da descrição, da caracterização das particularidades, das individualidades, da identidade de cada região, buscando sintetizar a ação transformadora do homem sobre um determinado ambiente e suas relações. Isto, segundo Gomes (1995), ficou conhecido como a Escola Francesa de Geografia, a qual teve como o seu principal pensador o geógrafo Paul Vidal de La Blache.

Na Alemanha a acepção de região também se desenvolveu. Os principais autores que contribuíram para esta reflexão geográfica foram os geógrafos neokantianos Hettner e Dilthey que estabeleciam a descrição e a interpretação como o único meio para a produção do conhecimento. A descrição das diferentes paisagens era vista como não suficiente, era necessário interpretá-las como o resultado de uma dinâmica complexa, estabelecendo relações para adquirir o conhecimento regional como o produto para o conhecimento geográfico (GOMES, 1995).

Retomando as origens desse processo, o conceito de região natural desenvolvido por Ratzel no final do século XIX é entendido como uma parte da superfície da Terra, dimensionada segundo escalas territoriais diversificadas e caracterizada pela uniformidade resultante da combinação ou integração em área dos elementos da natureza: o clima, a vegetação, o relevo, a geologia e outros adicionais, que diferenciariam ainda mais cada uma dessas partes. Em outras palavras, uma região natural é um ecossistema, onde seus elementos acham-se integrados. Nessa conceituação, o clima desempenhava um papel político-econômico fundamental, era utilizado como justificativa para o colonialismo e o racismo, duas facetas do imperialismo (CORRÊA, 2000).

Influenciado pelas premissas de Ratzel, Vidal de La Blache incorporou a análise de situação para os estudos regionais a partir da observação dos traços de reciprocidade em uma

região, ou seja, de conexão entre o homem e o meio físico. A proposta de Vidal de La Blache motivava um retorno às descrições dos aspectos físicos da paisagem, juntamente com a ação humana sobre uma região, e conduzia ao estudo das relações. A ideia de descrição estava associada à necessidade de identificação *in loco* dos fenômenos, por isso os trabalhos de campo eram tão importantes (LENCIONI, 2003).

O possibilismo considera a evolução das relações entre o homem e a natureza e foi sob essa compreensão que se cunhou o conceito de região geográfica. Ao longo da história, tais relações passam de uma adaptação humana a uma ação modeladora, pela qual o homem, com sua cultura, cria uma paisagem e um gênero de vida, ambos próprios e peculiares a cada porção da superfície da terra. A região geográfica abrange uma paisagem e sua extensão territorial, onde se entrelaçam, de modo harmonioso, componentes humanos e naturais (LENCIONI, 2003).

Os pressupostos trazidos por Vidal de La Blache eram inexistentes até então, por isso suas concepções foram tão importantes ao desenvolvimento do pensamento geográfico. Esses pressupostos continuaram presentes, em maior ou menor grau, até os dias de hoje, embora depois de Vidal de La Blache a análise de situação tenha ficado relegada a segundo plano nos estudos geográficos. Com algumas variações temporais, a análise de situação surge na França no final do século XIX, com Paul Vidal de La Blache; na Alemanha da primeira década do século XX, com Otto Schlüter; e nos Estados Unidos, em 1925, com Carl Sauer, que se inspirou nos dois mencionados autores. Em todos os três casos, trata-se da mesma reação ao determinismo ambiental e ao seu correspondente conceito de região natural (CORRÊA, 2000).

Paul Vidal de La Blache considera de modo diferenciado a questão da região. Não é a região natural e sua influência sobre o homem que domina o temário dos geógrafos possibilistas. É, sem dúvida, uma região humana, vista na forma da geografia regional, que se torna seu próprio objeto. A região, assim considerada, é concebida como sendo, por excelência, a região geográfica. Dessa forma, os conceitos de região natural e região geográfica são distintos, tanto no que se refere às suas bases empíricas, como aos seus propósitos (CORRÊA, 2000).

A região geográfica é entendida como uma entidade concreta, palpável, um dado com vida. O papel do geógrafo é o de reconhecer, descrever e explicar a região. Tornar claros os seus limites, seus elementos constituintes e os processos de sua formação e evolução. Neste aspecto, a região geográfica dos possibilistas não se diferenciava da região natural. No entanto,

no processo de reconhecimento, descrição e explicação dessa unidade concreta, o geógrafo evidenciava a individualidade da região, sua personalidade e sua singularidade, demonstrando, assim, a combinação particular de fenômenos naturais e humanos, que não se repetiria em outros contextos espaciais (LENCIONI, 2003).

Esse período da evolução do conceito regional caracteriza-se, em primeiro lugar, como uma superação das definições da região a partir do predomínio dos dados da natureza em sua composição.

É nesse contexto que Max Sorre realiza uma das mais importantes definições de região na geografia humana, mostrando que “[...] se trata destas áreas restritas individualizadas pela uniformidade de condições físicas no interior de seus limites e por um gênero de vida particular, ou ao menos pelas nuances de um gênero de vida” (Sorre, 1952, p. 445), sendo que as regiões “elementares” seriam aquelas em que “[...] um grupo humano pratica um gênero de vida consolidado, em harmonia com o conjunto de condições geográficas e relativamente estáveis” (Sorre, 1952, p. 449). Devemos também a Max Sorre a proposição do conceito de “complexo patogênico”, nesse mesmo período, que permitiu ganhos explicativos consideráveis ao estudo da difusão de doenças infectocontagiosas em diferentes áreas do globo (Ferreira, 1991; Costa; Teixeira, 1999) (CONTEL, 2015 p. 451).

Ainda em seus aspectos mais gerais, pode-se dizer que estas concepções de região e de regionalização se pautam por uma tradição geográfica de estudos da relação homem-meio, que reforçou o uso de conceitos como o de “gênero de vida, paisagem, *habitat*, ecúmeno, entre tantos outros que aproximam o conhecimento sobre o espaço geográfico da ecologia humana, e dão ênfase significativa ao peso dos fenômenos “naturais” como elemento de definição dos termos região e regionalização” (CONTEL, 2015 p. 451).

Santos (2004, p.39), ao debater sobre a “falência da geografia clássica”, diz que a ideia de região deve estar no centro de um debate renovado.

Será que se pode, ainda hoje, admitir que as construções humanas, tal qual se apresentam na face do planeta, resultam de uma interação entre “um” grupo humano e “seu” meio geográfico? Max Sorre já havia respondido essa pergunta quando falava em “paisagens derivadas”. Estas paisagens dos países subdesenvolvidos, na verdade são derivadas das necessidades da economia dos países industriais onde finalmente se encontra a decisão. As relações mantidas entre os grupos humanos e suas bases geográficas não dependem de tais grupos. Essas relações, realizadas por intermediários cuja qualidade e natureza variam em cada caso, são igualmente uma das fontes ou um dos elementos de reforço de estruturas sociais desiguais.

Corrêa (2000), por sua vez, lembra o fato de que, por não haver um critério sistemático para se identificar regiões, os resultados obtidos indicam a sua diversidade, às vezes constituindo uma realidade natural, mas, na maioria dos casos, de forma condicionada histórica e economicamente. De fato, havia dificuldade em teorizar sobre o assunto, especialmente porque não se admitia a aplicação de procedimentos de utilização geral. Pelo fato que os “progressos realizados no domínio dos transportes e das comunicações, a expansão de uma economia internacional que se tornou “mundializada” etc. explicam a crise clássica noção de região (SANTOS, 2004, p.40).

Segundo Corrêa (1997), a terceira aceção de região originou-se na década de 1950, através da chamada revolução teórico-quantitativa, que, no entender, de Haesbaert (2005) corresponde a primeira morte da região. Nesta abordagem neopositivista, seguindo os caminhos da denominada nova geografia, os geógrafos quantitativistas acusavam a geografia clássica de visualizar a região como algo excepcional, único, singular (HAESBAERT, 2005). Tal crítica encontra em uma nova concepção de região a possibilidade de assegurar o rigor científico através da “precisão das análises quantitativas e pelo método teórico-dedutivo” (HAESBAERT, 1988, p.17).

Para Santos (2004, p.59) “a geografia não podia escapar as enormes transformações ocorridas em todos os domínios científicos, após a Segunda Guerra Mundial. No que toca as ciências humanas, tratava-se muito mais de revolução do que evolução”. Para isso, contribuíram três razões essenciais: em primeiro lugar, os próprios suportes de trabalho científico progrediram muito; em segundo lugar, as necessidades dos utilizadores mudaram; e finalmente, o objeto da atividade científica se modificou. Santos (2004, p.65) diz que a procura de uma linguagem matemática na geografia era o resultado de uma procura de cientificismo que a geografia já procurava em outros momentos.

De acordo com Santos (2004, p.60), a “nova geografia” (new geography) que pretendia se caracterizar por ser não apenas diferente, mas também uma oposição e até mesmo uma contradição com a geografia tradicional. Segundo o mesmo autor, a geografia reproduzia a tendência da economia e a da política, que se mundializavam a uma escala que antes não era nem possível imaginar.

Na dita Nova Geografia a região é definida como um conjunto de lugares onde as diferenças internas são menores do que as existentes entre o conjunto e qualquer elemento de outro conjunto de lugares. As similaridades e diferenças entre lugares são definidas por meio

de uma mensuração, na qual se utilizam técnicas estatísticas, tais como: desvio padrão, coeficiente de variação, média, moda e mediana. É a técnica estatística que permite revelar as regiões de uma dada porção da superfície da Terra (dotada de objetividade). A região é uma criação intelectual balizada por objetivos específicos, tais como agrícola, industrial, solo, renda, mecanização (CORRÊA, 2000).

O que mais distingue estes pensadores da geografia clássica é a região entendida não como uma realidade evidente, dada, a qual caberia o geógrafo descrever, mas como um produto mental, uma forma de ver o espaço que coloca em evidência os fundamentos da organização diferenciada desse espaço. A região passa a ser entendida como uma criação intelectual, criada a partir de propósitos específicos, e podendo resultar em inúmeras regiões ou tipologias espaciais, moldadas de acordo com os objetivos do pesquisador (HAESBAERT, 1988; GOMES, 1995; CORRÊA, 1997).

A possibilidade de divisão regional teria dois enfoques: o de regiões simples e regiões complexas; e homogêneas e funcionais. Nas regiões simples, a divisão regional ocorreria com base em uma única variável (ex.: nível de renda, tipo de solos, densidade demográfica). Já nas regiões complexas a divisão regional se daria com base em múltiplas variáveis (regiões econômicas: renda, densidade demográfica, produção, urbanização etc.). Quanto ao segundo enfoque, haveria as regiões homogêneas, unidades agregadas de áreas, descritas pela invariabilidade (estatisticamente considerada) de características analisadas de forma estática, sem movimento no tempo e no espaço (tipos de clima, densidade demográfica, níveis de renda); e as regiões funcionais, definidas de acordo com o movimento de pessoas, mercadorias, informações (regiões de tráfego rodoviário, fluxos telefônicos, movimento diário de população etc.) e zonas de influência urbana. O conceito de sistema de regiões está calcado explicitamente nos princípios da classificação, tal como se adota nas ciências naturais definição de tipos, tipologias (CORRÊA, 1997).

Essa nova acepção de região, mesmo evidenciando uma revolução no modo do geógrafo pensar o regional, não elimina as acepções anteriores. A região natural e a região geográfica passam a ser apenas uma das múltiplas possibilidades de recortar a superfície terrestre (CORRÊA, 1997). Assim, as diferentes regiões passam a ser o resultado dos diferentes critérios adotados pelo pesquisador para realizar a sua regionalização. É com esse enfoque que Haesbaert (2005) denota a primeira morte e ressurreição da região, “morre” a região que necessita *a priori*

de uma base empírica, para ressurgir uma região em que a base empírica pode ser recortada *a posteriori*.

Santos (2004, p. 73) teceu várias críticas sobre a geografia quantitativa

dizendo que “o grande equívoco da chamada “geografia quantitativa” foi o de considerar como um domínio teórico o que era apenas um método e, além do mais, um método discutível. [...] a quantificação representa somente um instrumento, ou o instrumento. O que é fundamental é a construção teórica. [...] desconhece totalmente a existência do tempo e suas qualidades essenciais” [...] a aplicação corrente da matemática na geografia permite trabalhar com estágios sucessivos da evolução espacial, mas é incapaz de dizer alguma coisa sobre o que se encontra entre um estágio e outro. Temos, assim, uma reprodução de estágios em sucessão, mas nunca a própria sucessão. Em outras palavras, trabalha-se com resultados, mas os processos são omitidos, o que equivale a dizer que os resultados podem ser o objeto não propriamente de interpretação, mas de mistificação. Pode-se conhecer uma coisa desconhecendo sua gênese? O espaço que a geografia matemática pretende reproduzir não é o espaço das sociedades em movimento e sim uma fotografia de alguns dos seus momentos. Ora as fotografias permitem apenas uma descrição e simples descrição não pode ser jamais confundida com explicação somente esta pode pretender ser elevada ao nível do trabalho acadêmico (SANTOS 2004, p. 73)

A partir de 1970, surge outra onda crítica que se faz presente nos paradigmas dos estudos geográficos. O conceito de região reaparece no interior de uma Geografia Radical, que se fundamenta principalmente no marxismo, através do materialismo histórico e dialético, e também na Geografia Humanista e cultural (GOMES, 1995; CORRÊA, 1997).

O conceito de região, como reflexo da perspectiva analítica da geografia crítica, tem como base o materialismo histórico e dialético. Sob essa visão, a década de 1970 produziu novos enfoques interpretativos e possibilidades de definição ou redefinição da região, embora caiba destacar que, nesta corrente, muitos autores defendiam que o conceito de região tivesse perdido importância em razão do efeito homogeneizador do processo de globalização. Corrêa (1986), por exemplo, não concorda que no capitalismo monopolista o espaço tenda a se homogeneizar e, portanto, a região (diferenciação de áreas) a desaparecer. Duarte (1980) também discorda, realçando que a região é uma dimensão espacial das especificidades sociais em uma totalidade, capaz de opor resistência à homogeneização da sociedade e do espaço pelo capital monopolista e hegemônico.

A região estava, segundo Haesbaert (2005), prestes a sua segunda morte e ressurreição. Nesse período, o conceito de região passa a despertar também o interesse de pesquisadores não-

geógrafos que buscavam o aprimoramento nos estudos do espaço social. O resultado foi uma expressiva ampliação no pluralismo conceitual de região, baseados, segundo Corrêa (1997), na diferenciação de áreas.

A segunda morte da região, segundo Haesbaert (2005, p.13-14), se daria, “na visão daqueles que imaginavam [...] uma homogeneização econômica de tal forma que as diferenças regionais desapareceriam”, ou ainda pela visão não muito radical dos que “admitiram a existência do fenômeno regional [...], mas [...] optaram por considerar apenas o regionalismo (enquanto luta social), e não a região, como categoria de análise (tida como “entidade territorial” e não “sociológica”) ”.

A ressurreição dessa região se dá, principalmente, pelo viés da dimensão econômica e também pelo viés dos movimentos sociais, onde a transformação das regiões não trariam a homogeneização do mundo, mas sim, um processo de transformação das regiões, resultado das particularidades de cada lugar, em relação às especificidades herdadas do seu passado e aos processos advindos da globalização (CORRÊA, 1997).

A estes processos advindos da globalização, Haesbaert, (2005) chama de terceira morte da região. Morte alegada especialmente por aqueles que acreditam que os processos de globalização iriam cada vez mais impor uma sociedade em rede, em detrimento de uma sociedade claramente regionalizada. Teoricamente, trata-se de uma leitura que vê um mundo mais complexo, multifacetado, sendo ao mesmo tempo unificado e dividido.

Segundo Corrêa (1997, p.189) é neste contexto de mundo conectado e fragmentado, dividido e unificado pelo capitalismo que se reinicia o debate sobre a natureza da região. A fragmentação “exprime-se na divisão territorial do trabalho que se caracteriza diretamente por especializações produtivas, [e por] características sociais, culturais e políticas espacialmente variáveis”, enquanto a conexão “exprime-se pelos diversos fluxos materiais e imateriais que percorrem a superfície terrestre, integrando pontos e áreas diversos”.

O ressurgimento do conceito de região ou a chamada terceira ressurreição da região, se coloca, sobretudo, em relação à dinâmica da globalização, abordada em diferentes níveis, mas sempre tendo o “regional reagindo” contra e/ou servindo de base para a assimilação dos processos globais” (HAESBAERT, 2005, p.28).

A globalização mesmo sendo entendida como tendência à homogeneização dos espaços, dos territórios, parece não ter conseguido suprimir a diversidade espacial. Concepção esta,

considerada por Corrêa (1997, p.189) ao afirmar que “a economia mundial e a globalização não geraram a homogeneização global, mas ora ratificaram, ora retificam as diferenças espaciais que já existiam”, criando, desfazendo e refazendo unidades regionais.

Assim, no seio da globalização se intensificam as particularidades dos espaços através das modificações originadas pelos processos de produção e reprodução capitalista, como confirma Etges (2001, p.352) ao mencionar que as “expressões da organização diferenciada do espaço, são mantidas e até recriadas pelo modo de produção capitalista”.

Assim, podemos afirmar que as reconstituições das diferenças espaciais assumiram enorme rapidez e se tornaram uma das características da economia global. As diferenças espaciais se vinculam essencialmente à ideia de particularidade, e estas se traduzem de forma espacializada na região (CORRÊA, 1997).

A região resulta, então, de processos universais que assumiam especificidades espaciais através da combinação dos processos de inércia, isto é, a ação das especificidades herdadas do passado e solidamente ancoradas no espaço, de coesão ou economias regionais de aglomeração que significa a concentração espacial de elementos comuns numa dada porção do espaço e de difusão que implica no espraiamento dos elementos de diferenciação e em seus limites espaciais impostos por barreiras naturais ou socialmente criadas (CORRÊA, 1997, p. 192).

De acordo com estas informações, a globalização torna notável o caráter particular das regiões, e a particularidade se torna relevante na medida em que possibilita uma multiplicidade de recortes na superfície terrestre. Certamente os possíveis recortes regionais atuais são múltiplos e complexos, a região se constrói em múltiplas escalas a partir de distintos agentes e possivelmente havendo recobrimento entre elas. Mas a região é tanto uma realidade quanto uma criação intelectual, e ao mesmo tempo vivida e compreendida de modo diferente por distintos grupos sociais (GOMES, 1995; CORRÊA, 1997; CORRÊA, 2005).

A região não é imutável, ela está vinculada a práticas e processos histórico-sociais localizados geograficamente. A região é uma importante categoria para que se possa compreender uma realidade particular em um sistema universal, onde as características locais possibilitam a criação de processos de delimitação espacial, que se impõem através de processos de regionalização.

Para Corrêa (1986), a diferenciação de áreas vincula-se à história do homem, sofrendo transformações desde as comunidades primitivas até a sociedade global. As desigualdades

caracterizam-se pela combinação de aspectos distintos de cada um dos momentos da história do homem. Uma vez iniciada a difusão do processo de regionalização, de diferenciação de áreas, via contatos comerciais, migrações e conquistas, o mesmo passa a assumir ritmos distintos, isto é, duração e intensidade variáveis. Em determinados momentos e áreas, a regionalização se dá com maior rapidez e profundidade e a diferenciação de áreas é, então, mais notável, ao passo que, em outras áreas, não ocorre esse processo ou ele se dá de forma muito lenta.

Na medida em que a história do homem acontece, marcada pelo desenvolvimento das forças produtivas, pela dinâmica da sociedade de classes e de suas lutas, o processo de regionalização torna-se mais complexo, devido a maior integração do espaço e por outro lado uma maior sobreposição de regionalizações. Para Corrêa (2003, p.45-46), a região é uma “entidade concreta, resultado de múltiplas determinações, ou seja, da efetivação dos mecanismos de regionalização sobre um quadro territorial já previamente ocupado, caracterizado por uma natureza já transformada pelas heranças culturais e materiais, e determinada estrutura social e seus conflitos”. O mesmo autor entende que:

No capitalismo, as regiões de planejamento são unidades territoriais através das quais um discurso da recuperação e desenvolvimento é aplicado. Trata-se, na verdade, do emprego, em um dado território, de uma ideologia que tenta restabelecer o equilíbrio rompido com o processo de desenvolvimento. Este discurso esquece ou a ele não interessa ver, que no capitalismo as desigualdades regionais constituem, mais do que em outros modos de produção, um elemento fundamental de organização social (CORRÊA, 1986, p. 49).

No modo capitalista de produção, o processo de regionalização se acentua, marcado pela simultaneidade da diferenciação e integração, verificada no contexto da mundialização da economia a partir do século XV. Assim, as diferentes conceituações de região estão presentes na prática territorial das classes dominantes. Como os demais conceitos geográficos, o conceito de região não está desvinculado de uma ação, que é, a um só tempo, social e espacial (CORRÊA, 2000).

Analisar as desigualdades regionais a partir da ótica capitalista e das políticas e ações de caráter estatal permite compreender os meios e instrumentos utilizados pelo poder público, os quais reforçam, ao invés de reduzir, as desigualdades e interações entre os espaços, as demandas do capital e os processos de integração dependentes.

Lencioni (2009), ao discutir o conceito de região e seus fundamentos, enfatiza a dinâmica de vinculação das partes e conformação de uma totalidade. O conceito de região está vinculado à ideia de parte de um todo. Nesse sentido, conduz diretamente à ideia de divisão e à questão da dimensão das partes. “Cada parte é igualmente parte de um todo, mas também se constitui numa totalidade. Essa possibilidade de ser, ao mesmo tempo, parte e todo só pode ser compreendida se tomarmos a concepção dialética da totalidade, considerando a região como uma totalidade aberta e em movimento” (LENCIONI, 2009, p. 27-28).

Pensando nessa relação que pode ser estabelecida entre a parte e o todo, ou seja, numa análise interesalar, nessa tese apresentamos a situação brasileira no âmbito da saúde pública, dando maior destaque para análise do estado de São Paulo e a Região de Presidente Prudente. Dessa forma, pensamos a região como parte de uma escala nacional ou global a partir das relações econômicas, históricas e culturais que conformam esses espaços, tendo em vista que as atuações dos agentes políticos conformam problemáticas espaciais que requerem, além da análise regional, o entendimento de conformações na escala local, em razão de mecanismos específicos de apropriação dos espaços e de interações entre os sujeitos. Como exemplo empírico dessa relação podemos mencionar a COVID-19 que foi um evento global com diversas repercussões na escala local, que corroboram com a regionalização do Sistema Único de Saúde pensada pelo governo federal que será trabalhada ao longo dessa tese.

Através de um olhar histórico, Gomes (1995, p.52) afirma que o conceito de região

Tem implicações fundadoras no campo da discussão política, da dinâmica do Estado, da organização da cultura e do estatuto da diversidade espacial; [...] possui um inequívoco componente espacial [sendo] a Geografia [um] campo privilegiado destas discussões ao abrigar a região como um dos seus conceitos-chave e ao tomar para si a tarefa de produzir uma reflexão sistemática sobre este tema.

É por essa razão que consideramos importante a inserção dessa “história da origem do conceito” nesta tese, pois vemos que ela teve início, justamente, com as discussões do Estado ou sobre o Estado.

Lencioni (2003) completa a ideia afirmando que no conceito de região, subjacente a todos os paradigmas, há um denominador comum: a busca e o entendimento da diferenciação entre lugares, regiões, países e continentes resultantes das relações entre os homens e entre estes e a Natureza. O conceito de região está ligado à noção fundamental de diferenciação de áreas e à ideia de que a superfície terrestre é constituída por áreas diferentes entre si. Portanto, a derivação de região associada ao poder, o que colocaria o conceito próximo ao que se define

por território atualmente, soma-se a compreensão de outro princípio do raciocínio geográfico: a diferenciação que se manifesta ou que se constitui no espaço e permite a distinção de áreas.

Como bem frisou Corrêa (2005), o conceito de região é permanente na Geografia, porém, não congelado. Nesse sentido, contemporaneamente, no contexto do período chamado por David Harvey (1989) de pós-moderno e por Milton Santos (2004) de técnico-científico-informacional, o debate acerca do termo região continua, pois vivenciamos uma redefinição do papel do Estado, com quebras de pactos territoriais e com o ressurgimento de questões regionais, de nacionalismos e regionalismos fragmentados.

Nesse contexto, o termo região continua a designar uma determinada área na superfície terrestre que se diferencia do todo, como afirmou Corrêa (1997). Porém tal conceito é cada vez mais abarcado por várias conotações, que possibilitam, de acordo com a aplicação de diferentes critérios, a criação das mais distintas regionalizações. No caso de nossa tese, é de suma importância a definição e a revisão dos critérios dessas regionalizações, pois no caso da Saúde elas podem influenciar na dinâmica dos fluxos de pacientes e não levar em consideração a chamada “humanização do serviço de saúde”.

No âmbito da geografia, muitos autores já discutiram o conceito de região, tais como: Becker, 2004; Castro, 1994; Corrêa, 1991; Gomes, 1995 e Haesbaert, 1999 Santos, 1999, entre outros. A partir disso, podemos analisar as regionalizações que utilizam as diferentes conceituações sobre região.

Devemos recordar que a região a despeito de todas as adjetivações que a acompanham e perseguem, é antes de qualquer coisa uma construção social que atende interesses políticos precisos, mesmo em se tratando de uma região funcional, ou da região natural. A sua taxonomia e categorização científica podem inclusive seguir distintos procedimentos científico-metodológicos e ter por base critérios e cartografias precisas. Muito embora, não haja meios de definirmos de forma categórica uma linha divisória precisa, um marco delimitador que permita ao cientista afirmar aqui termina uma região A e ali começa uma região B, pois o espaço é uma expressão de continuidades e descontinuidades físicas e sociais. Então, ressurgem o espectro que assombrou durante décadas o pensamento social na geografia, no planejamento e na gestão territorial: como definir a região, como regionalizar? (LIMONAD, 2004, p. 57).

Segundo Haesbaert (2010), o conceito de região tem suas origens vinculadas ao poder, e os processos de regionalização associam-se a recortar, classificar e nomear certas áreas.

Sempre que há regionalizações se dá prioridade para determinados propósitos em detrimento de outros. Para o autor, há pelo menos três abordagens de região (realista, analítico-racionalista e normativa), que possuem objetivos específicos diferenciados. Em meio às múltiplas possibilidades de regionalização, utilizaremos a acepção de região construída pelo Estado (normativa) nos níveis federal e estadual como instrumento de planejamento e de atuação. Não negamos a existência de regionalizações construídas pelas populações e/ou outros sujeitos sociais, porém, em razão de nossa abordagem das políticas públicas, nos deteremos apenas àquelas de cunho normativo, que são delimitadas como instrumento de ação, como as regiões de saúde pensadas pelo SUS.

Para Haesbaert (2010), a concepção de região como instrumento de ação:

Trata-se aí de uma noção mais normativa de região não tanto – ou não apenas – preocupada em reconhecer o que é ‘efetivamente a região enquanto realidade empírica ou de desdobrá-la e avaliá-la enquanto instrumento analítico, mas em propor ações efetivas, caminhos, indicar um futuro’ ou devir (delineando conexões) das configurações regionais, de modo a adequá-las a determinados propósitos político-econômicos, vinculando-se, portanto, de alguma forma, também, ao chamado planejamento regional (HAESBAERT, 2010, p. 103).

A regionalização a partir da perspectiva do planejamento indica quais são as instituições públicas que a promovem e quais os fins pretendidos. As regiões são delimitadas por instituições do Estado como recorte espacial, visando atuar a partir de um conjunto de políticas públicas para o enfrentamento dos problemas públicos, desde aqueles relativos a incentivos financeiros para empresas e redução de desigualdades econômicas, até a expansão de serviços públicos básicos para as populações dessas áreas, como os serviços de saúde, foco dessa tese.

Para Lencioni (1999), na forma como realizamos a análise regional hoje não há como pensar em região com base na perspectiva clássica, pois uma nova forma de se analisar o espaço surge, integrando com grande força os movimentos regionalistas. O que pode ser verificado no seguinte trecho:

Evidentemente, o que não se sustenta mais hoje em dia é a ideia de região nos moldes clássicos. O processo de homogeneização, longe de significar aniquilamento da região, significa fragmentação e também diferenciação regional. Tanto é que os movimentos regionalistas emergem como força política no momento em que o processo de globalização procura açambarcar e homogeneizar todo o espaço. O movimento regionalista nega o nacional, podendo se fechar em sua particularidade, e se coloca como um sentido totalmente inverso de outrora, quando afirmar a identidade regional era

afirmar a identidade nacional, pois a construção do sentimento de pertencer a uma região integrada num modo harmônico, sob a direção do estado, afirmava o sentimento nacionalista. Sinais de outros tempos: o regionalismo nega o nacionalismo e a identidade nacional num contexto em que o nacional, que se dilui no bojo do processo de globalização, nega o regional (LENCIONI, 1999, p. 199-200).

Se antes a região se dava a partir de relações de vizinhança, produzidas no lugar, hoje ela “se define pela solidariedade que estabelece dentro dela a partir de uma organização” (SANTOS, 2000, p. 59). O cerne do conceito de região não são mais as vidas inter-relacionadas que formam os domínios da contiguidade, no período atual há que se considerar as variáveis externas que se sedimentam localmente e transformam esses lugares, ao mesmo tempo em que também são transformadas por eles. O entendimento da região passa, então, pelo tratamento indissociável de duas noções: a norma e a forma. Enquanto “a norma é o catálogo de autorização para fazer ou de proibição de fazer [...] é a forma que vai decidir o âmbito de uma ação” (SANTOS, 2000, p. 61).

A região se constitui a partir de uma interdependência entre uma ordem global (ou nacional) e uma ordem local, pois “a presença de elementos verticais e horizontais contribui para explicar tanto o acúmulo de funções nas regiões quanto o seu esvaziamento” (SILVEIRA, 2010, p. 77). Isso é fundamental, porque os locais de incidência dos vetores externos não são escolhidos ao acaso, mas representam aquelas frações do território cujas constituições dos lugares garantam eficácia aos processos desencadeados, por isso “é o lugar que oferece ao movimento do mundo a possibilidade de sua realização mais eficaz. Para se tornar espaço, o mundo depende das virtualidades do lugar” (SANTOS, 1996, p. 338).

A segunda razão do porquê do resgate da regionalização e da região, no meu entender, deve-se ao resgate do papel do Estado. E ao se tentar resgatar o papel do Estado, necessariamente se resgata a região. Porque, as regiões, são expressões espaciais e territoriais concretas do Estado-Nação, são constituídas pela apropriação de parcelas do espaço por arranjos específicos de atores que conformam sociedades locais, que são a expressão social das regiões (BECKER, 2004, p.15).

As regiões possuem uma finalidade política própria, pois são elementos do próprio Estado, que não é uma entidade abstrata. Enquanto parte do Estado, enquanto expressão espacializada de interesses políticos específicos, as regiões dialogam com o Estado,

pressionam, relativizando seu poder homogeneizador e dominante, o que lhes confere um papel fundamental (BECKER, 2004, p.15).

Essas regiões resultam de uma relação dialética entre decisões tecnocráticas e práticas do poder, de um lado, e práticas sociais e demandas coletivas, processos coletivos, de outro lado. É nesse processo que se formam as regiões. Em alguns momentos, em alguns lugares, os adensamentos, as sociedades locais surgem e o Estado as legitima. Um exemplo seria, talvez, o caso da Europa. Em outros lugares, em outros momentos, é o Estado que atua primeiro, e depois se forja a região: os interesses políticos dos quais a região é uma expressão digerem a decisão tecnocrática e dão margem ao surgimento das sociedades locais que se apropriam da região. As sociedades locais relativizam o papel das decisões tecnocráticas do poder. O Estado tem que dialogar com as suas regiões, com os interesses políticos específicos espacializados e regionalizados, que são ele mesmo, em última análise, e negociar formas diferenciadas para poder agir (BECKER, 2004, p.15).

Para Bourdieu (2012), as regionalizações fazem parte do poder simbólico, um poder de construção da realidade imposto pelo Estado e pela classe dominante, que tende a estabelecer uma ordem. Assim, a região aparece como dimensão simbólica, efetiva e impositiva de atuação do Estado, ao reforçar os instrumentos de expansão do capital e de vinculação a um modelo socioeconômico específico, além de difundir o discurso da mudança social, embora o que promova seja a integração dependente desses espaços ao capital.

A simbiose dessas duas, quando apropriada pelo Estado, “cria as bases para a institucionalização de limites, que se transformam em normas com vistas à implementação de uma dada ação, que é, ao mesmo tempo, expressiva da gênese da estruturação das regiões e da forma-conteúdo do planejamento conduzido pelo próprio Estado” (RIBEIRO, 2015, p. 194). O que a autora denomina como regionalização como fato e regionalização como ferramenta.

A regionalização como fato “encontra-se vinculada aos jogos dinâmicos da disputa de poder, inscritos nas diferentes formas de apropriação (construção e uso) do território” (RIBEIRO, 2015, p. 195). Para ser compreendida, essa regionalização depende de articulações que nos deem as dinâmicas de construção pretérita do território, sobretudo pelos agentes hegemônicos. Já a regionalização como ferramenta é uma forma-conteúdo que tem na variável política sua estrutura determinante, pois é o Estado, principalmente, quem possui o poder para instituir limites e usar dessa ferramenta para controle e planejamento do território. Logo, “a regionalização, como fato e como ferramenta, envolve ideologia e recursos político-administrativos” (RIBEIRO, 2015, p. 196).

A noção estabelecida por Ribeiro (2015) diz respeito à capacidade de produzir regiões por meio do acionamento ideológico apoiado em elementos do meio natural, valores culturais ou critérios político-administrativos, que permitam sustentação às fronteiras e limites territoriais, ou seja, por uma racionalidade externa que fundamenta o cerne da solidariedade organizacional. Isso é visível no caso da oficialização de regiões brasileiras, pois o conceito de região natural usado pelo IBGE se apoiou nas características do meio natural, que diferenciavam uma porção territorial da outra, ao mesmo tempo em que se utilizava dos limites político-administrativos já instituídos pelos estados para dar coesão a essas regiões, visto que nem os fenômenos sociais e nem os naturais respeitam linhas e limites impostos pelo homem.

O limite político-administrativo dos estados, dificultam a operacionalização de políticas públicas, tendo em vista que as relações entre os municípios, em muitos casos, não correspondem a esses limites. Por ora, queremos apenas destacar sua importância na constituição da regionalização como fato e como ferramenta utilizada pelo Estado para viabilizar seus projetos econômicos e políticos no território, pois “no fenômeno da regionalização é necessário valorizar, de início, o movimento das fronteiras” (RIBEIRO, 2015, p. 205). Uma vez que aceitamos a proposição da autora de que “ambas regionalizações produzem e expressam a questão regional e, portanto, a região como espaço herdado e dinâmica política plena” (RIBEIRO, 2015, p. 196).

Em suma, neste capítulo fizemos um exercício reflexivo sobre como o conceito de região foi abordado por diferentes correntes do pensamento geográfico bem como a evolução do conceito, à medida que a própria ciência geográfica foi evoluindo. Além disso, demonstramos que há diversas regionalizações possíveis e existentes para um mesmo território que usualmente atendem a interesses extremamente precisos e este, parece-nos, é um ponto a não se perder de vista. Consideramos, ainda, que as regionalizações podem emergir da análise e reflexão conforme haja o destaque ou não de determinados elementos e fatores. Assim, o estudo feito nesta tese prioriza as regionalizações para execução de políticas públicas por parte do Estado.

Em complemento ao princípio de regionalização do SUS e aos diversos processos de regionalização que se desdobram desse princípio, será empreendido nos próximos capítulos um debate sobre as redes urbanas, visto que a delimitação espacial das redes é uma das dimensões do poder efetivo e simbólico do Estado e elemento da reprodução da ordem social, pautada num discurso ideológico de integração, mas produto de imposição arbitrária e de relações desiguais.

Desse modo, a rede urbana tanto é substrato para regionalizações, quando um desdobramento dessa, dialeticamente. Por seu turno, uma regionalização pode fundamentar uma reflexão teórica ou atender às necessidades impostas por uma política setorial, uma prática de planejamento ou por propostas de desenvolvimento regional.

No subcapítulo seguinte, desenvolveremos esse preceito avaliando as regionalizações do território brasileiro, fundantes para compreendermos a regionalização do SUS.

2.2. As regionalizações do território brasileiro: evolução da divisão político-administrativa realizada pelo IBGE

O objetivo desse subcapítulo é analisar as principais divisões regionais propostas pelo Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) ao longo dos séculos XX e XXI, através de normas federais e do próprio Instituto, com o intuito de articular influências das correntes geográficas a respeito do conceito de Região e as discussões sobre Regionalizações feitas o subcapítulo 2.1.

O fato de se enfatizar as divisões oficiais que foram implementadas no Brasil durante as últimas décadas nos faz compreender como se chegou a Regionalização atual e qual suas mudanças tanto de paradigmas quanto de limites políticos-administrativos, até o momento. Com isso, podemos entender os princípios que regeram a delimitação oficial das Regiões de Saúde, ou seja, apreender como os órgãos oficiais utilizam a regionalização oficial do Brasil como suporte para outras regionalizações.

Como atividade científica, os conceitos e métodos que lastrearam, ao longo do tempo, a divisão regional do território brasileiro, longe de se manterem estáveis, foram se alterando por força das mudanças de paradigmas ocorridas no próprio pensamento geográfico, enquanto reflexo de uma realidade social, econômica, política, cultural e ambiental, em contínua mudança no Brasil e no mundo. (IBGE, 2017)

Se uma nova divisão regional do Brasil representa, por um lado, maior densidade e atualização dos conhecimentos objetivos relativos ao território nacional, num dado momento, por outro lado, ela também implica no relacionamento da evolução destes conhecimentos com a evolução teórica do conceito de região. (Pedro Geiger, 1967 *apud* IBGE 2017).

As divisões regionais no Brasil tiveram, de modo geral, como objetivo conhecer e integrar o país, entender as dinâmicas urbanas e industriais para a formação de uma identidade nacional.

A Divisão Regional do Brasil consiste no agrupamento de Estados e Municípios em regiões com a finalidade de atualizar o conhecimento regional do País e viabilizar a definição de uma base territorial para fins de levantamento e divulgação de dados estatísticos. Ademais, visa contribuir com uma perspectiva para a compreensão da organização do território nacional e assistir o governo federal, bem como Estados e Municípios, na implantação e gestão de políticas públicas e investimentos. (IBGE, 2020 p.1)

A divisão do Brasil em regiões, longe de constituir uma tarefa simples e de fácil execução, possui um caráter científico pautado tanto por interesses acadêmicos, quanto por necessidades de planejamento e, mais recentemente, de gestão do território, o que compromete esse tema, de imediato, com os diversos contextos político-institucionais que envolveram seu tratamento pelo IBGE ao longo do Século XX.

A Divisão Regional do Brasil faz parte da missão institucional do IBGE desde os primórdios do Instituto. A necessidade de um conhecimento aprofundado do Território Nacional, visando, na década de 1940, mais diretamente à sua integração e, nas divisões posteriores, à própria noção de planejamento como suporte à ideia de desenvolvimento, passou a demandar a elaboração de divisões regionais mais detalhadas do País, isto é, baseadas no agrupamento de municípios, diferentemente das divisões até então realizadas pelo agrupamento dos estados federados. (IBGE, 2020 p.1)

A divisão regional constitui uma tarefa de caráter científico e, desse modo, está sujeita às mudanças ocorridas no campo teórico-metodológico da Geografia, que afetam o próprio conceito de região. Assim, as revisões periódicas dos diversos modelos de divisão regional adotados pelo IBGE foram estabelecidas com base em diferentes abordagens conceituais, visando traduzir, ainda que de maneira sintética, a diversidade natural, cultural, econômica, social e política coexistente no Território Nacional.

No século XX, foram elaboradas pelo IBGE divisões regionais contemplando os conceitos de Zonas Fisiográficas (década de 1940 e 1960), Microrregiões e Mesorregiões Homogêneas (1968 e 1976, respectivamente) e Mesorregiões e Microrregiões Geográficas (1990). Além disso, diversos artigos foram publicados na Revista Brasileira de Geografia tratando da regionalização do país. No IBGE, as divisões regionais se estabeleceram em diversas escalas de abrangência ao longo do tempo, conduzindo, em 1942, à agregação de Unidades da Federação em Grandes Regiões definidas pelas características físicas do território brasileiro e institucionalizadas com as denominações de:

Região Norte, Região Meio- Norte, Região Nordeste Ocidental, Região Nordeste Oriental, Região Leste Setentrional, Região Leste Meridional, Região Sul e Região Centro-Oeste. Em consequência das transformações ocorridas no espaço geográfico brasileiro, nas décadas de 1950 e 1960, uma nova divisão em Macrorregiões foi elaborada em 1970, introduzindo conceitos e métodos reveladores da importância crescente da articulação econômica e da estrutura urbana na compreensão do processo de organização do espaço brasileiro, do que resultaram as seguintes denominações: Região Norte, Região Nordeste, Região Sudeste, Região Sul e Região Centro-Oeste, que permanecem em vigor até o momento atual. (IBGE, 2020 p.1)

Desde modo, até 1930 havia grande variedade de divisões regionais propostas para o Brasil em virtude da diversidade de critérios utilizados e objetivos, resultando em divisões que variavam quanto à natureza, ao número e à extensão das regiões e ausência de um Estado Nacional realmente integrado. Bezzi (2004, p.80) completa afirmando que “a existência dessa variedade de propostas deve ser interpretada pela ausência, até os anos 1930, de um Estado Nacional realmente integrado e da consequente importância da vida local e regional que caracterizaram o Brasil no início do século XX”.

Com o Estado oligárquico existente, a ação estatal ganha maior institucionalidade, tornando-se mais complexa. Dadas as constantes revoltas e insurgências de caráter regionalista ocorridas tanto no Brasil Império, como nas primeiras décadas do Brasil Republicano, cria-se a necessidade de conhecimento sistematizado do território, do litoral e do interior, seja em seus aspectos demográficos, produtivos, de infraestruturas, organização social ou de suas bases fisiográficas (CONTEL, 2014, p. 2)

Antes da primeira divisão regional oficial criada pelo IBGE em 1942, algumas propostas tiveram significativa projeção nos meios intelectuais e mesmo em órgãos da administração pública. Segundo Ignês Teixeira Guerra (1968, p. 61), dentre as mais importantes divisões regionais do Brasil que fizeram parte dos debates que antecedem a divisão do IBGE, destacam-se as seguintes: a de André Rebouças (1889), dividindo o país em “10 áreas agrícolas”; Elisée Reclus (1893), dividindo o país em 8 regiões; Said Ali (1905), propondo 5 regiões para o Brasil; Delgado de Carvalho (1913), cuja proposta serviu de base para a primeira divisão oficial (por sua influência em Fabio de Macedo Soares Guimarães); Pierre Denis (1927), que dividiu o país em 6 regiões; e finalmente Betim Paes Leme (1937), com suas 7 regiões (tendo como principal critério a estrutura geológica do território). Meri Lourdes Bezzi (2004) lista outras 10 divisões regionais sugeridas entre meados do século XIX e o início do XX. (CONTEL, 2014, p. 3)

As figuras 2, 3, 4 e 5 servem para ilustrar as principais regionalizações apresentadas antes da Regionalização Oficial do IBGE em 1942.

Figura 2- Divisão Regional do Brasil – 1889.



Fonte: Portal de Mapas do IBGE.

Disponível em <https://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#homepage>

A Divisão Regional proposta por André Rebouças fez uma divisão a partir de regiões agrícolas. Não fez divisões naturais, mas sim humanas, enfocando uma “divisão prática propôs dez regiões agrícolas, demonstrando o contexto do Brasil na época, ou seja, uma colônia agrícola”. (BEZZI, 2004, p.81). A crítica a esta regionalização é o número excessivo de regiões. O que reconhecemos hoje como o Estado de São Paulo fazia parte da Zona do Paraíba do Sul junto com o Rio de Janeiro e Espírito Santo.

Figura 3- Divisão Regional do Brasil – 1893



Fonte: Portal de Mapas do IBGE.

Disponível em <https://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#homepage>

A divisão regional de Elisée Reclus tem um “apego muito forte” ao critério de bacias fluviais e das regiões naturais. A partir desse critério utilizou oito regiões naturais. No entanto, para fins didáticos, os estados eram considerados por inteiro para definir as regiões, ressaltando-se, porém, em muitas explicações, que alguns trechos seriam mais característicos da região vizinha. (BEZZI, 2004, p.82). Nessa regionalização, o estado de São Paulo fazia parte da Região Vertente do Paraná e Contravertente Oceânica juntamente com Paraná e Santa Catarina.

Figura 4- Divisão Regional do Brasil – 1913



Fonte: Portal de Mapas do IBGE.

Disponível em <https://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#homepage>

A divisão regional de Delgado de Carvalho dividiu o Brasil em cinco regiões, estudava tanto a Geografia Física quanto a Geografia Humana, ou seja, levando em consideração tanto aspectos naturais, quanto aspectos humanos e econômicos.

Essa regionalização marcou uma nova etapa na evolução do ensino da “Geografia do Brasil”. Em vez de do estudo feito até então pelas unidades políticas isoladas, eram estas agrupadas e, dentro de cada quadro regional, passava a ser estudada tanto a Geografia Física quanto Geografia Humana. (BEZZI, 2004, p.85)

Segundo Delgado de Carvalho (1944), em texto publicado no Boletim Geográfico que reproduz suas propostas de 1913, a região natural é uma área geográfica, mais ou menos precisa, que a observação permite criar com a superposição de mapas figurando influências fisiográficas diferentes: relevo, hidrografia, clima, vegetação; forma-se, assim, uma imagem composta, uma síntese esboçada que vai servir de cenário à ação do homem. (CONTEL, 2014 p.3)

Nesse sentido, podemos observar outra mudança, pois nessa regionalização São Paulo faria parte da regional denominada Brasil Meridional junto com Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Figura 5- Brasil. Divisão Regional do Conselho Técnico de Economia e Finanças – 1939



Fonte: Portal de Mapas do IBGE.

Disponível em <https://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#homepage>

A divisão regional segundo o Conselho Técnico de Economia e Finanças, divide o Brasil em cinco regiões e leva em consideração as divisões geoeconômicas e não mais a região natural.

As mudanças políticas ocorridas em 1937 (“Estado Novo” – Estado Centralizador) fez com que se criassem mecanismos institucionais para forjar uma unidade nacional a partir do centro (centralização político-administrativa), por meio da intervenção explícita do Estado na economia e sociedade brasileiras. O objetivo principal era criar as condições necessárias para

a expansão do sistema capitalista no país, alterando-se o eixo dinâmico da economia de agrário exportador para urbano-industrial. (CONTEL, 2013)

A necessidade de um conhecimento aprofundado do Território Nacional, visando, na década de 1940, mais diretamente à sua integração e, nas divisões posteriores, à própria noção de planejamento como suporte à ideia de desenvolvimento, passou a demandar a elaboração de divisões regionais mais detalhadas do País, isto é, baseadas no agrupamento de municípios, diferentemente das divisões até então realizadas pelo agrupamento dos estados federados.

Nesse sentido, momentos de maior centralização das forças federativas republicanas, como aquele verificado a partir do final dos anos 1930 e que tiveram rebatimento na década seguinte, deram ensejo a uma ampla discussão, nos meios militares e acadêmicos, sobre a questão em torno da pertinência de uma nova divisão regional e territorial. Tal divisão deveria ser mais adequada a um País que “precisava se ajustar a padrões mais modernos, não só de crescimento de sua base produtiva, como também em termos de controle, padronização e administração de sua base territorial” (IBGE, 2017 p.3).

Cabe registrar uma primeira observação quanto ao contexto político-institucional no qual se discute a Divisão Regional do Brasil: desde o final da década de 1920, o Major João de Segadas Viana já chamava a atenção do poder público para a necessidade de revisão da forma de organização territorial do País, demonstrando grande preocupação com a formação de blocos políticos de resistência em algumas Unidades da Federação, especialmente em São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. O “problema da divisão territorial brasileira”, ainda de acordo com Viana (1940, p. 374), já constituía um assunto de estudo desde os tempos do Império, despertando o interesse de diversas personalidades para a questão (IBGE, 2017 p.3).

Com efeito, ao longo da história política do Brasil, poucas questões suscitaram tanto debate quanto aquelas relacionadas à organização do poder dos estados relativamente a centralização/descentralização política-administrativa, às quais se articula o tema da divisão regional como suporte científico necessário para se pensar a própria configuração territorial da nação como um todo.

Nunca é demais lembrar que a própria criação, na década de 1930, do Conselho Nacional de Estatística - CNE e do Conselho Nacional de Geografia - CNG, que se reuniram para formar o IBGE, em 1936, tinha como objetivo estruturar uma rede nacionalmente articulada por meio de suas representações estaduais, visando à discussão de conceitos, métodos e critérios

científicos necessários ao conhecimento aprofundado da sociedade e do território brasileiros. (IBGE, 2017 p.2).

Desse modo, entrou na agenda política do País, em um período marcado pela centralização do poder, como o do Estado Novo (1937-1945), a necessidade de se produzir um conhecimento mais detalhado das diferenças regionais do Brasil, enquanto tarefa inicial atribuída aos CNE e CNG. (IBGE 201, p.4).

O Conselho Nacional de Geografia, em 1941, fixou a primeira divisão regional do país para fins práticos. Esse esquema serviu de base para a subdivisão em unidades de escalas distintas, que seria oficializada pela assembleia geral daquele órgão em 1945, quando estabeleceu cinco Grandes Regiões, 79 Regiões e 228 Zonas Fisiográficas (BEZZI, 2004, p.91)

Essa divisão do Brasil, em regiões naturais, seguiu o conceito clássico da análise das influências mútuas dos diferentes fatores físicos, principalmente clima, vegetação e relevo. Mas dadas as dificuldades de informação na época e a não coincidência perfeita entre os diferentes fatores físicos, usou-se, para caracterizar a região natural, a noção de fator determinante, a chamada nota característica da região (BEZZI, p.92).

A variedade de divisões regionais propostas para o Brasil por diversos autores, ou adotadas pelas instituições oficiais no período de 1843 a 1941 está atrelada, principalmente, aos critérios utilizados pelos diferentes autores e demonstra a falta de rigor científico quanto ao conceito de Região. Desse fato, resultam divisões que variam quanto à natureza, ao número e extensão das regiões. (BEZZI, 2004, p.80).

Portanto, o tipo de região que predominou nas divisões regionais até 1945 (divisão oficial adotada pelo IBGE) foi a região natural fundamentada na questão metodológica da Geografia dominante na época e defendida pela maior parte dos autores.

Assim, a região natural foi caracterizada ora por um conjunto de fenômenos correlacionados entre si, fornecendo à região sua unidade, ora por um único fenômeno, ou seja, o mais significativo, em torno do qual todos os outros se agrupavam, fornecendo a região um cunho particular. Obviamente, tais elementos fundamentais não eram os mesmos de uma região para a outra.

A primeira divisão regional oficial do Brasil foi realizada pelo IBGE no final da década de 1930 e se institucionalizou a partir da Circular nº 1 de 31 de janeiro de 1942 (figura 6).

Dividiu o Brasil em cinco regiões e o estado de São Paulo, foco do nosso trabalho, era mantido na Região Sul, juntamente com Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Figura 6-Divisão Regional do Brasil – 1942



Fonte: Portal de Mapas do IBGE.

Disponível em <https://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#homepage>

O principal articulador e teórico da divisão foi Fabio Macedo Soares Guimarães, então Chefe da Divisão de Geografia do Conselho Nacional de Geografia do IBGE. Desde o final da década de 1930 o IBGE – através da ação do Conselho Nacional de Geografia – vinha promovendo debates internos e tentativas de influenciar as decisões federais relativas à organização do território brasileiro em novos moldes (Magnano, 1995). Segundo Manuel Correia de Andrade (1977, p. 9), nesta época o IBGE seria o “grande centro de estudos geográficos no Brasil”. (CONTEL, 2014, p. 3)

Valendo-se dos mais proeminentes geógrafos do início do século XX, sobretudo franceses (como Vidal de la Blache, Lucien Gallois, Jean Brunhes, André Cholley e – principalmente – Camille Vallaux), Guimarães procura ao mesmo tempo evitar o “determinismo geográfico” das concepções mais rígidas de região natural, e retomar o pensamento destes autores para mostrar

que as regiões naturais deveriam estar na base da regionalização do território brasileiro, pelos seguintes motivos principais: 1. As regiões naturais possuem um caráter mais estável ao longo do tempo (em comparação às “regiões humanas”), e esta estabilidade seria condição *sine qua non* para a coleta e a comparação dos dados estatísticos ao longo do tempo; 2. As regiões humanas, apesar de não serem completamente “determinadas” pelos fatores naturais (clima, relevo, vegetação etc.), partem da combinação destes fatores para se moldarem; portanto, a boa definição das “grandes regiões naturais” seria também condição inequívoca para serem bem definidas, posteriormente, unidades regionais de menores dimensões, unidades estas formadas por fatores históricos, políticos, econômicos etc; 3. As regiões naturais, também por sua maior “estabilidade” no tempo, seriam mais adequadas para fins didáticos e escolares (Guimarães, [1941] 1988). (CONTEL, 2014, p.5)

Nesse sentido, cabe observar que os estudos em torno da elaboração das Zonas Fisiográficas pelo IBGE, em 1942 (figura 7), coincidem com o momento de discussão acerca da criação, no ano seguinte, dos Territórios Federais nos estados fronteiriços de grande extensão territorial e baixa densidade populacional, como Amazonas, Pará e Mato Grosso. “Era necessário, assim, conhecer o Território Nacional para promover estratégias voltadas à manutenção de sua integridade, seja por via da diminuição de suas diferenças regionais, seja pela promoção de uma vigilância mais acurada de suas zonas fronteiriças. ” (IBGE, 2017 p.4).

Figura 7- Divisão Regional do Brasil - Zonas Fisiográficas - 1942

“polarizadas” e “regiões-programa”. Segundo esta corrente de pensamento, a atividade industrial seria a variável-chave para promover o desenvolvimento econômico das nações, através de políticas de “polarização regional”. A terceira principal influência, finalmente, foi a da metodologia desenvolvida por Michel Rochefort ([1957] 1961; 1960; 1967) para o estudo das cidades e das regiões. Para Rochefort, as cidades poderiam ser explicadas a partir de sua “vida de relações”, e a hierarquia entre elas dependeria principalmente da distribuição das atividades do setor terciário. A maior ou menor complexidade dos “equipamentos terciários” de cada cidade (ligados à administração, comércio e serviços) é que definiria a densidade e a amplitude da “vida de relações” dos centros urbanos. (CONTEL, 2014, p.7)

Figura 9-Divisão Regional do Brasil – 1970



Fonte: Portal de Mapas do IBGE.

Disponível em <https://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#homepage>

As “regiões naturais” não mais explicariam um território cada vez mais urbanizado e tecnificado e, tampouco, a divisão regional de 1942 teria efetiva capacidade de organizar as estatísticas territoriais e dar subsídios para a consecução dos planos do Governo Federal. É neste contexto que se dão várias alterações também na análise do território brasileiro por parte do IBGE.

Diferentemente desse contexto de centralização do poder, a segunda proposta de Divisão Regional do Brasil elaborada pelo IBGE, no final dos anos 1960, encerra um período marcado “por poucos estudos que avançassem na discussão teórico- metodológica sobre o assunto” (MAGNAGO, 1995, p. 72) e ocorre em um contexto político-institucional pautado pela distensão política e estruturação do planejamento público, então explicitamente a serviço de um projeto de desenvolvimento econômico. Desse modo, entre a proposta elaborada pelo IBGE, em 1960, para revisão das Zonas Fisiográficas⁴ e aquela das Microrregiões Homogêneas, em 1968, consolida-se não apenas o discurso da integração nacional, que fundamentou o nacional desenvolvimentismo dos anos 1950, como também assume forma elaborada uma ação política centralizada a partir do Regime Militar, em meados da década de 1960, quando a aceleração do processo associado de urbanização-industrialização, passou a alterar, de forma radical, o ritmo, a forma de articulação, bem como o uso do Território Nacional, aí incluídas as áreas menos densas de sua fronteira agropecuária.

O IBGE divide o Brasil em “Grandes Regiões”: Região Norte; Região Nordeste; Região Sudeste; Região Sul; Região Centro-Oeste. Houve, também, a inclusão das microrregiões homogêneas em detrimento das zonas fisiográficas. As microrregiões agrupavam informações sobre produção, população e sociedade a partir de critérios de base física, demográfica e econômica e a inserção da análise urbano-industrial. Nessa regionalização, São Paulo faz parte da região Sudeste com Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo, como conhecemos hoje.

Na década de 1990 (figura 10) o território brasileiro possuía limites semelhantes às aquelas encontradas no final da década de 1970. A divisão regional proposta pelo IBGE no ano de 1990, ainda que tenha mantido em grande parte alguns dos “paradigmas” da divisão de 1970, aprimorou tanto a metodologia para a definição efetiva das micro e mesorregiões.

Figura 10-Divisão Regional do Brasil – 1990

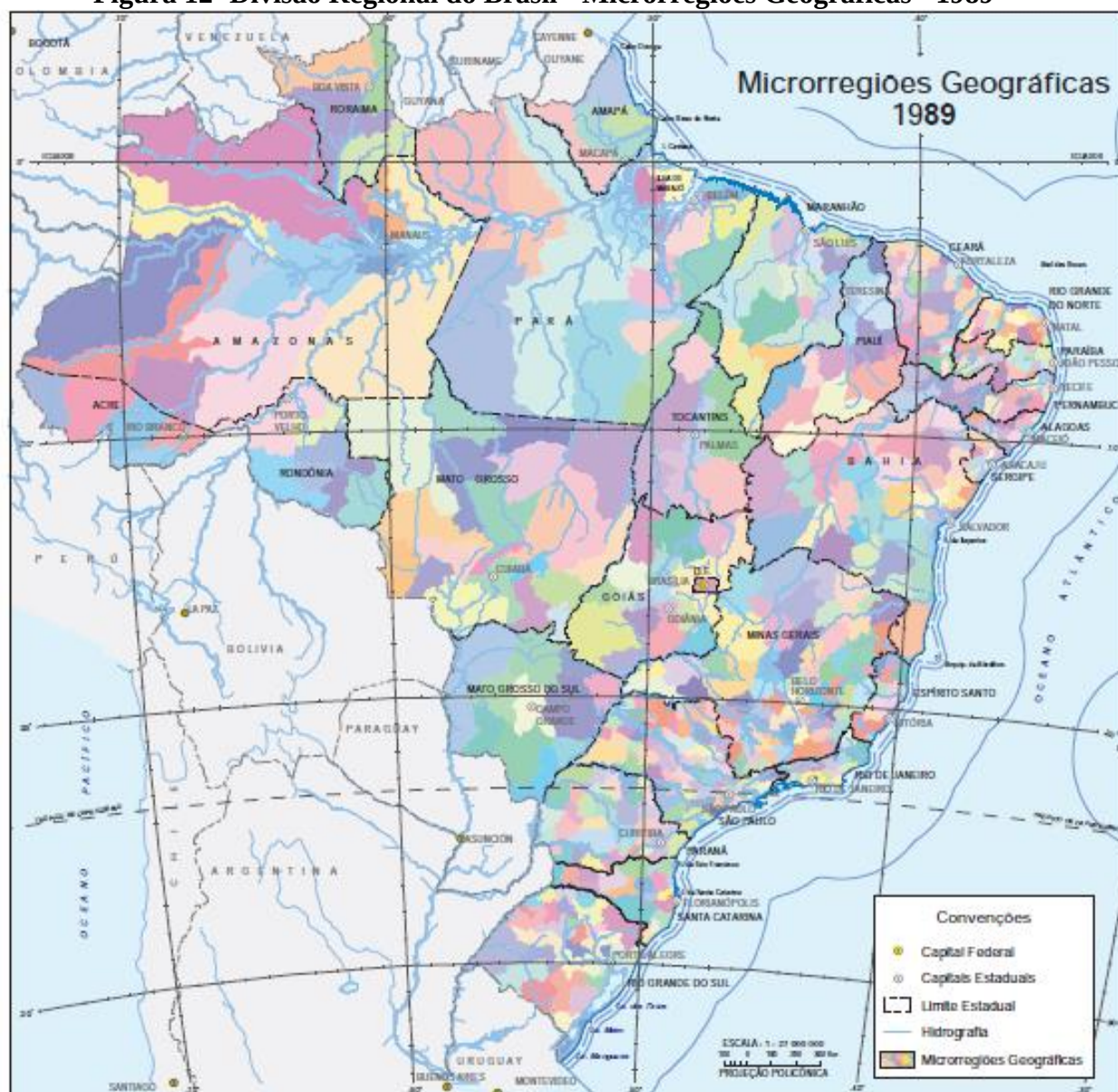


Fonte: Portal de Mapas do IBGE.

Disponível em <https://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#homepage>

A última mudança importante na regionalização do território brasileiro proposta pelo IBGE se deu entre os anos de 1989/1990. Os resultados da pesquisa foram publicados entre os anos de 1990 e 1991 sob a denominação de *Divisão do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões Geográficas*. (figuras 11 e 12) As duas principais funções do trabalho seriam: “1. Servir à divulgação de dados estatísticos por parte do Sistema Estatístico Nacional, segundo os agregados espaciais produzidos; 2. Oferecer elementos para a compreensão da organização do território nacional” em bases sistemáticas” (IBGE, 1990, p.7).

Figura 12- Divisão Regional do Brasil - Microrregiões Geográficas - 1989



Fonte: Portal de Mapas do IBGE.

Disponível em <https://portaldemaps.ibge.gov.br/portal.php#homepage>

Do ponto de vista dos quadros conceituais das divisões apresentadas, foi possível identificar que cada uma delas se singularizou em função do contexto histórico e institucional do IBGE, assim como por se fundamentarem em um conjunto de autores e debates que representavam os “paradigmas científicos” de cada período.

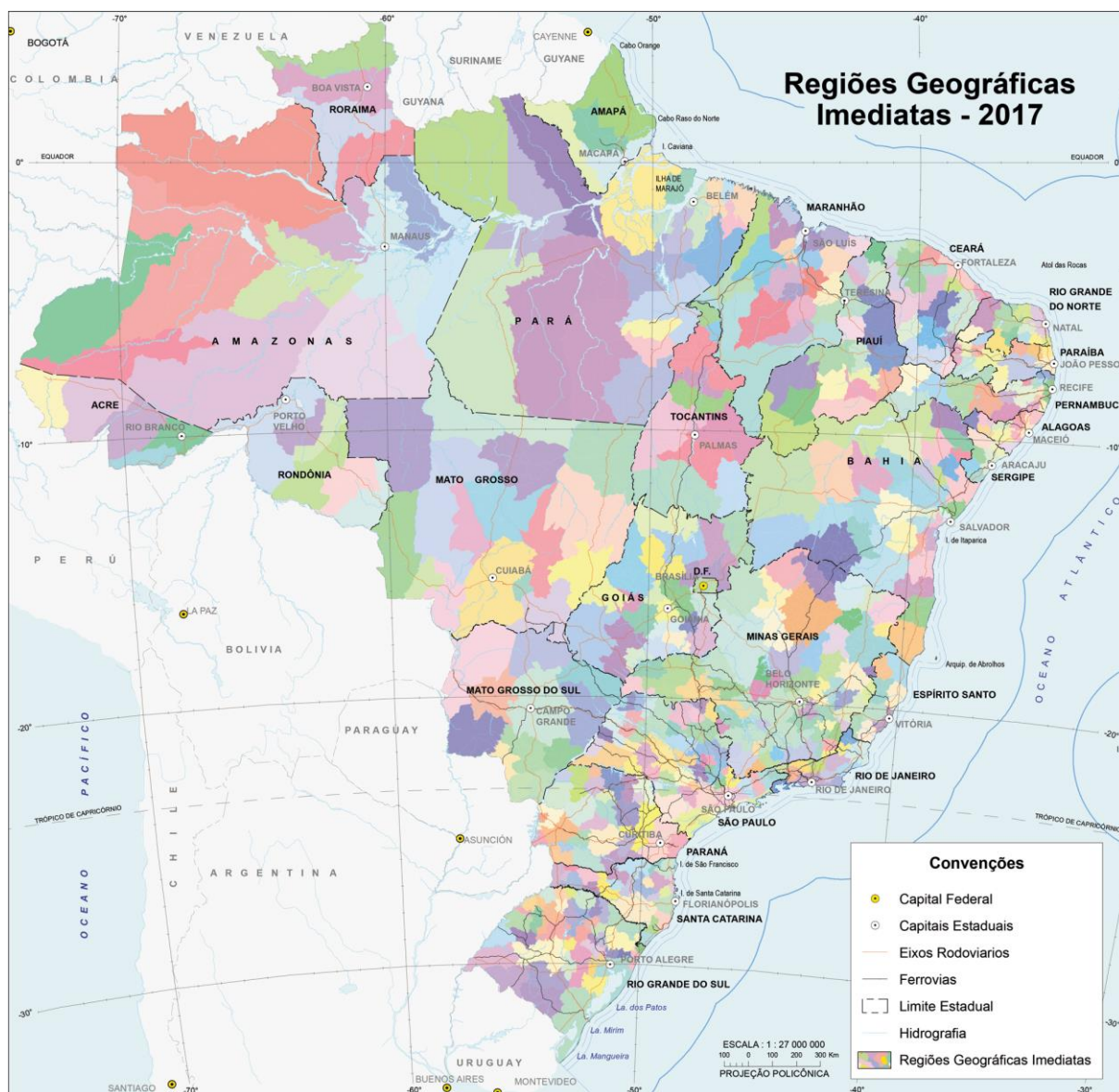
Se de início os autores e modelos teóricos adotados eram fundamentalmente estrangeiros, o desenvolvimento do IBGE como um centro de produção de censos e estudos especiais sobre o território nacional permitiu também que ele se consolidasse e apresentasse novas divisões.

A Divisão Regional do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias 2017 (figuras 13 e 14) apresenta um novo quadro regional vinculado aos processos sociais, políticos e econômicos sucedidos em território nacional desde a última versão da Divisão Regional do Brasil, publicada na década de 1990. Seu objetivo foi atualizar as articulações das cidades entre si, em termos de circulação de pessoas, serviços e informações, por exemplo, e, com isso, subsidiar o planejamento e a gestão de políticas públicas em níveis federal e estadual e disponibilizar recortes para divulgação dos dados estatísticos e geocientíficos do IBGE para os próximos dez anos.

O novo recorte das Regiões Geográficas incorporou as mudanças ocorridas no Brasil ao longo das últimas três décadas, a partir de duas escalas: as Regiões Geográficas Intermediárias e as Regiões Geográficas Imediatas, que anteriormente eram conhecidas como Mesorregiões e Microrregiões Geográficas, respectivamente. Esta nova forma de enxergar o território não altera ou substitui a divisão político-administrativa do território em municípios, Unidades da Federação e Grandes Regiões; trata-se de mais uma opção, uma construção do conhecimento geográfico, delineada pela dinâmica dos processos de transformação ocorridos recentemente e operacionalizada a partir de elementos como rede urbana e fluxos de gestão, entre outros, capazes de distinguir espaços regionais em escalas adequadas. (IBGE, 2017)

As Regiões Geográficas Imediatas têm na rede urbana o seu principal elemento de referência. Essas regiões são estruturadas a partir de centros urbanos próximos para a satisfação das necessidades imediatas das populações, tais como: compras de bens de consumo, busca de trabalho, procura por serviços de saúde e educação e prestação de serviços públicos, como postos de atendimento do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), do Ministério do Trabalho e de serviços judiciários, entre outros.

Figura 13- Regiões Geográficas Imediatas - 2017

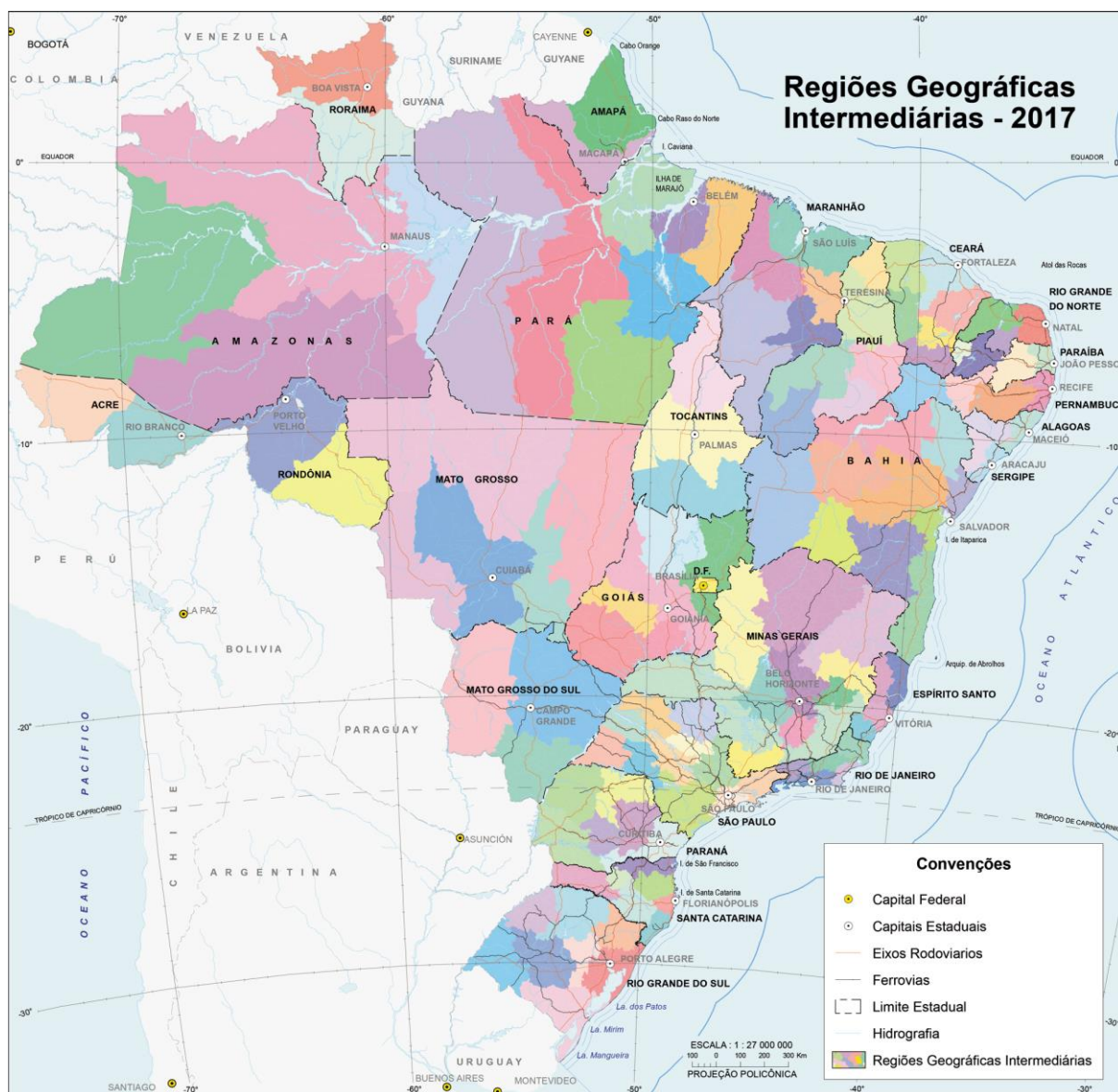


Fonte: Portal de Mapas do IBGE.

Disponível em <https://portaldemaps.ibge.gov.br/portal.php#homepage>

As Regiões Geográficas Intermediárias correspondem a uma escala intermediária entre as Unidades da Federação e as Regiões Geográficas Imediatas. Elas articulam as Regiões Geográficas Imediatas de funções urbanas de maior complexidade, como serviços médicos especializados ou grandes universidades.

Figura 14- Regiões Geográficas Intermediárias - 2017



Fonte: Portal de Mapas do IBGE.

Disponível em <https://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#homepage>

Os nomes das Regiões Geográficas Intermediárias foram definidos a partir do polo de maior hierarquia urbana. Desde modo, podemos inferir que Presidente Prudente, a partir dos critérios utilizados para essa regionalização, é a cidade com maior nível de hierarquia da sua região. A Região Intermediária de Presidente Prudente é composta por 55 municípios que estão divididos em quatro Regiões Imediatas: Presidente Prudente, com 28 municípios; Adamantina-Lucélia, com dez; Dracena, com 12; e, por fim, Presidente Venceslau-Presidente Epitácio, com cinco municípios.

Ao longo da história do pensamento sobre o fenômeno regional, um importante conceito que se junta é o de centralidade. Devemos reforçar o que escrevemos alhures: há grande identidade entre regionalização e rede urbana. O principal autor que definiu o conceito de

centralidade nos estudos sobre a rede urbana foi o geógrafo alemão Walter Christaller (1863-1969), que apontou que o fenômeno da centralidade no espaço geográfico era um princípio elementar da organização das regiões

Definir o que o autor chamou de *lugares centrais* seria a primeira tarefa para encontrar as denominadas *regiões complementares*. Identificando os lugares centrais – que poderiam ser mais complexos (lugares de *ordem superior*) ou menos complexos (lugares de *ordem inferior* ou *auxiliares*) –, seria possível delimitar a *área de alcance dos bens* ou *serviços* ofertados por estes lugares centrais e, conseqüentemente, definir-se-iam também suas respectivas regiões complementares. (DUARTE, CONTEL, BALBIM, 2013, p.149).

Concomitantemente ao desenvolvimento de formas de entendimento das regiões baseadas em princípios christallerianos, que embasaram a geografia quantitativa, assim como a ciência regional, surge uma série de textos e autores que enfatizam ainda mais a importância da vida funcional e da coesão entre as cidades como elemento de definição do que seriam as regiões. É neste sentido, em grande parte, que se desenvolve a teoria dos polos de desenvolvimento de François Perroux e Jacques Boudeville.

Apesar da importância das definições das regiões homogêneas e das regiões polarizadas, ambas são, para Boudeville, no limite do raciocínio, apenas uma maneira de subsidiar a proposição de regiões-programa. Para o autor, “o interesse supremo do espaço homogêneo e do espaço polarizado é tão somente esclarecer uma política e ajudar a construir um espaço piloto (programa) mais aprimorado possível” (Boudeville, 1973, p. 25). E complementa: “a região não constitui um fim em si mesma, e sim um instrumento de bem-estar nacional”

Desse modo, pode-se dizer que o processo de regionalização, nesse paradigma estabelecido por François Perroux e Jacques Boudeville, é também uma realização política, de forte componente estatal, resultante de um processo intencional, de fundo econômico. Com as contribuições destes autores, “a regionalização passou a ser considerada como um instrumento de ação, sendo muito mais uma abordagem política, pragmática, do que acadêmica” (Duarte, 1980, p. 14).

Neste capítulo apresentamos as principais discussões sobre o conceito de Região e as implicações de tais debates na regionalização do território brasileiro. Toda essa exposição se mostrou necessária para se analisar a centralidade de Presidente Prudente a partir da organização dos serviços de saúde, visto que o recorte da região e a compreensão da rede urbana são pontos chave para se entender a organização e a implantação da política pública de saúde que rege o SUS.

2.3 Síntese do Capítulo

O objetivo do capítulo foi demonstrar a importância do conceito (que define) Região ontem e hoje, principalmente na delimitação ou proposição de regionalizações. Esse conceito possui longa tradição na Geografia e seus significados e definições não são imutáveis, vinculando-se, portanto, a práticas e processos histórico-sociais localizados geograficamente. Compreender as mudanças no conceito de região nos ajuda a entender diferentes regionalizações que se mostram, assim, como uma dimensão aplicada, do ponto de vista da proposição ou da identificação, do conceito e que ganha materialidade, em nossa tese, com a análise da regionalização do Sistema único de Saúde.

Vimos que a categoria (que instrumentaliza o pensamento) Região foi imprescindível na consolidação da Geografia como ciência. Atualmente, é essencial para o conhecimento científico o uso da Região para que se possa compreender uma realidade particular em um sistema universal, onde as características locais possibilitam a criação de processos de delimitação espacial, seja na elaboração de estratégias, seja na execução de políticas públicas através das regionalizações.

O tema da regionalização é central no Sistema Único de Saúde. A regionalização, a partir da perspectiva do planejamento, indica, portanto, quais são as instituições públicas que a promovem (como o IBGE ou Ministério da Saúde) e quais os fins pretendidos. As regiões são delimitadas por instituições do Estado como recorte espacial, visando atuar a partir de um conjunto de políticas públicas para o enfrentamento dos problemas públicos, desde aqueles relativos a incentivos financeiros e redução de desigualdades econômicas, até a expansão de serviços públicos básicos para as populações dessas áreas, como os serviços de saúde, foco desta tese.

No capítulo seguinte, faremos uma leitura da rede urbana brasileira e dos serviços de saúde, dando continuidade ao debate promovido neste segundo capítulo da tese.

3. REDE URBANA REGIONAL, REGIÃO E REGIONALIZAÇÃO: O CASO DE PRESIDENTE PRUDENTE

Com a intenção de compreender a constituição de Presidente Prudente em cidade média com notável centralidade a partir dos serviços de saúde, organizamos este capítulo primeiramente abordando como a cidade de Presidente Prudente se formou e recebeu os primeiros de serviços de saúde; em seguida; trazemos uma discussão sobre o conceito de cidades médias e, por fim, quais serviços de saúde a cidade e em especial o Hospital Regional disponibilizam. Com o intuito de apresentar como se deu e como se dá a relação entre a Presidente Prudente e sua região, inicialmente pela história de sua formação e depois da concentração de serviços de saúde que temos atualmente.

3.1 A formação da região de Presidente Prudente

A Geografia pode ser “considerada hoje a área do conhecimento responsável pela abertura de novos caminhos e perspectivas para a reflexão dos fatos contemporâneos, em sua pugna por alcançar uma abordagem integradora que permita a compreensão da organização do espaço através do processo histórico” (LIMONAD, 2004, p. 56). A região, a cidade e, por fim, o território, enquanto fatos sociais e categorias do espaço social, não são frutos apenas da tecnologia e da divisão social e territorial do trabalho, enquanto objetos, mas em termos de qualidade enquanto processos e fluxos que neles se desenrolam (LIMONAD, 2004).

Esse capítulo é destinado à discussão de como os serviços de saúde foram importantes para a produção do espaço e a transformação de Presidente Prudente em capital regional, utilizando definições dos conceitos de região e de regionalização, que podem conceder aportes para o entendimento de problemas contemporâneos da regionalização da saúde. Presidente Prudente destaca-se pelo seu nível elevado de centralidade interurbana, definida pela relevância de seus papéis comerciais e de serviços e por sua situação geográfica que a notabiliza como única cidade dessa importância e tamanho, num raio de mais de 150 quilômetros (SPOSITO, 2011, p. 32).

O município de Presidente Prudente é o maior em tamanho populacional do extremo oeste do estado de São Paulo, com 207.610 habitantes, segundo o censo de 2010 (IBGE 2010) e estimativa de 231.953 habitantes em 2021. É considerado, conforme diversos trabalhos de pesquisadores da Rede de Pesquisadores sobre Cidades Médias (ReCIME), como cidade média em razão de seus traços funcionais, seus papéis regionais e sua posição na rede urbana.

Para a compreensão de fenômenos e dinâmicas que ocorrem nas cidades, é imprescindível, ainda que brevemente, um retrospecto histórico de sua origem e evolução, bem como de sua rede urbana, tendo como premissa as afirmações de Santos (1994) de que não é possível compreender as partes sem o entendimento do todo e de Sposito (2011) de que não podemos analisar a cidade apenas considerando a escala local, mas sim adotar uma abordagem multiescalar no estudo da produção do espaço urbano.

Na realidade, ao considerar a totalidade espacial como uma das estruturas da sociedade, os lugares e os subespaços, foram considerados como as "áreas que na linguagem tradicional dos geógrafos chamam-se mais frequentemente de regiões, [e] devem ser tratados em termos de subestrutura (são subestruturas para a sociedade como um todo; para a totalidade espacial são simplesmente estruturas). O acontecer social depende da sociedade como um todo, cada acontecer particular representa uma determinação da sociedade como um todo em um lugar próprio que o define. Neste caso, é acrescentado "à sua dimensão social original, uma dimensão que é, de uma só vez, temporal e espacial. Lugares e áreas, regiões e subespaços são, pois, unicamente áreas funcionais, cuja escala real depende dos processos" (SANTOS, 1978, p.176).

Não é possível, pois, situar as reflexões de Santos (1978) sobre a região sem situá-lo no paradigma da geografia crítica que se impôs à geografia brasileira a partir dos anos 1970. Aquela nova corrente realizou uma profunda crítica dos fundamentos positivistas, tanto dos pressupostos naturalistas da geografia clássica como das pretensões teóricas da revolução quantitativa a partir dos anos 1960. Com forte influência da economia política de Marx, as divisões e diferenciações do espaço passaram a ser interpretadas como a materialização dos diferentes modos de produção (CASTRO, 2002).

Provém da ideia da questão regional ser algo dinâmico toda uma série de definições contemporâneas do fenômeno, pois a região seria assim, do ponto de vista teórico, "[...] o lócus de determinadas funções da sociedade total em um momento dado" (Santos, 1985, p. 66), e se definiria "[...] como o resultado das possibilidades ligadas a uma certa presença, nela, de capitais fixos exercendo determinado papel ou determinadas funções técnicas e das condições do seu funcionamento econômico" (SANTOS, 1985, p. 67).

Santos (1996 p.196-197) destaca a universalidade atual do fenômeno de região e critica a vertente que a nega, uma vez que "nenhum subespaço do planeta pode escapar ao processo conjunto de globalização e fragmentação, isto é, individualização e regionalização." Sua crítica se estende também àqueles que acreditam que a expansão do capital hegemônico por todo o planeta teria eliminado as diferenças regionais, o que impediria de se prosseguir pensando em

região. Contra-argumentando, ele aponta a velocidade das transformações mundiais do século XX como causa do desmoronamento da configuração regional do passado e demonstra que esta mesma aceleração do tempo aumenta a diferenciação dos lugares, pois, já que "o espaço se torna mundial, o ecúmeno se redefine, com a extensão a todo ele do fenômeno de região". Continuando, acrescenta que "as regiões são o suporte e a condição de relações globais que de outra forma não se realizariam". No entanto, para ele, a região continua sendo "um espaço de conveniência", pois o que "faz a região não é a longevidade do edifício, mas a coerência funcional que a distingue das outras entidades, vizinhas ou não (SANTOS, 1996 p.196-197).

Seria possível destacar duas principais formas de tratamento da questão regional na obra de Milton Santos, segundo Contel (2015):

Uma primeira dimensão de sua abordagem preocupa-se mais em identificar fatores “materiais” na definição das regiões e na análise da difusão daquilo que denominou de “meio técnico-científico-informacional” (Santos, 1994, 1996). Esse tipo de meio geográfico compõe aquelas parcelas do território em que se apresentam intensamente – e de forma contígua – características centrais do atual período da globalização: infraestruturas de comunicação e de transportes modernas, sistemas de produção automatizados, empresas de alta tecnologia, universidades “de ponta”, mão de obra qualificada, agricultura “científica” etc. (CONTEL, 2015, p. 455).

Todas essas atividades e redes-suporte, com enormes densidades de “ciência”, “informação” e “tecnologia”, são o resultado direto da modernidade imposta pela globalização, e são parte constitutiva do “meio técnico-científico-informacional”. A difusão desse novo tipo de meio geográfico, porém, é extremamente seletiva, sobretudo, nos países periféricos: há parcelas dos territórios que apresentam densidades técnicas e informacionais mais elevadas, e parcelas em que estes elementos aparecem com menor intensidade ou de forma “linear” ou “pontual”. As demais áreas, impregnadas de um meio técnico mais “obsoleto”, seriam o lócus de vida dos atores não hegemônicos e da população mais pobre (CONTEL, 2015)

Uma segunda dimensão da análise regional proposta por Santos (dimensão indissociável da “base material” supracitada) diz respeito aos aspectos “imateriais” que formam as regiões, isto é, às lógicas e intencionalidades das organizações (públicas ou privadas) que dão coesão e sistematicidade aos arranjos regionais. O conceito principal que ajuda a identificar essas lógicas mais “imateriais” é o de “solidariedades geográficas”, que correspondem exatamente ao resultado da divisão social e territorial do trabalho que se instala em diferentes parcelas do espaço geográfico, a cada período histórico. Isto é: tão ou mais importantes do que as infraestruturas físicas são os dados “imateriais”, a “inteligência” ou teleologia que unifica os lugares e as regiões. Essa unificação é guiada principalmente pelas vicissitudes de agentes

hegemônicos (e de sua racionalidade instrumental), como é o caso das grandes corporações, que moldam as diferentes áreas do globo a seu favor (CONTEL, 2015, p. 455).

A região, portanto, é o resultado da dialética entre dois tipos de lógica: uma que é dada pelos arranjos internos de cada divisão do trabalho regional (que é mais o resultado da formação histórica, espontânea das regiões) e outra que é expressa pela influência cada vez mais aguda de vetores externos (sejam eles normas, fluxos de informação, de capitais, de mercadorias, de investimentos etc.) que instalam sobre estas combinações preexistentes seus nexos “organizacionais”. Aos arranjos mais “internos” Santos dá o nome de “horizontalidades”; aos vetores externos, “verticalidades”. É a partir da análise dessas duas lógicas que se pode entender e definir os contornos regionais dos territórios no mundo contemporâneo. Ou, como mostra María Laura Silveira (2010, p. 77), “[...] a região pode ser compreendida como um tecido contínuo e heterogêneo de modernidades e formas herdadas, materiais e imateriais, que constituem horizontalidades” (CONTEL, 2015, p. 455).

A região seria assim, do ponto de vista teórico, “o lócus de determinadas funções da sociedade total em um momento dado” e se definiria “como o resultado das possibilidades ligadas a uma certa presença, nela, de capitais fixos exercendo determinado papel ou determinadas funções técnicas e das condições do seu funcionamento econômico” (SANTOS, 1985, p. 67).

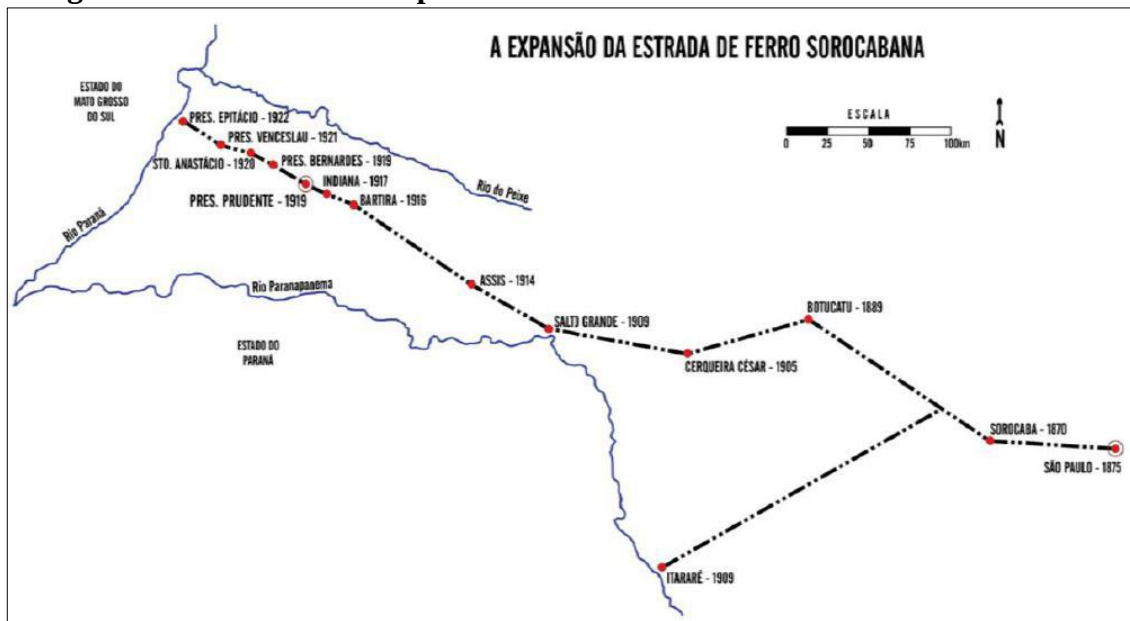
Para o autor, ainda que alguns discursos teóricos recentes tenham decretado o fim da região, ela é, na verdade, o resultado do próprio avanço da globalização, visto que, a cada progresso da difusão dos vetores da modernidade global, se cria uma correspondente diferenciação dos espaços da superfície terrestre: por mais que a globalização tente homogeneizar o espaço terrestre, ela acaba por fragmentá-lo e regionalizá-lo ainda mais (Santos, 1996, p. 196).

Posto isso, a discussão sobre formação da região de Presidente Prudente se faz presente nesta tese, pois conhecer sobre a história dessa região nos permite compreender como ela está organizada hoje.

Refletindo sobre os aspectos externos, a cafeicultura foi responsável pela atração de um intenso fluxo migratório; a região oeste do estado de São Paulo foi de fato, inserida na economia capitalista. Segundo Cano (1998), a produção de café ocorria no âmbito de um complexo que se desdobrava numa série de outras atividades econômicas, tornando as cidades os espaços onde se desenvolviam atividades articuladas com a economia cafeeira. Para tanto, a presença da ferrovia para escoamento da produção foi essencial.

Monbeig (1952) expõe a participação dos capitais dos plantadores de café na formação da companhia de estradas de ferro e como toponímia das zonas de produção retomava os nomes das companhias de estradas de ferro: Alta Sorocabana e Sorocabana (figura 15) revelando o papel das redes ferroviárias sobre a organização espacial.

Figura 15 – São Paulo. A expansão da estrada de ferro sorocabana. 1875-1922.



Fonte: extraído de Abreu (1972).

A ferrovia fez surgir povoados em volta de acampamentos de trabalhadores da estrada de ferro, como Rancharia e Martinópolis. A extensão dos trilhos fez aparecer muitas cidades, como Presidente Venceslau, Caiuá (1922) e Presidente Epitácio, porto fluvial criado na época em que a EF Sorocabana atingiu as barrancas do Rio Paraná. A estação férrea coincide com o estabelecimento dos núcleos. Surgem também núcleos fundada em loteamentos rurais-urbanos, como o criado em Regente Feijó, antigo pouso de boiadeiros, pela Companhia Industrial Mercantil e Agrícola (ABREU, 1972).

No início do século XX, surgiu Conceição de Monte Alegre dividindo com Campos Novos do Paranapanema o domínio do Planalto Ocidental. Nos mapas de 1907 era assinalada uma elevação situada entre as nascentes do rio Santo Anastácio e Ribeirão Mandaguari: o Alto do Tamanduá, hoje sede de Presidente Prudente. Esta se sobressaiu no contexto regional por ser sede das companhias loteadoras de glebas e por fornecer artigos de primeira necessidade e ferramentas de trabalho, além de ser a primeira comarca para a solução jurídica de casos de limites de terras, grilagem e posses duvidosas (ABREU, 1972).

Portanto, as cidades surgidas no Planalto Ocidental Paulista tiveram várias origens e motivações, entre as quais as formadas ao redor das estações das estradas de ferro, como pontas de trilho. No Planalto Ocidental, a capela não foi fator determinante do surgimento de cidades, como nas outras áreas, mas secundário. A formação de cidades foi um movimento deliberado, ocorrendo até a influência política como impulsionadora de criação de patrimônios para a formação de eleitorados. Surgiram os “semeadores de cidades”. Os órgãos governamentais quase não tiveram influência no controle da distribuição de terras. O povoamento do Oeste se processou a partir da subdivisão de grandes latifúndios de domínio particular, glebas enormes, designadas fazendas, com limites impossíveis de serem bem determinados e de quase nenhum valor financeiro como terra (ABREU, 1972).

Os municípios do Sudoeste reproduziram, em sua formação e desenvolvimento, o processo de organização fundiária local. Num primeiro momento, nascem núcleos urbanos nos espigões valorizados pela ferrovia. Do alto se estendem em estreitas faixas para os lados dos espigões, de vale em vale, englobando as terras não valorizadas e não desenvolvidas. Numa segunda fase, vão se fragmentando sob a pressão de aglomerações desenvolvidas fora dos espigões. A multiplicação das pequenas propriedades dependia basicamente da criação de condições para a fixação dos pequenos proprietários. Em resumo, um traço comum da colonização: os núcleos foram fundados por mineiros, nas penetrações mais antigas das zonas Araraquarense e Sorocabana, ou mais recentes, no norte do Paraná. Nas zonas a leste, predominam os patrimônios religiosos, enquanto que nas Zonas a oeste, predominam patrimônios laicos, ou verdadeiros patrimônios, com terras cedidas por proprietários para a abertura de povoados (MONBEIG, 1984).

Chegando os trilhos às cidades que desempenharam a função de boca-de-sertão, verifica-se grande crescimento das mesmas. As novas pontas-de-trilho alargam sua esfera de influência e progridem sob todos os aspectos, ao mesmo tempo em que as antigas perdem um pouco o ritmo de progresso em que vinham, estabilizando-se e se tornando centros administrativos, comerciais e escolares. Outro fator de seleção de cidades é o método utilizado na abertura do patrimônio por Companhias Imobiliárias, particulares, etc. O desenvolvimento das atividades rurais nas circunvizinhanças das cidades promove a sustentação do crescimento e estabilização dos núcleos urbanos. A expansão de uma cidade é medida pelo progresso da zona rural em que se apoia. (ABREU, 1972)

Em Presidente Prudente, Abreu (1972) ressalta que a estação ferroviária serviu como ponto de referência para os dois primeiros núcleos urbanos. A oeste, a Vila Goulart implantada pelo Coronel Francisco de Paula Goulart, e a leste a Vila Marcondes, implantada pelo Coronel José Soares Marcondes. Segundo Sposito (1983), a venda de lotes pelo Coronel Goulart ocorreu através de concessões e oferecimento de facilidades para aquisição de terras, despreocupando-se com aspectos legais, que poderiam levar a questionamentos jurídicos e, em contrapartida, o Coronel Marcondes dono da companhia de Colonização, Indústria e Comércio. Essa diferença refletiu-se nos preços das terras, orientando a expansão territorial mais para o oeste do que para leste, que possuía terras mais caras, além da topografia mais acidentada que se constituiu (e ainda hoje se constitui) como obstáculo para a ocupação residencial de pessoas de maior poder aquisitivo e implantação de grandes superfícies comerciais (PEREIRA, 2002).

A rivalidade entre as duas vilas para oferecer melhores serviços comerciais e lotes a preços mínimos para estabelecimento de comércio funcionaram como atração para moradores, principalmente das áreas velhas do café, de onde provieram colonos italianos e espanhóis com algumas economias para aplicar nas novas áreas (ABREU, 1972).

O núcleo urbano surgiu em função da comercialização de terras, pequenas propriedades e latifúndios voltados para a produção de café, que foi o produto inicial da economia local, depois o algodão e a criação de gado. Na cidade se fazia a comercialização dos produtos agropecuários e se buscava serviços complementares da atividade rural. Os produtos passavam por uma fase inicial de industrialização para depois serem encaminhados aos centros consumidores, transformando gradativamente a “vocação” do núcleo, mas não perdendo a interdependência da atividade rural que era a mola propulsora de seu progresso e do estabelecimento da estratificação social da cidade (ABREU, 1972).

A comarca foi criada em 8 de dezembro de 1922, pela Lei n. 1.887, da administração estadual Washington Luiz, tendo como patrono na Câmara dos Deputados Aberlardo de Cerqueira César, e como primeiro juiz Dr. Oleno Cunha Vieira e primeiro promotor público Dr. Amarílio Rocha. Era composta de 4 municípios: Presidente Prudente, Martinópolis, Regente Feijó e Presidente Bernardes. Foi elevada em 1936 a terceira entrância, passando a segunda em 1940. Com a comarca, foram centralizados na cidade praticamente todos os serviços administrativos que a cidade oferecia, abrangendo de Assis a Presidente Epitácio, somente sendo desmembrados Santo Anastácio, comarca em 1927, e Presidente Venceslau, subordinado a Santo Anastácio.

A autonomia judiciária favoreceu a abertura de cartórios, o que facilitou a venda de terras, lavratura de escrituras e registros, antes feitos em Assis e São Paulo; crimes e demandas cíveis seriam resolvidos no fórum da cidade, antes só em Assis, gerando gastos aos interessados. Tudo isso trouxe reflexos no desenvolvimento da cidade: abertura de escritórios de advogados que atuavam na cidade e associados aos da capital para solução de casos.

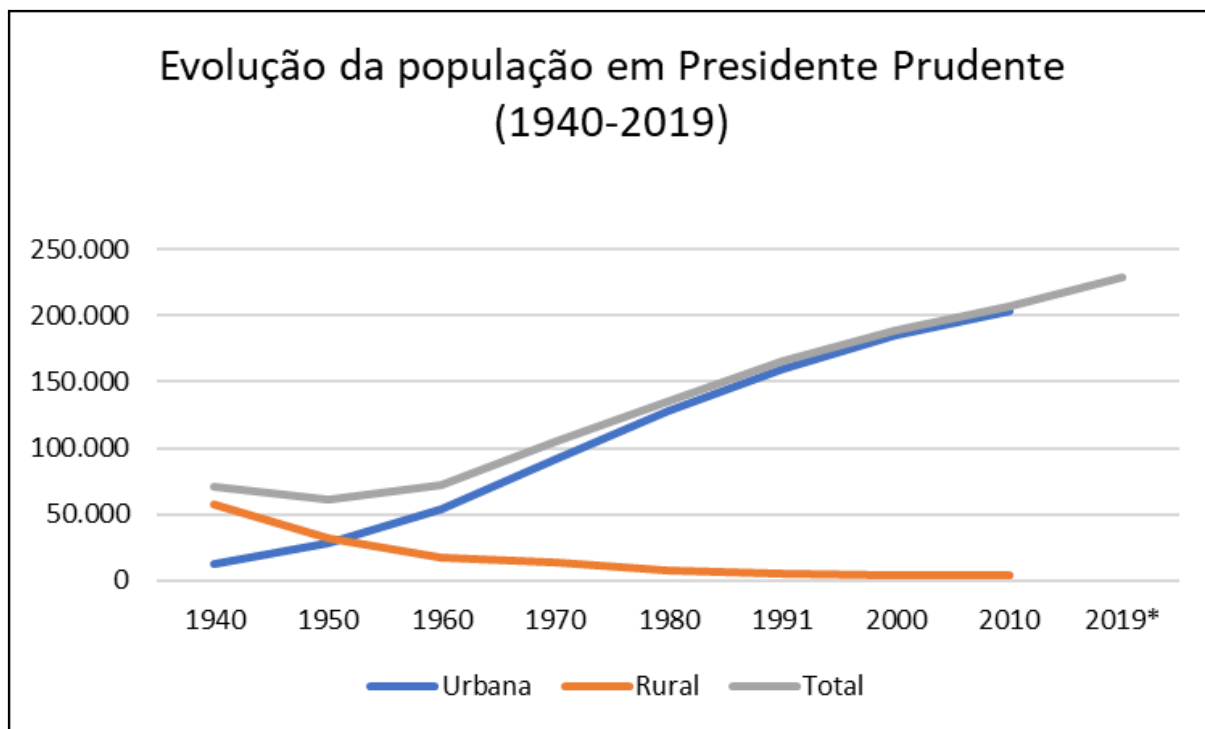
Na década de 1970, foi criada a 10ª Região Administrativa com sede em Presidente Prudente e inclusão inicialmente da Alta Paulista, excluindo-se Quatá, Paraguaçu Paulista e Maracaí, que integraram a região administrativa de Bauru e posteriormente a de Marília.

Com o sucesso da política de loteamento implantada pelos coronéis, a cidade cresceu rapidamente, tornando-se a principal da região por causa do aparelho comercial e de serviços que desenvolveu nas décadas de 1920 e 1930 (SPOSITO, 1983). Na década de 1970, a centralidade regional na prestação de serviços, sobretudo públicos, foi reforçada quando Presidente Prudente foi nomeada sede da 10ª Região Administrativa do Estado de São Paulo. A rede urbana paulista é complexa em termos de tamanho e presença de cidades de diferentes portes e o desenvolvimento da economia cafeeira influenciou na formação dessa rede, além da sua consolidação com o processo de industrialização e sua diversificação em termos do crescente papel do consumo de bens e serviço, são fatores muito relevantes que devem ser levados em consideração.

Por outro lado, em função de sua localização estratégica, Presidente Prudente tornou-se ponto de passagem para aqueles que se dirigem ao Mato Grosso do Sul e Paraná, e ponto de chegada para aqueles se dirigem ao Oeste Paulista, conferindo-lhe o papel de fornecedora e receptora de mercadorias, produtos e serviços, conforme afirma a Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional de São Paulo.

Sabendo que a região foi explorada e ocupada na primeira metade do século XX, baseada principalmente na exploração agrária, e tendo em vista que em um contexto nacional, acontecia um expressivo movimento de êxodo rural, podemos explicar dessa forma o crescimento demográfico da cidade, observada pelo gráfico 2, que teve sua urbanização alimentada pelo movimento migratório rural-urbano (SPOSITO, 1983).

Gráfico 2 - Evolução da população em Presidente Prudente (1940-2019)



Extraído de: GAZZOLA, Mariana Ap. Tempo, Espaço e Memória: A Avenida Manoel Goulart em Presidente Prudente (SP). 2020

Após a intensificação da migração rural-urbana e o consequente crescimento populacional e espacial de Presidente Prudente, houve a concentração e o fortalecimento das atividades comerciais e prestadoras de serviços, ficando evidente a centralidade interurbana dela, com forte presença de redes comerciais de móveis, eletrodomésticos, hipermercados, franquias, redes de lojas de departamento e de serviços, como hospitais e clínicas especializadas, universidades particulares e estaduais, escritórios de profissionais liberais (engenheiros, arquitetos, advogados) (PEREIRA, 2002)

Entretanto, concomitante à multiplicação de áreas de concentração de atividades comerciais e de serviços e redefinição da estrutura urbana por meio do surgimento de novas centralidades no espaço urbano, resultado da ação dos agentes sociais produtores do espaço urbano, verifica-se também um reforço do centro principal à medida que o tecido urbano se expande, pois mesmo com a descentralização, é nesta área que permanece uma grande diversidade e quantidade de estabelecimentos voltados para o atendimento de toda a cidade (PEREIRA, 2002).

Presidente Prudente⁵ desempenhou, desde o início, papel de abastecedor e receptor da produção agrícola da área rural e das cidades e distritos da região, criando uma dependência do núcleo urbano para beneficiar os produtos e comercializar, além da busca de serviços e abastecimento. Toda a produção rural era vendida na cidade para as máquinas de beneficiamento ou atacadistas, que funcionavam como financiadores e ofereciam apoio técnico aos agricultores

Presidente Prudente, desde o início da implantação do núcleo urbano, apresentou melhores condições de oferecer serviços que as cidades que foram surgindo ao longo da linha férrea, transformando-se em catalizador dessas localidades, mesmo depois dos desmembramentos municipais que ocorreram nas décadas de 1920 e 1930. Uma das principais infraestruturas urbana implantada na década foi o primeiro grupo escolar em 1925; a primeira casa de saúde – 1926; a instalação de redes bancárias; e o aparelhamento comercial da cidade: Casas Pernambucanas (1928), Estabelecimentos Naufal, comércio e indústria ligados ao beneficiamento de café e cereais, serrarias e estabelecimentos comerciais menores.

Como centro regional de serviços, a cidade foi se aparelhando gradativamente de médicos, farmácias, hospitais e dentistas. O primeiro médico a se estabelecer na cidade foi o Dr. Jerônimo Monteiro Lopes, entre 1920 e 1921, trazido pela Companhia Marcondes de Colonização Industriae Comércio. No início, o Dr. Lídio Bastos, de Campos Novos, era contratado pela EF Sorocabana para percorrer os acampamentos de trabalhadores da ferrovia, passando por Presidente Prudente também, onde se fixou posteriormente. A presença de médicos e serviços de saúde era um atrativo para os compradores, razão pela qual a Companhia Marcondes se empenhou em criar esse tipo de serviço, trazendo o primeiro médico e depois o segundo, o Dr. José Ferreira de Andrade, que abriu consultório na cidade em 1922, sob o patrocínio da companhia. Já em 1929 a cidade contava com 11 médicos.

A primeira Casa de Saúde da cidade foi criada em 1926, Casa de Saúde São Geraldo, do Dr. Frederico Picarelli (1926-36). A cidade, chegou a ter 6 hospitais particulares em 1938, equipamentos de raios X e laboratório de análises. Na sequência de instalação, vieram a Casa de Saúde São Paulo, do Dr. Romeu Leão Cavalcanti (1927-38), o Sanatório São Bento, do Dr. Augusto Penna (1931-35), o Hospital Dr. Uchida, do Dr. Ritoji Uchida (1935- anos 1990), o

⁵ Este capítulo foi construído com Informações Orais obtidas junto ao historiador Ronaldo Macedo, que ministra um curso sobre a História de Presidente Prudente no Museu e Arquivo Municipal da cidade, ofertado pela Prefeitura Municipal de Presidente Prudente e que disponibilizou os slides e os documentos utilizados no decorrer do curso.

Instituto Cirúrgico Daneluzzi, do Dr. Pio Daneluzzi (1936-anos 1950), a Casa de Saúde Santa Maria, do Dr. Domingos Leonardo Cerávolo, Dr. Gabriel Costa e Dr. José Foz (1938 em diante).

Os hospitais atendiam pacientes da cidade e da região próxima. Desde 1926 foi tentada a criação de um hospital público, uma Santa Casa de Misericórdia⁶, só acontecendo três anos depois, sendo lançada a pedra fundamental em 10 de agosto de 1930, em terreno doado pelo Cel. Goulart, com 10.100 m², e iniciado seu funcionamento no ambulatório em 1935, sob a direção das Irmãs Vicentinas, tornando-se o maior hospital da região, mas mantendo-se com dificuldade, apenas com os recursos das mensalidades dos sócios e arrecadação dos doentes pagantes. A Santa Casa de Misericórdia passou depois (década de 1940) a ser subvencionada pelos governos federal, estadual e municipal, com maternidade e enfermaria para crianças, com 14 quartos particulares com 2 leitos e 48 leitos nas enfermarias gerais.

Funcionavam ainda na década de 1940, a Casa de Saúde Santa Maria, com raios-X e 14 leitos, a Casa de Saúde Dr. Amaya, com raios-X e capacidade para 10 pacientes. Por essa época, a cidade contava com 35 médicos. Na década de 1960, a cidade já conta com 12 hospitais, entre eles, os mais destacados são a Santa Casa de Misericórdia: Hospital e Maternidade, além de Pronto-Socorro, mantendo convênio com o Estado para atendimento de funcionários públicos; o Hospital São Luiz, com convênio com o Governo Federal para atendimento a funcionários públicos federais; Hospitais particulares: Nossa Senhora das Graças e Casa de Saúde São Sebastião, na Vila Marcondes. Os pacientes provinham da Alta Sorocabana (da maioria dos municípios), da Alta Paulista – pouca afluência em função de serviços médicos em Assis, Marília e Araçatuba -, do sul do Mato Grosso -, pouca participação em função das distâncias e péssimas estradas. O raio de atendimento hospitalar coincide com o do comércio prudentino.

Desde 1921 a cidade contava com uma farmácia, a Farmácia Veado, numa casinha de madeira da Vila Marcondes, de propriedade de Antônio Correia de Almeida, o Antoninho. A Segunda farmácia foi aberta na região da atual Praça da Bandeira, por Catão Corrêa. O número chegou a 8 em 1939. Desde 1935 passou a contar com a Farmácia Orion, que depois passou a integrar a rede Drogasil.

⁶ Informações obtidas junto a Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente.

O primeiro dentista foi o Dr. Pedro de Melo Machado, vindo em seguida Dr. Jacinto Ferreira da Silva, Domingos Silva Filho, Angelo Sumita, Álvaro Alves de Souza e outros, oferecendo todo tipo de tratamento, cirurgia bucal e próteses.

O crescimento dos serviços médicos e hospitalares promoveu a criação na cidade da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Alta Sorocabana, em junho de 1929, congregando membros da cidade e da região próxima, realizando concursos de saúde, conferências e publicando artigos sobre saúde nos jornais da cidade, com o objetivo de atualizar e reciclar a classe médica local e regional. A colônia japonesa, muito forte em Presidente Prudente e região “possuía” seus próprios médicos e dentistas, como por exemplo o Dr. Uchida.

Até 1930, o serviço de fiscalização era realizado pela Prefeitura, depois disso a cidade tornou-se sede da Inspetoria Sanitária do 30º Distrito da Delegacia de Saúde de Botucatu, abrangendo 22 cidades e distritos. Suas funções eram promover vacinação contra doenças endêmicas; propaganda e educação sanitária pela veiculação de boletins; publicações em jornais; palestras; higiene escolar e pública; por visitas a bares, restaurantes, pensões e hotéis, matadouros e açougues, padarias, campanha contra as águas paradas que eram focos de mosquitos; orientação quanto a fossas e poços; publicação de estatísticas e concessão de habite-se às construções, de acordo com o Código Sanitário do Estado de São Paulo. Na década, de 1940 a cidade passa a contar com Centro de Saúde do Estado, na rua Rui Barbosa, desdobrado depois em Delegacia de Saúde.

Em 1950, Presidente Prudente possuía vários estabelecimentos hospitalares dotados de alguma modernidade. São os seguintes: uma Santa Casa com 105 leitos e os dois hospitais perfazem 192 leitos. Há dois abrigos: um para desvalidos, com 45 leitos e um para menores, cuja capacidade de abrigo é para 100 crianças. No exercício de suas profissões temos: 47 médicos, 39 dentistas, 29 farmacêuticos, 4 veterinários. Há 34 farmácias, na sede municipal.

Já na década de 1970 possuía 107 médicos, 65 dentistas, 19 farmacêuticos, e 8 veterinários. A Santa Casa com 240 leitos, Hospital São Luiz com 67 leitos, Hospital Nossa Senhora das Graças com 62 leitos, o Hospital Santa Terezinha com 64 leitos, entre outros Pronto Socorros, somando um total de 850 leitos.

O total de leitos, hospitais e clínicas foram aumentando gradativamente. Com a expansão das vias de comunicação em direção ao oeste, ocorre o estabelecimento de vias de ligação entre os vários espigões e, em consequência, o intercâmbio comercial entre as diferentes

zonas econômicas, promovendo o surgimento de novos núcleos nas áreas não servidas pelas ferrovias.

Sposito (1983) ressalta que num primeiro momento, observa-se uma tendência à descentralização territorial dos equipamentos comerciais e de serviços, o que gerou a ampliação do centro tradicional, além do surgimento de novas áreas centrais. Esse movimento iniciou-se através da expansão territorial do centro tradicional, que até a década de 1970 limita-se ao seu quadrilátero central, delimitado pelas quatro avenidas (Manoel Goulart, Washigton Luiz, Brasil e Cel. José Soares Marcondes)

Sendo assim, a cidade que nasceu através da expansão do cultivo do café na região do Oeste Paulista, e que teve destaque com a cultura do algodão, na década de 1940, o que trouxe muitos investimentos, inclusive a vinda de redes bancárias, para a cidade; tornou-se um polo de abrangência regional (oeste do estado de São Paulo, norte do estado do Paraná e sul do estado do Mato Grosso do Sul), através da oferta de comércio e serviços (SPOSITO, 1983)

O processo de urbanização da cidade de Presidente Prudente não se deu e nem se dá em consequência de um processo de industrialização, muito menos se deu na mesma progressão do aumento populacional, mas sim, responde a processos de intensificação das atividades econômicas urbanas (SPOSITO, 1983), como os setores de comércio e serviços, assim como a modernização da atividade agropecuária e a mudança na estrutura fundiária e nos principais produtos da região.

Segundo Santos (2015, p. 26), em termos demográficos e de presença de cidades de diferentes portes, a rede urbana paulista é a mais importante do país, decorrente do “[...] desenvolvimento da economia cafeeira que influenciou na formação desta rede, a sua consolidação com o processo de industrialização e sua diversificação em termos do crescente papel do consumo”.

A região polarizada por Presidente Prudente possui um perfil econômico em que o setor primário da economia é quase insignificante, baseado na agricultura, com destaque para a cana de açúcar e pecuária de corte. O setor terciário é o mais significativo tanto no PIB quanto na geração de empregos, totalizando 46.544 empregos, ou 68,9% da População Economicamente Ativa (PEA). No que diz respeito à atividade industrial, ela também é pouco significativa, tendo maior relevância os ramos de alimentos, bebidas, couro, processamento de carne bovina, produção sucroalcooleira (ou seja, uma indústria ligada diretamente à produção agropecuária) e componentes eletrônicos (SANTOS, 2019 p.30).

Inferimos então, que setor terciário, ou seja, comércio e serviços, incluindo também o lazer, é o principal setor responsável pela definição da centralidade, pois localiza-se concentrado, gerando grandes fluxos de pessoas e mercadorias.

Por conta do aumento da capacidade de mobilidade das pessoas, intensificou-se a articulação entre as duas escalas da centralidade, interurbano e intraurbano, sendo que, segundo Sposito (2002, p. 49), “quanto maior a centralidade interurbana de uma cidade, maiores serão as mudanças em sua centralidade inter-urbana”. O interesse em ter a cidade como objeto de análise vem do fato de que nela concentra-se uma parcela crescente da população, além de que é ali que se dão os maiores investimentos de capital, tanto em atividades localizadas nela ou na produção da cidade. Além disso, as cidades médias têm se constituído como palco, objeto e condição de importantes conflitos sociais na atualidade (CORRÊA, 2005).

A relação entre o centro, entendido enquanto forma espacial, e a centralidade, entendida enquanto um atributo de uma área central, é um dos importantes elementos do processo de estruturação da cidade, visto que possibilita diferentes articulações, internas e externas, do espaço urbano, além de revelar seus graus de complexidade e contradição

A relação entre o centro, entendido enquanto forma espacial, e a centralidade, entendida enquanto um atributo de uma área central, é um dos importantes elementos do processo de estruturação da cidade, visto que possibilita diferentes articulações, internas e externas, do espaço urbano, além de revelar seus graus de complexidade e de contradições (MAIA; SILVA; WHITACKER, 2017 p.58).

Sendo assim, a centralidade urbana pode ser definida em dois níveis: a centralidade intraurbana (quando ela é estabelecida em relação a uma cidade ou aglomeração urbana – o seu centro); e a centralidade interurbana (quando tomamos como referência a cidade ou aglomeração principal em relação as cidades de menor importância de sua rede urbana). Estes dois níveis, ou escalas, se complementam.

Sposito (2010, p. 223) considera que as cidades mais importantes

São aquelas que dispõem de infraestrutura e de equipamentos mais modernos, seja do ponto de vista da disponibilidade da rede de comunicação, seja do ponto de vista da capacidade de produção de conhecimentos e tecnologias, ou ainda do ponto de vista da existência de empresas capazes de oferecer serviços que facilitem a circulação mais rápida de mercadorias, informações, técnicas jurídicas e financeiras e das ideias. São as cidades que dispõem de recursos para se reconverterem, de maneira rápida e permanente, adaptando-se à novas exigências econômicas e à transformação das hierarquias em território de redes.

A concentração econômica e as mudanças ocorridas nas lógicas de atuação de alguns ramos do setor terciário, na década de 1990, acabaram por acentuar a importância dessa centralidade na rede urbana. Desse modo, podemos destacar, de acordo com Sposito (2002): a atuação do ramo de comercialização de eletrodomésticos, através do aumento do número de filiais em cidades médias; o crescimento do ramo de autosserviço, na figura de hipermercados, através de um processo de fusão de empresas regionais, nacionais e, até mesmo, transnacionais; e a instalação de equipamentos comerciais e de serviços de grande porte, os *shopping centers*, que propiciaram novas formas de consumo e de lazer, apresentando-se como ícones da modernização através de lojas de redes ou franquias que antes só se instalavam nas metrópoles.

Essas mudanças econômicas de caráter estadual, nacional, com influência de capital transnacional, promoveram repercussões no plano espacial da cidade de Presidente Prudente. Portanto, estudar Presidente Prudente enquanto uma cidade média, polarizadora de uma região, é também entender as novas formas de centro e centralidade que foram surgindo nas cidades contemporâneas.

Desta forma, percebemos que Presidente Prudente foi se desenvolvendo em detrimento das cidades da sua região. Pois, mesmo que a região analisada não seja dita como fortemente industrial é importante valorizar a disponibilidade e do consumo de bens e serviços nas cidades e a complexidade de bens e serviços comercializados podem ser muito importantes para compreender o nível de centralidade de uma cidade.

Tendo em vista a importância da cidade de Presidente Prudente na rede urbana, podemos denominá-la como cidade média, prevalecendo seus papéis regionais. Sposito (2007, p. 3) afirma que “os territórios que [as cidades médias] polarizam organizam-se em áreas contíguas e contínuas entre si, no âmbito das quais estão várias cidades pequenas que dela dependem para obtenção de bens e serviços”. Ainda de acordo com a autora, as cidades médias caracterizam-se pelo seu enfoque funcional, por estarem sempre relacionadas com seu potencial de comunicação e articulação, tendo no consumo uma parcela significativa para a definição do papel intermediário dessas cidades na rede urbana regional.

3.2 Presidente Prudente, sua constituição como cidade média e o papel dos serviços de saúde

O enfoque do espaço geográfico como resultado da conjugação entre objetos e ações, ou como forma-conteúdo, depende da união do tempo e do espaço por meio do chamado tempo empírico, uma vez que o espaço sempre demanda um componente material e o tempo só tem sentido se for “considerado na sua empiricidade, na sua historicidade, que está atrás de sua realização// histórica e geográfica” (SANTOS, 1999, p. 15). Isso nos autoriza a transitar entre o passado e o futuro de um lugar por meio das mediações empíricas do presente.

A urbanização e as transformações socioespaciais advindas com ela atingem escala mundial, sendo que as maiorias das pessoas, atualmente, estão concentradas nas cidades. Segundo Sposito (2000), “a cidade recebeu diretamente as consequências do rápido crescimento populacional imprimido pela Revolução Industrial, e sofreu, em nível de estruturação de seu espaço interno, muitas transformações” (SPOSITO, 2000, p. 70).

A cidade é o lugar geográfico onde se instala a superestrutura político-administrativa de uma sociedade que chegou a um ponto de desenvolvimento técnico e social que implica num sistema de distribuição e troca de produtos, calcado na reprodução simples e ampliada da força de trabalho (CASTELLS, 1983).

A cidade é a representação de um acúmulo de tempos. As formas espaciais existem por que nelas se realizam funções. Estas funções podem se transformar com o tempo. Tais funções estão vinculadas aos diversos processos sociais. Tais processos correspondem ao próprio desenvolvimento da sociedade. Tal desenvolvimento não é linear, não é homogêneo e é profundamente desigual (CORRÊA, 1989). Tais processos demandam funções urbanas que se materializam nas formas espaciais. Por isso as formas espaciais não possuem existência autônoma, são socialmente produzidas. Não existem por acaso.

Segundo Sposito (2017, p. 359) a história das redes e a especificidade das diferentes formações históricas são necessárias para “compreender e analisar a estruturação as redes urbanas, tendo em vista que as redes não se inscrevem no vazio, mas em espaços geográficos já pleno de disparidade regionais. Sobre essa questão são inúmeros exemplos de redes geográficas que desapareceram como conjunto articulados de centros, mas cujo os centros se integraram em novas redes, mais complexas e mais amplas”

Apenas a partir da segunda metade do século XIX, com a fase industrial do capitalismo, é possível conceber a cidade média. A rede de cidades da Europa ocidental e da porção nordeste do Estados Unidos passa pelo duplo e intenso processo de integração e diferenciação, a par do considerável crescimento econômico e demográfico. Na integração e diferenciação demográfica e

funcional emergem centros metropolitanos, cidades médias e cristalizam-se demograficamente inúmeros centros, considerados a partir de então como pequenas cidades. O padrão anterior, caracterizado por cidades de diversos tamanhos e pouco articuladas entre si, é substituído por uma rede urbana mais articulada e dotada de centros funcionalmente mais diferenciados entre si. Pode-se, então, falar em cidades médias. É, portanto, no contexto da formação da moderna rede urbana que é possível se estabelecer a noção ou o conceito de cidade média (CORREA, 2007, p. 28).

A realidade urbana brasileira é marcada por cidades dos mais variados tamanhos que, por sua vez, desempenham diferentes funções nas regiões e redes em que estão situadas. Com a intensificação da globalização e da maior flexibilidade do capital, atores diversos e multiescalares tornaram mais complexas as divisões sociais e territoriais do trabalho e, nesta direção, a própria relação entre as cidades.

Os papéis, assim como as formas assumidas pela rede, podem ser simples ou complexos, mas não como características definitivas. A participação da cidade na Divisão Territorial do Trabalho e inserção na rede urbana acontece independentemente do número de habitantes e da extensão territorial da aglomeração, sendo mais significativo sua especialização produtiva no sentido qualitativo. O desempenho de algum papel nos ciclos de produção, circulação, distribuição, consumo, viabiliza a existência da cidade e sua inserção na rede urbana (CORRÊA, 2006).

As cidades médias, em muito, reconhecidas pelo papel de intermediação que assumem no interior das redes urbanas, passam a ser impactadas pela presença de novos atores da economia global, levando aos pesquisadores a adotarem outras formas de análises escalares além das hierárquicas. No entanto, ainda assim, há cidades que pautam as suas principais funções no provimento de bens e serviços para espaços “menos complexos” que lhes são adjacentes, assim como dependem de centros maiores para atender as demandas da população de sua hinterlândia. Este grupo é aqui tratado como cidades médias de papéis regionais e será trabalhado como aquele que apresenta relações de horizontalidades mais intensas do que de verticalidades marcadas, principalmente, por deslocamentos e continuidades territoriais (SPOSITO, 2010).

O estudo das cidades de porte médio e, sobretudo, as cidades médias, surgiu em meados da década de 1970, a medida que começou a ocorrer um crescimento relativo da importância delas na rede urbana brasileira. As deseconomias de aglomeração associadas aos espaços metropolitanos, a disjunção entre atividades de gestão e de produção, bem como os

custos menores de produção do espaço urbano, entre outros fatores, têm papel importante na redefinição dos papéis destas cidades na divisão interurbana do trabalho.

No Brasil, a partir de meados da década de 1960, no âmbito do recém-criado sistema de planejamento que pretendia incluir a dimensão espacial nas políticas governamentais, a exemplo dos polos de desenvolvimento e das regiões-programa, estabeleceu-se a noção de cidade de porte médio, barreiras receptoras contra as correntes migratórias em direção aos centros metropolitanos. Tratava-se de uma retórica de um sistema de planejamento que, na década de 1980, foi esvaziado (CORREA, 2007, p. 27).

Sposito (2001) afirma que a noção de cidade média é muito complexa, pois identificar uma cidade a partir do tamanho de sua população é limitante e, por esta razão, alguns autores preferem utilizar o termo cidade de porte médio para se referir a cidades com um determinado intervalo populacional, tendo em vista que nem todas desempenham papéis de cidade média, como por exemplo, as que pertencem a áreas metropolitanas, ou ainda aquelas que estão muito próximas de outras que já exercem funções regionais.

Deste modo, é de suma importância considerar os papéis de intermediação desempenhados pela cidade no contexto da rede urbana enquanto elo de intermediação entre a metrópole e a cidade pequena, ou ainda de acordo com Sposito (2001, p. 51) considerar estas como sendo “tributárias das metrópoles e polarizadoras das cidades pequenas que estão na sua área de influência direta”.

A relevância em se debater a noção de cidade média se dá pelo fato da cidade estudada ter se consolidado como polo regional no comércio e prestação de serviços, além de ter apresentado crescimento populacional e econômico constante, consolidando-se como principal ponto de referência em sua região, exercendo grande influência e atração sobre sua hinterlândia. “Baseada numa particular combinação entre: tamanho demográfico, funções urbanas e organização do seu espaço intraurbano sem considerar nenhum deles isoladamente” (CORREA, 2007, p.25).

A tradição geográfica de analisar as cidades a partir de suas relações regionais sempre teve grande importância para entender as cidades médias e as pequenas. Não que essa perspectiva não tivesse ou tenha importância para compreensão de cidades grandes e metropolitanas, mas nestes casos, a amplitude dos fluxos que se estabelecem ultrapassa em muito a escala regional das ações e dos movimentos, sendo a “cidade média um importante nó na rede urbana brasileira” (CORRÊA, p.23, 2007)

Segundo Sposito (2010), as redes urbanas são conjuntos de cidades que têm relação entre si. Um conjunto de cidades em que entre elas há uma divisão interurbana de trabalho, tão forte, tão significativa, que o grau de dependência se estabelece de tal forma que cada uma das cidades não poderia manter-se por si. Praticamente hoje, no mundo todo, pode-se dizer que há redes urbanas e conjunto de redes urbanas que formam os sistemas urbanos.

O conjunto de mudanças, ocorridas no bojo da gradual e heterogênea passagem do sistema fordista para o sistema flexível, redefiniu as relações constitutivas das redes urbanas, por meio da ampliação das possibilidades de estabelecimento de articulações entre cidades de diferentes portes, pertencentes a redes urbanas que se conformaram em contextos históricos diferentes entre si. Isso significa que relações entre cidades de uma rede urbana podem se estabelecer com cidades de outras redes urbanas e de outros portes, sem que haja a intermediação daquelas que, segundo a constituição hierárquica anterior, estivessem em posição superior, às pequenas ou médias.

Não se trata da substituição de “redes urbanas hierárquicas por outros tipos de redes, mas da combinação complexa e contraditória de fluxos que se estabelecem tanto no sentido hierárquico como no sentido horizontal ou transversal, uma vez que uma mesma cidade é o espaço de ação e decisão de atores econômicos que se relacionam em diferentes escalas” (SPOSITO, 2010 p. 52).

A partir da constituição de redes urbanas hierárquicas, estruturadas segundo princípios de circulação orientados, sobretudo, pelas possibilidades técnicas de sistemas de transportes que se organizam para o desenvolvimento do capitalismo, desde meados do século XIX, as cidades médias tinham seus papéis definidos, em grande parte, pela situação geográfica que ocupavam, bem como, em alguns casos, pelos papéis político-administrativos que desempenhavam. Assim sendo, “a importância de uma cidade média tinha, e ainda tem relação direta com a área sobre a qual ela é capaz de exercer influência ou, em outras palavras, a área a partir da qual alguém está disposto a se deslocar até uma cidade média para nela ter acesso ao consumo de bens e serviços” (SPOSITO *et al.*, 2007, p.37).

Uma maior fluidez no território nacional associada à nova divisão inter-regional do trabalho e à expansão e diversificação do consumo foram decisivos na configuração de um novo panorama urbano brasileiro, no qual, de acordo com Sposito (2007), as cidades médias têm suas funções e conteúdos alterados em virtude de situações geográficas mais ou menos favoráveis e atraentes aos investimentos externos e de iniciativas de agentes locais e regionais, maior ou

menor capacidade de se integrarem de forma mais ampla às novas formas de configuração de relações em múltiplas escalas.

Adotamos a expressão “cidades médias” como aquelas que desempenham papéis de intermediação no âmbito de sistemas urbanos simples ou complexos, o que as distingue das “cidades de porte médio”, que são aquelas, assim classificadas, em função de um dado tamanho demográfico que num determinado país, é considerado como médio segundo esta ou aquela classificação ou tipologia (SPOSITO, p. 52, 2010).

Podemos ter uma cidade de porte médio que pertence a uma região metropolitana. Nesse caso, esta possui um tamanho médio, mas não exerce esses papéis de comando regional, justamente por pertencer a uma área metropolitana. Quanto mais você se distancia das metrópoles, mais ficam claros esses papéis de comando regional dessas cidades, como é o caso de Presidente Prudente e tantos outros exemplos no Brasil. Desse ponto de vista, a cidade média é pensada como uma espécie de elo entre aquilo que é o comando da hierarquia urbana e a base, quer dizer, as cidades pequenas, pelo tamanho, elas não têm bens e serviços em diversidade muito grande, então elas vão ser servidas, seus moradores também vão ser servidos desses bens e serviços nessas cidades intermediárias, já que essa população está distante da metrópole e não ascende sempre à metrópole para serviços, como serviços de saúde, ensino superior, entre outros. Hoje esse conceito, essa ideia, essa visão já está mais complexa porque, com a globalização, empresas e agentes econômicos que estão numa cidade que está num estrato intermediário da rede podem se relacionar diretamente com a escala internacional quebrando aquela ideia de hierarquia – a cidade pequena se remete à média, a média se remete à grande, à metropolitana (SPOSITO, 2016).

Castelo Branco (2007) identifica a cidade média como um elo importante da rede urbana, escrevendo que, as cidades médias constituem “nós” da rede urbana e servem a sua área de influência como pontos de prestação de serviços em escala regional. Seu tamanho populacional e área de atuação variam segundo características geográficas das regiões onde estão inseridas

Neste contexto, a rede urbana deve ser concebida como um conjunto de centros funcionalmente articulados e, nesse sentido, a intensificação da globalização em vastas áreas do globo tem remodelado os padrões de hierarquia e de relacionamento entre as cidades. As cidades são os nódulos dos sistemas de fluxos que, por sua vez, dinamizam a rede urbana e estruturam o território, sendo os principais atores na ampliação, aprofundamento e aceleração

da interconexão mundial em todos os aspectos da vida social (MONTE MÓR; SATHLER 2013).

Parece claro, portanto, que as cidades não podem ser estudadas de maneira isolada, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento. A “cidade não começa e termina dentro de sua extensão territorial e mesmo suas características intraurbana apenas serão corretamente interpretadas se considerado a inserção e o papel da centralidade nos sistemas de fluxos, numa perspectiva multiescalar” (MONTE MOR; SATHLER 2013).

Ademais, não podemos deixar de relacionar o processo de disseminação do consumo nas cidades médias com “o declínio progressivo dos custos e a melhoria e diversificação dos sistemas de transportes e de telecomunicações [...] e a decorrente diminuição da participação relativa desse custo no preço das mercadorias” (SPOSITO, 2001, p. 631). A ampliação da oferta desses bens e serviços motiva a concentração espacial em torno de espaços de maior densidade e dos mais sofisticados equipamentos comerciais e de serviços, os quais podem ser encontrados em cidades médias, o que compreendemos ser possível relacionar também com a oferta de serviços de saúde.

A centralidade urbana vai se definir, presentemente, não apenas no acúmulo de funções centrais, mas pela capacidade de desenvolver a infraestrutura necessária para abrigar atividades inovadoras e de alto nível, de ser um centro de comando e controle das redes (BESSA, 2012).

A concepção de cidade média implica, dentre outros elementos, na acepção do alcance espacial e na ampliação gradativa de seus papéis. Partimos do pressuposto de que a discussão acerca do consumo e dos novos meios e estratégias de sua realização, integrada ao debate da articulação entre escalas, contribui para a compreensão da redefinição dos conteúdos das cidades médias e de seu alcance, sem desconsiderar que as transformações ocorrem no território de maneiras, intensidades e ritmos diferentes na produção do espaço regional e na configuração dos nexos e ligações na rede urbana. Segundo essa perspectiva, precisamos analisar quais os níveis de determinação que incidem, na atualidade, redefinindo papéis desempenhados pelas cidades médias, verificando, sobretudo, em quais contextos as transformações são mais profundas que as permanências, gerando redes urbanas complexas e mudanças significativas nessas cidades (SPOSITO, p. 53, 2010).

A autora ainda ressalta que, no período atual, há de se reconhecer uma notória reestruturação das relações entre as cidades e ainda entre as próprias redes urbanas, como

resultado da redefinição dos papéis exercidos pelos distintos centros e pelos, igualmente, distintos segmentos de redes urbanas. Nesse contexto de reestruturação, nota-se profunda discussão a respeito da natureza hierárquica dessas relações, seja entre os centros, seja entre as redes urbanas, apontando para a necessidade de desvendamento dos conteúdos e sentidos dessas transformações (SPOSITO, 2011).

Tais transformações são concretizadas a partir dos movimentos de estruturação/reestruturação. De acordo com Soja (1993) a reestruturação, de forma ampla e resumida, pode ser entendida como uma “fratura” nas tendências em vigor em direção a uma mudança na ordem e na configuração do viés da vida. Ou seja, a ordem anteriormente estabelecida não mais responde as novas necessidades e também não possibilita “remendos adaptativos”, exigindo assim, expressivas mudanças estruturais. Notamos assim, que a expressão “reestruturação” está diretamente relacionada com quebras de sequência, ou ainda, como expõe Sposito (2004, p. 312), faz “referência aos períodos em que é amplo e profundo o conjunto das mudanças que orienta os processos de estruturação urbana e das cidades”. Esta autora faz uma relevante distinção entre reestruturação urbana e reestruturação da cidade. A primeira adjetivação é utilizada a partir da escala regional, ou seja, no âmbito das redes urbanas, ao passo que a segunda faz referência à escala intraurbana (SPOSITO, 2004).

Ao tratar deste conjunto de mudanças, admitimos, assim como Soja (1993, p. 212), que a espacialização urbana é cumulativa, em cada reestruturação há permanências das antigas formas, das anteriores divisões sociais do trabalho, ou ainda, das antigas geografias ali encontradas que são seletivamente rearranjadas. A cada “camada” reestruturada são somados novos elementos aos que já estavam presentes e também são adicionados princípios que serão repercutidos nos contextos das próximas “rodadas de reestruturação”. Neste sentido, as reestruturações urbanas são organizadas e sobrepostas por poderes econômicos e políticos locais e não locais, resultando assim, em lógicas espaciais cada vez mais complexas e formuladas em função de interesses comerciais e imobiliários. Sposito (2007) reforça a ideia de reestruturação dizendo que “[...] a expressão “reestruturação” para se fazer referência aos períodos em que é amplo e profundo o conjunto das mudanças que orienta os processos de estruturação urbana e das cidades”. A adjetivação “urbana está sendo reservada para se fazer referência às mudanças regionais e/ou no âmbito das redes urbanas, enquanto prevalecem processos e dinâmicas de escalas intraurbana” (SPOSITO, 2007, p. 248).

Desse modo, partimos da hipótese de que um grande estabelecimento de saúde como, o Hospital Regional de Presidente Prudente, pode alterar, ou reforçar, papéis, funções, situação e posição geográficas da cidade analisada, criando centralidades específicas, geradas nesse caso pelos serviços médico-hospitalares e reforça uma centralidade, expressa pela posição geográfica, que era preexistente. Como já foram debatidas por vários autores da RECIME (Rede de Pesquisadores sobre Cidades Médias) as cidades médias possuem um papel muito importante na rede urbana ao qual está inserida, possui um alto nível de centralidade, mas existe uma centralidade dada também pelos serviços médico-hospitalares e eles transcendem os recortes impostos pelas Regiões Administrativas do Estado de São Paulo, dos limites das Regiões de Influência da Cidade (REGIC) organizadas pelo IBGE e até mesmo das Regiões de Saúde definidas pelo Estado pois há intensos fluxos numa dimensão próxima, mas também longe das cidades médias.

De acordo com Corrêa (2001, p. 20) a rede hierarquizada de localidades centrais constitui-se em forma de organização do espaço vinculada ao capitalismo, quer dizer os centros hierarquizam-se, entre si em razão das desigualdades espaciais imposta pelo capitalismo, e as implantações dos estabelecimentos de saúde seguem muitas vezes a mesma lógica.

O aumento da diversificação das atividades ligadas ao setor da saúde, especialmente os serviços de alta complexidade, materializa-se no espaço geográfico, expresso através dos sistemas de engenharia – os fixos e fluxos- que reforçam antigas hierarquias urbanas e criam novas articulações não necessariamente hierárquicas (RAMIRES, 2007, p. 173).

Verificam-se, em muitas cidades médias, um crescimento do número e da diversidade dos serviços de saúde, além do aumento da densidade técnica em procedimentos e equipamentos sofisticados. Os referidos serviços de alta complexidade concentram-se em cidades de grande e médio porte, produzindo fluxos de pessoas, produtos e informações que reforçam o papel polarizador das atividades econômicas dessas localidades.

Segundo Travassos *et al.* (2000), o sistema brasileiro de saúde é formado por um complexo *mix* de serviços públicos e privados, destacando-se, uma ampliação dos seguros provados face à precarização do atendimento nos estabelecimentos públicos. Verifica-se a existência de diversos mercados de saúde com implicações variadas sobre a equidade no consumo.

Dentre os diversos aspectos da descentralização da saúde em nível local, passíveis de serem abordados numa perspectiva geográfica, destacam-se o acesso aos serviços, os fluxos gerados pelo deslocamento dos usuários, a participação da sociedade civil, a regionalização e hierarquização dos serviços em diferentes níveis de escala, a espacialização de doenças.

As cidades médias, pelo papel de polo que desempenham perante as cidades do seu entorno, denotam influência num contexto urbano-regional em relação à oferta de serviços de saúde. Eis que os serviços médico-hospitalares se tornam responsáveis pelo fluxo de pessoas, geralmente provenientes de centros menores, em busca de serviços especializados, como bem escreveu Guimarães (2001, p. 157) “é na cidade que as pessoas procuram o médico ou recorrem aos serviços de urgência e maior complexidade”.

Segundo Pereira (2007, p. 140), o serviço médico-hospitalar é um atributo intrínseco à vida urbana, uma vez que tanto a localização dos serviços, como os aspectos ligados à “circulação de pessoas, mercadorias e informações devem ser considerados quando estamos abordando a relação cidade-região”.

Tal fenômeno reflete-se na reestruturação urbana das cidades médias que tendem a concentrar tais atividades, isto porque ocupam parcelas significativas do solo e estão inseridas no tecido urbano no contexto da economia política da urbanização. Segundo Silva (2011, p. 73), “a dificuldade ao acesso à saúde, juntamente as diversas dinâmicas envolvidas, promovem alterações na constituição da rede urbana, por meio da procura ao atendimento médico-hospitalar, tanto no setor de serviços públicos como privados”.

Nesse contexto, o Estado desponta como um importante agente na produção do espaço e como o único capaz de se contrapor à força e à lógica do mercado que, ao transformar a saúde em mercadoria, resiste à superação das fortes desigualdades territoriais, dado o seu interesse seletivo por certos pontos desse país (MARTINUCI, 2013, p. 3).

Martinuci (2013) mostrou como os arranjos territoriais do sistema de saúde, marcadamente condicionados pelos interesses de mercado, não se dão indiferentes às formas e conteúdos territoriais, aos fluxos e aos fixos. As concentrações das infraestruturas e dos fluxos correspondem às condições socioeconômicas dos brasileiros, dificultando para uma grande parte deles o acesso equitativo e integral ao sistema de saúde.

A implantação de sofisticada tecnologia sobre o território, obviamente, não se dá ao acaso, pois ela é carregada de intencionalidade e racionalidade. Essa é uma das razões pelas

quais esses equipamentos são instalados seletivamente no espaço geográfico, no sentido de retirar o maior proveito de seu potencial de rentabilidade. Seu uso se dá segundo exigências bastante específicas, como certa escala de demanda pelos serviços de diagnóstico por imagem, para que implantação e operação sejam viáveis. Nesse sentido, é que os serviços médicos de imagem-diagnóstico podem ser um importante indicador da centralidade que uma cidade exerce no âmbito da rede urbana brasileira (MARTINUCI, 2013).

Na Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS-SUS), é retomada a importância de avançar na regionalização e hierarquização da rede e serviços, um dos pilares dos princípios constitucionais para a área da saúde. Assim sendo, promover a organização de redes articuladas e efetivas de serviços passa a ser uma valiosa estratégia de planejamento das ações em saúde, visando alcançar economia de escala para uma atividade com custos crescentes e escassez de recursos (RAMIRES, 2007, p. 176).

Diante de tais informações, apreendemos que a oferta desses serviços denuncia, ou pelo menos corrobora, com a elevada centralidade que Presidente Prudente desempenha em sua região. Tal característica confirma o já constatado por Ramires (2007) ao estudar as cidades médias, em especial a cidade de Uberlândia-MG. O autor verifica em muitas cidades médias um crescente número na diversidade dos serviços de saúde, no aumento da densidade técnica e sofisticação nos equipamentos. De acordo com Ramires (2007): “os referidos serviços de alta complexidade concentram-se em cidades de grande e médio porte, produzindo fluxos de pessoas, produtos e informações que reforçam o papel polarizador das atividades econômicas dessas localidades” (RAMIRES, 2007, p. 173).

O fenômeno da centralidade dos serviços de saúde também foi analisado em Campina Grande e verificou-se que ela é responsável por fluxos que contribuem para a afirmação da importância da cidade em um contexto estadual e regional (ARAUJO, 2012, p. 102).

A cidade média analisada é centros econômicos e demográficos cuja inserção na rede urbana é destacada através, principalmente, da produção e do consumo regional, que por sua vez se reproduzem no espaço intraurbano. Assim as relações sociais presentes na produção e no consumo do serviço de saúde são baseadas em políticas de classe porque denotam o “*locus* do trabalho médico articulado às redes” (GUIMARÃES 2005, p. 123).

Nesta analisamos a centralidade de Presidente Prudente, por entender que ela promove interações espaciais, fluxos materiais e imateriais que por sua vez caracterizam os papéis e as

funções das cidades médias em âmbito regional. A pesquisa mostrou, que se poderá avaliar nos capítulos seguintes, que a influência das cidades médias em relação ao Serviço de Saúde para um conjunto de municípios da sua hinterlândia e não se limites as fronteiras estaduais.

Corrêa (1997) nos chama a atenção para o fato de que as interações espaciais não devem ser vistas como simples deslocamentos de pessoas, mercadorias, capital e informação, mas, sim, como parte integrante do processo de produção/ reprodução social. É através das redes geográficas que as interações espaciais se realizam por meio dos atributos das localizações e das possibilidades reais de se articularem. Essas redes tornaram-se mais complexas e intensas ao romperem com as tradicionais estruturas hierárquicas, ou seja, de fluxos de cidades pequenas para cidades médias, e destas, para as grandes cidades.

Os serviços de saúde produzem fluxos de pessoas e produtos e servem para reforçar o papel polarizador das cidades. Utilizando a Norma Operacional de Atenção à Saúde – NOAS/SUS e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Para tanto, temos a compreensão de que rede urbana se constitui a partir da relação de produção, circulação e consumo que se realizam efetivamente na comunicação entre as cidades de diferentes regiões ou não, que se mantêm articuladas entre si.

Então, concordamos com Sposito (2009) quanto à compreensão sobre as cidades médias. Para a autora é necessário que se considere a região onde a cidade se insere e as relações que mantém com as demais cidades: não há possibilidade de compreensão do que sejam cidades médias e pequenas sem o entendimento do que é a região, porque a região é o próprio quadro de referência, é o próprio ambiente, socialmente construído, a partir das relações entre as cidades médias e pequenas. (SPOSITO, 2009, p.18).

3.3 Síntese do Capítulo

Neste capítulo pormenorizamos a formação de Presidente Prudente, sua consolidação em cidade média e como a presença dos serviços de saúde impulsionaram a centralidade exercida por ela em sua Região.

Presidente Prudente foi ganhando importância e se consolidando como uma cidade média exercendo um papel muito importante na rede urbana na qual está inserida, com um alto nível de centralidade dada também pelos serviços médico-hospitalares

4. UMA LEITURA DA REDE URBANA BRASILEIRA PARTIR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 Redes urbanas; Redes geográficas

O estudo feito nessa tese dá ênfase em regionalizações direcionadas para execução de políticas públicas por parte do Estado que também se articula com um modelo de organização econômico e social norteado pela lógica do sistema capitalista como modo de produção dominante. Por isso, neste capítulo o debate sobre as redes urbanas será pormenorizado, visto que a delimitação espacial das redes é uma das dimensões do poder efetivo e simbólico do Estado e elemento da reprodução da ordem social, pautada num discurso ideológico de integração, mas produto de imposição arbitrária e de relações desiguais.

Nenhuma cidade existe isoladamente – ou não seria uma cidade (SOUZA, 2005). Todas as cidades encontram-se ligadas entre si no interior de uma rede urbana (mesmo que de forma indireta). “A rede urbana é um fenômeno que pode ser examinado em diferentes escalas: uma rede urbana regional, uma rede urbana nacional. Porém, sempre se estará operando um subconjunto de uma rede urbana global” (WHITACKER, 2020, p. 12). Em complemento, para Ferreira (2011):

As cidades que compõem uma região assumem formas espaciais e funções enquanto produto da sociedade que a constrói por meio do trabalho num dado modo de produção. O recorte espacial da região, para o estudo da rede urbana, é indispensável pela interação existente entre ambas (região-rede), ao passo em que as cidades inseridas no contexto da região podem influenciar a rede. Do mesmo modo, as cidades integrantes da rede urbana regional influenciam e são influenciadas pela rede ao exercer seu papel produtivo. A intensidade dessa influência e sua materialização dependerão das condições gerais de produção existentes na região em questão e das habilidades dos grupos locais (FERREIRA, 2011, p.4)

A questão das redes reapareceu no bojo das grandes mudanças no fim do século XX e início do XXI, renovada pelas descobertas e avanços em outros campos disciplinares e na própria Geografia. Nesse novo contexto teórico, a análise das redes implica em uma abordagem que, no lugar de tratá-las isoladamente, procure suas relações com a urbanização, com a divisão internacional do trabalho e com a diferenciação crescente que esta introduziu nas cidades. Redes se tornam, assim, um instrumento valioso para a compreensão da dinâmica territorial brasileira.

Segundo Santos (2002, p. 262),

Mas o que é uma rede? As definições e conceituações se multiplicam, mas pode-se admitir que se enquadram em duas grandes matrizes: a que apenas considera o seu aspecto, a sua realidade material, e uma outra, onde é também levado em conta o dado social [...] [pois] a rede é também social e política, pelas pessoas, mensagens, valores que a frequentam. Sem isso, e a despeito da materialidade com que se impõem aos nossos sentidos, a rede é, na verdade, uma mera abstração [...] (SANTOS, 2002, p. 262). ”

Segundo Dias (2007), a primeira propriedade da rede é a conexidade, a ligação. Assim, os nós das redes são os lugares de conexão, de referência, de exercício do poder, que serão solidarizados, unidos pela conexidade das redes. Representações geométricas do território se multiplicam graças à triangulação do espaço em rede. Engenheiros cartógrafos, frequentemente militares, empregam o termo rede no sentido moderno de rede de comunicação, e representam o território como um plano de linhas imaginárias ordenadas em redes, para matematizá-lo e construir um mapa. Essas formalizações de ordem reticular, com base em uma visão geométrica e matemática do espaço, formam o prelúdio necessário à formação do conceito de rede, que se torna logo operacional, como artefato fabricado pelos engenheiros para cobrir o território.

Todas essas possibilidades de enfoque são consideradas redes geográficas, um tipo de rede definida por Corrêa (1999, p.107) como um “conjunto de localizações sobre a superfície terrestre articulado por vias e fluxos”. Por rede geográfica entendemos um conjunto de localizações geográficas interconectadas entre si por um certo número de ligações. As ligações podem se referir a fluxos de vários tipos – de bens materiais, de passageiros, de informações, de energia – que articulam e ligam entre si diferentes pontos no espaço geográfico, utilizando-se de vias e canais tangíveis. No sentido mais abstrato: redes elétricas, de abastecimento, estradas, ou mesmo de fluxos dependentes de “fixos”, mas não de vias tangíveis, como fluxos de informações que se servem o sistema de telefonia móvel (CORRÊA, 1997). A rede é uma forma de relação a partir de objetos concretos, distribuídos estrategicamente ou não no espaço, permeados por fluxos das mais diferentes ordens – materiais ou imateriais.

Segundo Ferreira (2011, p. 2):

O estudo sobre rede urbana, principalmente enquanto tradição nas pesquisas geográficas no Brasil, tem seu início, segundo Corrêa, (1999, p.115) em meados do século XX, mais precisamente em 1956, durante o Congresso Internacional de Geografia, sediado no Rio de Janeiro. Desde então, vários pesquisadores têm desenvolvido estudos sobre a temática que toma maior

vulto, a partir da década de 1990, quando a simultaneidade entre os acontecimentos é veementemente percebida, anunciando um novo paradigma de comportamento e desenvolvimento para a sociedade e o espaço em diferentes escalas geográficas (FERREIRA, 2011, p.2).

Corrêa (2001) afirma que as redes são entendidas como sendo o conjunto de localizações interconectadas, ou seja, formado por “nós” e “fluxos”, cuja metáfora pode ser vista como maneira de descrever as unidades urbanas e as relações que as unem. Assim, o sistema de cidades é possível à interpretação se visualizado como rede urbana, que é composta por centros urbanos, os “nós”, e por interconexões sociais simbolizadas pelo fluxo de informação, pessoas e capital, os “fluxos”.

A estruturação do espaço é, portanto, e cada vez mais, um espaço em redes, um espaço dotado de uma multiplicidade de fluxos, que são conectados por meio das redes de transporte e de telecomunicação. Castells (1999) aborda a “sociedade em rede”, discutindo o conceito de rede de forma a alicerçá-lo nas discussões sobre a sociedade na era da informação, a sociedade em rede. Para o autor, “rede é um conjunto de nós interconectados” (CASTELLS, 1999, p. 8).

Redes são estruturas abertas capazes de se expandir de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, com a condição de compartilharem os mesmos códigos de comunicação. Redes são instrumentos adaptados para a economia capitalista baseada na inovação, globalização e concentração descentralizada. A morfologia da rede também é uma fonte de reorganização das relações de poder. As conexões que ligam as redes representam os instrumentos privilegiados do poder (CASTELLS, 2000). Por isso, a análise das redes não deve ser tratada isoladamente, mas procurar “suas relações com a urbanização, com a divisão territorial do trabalho e com a diferenciação crescente que ela introduziu entre as cidades” (CASTELLS, 2000, p. 143).

São então as redes, centros urbanos articulados funcionalmente (CORRÊA, 1999). Para Rochefort (1998, p.19) “o estudo dessa realidade geográfica, repousa, por conseguinte, em primeiro lugar, na análise dos tipos de centros de serviços e de suas respectivas zonas de influência, apreendendo-os, nas suas relações recíprocas”. Torna-se possível uma aproximação entre as duas concepções sobre rede urbana e a imbricação ao conceito de região, enquanto delimitação espacial que garante a organização socioeconômica da população (FERREIRA, 2011, p.3).

O conceito de rede não é recente, tampouco a preocupação em compreender seus efeitos sobre o espaço geográfico. Dada a sua polissemia, esse termo, muitas vezes, só consegue

atribuir significado ao que se pretende quando vem adjetivado e, por isso, há uma grande diversidade nas abordagens

Corrêa (1999, p.88) frisa que

“Rede urbana é a mais acabada, mais conhecida e mais estudada das redes geográficas” e ainda é a principal síntese dessas redes. No atual momento histórico, de mundialização do capital, quando a agilidade/instantaneidade das informações se torna crucial, percebemos as redes técnicas cada vez mais presentes no território. Estas são, em consequência disso, o resultado do acúmulo de inovações nas estruturas, nos equipamentos e nos serviços urbanos, que foram surgindo, uma após a outra, em resposta às demandas sociais.

No mundo que emerge do processo de industrialização, no qual se acentua a divisão social e territorial do trabalho e se ampliam as interações espaciais, cada centro urbano situa-se em inúmeras redes geográficas, desempenhando, em cada uma, papéis distintos, associados a diferentes funções urbanas e espacialidades. A múltipla inserção de tais centros pode ser vista como a marca da sua inserção no mundo capitalista contemporâneo.

Após o processo de revolução tecnológica, considerada aqui como condição para transformações profundas, e reestruturação capitalista as redes ganham protagonismo, essencialmente no período atual, o técnico-científico-informacional.

A chamada pós-modernidade, este período técnico-científico informacional, marca um terceiro momento nessa evolução. Os suportes das redes encontram-se, agora, parcialmente no território, nas forças naturais dominadas pelo homem (o espectro eletromagnético) e parcialmente nas forças recentemente elaboradas pela inteligência e contidas nos objetos técnicos (por exemplo, o computador ...). Desse modo, quando o fenômeno de rede se torna absoluto, é abusivamente que ele conserva esse nome. (SANTOS, 2002, p. 264).

Há uma mundialização das redes no período técnico-científico-informacional, e as sociedades dos territórios pouco integrados a economia mundial via circulação pelas redes buscam incessantemente se apropriar das redes e de suas inovações tecnológicas, para tão logo integrar-se, também, ao mercado mundial. De acordo com Santos (2002), as redes cada vez mais são globais, e, em consequência disso, os diferentes territórios estão cada vez mais articulados e subordinados entre si.

Neste trabalho, é importante pontuar, adotamos definição de rede a partir da perspectiva abstrata adotada por Souza (2013). Para ele, a rede é

Abstratamente, um conjunto estruturado de ligações ou de fluxos, em que os “fios” entre os nós são chamados de arcos e os “nós” são, muito simplesmente, chamados também de nós, com tudo isso compondo uma trama integrada, é

uma rede. Embora na Geografia os estudos sobre rede urbana se iniciem em meados do século XIX, com os geógrafos alemães, franceses, britânicos e norte-americanos, envolvidos com planejamento urbano e regional. Nos últimos anos ocorreu uma significativa valorização do conceito. O que se deve ao momento histórico atual, marcado pela globalização dos valores e difusão do consumo, assim como pela mundialização do capital e internacionalização das grandes empresas, o que torna as relações e interações espaciais entre as cidades cada vez mais complexas. Em outras palavras, o conceito de rede ganhou importância nos últimos anos através de uma demanda da própria realidade, devido ao aumento dos fluxos de informação, mercadorias, ideias, capitais e pessoas. (SOUZA, 2013 p.167).

Dessa maneira, a análise e leitura acerca das redes deve considerar um pensamento multiescalar, pois as interações supraurbanas foram, e ainda são, fomentadas pela incessante busca de fluidez via aperfeiçoamento das redes. As barreiras espaciais comumente cartografadas, como a delimitação de fronteiras e limites, foram facilmente ignoradas e superadas mediante as redes, sobretudo após os avanços tecnológicos do período técnico-científico-informacionais. A apreensão as nuances supraurbanas mediante as redes torna-se um desafio para os pesquisadores, em vista que a complexidade da articulação dos territórios e sociedades mediante as redes é cada vez maior. Contudo essas análises e leituras, reitero, devem contemplar o caráter multiescalar das redes.

As redes demandam, de imediato, um pensamento multiescalar. E mais: não há dicotomia entre redes e espaços contínuos, euclidianos, pois não só os segundos não desaparecem, como, ainda por cima, tendem a estar associados às primeiras. É uma questão de escala: cada “nó” de uma rede pode ser um espaço contínuo (um território de uma quadrilha de traficantes de drogas, por exemplo), ao passo que a rede, por seu turno, possuindo uma área de abrangência, “territorializa”, ainda que descontinuamente e em disputa com outras redes, uma dada extensão. (SOUZA, 2013, p. 175).

4.1.1 Hierarquia, redes e o caso brasileiro

A história da constituição da rede urbana brasileira é marcada pela “associação entre o processo de urbanização e o processo de integração nacional. A eliminação das barreiras de todas as ordens constituía a condição primordial para integrar o mercado interno, pois esta integração pressupunha a elevação do grau de complementariedade econômica entre as diferentes regiões brasileiras ” (DIAS, 2008, p.52)

A presença inicial das ferrovias e das rodovias, que abastecia o país de matérias-primas e mão de obra, se sobrepõe, na atualidade, os fluxos de

informação – eixos invisíveis e imateriais –, que se tornaram uma condição necessária a todo o movimento de elementos materiais entre cidades que se solidarizam. (DIAS, 2008, p.52)

A divisão do Brasil em regiões, longe de constituir uma tarefa simples e de fácil execução, possui um caráter científico pautado tanto por interesses acadêmicos, quanto por necessidades de planejamento e, mais recentemente, de gestão do território, o que compromete esse tema, de imediato, com os diversos contextos político-institucionais que envolveram seu tratamento pelo IBGE ao longo do século XX.

A produção de um conhecimento mais detalhado sobre o país constituiu um objetivo sempre presente na produção geográfica do IBGE, aí incluídos tanto os momentos de centralização, como aqueles de descentralização do poder, que caracterizam a lógica do pacto federativo. A necessidade de atualização dos recortes regionais vem ao encontro do expressivo aumento verificado na diferenciação interna do território brasileiro, como resultado das transformações econômicas, demográficas, políticas e ambientais ocorridas ao longo das últimas décadas.

Nesse contexto, um duplo processo de mudança, não só estritamente socioeconômico, mas também de natureza político-administrativa, alterou a geografia do País, gerando diferenças e desigualdades que tornaram mais complexa a leitura de seu território, aumentando, assim, a demanda por uma nova Divisão Regional do Brasil no período que vai da última década do século XX a primeira do século XXI.

Em termos teórico-metodológicos, a revalorização da dimensão regional, aqui tratada na perspectiva da rede urbana brasileira, constitui um ponto-chave de manutenção da coesão territorial de grandes federações como o Brasil, notadamente em um cenário geopolítico pautado, nesse início de século, pela tensão existente entre as forças da globalização e aquelas alinhadas a projetos locais. Com efeito, a rede urbana brasileira, juntamente com a infraestrutura que interliga essa rede, constitui elemento central para conduzir uma análise regional comprometida com a coesão territorial do País e, simultaneamente, com a busca das diferenças e diversidades.

O aumento do interesse por esse tipo de estudo ocorreu entre 1920 e 1955, quando algumas proposições teóricas e métodos operacionais são estabelecidos e amplia-se o número de estudos empíricos. Foi nesse período que apareceu a formulação de Walter Christaller (1933), que estudou como os núcleos de povoamento hierarquizam-se entre si, em função de dois mecanismos básicos: o mercado mínimo e o alcance espacial máximo. (CORREA, 1989, p.5).

A partir de 1955, verifica-se uma grande difusão dos estudos sobre redes urbanas, em razão da retomada da expansão capitalista no período pós-guerra, bem como da intensificação do processo de urbanização e redefinição da divisão internacional do trabalho, que promove novas articulações e interações espaciais e, conseqüentemente, alterações na rede urbana (CORREA, 1989).

A lógica capitalista de acumulação, caracterizada pela minimização de custos e maximização de lucros, suscita o aumento da escala de produção. Com isso, a localização das atividades econômicas e da população passa a ter importância fundamental para os interesses da classe dominante, porque diante dos volumosos investimentos de capital acumulado no comércio em atividades de produção, circulação e distribuição, o aumento dos lucros poderia ser resultado de ganhos diferenciais relacionados às vantagens locacionais (CORRÊA, 1986).

Em outras palavras, surgiu o interesse pela escolha da localização que melhor atendesse aos objetivos do capitalista, que poderia ser próxima às fontes de energia, matéria-prima, meios de transporte, importantes reservas de força de trabalho ou mercado consumidor. Como consequência, algumas cidades perdem importância, enquanto outras são valorizadas, tornando, desse modo, a rede urbana um reflexo da divisão territorial do trabalho.

Os estudos sobre hierarquia das cidades são os mais numerosos e tradicionais entre aqueles sobre redes urbanas e derivam de questionamentos sobre o número, tamanho e distribuição das cidades, bem como sobre a natureza da diferenciação entre elas. A teoria das localidades centrais de Walter Christaller é base teórica mais sólida sobre o tema, embora o interesse pela hierarquia urbana tenha sido anterior a ele, pois, os primeiros a se preocuparem com essa temática foram pessoas ligadas aos negócios e legítimos representantes da classe dominante, como o banqueiro Richard Cantillon (1755), o engenheiro de minas Jean Reynaud (1841) e o engenheiro ferroviário Leon Lalanne (1863). (CORRÊA, 1989, p.6-7)

Para cada produto ou serviço de uma cidade, haveria – em princípio – um alcance espacial específico. Isso explicaria a distância entre cidades com as mesmas características, ou com o mesmo porte. Por outro lado, a proximidade de cidades com características e níveis hierárquicos semelhantes seria explicada pelas “economias de aglomeração”.

As cidades, numa determinada rede urbana, nessa concepção, estariam organizadas hierarquicamente, cada qual com determinadas “funções centrais”, que atuariam sobre sua *hinterlândia*. A hierarquia das *localidades centrais* expressa um padrão hierárquico sistemático e acumulativo de funções centrais: à medida que se eleva o nível hierárquico verifica-se um acúmulo, em cada nível, das funções centrais dos níveis inferiores. Toda cidade é uma

localidade central, pois, numa perspectiva espacial, há nela concentração de atividades econômicas. A localidade central pode ter níveis diferentes, provenientes de sua centralidade. Tal centralidade se expressará pela quantidade e diversidade de bens e serviços que fazem com que a cidade atraia compradores de distâncias diferentes. A hierarquia urbana seria dada, em especial, pela dimensão econômica e se traduziria num alcance espacial máximo (*maximum range*) que as mercadorias e serviços de uma dada localidade alcançariam. O alcance espacial máximo consiste na “área determinada por um raio a partir da localidade central a partir da qual os consumidores efetivamente deslocam-se para esta localidade para obter mercadorias e/ou serviços (CORRÊA, 2012, p.55).

Os custos e as possibilidades de transporte (e de deslocamento) são fundamentais para a definição do alcance espacial máximo. Já o alcance espacial mínimo seria a “área em torno de uma localidade central que engloba o número mínimo de consumidores que são suficientes para o florescimento e manutenção de determinada atividade numa dada localidade central” (CORRÊA, 2012).

A hierarquia urbana permitiria que se observasse a diferenciação das cidades e entre as cidades, a divisão técnica e territorial do trabalho, a seletividade espacial e a institucionalização e o reforço da hierarquia urbana pelo Estado. A localidade central de nível hierárquico mais elevado possui ampla região de influência: nela estão contidas as regiões de influência das capitais regionais e, nestas, as dos centros imediatamente inferiores, que contêm as *hinterlândias* dos centros abaixo, e assim por diante.

No Brasil, muitos estudos foram empreendidos sob a denominação de “regiões de influência das cidades”. O Estudo sobre a Região de Influência das Cidades (REGIC), promovido pelo IBGE adota, pautando-se na Teoria das Localidades Centrais, a seguinte hierarquia para a rede urbana brasileira: Metrôpoles, Capitais Regionais, Centros Sub-regionais, Centros de Zona, Centros Locais. Todos conformando uma rede urbana comandada pela Metrôpole de São Paulo.

Ainda que o debate sobre as diferentes regionalizações seja objeto de foco deste capítulo, a REGIC e os estudos pautados em Christaller (1933) forneceram contribuições básicas e anteciparam algumas das proposições teóricas sobre o tema das localidades centrais. A exemplo disso, podemos citar a hierarquia urbana fundamentada nos princípios de sociabilidade, fator econômico e administrativo e a existência de um padrão de distância entre as cidades de mesma importância (CORRÊA, 1986). Proposições que se constituem em base para as regionalizações dos serviços de saúde que estamos debatendo nesta tese.

Ao mesmo tempo, nos últimos anos, o conceito de rede ganhou importância em função do aumento do interesse dos pesquisadores em compreender as transformações que ocorrem na realidade, com destaque para complexificação das interações espaciais entre as cidades. “A rede urbana, entendida como um conjunto de centros funcionalmente articulados, constitui-se em um reflexo social, resultado de complexos e mutáveis processos engendrados por diversos atores sociais” (CORRÊA, 2006, p. 311).

Reflexo e condição social, a rede urbana está submetida a um dinamismo, maior ou menor e com ritmos variados, próprio de cada contexto espaço-temporal, isto é, de cada formação espacial. Esse dinamismo origina-se tanto de fatores externos a cada rede urbana específica como de fatores internos, a partir de possibilidades e motivações de seus agentes sociais. Nesse dinamismo, em consequência, podem ser alterados o tamanho, a densidade e as funções dos centros urbanos, assim como a natureza, intensidade, periodicidade e o alcance espacial das interações, e a forma espacial da rede (CORRÊA, 2006, p. 312).

Nesse sentido, entendemos que as redes urbanas dizem respeito às relações que se estabelecem entre cidades (de um mesmo país ou não), entre cidade e campo e entre cidade e região. As redes são histórica e geograficamente produzidas, o que implica em dificuldades no estabelecimento de tipologias e classificações. Rochefort (1998, p. 23) observa que as “redes urbanas não se estruturam apenas considerando as necessidades atuais, mas também expressam o que permanece das fases anteriores”.

Na análise da formação e evolução da rede urbana brasileira, Dias (1995, p. 12) toma como princípio o fato de que as “redes não se inscrevem no vazio, mas em espaços geográficos já plenos de disparidades sociais e regionais. Não são estruturadas apenas com base nas relações econômicas, embora elas sempre sejam importantes”. A cidade seria um centro difusor do desenvolvimento. Após sua classificação, daria origem a uma divisão em regiões centrais e regiões periféricas, sobre as quais se dariam ações de planejamento.

4.2 A evolução da política pública que rege o SUS e a relação aos estudos sobre redes urbanas e o conceito de região e regionalização

Em caráter introdutório a este subitem, reforçamos a importância da rede urbana como um conceito e uma realidade da dimensão territorial do país, que pode servir como balizador para a formulação da política de regionalização de ações e serviços de saúde.

As propostas de regionalização são apenas um dos aspectos da ação do IBGE no período, ação que engloba também uma gama de esforços institucionais do órgão para a implementação de uma série de políticas públicas, como os estudos e publicação de documentos visando à definição das “áreas de influência” das cidades brasileiras – as Regiões de Influência das Cidades (REGIC) –, entre outras iniciativas.

A REGIC é um amplo, atualizado e minucioso estudo das formas de funcionamento da rede urbana brasileira, que possui duas preocupações centrais: definir a hierarquia entre os centros urbanos do território nacional e delimitar as áreas de influência dos principais aglomerados urbanos desta rede hierárquica. A metodologia utilizada na REGIC consiste em estabelecer inicialmente uma classificação dos centros urbanos, na qual é fundamental a função de gestão do território, considerando-se a presença tanto de órgãos públicos quanto das sedes de empresas.

A REGIC, portanto, além de refletir os fluxos gerados no setor de saúde quando considera o número de internações hospitalares financiadas pelo SUS e o nível de complexidade do serviço de saúde, por meio dos tipos de equipamentos e das especialidades informadas, também trabalha com os conceitos de *centralidade* e *polarização* determinados pelos demais setores sociais e econômicos que regem a *vida de relações* das regiões.

Partindo desse quadro de referência, teórico e empírico, proposto pela REGIC, considerou-se neste estudo que a verificação da convergência entre a rede urbana e as regiões de saúde, atualmente vigentes no território nacional, pode ser uma importante contribuição para a discussão da política de regionalização de ações e serviços de saúde. Atualmente, existem 435 regiões de saúde no território brasileiro e o Ministério da Saúde defini a região de saúde,

Como um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011).

Diante da complexificação das relações e interações espaciais no período atual, não podemos mais pensar os fenômenos em uma única escala geográfica, mas em uma manifestação de caráter escalar múltiplo, na medida em que há a ampliação dos níveis de determinação do global sobre o nacional, o regional e o local, o que significa que decisões tomadas em outras escalas mais abrangentes interferem nos papéis que as cidades desempenham na divisão econômica e social do trabalho.

A mundialização das redes no período técnico-científico-informacional promoveu um aumento na densidade do espaço reticular, articulando novos territórios e reforçando as interações de outros. Para Santos (2002, p. 269), “Graças aos progressos técnicos e às formas atuais de realização da vida econômica, cada vez mais as redes são globais: redes produtivas, de comércio, de transporte, de informação”. Os diferentes tipos de rede se fazem cada vez mais presentes em diversas partes do mundo, permitindo a articulação de diferentes escalas com uma eficiência cada vez maior.

Viana (2011) explica que, assim como as redes, o conceito de região que subsidia a estratégia de regionalização do SUS, também tem uma dupla interpretação: constitui a base territorial cujos elementos engendram o planejamento de uma rede de saúde. Mas também se constitui na unidade geográfica vinculada à divisão político-administrativa da federação para as ações e serviços de saúde no território.

Segundo Feitosa (2018, p.166), “a perspectiva dominante sobre a qual se assenta a proposição das redes regionalizadas e hierarquizadas do Sistema Único de Saúde remonta sua origem conceitual ao famoso Relatório Dawson, de 1920, instituído na Inglaterra como fórmula para organização dos serviços de saúde daquele país”. Essa sistematização preconizava uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade, pois o documento fazia constatações de que certos problemas de saúde, que poderiam ser resolvidos a nível domiciliar, continuavam sendo tratados em unidades hospitalares, por meio de procedimentos com elevado custo financeiro. A proposta metodológica do Relatório Dawson fundamentava-se na integração entre a medicina curativa e a preventiva, no papel central no médico generalista como porta de entrada na atenção primária à saúde, nos serviços especializados na atenção secundária e, por fim, na atenção terciária nos hospitais (FEITOSA, 2018).

Pessoto (2010) esclarece que a perspectiva de regionalização da saúde no Brasil sempre esteve associada aos processos de descentralização administrativa dos órgãos ou funções de governo, para se encaixar no arcabouço do pacto federativo brasileiro. Desse modo,

[...] há o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou seja, conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade ao menor custo financeiro; e há outro processo implícito de regionalização, ou melhor, criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinado espaço em um tempo diacrônico (PESSOTO, 2010, p. 152).

A organização do sistema de saúde brasileiro impõe, para sua compreensão, o entendimento de que não se pode compreender um serviço disponibilizado num determinado local sem compreender as relações entre outros níveis. Dessa forma, com base nessa apreciação primária, podemos fazer agora referência à estrutura básica em que se encontra o sistema de saúde no Brasil, partindo com uma breve contextualização histórica.

No Brasil, com o advento da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado, mas regulamentado somente em 1990. O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada vinculada aos mesmos em um sistema único (BRASIL, 1998). A vinculação do setor privado seria válida na medida em que este obedecesse, enquanto contratado e conveniado, às normas do serviço público. O SUS, então, deveria ser único, presente em todo o território, devendo atender a todos, atuar de maneira integral, ser descentralizado, racional, eficaz, eficiente e democrático, assegurando o direito de participação de todos os envolvidos.

Assim, considerando-se a importância que vem assumindo a regionalização de ações e serviços de saúde para o aprimoramento da política de descentralização da gestão da saúde promovida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do reconhecimento de noções de ordenamento territorial, região e regionalização utilizadas nesta política setorial, faz-se importante entender a formulação da política regional inserida na política de saúde pública nacional, elaborada a partir da CF/1988. (DUARTE, BALBIM, CONTEL 2013, p.154)

Segundo a Constituição Federal de 1988, o SUS seria um conjunto de ações e serviços de saúde, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade.

Para que bens e serviços públicos existam é necessário a existência, concomitante, de um órgão, secretaria ou ministério que estabeleça as diretrizes necessárias que viabilizam a transição da dimensão normativa para a dimensão material.

Uma iniciativa importante como diretriz para a formulação da política regional é a elaboração da Política Nacional de Ordenamento do Território (PNOT), por parte do Ministério da Integração Nacional. Apesar da efetivação desta política como subsídio à Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR) e aos planos e programas regionais de desenvolvimento, é possível lançar mão do documento elaborado para uma aproximação da compreensão

de uma política pública brasileira; no caso, a saúde (DUARTE, CONTEL, BALBIM, 2013, p.148).

Assim, o ordenamento do território é tomado como um mecanismo político que pode assegurar as formas de coesão e as relações entre lugares representados e abrigados em regiões. Essa perspectiva vem ao encontro da regionalização de ações e serviços da saúde formulada no âmbito do SUS. Na CF/1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Artigo 196); ainda, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988, Artigo 198). Conclui-se, portanto, que este direito constitucional pressupõe uma política de ordenamento territorial, que assegure a coesão e as relações entre lugares e regiões que garantam os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde a toda a população brasileira, diminuindo as desigualdades regionais (DUARTE, CONTEL, BALBIM, 2013, p.148).

Cabe aqui realizar um breve histórico dos marcos legais da política de regionalização da saúde elaborada no contexto do SUS, buscando ressaltar como a formulação desta política se apoiou – ou não – em elementos que remetem às noções de região, regionalização e ordenamento territorial e salientar importância da dimensão territorial para a formulação da política da regionalização de ações e serviços de saúde.

Se, por um lado, a noção de regionalização está presente desde a concepção do SUS, quando da CF/1988, por outro, as noções de centralidade, polarização e região vão sendo introduzidas de forma marginal e gradual ao longo do tempo. Isto ocorre porque o objetivo primeiro deste processo de regionalização é a gestão do SUS em si, um processo mais ligado ao componente burocrático da política pública do que se presumiria como rebatimento de uma política setorial de ordenação do território. (DUARTE, CONTEL, BALBIM, 2013, p.149)

Desse modo, as políticas de ordenamento do território e as mudanças na política brasileira foram importantes para construção de uma política nacional de saúde como conhecemos hoje.

Ao longo da década de 1970, verificou-se uma tentativa de construção de política cuja formulação vai além das tradicionais esferas da saúde. O Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), junto com o Ministério do Interior e com a Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN), elaboraram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), que tinha como intuito estender a cobertura dos serviços básicos de saúde a toda a população e reordenar a oferta dos serviços. (DUARTE, CONTEL, BALBIM, 2013, p.149)

Acompanhando as mudanças, com o processo de redemocratização do país, o projeto de descentralização política ganha força ao longo dos anos 1980 e dá origem ao movimento municipalista de saúde no Brasil.

É nesse contexto que o Programa das Ações Integradas da Saúde (PAIS), criado em 1982, se transforma em estratégia denominada ações integradas da saúde (AIS). Com isso, elabora-se um arcabouço político-institucional que consolida a formação de diferentes comissões, com o intuito de promover a integração e a articulação da gestão da política entre os diversos atores e as três instâncias federativas. Em 1987, a estratégia das AIS dá lugar ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado a partir da ação dos estados da Federação. (DUARTE, CONTEL, BALBIM, 2013, p.150)

Indo ao encontro dos objetivos desta tese, muitos autores afirmam que formulação das políticas de saúde AIS, SUDS e SUS foram as primeiras formas de regionalização e municipalização dos serviços de assistência à saúde – dá origem às primeiras noções ligadas à incorporação da dimensão territorial nas políticas do setor, quando propõe os chamados “distritos de saúde”.

Assim, os princípios e as diretrizes encontrados nos instrumentos legais, elaborados a partir da CF/1988, indicam um processo ascendente de inclusão de noções ligadas à dimensão territorial de planejamento e ação estatal, mas é somente em 2001, quando foi instituída a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001-2002), que o pressuposto da regionalização apareceu como concepção norteadora do Sistema Único de Saúde. (DUARTE, CONTEL, BALBIM, 2013, p.150)

Essa proposta de regionalização, segundo Guimarães (2004), baseou-se na visão “ibgeana” de divisão regional, pois concebeu “a totalidade espacial como um somatório das partes, abstraindo-se as variáveis mais significativas para a identificação de suas características mais homogêneas” (GUIMARÃES, 2004, p. 9). Na NOAS (2001-2002) as regiões de saúde eram entendidas como:

Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais (BRASIL, 2002, p. 22).

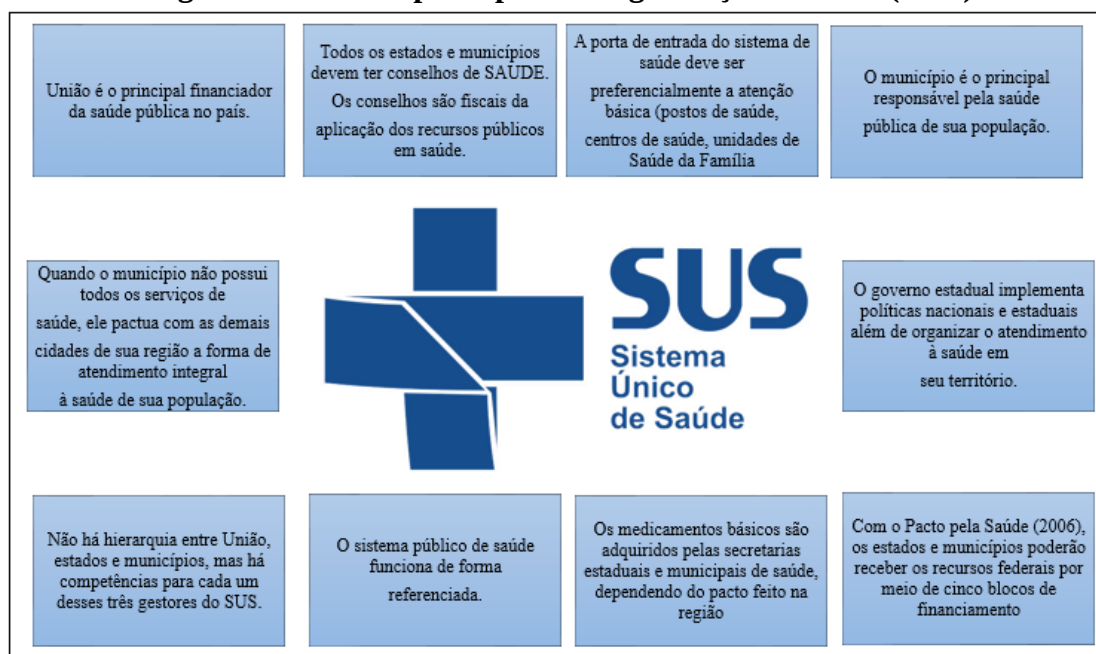
Mercadante (2002) ressalta que a partir do SUS e da nova organização do sistema de saúde brasileiro pós-Constituição de 1988, o Ministério da Saúde ficaria responsável pela estratégia nacional do SUS. Com isso, seria sua incumbência o planejamento, controle,

avaliação e auditoria do sistema, juntamente com a promoção da descentralização, definição e coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade. Além disso, caberia a regulação do setor privado através da elaboração de normas, critérios e valores para remuneração dos serviços e também de parâmetros de cobertura assistencial.

As secretarias de saúde estaduais planejavam, programariam e organizariam uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, acompanhando, controlando e avaliando o seu funcionamento. As secretarias municipais, por sua vez, além de trabalhar na gestão e execução de ações e serviços públicos de saúde, voltar-se-iam também ao planejamento, organização, controle e avaliação, inclusive de laboratórios públicos de saúde e hemocentros e, além disso, à celebração de contratos e convênios, controle, avaliação e fiscalização das atividades de iniciativa privada (MERCADANTE, 2002, p. 251).

Após o pacto pela saúde, em 2006, o SUS passa a ter dez princípios que regem seu funcionamento e organização, como podemos observar no organograma exposto na figura 16 e no quadro seis.

Figura 16 – Os dez princípios de organização do SUS. (2020)



Fonte: Cartilha Entendendo o SUS (2017).

Disponível em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2017.pdf>

Elaborada pela autora

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde e o governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde é responsável pela aplicação de metade da totalidade dos recursos investidos em saúde pública no país. Os Estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações, também tem a função de planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas etc.)

Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território. Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde, deste modo deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde, coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal.

A estratégia adotada no país reconhece o município como o principal responsável pela saúde de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, o gestor municipal assina um termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território. Os municípios, assim como os estados, também possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. Da mesma forma, o gestor municipal deve aplicar recursos próprios, além dos repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade, que estejam acima daqueles que pode oferecer.

O sistema de atendimento no SUS funciona de modo descentralizado e hierarquizado. Isso significa que a gestão do sistema de saúde é repassada aos municípios, com a consequente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica. Os municípios, no entanto, não disponibilizam todos os serviços de saúde. A maior parte deles não têm condições de ofertar na integralidade os serviços de saúde. Para que o sistema funcione se faz necessário, assim, que haja uma estratégia regional de atendimento (parceria entre estado e municípios) para corrigir essas distorções de acesso. No Sistema Único de Saúde há o que

se chama de referencialização. Na estratégia de atendimento, para cada tipo de enfermidade, há um local de referência para o serviço.

Um segundo conceito básico do SUS é a hierarquização da rede, pois a entrada ideal do cidadão na rede de saúde é a atenção básica (postos de saúde, equipes do Saúde da Família etc.). O sistema de atendimento é organizado para que haja centros de referência para serviços de diferentes graus de complexidade, eles tendem a ser organizados na seguinte sequência: unidades de saúde, município, polo e região.

Os gestores municipais e estaduais verificam quais instrumentos de atendimento possuem (ambulâncias, postos de saúde, hospitais etc.). Após a análise da potencialidade, traçam um plano regional de serviços. O acerto ou a pactuação irá garantir que o cidadão tenha acesso a todos os tipos de procedimentos de saúde. Na prática, uma pessoa que precisa passar por uma cirurgia, mas o seu município não possui atendimento hospitalar, será encaminhada para um hospital de referência em uma cidade vizinha.

O Piso da Atenção Básica (PAB) é calculado com base no total da população da cidade. Além desse piso fixo, o repasse pode ser incrementado conforme a adesão do município aos programas do governo federal. São incentivos dados, por exemplo, ao programa Saúde da Família, no qual cada equipe implementada representa um acréscimo no repasse federal. As transferências são realizadas fundo a fundo. A liberação de verba para os serviços hospitalares e ambulatoriais é feita pelos serviços prestados pelas instituições credenciadas no SUS. Estas não precisam ser públicas, mas devem estar cadastradas e credenciadas para realizar os procedimentos pelo serviço público de saúde. O pagamento é feito mediante a apresentação de fatura, que tem como base uma tabela do Ministério da Saúde que especifica quanto vale cada tipo de procedimento.

Fonte: Cartilha Entendendo o SUS (2017).

Disponível em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2017.pdf>

Organizada pela autora

Como estratégia de descentralização do SUS por parte do Ministério da Saúde, publicou-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOASSUS 01/2001), dentro da qual já se pensava em Planos Diretores de Regionalização, que complementassem, entre outros aspectos, uma divisão do território em regiões/microrregiões de saúde e diagnósticos dos principais problemas regionais de saúde. A metodologia para regionalização do sistema de saúde, definiu os recortes geográficos, linhas de cuidado e níveis de atenção à saúde de cada módulo assistencial, indo da escala do município à macrorregião

interestadual e, conseqüentemente, aumentando o nível de complexidade do sistema conforme fosse ampliado o recorte. A proposta seguiu a diretriz teórica de “redes de atenção à saúde”, que estava sendo implementada pelo Ministério da Saúde por meio da Diretoria de Redes de Atenção à Saúde, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde. (MERCADANTE, 2002, p. 258).

O Ministério da Saúde legitimou a diretriz de organização do SUS em redes de atenção com a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Segundo essa normativa,

A Rede de Atenção à Saúde é definida como 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. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010, p.5).

Ribeiro (2015, p.98) ressalta que,

O “macrossistema” de saúde brasileiro é, a um só tempo, centralizado e descentralizado, produto e produtor de situações geográficas que condicionam e são condicionadas pelas políticas públicas, em diferentes combinações entre movimentos de circulação, impulsos globais e forças regionais. Deste modo a ideia de existência de um macrossistema de saúde no território brasileiro, cuja principal força estruturante é o SUS, por cumprir os requisitos de um macrossistema, integrar ampla e diversa base material e organizar e gerenciar a distribuição dos fluxos dessa base. Além desses atributos, outros dois que o tornam um “macrossistema” específico e distinto: uma grande sensibilidade às especificidades dos lugares e a centralização e descentralização política e técnica das ações e serviços.

O conceito de macrossistema técnico é tratado na geografia por Milton Santos (1996) para se referir aos grandes sistemas técnicos “sem os quais os outros sistemas técnicos não funcionariam. Os macrossistemas técnicos promovem grandes trabalhos (barragens, vias rápidas de transporte terrestre, aeroportos, telecomunicações, etc.) [...], e constituem o fundamento material das redes de poder” (SANTOS, 1996, p. 142).

Advogamos que o SUS, além de cumprir esses requisitos é portador de outros dois atributos que o tornam um macrossistema específico, aderente aos lugares, e distinto da definição consagrada pela literatura: (i) maior sensibilidade às particularidades dos lugares; e (ii) se, por um lado, enquanto macrossistema técnico centraliza, política e tecnicamente, por outro lado, para poder existir também descentraliza, técnica e politicamente. Pela sua constituição em rede, ele exige certa centralização técnica, contudo, politicamente ele não existiria se não houvesse certa descentralização que

permite ao sistema nervoso central ser alimentado pelas informações dos lugares (RIBEIRO, 2015 p. 99).

Ribeiro (2015, p. 100) complementa destacando ainda que o SUS é aqui considerado um macrossistema técnico estratégico e vital.

Tal como os demais macrossistemas, ele preenche os três requisitos básicos de um macrossistema – (i) fixos de saúde (no sentido amplo desses objetos: unidades básicas, ambulatorios, hospitais, equipamentos médicos, medicamentos); (ii) animados por ações que organizam a distribuição dos fluxos entre esses fixos; e (iii) um órgão de gestão da oferta e demanda que, no caso do SUS, é centralizado em algumas políticas (União) e descentralizado na maior parte das ações (estados, Distrito Federal e municípios). (RIBEIRO, 2015 p. 100-101).

O SUS constitui-se em infraestruturas da vida cotidiana das pessoas, pois em maior ou em menor grau, mas em alguma medida, faz-se presente no dia a dia das pessoas, ainda que não tenhamos consciência dessa dependência e dessa incidência. Compreendê-lo como macrossistema de saúde permite apreendê-lo como dimensão espacial do cotidiano e desvendar as intencionalidades e projetos que acompanham os discursos e as ações de atores e agentes no campo da saúde (RIBEIRO, 2015).

Embora grande parte da população brasileira é usuária somente do SUS mesmo a parcela que têm plano de saúde também utilizam o SUS em alguma medida. Sobretudo nas ações de prevenção (vigilância sanitária, campanhas, programas de imunização), de procedimentos de alta complexidade (como transplantes, medicamentos de alto custo), nos serviços de urgência e emergência. Ou, mesmo, através dos profissionais de saúde acessados de forma privada (por meio de plano ou desembolso individual direto), como no caso dos médicos, cuja melhor formação de especialistas no Brasil é proporcionada, de modo geral, pelas instituições públicas custeadas pelo Estado.

Como alguns casos desse *SUS que não se vê*, mas que está presente no cotidiano da população brasileira, sem que boa parte das pessoas tenha consciência dele, podemos citar ainda os programas de prevenção e tratamento de reconhecimento internacional, caso do Programa Nacional de Imunização e do Programa de Prevenção ao HIV e de tratamento para a AIDS (desde 1996 é garantido o acesso universal e gratuito aos antirretrovirais). Além da produção de tecnologia e conhecimento em instituições públicas de pesquisa e ensino e da saúde como importante setor na economia brasileira, tanto industrial quanto de serviços. Não sendo somente

um sistema de assistência médica e hospitalar, mas um sistema que articula prevenção, promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, o SUS é um macrossistema que está presente no cotidiano da população brasileira enquanto um *quadro global da técnica instrumental* constituído por sistemas técnicos de *alimentação*, mais ou menos extensos e integrados (RIBEIRO, 2015).

Os serviços que compõem o conjunto de atividades oferecidas para a sociedade em geral podem apresentar um fim econômico ou um fim voltado à assistência pública por parte do Estado. Podemos considerar o já destacado por Castilho (1998, p.98),

ao diferenciar serviços em geral nos dois tipos – público e privado –, segundo a “natureza filosófica”, em que os serviços públicos se organizam de forma desconcentrada no espaço, visando principalmente assegurar a oferta à sociedade em geral, por meio da lógica da distribuição de renda gerada coletivamente e pelo sistema fiscal. Enquanto os serviços privados se organizam conforme a dinâmica do mercado e com o objetivo do lucro, localizando-se em lugares com certas vantagens econômicas, o que resulta em efeitos sociais concentradores. Assim, os serviços de saúde podem estar organizados em uma complexa rede de provedores e financiadores, que abarcam os segmentos público e privado.

Além disso, os serviços de saúde obedecem a uma lógica de demanda social que lhes dá significado de existência e situação. Iunes (2002), por exemplo, nos diz como podemos entender o conceito de demanda relacionado à saúde. Primeiramente, o autor define a demanda por um bem ou serviço como sendo “...a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias” (IUNES, 2002, p. 99). Daí se pode localizar um primeiro ponto, relacionado a uma estrutura de preferências que traz relativa satisfação ao indivíduo consumidor ou demandante. Pressupõe-se, nesse sentido, que os indivíduos decidem atender às suas necessidades mediante atitude racional e clareza de definição e, além do mais, não estruturam suas preferências de maneira contraditória. O nível de utilidade do bem ou dos serviços estará ligado, portanto, ao grau de satisfação que lhe possa ser oferecido. O outro ponto é o relacionado aos limites de consumo dos indivíduos no que se refere às suas restrições orçamentárias.

Iunes (2002, p. 111), aponta que o setor de saúde apresenta certas particularidades que o diferenciam de outras atividades econômicas, a saber

a) a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível, nunca se sabe quando será demandado; b) a demanda ocorre em um momento anormal, o de doença, impedindo a racionalidade de decisão do indivíduo consumidor; c) há risco ao consumidor-paciente, devido à incerteza de experiências anteriores, diante da imprevisibilidade do usufruto do serviço, como também ao mercado;

d) a existência de um elo de confiança entre médico e paciente, a conduta daquele é determinada pela necessidade deste, e não simplesmente por capacidade econômica de pagamento; e) a ética médica condena propaganda e competição aberta entre médicos; f) a entrada de profissionais do setor de saúde é limitada a requisitos como cursos, especializações, residências etc.; g) mercado de atenção médica caracterizado pela cobrança diferenciada de um mesmo tipo de serviço; h) na relação médico-paciente há a ciência da diferença de conhecimento existente, por parte do médico, sobre as condições de saúde do paciente. (IUNES 2002, p. 111)

Ao mesmo tempo, o conceito de demanda em saúde se choca com o conceito de necessidade. Enquanto o primeiro se refere às preferências e à liberdade de escolha do indivíduo, o segundo diz respeito à “...quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita deva ser consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente” (IUNES, 2002, p. 111)

A história dos serviços de saúde no Brasil, portanto, sempre esteve verdadeiramente atrelada à história das políticas de saúde e à influência do Estado. O Estado permitiria a formação de uma rede de estabelecimentos públicos complementada por estabelecimentos privados que pudessem legar a maior quantidade e diversidade possível de serviços de saúde. (IUNES, 2002, p. 112). Os seus princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, hierarquização e regionalização, deram nova face à intervenção e atuação do Estado no que se refere às políticas públicas nesse setor.

Os Serviços de Saúde se referem, de maneira geral, ao conjunto de atividades situadas em torno de estabelecimentos especializados (hospitais, postos de saúde etc.), que tem como objetivo o atendimento às necessidades imediatas de amparo à saúde coletiva e à melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Entendemos *Estabelecimentos de Saúde*, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como sendo a denominação dada a qualquer local destinado à realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, qualquer que seja o seu porte ou nível de complexidade. Ou seja, o Estabelecimento de Saúde poderá ser tanto um hospital de grande porte, quanto um consultório médico isolado ou, ainda, uma Unidade de Vigilância Sanitária ou Epidemiológica.

Compreendemos o SUS como um macrossistema técnico de primeira ordem, sem o qual diversas técnicas vinculadas à saúde não funcionariam e com o qual diversos outros usos

em saúde têm que lidar. Um macrossistema animado por fixos e fluxos, constituído por redes de serviços de saúde, regulações, normas e leis, fluxos financeiros, redes de informação e comunicação, formação e capacitação (universidades, faculdades e escolas profissionais), Unidades Básicas de Saúde, de Saúde da Família, de Pronto Atendimento, ambulatoriais, hospitais, clínicas universitárias, escritórios administrativos, laboratórios produtivos, laboratórios diagnósticos, rede de urgências e emergências, rede de ambulâncias, barcos e helicópteros, agências e grupos de pesquisa diversificados.

O SUS é um macrossistema de saúde por ser um conjunto de sistemas técnicos extremamente heterogêneos, ter um caráter marcadamente gerencial e de gestão de redes e por demandar para seu funcionamento componentes físicos de larga escala, como hospitais, hospitais de clínicas, hospitais universitários, edifícios administrativos, universidades, laboratórios farmacêuticos oficiais, laboratórios de apoio diagnóstico e terapêutico, entre outros.

Uma face bem visível do macrossistema de saúde brasileiro é a Política Nacional de Urgências e Emergências da qual um dos sistemas integrantes é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esse serviço funciona 24h e é controlado por 177 Centrais de Regulação das Urgências, que organizam o atendimento em 2.360 municípios brasileiros, com cobertura populacional de cerca de 130 milhões de habitantes, através de equipes de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas), com apoio de 2.000 ambulâncias, além de motocicletas e helicópteros. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências também organiza e coordena ações de urgência nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), Unidades Básicas de Saúde (UBSs), nas unidades de pronto-socorro dos hospitais e no atendimento pós-hospitalar. Também faz parte dessa rede, desde 2009, o programa de Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPAs), que prevê o funcionamento de 462 unidades, sendo que 256 já estavam em funcionamento em 2012 (BRASIL, 2012).

Já uma face mais imaterial do macrossistema de saúde brasileiro é a integração de seus vários sistemas de informação voltados para a gestão e organização dos serviços de saúde em escala nacional, cujo principal nó articulador é o Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS), como exemplos podemos citar o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSPUB), o Sistema de Comunicação de Informação

Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (CIHA), o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), o Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SISHIPERDIA), o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica do SUS (Sistema Hórus), o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) e o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) (BRASIL, 2012).

4.2.1. Compreendendo a regionalização do SUS

Entendemos os *Serviços de Saúde* como sendo as atividades situadas em torno de estabelecimentos especializados, cujo objetivo é o atendimento às necessidades imediatas de amparo à saúde coletiva e a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Os estabelecimentos de saúde são qualquer local destinado à realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual. Posto isso, é necessário ressaltar que vamos priorizar a análise dos os serviços de saúde públicos, ou seja aqueles disponibilizados pelo SUS.

De acordo com dados do censo populacional de 2010 do IBGE, a população brasileira atingiu 190.732.694 habitantes. Considerando a projeção populacional estimada pelo IBGE em 2019, ano final do ano a população seria de 211.263.638 habitantes, o que representa um crescimento linear de 10,76% em relação a 2010. Entre 2000 e 2010, a taxa média de crescimento no período foi de 1,17% ao ano, o que refletiu a continuidade do declínio generalizado da taxa de fecundidade verificada no decorrer dos últimos 30 anos no país. Os principais agentes de mudanças regionais ou até municipais podem ser diferentes, desse modo achamos importante apresentar cada cidade e sua respectiva população residente, para que as devidas comparações sejam feitas.

Os serviços de saúde ligados ao SUS são, portanto, o objeto de análise e é com foco neles que nossa leitura, centrada na concentração de serviços a partir da cidade de Presidente Prudente, dará ênfase à rede de estabelecimentos públicos e à rede privada complementar. Nesse sentido, apresentaremos a rede de estabelecimentos e de especialidades no âmbito estadual, regional e municipal. Tomaremos como referenciais os documentos oficiais estaduais e do governo municipal, bem como dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do DATASUS, via Ministério da Saúde do Governo Federal.

Apesar de a questão regional ser amplamente debatida, tanto na produção de conhecimento científico como na elaboração e na execução de políticas públicas, conceitos como ordenamento territorial, regionalização e região são usados de forma ainda polissêmica nas diferentes políticas setoriais e nos diferentes períodos. Além disso, verifica-se que a formulação de políticas setoriais baseadas na regionalização ocorre de forma desarticulada, mesmo tendo em comum o elemento “território”. (DUARTE, CONTEL E BALBIM, 2013, 147)

Ainda que a descentralização do SUS seja municipalista, sua organização apresenta uma lógica hierarquizada que precisa ser considerada. Essa lógica está associada à densidade tecnológica e complexidade dos tratamentos resultando em escalas populacionais distintas para diferentes níveis de cuidado. Quanto mais complexo o tratamento, mais densa a tecnologia necessária para garantir atenção adequada à saúde. Uma proposta que visa conciliar o princípio da descentralização com a lógica hierarquizada dos serviços é a regionalização que tem sido compreendida no âmbito das políticas de saúde como a definição de regiões de saúde, em geral, em espaços contíguos que permitam garantir a integralidade do acesso e melhorar a eficiência na produção dos serviços de saúde mais complexos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A regionalização é um processo fundamental para o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS) e instrumento utilizado para alcançar seus princípios fundamentais: a universalidade, a integralidade e a equidade. O processo de regionalização possibilita a definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde.

A região de saúde, ainda que inferida em razão do disposto no art. 198 da Constituição, não foi de imediato disciplinada. A Lei nº 8.080, de 1990, não dispôs sobre região de saúde como um instituto; tratou da regionalização, sem contudo, disciplinar a região de saúde, o que somente ocorreu com o Decreto nº 7.508, de 2011, ainda que portarias ministeriais o tivessem feito, sem o mesmo peso e segurança jurídica de um decreto disciplinador da Lei nº 8.080. A questão mais relevante para o sistema foi a descentralização das ações e serviços de um ente federativo para outro. Era necessário primeiro descentralizar o que estava em nível governamental fora de sua vocação para depois ordenar as regiões de saúde. (SANTOS, 2017, p.1283)

As regiões de saúde, a partir do DECRETO 7.508/11, são denominadas como um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. A dimensão de uma região de saúde em sua concepção

varia de acordo com critérios geográficos, administrativos, demográficos, epidemiológicos, sociais e culturais, levando-se em conta os recursos de saúde disponíveis e os necessários para todos os níveis de atenção, mas na sua execução os limites impostos são barreiras e problemas enfrentados principalmente pelos estabelecimentos de maior complexidade, como hospitais, emergências que acabam atendendo um público além do que é pensado ou organizado. As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT (Art. 4º). Além das diretrizes gerais sobre a organização das regiões de saúde no SUS, deverão ser observadas outras de relevância para a organização das ações e serviços de saúde em Rede de Atenção à Saúde na Região e, conseqüentemente, para a implementação das Políticas de Saúde, conforme o Decreto 7.508/11. Diretrizes para o planejamento regional integrado; Diretrizes para o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde; Diretrizes para a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES); Diretrizes para a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); Diretrizes para a conformação do Mapa da Saúde Os objetivos das Regiões de Saúde é garantir o acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços de saúde de promoção, proteção e recuperação, organizados em rede de atenção à saúde, assegurando um padrão de integralidade; efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de um ente da Federação para outro, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; buscar a conjugação interfederativa de recursos financeiros e outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais, buscando a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência. (BRASIL, 2011)

Como a Constituição não dividiu entre os entes federativos o que caberia a cada um na saúde, com a Lei nº 8.080, de 1990, repartindo essas atribuições de modo a não facilitar a definição das responsabilidades, restou para os entes federativos definir entre si, de modo nacional, estadual e regional as minúcias executivas na saúde, nas instâncias intergestores, cabendo ao contrato organizativo de ação pública da saúde a fixação desses acordos interfederativos, restrito a cada região de saúde, conforme disposto no Decreto nº 7.508, de 2011, para garantir, com segurança jurídica, as responsabilidades conjugadas e autônomas ao mesmo tempo pela organização, execução, financiamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde. (SANTOS, 2017, p.1283)

Quadro 7-Diretrizes para a organização das Regiões de Saúde no SUS

- | |
|--|
| <p>1. Instituir um processo de avaliação do funcionamento das atuais regiões de saúde, pelos estados e municípios, a ser pactuado pelas Comissões Intergestores Bipartite, para cumprimento do art. 5º do Decreto 7.508/11, devendo ser informado à Comissão Intergestores Tripartite; 2. Instituir a Região de Saúde como o espaço geográfico contínuo constituído por municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados, de modo a imprimir uma unicidade ao território regional; 3. Constituir a Comissão Intergestores Regional (CIR) na Região de Saúde, como a instância de pactuação da organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde,</p> |
|--|

formada por todos os gestores municipais da região de saúde e o gestor estadual ou seu representante;

4. Observar as políticas de saúde, na organização e execução das ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência-emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de outros que venham a ser pactuados, que garantam o acesso resolutivo e em tempo oportuno; 5. Pactuar os fluxos assistenciais e reconhecer as necessidades econômicas, sociais e de saúde da população na região; 6. Reconhecer que a Região de Saúde, no que se refere à sua composição político-administrativa, é uma – Região Intraestadual, quando os municípios que a compõem são todos de um mesmo estado, ou – Região Interestadual, quando os municípios que a compõem são de estados diferentes.

Cabe às Comissões Intergestores Regional (CIR): – Reunir-se regularmente, mediante cronograma consensuado, para pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, objeto do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, elaborando o seu regimento interno; – Instituir câmaras técnicas da CIR, para assessoramento dos gestores que a compõem;

Cabe às Comissões Intergestores Regional (CIR): – Pactuar o rol de ações e serviços que serão ofertados, com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES); – Pactuar o elenco de medicamentos que serão ofertados, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); – Pactuar critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços; Planejar regionalmente e de acordo com a definição da política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus Planos de Saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde; – Pactuar diretrizes, de âmbito regional, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, de acordo com a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30/12/2010, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos, na região de saúde; Pactuar responsabilidades de cada ente federativo na região de saúde, a partir da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias, que deverão estar expressas no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde; Incentivar a participação da comunidade, garantindo o disposto no art. 37 do Decreto 7.508/2011; – Pactuar diretrizes complementares às nacionais e estaduais para o fortalecimento da co-gestão regional; – Monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde e em particular o acesso às ações e serviços de saúde.

Cabe às Comissões Intergestores Bipartite (CIB): – Pactuar, de acordo com as diretrizes nacionais, as diretrizes estaduais sobre Regiões de Saúde e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; – Pactuar a conformação das regiões de saúde no Estado e informar a Comissão Intergestores Tripartite; – Pactuar as regras de continuidade do acesso, para o atendimento da integralidade da assistência, às ações e aos serviços de saúde integrantes da rede de atenção à saúde, mediante referenciamento em regiões de saúde intraestaduais.

Cabe à Comissão Intergestores Tripartite (CIT): – Pactuar as diretrizes nacionais para a organização das regiões de saúde no SUS; – Discutir casos específicos da instituição de regiões de saúde, para além do disposto nestas diretrizes; – Pactuar as regras de continuidade do acesso, para o atendimento da integralidade da assistência, às ações e aos serviços de saúde integrantes da rede de atenção à saúde, mediante referenciamento em regiões de saúde interestaduais.

As Políticas Nacionais de Saúde de referência mínima para a organização das ações e serviços de saúde, que devem, conforme o Art. 5º do Decreto 7.508/11, estar presentes no território de uma Região de Saúde são: Política Nacional de Atenção Básica; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil e Materna; Política Nacional de Redução do Câncer do Colo do Útero e da Mama; Política Nacional de Saúde Bucal; Política Nacional de Saúde Mental; Política Nacional de Promoção da Saúde; Política Nacional de Urgências e Emergências; Política Nacional de Assistência Farmacêutica; e Programa Nacional de Imunização.

Fonte: Cartilha Entendendo o SUS (2017).

Disponível em <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2017.pdf>

Organizada pela autora

Quadro 8-Organização das ações e serviços de saúde. 2021

ATENÇÃO BÁSICA- A atenção básica, estruturada em todos os municípios da região, a partir de suas Unidades Básicas de Saúde com as respectivas equipes multiprofissionais, deverá constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema e ordenadora do cuidado em saúde, e: Fazer a adesão da clientela, identificando as suas necessidades de acordo com o perfil epidemiológico e fazendo a avaliação do risco individual e coletivo; Realizar ações de promoção e vigilância; Promover o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento resolutivo; Garantir a continuidade do cuidado, na rede de atenção à saúde; Acesso a apoio diagnóstico e terapêutico; Ofertar os medicamentos básicos indicados para atendimento de doenças ou de agravos, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA •Ambulatório de Atenção Especializada nas seguintes especialidades: – Básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e ginecologia/obstetrícia; – Especializadas: cardiologia, neurologia, oftalmologia e ortopedia; •Apoio Diagnóstico: radiologia simples, ultrassonografia, mamografia, endoscopia digestiva alta, eletrocardiografia e laboratório de análises clínicas.

URGÊNCIA-EMERGÊNCIA Serviço de Pronto-Atendimento, com funcionamento 24h, em todos os dias da semana, que garanta o atendimento às demandas de urgência e emergência, pelo menos nas áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia, traumatologia, clínica cirúrgica e saúde

mental; •Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192; Central de Regulação de urgência-emergência.

ATENÇÃO HOSPITALAR Estabelecimento hospitalar que ofereça atendimento nas seguintes áreas: clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia e traumatologia; Serviços de apoio diagnóstico: radiologia simples, ultrassonografia, eletrocardiografia e laboratório de análises clínicas

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL Centro especializado ambulatorial aberto, para atenção às doenças mentais e seus agravos; Unidade de acolhimento terapêutico transitório; Leitos psiquiátricos, preferencialmente em hospital geral, para atendimento aos agravos e doenças mentais.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE Promoção da Saúde, Desenvolvimento de ações intersetoriais para redução dos fatores de risco à saúde da população. Vigilância em Saúde Ambiental, Controle da qualidade da água para consumo humano; Mapeamento das situações de risco ambiental. Vigilância Sanitária; Cadastramento dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária; •Alimentação dos Sistemas de Informação de vigilância sanitária; •Inspeção sanitária dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária; Monitoramento e controle da infecção hospitalar; Realização de coletas para fins de fiscalização, monitoramento e qualidade de alimentos, medicamentos e água para o consumo humano; Manutenção de serviço de atendimento a denúncias e reclamações sobre alimentos e medicamentos. Informação e Análise de Situação de Saúde; Alimentação dos sistemas de informação da Vigilância em Saúde; Monitoramento e análise da situação de saúde da região. Vigilância Epidemiológica Prevenção de fatores de risco para doenças e agravos prioritários, conforme perfil epidemiológico da região; Notificação e investigação das doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública e realização de medidas de bloqueio para interrupção das cadeias de transmissão; Notificação e investigação de óbitos; Criação de comitê de notificação e investigação de óbitos maternos e infantis; Controle de vetores, reservatórios e hospedeiros em função do quadro epidemiológico da região; Vacinação: calendário básico; Busca ativa de casos de doenças de relevância e de acordo com o perfil epidemiológico da região; Confirmação laboratorial, conforme quadro epidemiológico da região; Prevenção de fatores de risco à saúde no ambiente de trabalho; Desenvolvimento de ações de promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis.

Fonte: Cartilha Entendendo o SUS (2017).

Disponível em <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2017.pdf>

Organizada pela autora

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido constitucionalmente como o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada. É dessa integração que nasce o sistema único,

sendo competência comum de todos os entes federativos o cuidado com a saúde. (SANTOS, 2017, p.1282)

O conceito global, integral da saúde das pessoas, que exige um conjunto interligado e complexo de atos sanitários de promoção, prevenção e recuperação, não há como um único ente realizar sozinho da vacina ao transplante. Essa inviabilidade se dá pelas abissais diferenças demográficas, geográficas e socioeconômicas dos municípios e pelo fato de o país ser uma federação, o que requer a um só tempo a descentralização das ações e serviços de saúde em razão da competência tripartida da saúde e a aglutinação das autonomias federativas em região de saúde em razão da integralidade da assistência. Descentralização político-administrativa e integralidade da assistência são dois nortes essenciais para se entender a organização sistêmica da saúde pública. (SANTOS, 2017, p.1283)

Esse desenho institucional de região, rede e responsabilidades sanitárias, coordenadas pelo estado, respeitadas as diretrizes e os objetivos nacionais, é o cerne da organização e funcionamento do SUS em seu caráter sistêmico

Essa integração de serviços na região é necessária para garantir a integralidade da saúde mediante o processo de referência de serviços, cabendo ao ente federativo de maior porte responder, na região, por serviços de maior complexidade que exigem escala e outras complexidades administrativas e tecnológicas, os quais poderão ser acessados por munícipes de outros municípios. Assim, um cidadão de um município pequeno, ao precisar de um serviço de maior complexidade, recorrerá aos serviços de outro, de maior porte, dentro da região de saúde; outro aspecto relevante é o fato de os municípios não serem obrigados a financiar serviços para munícipes que não são seus, em nome do interesse local constitucional; isso obriga os estados e a União a cofinanciarem as ações e os serviços de saúde

Unir os entes federativos em uma determinada região para delimitar o seu campo de atuação, organizar as referências de serviços dadas suas complexidades sanitárias, tecnológicas e financeiras, é imperativo ao SUS. Sem esse formato organizacional o SUS não consegue se viabilizar como sistema integral, universal e igualitária (SANTOS, 2017, p.1283). As Regiões de Saúde que ainda não apresentem todas as ações e serviços necessários para se garantir resolutividade do acesso deverão comprometer-se formalmente em implementá-los, em prazo estabelecido, no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, com metas expressas no Mapa da Saúde, conforme parágrafo único do Art. 5º do Decreto 7.508/11.

Além do formato territorial que determina a região de saúde, outros elementos são essenciais, dentre eles as redes de atenção à saúde que devem ser organizadas de modo hierarquizado quanto à complexidade tecnológica exigida pelo diagnóstico e tratamento. A atenção primária

em saúde deve ser a ordenadora de todo esse encadeamento sanitário-sistêmico, o elo entre a pessoa e suas necessidades em saúde em todos os níveis de complexidade tecnológica. A atenção básica, porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado em todas as suas dimensões, é o alicerce da atenção à saúde ordenando as redes e demais serviços. (SANTOS, 2017, p.1283)

O decreto, em seu art. 6º, dispõe ser a região de saúde a referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, fazendo nascer o planejamento regional, até então não disciplinado no âmbito do SUS, que deve integrar as necessidades de saúde da população da região, os serviços de todos os entes e os recursos financeiros, cabendo ao estado e à União promover a equidade regional, minorando as diferenças, transferindo recursos para a região em acordo às suas necessidades e características, com vistas à diminuir as assimetrias socioeconômicas e demográficas para que *os bens públicos deixem de ser exclusividade dos mais bens localizados*. A região de saúde está imbuída desse forte componente, de garantir ao cidadão o direito igual às ações e serviços de saúde próximos de onde sua vida acontece, sendo um cidadão completo, independentemente do lugar onde se encontre e não onerando nenhum ente federativo além de suas possibilidades socioeconômicas, demográficas e espaciais. (SANTOS, 2017, p.1284)

A região de saúde deve ser, em relação ao SUS nacional, o local da realização das necessidades de saúde do cidadão, o que resulta numa gestão compartilhada, cooperativa, ensejando o planejamento integrado, o financiamento regional e uma série de medidas que visem garantir governança na região, a política e a operativa, como os colegiados interfederativos regionais, do qual o decreto tratou e que deve ser interpretado em consonância com a lei 12.466, publicada meses depois. As comissões intergestores regional podem ser tidas como o espaço deliberativo de uma região de saúde, cabendo a elas nomear uma diretoria executiva para que se possa, assim, garantir governança regional na região de saúde (SANTOS, 2017, p.1284)

O planejamento do SUS deve, ao mesmo tempo em que atende as necessidades de saúde locais, respeitar e ser consoante ao planejamento nacional que garante a unicidade política e operativa do sistema público de saúde

Os conceitos de região e regionalização, redes e centralidade na saúde e no ordenamento do território em si são as bases teórico-conceituais essenciais ao entendimento do ordenamento territorial que tem a saúde como objeto da política pública para se compreender os pressupostos metodológicos de uma política pública de saúde que, efetivamente, considere a diversidade regional brasileira. (DUARTE, L. S.; BALBIM, R. ; CONTEL, F. B., 2013, p. 100)

A Constituição da República Federativa do Brasil traz entre seus elementos fundadores a “redução das desigualdades sociais e regionais” (Brasil, 1988, Artigo 3º, inciso III, Artigo 23, parágrafo único, Artigo 170, inciso VII), tendo como princípio que a semelhança entre

regiões, ao menos em relação a certas características básicas – como acesso a serviços e equipamentos essenciais –, é condição indispensável para a Unidade da Federação (UF) e o seu desenvolvimento, inclusive econômico, como definido nos princípios gerais da ordem econômica e financeira. Para tanto, a Constituição também incorpora os planos regionais e a definição de regiões como instrumentos para a execução de políticas públicas que assegurem esta coesão e o desenvolvimento nacional.

O contrato formal entre os entes municipais que conformam as regiões de saúde é institucionalizado apenas com o Decreto no 7.508, em 2011. Um dos objetivos desse decreto, que regulamenta a Lei no 8.080/1990, é dar maior segurança jurídica às relações interfederativas. Para isso, o documento prevê o contrato organizativo da ação pública da saúde (COAP), que define responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, formas de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada de ações e serviços de saúde, no âmbito das regiões de saúde. Também cria um instrumento de descrição geográfica, chamado Mapa da Saúde, que distribui os recursos físicos e humanos relacionados ao atendimento da população, bem como orienta as ações e os serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, compondo diversos indicadores para auxiliar no planejamento de gestão e identificação de desequilíbrios regionais. O decreto transformou ainda os CGRs na Comissão Intergestores Regional (CIR) e, além das regiões de saúde, criou a Rede de Atenção à Saúde, como uma nova forma de gestão regional de serviços e ações da saúde.

4.3 Síntese do Capítulo

O objetivo deste capítulo foi correlacionar os conceitos de região e regionalização, redes e centralidade com um princípio de ordenamento do território para a compreender o surgimento, a evolução e a execução da política pública que rege o Sistema Único de Saúde (SUS).

As redes urbanas são histórica e geograficamente produzidas, por isso, a relação entre a interação entre as cidades e a formação de redes urbanas é muito importante para a compreensão da evolução dessa política pública. Uma vez que a estruturação do espaço é, cada vez mais, um espaço em redes é através delas que a região se relaciona num movimento intenso de ideias, pessoas, mercadorias e informações formando “um conjunto de fixos e (um Hospital Regional, uma Santa Casa ou uma Unidade de Pronto Atendimento-UPA) e fluxos (intra ou interurbanos).

Assim como as redes, o conceito de região, que subsidia a estratégia de regionalização do SUS, também tem uma dupla interpretação: constitui a base territorial cujos elementos engendram o planejamento de uma rede de saúde e se constitui na unidade geográfica vinculada à divisão político-administrativa da federação para as ações e serviços de saúde no território, como as denominadas regiões de saúde.

Estudos, como o da REGIC (2018) forneceram contribuições básicas e anteciparam algumas das proposições teóricas sobre o tema das localidades centrais, o que nos ajuda a compreender as redes regionalizadas e hierarquizadas do Sistema Único de Saúde. À exemplo disso, podemos citar a hierarquia urbana fundamentada nos princípios de administração, princípios de mercado, e de alcance espacial máximo e o mínimo, e a existência de um padrão de distância entre as cidades de mesma importância, proposições que se constituem em base para as regionalizações dos serviços de saúde que estamos debatendo nesta tese e que se fundamentam na Teoria das Localidades Centrais (Christaller [1933] 1967).

5 A DRS DE PRESIDENTE PRUDENTE E O ALCANCE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.

Este capítulo possui grande detalhamento de informações sobre cada um dos municípios da DRS XI de Presidente Prudente e está, majoritariamente, organizado de modo

que os dados municipais sejam ora lidos com apuro, ora comparados dentro da DRS. Tal construção se deve a dois fatores, os quais serão expostos a seguir.

Primeiramente, a organização dos dados por municípios foi uma etapa da organização geral de dados que nos possibilitaram a visão de conjunto da DRS estudada, para posterior avaliação. A extração, organização e análise dos dados por município foi, portanto, motivada pela própria estrutura de dados do DATASUS, principal fonte de informações utilizadas neste capítulo.

Ao elaborarmos os quadros e tabelas, conformando nosso banco de dados, verificamos que essa disposição preliminar por municípios e, na sequência, formando conjuntos maiores, até a DRS, seria de grande utilidade para autoridades públicas, gestores de saúde e usuários do Sistema. Assim, esse segundo fator foi decisivo para que optássemos pelo detalhamento neste capítulo: intentamos que chegue, como separata, a esses agentes, como fonte de informações, que faremos após a defesa da tese.

Desse modo, ao leitor deste trabalho é facultada a leitura pormenorizada das informações, município por município, compondo as regiões de saúde (subcapítulo 5.3) e buscar as sínteses expostas a partir do subcapítulo 5.4 em diante.

5.1 Caracterização preliminar da DRS Presidente Prudente

A normatização do sistema estabelece que todos os 45 municípios do DRS Presidente Prudente devem, obrigatoriamente, ofertar os serviços de Atenção Primária. Já os procedimentos de média complexidade que compõem a Atenção Secundária deverão ser pactuados entre os municípios que compõem as Regiões de Saúde, nesse caso são cinco: Alta Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari, Extremo Oeste Paulista e Pontal do Paranapanema

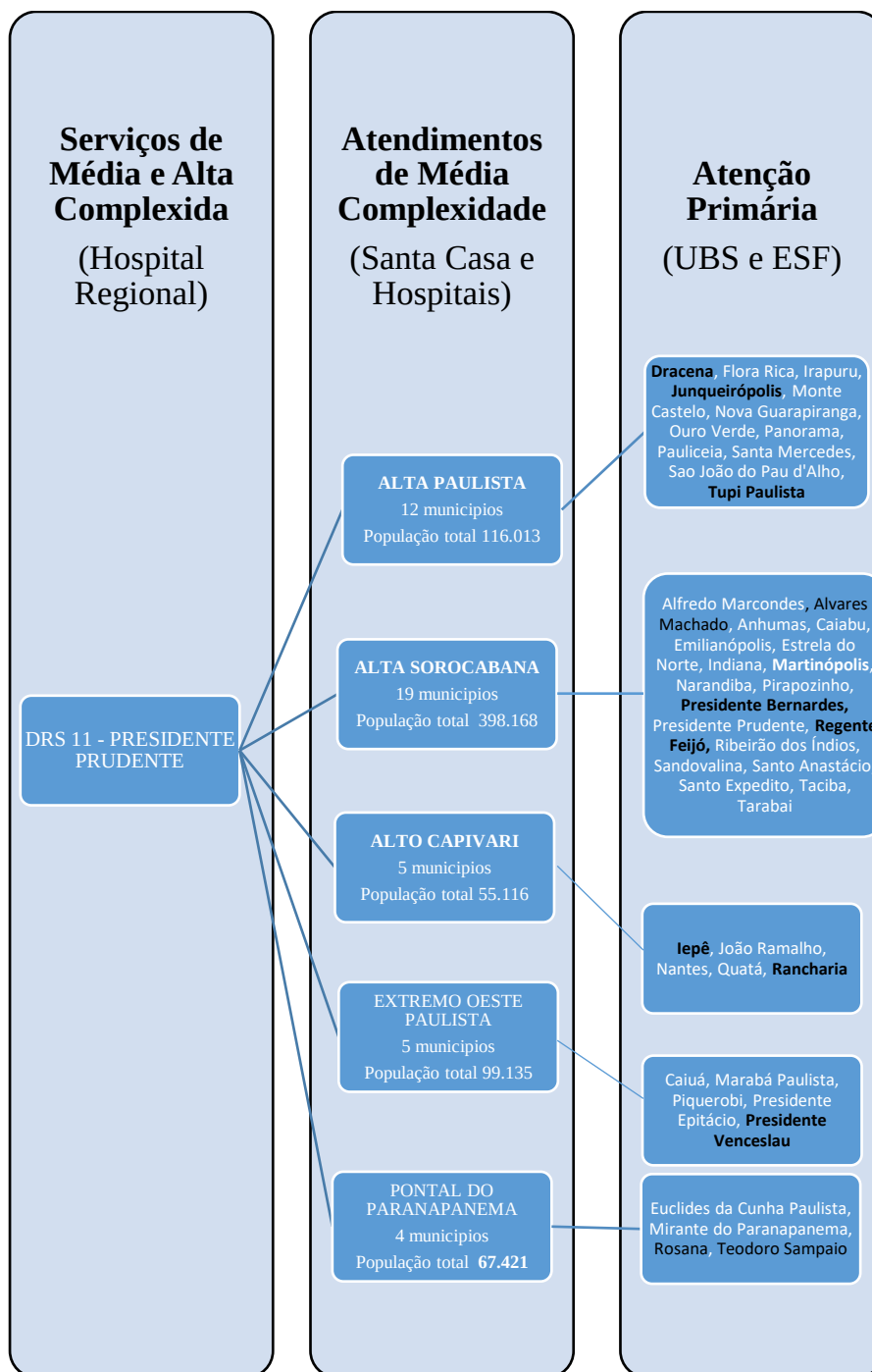
Os procedimentos não realizados na microrregião, geralmente os de alta complexidade, são pactuados pelos municípios diretamente para Presidente Prudente, que atua enquanto cidade polo de sua Região Saúde, ofertando, portanto, além da atenção básica, os procedimentos de média e alta complexidade.

O DRS XI Presidente Prudente está subdividido em cinco Regiões de Saúde. A primeira evidência empírica da heterogeneidade na conformação desse recorte é o número de municípios que as formam. As menores regiões de saúde neste quesito são formadas por apenas quatro

municípios, como a do Pontal do Paranapanema, e por cinco, como a Alto Capivari e Extremo Oeste Paulista, enquanto as maiores são formadas por dezenove municípios, como a região de saúde da Alta Sorocabana e por doze municípios, denominada Alta Paulista.

A heterogeneidade entre as regiões também é evidenciada pelo porte populacional. Segundo a população estimada em 2021 pelo IBGE a região de saúde da Alta Sorocabana, possui uma população total de 398.168 – lembrando que só o município de Presidente Prudente tem 228.743 habitantes – mesmo assim o contingente populacional dessa região supera o valor total da Alta Paulista com 116.013. Por outro lado, temos a Região de Saúde Alto Capivari com população total 55.116, que tem menos habitantes que o município de Presidente Prudente. Deste modo, vamos apresentar a figura 17 e o quadro 9 com o intuito de ilustrar essas informações.

Figura 17-DRS XI de Presidente Prudente. Organização dos Serviços de Saúde. 2021



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde.

Disponível em <https://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>.

Organizado e elaborado pela autora.

Quadro 9- DRS XI Presidente Prudente. Municípios somente Unidade de Saúde Básica ou Estratégia Saúde da Família. 2021

Região de Saúde	Municípios
Alta Paulista	Flora Rica, Irapuru, Monte Castelo, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Pauliceia, Santa Mercedes, São João Pau d'Alho
Alta Sorocabana	Alfredo Marcondes, Anhumas, Caiabú, Emilianópolis, Estrela do Norte, Indiana, Narandiba, Ribeirão dos Índios, Sandovalina, Santo Expedito, Taciba, Tarabai
Alta Capivari	João Ramalho, Nantes
Extremo Oeste Paulista	Caiuá, Marabá Paulista, Piquerobi
Pontal do Paranapanema	Euclides da Cunha Paulista

Em relação à configuração urbana interna das 63 regiões de saúde paulistas, foi possível verificar a existência de regiões que contam com centros urbanos identificados nas maiores hierarquias da REGIC 2018 e, no outro extremo, recortes regionais formados apenas por municípios classificados como centros locais, cuja centralidade e polarização não extrapolam os limites do seu município, servindo apenas aos seus habitantes.

No que tange à DRS XI de Presidente Prudente, a maior parte e seus municípios fazem parte do Arranjo Populacional de Presidente Prudente e na REGIC 2018, publicada em 2020, somente quatro municípios da DRS XI não são consideradas centro locais, são elas:

- Presidente Prudente: Capital Regional C (Região da Alta Sorocabana)
- Dracena: Centro Subregional B (Região da Alta Paulista)
- Presidente Epitácio: Centro de Zona A (Extremo Oeste Paulista)
- Presidente Venceslau: Centro de Zona A (Extremo Oeste Paulista)

A seguir, é apresentado um quadro-resumo (quadro 10) com características ligadas à hierarquia de saúde da DRS XI de Presidente Prudente

Quadro 10-DRS XI de Presidente Prudente. Características ligadas à hierarquia de saúde

A Região do Alto Capivari não tem nenhum município que não sejam centro local. O hospital de referência é o Hospital e Maternidade de Rancharia.
A Região Extremo Oeste Paulista tem dois municípios com o mesmo nível de centralidade. Presidente Epitácio e Presidente Venceslau são Centro de Zona A.
Dos 45 municípios que fazem parte da DRS XI onze possuem penitenciárias, em alguns casos mais de uma unidade. Mesmo que as unidades prisionais tenham sua própria equipe de saúde, para atendimentos de média e alta complexidade essa população carcerária utiliza os hospitais de referência de cada região.

O Hospital Regional de Presidente Prudente é o único estabelecimento que possui um aparelho de Ressonância Magnética utilizado pelo SUS. Esse fato se repete com o aparelho de Tomografia, mas o AME de Dracena tem um aparelho, mas só para uso ambulatorial.
Os Equipamentos de Hemodiálise que são referenciados pelo SUS podem ser encontrados somente em Presidente Prudente e Dracena, mas esse último só recebe pacientes de lá.
Mirante do Paranapanema tem um Ambulatório Médico de Especialidades (Usina Conquista do Pontal) sob gestão municipal.
A Santa Casa de Panorama esteve fechada por um tempo pela vigilância sanitária, e reabriu no final de 2019 com restrições de atendimento.
Primavera (distrito de Rosana) possui um Hospital Estadual, mas não atende as demandas nem da sua própria Região de Saúde, pois os pacientes de Mirante do Paranapanema se dirigem para Presidente Prudente. A falta de profissionais e a localização (distância) são fatores que fazem com que o Hospital não tenha uma forte centralidade.
Panorama e Presidente Epitácio são porta de entrada de pacientes oriundos do Mato Grosso do Sul. Em tempos normais essa proximidade já é vista como problema, devido a utilização dos estabelecimentos de saúde de Região. Em tempos de pandemia a atenção tem sido redobrada. (na segunda metade de 2021 a cidade de Bataguassu está em situação crítica em número de infectados e mortes por COVID-19)
Santa Mercedes, situada na Região do Alto Capivari, era um dos poucos municípios do Estado de São Paulo que não possuía nenhum caso de COVID-19 na segunda metade de 2021.
O Hospital Regional de Presidente Prudente é o hospital referência para pacientes com covid-19.
A Santa Casa de Dracena foi outro hospital que teria leitos para pacientes com COVID-19, mas sofreu com a falta de equipamentos.

5.2 Heterogeneidade da rede e as políticas de regionalização da saúde: do sistema brasileiro às relações na DRS XI

Neste subcapítulo, apresentamos mais que uma caracterização dos estabelecimentos de saúde em diferentes escalas, discutimos também uma heterogeneidade da rede e nas políticas de regionalização. Com intuito de responder ao objetivo específico que versa sobre “avaliar, no âmbito da rede urbana brasileira, os papéis regionais das cidades médias a partir dos conceitos e ideias de alcance espacial e interações espaciais, tomando-se os fluxos populacionais em busca de serviços de saúde e a concentração de serviços de saúde especializados nas cidades médias como elementos empíricos principais”, realizamos um profundo levantamento e uma sistemática organização de informações desde sítios e publicações do IBGE e do DATASUS.

Deste modo, com o intuito de apresentar e analisar o conjunto de estabelecimentos de saúde, por meio dos quais é prestado um elenco diversificado de ações e serviços, selecionamos

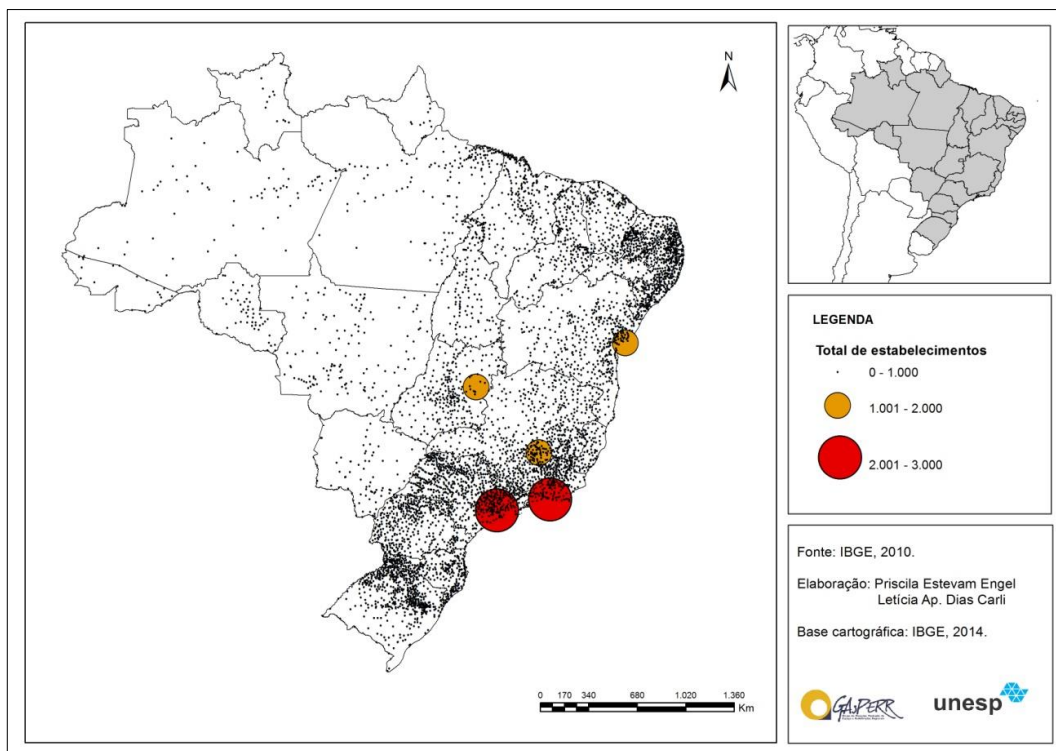
a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, realizada pelo IBGE, que investiga todos os estabelecimentos de saúde existentes no Brasil que prestam assistência à saúde individual ou coletiva, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação, inclusive aqueles que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia e controle regular de zoonoses, com o objetivo básico de revelar o perfil da capacidade instalada e da oferta de serviços de saúde no Brasil. A partir desse banco de dados sobre serviços de saúde disponibilizado pelo IBGE, organizamos tabelas com nível de agregação a partir dos municípios, com o total de estabelecimentos, leitos e equipamentos de média e alta complexidade, como raios-x, mamógrafos, tomógrafos, entre outros.

Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária foi desenvolvida pelo IBGE com o apoio do Ministério da Saúde, visto que pode contribuir para a identificação das demandas regionais por investimentos públicos no setor. Além disso, em conjunto com outros indicadores, como população e renda, pode subsidiar a implementação de programas mais diversificados, de modo a suprir as carências específicas identificadas em prol de um acesso mais abrangente da população aos serviços de saúde no país (IBGE, 2017).

Contudo, a população pode ter dificuldade no acesso à saúde, resultante, entre outras causas, da concentração de profissionais e serviços em determinadas regiões, bem como da carência, ou mesmo inexistência, dos mesmos em vários municípios. O reordenamento da formação e do trabalho em saúde e a reorganização e implantação de uma rede de serviços de saúde, em conformidade com os critérios de eficiência de escala e das necessidades loco-regionais, configuram-se pontos a serem priorizados. Podemos ver a representação espacial dos dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária nas tabelas, gráficos e mapas a seguir (mapas 1, 2, 3 e 4).⁷ O procedimento exigiu grande organização antes da representação cartográfica dos dados e o detalhamento dessas técnicas pode ser consultada na seção sobre metodologia desta tese (item 1.2.3).

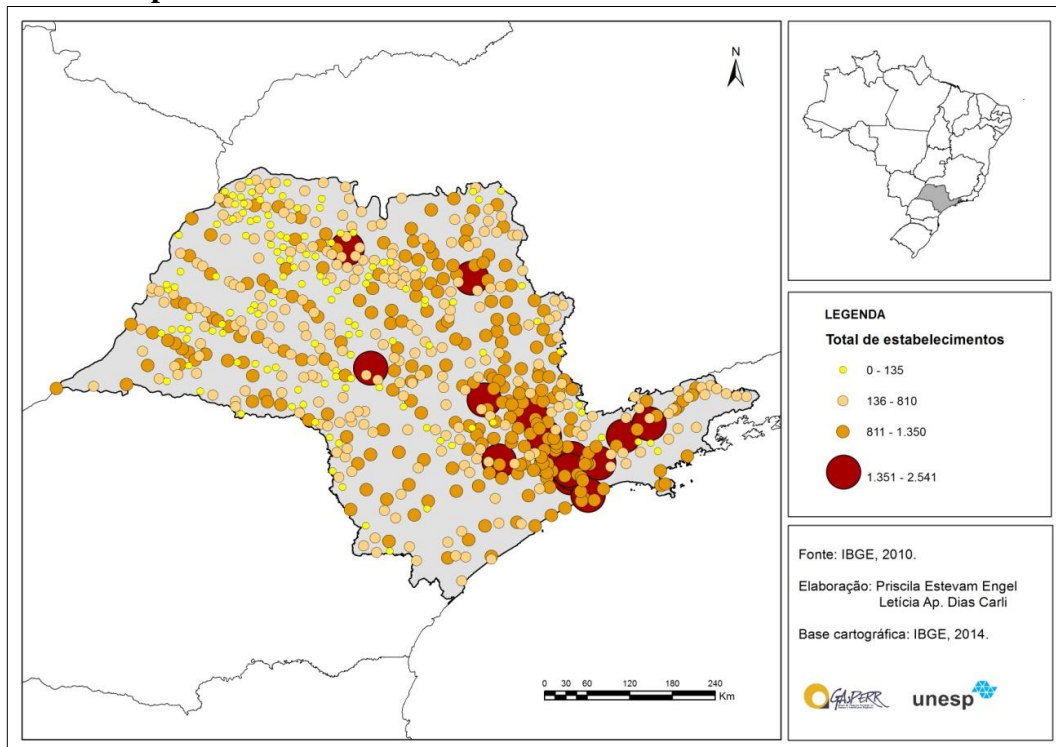
Mapa 1- Brasil. Total de estabelecimentos de saúde. 2017.

⁷ A cartografia descrita nos mapas um, dois, três e quatro produzida ou adaptada ou organizada pela autora desta tese, com apoio técnico da geógrafa Letícia Aparecida Dias Carli.



Fonte das informações: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel e Letícia Aparecida Dias Carli

Mapa 2 – São Paulo. Total de Estabelecimentos de Saúde. 2017.



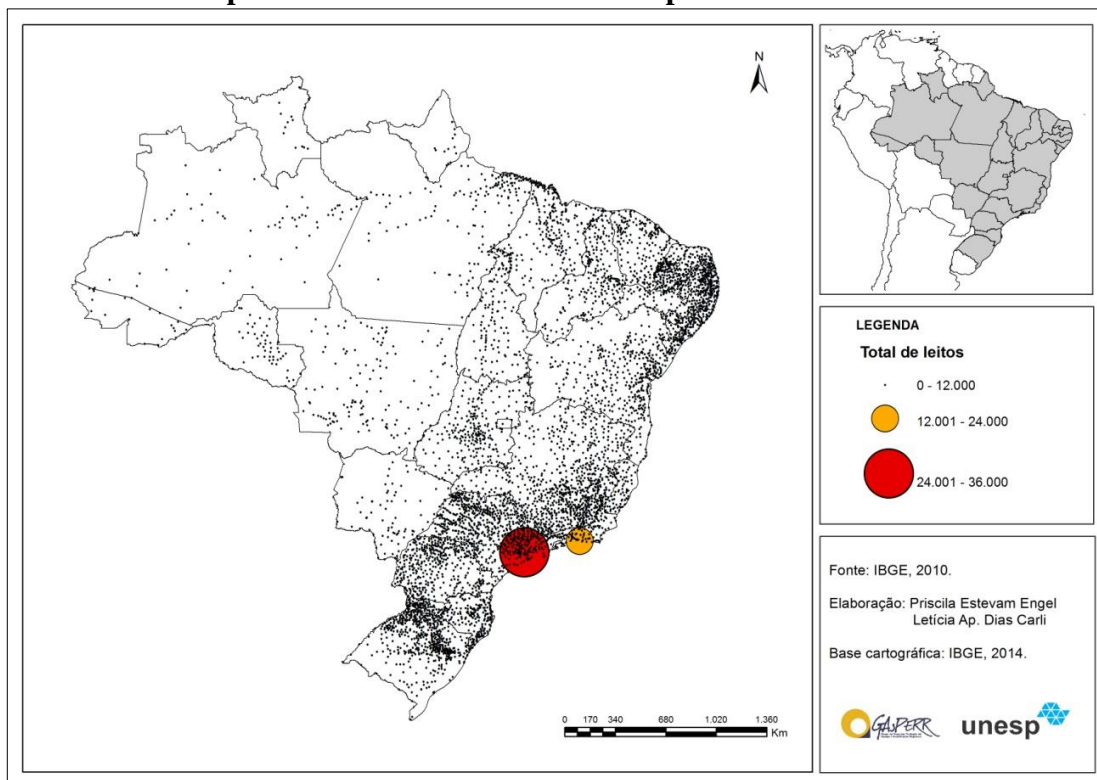
Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel e Letícia Aparecida Dias Carli

Os mapas 1 e 2 mostram o total de estabelecimentos de saúde que cada município possui no Brasil e no Estado de São Paulo, respectivamente. No Mapa 1 podemos observar a concentração de estabelecimentos na região centro-sul do país e a rarefação na presença dos

mesmos à medida que nos deslocamentos para o interior do país. Destaque especial em termos de número de estabelecimentos merecem as grandes metrópoles, São Paulo e Rio de Janeiro, em segundo plano, Belo Horizonte, Brasília e Salvador.

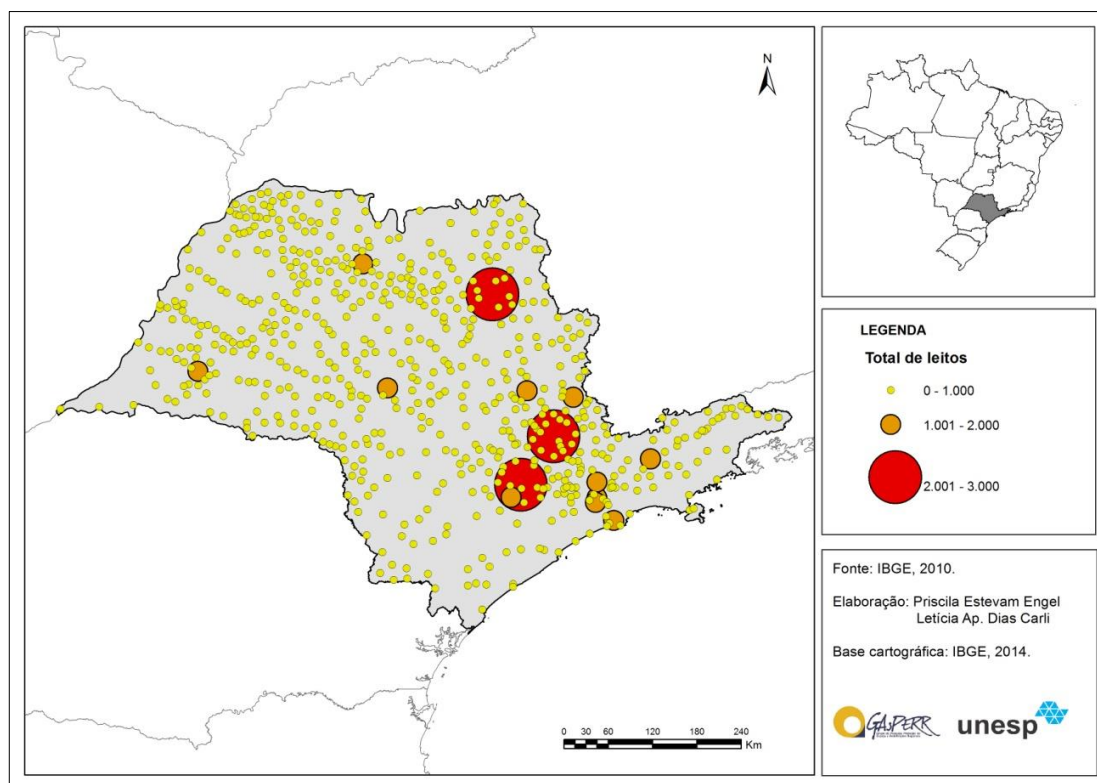
No Mapa 2, podemos ver a concentração dos estabelecimentos de saúde na cidade de São Paulo, com 2.541 estabelecimentos, e em sua região metropolitana, acompanhada dos municípios de Campinas e São José dos Campos, entre outros. Os números desses municípios podem não ser expressivos, se comparados com o município de São Paulo ou outras metrópoles. Entretanto, ao analisar cada cidade média e sua hinterlândia, percebemos que tais estabelecimentos atendem uma gama significativa de outros centros urbanos e seu alcance espacial apresenta potencial ainda maior.

Mapa 3 – Brasil. Total de Leitos disponibilizados. 2017.



Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel e Leticia Aparecida Dias Carli

Mapa 4 – São Paulo. Total de leitos disponibilizados. 2017



Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.
 Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel e Letícia Aparecida Dias Carli

Nos mapas 3 e 4 gostaríamos de realçar o total de leitos que cada município possui. Esse é um dado significativo, pois podemos pensar em grandes equipamentos de saúde, como os hospitais universitários ou hospitais regionais, que possuem um número expressivo de leitos, podendo, assim, receber grandes fluxos regionais e incentivos do Estado para o atendimento regional. Quando observamos o mapa 4, podemos perceber a mesma concentração identificada com relação ao total de estabelecimentos de saúde, com destaque para as duas metrópoles nacionais, São Paulo, com 26.273 leitos, e Rio de Janeiro, com 20.756 leitos; além da importância de cidades médias, como São José do Rio Preto, Bauru e Presidente Prudente.

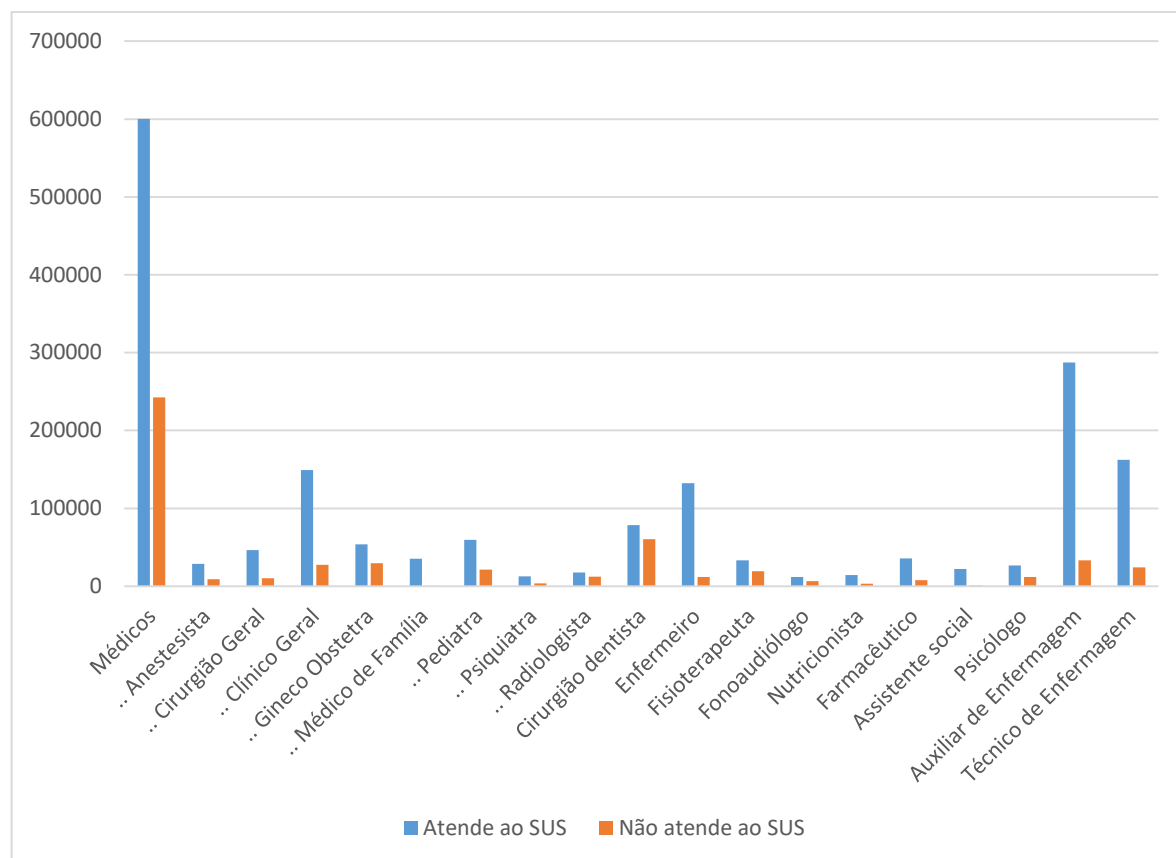
Outra variável que vamos apresentar sobre o panorama geral dos serviços de saúde brasileiro são os dados referentes ao número de profissionais do setor de saúde. Para isso, organizamos, então, a Tabela 1 e o Gráfico 3, expondo o efetivo de profissionais que atende e não atende ao SUS e a sua proporção por 1.000 habitantes para todo o território brasileiro.

Tabela 1 – Brasil. Recursos humanos (vínculos) na área da saúde. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	843100	600399	242701	4,40	3,14
.. Anestesista	37485	28622	8863	0,20	0,15
.. Cirurgião Geral	56235	46230	10005	0,29	0,24
.. Clínico Geral	176407	149021	27386	0,92	0,78
.. Ginecologista/Obstetra	83183	53664	29519	0,43	0,28
.. Médico de Família	35419	35316	103	0,18	0,18
.. Pediatra	80989	59685	21304	0,42	0,31
.. Psiquiatra	16125	12566	3559	0,08	0,07
.. Radiologista	30165	17759	12406	0,16	0,09
Cirurgião dentista	138826	78614	60212	0,73	0,41
Enfermeiro	144260	132313	11947	0,75	0,69
Fisioterapeuta	52577	33321	19256	0,27	0,17
Fonoaudiólogo	18241	11830	6411	0,10	0,06
Nutricionista	17316	14202	3114	0,09	0,07
Farmacêutico	43202	35511	7691	0,23	0,19
Assistente social	22790	21950	840	0,12	0,11
Psicólogo	38533	26721	11812	0,20	0,14
Auxiliar de Enfermagem	320598	287177	33421	1,67	1,50
Técnico de Enfermagem	186297	162314	23983	0,97	0,85

Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora

Gráfico 3 – Brasil. Recursos humanos (vínculos) na área da saúde. 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Para tentar compreender se há uma concentração espacial dos serviços de saúde, vamos pormenorizar os tipos de equipamentos e os profissionais existentes em cada um dos municípios da DRS XI Faremos, primeiramente, uma caracterização do Estado de São Paulo, para contextualizar a realidade com a qual estamos lidando. Seguem, então a tabela 2.

Tabela 2 - São Paulo. Equipamentos de saúde, por tipo. 2019.

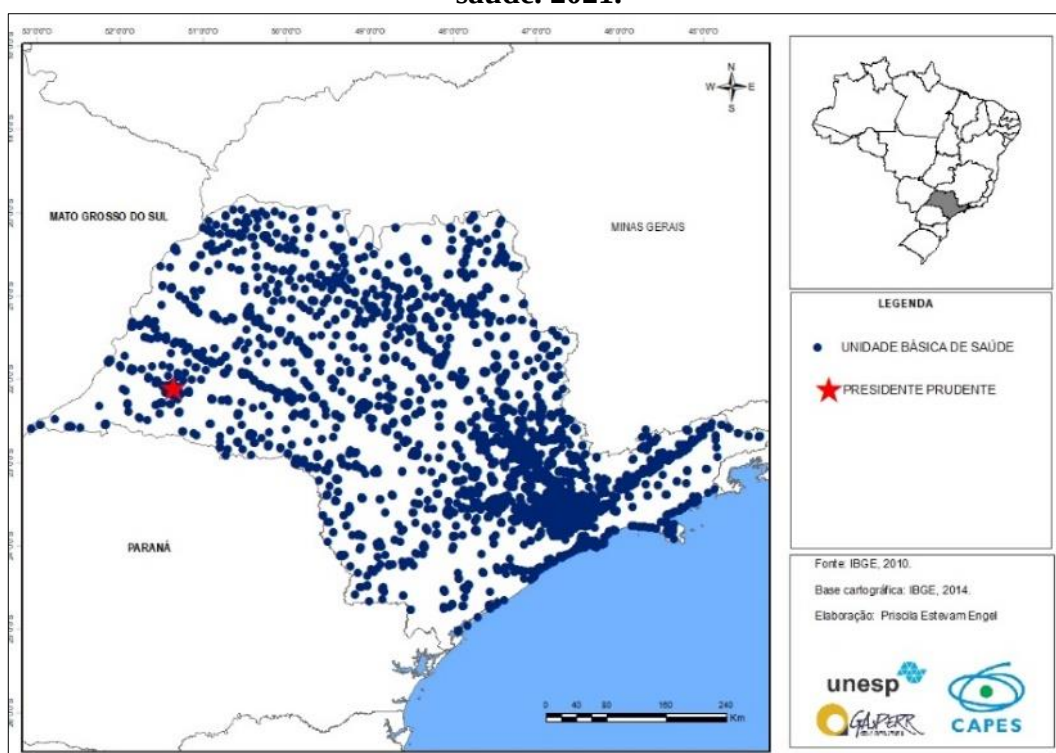
TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADES
Posto de Saúde	301
Centro de saúde/unidade básica	4801
Policlínica	2424
Hospital geral	738
Hospital especializado	152
Unidade mista	26
Pronto socorro geral	127
Pronto socorro especializado	19

Consultório isolado	52598
Clínica/centro de especialidade	11311
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	4599
Unidade móvel terrestre	141
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	863
Farmácia	431
Unidade de vigilância em saúde	303
Cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores na saúde	26
Centro de parto normal - isolado	2
Hospital/dia - isolado	187
Laboratório central de saúde pública lacen	4
Central de gestão em saúde	700
Centro de atenção hemoterapia e/ou hematológica	127
Centro de atenção psicossocial	535
Centro de apoio à saúde da família	33
Unidade de atenção à saúde indígena	9
Pronto atendimento	304
Polo academia da saúde	199
Telessaúde	8
Central de regulação medica das urgências	55
Serviço de atenção domiciliar isolado (home care)	193
Unidade de atenção em regime residencial	8
Oficina ortopédica	3
Laboratório de saúde pública	42
Central de regulação do acesso	190
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	24
Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde	71
Central de abastecimento	15
Centro de imunização	3

Fonte: DATASUS- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2019. Organizado pela autora.

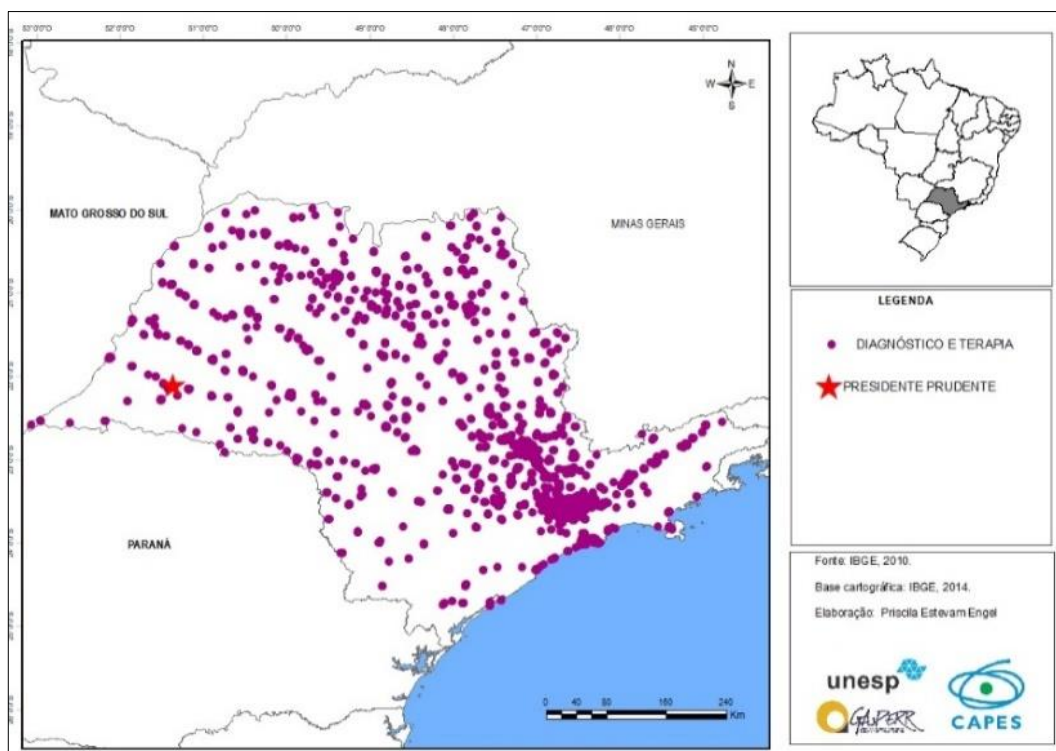
No conjunto de mapas (5 a 12) a seguir, podemos analisar a concentração dos serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo e, à medida que vamos nos distanciando dessa, como os serviços de saúde se mostram mais rarefeitos ou concentrados em cidades médias e/ou municípios com especialidades em saúde, como Barretos, Jaú e São José do Rio Preto. Ao mesmo tempo, os mapas também demonstram Presidente Prudente como um importante ponto em sua região.

Mapa 5- São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – unidades básicas de saúde. 2021.

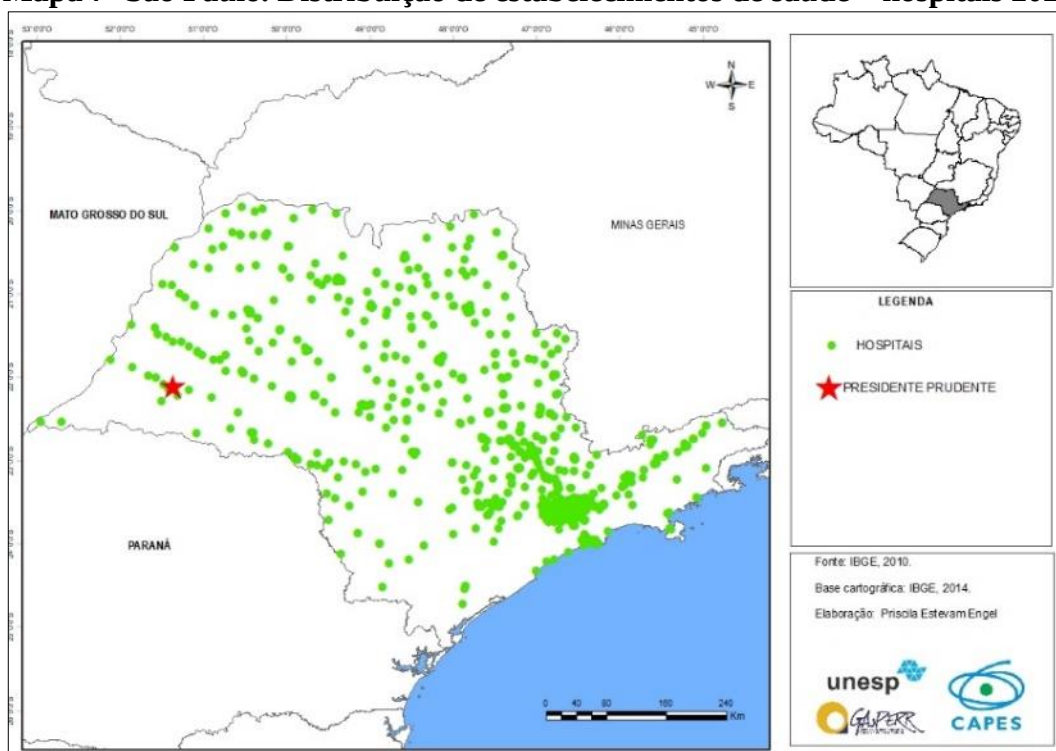


Fonte: DATASUS – Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES). 2021
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

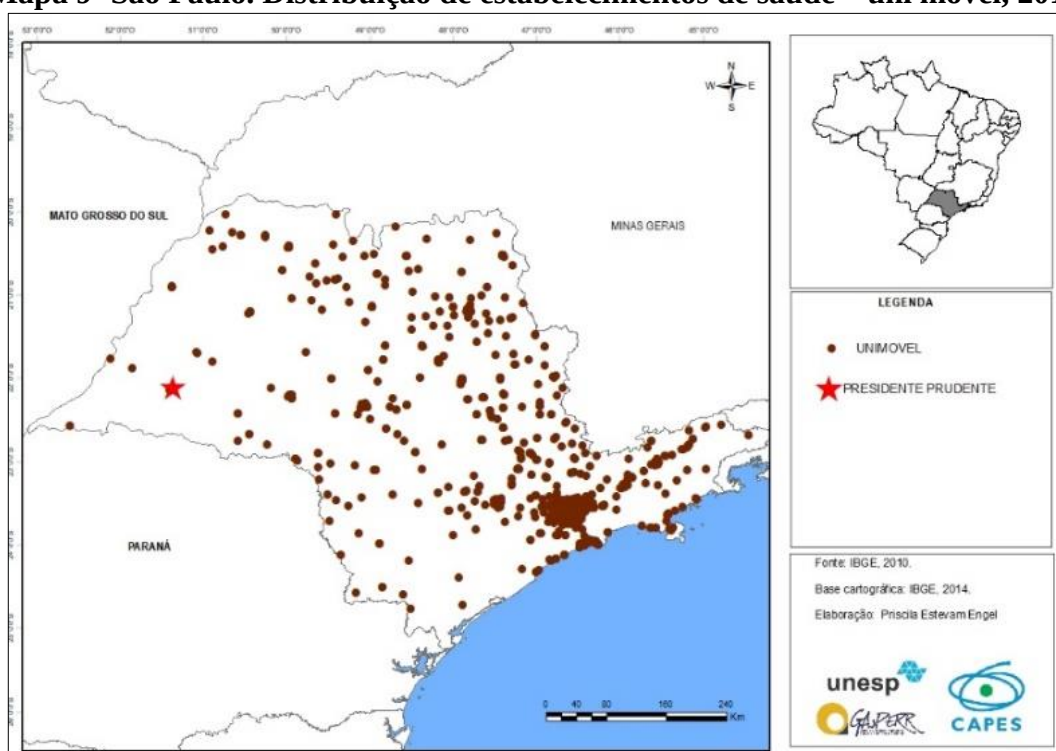
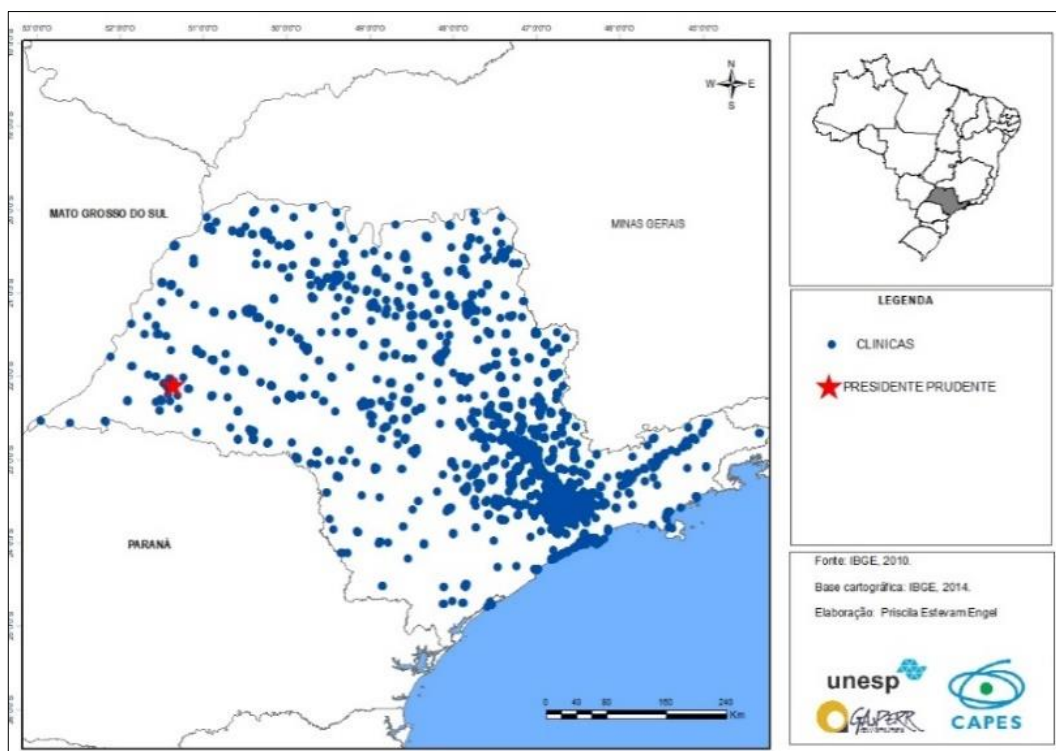
Mapa 6-São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde–diagnostico e terapia. 2021

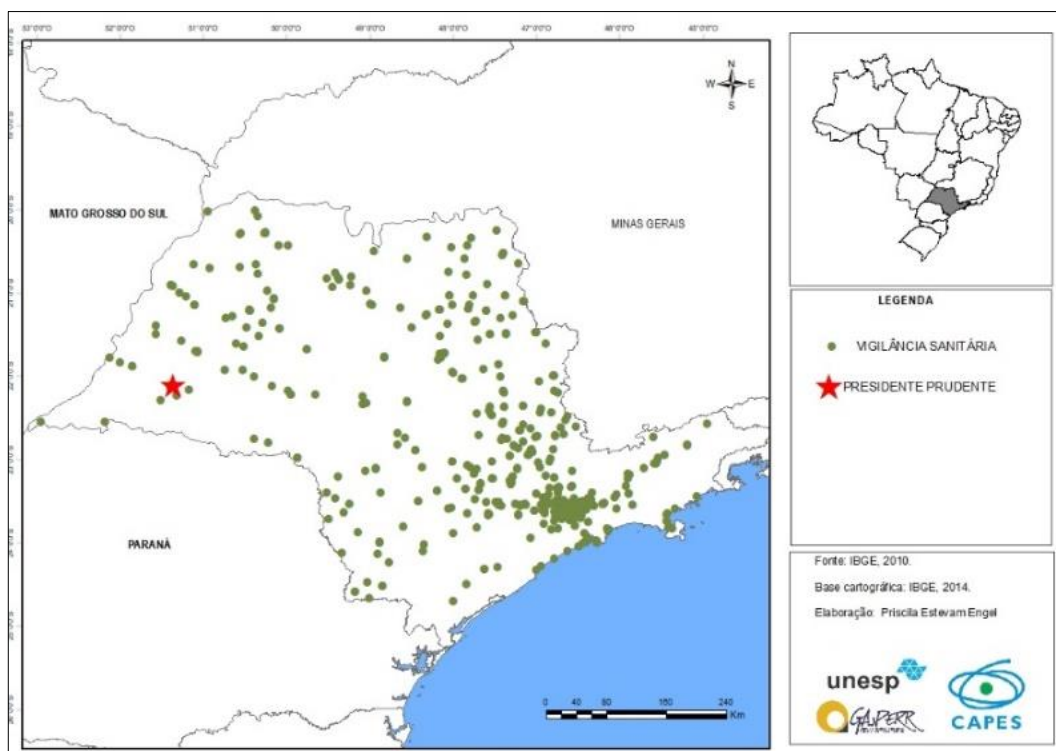


Mapa 7- São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – hospitais 2021



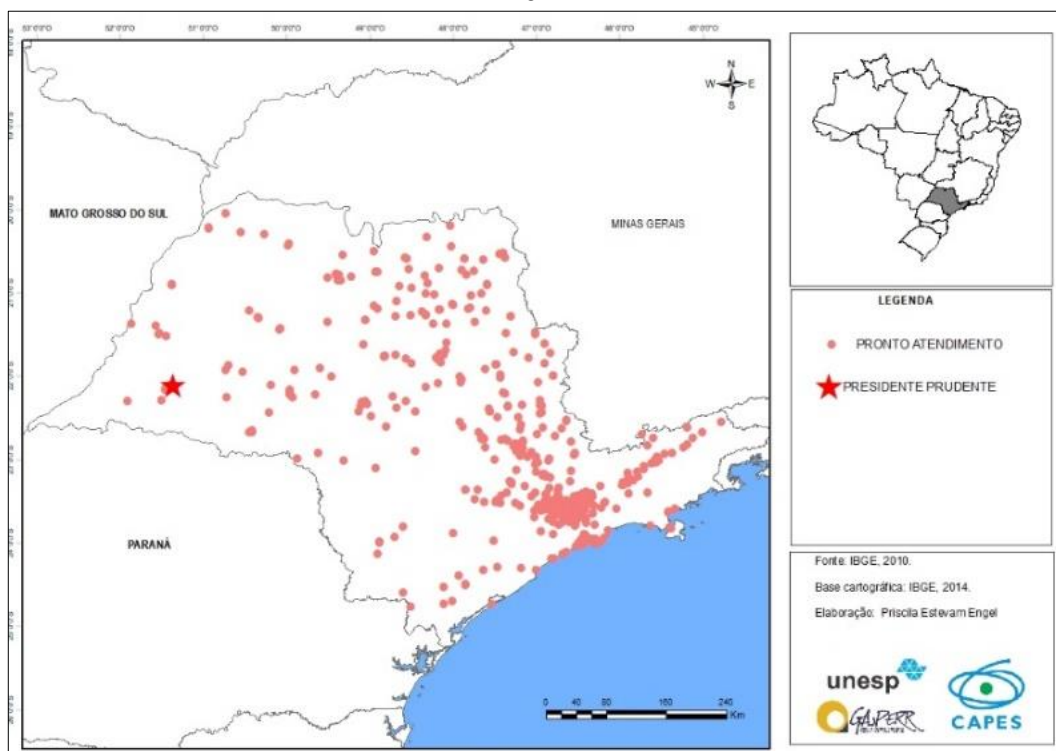
Mapa 8- São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – hospitais 2021





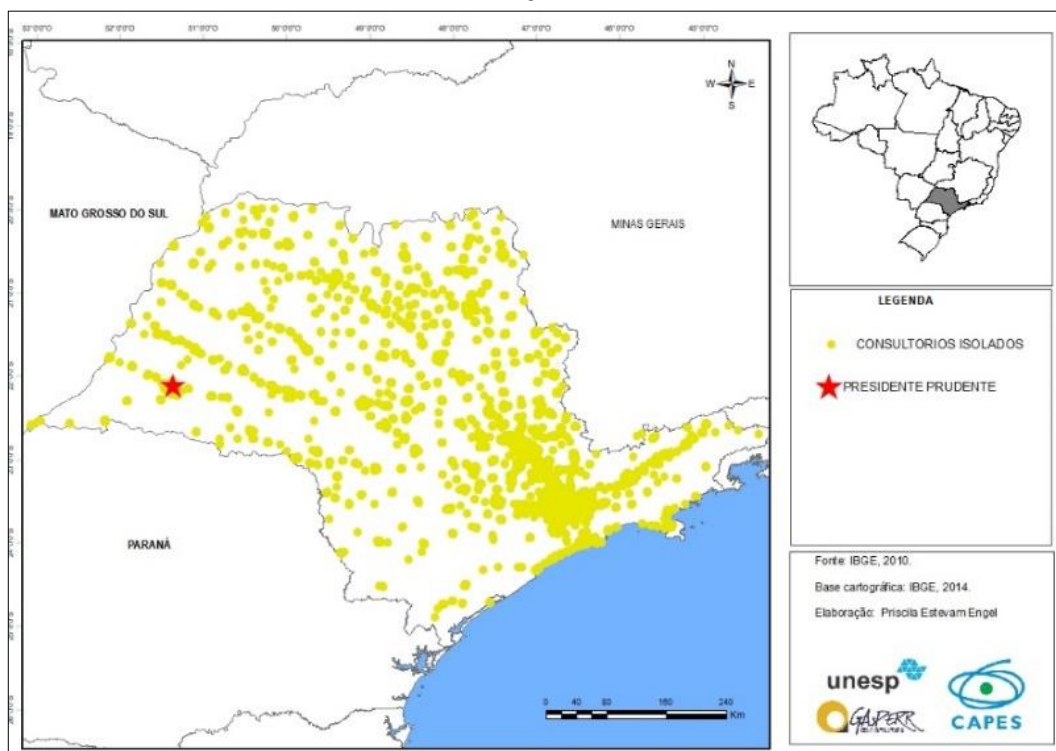
Fonte: DATASUS – Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES). 2021
 Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Mapa 11- São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – pronto atendimento 2021



Fonte: DATASUS – Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES). 2021
 Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Mapa 12-São Paulo. Distribuição de estabelecimentos de saúde – consultórios isolados 2021



Fonte: DATASUS – Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES). 2021

Produção cartográfica: Priscila Estevam Eng

A partir da análise da concentração dos serviços de saúde identificada nos mapas (5, 6, 7,8,9,10,11,12) podemos relacionar os argumentos de Pessoto (2010) no que diz respeito aos “sistemas funcionais de saúde”, que têm sua origem também nos estudos desenvolvidos pelo IBGE, que orientaram a proposta da “Divisão do Brasil em Regiões Funcionais Urbanas”, na década de 1970. Os estudos do IBGE de tal período partiram de duas perspectivas teóricas: os trabalhos sobre a rede urbana francesa, desenvolvidos por Michel Rochefort, e a Teoria dos Lugares Centrais, proposta por Christaller. Pessoto (2010) considera que o processo de regionalização do SUS buscou a mesma racionalidade.

Durante a primeira metade dos anos 2000

“Esse é um complicador na estruturação de uma rede regionalizada do SUS, mormente quando se tem como referência teórica estudos regionais de estados com redes de cidades historicamente mais antigas e com menor vigor na criação de novas cidades como ocorreu no Brasil nos últimos 30 anos” (PESSOTO, 2010, p. 159).

Pessoto (2010) também argumenta que as peculiaridades da rede urbana brasileira interferem sobremaneira nessa concepção de sistema, tendo em vista que as relações entre

idades não se encaixam em um único padrão espacial hierárquico e se dão em diferentes direções, inclusive se relacionando com cidades de outras regiões não contíguas.

O Pacto pela Saúde redefiniu as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e inseriu, definitivamente, a regionalização como diretriz estruturante da Política de Saúde, por meio do documento intitulado “Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS” (BRASIL, 2006). Conforme o documento, as Regiões de Saúde

[...] são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde [...]. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos (BRASIL, 2006, p. 23).

Sobre a peculiaridade das fronteiras internas na federação brasileira para a conformação de regiões de saúde, a normativa do Ministério da Saúde orientava que

Regiões de Saúde interestaduais são compostas, seguindo os critérios gerais já descritos acima, por municípios territorialmente contíguos, mas pertencentes a estados diferentes (dois ou mais) – situação comum a áreas limítrofes entre territórios estaduais. O desenho dessas Regiões de Saúde deve ser o que melhor responder às necessidades de saúde locais. Elas devem constar no Plano Diretor de Regionalização (PDR) dos estados envolvidos. Isso quer dizer que uma mesma Região de Saúde Interestadual fará parte de mais de um PDR (BRASIL, 2006, p. 24).

Esse debate é importante pelo fato de que a Região de Saúde de Presidente Prudente é uma região de divisa com outros estados, como o Paraná e o Mato Grosso do Sul, além de ter um papel central para municípios além dos limites políticos-administrativos do estado de São Paulo. Desse modo, a centralidade de Presidente Prudente e o alcance espacial dos serviços disponibilizados pela região são o cerne de nosso debate.

5.3 A distribuição dos serviços de saúde nos municípios do DRS XI de Presidente Prudente

Neste subcapítulo, primeiramente, caracterizamos os municípios que formam a Região de Saúde da XI DRS de Presidente Prudente, discutindo a situação dos serviços de saúde de cada um deles. Essa análise nos ajuda a compreender como as políticas públicas de saúde e o próprio SUS se organizam na região, isto é, quais municípios possuem ou não possuem determinados serviços de saúde. Justificando, com isso, deslocamentos populacionais em direção a Presidente Prudente e a centralidade que esta possui.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo estabelece, atualmente, uma partição do estado em 17 Departamentos Regionais de Saúde - DRS, divididos em 63 Regiões de Saúde, que correspondem às regiões das Comissões Inter gestores Regionais – CIR e, também, em 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS (conforme o Quadro 11 e a figura 18). Tanto os DRS como as RRAS apresentam grandes diferenças populacionais, com concentração nas regiões da Grande São Paulo e Campinas. Da mesma forma, as regiões de saúde não têm distribuição uniforme da população, com variação de 50 mil a 11 milhões de habitantes.

Quadro 11 - Composição da RRAS, DRS e Regiões de Saúde do Estado de São Paulo. 2019.

RRAS	DRS	REGIÕES DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	Nº
1	DRS 1 - Grande São Paulo	35015 Grande ABC	Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul	7
2	DRS 1 - Grande São Paulo	35011 Alto do Tietê	Arujá, Biritiba-Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel, Suzano	11
3	DRS 1 - Grande São Paulo	35012 Franco da Rocha	Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha, Mairiporã	5
4	DRS 1 - Grande São Paulo	35013 Mananciais	Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapeverica da Serra, Jquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra, Vargem Grande Paulista	8
5	DRS 1 - Grande São Paulo	35014 Rota dos Bandeirantes	Barueri, Carapicuíba, Itapeví, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Santana de Parnaíba	7
6	DRS 1 - Grande São Paulo	35016 São Paulo	São Paulo	1
7	DRS 4 - Baixada Santista	35041 Baixada Santista	Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos, São Vicente	9

7	DRS 12 - Registro	35121 Vale do Ribeira	Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariqueira-Açu, Pedro de Toledo, Registro, Sete Barras	15
8	DRS 16 - Sorocaba	35161 Itapetininga	Alambari, Angatuba, Campina do Monte Alegre, Capão Bonito, Cerquilha, Cesário Lange, Guareí, Itapetininga, Quadra, Ribeirão Grande, São Miguel Arcanjo, Sarapuí, Tatuí	13
8	DRS 16 - Sorocaba	35162 Itapeva	Apiaí, Barra do Chapéu, Bom Sucesso de Itararé, Buri, Guapiara, Itaberá, Itaoca, Itapeva, Itapirapuã Paulista, Itararé, Nova Campina, Ribeira, Ribeirão Branco, Riversul, Taquarivaí	15
8	DRS 16 - Sorocaba	35163 Sorocaba	Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Boituva, Capela do Alto, Ibiúna, Iperó, Itu, Jumirim, Mairinque, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tapira, Tietê, Votorantim	20
9	DRS 6 - Bauru	35061 Vale do Juru mirim	Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira Cesar, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itai, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Pirajú, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejuca	17
9	DRS 6 - Bauru	35062 Bauru	Agudos, Arealva, Avaí, Balbino, Bauru, Obrei, Cabralia Paulista, Duartina, Icanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis, Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajú, Piratininga, Presidente Alves, Reginópolis,	18
9	DRS 6 - Bauru	35063 Polo Cesta	Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratania, São Manuel, Torre de Pedra	13
9	DRS 6 - Bauru	35064 Jaú	Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boraceia, Brotas, Dois Córregos, Igarapó do Tietê, Itaú, Itapuí, Jaú, Mineiros do Tietê, Torrinha	12
9	DRS 6 - Bauru	35065 Lins	Cafelândia, Getulina, Guaiara, Lins, Pongai, Promissão, Sabino, Uru	8
10	DRS 9 - Marília	35091 Adamantina	Adamantina, Florida Paulista, Inúbia Paulista, Lucélia, Mariópolis, Osvaldo Cruz, Pacaembu, Pracinha, Sagres, Salmourão	10
10	DRS 9 - Marília	35092 Assis	Assis, Borá, Candido Mota, Cruzália, Florínia, Luteria, Maracá, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina, Tarumã	12
10	DRS 9 - Marília	35093 Marília	Álvaro de Carvalho, Alvinlândia, Campos Novos Paulista, Echaporã, Fernão, Gália, Garça, Guaimbê, Guarantã, Júlio Mesquita, Lupércio, Marília, Ocaçu, Oriente, Oscar Bressane, Pompéia, Quintana, Ubirajara, Vera Cruz	19

10	DRS 9 - Marília	35094 Ourinhos	Bernardino de Campos, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ibirarema, Ipaussu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Timburi	13
10	DRS 9 - Marília	35095 Tupã	Arco-íris, Bastos, Herculândia, Iacri, Parapuã, Queiroz, Rinópolis, Tupã	8
11	DRS 11 - Presidente Prudente	35111 Alta Paulista	Dracena, Flora Rica, Irapuru, Junqueirópolis, Monte Castelo, Nova Guarapiranga, Ouro Verde, Panorama, Pauliceia, Santa Mercedes, São João do Pau d'Alho, Tupi Paulista	12
11	DRS 11 - Presidente Prudente	35112 Alta Sorocabana	Alfredo Marcondes, Alvares Machado, Anhumas, Caiabu, Emilianópolis, Estrela do Norte, Indiana, Martinópolis, Narandiba, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Prudente, Regente Feijó, Ribeirão dos Índios, Sandovalina, Santo Anastácio, Santo Expedito, Taciba, Tarabai	19
11	DRS 11 - Presidente Prudente	35113 Alto Capivari	Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá, Rancharia	5
11	DRS 11 - Presidente Prudente	35114 Extremo Oeste Paulista	Caiuá, Marabá Paulista, Piquerobi, Presidente Epitácio, Presidente Venceslau	5
11	DRS 11 - Presidente Prudente	35115 Pontal do Paranapanema	Euclides da Cunha Paulista, Mirante do Paranapanema, Rosana, Teodoro Sampaio,	4
12	DRS 2 - Araçatuba	35021 Central do DRS II	Araçatuba, Auriflama, Bento de Abreu, Bilac, Guararapes, Guzolândia, Nova Castilho, Nova Luzitânia, Rubiácea, Santo Antônio do Aracanguá, Valparaíso	11
12	DRS 2 - Araçatuba	35022 Lagos do DRS II	Andradina, Castilho, Guaraçaí, Ilha Solteira, Itapura, Lavínia, Mirandópolis, Murutinga do Sul, Nova Independência, Pereira Barreto, Sud Mennucci, Suzanópolis	12
12	DRS 2 - Araçatuba	35023 Consórcio do DRS II	Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Birigui, Brauna, Brejo Alegre, Buritama, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Glicério, Lourdes, Luiziania, Penápolis, Piacatu, Santópolis do Aguapeí, Turiúba	17
12	DRS 15 - São José do Rio Preto	35151 Catanduva	Ariranha, Catanduva, Catiguá, Elisiário, Embaúba, Fernando Prestes, Irapuã, Itajobi, Marapoama, Novais, Novo Horizonte, Palmares Paulista, Paraíso, Pindorama, Pirangi, Sales, Santa Adélia, Tabapuã, Urupês	19
12	DRS 15 - São José do Rio Preto	35152 Santa Fé do Sul	Nova Canaã Paulista, Rubinéia, Santa Clara d'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita d'Oeste, Três Fronteiras	6
12	DRS 15 - São José do Rio Preto	35153 Jales	Aparecida d'Oeste, Aspásia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marínópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, Urânia, Vitória Brasil	16

12	DRS 15 - São José do Rio Preto	35154 Fernandópolis	Estrela d'Oeste, Fernandópolis, Guarani d'Oeste, Indiapora, Macedônia, Meridiano, Mira Estrela, Ouroeste, Pedranópolis, Populina, São João das Duas Pontes, São João de Iracema, Turmalina	13
12	DRS 15 - São José do Rio Preto	35155 São José do Rio Preto	Bady Bassitt, Bálsamo, Cedral, Guapiaçu, Ibirá, Icém, Ipiruá, Mirassol, Mirassolândia, Neves Paulista, Nova Aliança, Nova Granada, Onda Verde, Orindiuva, Palestina, Paulo de Faria, Potirendaba, São José do Rio Preto, Tanabi, Uchoa	20
12	DRS 15 - São José do Rio Preto	35156 José Bonifácio	Adolfo, Jaci, José Bonifácio, Mendonça, Monte Aprazível, Nipoã, Planalto, Poloni, Ubarana, União Paulista, Zacarias	11
12	DRS 15 - São José do Rio Preto	35157 Votuporanga	Álvares Florence, Américo de Campos, Cardoso, Cosmorama, Floreal, Gastão Vidigal, General Salgado, Macaubal, Magda, Monções, Nhandeara, Parisi, Pontes Gestal, Riolândia, Sebastianópolis do Sul, Valentim Gentil, Votuporanga	17
13	DRS 3 - Araraquara	35031 Central do DRS III	Américo Brasileiro, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Motuca, Rincão, Santa Lucia, Trabijú	8
13	DRS 3 - Araraquara	35032 Centro Oeste do DRS III	Borborema, Ibitinga, Itápolis, Nova Europa, Tabatinga,	5
13	DRS 3 - Araraquara	35033 Norte do DRS III	Cândido Rodrigues, Dobrada, Matão, Santa Ernestina, Taquaritinga	5
13	DRS 3 - Araraquara	35034 Coração do DRS III	Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, São Carlos	6
13	DRS 5 - Barretos	35051 Norte - Barretos	Altair, Barretos, Cajobi, Colina, Colômbia, Guaíra, Guaraci, Jaborandi, Olímpia, Severínia	10
13	DRS 5 - Barretos	35052 Sul - Barretos	Bebedouro, Monte Azul Paulista, Taiacu, Taiuva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro, Vista Alegre do Alto	8
13	DRS 8 - Franca	35081 Três Colinas	Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jariquara, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São José da Bela Vista	10
13	DRS 8 - Franca	35082 Alta Anhanguera	Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra	6
13	DRS 8 - Franca	35083 Alta Mogiana	Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ituverava, Miguelópolis,	6
13	DRS 13 - Ribeirão Preto	35131 Horizonte Verde	Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Sertãozinho	9

13	DRS 13 - Ribeirão Preto	35132 Aquífero Guarani	Cravinhos, Guatapara, Jardinópolis, Luís Antônio, Ribeirão Preto, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Serra Azul, Serrana	10
13	DRS 13 - Ribeirão Preto	35133 Vale das Cachoeiras	Altinópolis, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cassia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança, Santo Antonio da Alegria	7
14	DRS 10 - Piracicaba	35101 Araras	Araras, Conchal, Leme, Pirassununga, Santa Cruz da Conceição	5
14	DRS 10 - Piracicaba	35102 Limeira	Cordeirópolis, Engenheiro Coelho, Iracemópolis, Limeira	4
14	DRS 10 - Piracicaba	35103 Piracicaba	Águas de São Pedro, Capivari, Charqueada, Elias Fausto, Mombuca, Piracicaba, Rafard, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Maria da Serra, São Pedro	11
14	DRS 10 - Piracicaba	35104 Rio Claro	Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro, Santa Gertrudes	6
15	DRS 7 - Campinas	35072 Reg. Metrop. Campinas	Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Morungaba, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos, Vinhedo	19
15	DRS 7 - Campinas	35074 Circuito das Águas	Águas de Lindóia, Amparo, Lindóia, Monte Alegre do Sul, Serra Negra	5
15	DRS 14 - São João da Boa Vista	35141 Baixa Mogiana	Estiva Gerbi, Itapira, Mogi Guaçu, Moji Mirim	4
15	DRS 14 - São João da Boa Vista	35142 Mantiqueira	Aguaí, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antonio do Jardim, São João da Boa Vista, Tambaú, Vargem Grande do Sul	8
15	DRS 14 - São João da Boa Vista	35143 Rio Pardo	Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Itobi, Mococa, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tapiratiba	8
16	DRS 7 - Campinas	35071 Bragança	Atibaia, Bom Jesus dos Perdões, Bragança Paulista, Joanópolis, Nazaré Paulista, Pedra Bela, Pinhalzinho, Piracaia, Socorro, Tuiuti, Vargem	11
16	DRS 7 - Campinas	35073 Jundiaí	Cabreúva, Campo Limpo Paulista, Itupeva, Jarinu, Jundiaí, Louveira, Várzea Paulista	7
17	DRS 17 - Taubaté	35171 Alto Vale do Paraíba	Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca, São José dos Campos	8
17	DRS 17 - Taubaté	35172 Circ. da Fé-V. Histórico	Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Lavrinha, Lorena, Piquete, Potim, Queluz, Roseira, São José do Barreiro, Silveiras	17

17	DRS 17 - Taubaté	35173 Litoral Norte	Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião, Ubatuba	4
17	DRS 17 - Taubaté	35174 V. Paraíba - R. Serrana	Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antonio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luís do Paraitinga, Taubaté, Tremembé	10
Total				645

Fonte: Secretária Estadual de Saúde de São Paulo. 2019

Organização: Priscila Estevam Engel

A Figura 18, a seguir, apresenta as divisões dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo, essa divisão será utilizada para analisar a região de Presidente Prudente.

Figura 18- Estado de São Paulo. Departamentos Regionais de Saúde. 2019.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde.

Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/departamentos-regionais-de-saude>

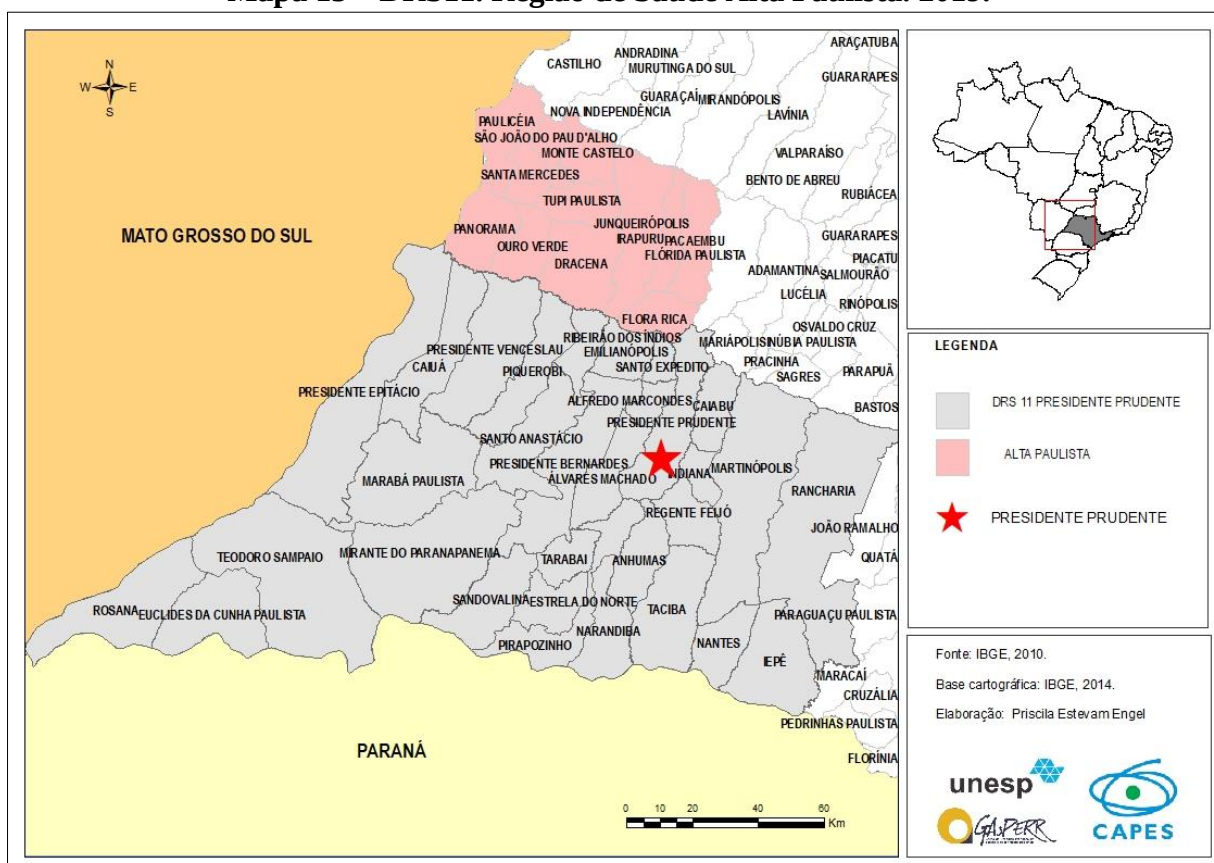
Conforme observamos no quadro 4, o décimo primeiro departamento de regional de saúde de Presidente Prudente está dividido em quatro regiões de saúde: Alta Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari e Pontal do Paranapanema. Com intuito de analisar os serviços de saúde da região de Presidente Prudente, iremos, preliminarmente, caracterizar esses serviços

em cada cidade que compõe o recorte da pesquisa. Iniciemos com a região de saúde denominada Alta Paulista.

5.3.1 Região de Saúde Alta Paulista

A Região de Saúde Alta Paulista (mapa 13) é composta por 12 municípios: Dracena, Flora Rica, Irapuru, Junqueirópolis, Monte Castelo, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Pauliceia, Santa Mercedes, São João do Pau d'Alho, Tupi Paulista. A região conta com municípios pequenos, como Nova Guataporanga, Santa Mercedes, e também com Dracena, que é a maior cidade dessa divisão e possui o maior número de estabelecimentos de saúde e profissionais, como podemos observar nas próximas páginas.

Mapa 13 – DRS11. Região de Saúde Alta Paulista. 2019.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. 2021

Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/departamentos-regionais-de-saude>

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

5.3.1.1 Dracena

Dracena, com uma população estimada de 46.536 mil habitantes (IBGE 2021), conta com 208 estabelecimentos de saúde, sendo que o maior hospital geral é a Santa Casa de Dracena e os prontos atendimentos são a UPA de Dracena e o Pronto Atendimento Municipal e como centro de especialidades temos o AME Ambulatório De Especialidades Dracena, como podemos observar na tabela 3 a seguir.

Tabela 3 – Dracena. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	12
Policlínica	5
Hospital geral	1
Consultório isolado	171
Clínica/centro de especialidade	6
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	8
Unidade de vigilância em saúde	1
Central de gestão em saúde	1
Centro de atenção psicossocial	1
Pronto atendimento	2

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

A Santa Casa de Dracena possui atendimento em diversas áreas médicas, como Anestesiologia, Radiologia, Angiologia e Cirurgia vascular, Cardiologia, Cardiologia e Clínica médica, Cardiologia e Intensivista, Cirurgia Geral e Gastroenterologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular Periférica, Clínica Cirúrgica e Geral, Clínica Geral, Clínica Geral e Cirurgia, Clínica Médica, Dermatologia, Digestiva, Endocrinologia, Endoscopia, Otorrinolaringologia, Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Médica e Dermatologia, Nefrologia, Neurologia e Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Ortopedia e Traumatologia/ Cirurg. Cabeça e Pescoço, Pediatria, Plástica, Pneumologia e Cirurgia de Tórax, Psiquiatria, Radiologia, Reumatologia, Traumatologia e Neurocirurgião, Urologia dentre outros serviços que podem ser custeados pelo SUS ou planos de saúde.

Figura 19 – Dracena Fachada principal da Santa Casa.2019.



Fonte: Trabalho de campo. 2019.

Outro importante estabelecimento de saúde instalado em Dracena é o AME (figura 20). Segundo informações da Secretária Estadual de Saúde, o AME teve as atividades iniciadas em 3 de agosto de 2009.

Figura 20 - Dracena. Fachada principal do AME .2019



Fonte: Trabalho de campo. 2019.

A unidade oferece mais de 30 exames internos, sendo de audiometria, doppler, eletrocardiograma, laringoscopia, pólipos, urodinâmica, punções, lavagem de ouvido, broncoscopia, ecocardiograma, endoscopia, mamografia, raios x, ultra-sonografia, testes alérgicos, cistoscopia, eletroencefalograma, espirometria, mapa, teste ergométrico, biópsia, cauterização química, colonoscopia, eletroneuromiografia, holter, impedanciometria, nasofibrosopia, tomografia, PAAF e infiltração. Além de exames oftalmológicos como: angiofluoresceinografia, paquimetria, campimetria, retinografia, fotocoagulação, topografia e gonioscopia. Já os exames externos são feitos o de audiometria, eletrocardiograma, impedanciometria, mamografia, raios x, tomografia, ecocardiograma, eletroencefalograma, holter, mapa, teste ergométrico e ultra-sonografia (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2019).

Recentemente, o AME de Dracena recebeu melhorias em sua infraestrutura. Novas salas de consultas e exames foram construídas, entre elas, a Casa de Apoio que abriga pacientes de outros municípios. “Como muitas cidades trazem os pacientes de ônibus de manhã e só vão embora ao final da tarde devido à quantidade e horário do paciente, esse lugar é exclusivo para que eles possam aguardar a viagem de volta a casa com maior conforto”, pontua Nelson Bortolatto, gerente do AME.⁸ O gerente do AME ressalta ainda que os pacientes previamente agendados só podem entrar no interior do ambulatório com 40 minutos de antecedência da consulta e exame, caso contrário deve esperar do lado de fora da unidade ou na Casa de Apoio. Por dia passam pelo AME, cerca de 600 pessoas que geram movimento não só na parte de consultas médicas, bem como no comércio, colaborando com o desenvolvimento de Dracena.

Um dos grandes problemas enfrentados pelo Ambulatório, segundo a direção, é a falta de médicos neurológicos para atendimentos de criança e adultos. “Há tempos tentamos trazer um médico com essa especialidade para cidade, mesmo oferecendo um alto salário, mas não conseguimos devido à escassez desse profissional. Muitos preferem continuar trabalhando na cidade que conseguiram concluir a especialidade”, enfatiza Nelson Bortolatto⁹. O AME de Dracena recebe mensalmente do Governo do Estado R\$ 1, 060 milhão. São 137 funcionários divididos em administrativo/ apoio e assistência (122); assistente social (2); enfermeiro (6);

⁸ Entrevista dada ao Portal Regional no ato de inauguração da Casa de Apoio. Fonte: <http://www.portalregional.net.br>.

⁹ Entrevista dada ao Portal Regional no ato de inauguração da Casa de Apoio. Fonte: <http://www.portalregional.net.br>.

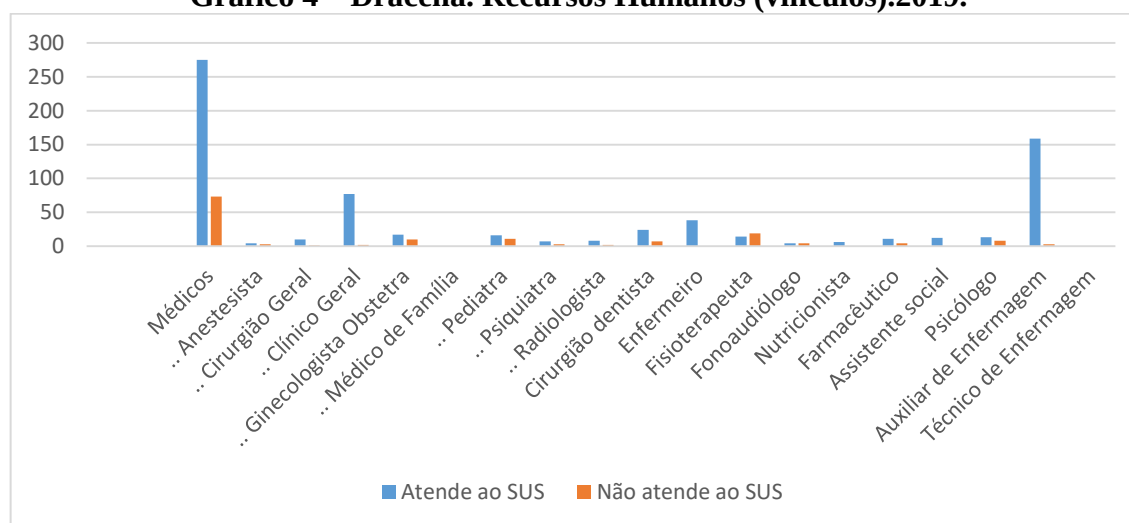
fonoaudiólogo (2); nutricionista (2); psicólogo (2); terapeuta ocupacional (1); médicos (60) e, 7 profissionais não médicos (fisioterapeutas).

Somados aos profissionais que trabalham no AME Dracena, temos os seguintes profissionais atuando na cidade (Tabela 4).

Tabela 4 – Dracena. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas.2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	348	275	73	7,9	6,2
.. Anestesista	7	4	3	0,2	0,1
.. Cirurgião Geral	11	10	1	0,2	0,2
.. Clínico Geral	79	77	2	1,8	1,7
.. Ginecologista Obstetra	27	17	10	0,6	0,4
.. Médico de Família	-	-	-	-	-
.. Pediatra	27	16	11	0,6	0,4
.. Psiquiatra	10	7	3	0,2	0,2
.. Radiologista	10	8	2	0,2	0,2
Cirurgião dentista	31	24	7	0,7	0,5
Enfermeiro	38	38	-	0,9	0,9
Fisioterapeuta	33	14	19	0,7	0,3
Fonoaudiólogo	8	4	4	0,2	0,1
Nutricionista	6	6	-	0,1	0,1
Farmacêutico	15	11	4	0,3	0,2
Assistente social	12	12	-	0,3	0,3
Psicólogo	21	13	8	0,5	0,3
Auxiliar de Enfermagem	162	159	3	3,7	3,6
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS – Cadernos de Informações de saúde. 2019. Elaborada pela autora.

Gráfico 4 – Dracena. Recursos Humanos (vínculos).2019.

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019.Organizado pela autora

Como podemos observar, Dracena possui um mix de profissionais de saúde variado, ao se comparar com outras cidades da sua região. Entretanto, quando analisamos que somente a Santa Casa de Dracena e o AME recebem os pacientes oriundos do SUS, esse serviço pode ficar sobrecarregado. No que tange aos serviços prestados, a cidade possui eletrocardiógrafos, 1 eletroencefalógrafo, 16 equipamentos de hemodiálise, 16 mamógrafos, 6 Raio – X, 1 Raio-X para densitometria óssea, 3 tomógrafos, e 6 ultrassons doppler colorido, em Dracena não possui Ressonância Magnética. Possui 153 leitos para internação em estabelecimentos de saúde, mas com esfera particular.

5.3.1.2 Flora Rica

O município de Flora Rica possui uma população estimada de 1.499 habitantes (IBGE, 2021). Os serviços de saúde que a população pode usufruir é somente uma UBS (Unidade Básica de Saúde), um Centro Municipal de Fisioterapia e um polo/academia da Saúde, como descrito na Tabela 5.

Tabela 5 – Flora. Rica. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	1
Clínica/centro de especialidade	1
Polo/academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Devido ao baixo número de estabelecimentos de saúde, o mix de profissionais também é restrito, contando com dois médicos, cinco dentistas, três enfermeiros, um fisioterapeuta, um farmacêutico, dois psicólogos e cinco auxiliares de enfermagem.

Tabela 6 – Flora Rica. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas.2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	2	2	-	1,0	1,0
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,5	0,5
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
.. Médico de Família	1	1	-	0,5	0,5
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	5	5	-	2,5	2,5
Enfermeiro	3	3	-	1,5	1,5
Fisioterapeuta	1	1	-	0,5	0,5
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,5	0,5

Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	2	2	-	1,0	1,0
Auxiliar de Enfermagem	5	5	-	2,5	2,5
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Elaborada pela autora.

Como podemos evidenciar com as tabelas 5 e 6 acima, os serviços de saúde em Flora Rica são de atenção básica, ou seja, se o paciente precisar de um atendimento de média ou alta complexidade é necessário se deslocar. A figura 21 indica que a prefeitura tenta sanar esse problema disponibilizando transporte para o AME de Dracena.

Figura 21 – Transporte para pacientes de Flora Rica para Dracena. 2019.



Garantir atendimento através do AME (Ambulatório Médico Especializado) é um benefício propiciado a todos paulistas por meio do Governo do Estado. O ambulatório oferece consultas, exames e, em alguns casos, cirurgias com maior rapidez ao diagnóstico e ao tratamento dos pacientes.

Os florarriquenses são atendidos pelo AME de Dracena e as consultas e o transporte são agendados na UBS (Unidade Básica de Saúde), entretanto, a equipe vem alertar sobre as constantes faltas dos munícipes, dificultando o acesso de mais usuários e tornando a espera pelo atendimento ainda maior.

Diante disto, caso o paciente não consiga comparecer na consulta no dia agendado, a Saúde Municipal solicita o aviso com 05 dias de antecedência, a fim dar seguimento e celeridade as filas do ambulatório. O cancelamento pode ser feito na UBS de Flora Rica ou pelo telefone

Fonte: Prefeitura Municipal de Flora Rica. Acesso em: 2019. Disponível em: http://florarica.sp.gov.br/noticias_ver/772/Sade_alerta_sobre_ausncias_nas_consultas.

Muitos municípios pequenos têm o deslocamento como saída para os problemas de saúde que enfrentam, já que não possuem infraestrutura, equipamentos ou serviços, como equipamentos para exames de média/alta complexidade ou profissionais especializados.

5.3.1.3 Irapuru

O município de Irapuru possui uma população estimada pelo IBGE (2021) de 8.261 habitantes, e como veremos em outros casos, uma população carcerária de 1994 presos. Possui as CASA Irapuru I e CASA Irapuru II (antiga fundação CASA) e Penitenciária de Irapuru, que contam, cada um, com um centro de saúde, uma UBS (Unidade Básica de Saúde) e uma PSF (Programa Saúde da Família).

Tabela 7 – Irapuru. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	4
Consultório isolado	3
Central de gestão em saúde	1
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

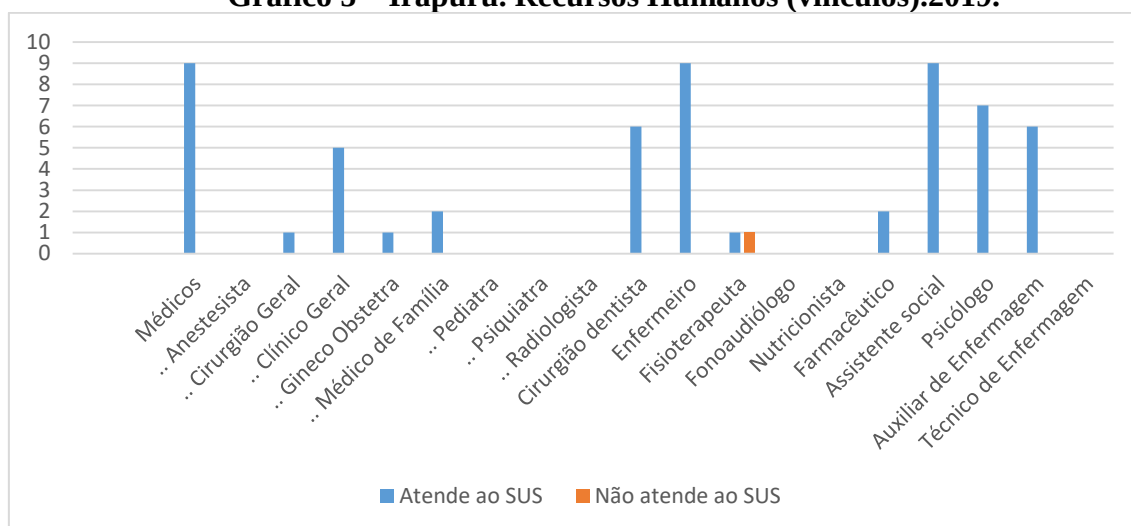
Tabela 8 – Irapuru. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas.2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	9	9	-	1,1	1,1
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	1	1	-	0,1	0,1
.. Clínico Geral	5	5	-	0,6	0,6
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,1	0,1
.. Médico de Família	2	2	-	0,3	0,3
.. Pediatra	-	-	-	-	-

.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	6	6	-	0,8	0,8
Enfermeiro	9	9	-	1,1	1,1
Fisioterapeuta	2	1	1	0,3	0,1
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	2	2	-	0,3	0,3
Assistente social	9	9	-	1,1	1,1
Psicólogo	7	7	-	0,9	0,9
Auxiliar de Enfermagem	6	6	-	0,8	0,8
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora

Gráfico 5 – Irapuru. Recursos Humanos (vínculos).2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora

O diferencial dos serviços de saúde de Irapuru são as casas de detenção, visto que não há a disponibilidade de um mix de clínicas ou de serviços de média e alta complexidade e somente uma fisioterapeuta não atende pelo SUS. Por fim, não há nenhum tipo de equipamento de exames como mamógrafos, Raio-X, entre outros.

5.3.1.4 Junqueirópolis

Junqueirópolis tem uma população estimada de 20.524 habitantes (IBGE 2021). Junqueirópolis possui também uma penitenciária com 1939 detentos (SAP,2019) e dentro dessa, uma unidade básica de saúde. Já na cidade temos a Santa Casa de Junqueirópolis e um Pronto Socorro Municipal como os principais estabelecimentos de saúde da cidade, como podemos analisar na tabela 9.

Tabela 9 – Junqueirópolis. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	10
Hospital geral	1
Pronto socorro geral	1
Consultório isolado	16
Clínica/centro de especialidade	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	3
Central de gestão em saúde	1
Centro de atenção psicossocial	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Os estabelecimentos de saúde especializados presentes na cidade são: o CAPS I, uma clínica de fisioterapia, centro de especialidades odontológicas. O quadro de profissionais de tais especialidades está listado na tabela 10 e no gráfico 6 a seguir.

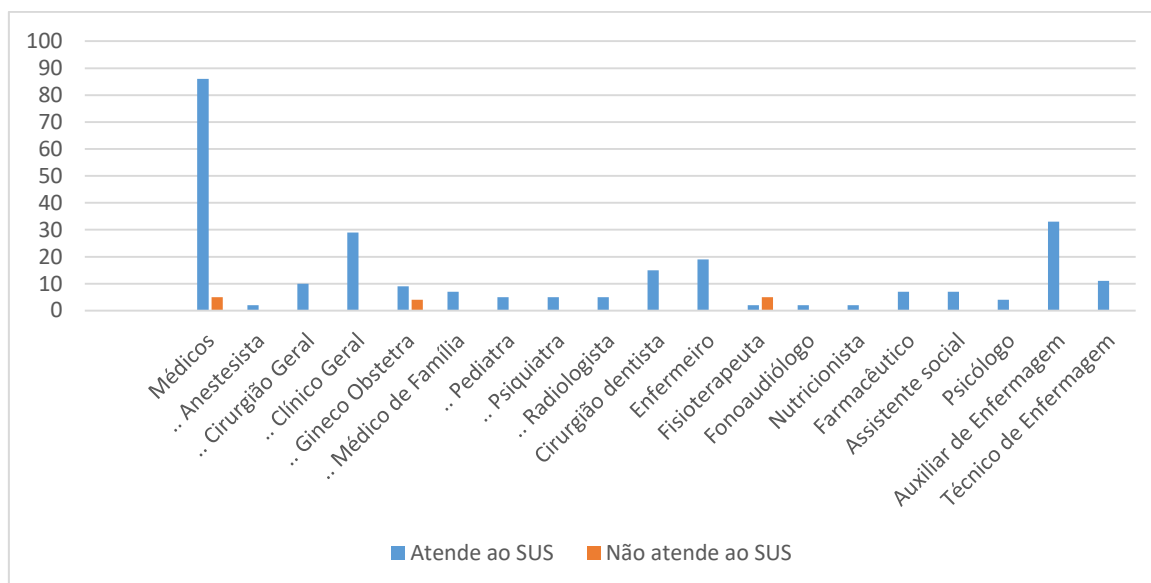
Tabela 10 – Junqueirópolis. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB

Médicos	91	86	5	4,6	4,3
.. Anestesista	2	2	-	0,1	0,1
.. Cirurgião Geral	10	10	-	0,5	0,5
.. Clínico Geral	29	29	-	1,5	1,5
.. Gineco Obstetra	13	9	4	0,7	0,5
.. Médico de Família	7	7	-	0,4	0,4
.. Pediatra	5	5	-	0,3	0,3
.. Psiquiatra	5	5	-	0,3	0,3
.. Radiologista	5	5	-	0,3	0,3
Cirurgião dentista	15	15	-	0,8	0,8
Enfermeiro	19	19	-	1,0	1,0
Fisioterapeuta	7	2	5	0,4	0,1
Fonoaudiólogo	2	2	-	0,1	0,1
Nutricionista	2	2	-	0,1	0,1
Farmacêutico	7	7	-	0,4	0,4
Assistente social	7	7	-	0,4	0,4
Psicólogo	4	4	-	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	33	33	-	1,7	1,7
Técnico de Enfermagem	11	11	-	0,6	0,6

Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 6 – Junqueirópolis. Recursos Humanos (vínculos) 2019.



Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

No total de profissionais somente cinco médicos, quatro Ginecologistas e cinco fisioterapeutas não atendem ao SUS. O número de equipamentos de exames de alta e média complexidade também é restrito só havendo cinco aparelhos Eletrocardiógrafo e dois aparelhos de Raio-X.

5.3.1.5 Monte Castelo

Com uma população estimada de 4166 pessoas (IBGE, 2021), Monte Castelo possui somente um centro de saúde e uma ESF (Estratégia de Saúde da Família), como podemos observar na tabela 11.

Tabela 11 – Monte Castelo. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	2
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	1
Central de gestão em saúde	1
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Como a cidade não possui um número elevado de estabelecimentos, não há um grande mix de profissionais da saúde, como podemos observar na tabela 12 a baixo.

Tabela 12 – Monte Castelo. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	4	4	-	1,0	1,0
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,2	0,2
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,2	0,2
.. Médico de Família	2	2	-	0,5	0,5
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	4	4	-	1,0	1,0
Enfermeiro	3	3	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	1	1	-	0,2	0,2
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	1	1	-	0,2	0,2
Farmacêutico	1	1	-	0,2	0,2
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	1	1	-	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	2	2	-	0,5	0,5
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Monte Castelo também não possui nenhum tipo de aparelho de exames de alta e média complexidade e nenhum profissional que não atende ao SUS.

5.3.1.6 Nova Guataporanga

Com uma população estimada de 2308 habitantes (IBGE, 2021) Santa Casa ou hospital, somente um centro de saúde (tabela 13)

Tabela 13 – Nova Guataporanga. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

O número de profissionais também é restrito (tabela 14) e não possui nenhum tipo de equipamento de exames de média ou alta complexidade e nenhum profissional que não atende ao SUS

Tabela 14 – Nova Guataporanga. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	5	5	-	2,3	2,3
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	-	-	-	-	-
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
.. Médico de Família	5	5	-	2,3	2,3
.. Pediatra	-	-	-	-	-

.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	2	2	-	0,9	0,9
Enfermeiro	2	2	-	0,9	0,9
Fisioterapeuta	1	1	-	0,5	0,5
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,5	0,5
Assistente social	1	1	-	0,5	0,5
Psicólogo	1	1	-	0,5	0,5
Auxiliar de Enfermagem	1	1	-	0,5	0,5
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

5.3.1.7 Ouro Verde

Ouro Verde tem uma população estimada de 8503 habitantes (IBGE, 2021), possui um centro de saúde e uma ESF somente e uma clínica de fisioterapia (tabela 15) O mix de profissionais também é restrito (tabela 16) e não possui aparelhos de exame de alta e média complexidade.

Tabela 15 – Ouro Verde. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	2
Consultório isolado	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	3
Central de gestão em saúde	1

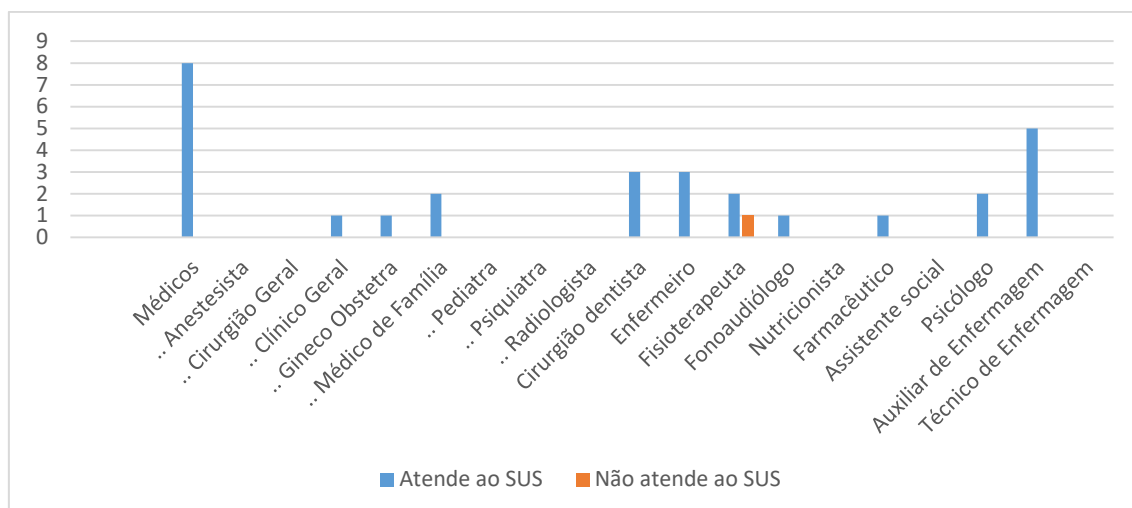
Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 16 – Ouro Verde. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	8	8	-	1,0	1,0
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,1	0,1
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,1	0,1
.. Médico de Família	2	2	-	0,2	0,2
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	3	3	-	0,4	0,4
Enfermeiro	3	3	-	0,4	0,4
Fisioterapeuta	3	2	1	0,4	0,2
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,1	0,1
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,1	0,1
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	2	2	-	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	5	5	-	0,6	0,6
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 7 – Ouro Verde. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Ouro Verde conta com um restrito corpo profissional, e somente um fisioterapeuta não atende ao SUS, e a cidade não tem disponibilidade de aparelhos de exames de média e alta complexidade.

5.3.1.8 Panorama

Panorama possui uma população estimada de 15.690 habitantes (IBGE, 2021). Entre os equipamentos de saúde estão a Santa Casa de Panorama, Pronto Atendimento de Panorama e clínicas de fisioterapia (tabela 17)

Tabela 17 – Panorama. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	4
Hospital geral	1
Pronto socorro geral	1
Consultório isolado	6
Clínica/centro de especialidade	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	1

Central de gestão em saúde	1
----------------------------	---

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

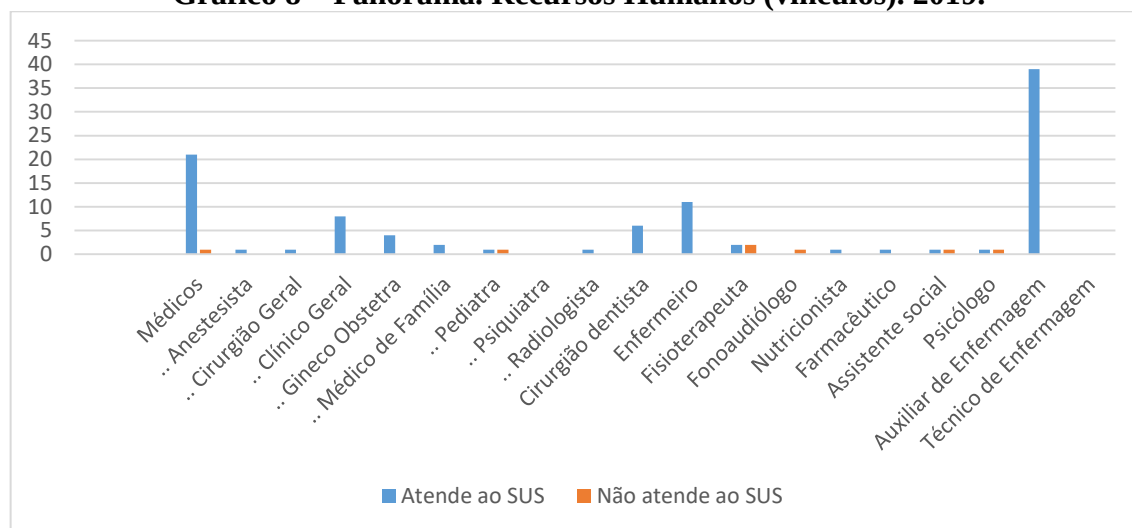
Devido a presença da Santa Casa, Panorama possui um número maior de profissionais que as cidades que não possuem esse estabelecimento, como podemos observar na tabela 18 a seguir.

Tabela 18 – Panorama. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	22	21	1	1,5	1,4
.. Anestesista	1	1	-	0,1	0,1
.. Cirurgião Geral	1	1	-	0,1	0,1
.. Clínico Geral	8	8	-	0,5	0,5
.. Gineco Obstetra	4	4	-	0,3	0,3
.. Médico de Família	2	2	-	0,1	0,1
.. Pediatra	2	1	1	0,1	0,1
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	1	1	-	0,1	0,1
Cirurgião dentista	6	6	-	0,4	0,4
Enfermeiro	11	11	-	0,8	0,8
Fisioterapeuta	4	2	2	0,3	0,1
Fonoaudiólogo	1	-	1	0,1	-
Nutricionista	1	1	-	0,1	0,1
Farmacêutico	1	1	-	0,1	0,1
Assistente social	2	1	1	0,1	0,1
Psicólogo	2	1	1	0,1	0,1
Auxiliar de Enfermagem	39	39	-	2,7	2,7

Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 8 – Panorama. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Por fim, somente um pediatra, dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo e um psicólogo não atendem ao SUS e Panorama possui dois aparelhos eletrocardiógrafos e um aparelho de raio-X.

5.3.1.9 Paulicéia

Paulicéia tem uma população estimada de 7274 pessoas. Com duas unidades de ESF e um centro de saúde e fisioterapia, como mostra a tabela 19 abaixo.

Tabela 19 – Pauliceia. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	3
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

O mix de profissionais também é pequeno (tabela 20) com apenas cinco médicos gerais sem especialistas e todos atuam no SUS

Tabela 20 – Paulicéia. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	5	5	-	0,9	0,9
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,2	0,2
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,2	0,2
.. Médico de Família	3	3	-	0,5	0,5
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	2	2	-	0,3	0,3
Enfermeiro	2	2	-	0,3	0,3
Fisioterapeuta	1	1	-	0,2	0,2
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,2	0,2
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	1	1	-	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	11	11	-	1,9	1,9
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Da mesma maneira que em Pauliceia não há especialistas, também não tem equipamentos de exames de alta e média complexidade, somente um eletrocardiógrafo.

Desse modo, a prefeitura tenta sanar a falta de profissionais e equipamentos firmando convênios com outras cidades, como podemos inferir desde a figura 22 a seguir.

Figura 22 – Reportagem descrevendo os convênios firmados entre prefeituras. 2019.



Fonte: <https://www.portalabcrede.com.br/portal/noticias/13781/prefeitura-de-pauliceia-acerta-convenio-com-santa-casa-de-junqueiropolis>. Acesso em 2019

5.3.1.10 Santa Mercedes

Santa Mercedes tem uma população estimada de 2935 habitantes (IBGE,2021). Conta somente um posto de saúde e uma ESF (tabela 21) entre os profissionais atuam três médicos, dois enfermeiros, dois dentistas e todos atuam no SUS (tabela 22)

Tabela 21 – Santa Mercedes. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
---------------------	------------

Posto de saúde	1
Centro de saúde/unidade básica	2
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 22 – Santa Mercedes. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	3	3	-	1,2	1,2
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,4	0,4
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,4	0,4
.. Médico de Família	1	1	-	0,4	0,4
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	2	2	-	0,8	0,8
Enfermeiro	2	2	-	0,8	0,8
Fisioterapeuta	1	1	-	0,4	0,4
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,4	0,4
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	1	1	-	0,4	0,4
Auxiliar de Enfermagem	5	5	-	1,9	1,9
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Em Santa Mercedes não há nenhum equipamento de exames de média e alta complexidade.

5.3.1.11 São João do Pau D'Alho

O município tem uma população estimada de 2111 habitantes (IBGE, 2021) e não tem nenhum equipamento de exames e um *mix* muito restrito de profissionais, como vemos nas tabelas 23 e 24.

Tabela 23 – São João do Pau D'Alho. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	1
Consultório isolado	2
Clínica/centro de especialidade	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

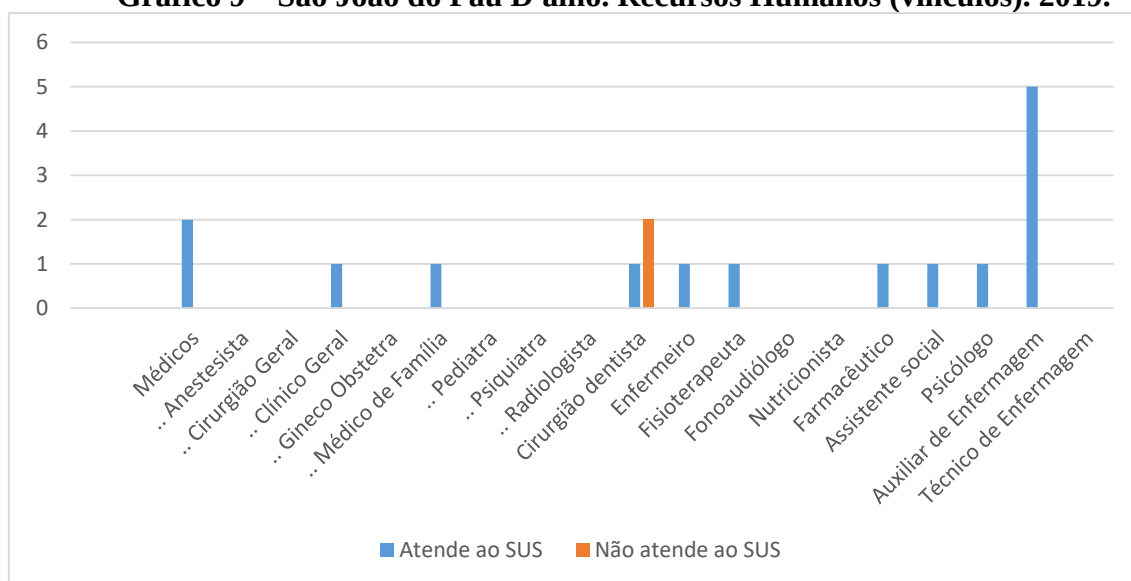
Tabela 24 -São João do Pau D'Alho. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	2	2	-	0,9	0,9
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,5	0,5
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
.. Médico de Família	1	1	-	0,5	0,5
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-

.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	3	1	2	1,4	0,5
Enfermeiro	1	1	-	0,5	0,5
Fisioterapeuta	1	1	-	0,5	0,5
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,5	0,5
Assistente social	1	1	-	0,5	0,5
Psicólogo	1	1	-	0,5	0,5
Auxiliar de Enfermagem	5	5	-	2,3	2,3
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 9 – São João do Pau D'Alho. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Mesmo com poucos profissionais atuando em São João do Pau D'Alho, há dois fisioterapeutas que não atuam no SUS, como vemos no gráfico 6

5.3.1.12 Tupi Paulista

O município de Tupi Paulista tem uma população estimada de 15404 habitantes (IBGE, 2021). Estão presentes Santa Casa e Pronto Socorro Municipal e Centro Municipal de Reabilitação (tabela 25). Além dos estabelecimentos de saúde há dois centros de saúde nas penitenciárias.

Tabela 25 – Tupi Paulista. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	7
Policlínica	1
Hospital geral	1
Pronto socorro geral	1
Consultório isolado	26
Clínica/centro de especialidade	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	3
Unidade de vigilância em saúde	1
Central de gestão em saúde	1
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

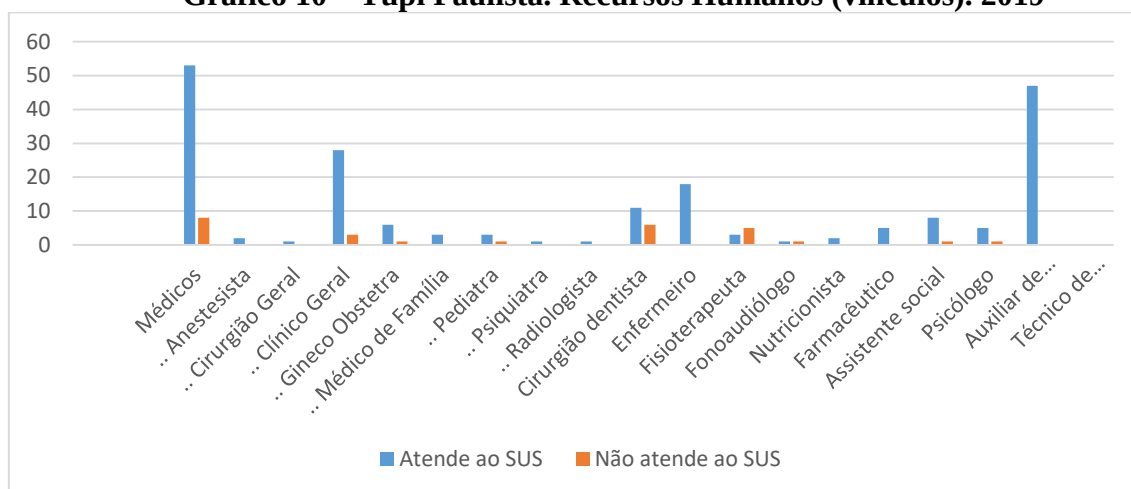
Tabela 26 – Tupi Paulista. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	61	53	8	4,2	3,7
.. Anestesista	2	2	-	0,1	0,1
.. Cirurgião Geral	1	1	-	0,1	0,1
.. Clínico Geral	31	28	3	2,2	1,9
.. Gineco Obstetra	7	6	1	0,5	0,4
.. Médico de Família	3	3	-	0,2	0,2
.. Pediatra	4	3	1	0,3	0,2

.. Psiquiatra	1	1	-	0,1	0,1
.. Radiologista	1	1	-	0,1	0,1
Cirurgião dentista	17	11	6	1,2	0,8
Enfermeiro	18	18	-	1,3	1,3
Fisioterapeuta	8	3	5	0,6	0,2
Fonoaudiólogo	2	1	1	0,1	0,1
Nutricionista	2	2	-	0,1	0,1
Farmacêutico	5	5	-	0,3	0,3
Assistente social	9	8	1	0,6	0,6
Psicólogo	6	5	1	0,4	0,3
Auxiliar de Enfermagem	47	47	-	3,3	3,3
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 10 – Tupi Paulista. Recursos Humanos (vínculos). 2019



Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Por fim, o município possui alguns profissionais que não atuam no SUS (gráfico 10) como médicos, dentistas e fisioterapeutas. Existem seis aparelhos de eletrocardiógrafo, dois raio-x e um ultrassom doppler colorido. A diretora da DRS exemplificou, durante a entrevista realizada, a dinâmicas das regiões de saúde dizendo que

Dracena tem uma microrregião de 12 municípios, o primeiro hospital de referência seria a Santa Casa de Dracena, só que ali naquela região tem mais 3 municípios com hospital que é Tupi Paulista, Junqueirópolis e Panorama esses são os três municípios que têm hospital. Então os munícipes desses, só um adentro, Panorama o hospital está sob intervenção, então o hospital está fechado, porque lá teve um problema com a vigilância sanitária, então o hospital não está funcionando atualmente. Então naquela região está funcionando dois, fora o de Dracena que é o de referência maior, têm Tupi Paulista e Junqueirópolis. Então vamos supor quem mora em Junqueirópolis, precisa de atendimento, seja para parto ou para outra coisa, ele passa lá, se aquele hospital não resolveu ele vai para Dracena, certo? Senão, tem os fluxos de atendimento e encaminhamento desses pacientes em todas para Presidente Prudente (DIRETORA DA DRS XI DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2019).

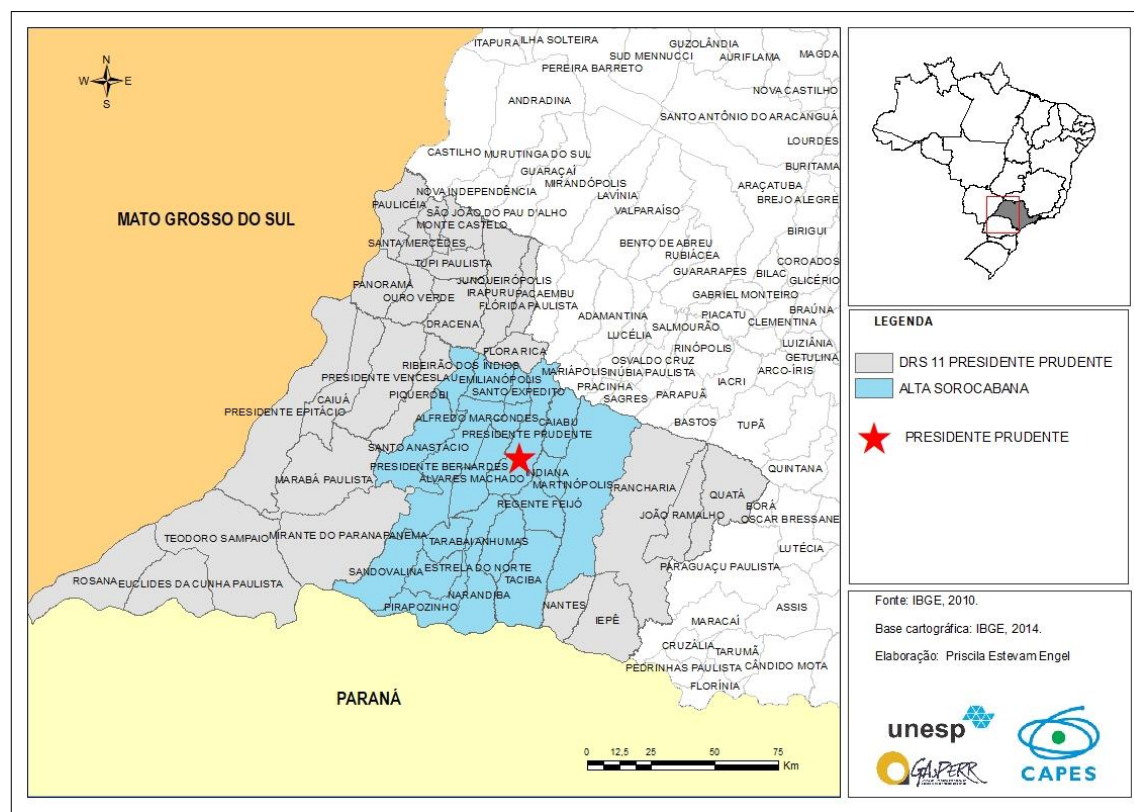
O sentindo do direcionamento dos fluxos seguem essa regra, os municípios devem se portar primeiro para o hospital referência de sua região de saúde, se este não disponibilizar o serviço necessário é encaminhado para Presidente Prudente, por isso essa caracterização é tão importante para se entender os fluxos que tem a cidade média como destino.

Tendo finalizado a caracterização da Região da Alta Paulista, damos início a apresentação dos aspectos do setor da saúde da Região da Alta Sorocabana, no tópico seguinte.

5.3.2 Região de Saúde Alta Sorocabana

Essa região é composta pelos seguintes municípios: Alfredo Marcondes; Alvares Machado; Anhumas; Caiabú; Emilianópolis; Estrela do Norte; Indiana; Martinópolis; Narandiba; Pirapozinho; Presidente Bernardes; Presidente Prudente; Regente Feijó; Ribeirão dos Índios; Sandovalina; Santo Anastácio; Santo Expedito; Taciba; Tarabai (mapa 14) Nesse rol de municípios, temos tanto os que possuem somente uma UBS, como Alfredo Marcondes, e outros com mais equipamentos e profissionais, como Martinópolis, e Presidente Prudente, que será explorada em subcapítulo próprio (subcapítulo 5.4) capítulo, pelo seu papel de destaque.

Mapa 14 – DRS11. Região de Saúde Alta Sorocabana. 2019



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. 2021

Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/departamentos-regionais-de-saude>
 Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

5.3.2.1 Alfredo Marcondes

O município de Alfredo Marcondes tem uma população estimada de 4147 habitantes (IBGE 2021). Não possui nenhum estabelecimento de alta complexidade (tabela 27) ou com especialistas e nenhum profissional não atua no SUS (tabela 28)

Tabela 27 – Alfredo Marcondes. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 28 – Alfredo Marcondes. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL				

		ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	5	5	-	1,2	1,2
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,2	0,2
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
.. Médico de Família	2	2	-	0,5	0,5
.. Pediatra	1	1	-	0,2	0,2
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	4	4	-	1,0	1,0
Enfermeiro	3	3	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	4	4	-	1,0	1,0
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,2	0,2
Assistente social	1	1	-	0,2	0,2
Psicólogo	1	1	-	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	4	4	-	1,0	1,0
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

5.3.2.2 Alvares Machado

Alvares Machado tem uma população estimada de 24.830 habitantes (IBGE,2021). A cidade possui uma Santa Casa, clínicas de especialidades, clínica de fisioterapia, UBS, ESF, entre outros (tabela 29)

Tabela 29 – Alvares Machado. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	8
Hospital geral	1
Consultório isolado	10
Clínica/centro de especialidade	3
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	3
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Devido a presença de tais equipamentos listados anteriormente, Alvares Machado tem um mix mais variado de profissionais que outros municípios da região, excetuando-se Presidente Prudente (tabela 30)

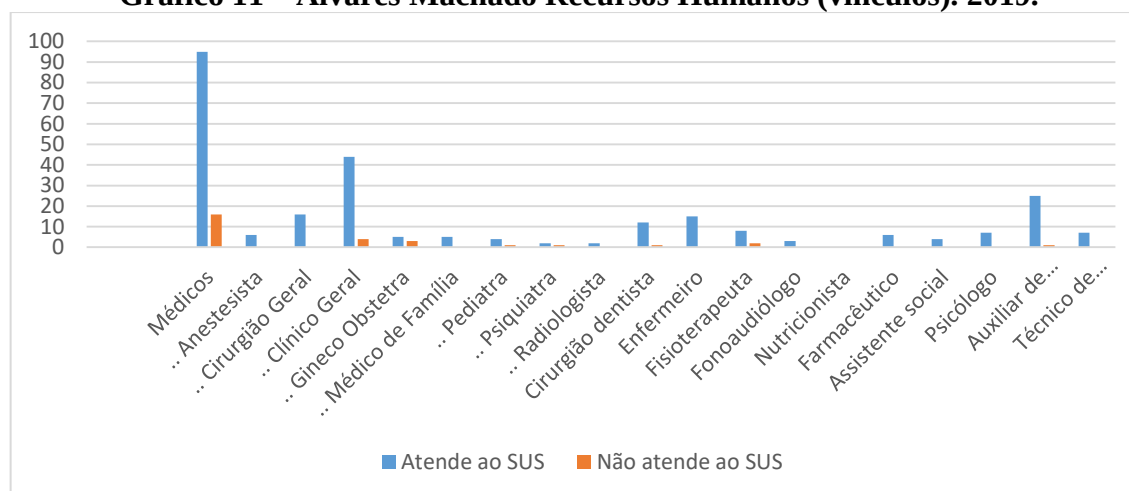
Tabela 30 – Alvares Machado Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	111	95	16	4,7	4,0
.. Anestesista	6	6	-	0,3	0,3
.. Cirurgião Geral	16	16	-	0,7	0,7
.. Clínico Geral	48	44	4	2,0	1,9
.. Gineco Obstetra	8	5	3	0,3	0,2
.. Médico de Família	5	5	-	0,2	0,2
.. Pediatra	5	4	1	0,2	0,2
.. Psiquiatra	3	2	1	0,1	0,1
.. Radiologista	2	2	-	0,1	0,1
Cirurgião dentista	13	12	1	0,5	0,5
Enfermeiro	15	15	-	0,6	0,6
Fisioterapeuta	10	8	2	0,4	0,3

Fonoaudiólogo	3	3	-	0,1	0,1
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	6	6	-	0,3	0,3
Assistente social	4	4	-	0,2	0,2
Psicólogo	7	7	-	0,3	0,3
Auxiliar de Enfermagem	26	25	1	1,1	1,1
Técnico de Enfermagem	7	7	-	0,3	0,3

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 11 – Alvares Machado Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS – Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Como podemos observar no gráfico 11, há alguns profissionais, como médicos dentistas e fisioterapeutas, que não atuam no SUS. O sistema de saúde de Alvares Machado possui um eletrocardiógrafo e um aparelho de raio-x.

5.3.2.3 Anhumas

Anhumas tem uma população estimada de 4085 habitantes (IBGE,2021), esta possui, além de uma UBS e uma ESF, uma clínica de fisioterapia (tabela 31)

Tabela 31 – Anhumas. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
---------------------	------------

Centro de saúde/unidade básica	2
Clínica/centro de especialidade	1
Farmácia	1
Central de gestão em saúde	1
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 32 – Anhumas. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	5	5	-	1,3	1,3
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	2	2	-	0,5	0,5
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
.. Médico de Família	2	2	-	0,5	0,5
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	3	3	-	0,8	0,8
Enfermeiro	2	2	-	0,5	0,5
Fisioterapeuta	2	2	-	0,5	0,5
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,3	0,3
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	2	2	-	0,5	0,5
Auxiliar de Enfermagem	-	-	-	-	-
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Por fim, nenhum profissional de Anhumas não atua no SUS (tabela 32) e o município possui apenas um eletrocardiógrafo no rol de aparelhos de exames de alta e média complexidade.

5.3.2.4 Caiabú

Com população estimada em 4.190 pessoas (IBGE, 2021), Caiabú é um município pequeno que não tem hospital ou clínicas especializadas (tabela 33). Possui somente duas UBS, uma delas num distrito, e um centro de fisioterapia.

Tabela 33 – Caiabú. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	2
Clínica/centro de especialidade	1
Central de gestão em saúde	1
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

O quadro profissional conta apenas com seis médicos gerais, seis dentistas, três enfermeiros, dois fisioterapeutas, um farmacêutico, um psicólogo, três auxiliares de enfermagem e 1 técnico de enfermagem (tabela 34)

Tabela 34 – Caiabú Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	6	6	-	1,5	1,5
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-

.. Clínico Geral	3	3	-	0,7	0,7
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,2	0,2
.. Médico de Família	2	2	-	0,5	0,5
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	6	6	-	1,5	1,5
Enfermeiro	3	3	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	2	2	-	0,5	0,5
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,2	0,2
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	1	1	-	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	3	3	-	0,7	0,7
Técnico de Enfermagem	1	1	-	0,2	0,2

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Nenhum dos profissionais do Caiabú não atuam no SUS e não tem nenhum aparelho de exame de alta e média complexidade.

5.3.2.5 Emilianópolis

Emilianópolis é um município com apenas 3.202 pessoas (IBGE, 2021). Só conta com uma unidade básica de saúde (tabela 35) e todos os profissionais trabalham nela (tabela 36)

Tabela 35 – Emilianópolis. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 36 – Emilianópolis. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,3	0,3
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
.. Médico de Família	1	1	-	0,3	0,3
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	3	3	-	0,9	0,9
Enfermeiro	2	2	-	0,6	0,6
Fisioterapeuta	2	2	-	0,6	0,6
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,3	0,3
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	2	2	-	0,6	0,6
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	1	1	-	0,3	0,3
Auxiliar de Enfermagem	1	1	-	0,3	0,3
Técnico de Enfermagem	1	1	-	0,3	0,3

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Em Emilianópolis não há nenhum tipo de aparelho de exames de média ou alta complexidade.

5.3.2.6 Estrela do Norte

O município de Estrela do Norte possui uma população estimada de 2.762 pessoas (IBGE, 2021) e possui apenas uma unidade básica de saúde. Há quadro profissional bem restrito, como podemos observar nas tabelas 37 e 38.

Tabela 37 – Estrela do Norte. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 38 – Estrela do Norte. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	3	3	-	1,2	1,2
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	-	-	-	-	-
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,4	0,4
.. Médico de Família	1	1	-	0,4	0,4
.. Pediatra	1	1	-	0,4	0,4
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	2	2	-	0,8	0,8
Enfermeiro	2	2	-	0,8	0,8
Fisioterapeuta	1	1	-	0,4	0,4
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,4	0,4
Nutricionista	1	1	-	0,4	0,4
Farmacêutico	1	1	-	0,4	0,4
Assistente social	1	1	-	0,4	0,4

Psicólogo	1	1	-	0,4	0,4
Auxiliar de Enfermagem	2	2	-	0,8	0,8
Técnico de Enfermagem	7	7	-	2,8	2,8

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

5.3.2.7 Indiana

Indiana é um município com população estimada de 4.892 pessoas (IBGE, 2021), conta com dois postos de saúde, uma UBS, uma ESF e três consultórios odontológicos (tabela 39)

Tabela 39 - Indiana. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Posto de saúde	2
Centro de saúde/unidade básica	2
Consultório isolado	3
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

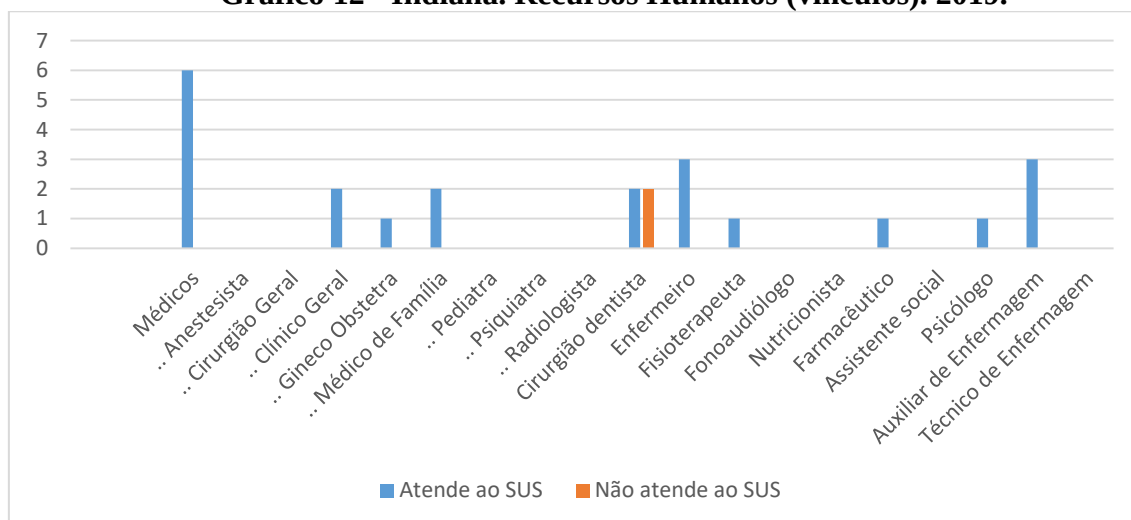
Tabela 40 – Indiana. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	6	6	-	1,3	1,3
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	2	2	-	0,4	0,4
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,2	0,2
.. Médico de Família	2	2	-	0,4	0,4
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-

Cirurgião dentista	4	2	2	0,8	0,4
Enfermeiro	3	3	-	0,6	0,6
Fisioterapeuta	1	1	-	0,2	0,2
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,2	0,2
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	1	1	-	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	3	3	-	0,6	0,6
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 12 - Indiana. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Os profissionais também são restritos, como podemos observar na tabela 40 e o gráfico 12 a cima, e somente dois fisioterapeutas não atuam no SUS.

5.3.2.8 Martinópolis

Com uma população estimada 26.289 pessoas (IBGE, 2021), o município de Martinópolis conta UBS e USF distribuídas pela cidade e seus distritos, mais a penitenciária. Possui ainda uma Santa Casa, que recebe pacientes de cidades menores, como Caiabu e Indiana, e alguns consultórios e clínicas de especialidades (tabela 41)

Tabela 41 – Martinópolis. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	11
Hospital geral	1
Consultório isolado	19
Clínica/centro de especialidade	3
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	3
Unidade de vigilância em saúde	1
Central de gestão em saúde	1
Centro de atenção psicossocial	2

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

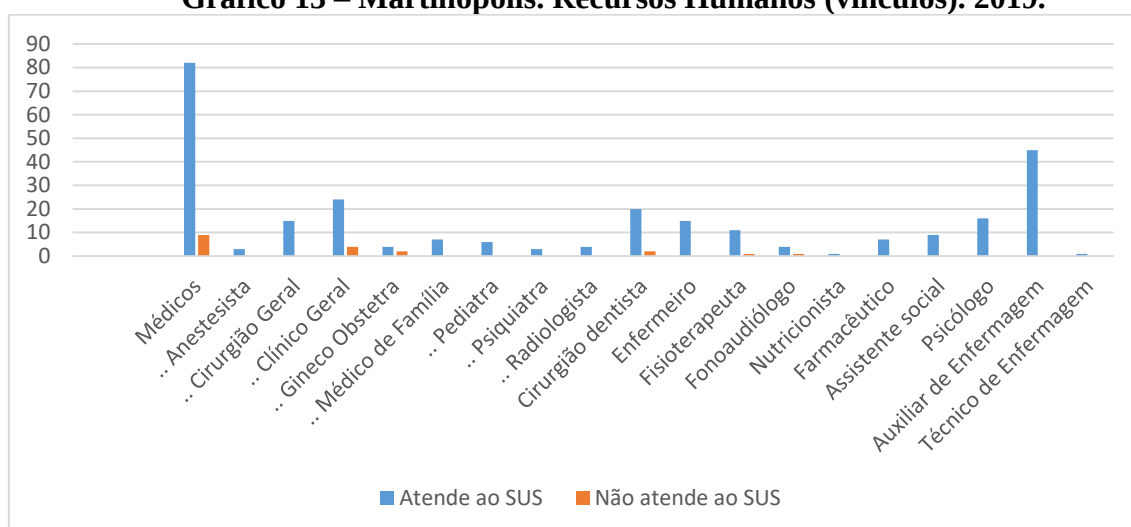
Tabela 42 – Martinópolis. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	91	82	9	3,6	3,2
.. Anestesista	3	3	-	0,1	0,1
.. Cirurgião Geral	15	15	-	0,6	0,6
.. Clínico Geral	28	24	4	1,1	0,9
.. Gineco Obstetra	6	4	2	0,2	0,2
.. Médico de Família	7	7	-	0,3	0,3
.. Pediatra	6	6	-	0,2	0,2
.. Psiquiatra	3	3	-	0,1	0,1

.. Radiologista	4	4	-	0,2	0,2
Cirurgião dentista	22	20	2	0,9	0,8
Enfermeiro	15	15	-	0,6	0,6
Fisioterapeuta	12	11	1	0,5	0,4
Fonoaudiólogo	5	4	1	0,2	0,2
Nutricionista	1	1	-	0,0	0,0
Farmacêutico	7	7	-	0,3	0,3
Assistente social	9	9	-	0,4	0,4
Psicólogo	16	16	-	0,6	0,6
Auxiliar de Enfermagem	45	45	-	1,8	1,8
Técnico de Enfermagem	1	1	-	0,0	0,0

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 13 – Martinópolis. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Martinópolis, como mostra o gráfico 13, possui alguns profissionais que não atuam no SUS, como médicos e dentistas, e conta com alguns aparelhos de eletrocardiograma e raio-x.

5.3.2.9 Narandiba

Narandiba tem uma população estimada de 4.809 habitantes (IBGE, 2021). Tem uma UBS e uma ESF, como centro de especialidade um centro de fisioterapia (tabela 43). Tem somente um eletrocardiógrafo como aparelho de exames de alta e média complexidade.

Tabela 43 - Narandiba. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	2
Clínica/centro de especialidade	1
Central de gestão em saúde	1
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 44 – Narandiba. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	6	6	-	1,4	1,4
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,2	0,2
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,2	0,2
.. Médico de Família	2	2	-	0,5	0,5
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	1	1	-	0,2	0,2
Cirurgião dentista	2	2	-	0,5	0,5
Enfermeiro	5	5	-	1,2	1,2
Fisioterapeuta	1	1	-	0,2	0,2
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,2	0,2

Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	2	2	-	0,5	0,5
Assistente social	1	1	-	0,2	0,2
Psicólogo	1	1	-	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	9	9	-	2,2	2,2
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Como podemos observar, Narandiba, só disponibiliza os serviços simples de saúde e nenhum profissional não atua no SUS (tabela 44)

5.3.2.10 Pirapozinho

Pirapozinho, com uma população estimada de 27.295 pessoas (IBGE,2021), conta com algumas UBS, ESF e clínicas de fisioterapia e odontológicas e um pronto atendimento municipal (tabela 45)

Tabela 45 – Pirapozinho. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Posto de saúde	1
Centro de saúde/unidade básica	8
Policlínica	1
Consultório isolado	13
Clínica/centro de especialidade	3
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	4
Unidade de vigilância em saúde	1
Central de gestão em saúde	1
Centro de atenção psicossocial	1
Pronto atendimento	1

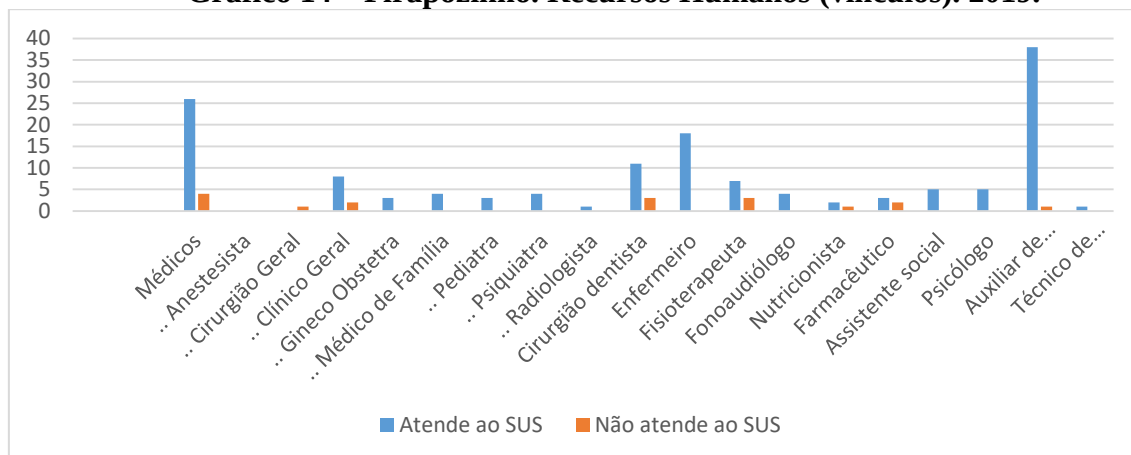
Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Pelo fato de ter um pronto atendimento, Pirapozinho possui um quadro de profissionais mais especializado que algumas outras cidades (tabela 46). Entretanto, mesmo possuindo um número maior de estabelecimentos e profissionais, possui somente dois eletrocardiógrafos.

Tabela 46 – Pirapozinho. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	30	26	4	1,2	1,0
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	1	-	1	0,0	-
.. Clínico Geral	10	8	2	0,4	0,3
.. Gineco Obstetra	3	3	-	0,1	0,1
.. Médico de Família	4	4	-	0,2	0,2
.. Pediatra	3	3	-	0,1	0,1
.. Psiquiatra	4	4	-	0,2	0,2
.. Radiologista	1	1	-	0,0	0,0
Cirurgião dentista	14	11	3	0,6	0,4
Enfermeiro	18	18	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	10	7	3	0,4	0,3
Fonoaudiólogo	4	4	-	0,2	0,2
Nutricionista	3	2	1	0,1	0,1
Farmacêutico	5	3	2	0,2	0,1
Assistente social	5	5	-	0,2	0,2
Psicólogo	5	5	-	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	39	38	1	1,5	1,5
Técnico de Enfermagem	1	1	-	0,0	0,0

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 14 – Pirapozinho. Recursos Humanos (vínculos). 2019.

Fonte: DATASUS – Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

O setor de saúde em Pirapozinho é mais complexo de outras cidades dessa região, então há então profissionais que não atuam no SUS, como vemos no Gráfico 14

5.3.2.11 Presidente Bernardes

Presidente Bernardes tem uma população estimada de 13.190 (IBGE, 2021). O município possui um hospital (Hospital de Misericórdia Nossa Senhora Aparecida), conta com UBS e ESF e consultórios médicos especializados (tabela 47)

Tabela 47 – Presidente Bernardes. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	7
Hospital geral	1
Consultório isolado	13
Clínica/centro de especialidade	2
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	2
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

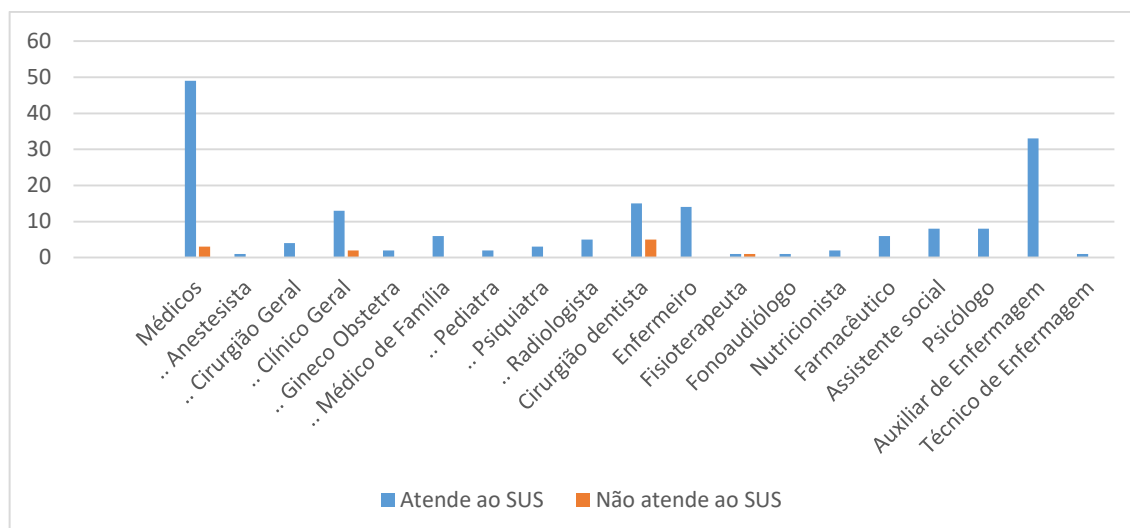
Deste modo, temos um quadro de profissionais com 52 médicos especialistas e gerais, entre outros profissionais ligados aos serviços de saúde, como podemos ver na tabela 48.

Tabela 48 – Presidente Bernardes. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	52	49	3	3,4	3,2
.. Anestesista	1	1	-	0,1	0,1
.. Cirurgião Geral	4	4	-	0,3	0,3
.. Clínico Geral	15	13	2	1,0	0,8
.. Gineco Obstetra	2	2	-	0,1	0,1
.. Médico de Família	6	6	-	0,4	0,4
.. Pediatra	2	2	-	0,1	0,1
.. Psiquiatra	3	3	-	0,2	0,2
.. Radiologista	5	5	-	0,3	0,3
Cirurgião dentista	20	15	5	1,3	1,0
Enfermeiro	14	14	-	0,9	0,9
Fisioterapeuta	2	1	1	0,1	0,1
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,1	0,1
Nutricionista	2	2	-	0,1	0,1
Farmacêutico	6	6	-	0,4	0,4
Assistente social	8	8	-	0,5	0,5
Psicólogo	8	8	-	0,5	0,5
Auxiliar de Enfermagem	33	33	-	2,1	2,1
Técnico de Enfermagem	1	1	-	0,1	0,1

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 15 – Presidente Bernardes. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019

No município há um eletrocardiógrafo, um aparelho de raio-x e um ultrassom doppler colorido e profissionais que não atuam no SUS, como mostra o Gráfico 15.

5.3.2.12 Regente Feijó

O município de Regente Feijó possui estimada de 20.124 habitantes (IBGE,2021). Além de UBS e ESF, encontramos o Hospital e Maternidade Regional de Regente Feijó (tabela 49)

Tabela 49 – Regente Feijó. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	9
Hospital geral	1
Consultório isolado	20
Clínica/centro de especialidade	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	4
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

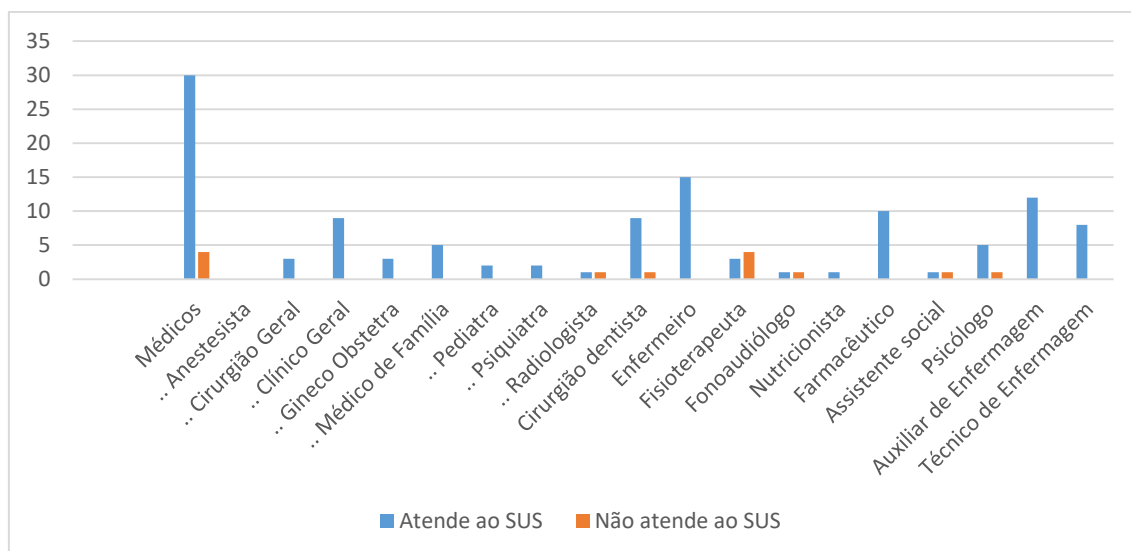
O quadro profissional também é maior do que algumas cidades do entorno, como podemos ver na tabela 50.

Tabela 50 – Regente Feijó. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	34	30	4	1,9	1,7
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	3	3	-	0,2	0,2
.. Clínico Geral	9	9	-	0,5	0,5
.. Gineco Obstetra	3	3	-	0,2	0,2
.. Médico de Família	5	5	-	0,3	0,3
.. Pediatra	2	2	-	0,1	0,1
.. Psiquiatra	2	2	-	0,1	0,1
.. Radiologista	2	1	1	0,1	0,1
Cirurgião dentista	10	9	1	0,6	0,5
Enfermeiro	15	15	-	0,8	0,8
Fisioterapeuta	7	3	4	0,4	0,2
Fonoaudiólogo	2	1	1	0,1	0,1
Nutricionista	1	1	-	0,1	0,1
Farmacêutico	10	10	-	0,6	0,6
Assistente social	2	1	1	0,1	0,1
Psicólogo	6	5	1	0,3	0,3
Auxiliar de Enfermagem	12	12	-	0,7	0,7
Técnico de Enfermagem	8	8	-	0,5	0,5

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 16 – Regente Feijó. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

A presença de um equipamento com maiores recursos, como um Hospital, requer um número maior de profissionais e atrai também profissionais que não atuam no SUS, como vemos no Gráfico 16. Regente Feijó tem dois eletrocardiógrafos e um aparelho de raio-X.

5.2.13 Ribeirão dos Índios

Ribeirão dos Índios tem uma população pequena, de 2.227 habitantes (IBGE,2021), diante desse fato os serviços de saúde também são restritos, como podemos observar nas tabelas 51 e 52 abaixo.

Tabela 51 – Ribeirão dos Índios. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 52 – Ribeirão dos Índios. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL				
-----------	-------	--	--	--	--

		ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	5	5	-	2,2	2,2
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,4	0,4
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,4	0,4
.. Médico de Família	1	1	-	0,4	0,4
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	1	1	-	0,4	0,4
Cirurgião dentista	4	4	-	1,7	1,7
Enfermeiro	1	1	-	0,4	0,4
Fisioterapeuta	1	1	-	0,4	0,4
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	-	-	-	-	-
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	1	1	-	0,4	0,4
Auxiliar de Enfermagem	2	2	-	0,9	0,9
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

5.3.2.14 Sandovalina

Sandovalina tem uma população estimada de 4.248 pessoas (IBGE, 2021). Como mostram as tabelas 53 e 54 os serviços de saúde são simples, possuindo só duas UBS e o quadro profissional também é pequeno e nenhum deles não atua no SUS.

Tabela 53 – Sandovalina. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	2
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 54 – Sandovalina. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	8	8	-	2,4	2,4
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	3	3	-	0,9	0,9
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,3	0,3
.. Médico de Família	3	3	-	0,9	0,9
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	1	1	-	0,3	0,3
Cirurgião dentista	3	3	-	0,9	0,9
Enfermeiro	3	3	-	0,9	0,9
Fisioterapeuta	2	2	-	0,6	0,6
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,3	0,3
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	2	2	-	0,6	0,6
Assistente social	1	1	-	0,3	0,3
Psicólogo	1	1	-	0,3	0,3
Auxiliar de Enfermagem	8	8	-	2,4	2,4
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

5.3.2.15 Santo Anastácio

Santo Anastácio tem uma população de 20889 pessoas (IBGE,2021), com uma população mais numerosa dentro do rol de municípios da região. Conta com uma Santa Casa, UBS e ESF e clínicas odontológicas (tabela 55)

Tabela 55 – Santo Anastácio. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	5
Hospital geral	1
Consultório isolado	31
Clínica/centro de especialidade	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

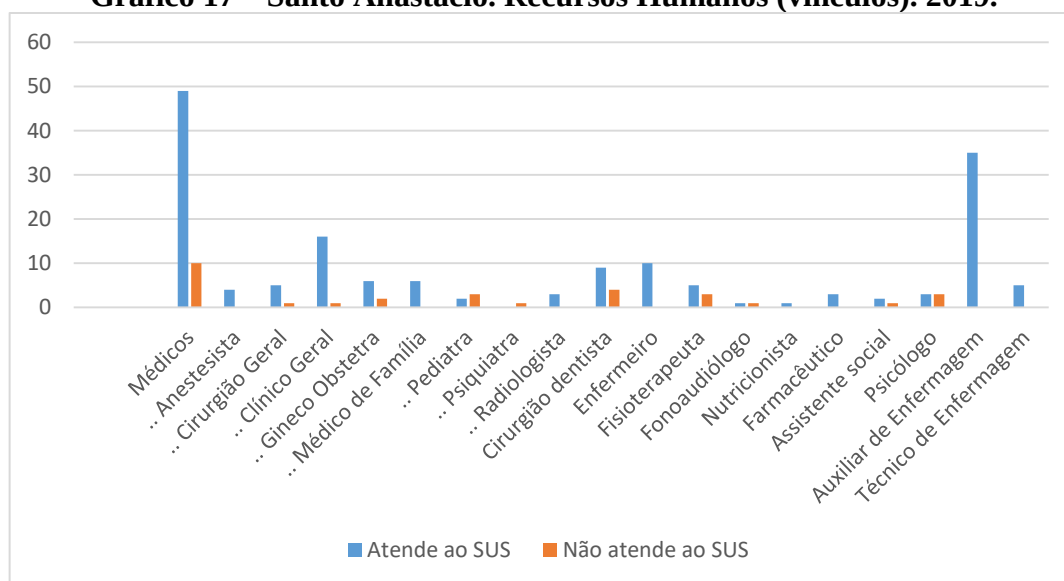
Tabela 56 – Santo Anastácio. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	59	49	10	2,8	2,3
.. Anestesista	4	4	-	0,2	0,2
.. Cirurgião Geral	6	5	1	0,3	0,2
.. Clínico Geral	17	16	1	0,8	0,8
.. Gineco Obstetra	8	6	2	0,4	0,3
.. Médico de Família	6	6	-	0,3	0,3
.. Pediatra	5	2	3	0,2	0,1
.. Psiquiatra	1	-	1	0,0	-
.. Radiologista	3	3	-	0,1	0,1
Cirurgião dentista	13	9	4	0,6	0,4

Enfermeiro	10	10	-	0,5	0,5
Fisioterapeuta	8	5	3	0,4	0,2
Fonoaudiólogo	2	1	1	0,1	0,0
Nutricionista	1	1	-	0,0	0,0
Farmacêutico	3	3	-	0,1	0,1
Assistente social	3	2	1	0,1	0,1
Psicólogo	6	3	3	0,3	0,1
Auxiliar de Enfermagem	35	35	-	1,6	1,6
Técnico de Enfermagem	5	5	-	0,2	0,2

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 17 – Santo Anastácio. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

O gráfico 17 mostra que a cidade possui profissionais que não atendem ao SUS e um aparelho eletrocardiógrafo e um aparelho de Raio-X.

5.3.2.16 Santo Expedito

Santo Expedito possui uma população estimada de 3.086 pessoas (IBGE, 2021) desse modo os serviços de saúde são simples, com somente uma UBS; os profissionais trabalham, em sua maioria, nessa unidade, como podemos ver nas tabelas 57 e 58 abaixo.

Tabela 57 - Santo Expedito. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 58 – Santo Expedito. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	2	2	-	0,7	0,7
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,3	0,3
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
.. Médico de Família	1	1	-	0,3	0,3
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	3	3	-	1,0	1,0
Enfermeiro	2	2	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	1	1	-	0,3	0,3
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,3	0,3
Nutricionista	1	1	-	0,3	0,3
Farmacêutico	1	1	-	0,3	0,3
Assistente social	-	-	-	-	-

Psicólogo	1	1	-	0,3	0,3
Auxiliar de Enfermagem	3	3	-	1,0	1,0
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Em Santo Expedito todos os profissionais atuam no SUS e não há aparelhos de exame de alta e média complexidade.

5.3.2.17 Taciba

Taciba é um município com uma população estimada de 6.240 pessoas (IBGE,2021), conta com duas ESF e UBS e um centro de fisioterapia e um quadro restrito de profissionais, como podemos observar nas tabelas 59 e 60 abaixo.

Tabela 59 – Taciba. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	3
Clínica/centro de especialidade	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora

Tabela 60 – Taciba. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	9	9	-	1,6	1,6
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	2	2	-	0,4	0,4
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,2	0,2

.. Médico de Família	2	2	-	0,4	0,4
.. Pediatra	4	4	-	0,7	0,7
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	7	7	-	1,2	1,2
Enfermeiro	4	4	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	3	3	-	0,5	0,5
Fonoaudiólogo	4	4	-	0,7	0,7
Nutricionista	1	1	-	0,2	0,2
Farmacêutico	1	1	-	0,2	0,2
Assistente social	4	4	-	0,7	0,7
Psicólogo	4	4	-	0,7	0,7
Auxiliar de Enfermagem	6	6	-	1,1	1,1
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Assim como em outros pequenos municípios, em Taciba todos os profissionais atuam no SUS e não há aparelhos de exame de alta e média complexidade.

5.3.2.18 Tarabai

O município de Tarabai tem uma população estimada de 7.395 pessoas (IBGE, 2021) e disponibiliza serviços simples de saúde, com uma UBS, ESF e um centro de especialidade (tabela 61)

Tabela 61 – Tarabai. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	4
Policlínica	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

A equipe de profissionais de saúde também é pequena, como podemos observar na tabela abaixo.

Tabela 62 – Tarabai. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	7	7	-	1,1	1,1
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,2	0,2
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,2	0,2
.. Médico de Família	3	3	-	0,5	0,5
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	5	5	-	0,8	0,8
Enfermeiro	6	6	-	0,9	0,9
Fisioterapeuta	1	1	-	0,2	0,2
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	1	1	-	0,2	0,2
Farmacêutico	1	1	-	0,2	0,2
Assistente social	1	1	-	0,2	0,2
Psicólogo	1	1	-	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	3	3	-	0,5	0,5
Técnico de Enfermagem	8	8	-	1,2	1,2

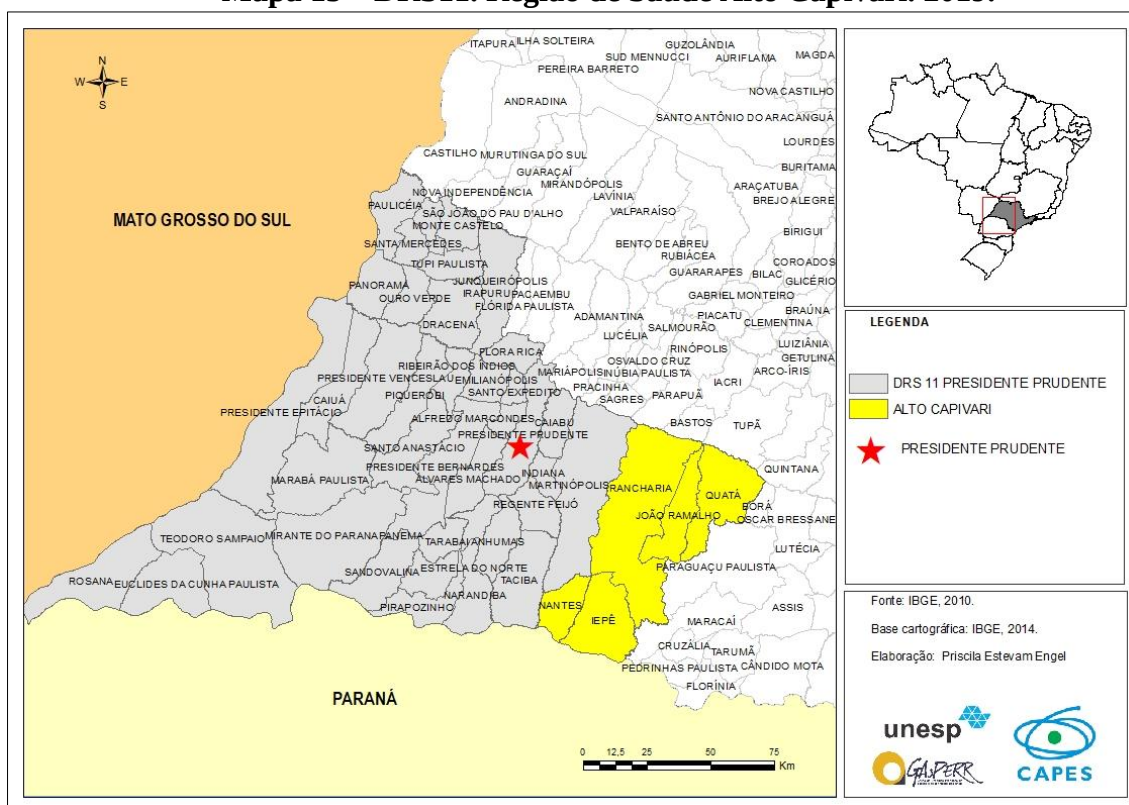
Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Em Tarabai todos os profissionais atuam no SUS e não possui aparelhos de exame de alta e média complexidade.

5.3.3 Região de Saúde Alto Capivari

Ao findar a explanação sobre a Região de Saúde da Alta Sorocabana, iniciamos a apresentação da Região do Alto Capivari, composta por somente cinco municípios: Iepê: João Ramalho: Nantes: Quatá: Rancharia (mapa 15). Nessa região os serviços de saúde são mais simples. Iepê, Nantes, Quatá e Rancharia possuem hospitais e demandam um maior número de profissionais, como veremos nos subitens a seguir.

Mapa 15 – DRS11. Região de Saúde Alto Capivari. 2019.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. 2021

Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/departamentos-regionais-de-saude>
 Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

5.3.3.1 Iepê

Iepê tem uma população estimada de 8.124 habitantes (IBGE, 2021) e o Hospital Municipal de Iepê, duas ESF e um Centro de Saúde, centro de especialidade e outros centros de odontologia e fisioterapia (tabela 63)

Tabela 63 – Iepê. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	3
Hospital geral	1
Consultório isolado	4
Clínica/centro de especialidade	2
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	1
Farmácia	4
Central de gestão em saúde	1
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Devido a presença do hospital municipal, Iepê possui um quadro maior de profissionais de saúde, como vemos na Tabela 64

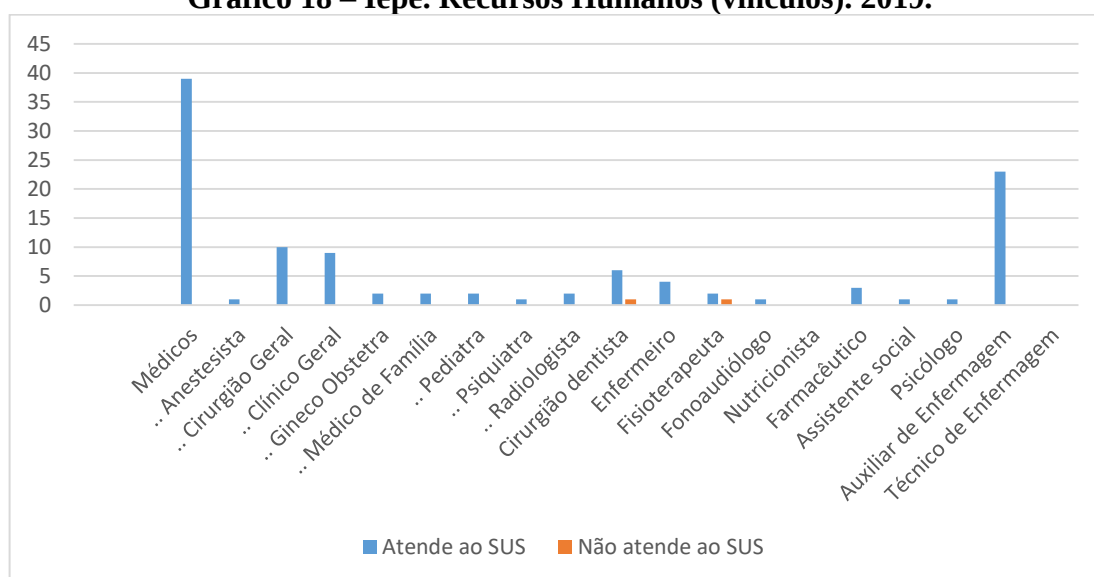
Tabela 64 - Iepê. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	39	39	-	5,0	5,0
.. Anestesista	1	1	-	0,1	0,1
.. Cirurgião Geral	10	10	-	1,3	1,3
.. Clínico Geral	9	9	-	1,1	1,1
.. Gineco Obstetra	2	2	-	0,3	0,3
.. Médico de Família	2	2	-	0,3	0,3
.. Pediatra	2	2	-	0,3	0,3
.. Psiquiatra	1	1	-	0,1	0,1

.. Radiologista	2	2	-	0,3	0,3
Cirurgião dentista	7	6	1	0,9	0,8
Enfermeiro	4	4	-	0,5	0,5
Fisioterapeuta	3	2	1	0,4	0,3
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,1	0,1
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	3	3	-	0,4	0,4
Assistente social	1	1	-	0,1	0,1
Psicólogo	1	1	-	0,1	0,1
Auxiliar de Enfermagem	23	23	-	2,9	2,9
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 18 – Iepê. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

O município de Iepê tem disponível um aparelho eletrocardiógrafo, dois raio-x, e um ultrassom doppler colorido e somente um dentista e um fisioterapeuta não atendem ao SUS como mostra o gráfico 12

5.3.3.2 João Ramalho

O município de João Ramalho possui uma população estimada de 4.495 habitantes (IBGE,2021) e possui somente um centro de saúde e duas ESF e um consultório odontológico (tabela 65)

Tabela 65 – João Ramalho. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Posto de saúde	1
Centro de saúde/unidade básica	2
Consultório isolado	2
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Os profissionais envolvidos com os serviços de saúde são poucos também, como elencamos na tabela 66 a seguir.

Tabela 66 – João Ramalho. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	7	7	-	1,6	1,6
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	2	2	-	0,5	0,5
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,2	0,2
.. Médico de Família	2	2	-	0,5	0,5
.. Pediatra	1	1	-	0,2	0,2
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-

Cirurgião dentista	4	4	-	0,9	0,9
Enfermeiro	3	3	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	2	2	-	0,5	0,5
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,2	0,2
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,2	0,2
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	2	2	-	0,5	0,5
Auxiliar de Enfermagem	-	-	-	-	-
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Nenhum dos profissionais presentes em João Ramalho atuam fora do SUS e no quesito aparelhos de exame, a cidade só possui um eletrocardiógrafo.

5.3.3.3 Nantes

Nantes conta com uma população estimada de de 3.103 de habitantes (IBGE,2021) e somente uma UBS e uma ESF (tabela 67) e com profissionais de saúde que trabalham nessas unidades, então nenhum deles atua fora do SUS (tabela 68)

Tabela 67 – Nantes. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	2
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 68 – Nantes. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL				
-----------	-------	--	--	--	--

		ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	1	1	-	0,4	0,4
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	-	-	-	-	-
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
.. Médico de Família	1	1	-	0,4	0,4
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	3	3	-	1,1	1,1
Enfermeiro	2	2	-	0,8	0,8
Fisioterapeuta	1	1	-	0,4	0,4
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,4	0,4
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,4	0,4
Assistente social	1	1	-	0,4	0,4
Psicólogo	2	2	-	0,8	0,8
Auxiliar de Enfermagem	6	6	-	2,3	2,3
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

5.3.3.4 Quatá

Quatá possui uma população estimada de 14.006 habitantes (IBGE, 2021) e, além de um posto de saúde, UBS, ESF, possui uma Unidade Ambulatorial (Pronto Socorro) e consultórios odontológicos, fonoaudiólogos e fisioterapias (tabela 69)

Tabela 69 – Quatá Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Posto de saúde	1
Centro de saúde/unidade básica	4
Pronto socorro geral	1
Consultório isolado	15
Clínica/centro de especialidade	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	3
Central de gestão em saúde	1
Centro de atenção psicossocial	1
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

O quadro de profissionais é variado, considerando-se a realidade dos municípios da região, como podemos observar na tabela 70.

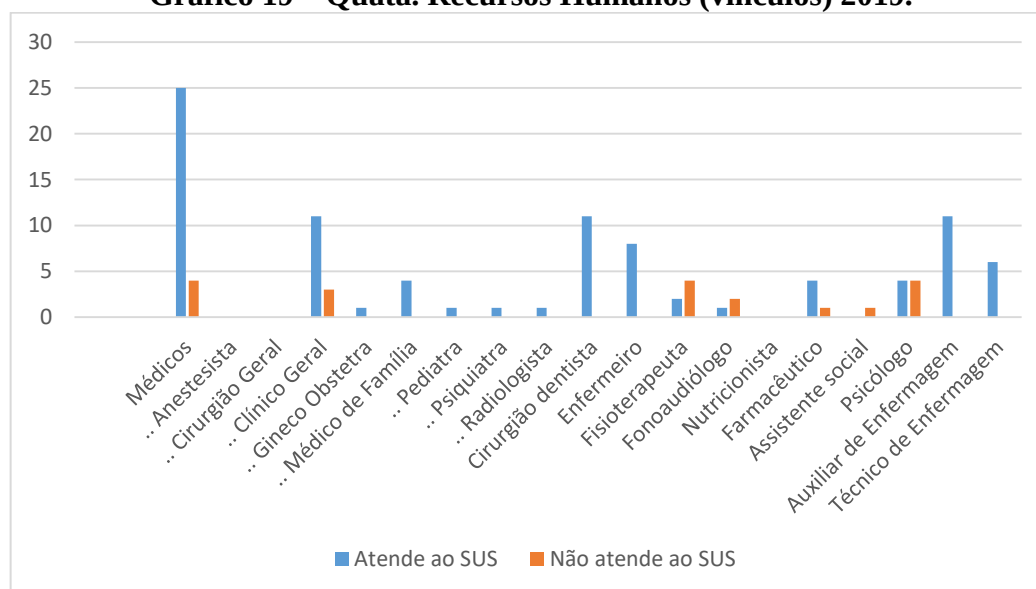
Tabela 70 – Quatá. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	29	25	4	2,3	2,0
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	14	11	3	1,1	0,9
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,1	0,1
.. Médico de Família	4	4	-	0,3	0,3
.. Pediatra	1	1	-	0,1	0,1
.. Psiquiatra	1	1	-	0,1	0,1
.. Radiologista	1	1	-	0,1	0,1
Cirurgião dentista	11	11	-	0,9	0,9
Enfermeiro	8	8	-	0,6	0,6
Fisioterapeuta	6	2	4	0,5	0,2

Fonoaudiólogo	3	1	2	0,2	0,1
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	5	4	1	0,4	0,3
Assistente social	1	-	1	0,1	-
Psicólogo	8	4	4	0,6	0,3
Auxiliar de Enfermagem	11	11	-	0,9	0,9
Técnico de Enfermagem	6	6	-	0,5	0,5

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 19 – Quatá. Recursos Humanos (vínculos) 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Mesmo com a presença de um ambulatório municipal, Quatá só tem um aparelho eletrocardiógrafo e alguns profissionais como médicos, fisioterapeutas, psicólogo e farmacêuticos não atuam no SUS como evidencia o Gráfico 19.

5.3.3.5 Rancharia

O município de Rancharia tem 29.688 habitantes (IBGE,2018) e possui UBS, ESF, policlínicas, consultórios de especialidade e um hospital, o Hospital e Maternidade de Rancharia, como vemos a seguir na tabela 71.

Tabela 71 – Rancharia. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	9
Policlínica	3
Hospital geral	1
Consultório isolado	46
Clínica/centro de especialidade	3
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	8
Central de gestão em saúde	1
Centro de atenção psicossocial	2
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

O quadro profissional também é variado devido como podemos observar na tabela 72, especialmente, às clínicas e ao hospital.

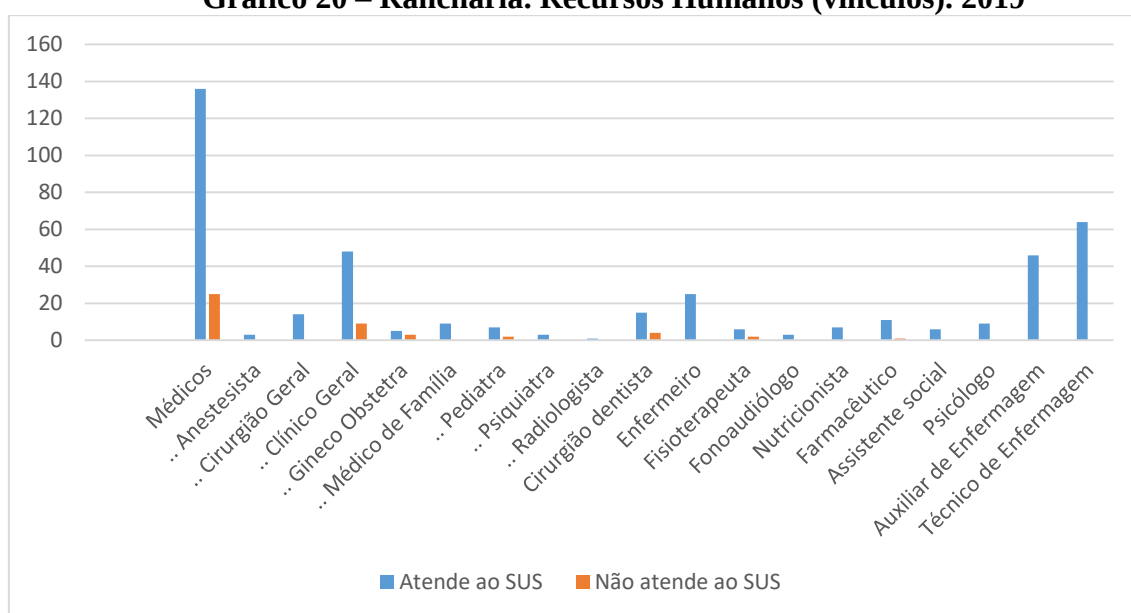
Tabela 72 – Rancharia. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	161	136	25	5,5	4,7
.. Anestesista	3	3	-	0,1	0,1
.. Cirurgião Geral	14	14	-	0,5	0,5
.. Clínico Geral	57	48	9	2,0	1,6
.. Gineco Obstetra	8	5	3	0,3	0,2
.. Médico de Família	9	9	-	0,3	0,3
.. Pediatra	9	7	2	0,3	0,2
.. Psiquiatra	3	3	-	0,1	0,1
.. Radiologista	1	1	-	0,0	0,0

Cirurgião dentista	19	15	4	0,7	0,5
Enfermeiro	25	25	-	0,9	0,9
Fisioterapeuta	8	6	2	0,3	0,2
Fonoaudiólogo	3	3	-	0,1	0,1
Nutricionista	7	7	-	0,2	0,2
Farmacêutico	12	11	1	0,4	0,4
Assistente social	6	6	-	0,2	0,2
Psicólogo	9	9	-	0,3	0,3
Auxiliar de Enfermagem	46	46	-	1,6	1,6
Técnico de Enfermagem	64	64	-	2,2	2,2

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 20 – Rancharia. Recursos Humanos (vínculos). 2019



Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

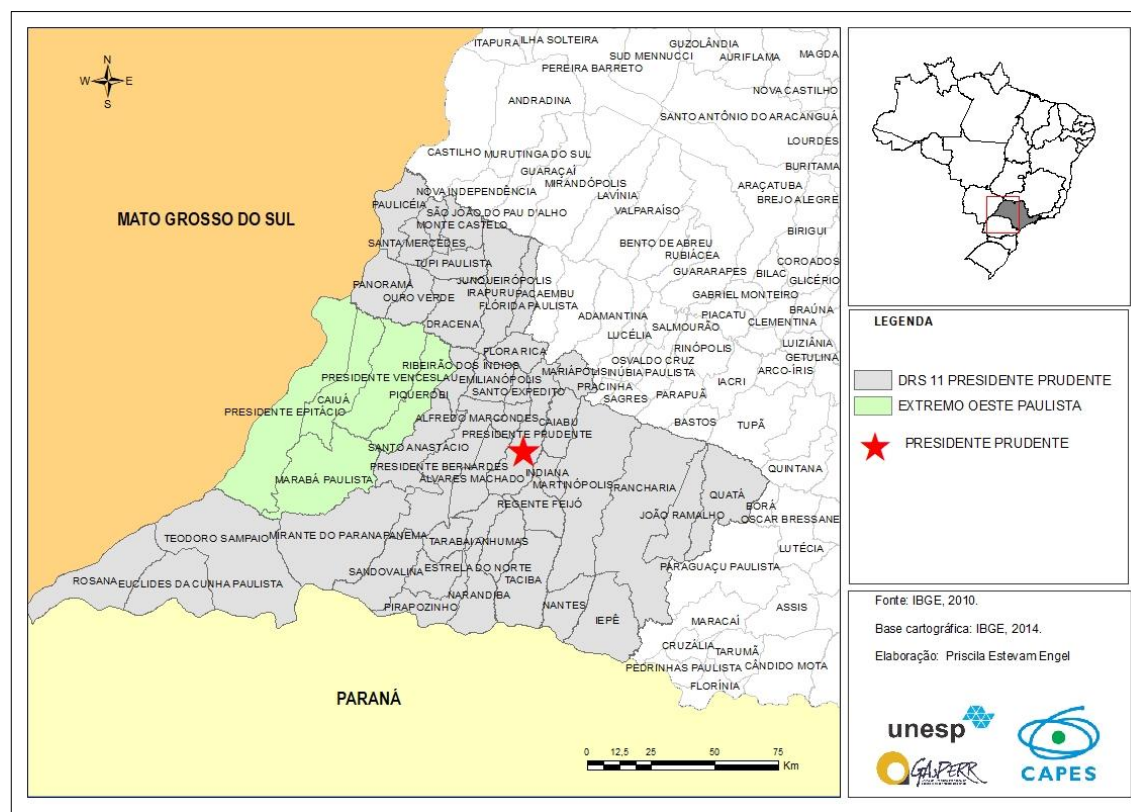
Em Rancharia vários profissionais não atendem ao SUS, como mostra o gráfico 20, e no município há quatro eletrocardiógrafos, um mamógrafo, quatro aparelhos de raio-X e um ultrassom doppler colorido. Por fim, em entrevista que nos foi concedida, a diretora da DRS de Presidente Prudente resume bem essa região e suas particularidades, como reproduzido a seguir.

A Região Alto Capivari, que é a região de Rancharia, então quais os municípios que estão ali: Quatá, João Ramalho, Iepê, Nantes aqueles municípios mais próximos ali, eles primeiro se reportam ao Hospital de Rancharia. Se o serviço que o Hospital de Rancharia está oferecendo não é o suficiente para atender aquele paciente ele vem para o terceirizado que é o hospital de maior porte que nós temos aqui na região que é o único que é o Hospital Regional, certo? Então o que não resolveu ali naquela região aí sim, através do sistema de regulação que temos que é o Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde - CROSS, através desse sistema o paciente é transferido para cá, isso acontece também nas outras microrregiões. Nantes ele se reporta a Rancharia primeiro, dependendo do que a paciente precisa, mas primeiro é Iepê, se Iepê não resolver através do Sistema Cross encaminha para Rancharia, ‘ah é um procedimento de ortopedia, precisa fazer uma cirurgia’. ‘Ah nós temos um ortopedista aqui no hospital de rancharia que pode fazer essa cirurgia desse paciente?’ Ah tem. Ah, mas se chegou em Rancharia e é um procedimento de alta complexidade que eles não tiveram condições, porque ‘a essa cirurgia aqui a gente não tem o especialista aqui para realizar’, então vai para onde? HR. Vai passando pelos serviços. (DIRETORA DA DRS XI DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2019)

5.3.4 Região de Saúde Extremo Oeste Paulista

A quarta Região de Saúde é chamada de Extremo Oeste Paulista e possui cinco municípios: Caiuá; Marabá Paulista; Piquerobi; Presidente Epitácio; Presidente Venceslau. Os dois maiores municípios, Presidente Epitácio e Presidente Venceslau, possuem Santa Casa, deste modo, os serviços de saúde são mais complexos do que nos municípios de Caiuá e Marabá Paulista, como vamos analisar a seguir.

Mapa 16 – DRS11. Região de Saúde Extremo Oeste Paulista. 2019.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. 2021

Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/departamentos-regionais-de-saude>
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

5.3.4.1 Caiuá

O município de Caiuá possui uma população estimada de 5.800 habitantes (IBGE, 2021) e conta com uma UBS, uma ESF e uma clínica odontológica (tabela 73). O quadro de profissionais é restrito e nenhum dos profissionais atua fora do SUS (tabela 74).

Tabela 73 – Caiuá. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	4
Consultório isolado	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 74 – Caiuá. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	,PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	4	4	-	0,7	0,7
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,2	0,2
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
.. Médico de Família	3	3	-	0,6	0,6
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	6	6	-	1,1	1,1
Enfermeiro	5	5	-	0,9	0,9
Fisioterapeuta	-	-	-	-	-
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	-	-	-	-	-
Assistente social	1	1	-	0,2	0,2
Psicólogo	3	3	-	0,6	0,6
Auxiliar de Enfermagem	3	3	-	0,6	0,6
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora

Caiuá não tem nenhum aparelho de exames de média ou alta complexidade.

5.3.4.2 Marabá Paulista

Marabá Paulista possui uma população estimada de 5.757 habitantes (IBGE, 2021) e somente dois Postos de Saúde, uma UBS e outra ESF, (tabela 75)

Tabela 75 – Marabá Paulista. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Posto de saúde	2
Centro de saúde/unidade básica	2
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

O município também possui um grupo pequeno de profissionais de saúde e todos atendem o SUS, como mostra a Tabela 76

Tabela 76 – Marabá Paulista. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	5	5	-	0,8	0,8
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	3	3	-	0,5	0,5
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
.. Médico de Família	2	2	-	0,3	0,3
.. Pediatra	-	-	-	-	-
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-
.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	5	5	-	0,8	0,8
Enfermeiro	6	6	-	1,0	1,0
Fisioterapeuta	1	1	-	0,2	0,2
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	0,2	0,2

Assistente social	3	3	-	0,5	0,5
Psicólogo	1	1	-	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	6	6	-	1,0	1,0
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

No município não há aparelhos de exame de alta e média complexidade.

5.3.4.3 Piquerobi

Piquerobi tem 3685 habitantes e somente uma unidade de saúde, desse modo, o quadro de profissionais é muito restrito, como podemos observar nas tabelas 77 e 78 abaixo.

Tabela 77 – Piquerobi. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	1
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 78 – Piquerobi. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	4	4	-	1,1	1,1
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	1	1	-	0,3	0,3
.. Gineco Obstetra	-	-	-	-	-
.. Médico de Família	2	2	-	0,5	0,5
.. Pediatra	1	1	-	0,3	0,3
.. Psiquiatra	-	-	-	-	-

.. Radiologista	-	-	-	-	-
Cirurgião dentista	4	4	-	1,1	1,1
Enfermeiro	2	2	-	0,5	0,5
Fisioterapeuta	1	1	-	0,3	0,3
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	-	-	-	-	-
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	-	-	-	-	-
Auxiliar de Enfermagem	4	4	-	1,1	1,1
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Em Piqueroibi todos os profissionais atendem ao SUS e não há nenhum aparelho de exames de alta e média complexidade.

5.3.4.4 Presidente Epitácio

Presidente Epitácio tem uma população estimada de 44.006 habitantes (IBGE, 2021) e seus serviços de saúde são mais complexos frente às demais cidades de sua região. Conta com uma Santa Casa, Centro de Saúde, clínicas de fisioterapia e odontológica (tabela 79)

Tabela 79 – Presidente Epitácio. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Posto de saúde	1
Centro de saúde/unidade básica	11
Hospital geral	1
Consultório isolado	32
Clínica/centro de especialidade	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	10
Central de gestão em saúde	1

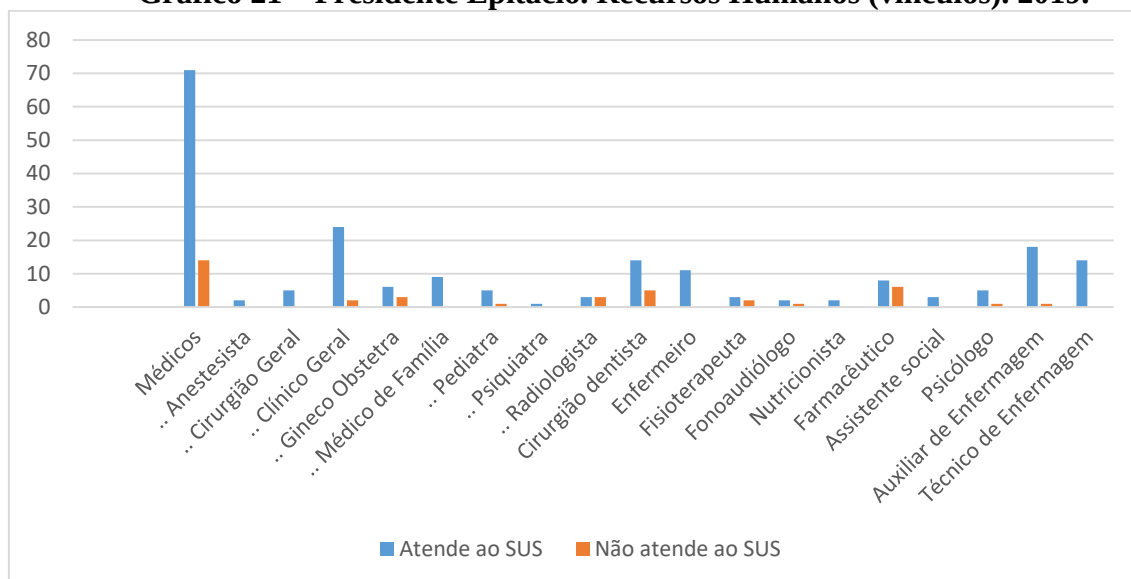
Centro de atenção psicossocial	1
Polo academia da saúde	1
Laboratório de saúde pública	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 80 – Presidente Epitácio. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	85	71	14	2,1	1,7
.. Anestesista	2	2	-	0,0	0,0
.. Cirurgião Geral	5	5	-	0,1	0,1
.. Clínico Geral	26	24	2	0,6	0,6
.. Gineco Obstetra	9	6	3	0,2	0,1
.. Médico de Família	9	9	-	0,2	0,2
.. Pediatra	6	5	1	0,1	0,1
.. Psiquiatra	1	1	-	0,0	0,0
.. Radiologista	6	3	3	0,1	0,1
Cirurgião dentista	19	14	5	0,5	0,3
Enfermeiro	11	11	-	0,3	0,3
Fisioterapeuta	5	3	2	0,1	0,1
Fonoaudiólogo	3	2	1	0,1	0,0
Nutricionista	2	2	-	0,0	0,0
Farmacêutico	14	8	6	0,3	0,2
Assistente social	3	3	-	0,1	0,1
Psicólogo	6	5	1	0,1	0,1
Auxiliar de Enfermagem	19	18	1	0,5	0,4
Técnico de Enfermagem	14	14	-	0,3	0,3

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 21 – Presidente Epitácio. Recursos Humanos (vínculos). 2019.

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Em Presidente Epitácio há profissionais, como médicos, radiologista, dentistas, fonoaudiólogos, que não atendem ao SUS como mostra o gráfico 21. O sistema de saúde conta com eletrocardiógrafo, mamógrafo, tomógrafo e ultrassom doppler colorido.

5.3.4.5 Presidente Venceslau

O município de Presidente Venceslau possui uma população estimada de 39.448 habitantes (IBGE,2021), possui uma Santa Casa, clínica odontológica e diversas especialidades médicas (tabela 81)

Tabela 81 – Presidente Venceslau. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	11
Policlínica	1
Hospital geral	1
Consultório isolado	63
Clínica/centro de especialidade	1

Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	9
Unidade móvel terrestre	1
Farmácia	1
Unidade de vigilância em saúde	2
Central de gestão em saúde	1
Centro de atenção psicossocial	1

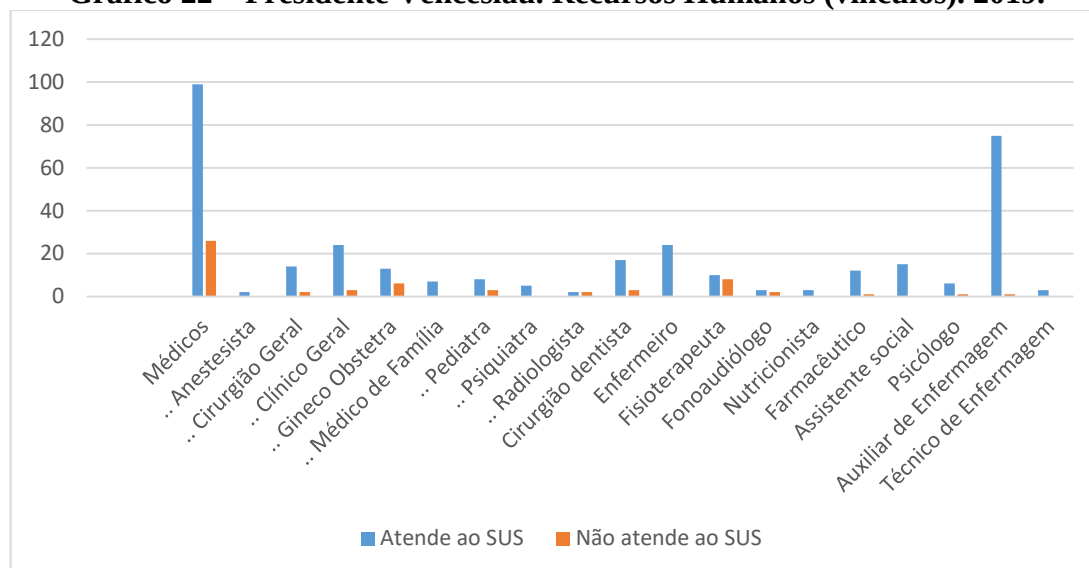
Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 82 - Presidente Venceslau. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	125	99	26	3,3	2,6
.. Anestesista	2	2	-	0,1	0,1
.. Cirurgião Geral	16	14	2	0,4	0,4
.. Clínico Geral	27	24	3	0,7	0,6
.. Gineco Obstetra	19	13	6	0,5	0,3
.. Médico de Família	7	7	-	0,2	0,2
.. Pediatra	11	8	3	0,3	0,2
.. Psiquiatra	5	5	-	0,1	0,1
.. Radiologista	4	2	2	0,1	0,1
Cirurgião dentista	20	17	3	0,5	0,4
Enfermeiro	24	24	-	0,6	0,6
Fisioterapeuta	18	10	8	0,5	0,3
Fonoaudiólogo	5	3	2	0,1	0,1
Nutricionista	3	3	-	0,1	0,1
Farmacêutico	13	12	1	0,3	0,3
Assistente social	15	15	-	0,4	0,4
Psicólogo	7	6	1	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	76	75	1	2,0	2,0
Técnico de Enfermagem	3	3	-	0,1	0,1

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 22 – Presidente Venceslau. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



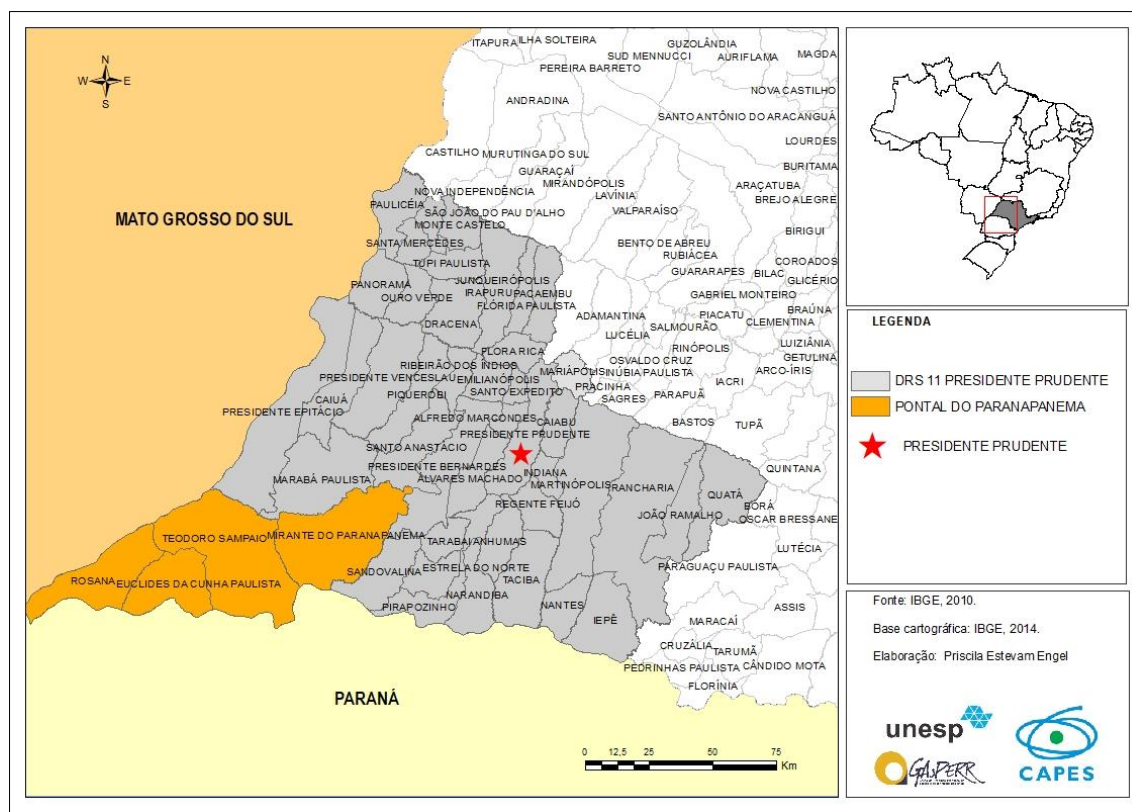
Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Elaborado pela autora.

Presidente Venceslau conta com profissionais, como médicos, radiologista, dentistas, fonoaudiólogos, entre outros, que não atendem ao SUS, como mostra o gráfico 22. O sistema de saúde possui aparelhos eletrocardiógrafos, mamógrafos, tomógrafo e ultrassom doppler colorido.

5.3.5 Região de Saúde do Pontal do Paranapanema

Por fim, apresentamos a Região de Saúde do Pontal do Paranapanema (mapa 17), que possui quatro municípios: Euclides da Cunha Paulista; Mirante do Paranapanema; Rosana, Teodoro Sampaio. O município que se destaca com os serviços de saúde mais complexos é Rosana, que conta com um recém-inaugurado Hospital Estadual, depois vemos Mirante do Paranapanema, com um AME e, na sequência, Teodoro Sampaio, com um hospital. A seguir veremos as particularidades de cada município.

Mapa 17 – DRS11. Região de Saúde Pontal do Paranapanema. 2019.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. 2021

Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/departamentos-regionais-de-saude>
 Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

5.3.5.1 Euclides da Cunha Paulista

Euclides da Cunha Paulista tem uma população estimada de 9.419 pessoas (IBGE, 2021). Como a população, os serviços de saúde também são poucos e conta somente com ESF e UBS (tabela 83).

Tabela 83 – Euclides da Cunha Paulista. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Posto de saúde	4
Centro de saúde/unidade básica	2
Consultório isolado	3
Clínica/centro de especialidade	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	1

Central de gestão em saúde	1
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Tabela 84 – Euclides da Cunha Paulista. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	17	17	-	1,7	1,7
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	-	-	-	-	-
.. Clínico Geral	2	2	-	0,2	0,2
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,1	0,1
.. Médico de Família	5	5	-	0,5	0,5
.. Pediatra	1	1	-	0,1	0,1
.. Psiquiatra	1	1	-	0,1	0,1
.. Radiologista	1	1	-	0,1	0,1
Cirurgião dentista	9	9	-	0,9	0,9
Enfermeiro	7	7	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	2	2	-	0,2	0,2
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,1	0,1
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	3	3	-	0,3	0,3
Assistente social	1	1	-	0,1	0,1
Psicólogo	1	1	-	0,1	0,1
Auxiliar de Enfermagem	8	8	-	0,8	0,8
Técnico de Enfermagem	1	1	-	0,1	0,1

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Euclides da Cunha Paulista não tem nenhum profissional que não atua no SUS, (tabela 84) e não possui nenhum aparelho de exames de média e alta complexidade.

5.3.5.2 Mirante do Paranapanema

O município de Mirante do Paranapanema tem uma população estimada de 18.178 habitantes (IBGE, 2021) e um AME - Ambulatório Médico de Especialidades, como podemos observar na tabela 85.

Tabela 85 – Mirante do Paranapanema. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	8
Policlínica	2
Consultório isolado	6
Clínica/centro de especialidade	2
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	1
Central de gestão em saúde	1
Pronto atendimento	1
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

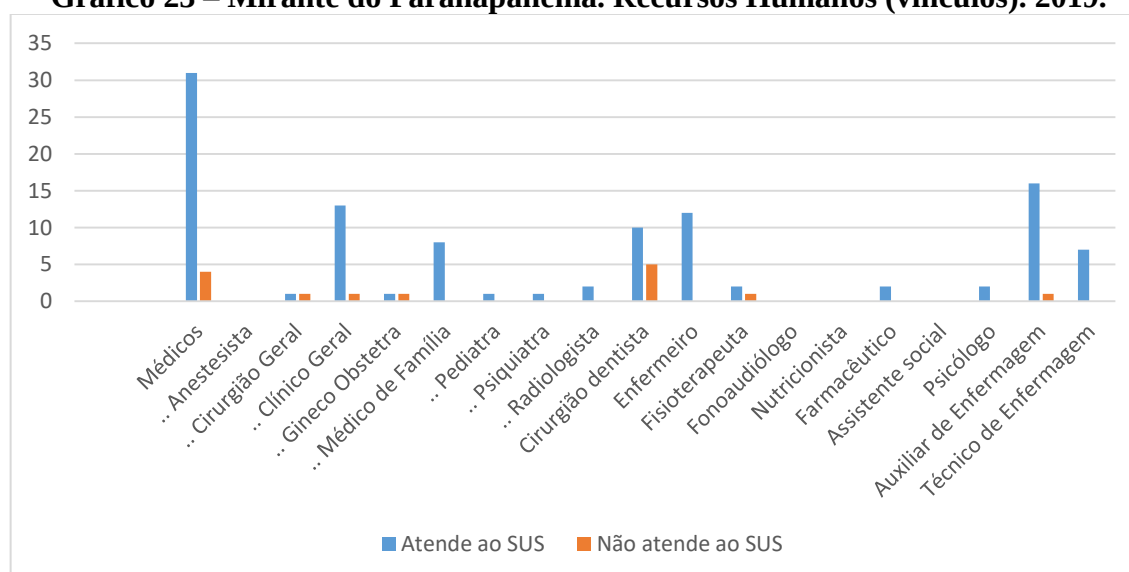
Tabela 86 – Mirante do Paranapanema. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	35	31	4	1,9	1,7
.. Anestesista	-	-	-	-	-
.. Cirurgião Geral	2	1	1	0,1	0,1
.. Clínico Geral	14	13	1	0,8	0,7
.. Gineco Obstetra	2	1	1	0,1	0,1
.. Médico de Família	8	8	-	0,4	0,4
.. Pediatra	1	1	-	0,1	0,1

.. Psiquiatra	1	1	-	0,1	0,1
.. Radiologista	2	2	-	0,1	0,1
Cirurgião dentista	15	10	5	0,8	0,6
Enfermeiro	12	12	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	3	2	1	0,2	0,1
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-	-
Farmacêutico	2	2	-	0,1	0,1
Assistente social	-	-	-	-	-
Psicólogo	2	2	-	0,1	0,1
Auxiliar de Enfermagem	17	16	1	0,9	0,9
Técnico de Enfermagem	7	7	-	0,4	0,4

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 23 – Mirante do Paranapanema. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Mirante do Paranapanema possui um rol de profissionais (tabela 86) mais complexo devido a presença do AME, claro que menor e com menos profissionais, ao ser comparado com o de Presidente Prudente. Ao mesmo tempo, há profissionais que não atuam no SUS, gráfico 23; o AME é recente e alguns aparelhos de exames e profissionais ainda estão sendo buscados.

5.3.5.3 Rosana

Rosana tem uma população estimada de 17.015 habitantes (IBGE, 2021) e possui um Hospital Estadual, denominado Porto Primavera - Rosana, o maior da região, depois dos hospitais de Presidente Prudente (tabela 87)

Tabela 87 – Rosana. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Posto de saúde	7
Centro de saúde/unidade básica	1
Policlínica	1
Hospital geral	1
Consultório isolado	27
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	4
Central de gestão em saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

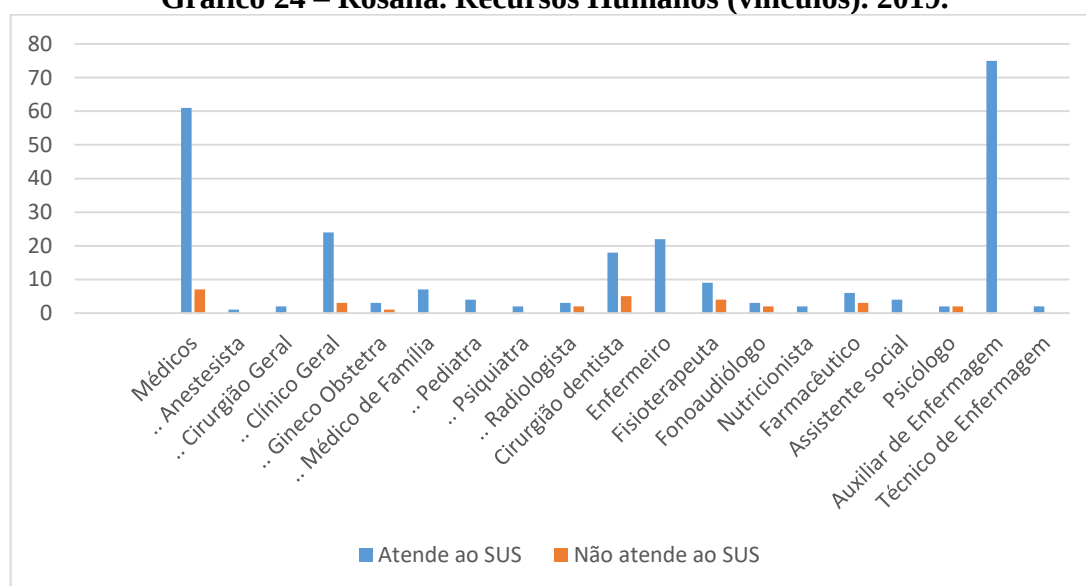
Tabela 88 – Rosana. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	68	61	7	3,6	3,2
.. Anestesista	1	1	-	0,1	0,1
.. Cirurgião Geral	2	2	-	0,1	0,1
.. Clínico Geral	27	24	3	1,4	1,3
.. Gineco Obstetra	4	3	1	0,2	0,2
.. Médico de Família	7	7	-	0,4	0,4
.. Pediatra	4	4	-	0,2	0,2
.. Psiquiatra	2	2	-	0,1	0,1

.. Radiologista	5	3	2	0,3	0,2
Cirurgião dentista	23	18	5	1,2	1,0
Enfermeiro	22	22	-	1,2	1,2
Fisioterapeuta	13	9	4	0,7	0,5
Fonoaudiólogo	5	3	2	0,3	0,2
Nutricionista	2	2	-	0,1	0,1
Farmacêutico	9	6	3	0,5	0,3
Assistente social	4	4	-	0,2	0,2
Psicólogo	4	2	2	0,2	0,1
Auxiliar de Enfermagem	75	75	-	4,0	4,0
Técnico de Enfermagem	2	2	-	0,1	0,1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

Gráfico 24 – Rosana. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Elaborado pela autora.

Assim como o AME de Mirante do Paranapanema, no Hospital Regional de Porto Primavera ainda faltam aparelhos de exames e a contratação de especialistas (tabela 88) O gráfico 24 mostra que existem profissionais que não tem atuam no SUS.

5.3.5.4 Teodoro Sampaio

Teodoro Sampaio tem uma população estimada de 23.019 habitantes (IBGE, 2021), possui um Hospital, USB e ESF (tabela 89)

Tabela 89 – Teodoro Sampaio. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Centro de saúde/unidade básica	10
Hospital geral	1
Consultório isolado	16
Clínica/centro de especialidade	2
Unidade de apoio diagnóstico e terapia (sadt isolado)	2
Central de gestão em saúde	1
Pronto atendimento	1
Polo academia da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde. Organizado pela autora.

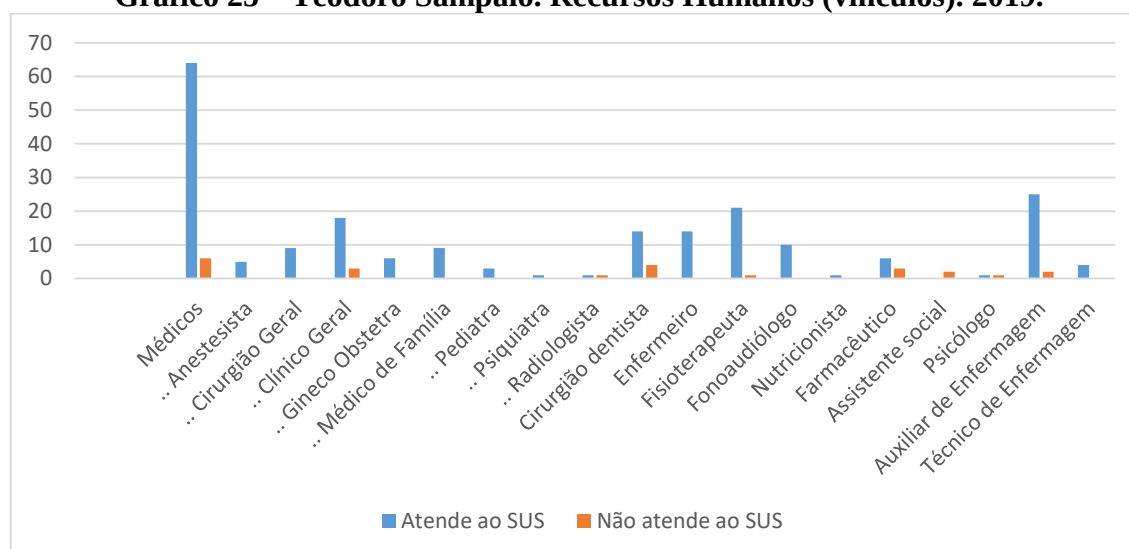
Tabela 90 – Teodoro Sampaio. Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas. 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	70	64	6	3,3	3,0
.. Anestesista	5	5	-	0,2	0,2
.. Cirurgião Geral	9	9	-	0,4	0,4
.. Clínico Geral	21	18	3	1,0	0,8
.. Gineco Obstetra	6	6	-	0,3	0,3
.. Médico de Família	9	9	-	0,4	0,4
.. Pediatra	3	3	-	0,1	0,1
.. Psiquiatra	1	1	-	0,0	0,0
.. Radiologista	2	1	1	0,1	0,0
Cirurgião dentista	18	14	4	0,8	0,7

Enfermeiro	14	14	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	22	21	1	1,0	1,0
Fonoaudiólogo	10	10	-	0,5	0,5
Nutricionista	1	1	-	0,0	0,0
Farmacêutico	9	6	3	0,4	0,3
Assistente social	2	-	2	0,1	-
Psicólogo	2	1	1	0,1	0,0
Auxiliar de Enfermagem	27	25	2	1,3	1,2
Técnico de Enfermagem	4	4	-	0,2	0,2

Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019. Organizado pela autora.

Gráfico 25 – Teodoro Sampaio. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS - Cadernos de Informações de saúde. 2019.

No rol de profissionais de Teodoro Sampaio (tabela 90) temos aqueles que não atendem ao SUS, gráfico 25, e não há outros aparelhos de exames além de quatro eletrocardiógrafos.

No próximo subcapítulo, observando estrutura semelhante à de cada subitem destinado aos municípios componentes das regiões de saúde, é dado destaque ao município de Presidente Prudente, pela importância central à tese.

5.4 Presidente Prudente e os serviços de saúde

5.4.1 Presidente Prudente: quadro geral dos equipamentos e serviços de saúde

O processo de urbanização da cidade de Presidente Prudente não se deu e nem se dá em consequência de um processo de industrialização, nem tampouco na mesma progressão do aumento populacional. Mas sim, responde a processos de intensificação das atividades econômicas urbanas (SPOSITO, 1983), como os setores de comércio e serviços e de mudanças no campo, com modernização da atividade agropecuária, mudança na estrutura fundiária e nos principais produtos da região. Presidente Prudente conta com uma população de 227072 (IBGE,2018). Conta com diversos equipamentos de saúde, como podemos ver na Tabela 91.

Tabela 91 – Presidente Prudente. Tipos e quantidade de Equipamentos de Saúde. 2019.

TIPO DE EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Posto de saúde	1
Centro de saúde/unidade básica	31
Policlínica	17
Hospital geral	7
Hospital especializado	3
Consultório isolado	654
Clínica/centro de especialidade	78
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	37
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	4
Farmácia	1
Unidade de vigilância em saúde	1
Hospital/dia - isolado	3
Central de gestão em saúde	2
Centro de atenção psicossocial	4
Pronto atendimento	4
Polo academia da saúde	1

Central de regulação médica das urgências	1
Serviço de atenção domiciliar isolado (home care)	3
Laboratório de saúde pública	1
Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde	1

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2019. Organizado pela autora.

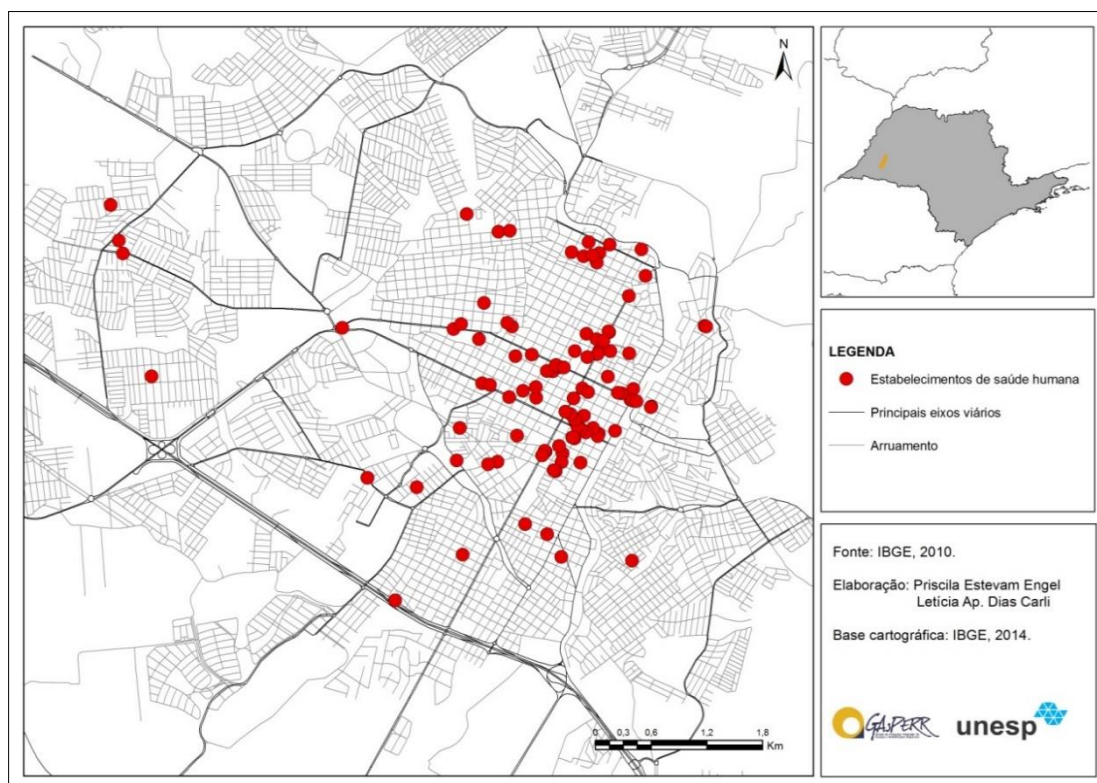
Deve-se destacar que o Hospital Regional de Presidente Prudente é o principal prestador de serviços de alta complexidade em todas as especialidades. Em seguida, podemos registrar a atuação da Santa Casa de Misericórdia, do Hospital do Câncer, Hospital Iamada, Hospital Nossa Senhora das Graças, entre outros. Os demais estabelecimentos privados com atendimento hospitalar concentram suas ações na média complexidade nas áreas de obstetrícia, clínica médica, cirúrgica e pediatria.

Os hospitais são, no setor de saúde, os equipamentos-âncora que atraem para seu entorno outros serviços correlatos, como as clínicas médicas, os laboratórios e as lojas de artigos e equipamentos hospitalares, podendo reestruturar algumas áreas da cidade, criando assim áreas especializadas em atividades em saúde na cidade.

As clínicas existentes em Presidente Prudente oferecem diferentes especialidades na área de saúde, que vão desde a oferta de serviços estéticos até os serviços oncológicos especializados. Concentram-se em áreas próximas aos hospitais, seguindo uma tendência espacial para todo o setor de saúde.

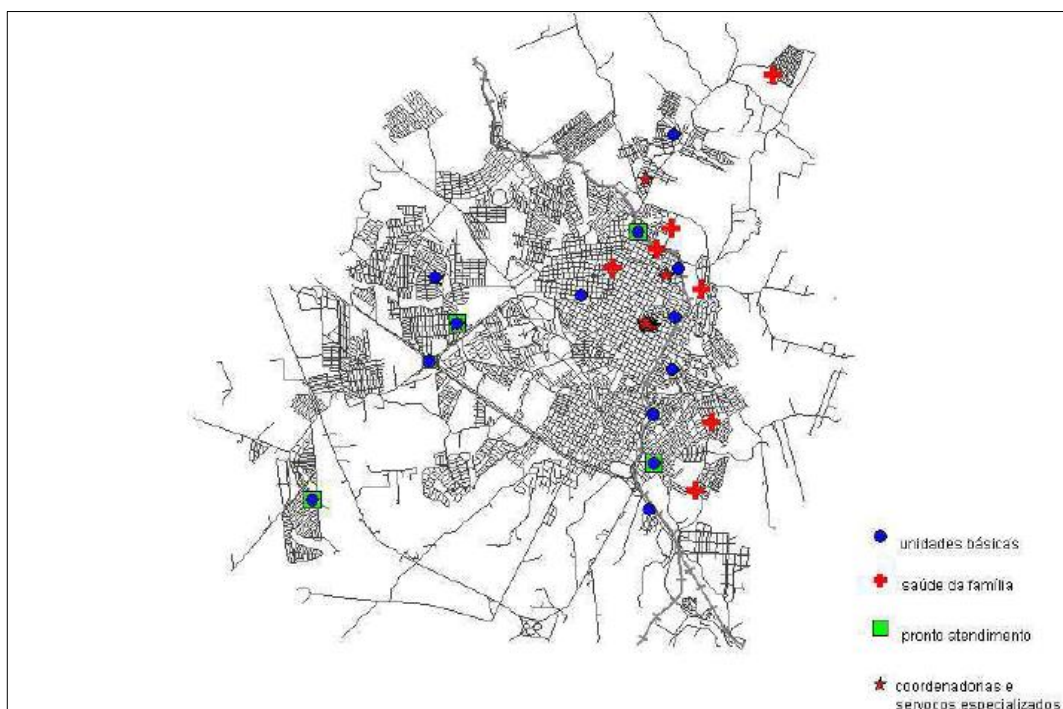
A existência de laboratórios com atividades especializadas e que contribuem para a criação de uma centralidade interurbana, tendo em vista os fluxos estabelecidos entre Presidente Prudente e a região, é muito importante para a compreensão da dinâmica do setor de saúde. O Mapa 18 e a Figura 23 apresentam a localização de estabelecimentos de saúde na malha urbana de Presidente Prudente, o primeiro com todos os serviços e o segundo somente aqueles ligados ao SUS.

Mapa 18 – Presidente Prudente. Presença de Estabelecimentos de saúde. 2018.



Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2019.
 Elaborado por Priscila Estevam Engel e Leticia Ap. Dias Carli.

Figura 23 – Presidente Prudente. Serviços de Saúde Municipais – SUS. 2019.



Fonte: Prefeitura Municipal de Presidente Prudente. 2019.

Além dos equipamentos, o rol de profissionais também é vasto e variado quando comparamos com as cidades apresentadas no subcapítulo 5.3, como vamos analisar na Tabela 92 e no Gráfico 26.

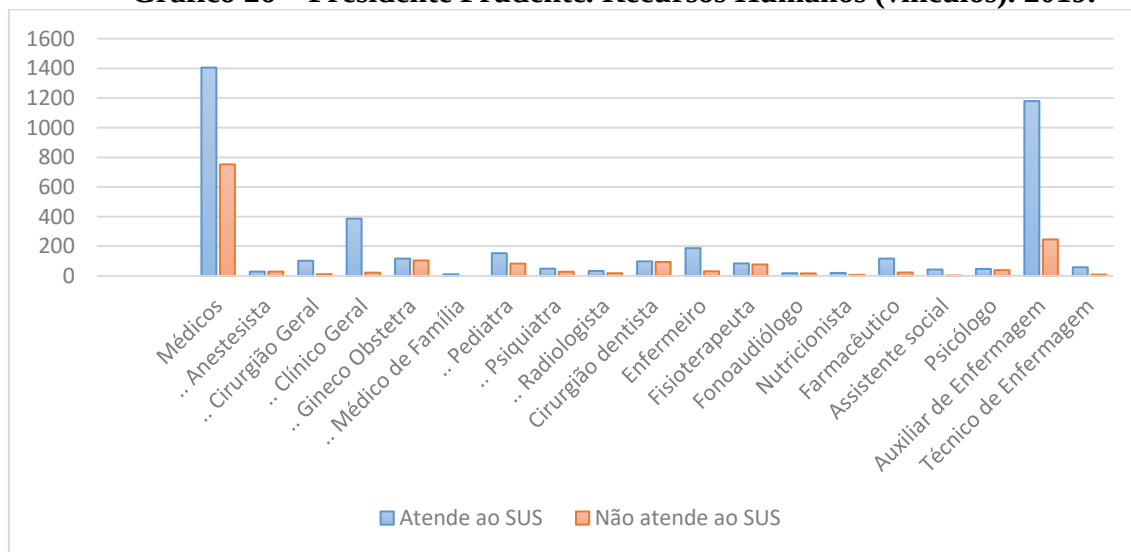
Tabela 92 – Número de recursos humanos (vínculos) na área da saúde em Presidente Prudente em 2019.

CATEGORIA	TOTAL	ATENDE AO SUS	NÃO ATENDE AO SUS	PROF/1.000 HAB	PROF SUS/1.000 HAB
Médicos	2.157	1.405	752	10,4	6,8
.. Anestesista	58	29	29	0,3	0,1
.. Cirurgião Geral	114	102	12	0,5	0,5
.. Clínico Geral	408	386	22	2,0	1,9
.. Gineco Obstetra	221	117	104	1,1	0,6
.. Médico de Família	11	11	-	0,1	0,1
.. Pediatra	236	153	83	1,1	0,7
.. Psiquiatra	77	49	28	0,4	0,2

.. Radiologista	51	33	18	0,2	0,2
Cirurgião dentista	192	98	94	0,9	0,5
Enfermeiro	218	187	31	1,0	0,9
Fisioterapeuta	161	84	77	0,8	0,4
Fonoaudiólogo	35	18	17	0,2	0,1
Nutricionista	27	20	7	0,1	0,1
Farmacêutico	140	117	23	0,7	0,6
Assistente social	44	43	1	0,2	0,2
Psicólogo	86	47	39	0,4	0,2
Auxiliar de Enfermagem	1.425	1.179	246	6,9	5,7
Técnico de Enfermagem	67	58	9	0,3	0,3

Fonte: DATASUS – Cadernos de Informações de saúde - 2019.

Gráfico 26 – Presidente Prudente. Recursos Humanos (vínculos). 2019.



Fonte: DATASUS – Cadernos de Informações de saúde, 2019. Organizado pela autora.

Diferentemente dos demais municípios da DRS, em Presidente Prudente há todas as categorias de profissionais que não atuam no SUS como podemos observar no gráfico 26. Inferimos, então, que há oferta para isso, mesmo assim, o número de profissionais que atendem ao SUS é enorme.

5.4.2 O Hospital Regional de Presidente Prudente

Inaugurado em 22 de fevereiro de 1997¹⁰, o então Hospital Universitário Dr. Domingos Leonardo Cerávolo era mantido pela Associação Prudentina de Educação e Cultura (APEC). O Hospital surgiu após nove anos da instalação da Faculdade de Medicina (1988), pois o hospital-escola tornou-se necessário para possibilitar a realização de estágios dos acadêmicos de medicina e de outros cursos da área da saúde daquela universidade. Serviu, também, para suprir a carência de atendimento na área hospitalar para as regiões do Oeste Paulista, Norte Paranaense e Sul Mato-grossense. No dia 13 de fevereiro de 2009, o Hospital Universitário foi adquirido pelo Estado de São Paulo e passou a ser denominado de Hospital Regional de Presidente Prudente “Dr. Domingos Leonardo Cerávolo”, passando a dar assistência médica eletiva e de urgência/emergência para uma região composta de 45 municípios que formam a DRS XI. O HR é uma unidade de grande porte, referência para média e alta complexidade. A Gestão do Hospital Regional de Presidente Prudente está sob a responsabilidade da OSS (Organização Social de Saúde) Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus e como mantenedora a Secretaria Estadual de Saúde. A estrutura física da instituição tem aproximadamente 44.500 m² divididos em quatro blocos verticais. Há um bloco administrativo, um bloco para serviços especializados e dois blocos para unidades de internação.

O HR presta atendimento em nível ambulatorial, de urgência e emergência e internações. Os principais produtos da assistência são: Atendimento ambulatorial, Atendimento de urgência e emergência, Atendimento psiquiátrico (urgência e emergência/internações), Banco de sangue, Captação de órgãos, Cirurgias, Diálise, Exames auxiliares ao diagnóstico e ao tratamento, Hospital-dia, Internações. O HR é reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) como um hospital de ensino. Possui programa de residência médica contando com mais de 150 residentes nas mais diversas especialidades médicas que estão envolvidas em todas as ações assistenciais do Hospital.

Oferece assistência à saúde de nível terciário, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo a população de Presidente Prudente e de outros 44 municípios da DRS XI, sendo a população de 762.528 habitantes.

As tabelas 93, 94 e 95 apresentam dados e informações sobre o Hospital Regional.

¹⁰ A construção deste capítulo utilizou informações de dados obtidos junto à administração do hospital regional, publicações e dados disponíveis pela plataforma online do DATASUS.

Tabela 93 – Presidente Prudente. Principais Indicadores do Hospital Regional. 2019.

Indicador	Resultado
Taxa de Ocupação Hospitalar	83,86%
Média de Permanências	6,61 dias
Total de Internações	23.361 (44% Presidente Prudente/ 56% outros municípios)
Perfil das Internações	41% cirúrgicos/ 28% Clínicos/ 14% Pediátricos/ 12% Obstétricos/ 5% Psiquiátricos
Número de Consultas	341.953 (216.412 Pronto Socorro/ 125.541 Ambulatoriais)
Número de Cirurgias	19.620
Taxa de Cirurgia Suspensa	5,15%
Taxa de Infecção Hospitalar	2,21%
Taxa de Mortalidade Institucional	4,96%
Taxa de Satisfação do Usuário	96,15%

Fonte: Administração do Hospital Regional.2018. Organizado pela autora.

Tabela 94 – Presidente Prudente. Perfil da Força de Trabalho do Hospital Regional. 2019.

Perfil dos Trabalhadores	Quantidade
Número de Funcionários Ativos	1948
Número de Funcionários Terceirizados	53
Número de Médicos do Corpo Clínico	368
Relação Enfermeiro/Leito	0,31
Relação Enfermagem/Leito	1,33
Relação Pessoal/Leito	3,85
Voluntários	45

Fonte: Administração do Hospital Regional.2018. Organizado pela autora.

Tabela 95 – Presidente Prudente. Capacidade Física do Hospital Regional. 2019.

Unidades de Internação	Leitos
Clínica Cirúrgica – Geral	36
Especialidades I	36
Especialidades II	36
Clínica Médica – Cardiologia	32
Especialidades	48
Infectologia	12
Médica Geral	34
Clínica Pediátrica - Pediatria I	32
Pediatria II	20
Ginecologia/Obstetrícia	32
Oncologia	12
Ortopedia/Traumatologia	36
PAI/Psiquiatria	38
UTI Adulto	20
UTI Coronariana	10
UTI Neonatal	10
UTI Neonatal	10
UTI Pediátrica	6
Total	460
Ambulatório	37 Consultórios
Centro Cirúrgico II	04 Salas/ 3 Camas de RPA
Centro Cirúrgico I	11 Salas/ 10 Camas de RPA
Centro Obstétrico	03 Salas/ 10 camas de RPA e Repouso
Centro de Diagnóstico por Imagem	09 Salas/ 03 camas repouso
Diálise	20 Poltronas ambulatoriais 01 Poltrona de internação
Endoscopia	03 Salas/ 07 camas de Repouso
Pronto Socorro Adulto	02 Salas de Emergência/ 01 semi-intensiva/16 leitos retaguarda/ 20 camas observação

Pronto Socorro Infantil

01 Sala de Emergência/ 14 leitos de retaguarda

Pronto Socorro Obstétrico

01 Consultório

Fonte: Administração do Hospital Regional.2018. Organizado pela autora.

O Hospital Regional passou por um processo de mudanças com o objetivo de priorizar atendimentos mais complexos, como podemos avaliar desde a entrevista que nos foi concedida pela a diretora da DRS,

“até há uns dois três anos atrás, a gente costuma chamar de Hospital Porta Aberta, o Hospital Regional era Porta Aberta para toda a região inclusive pra Presidente Prudente só que o hospital não estava dando conta mais ai o município de Presidente Prudente criou as duas UPAs e os pacientes ou eles passam pelas unidades básicas ou passa por essas UPAs ou pelos Pronto Atendimentos que estão espalhados pelos bairros e esses serviços dependendo do caso que o paciente tiver, a necessidade que aquele paciente tem, ai esses serviços vão referenciar através da Cross para o Hospital Regional” (DIRETORA DA DRS XI DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2019).

5.5 A concentração dos serviços de saúde, as relações hierárquicas e as singularidades da XI DRS de Presidente Prudente

Nos estudos que enfocam a região desde o princípio da diferenciação de áreas há diferentes abordagens em relação a tal conceito, como procuramos desenvolver no capítulo 2 desta tese.

Para Côrrea (1986, p. 22), as regiões têm significados próprios e são resultantes de processos específicos que, para sua análise, estão relacionados a determinadas correntes do pensamento geográfico. Dessa forma, o tipo de estudo empreendido e os meios utilizados para analisá-lo encontram-se fundamentados dentro de um paradigma e sua escolha se relaciona a como tentamos conhecer o espaço e por quais meios e instrumentos almejamos modificá-lo ou reforçar certas realidades. Essa vinculação de paradigma ao regionalizar o espaço possibilita perspectivas e recortes específicos, por isso, expomos as regionalizações organizadas pelo SUS e os critérios que nortearam cada delimitação espacial e suas finalidades.

Conforme acontecem rupturas históricas que permitem passar de um período a outro, também se redefinem as relações entre objetos e ações que constituem as concreções do espaço geográfico, uma vez que elas

estão na base da mudança dos períodos. Portanto, os limites e influências regionais e dos lugares precisam ser atualizados para se acompanhar cada novo momento histórico. (FEITOSA, 2019, p.75)

“Na realidade, estamos face a novos problemas de método que indicam a necessidade de abandonar as abordagens mais preocupadas com os limites e adotar aquelas mais orientadas a entender os processos” (Silveira, 2010, p. 75).

Por isso, analisamos todas as cidades que fazem parte da Região de Saúde de Presidente Prudente, levando em consideração suas particularidades e generalidades.

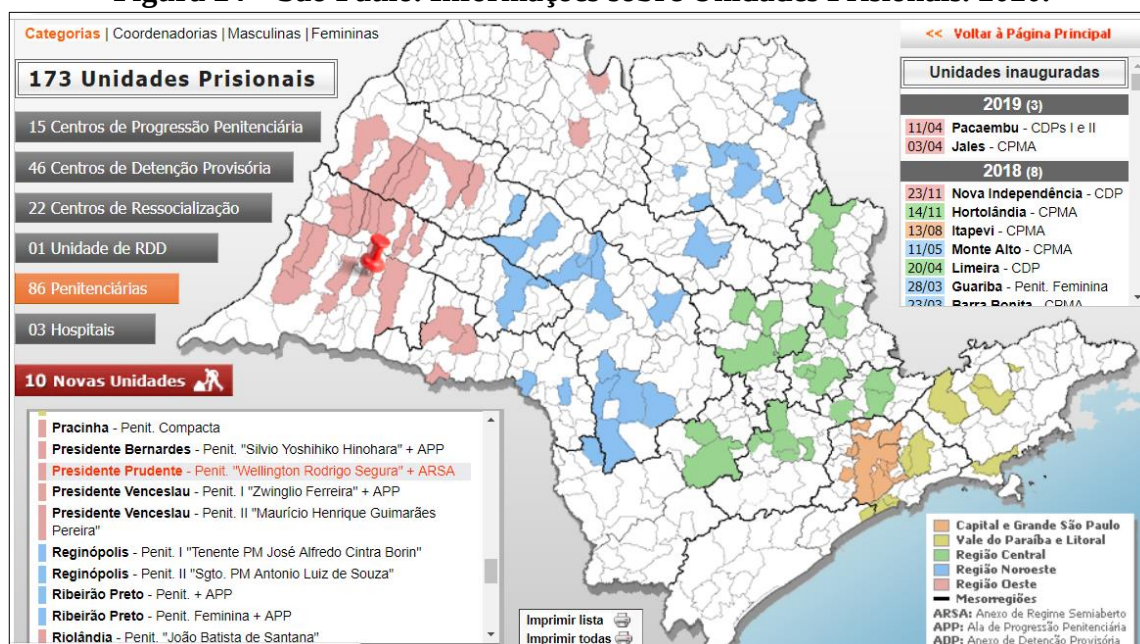
Após a apresentação dos serviços disponibilizados em cada um dos 45 municípios que fazem parte do Departamento Regional de Presidente Prudente, iniciamos esse subcapítulo relacionando a existência ou não de determinados estabelecimentos, equipamentos e profissionais e as singularidades da região apontadas para o que nos fundamentamos, sobretudo, em entrevistas realizadas.

Em entrevista a diretora da DRS ressaltou singularidades, como as distâncias, que podem ser tornar dificuldades na gestão dos fluxos motivados pela procura por serviços de saúde..

A região da paulista e do extremo oeste é onde está concentrado o maior número de penitenciárias e eu não sei se você o levantamento de assentamentos também você vai assustar porque é uma grande concentração também. O maior número de assentamentos também se concentra aqui. E a maior concentração é no Pontal do Paranapanema e no Extremo Oeste. E a região do Paranapanema tem quatro municípios, mas a área geográfica é gigantesca. Para você ter ideia, o município de Mirante ele tem distante da sede assentamentos com distância de 50 quilômetros. Então assim, tem pessoas que moram a 50 quilômetros do município e você imagina a dificuldade de acesso, é muito comum naquela região ter partos na área rural ou vim para Prudente, isso acontece tanto em Teodoro quanto em Mirante vocês vão descobrir, porque a distância é muito grande. Então vocês vão percebendo as particularidades que nossa região possui (DIRETORA DA DRS XI DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2019).

Como descreveu a diretora, uma singularidade da DRS XI de Presidente Prudente é a presença de penitenciárias, e cada uma delas possuem estratégia saúde da família (ESF) ou seja, para o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, essa equipe multiprofissional conta como uma ESF presente no município, mas é claro que essa equipe não atende a população em geral, somente a carcerária. Visto isso, nos dados de cada município que possui unidades prisionais (figura 24), estão somados os profissionais que trabalham nelas.

Figura 24 – São Paulo. Informações sobre Unidades Prisionais. 2020.



Fonte: Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/uni-prisionais/pen.html>. Acesso em: jan. 2020.

Partindo desse pressuposto, concordamos com Sposito (2009) quanto à compreensão sobre as cidades médias.

Para a autora é necessário que se considere a região onde a cidade se insere e as relações que mantém com as demais cidades: não há possibilidade de compreensão do que sejam cidades médias e pequenas sem o entendimento do que é a região, porque a região é o próprio quadro de referência, é o próprio ambiente, socialmente construído, a partir das relações entre as cidades médias e pequenas (SPOSITO, 2009, p. 18).

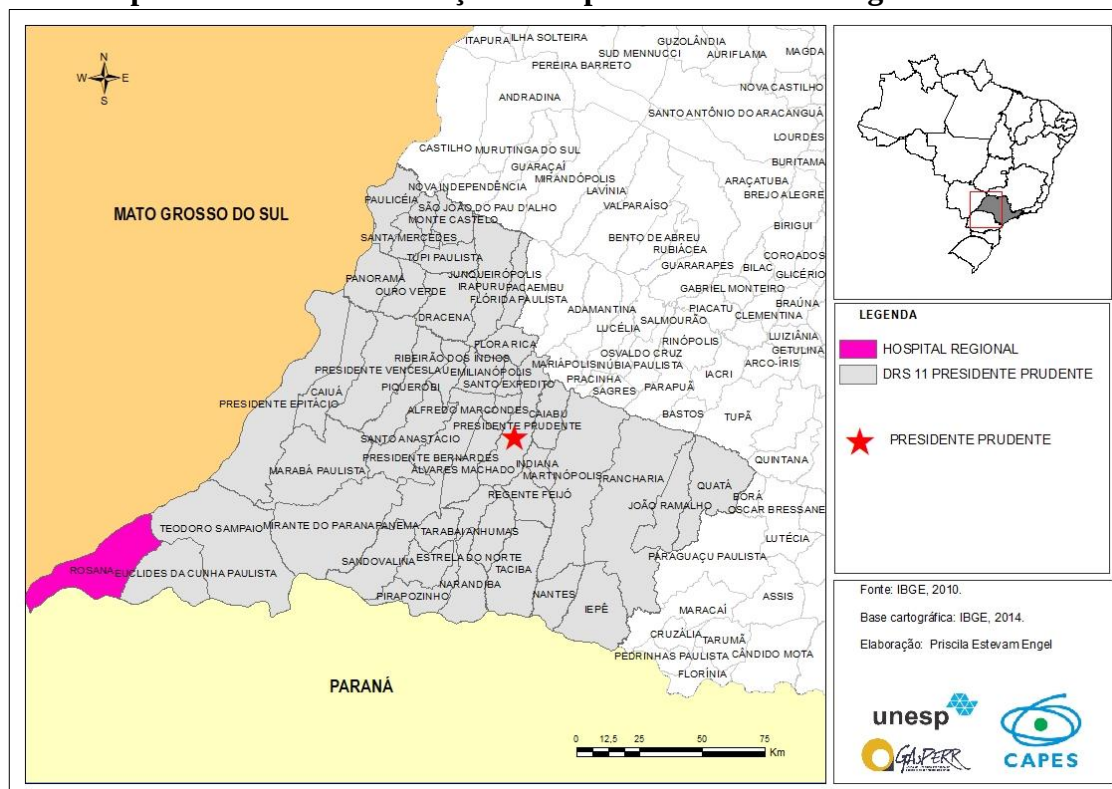
Notamos que o Estado também possui um papel destacado na interiorização das condições de acesso aos serviços médicos, através da disponibilização desses objetos modernos que, mesmo não sendo garantia de acesso, ao menos se amplia a cobertura. A inserção diferenciada gerada pelo uso seletivo do território tem grande rebatimento na centralidade e na desigualdade, tanto na escala regional quando na escala intraurbana.

Os serviços de atendimento à saúde em Presidente Prudente são referência na região oeste do Estado de São Paulo, pelo volume e grau de especialização dos hospitais, clínicas, laboratórios e dos profissionais de saúde existentes na cidade.

Verifica-se, em muitas cidades médias, um crescimento do número e da diversidade dos serviços de saúde, além do aumento da densidade técnica em procedimentos e equipamentos sofisticados. Os referidos serviços de alta complexidade concentram-se em

cidades de grande e médio porte, produzindo fluxos de pessoas, produtos e informações que reforçam o papel polarizador das atividades econômicas dessas localidades. Como podemos observar na região de Presidente Prudente no mapa 19 seguir.

Mapa 19 – DRS XI. Presença de Hospitais Estaduais e Regionais. 2019.



Fonte: DATASUS - Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES). 2019.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Como podemos observar no Mapa 19, o município de Rosana possui um hospital, o Hospital Estadual de Primavera, e para compreender por que não há fluxo intenso em sua direção a fim de se tornar um Hospital Regional, como o de Presidente Prudente, a entrevistada salienta que:

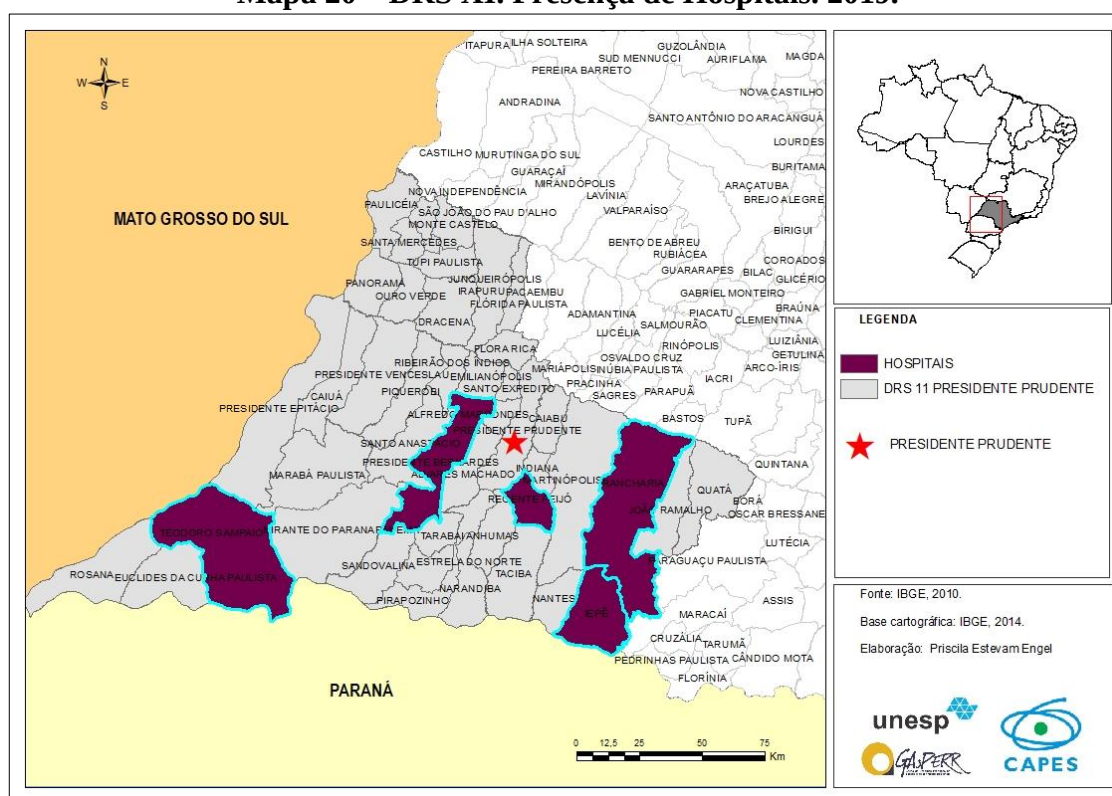
Geograficamente ele é mal localizado. Ele é mal localizado porque ele é ‘contra fluxo’ ele está lá na ponta do estado, você pega o mapa lá do estado de São Paulo ele está entre os dois estados do Paraná e Mato Grosso, então ele está lá na ponta. Vamos supor quem está aqui em Prudente sabendo que tem o serviço aqui, o paciente daqui não quer fazer nenhum procedimento lá. Aquele hospital está atendendo somente aquela microrregião que a do Pontal do Paranapanema, que compõe quatro municípios e o município mais próximo de Prudente que pertence aquela região que é Mirante do Paranapanema não faz atendimentos lá, são pouquíssimas coisas que o município de Mirante usa o Hospital de Porto Primavera, porque se você for ver a questão da

quilometragem é muito mais perto para Mirante trazer os pacientes aqui para Prudente do que ele se reportar para Primavera, porque a distância é muito grande para levar os pacientes de mirante para lá, aí foi feita uma pactuação para que os pacientes dela virem para Prudente que é bem mais perto...

Então quem o hospital de Porto Primavera atende? Teodoro Sampaio, Euclides da Cunha Paulista e Rosana, entendeu? Então a gente não fez nenhum estudo de estar implantando serviços lá naquele hospital, que é um hospital do estado, implantar serviços lá, como hemodiálise ou até a própria oncologia lá porque os pacientes não vão até lá. Por que o que vai acontecer? O famoso absenteísmo de exames e consultas, que nada mais é do que o paciente não aparecer, entendeu? A gente pode até colocar o serviço lá, a gente agenda o paciente lá, mas o que vai acontecer? O paciente não vai. Porque é muito longe. Então a gente tem todos esses agravantes também que impedem que a gente utilize aquele hospital que está lá, um hospital de um porte até razoável da gente levar esses serviços para lá. Então a gente tem esse problema.

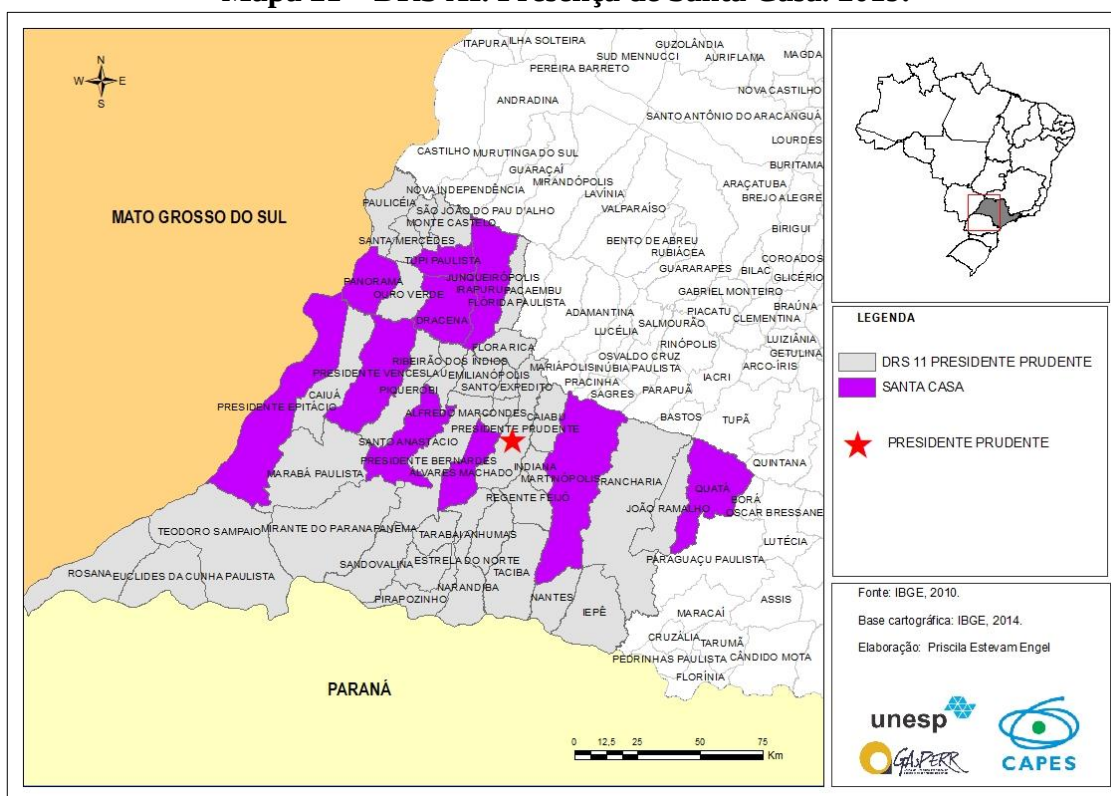
Além do Hospital Estadual de Porto Primavera, a DRS 11 de Presidente Prudente possui outros que não possuem o mesmo tamanho ou nível de complexidade que o Hospital Regional, mas que atendem a população da sua microrregião. Ainda assim são poucos os municípios que os têm.

Mapa 20 – DRS XI. Presença de Hospitais. 2019.



Fonte: DATASUS - Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES). 2019.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

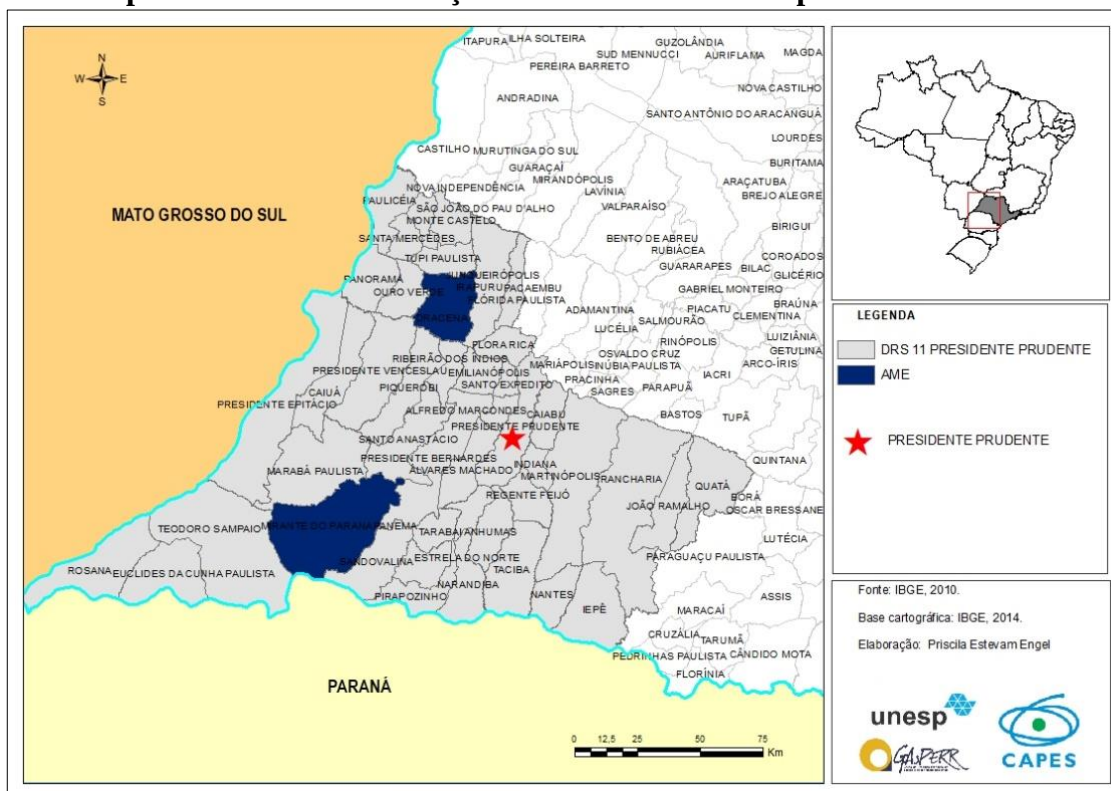
Mapa 21 – DRS XI. Presença de Santa Casa. 2019.



Fonte: DATASUS - Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNE). 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Mapa 22 – DRS XI. Presença de Ambulatórios de Especialidades. 2019.



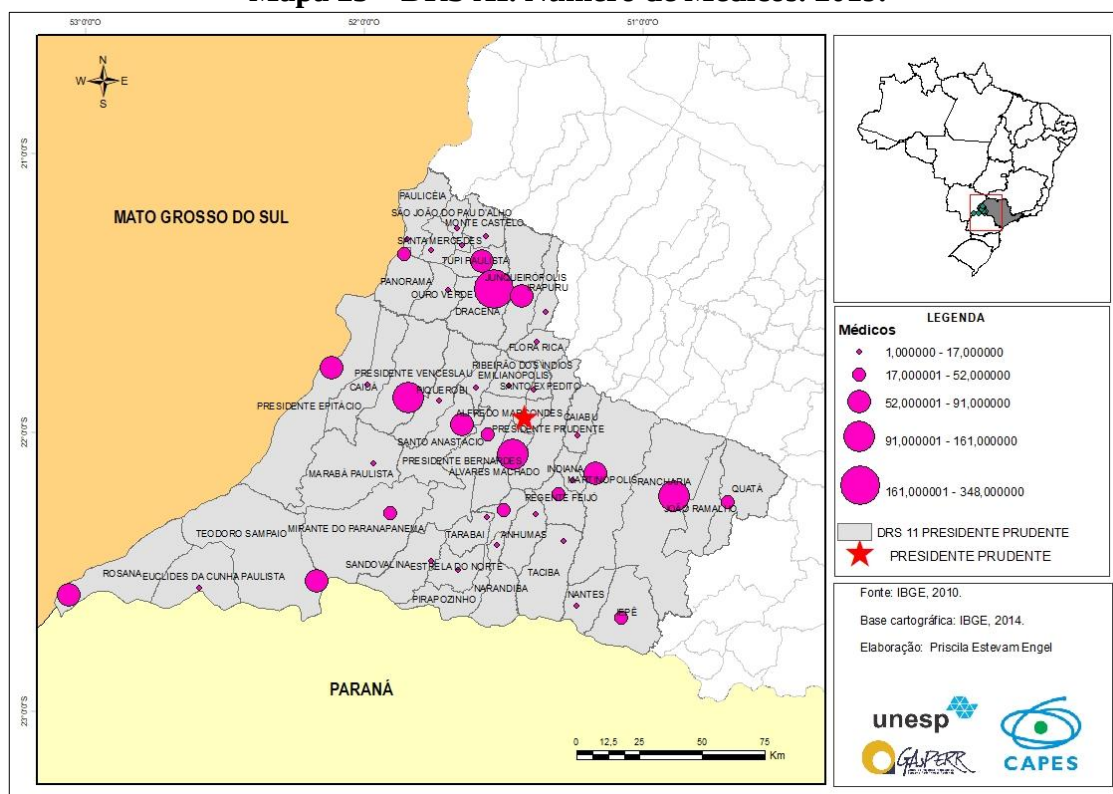
Fonte: DATASUS - Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNE). 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Os mapas (19, 20, 21 e 22) apresentados indicam a concentração dos grandes estabelecimentos de saúde. Mesmo que o município de Rosana possua um Hospital Estadual com uma boa infraestrutura, esse equipamento não atende as demandas nem dos pacientes locais. Outra questão é a presença das Santas Casas. Há municípios que contam com tal estrutura, mas estas estão cada vez mais sucateadas, servindo mais como um ponto de apoio emergencial com o intuito de aguardar vagas nos hospitais maiores. Os AMEs de Dracena e de Mirante do Paranapanema só atendem a população desses próprios municípios. Os pacientes de outras localidades, salvo poucas exceções, não são encaminhados para lá e sim para o AME de Presidente Prudente. Considerando-se os recursos do Estado os dois AMEs, de Presidente Prudente e Dracena, são custeados pelo Estado. Em Mirante do Paranapanema há um AME, mas trata-se de um Ambulatório Municipal de Especialidades e os recursos são próprios do município.

Em depoimento colhido em trabalho de campo, um paciente da cidade de Rosana, que estava internado no HR aguardando vaga para consulta com nefrologista (especialista em rins), informou que esteve internado no Hospital Estadual de Primavera e lá não havia especialista então tiveram que transferi-lo. Organizamos mapas (mapas 23, 24, 25, 26, 27,28, 29, 30 e 31) que identificam o total de profissionais de cada município, com o intuito de contribuir para a análise da eventual falta desses

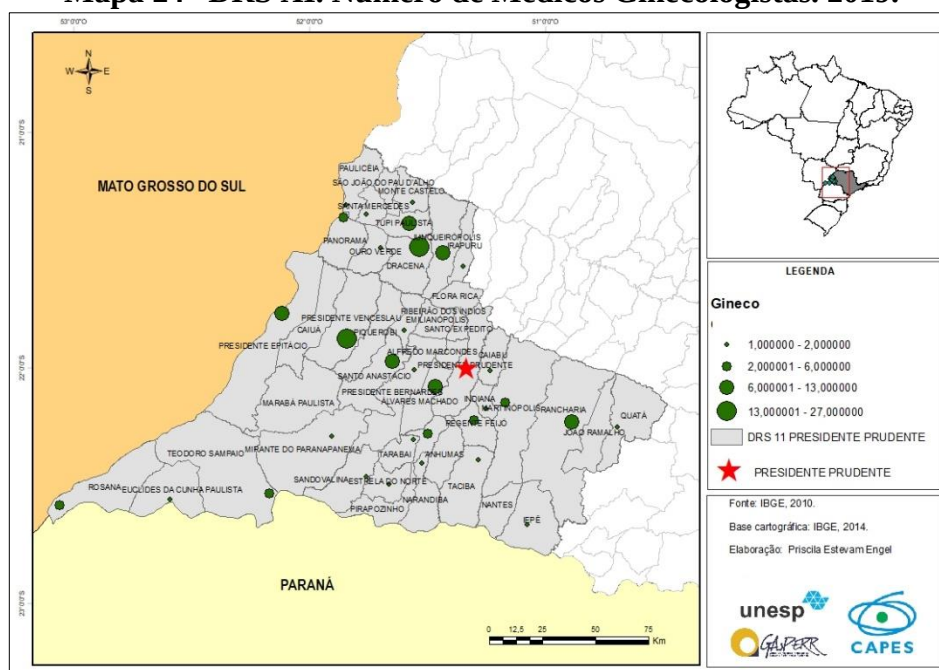
Mapa 23 – DRS XI. Número de Médicos. 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

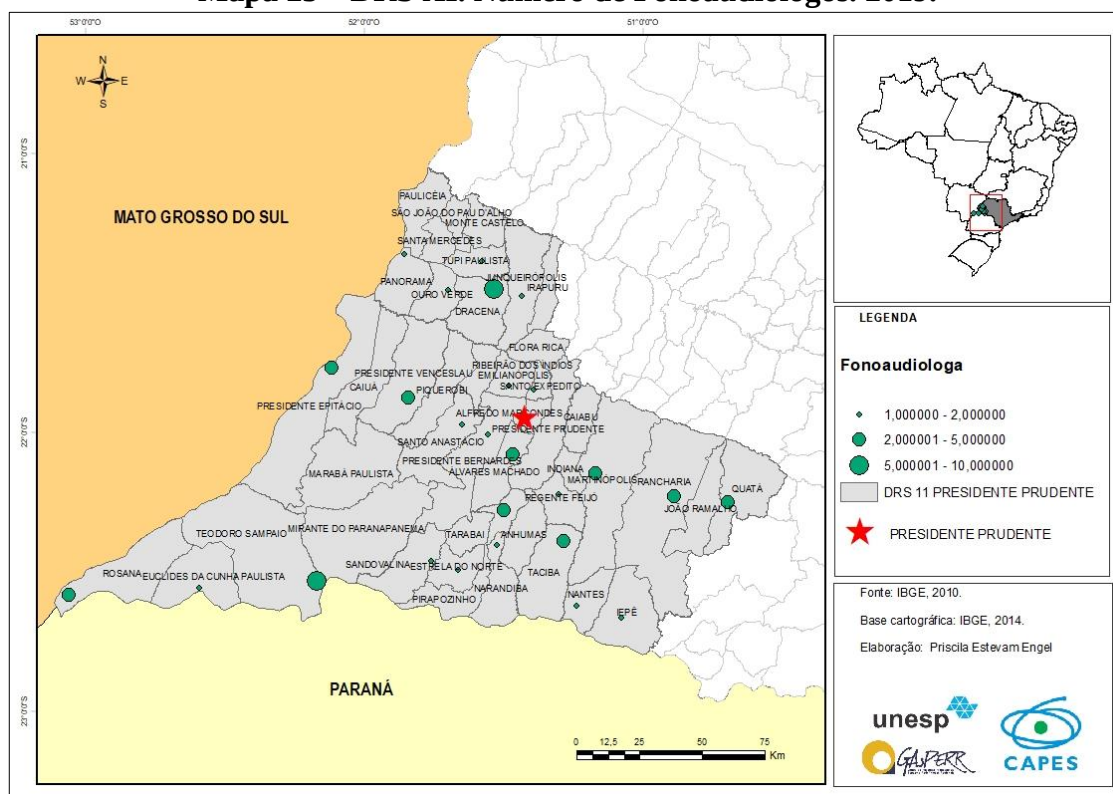
Mapa 24 –DRS XI. Número de Médicos Ginecologistas. 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

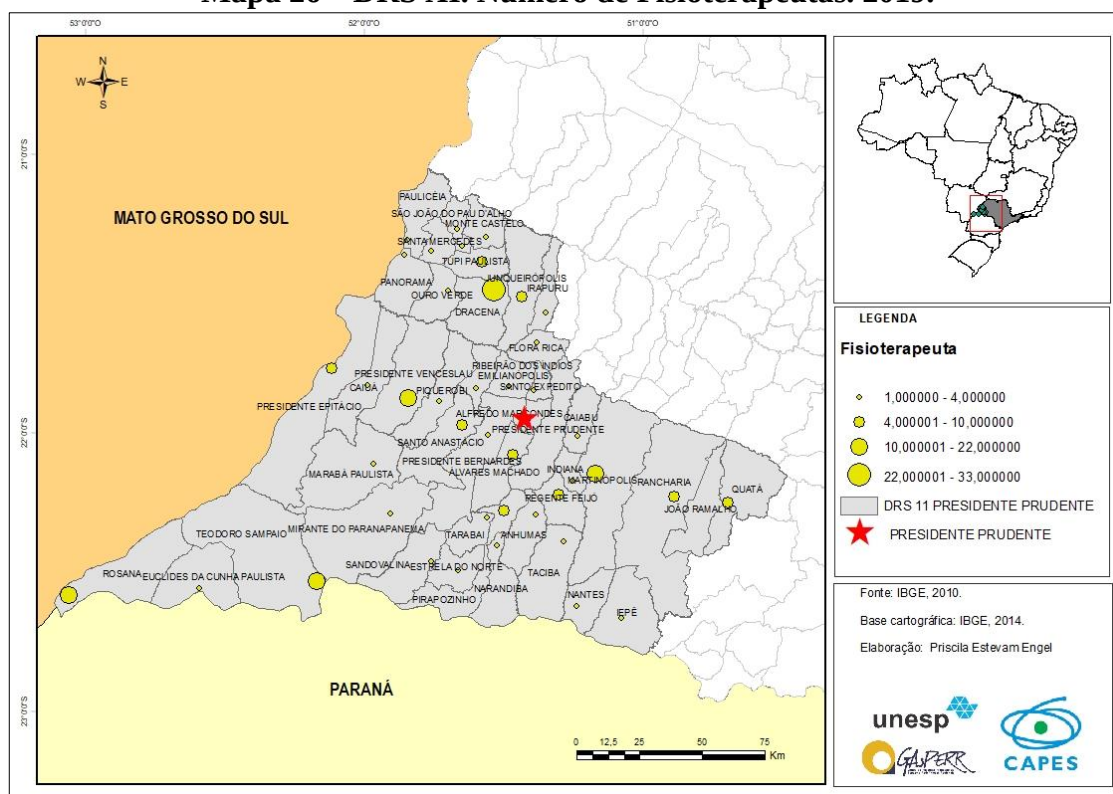
Mapa 25 – DRS XI. Número de Fonoaudiólogos. 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

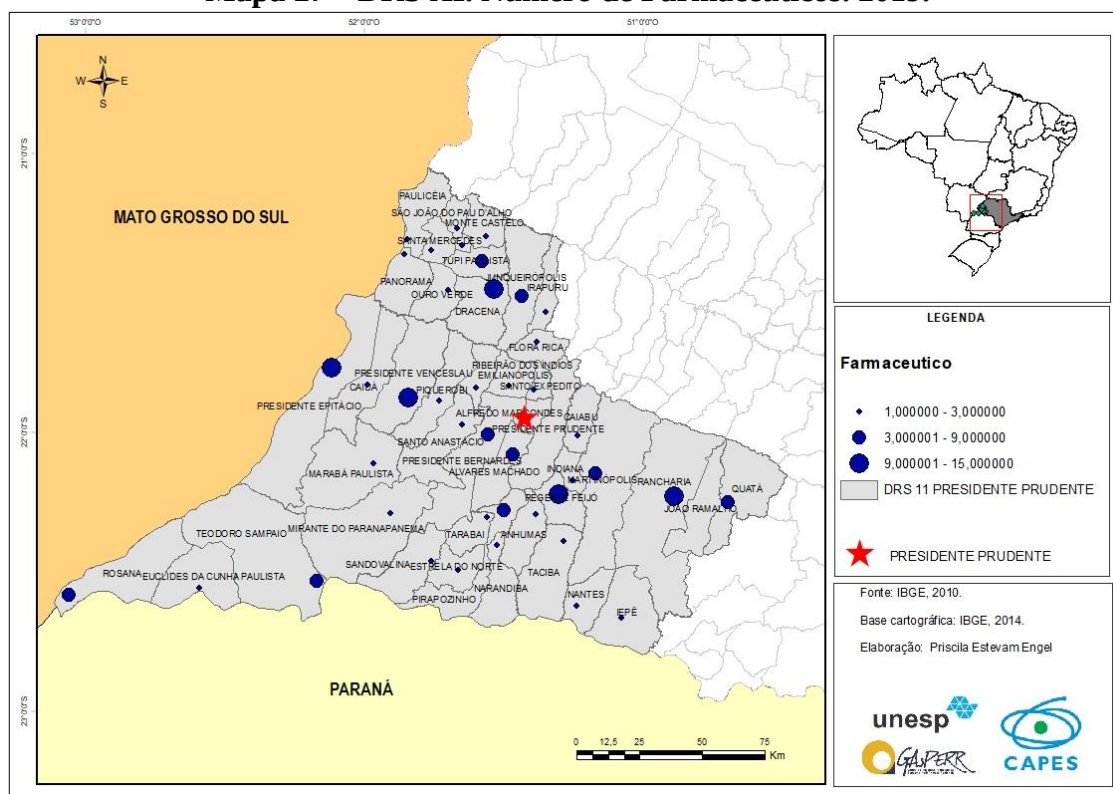
Mapa 26 – DRS XI. Número de Fisioterapeutas. 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

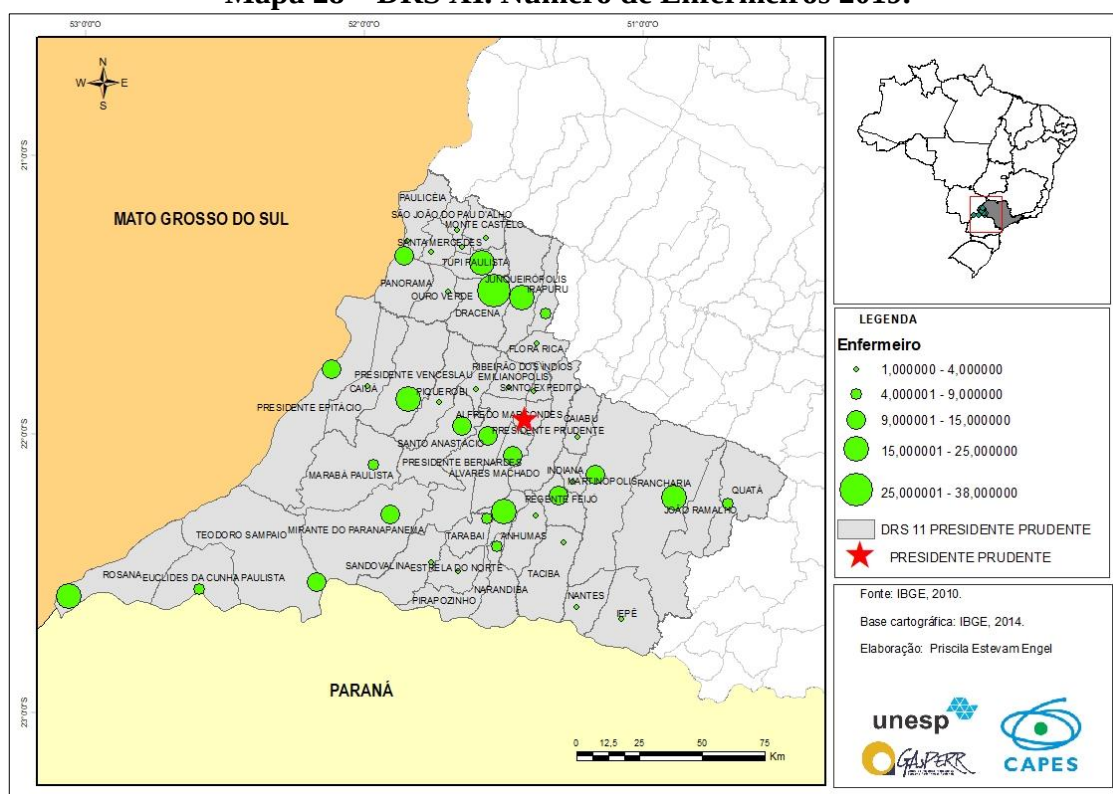
Mapa 27 – DRS XI. Número de Farmacêuticos. 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

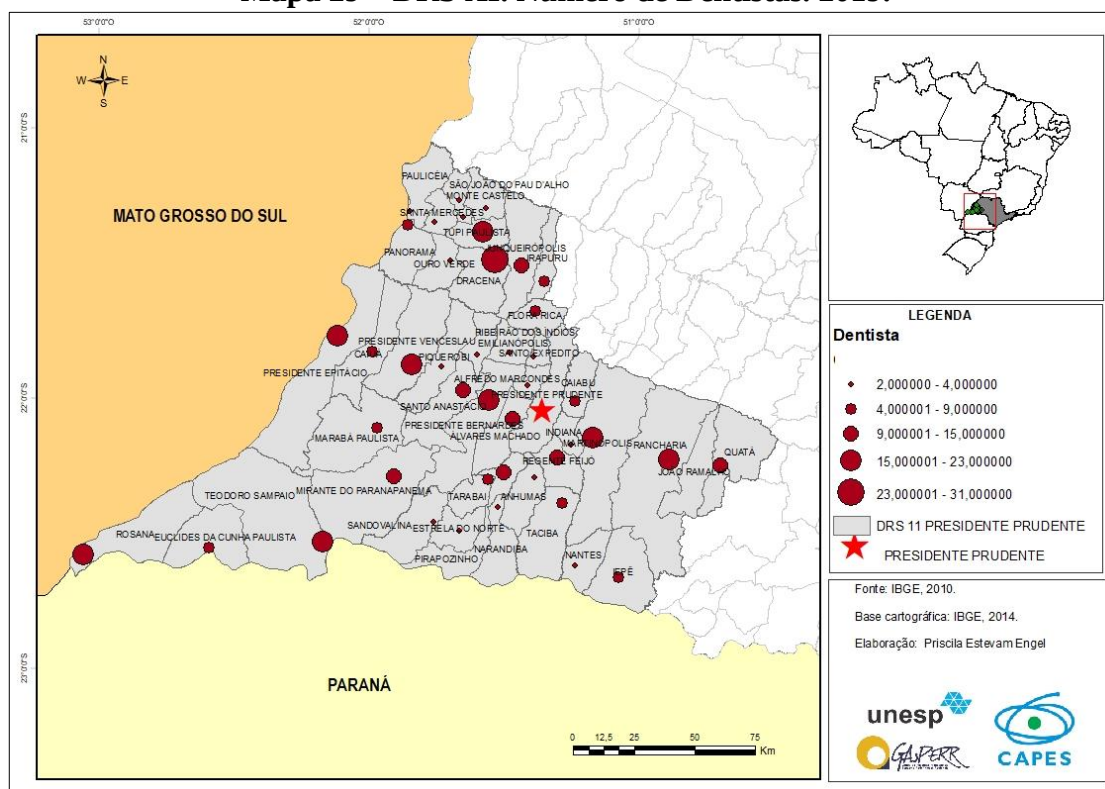
Mapa 28 – DRS XI. Número de Enfermeiros 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

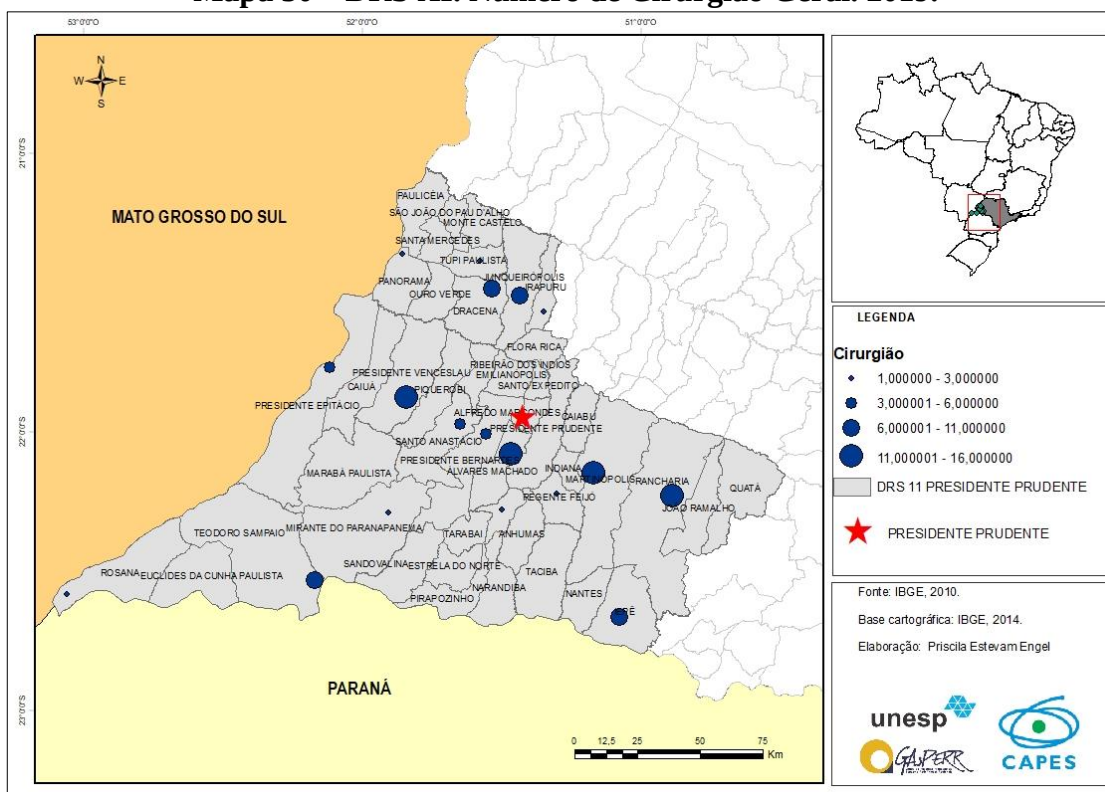
Mapa 29 – DRS XI. Número de Dentistas. 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

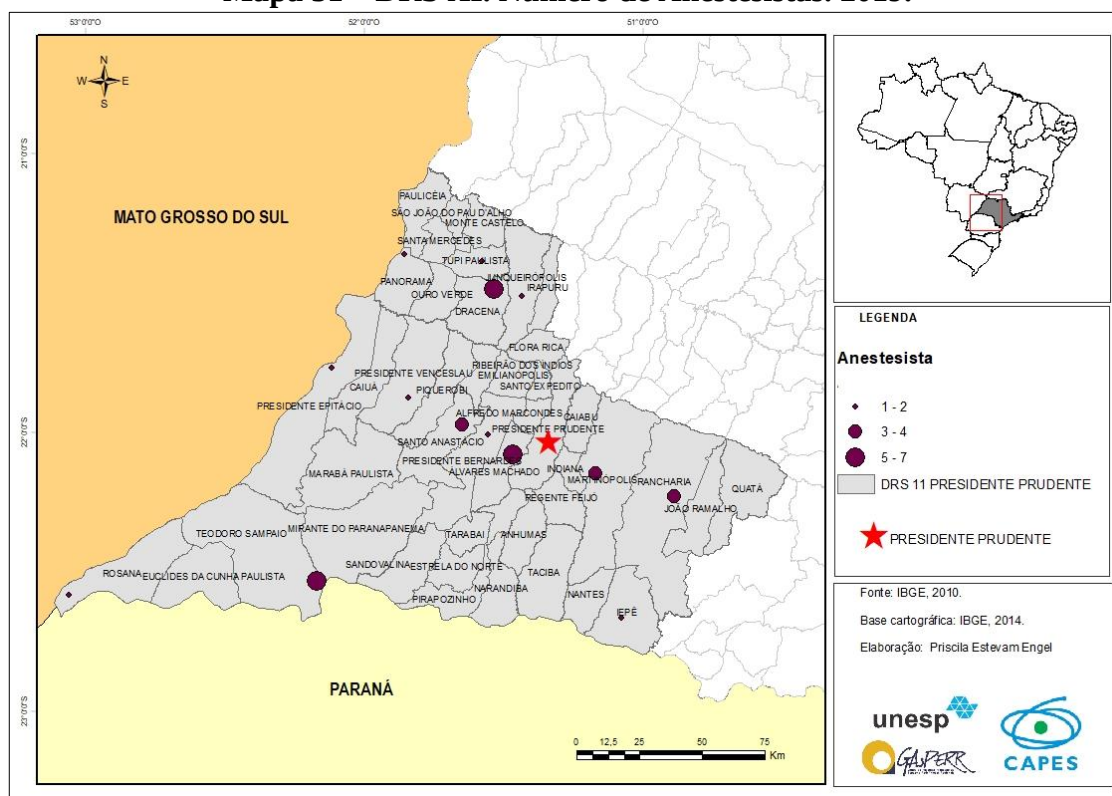
Mapa 30 – DRS XI. Número de Cirurgião Geral. 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Mapa 31 – DRS XI. Número de Anestesiistas. 2019.



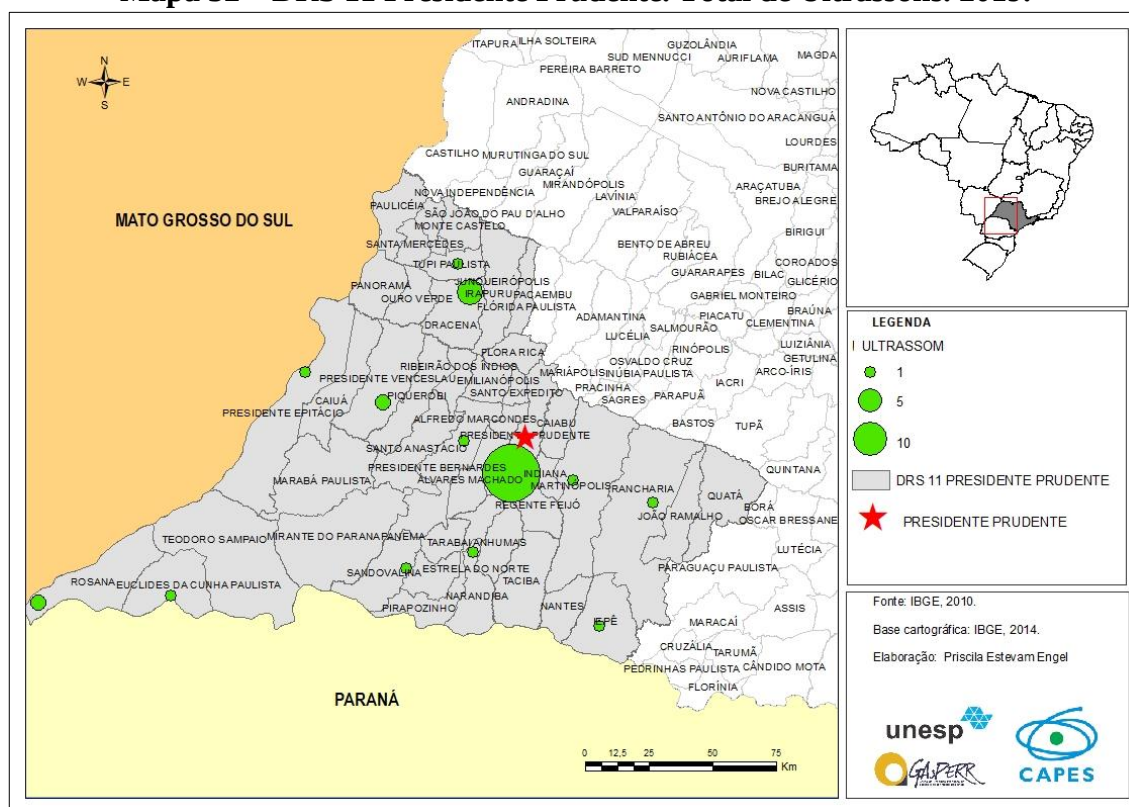
Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Os dados expostos nos mapas (23,24,25,26,27,28,29,30e31) mostram uma concentração em Presidente Prudente de profissionais quando comparamos com as demais cidades da DRS XI. Todas os municípios possuem pelo menos uma UBS e uma equipe multiprofissional (uma enfermeira, um médico, farmacêutico e dentista) o que faltam são os médicos especialistas e esses estão concentrados em Presidente Prudente.

Além dos estabelecimentos e dos profissionais, há uma concentração dos equipamentos para realização de exames. O conjunto de mapas apresentados a seguir (mapas 32, 33, 34, 35 e 36) nos dá um retrato da condição desse elemento na região analisada.

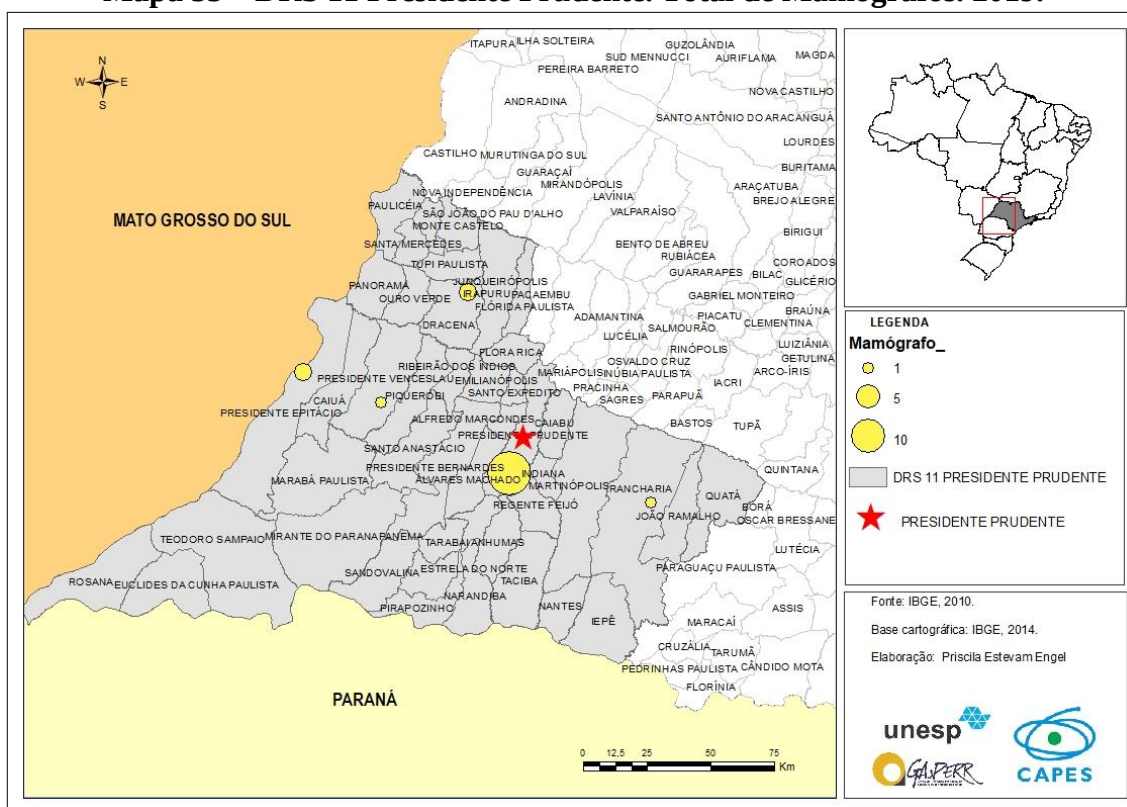
Mapa 32 – DRS 11 Presidente Prudente. Total de Ultrassons. 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

No rol de equipamentos de exame, o ultrassom é o mais encontrado nos municípios estudados. Mesmo que um aparelho de ultrassom não seja algo de última geração, como os utilizados na radioterapia ou tomógrafos, são poucos os municípios que disponibilizam desse tipo de equipamento de exames. Essa realidade é mais restrita ainda para os mamógrafos, como vamos apresentar com o Mapa 33.

Mapa 33 – DRS 11 Presidente Prudente. Total de Mamógrafos. 2019.



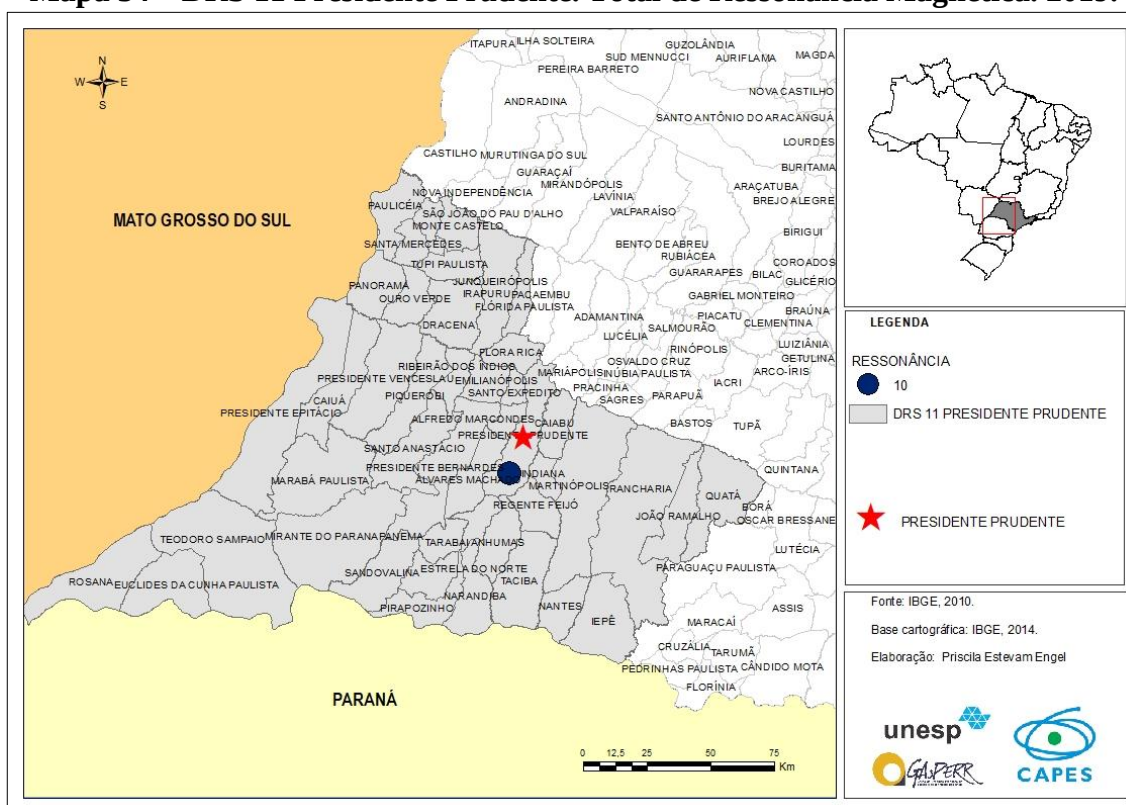
Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

A situação dos aparelhos e estruturas necessários para exames mais complexos é mais difícil ainda, pois, para uma região grande como a DRS XI de Presidente Prudente, não há atendimento fácil e rápido, como afirma a diretora da DRS, em entrevista a nós concedida.

Os aparelhos de Ressonância Magnética e Tomografia não são suficientes Pela Portaria de Parâmetros do Ministério de Saúde, cabia na nossa região três aparelhos de ressonância magnética e nós só temos um. Então é insuficiente o número de ressonância, e o tomografia também, nós só temos dois serviços oferecem tomografia, hospital e ambulatorial HR e Santa Casa e AME de Dracena, mas é interno é dos pacientes que eles atendem dentro do serviço, eles têm o serviço de Tomografia. Porque o AME é um Ambulatório de Especialidades, eles não fazem internação, mas fazem diagnósticos, é um ambulatório de diagnóstico, então eles têm um aparelho de tomografia lá, mas é para fazer o diagnóstico de pacientes que são atendidos lá durante o serviço, eles não fazem a oferta externa, o que é? Gente que vem de fora. (DIRETORA DA DRS XI DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2019)

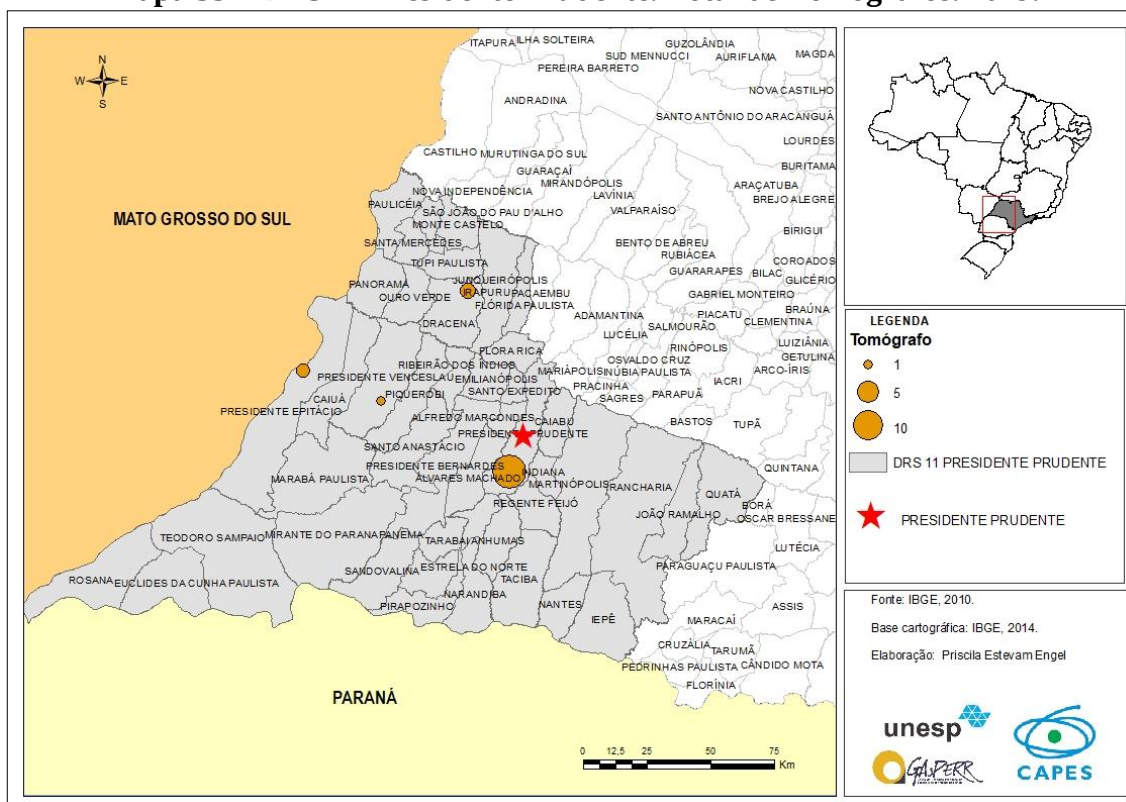
Mapa 34 – DRS 11 Presidente Prudente. Total de Ressonância Magnética. 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Mapa 35 – DRS 11 Presidente Prudente. Total de Tomógrafos. 2019.

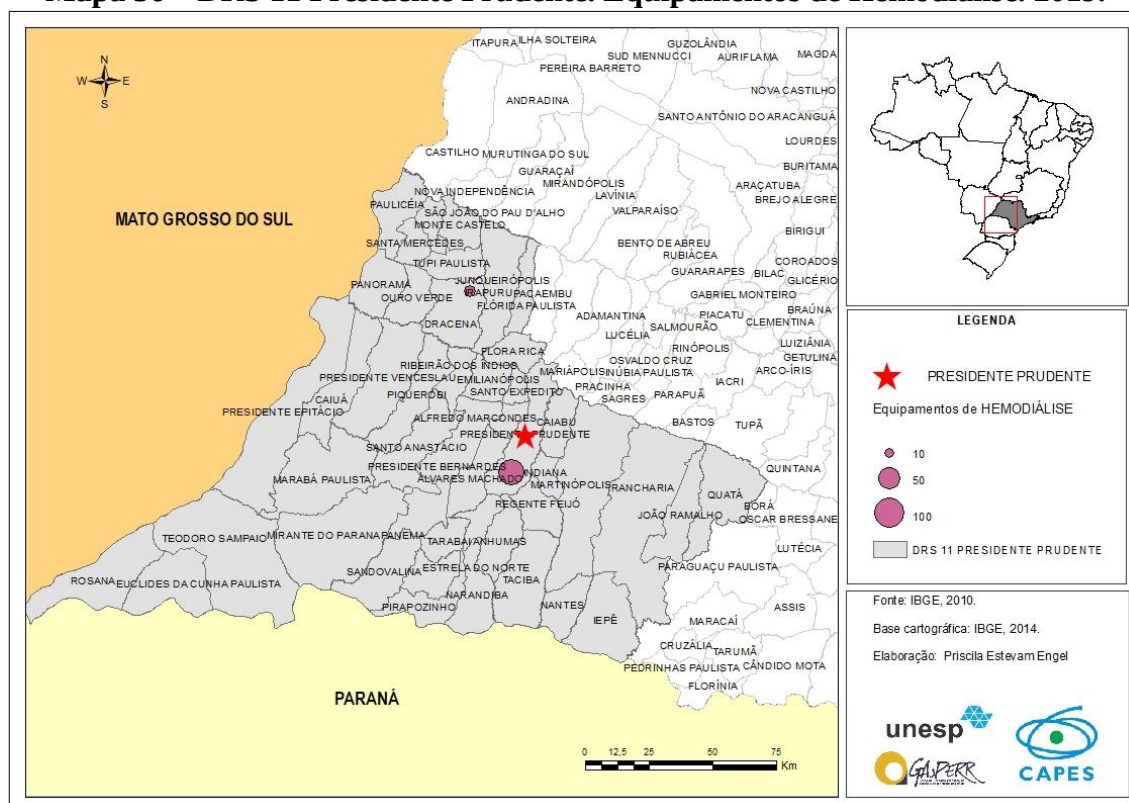


Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Por fim, outro grande problema que temos na DRS XI de Presidente Prudente é a disponibilidade de aparelhos que fazem hemodiálise, como podemos observar no mapa 36 a seguir.

Mapa 36 – DRS 11 Presidente Prudente. Equipamentos de Hemodiálise. 2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Relativizando os fluxos que acontecem entre as regiões, a diretoria da DRS expõe que,

Não vou falar para você que o SUS com toda essa rede, com toda essa regionalização, as coisas acontecem, os fluxos acontecem, de forma tranquila, não acontece, porque tem algumas coisas que a gente não tem. Hoje de manhã nós estávamos conversando sobre a situação dos pacientes que fazem Hemodiálise né. Então a gente tem gargalo grande aqui, nós estamos com uma fila de espera de pacientes que estão internados aguardando para fazer hemodiálise. Então nós temos três serviços da região que atendem a Hemodiálise, o Hospital Regional, Santa Casa (PP) e a Santa Casa de Dracena que atendem os 45 municípios e têm pacientes aguardando na fila de espera para fazer hemodiálise.

A Diretoria Regional de Saúde (DRS) complementa a ideia ainda afirmando que o

[...] monitoramento para saber o que está faltando na nossa região e o que nós precisamos fazer para suprir essa falta. Só que isso não é uma coisa simples e muito rápido, tudo depende muito da disponibilidade dos recursos financeiros do Estado para implantar um serviço aqui ou abrir portas em serviços de outras regiões.

A distribuição dos equipamentos, estruturas e aparelhos de saúde na DRS 11 apresenta uma lógica de concentração espacial nos municípios de maior tamanho demográfico, destacadamente, em Presidente Prudente, que também concentra as funções mais complexas e desempenha papéis de cidade média. Considerando-se a gestão dos serviços de saúde, Presidente Prudente também resulta de centralidade espacial, por ser a sede regional do Sistema.

A lógica da análise das localizações dos estabelecimentos e da oferta dos serviços nos indica uma estrutura regional subpartida e hierarquizada, tal qual o modelo christalleriano sugere.

Santos (1996) salienta que a geografia dos fluxos depende da geografia dos fixos e, assim, os serviços de saúde podem ser um importante indicador da centralidade que uma cidade exerce no âmbito da rede urbana. Presidente Prudente, assim como outras cidades médias que têm sido estudadas pela ReCiMe, influencia, em contexto regional, a oferta do serviço de saúde e o fluxo regional que tais estabelecimentos atraem. A avaliação dos fluxos, desenvolvida nos dois próximos subcapítulos, retratará o movimento como elemento complementar às localizações, privilegiadas nas seções anteriores. Tais fluxos são concernentes a outro princípio christalleriano: o de alcance espacial.

5.6 A centralidade de Presidente Prudente a partir do movimento de pacientes por ambulâncias

Um dado que nos auxilia a compreender a centralidade de Presidente Prudente é o fluxo de ambulâncias para transporte de pacientes/usuários do SUS. Uma amostra desse elemento pode ser verificado nas figuras 26, 27, 28 e 29 registradas nos arredores de equipamentos de saúde.

Figura 25 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Estacionamento de ambulâncias. 2019.



Fonte: trabalho de campo, 2019

Figura 26 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Ambulâncias transportando pacientes das cidades da região. 2019.



Fonte: trabalho de campo, 2019.

Figura 27 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Ambulâncias transportando pacientes das cidades da região. 2019.



Fonte: trabalho de campo, 2019.

Figura 28 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Ambulâncias e carros oficiais transportando pacientes das cidades da região. 2019.



Fonte: trabalho de campo, 2019.

Figura 29 – Hospital Regional/AME. SAME Presidente Prudente-SP. 2019.



Fonte: Trabalho de campo, 2019.

Compreendemos que a simples presença de veículos de transporte de pacientes de municípios da DRS 11 e de outras regiões não refletem, necessariamente, o fluxo de pacientes, mas trata-se de um indicador a ser cotejado com os dados do próximo subcapítulo. Desde as observações feitas em campo, podemos afirmar que há um grande fluxo de veículos oficiais que indicam, portanto, o transporte de pacientes.

Além das proximidades do Hospital Regional e do AME, em Presidente Prudente, pudemos realizar trabalhos de campo em algumas municipalidades, com visitas às prefeituras de Alfredo Marcondes, Alvares Machado, Caiabú, Indiana, Flora Rica, Irapuru, Martinópolis, Narandiba, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Epitácio, Presidente Venceslau, Regente Feijó, Rancharia, Santo Expedito, Tarabai, Tupi Paulista com o intuito de colher dados e posteriormente analisar o sistema de transporte de pacientes para outros municípios. Concluímos que há muitas semelhanças, como descrito nas tabelas 96, 97 e 98. Este trabalho foi interrompido em razão da pandemia de COVID-19.

Tabela 96 – Alfredo Marcondes. Tipo e quantidade de veículos. 2019.

TIPO DE VEÍCULO	QUANTIDADE
Ambulância	5
Ônibus	1
Van	1
Outros veículos para transporte de pessoas	5
Total	12

Fonte: Trabalho de campo, 2019. Elaborada pela autora.

Grande parte dos municípios possuem veículos destinados exclusivamente para o transporte de pacientes, em sua maioria vans, microônibus e ambulâncias, além de carros de passeio. Quanto maior o município, maior o número de veículos. Por exemplo, Martinópolis tem uma frota maior que Flora Rica. É importante salientar que nenhum dos entrevistados durante os trabalhos de campos criticou a falta de transporte; todos deixaram claro que é suficiente para atender as demandas. Temos que salientar que todos os entrevistados são funcionários responsáveis pela atividade, por isso, devemos relativizar o discurso.

Na Tabela 97 mostramos o fluxo de pacientes de Alfredo Marcondes para Presidente Prudente, trouxemos um exemplo de um município próximo que tem um fluxo médio de 800 pacientes em trânsito por mês, como podemos observar a seguir.

Tabela 97 – Alfredo Marcondes. Fluxo de pacientes com destino a Presidente Prudente, 2019.

MÊS/ANO	CONSULTA	EXAME	EMERGÊNCIA	HEMODIÁLISE	OUTRO	TOTAL
Julho/18	327	191	53	20	118	709
Agosto/18	463	152	123	28	106	844
Setembro/18	383	110	185	24	38	740
Outubro/18	429	226	163	26	97	941
Novembro/18	371	149	191	26	73	810
Dezembro/18	242	122	167	26	75	632
Janeiro/19	371	136	171	23	77	778
Fevereiro/19	381	180	154	26	60	801
Março/19	318	201	162	20	71	772
Abril/19	389	215	170	38	88	900
Maio/19	412	187	149	41	114	903
Junho/19	319	151	160	31	104	765
Julho/19	343	184	126	26	107	786
Total	4.748	2.204	1.974	355	1.128	10.409

Fonte: trabalho de campo, 2019. Elaborada pela autora.

Além de Presidente Prudente e os serviços de saúde que ela oferece, as prefeituras citaram outros municípios para os quais também levaram pacientes. No Quadro 12, à título de exemplo, estão listados alguns deles e os serviços procurados.

Quadro 12 - Alfredo Marcondes. Destino das ambulâncias. 2019

ORIGEM	DESTINO	LOCAL	ESPECIALIDADE
Alfredo Marcondes	Presidente Prudente-SP	•HR •Santa Casa •Hospital do Câncer •Laboratórios	Consultas, exames Hemodiálise Radioterapia Exames
	Dracena-SP	•AME	Alergologia Cirurgia Geral Ortopedia
	Rosana-SP	•Hospital Estadual	Exames
	Marília-SP	•Hospital das Clinicas •Faculdade de Medicina	Aplicação Oftalmologista
	Bauru-SP	•Centro de Assistência Odontológica para portadores de necessidades especial •Hospital Estadual de Bauru	Consulta Ambulatório de Queimados
	Sorocaba -SP	•Hospital Oftalmológico	Colocação de lentes
	São José do Rio Preto-SP	•AME	Degeneração macular
	Barretos-SP	•Hospital de Câncer	Tratamento Oncológico
	São Paulo-SP	•Hospital das Clinicas •Hospital São Paulo •Hospital Transplantes •Hospital do Rim •Associação de Assistência à criança com deficiência	Oftalmologista, Consulta, Otoneurologista Exames, Ortopedia e Traumatologia Exames

Fonte: Trabalho de campo, 2019. Organizado pela autora.

Como pudemos observar no Quadro 12, à título de exemplo, os destinos além Presidente Prudente são municípios igualmente importantes e com relativa centralidade na rede urbana paulista e/ou com especialidades específicas, como tratamento oftalmológico ou oncológico, o que indica que a centralidade das especialidades de saúde coincide com a ideia de raridade de um bem ou serviço, como na teoria chistalleriana. O direcionamento para o AME de DRACENA ou o Hospital Estadual em Primavera são fluxos esporádicos para exames específicos para desafogar as filas de Presidente Prudente.

Demos o exemplo de Alfredo Marcondes porque foi uma das prefeituras que nos forneceram um conjunto de dados mais completos; muitas delas não tinham um banco de dados organizado e outros não disponibilizaram a informação. Como o fluxo de pacientes varia conforme o dia e o mês as prefeituras só nos deram uma ideia a partir do número de viagens e o tamanho dos carros utilizados, como podemos analisar no Quadro 13.

Quadro 13 - XI DRS. Fluxo de veículos destinados a saúde. 2019

MUNICÍPIO	FLUXO
ALFREDO MARCONDES	- 1 van 4 horários (6:00 da manhã, 08:30 da manhã, 11:00 da manhã e 14:00 da tarde) - Ambulâncias para emergências, HEMODIÁLISE (2 pacientes) e QUIMIOTERAPIA (1 paciente)
ÁLVARES MACHADO	-1 micro-ônibus 3 horários - Ambulâncias e micro-ônibus
ANHUMAS	-1 van 4 horários (6:00 da manhã, 08:30 da manhã, 11:00 da manhã e 14:00 da tarde) -Ambulâncias para emergência, HEMODIÁLISE (2 pacientes) e QUIMIOTERAPIA (1 paciente)
CAIABU	1 micro 2 horários (manhã e tarde) - Ambulâncias para emergência e CAPS
CAIUÁ	-1 van 2 horários (manhã e tarde) -Ambulâncias para emergência, HEMODIÁLISE 2 pacientes) e QUIMIOTERAPIA (1 paciente)
DRACENA	-1 Micro-ônibus e ambulâncias duas vezes por dia
EMILIANÓPOLIS	-1 micro-ônibus 3 horários (06:00 da manhã, 10:30 da manhã, e 12:00) -Carro específico para Quimioterapia (2 horários)
ESTRELA DO NORTE	-1 micro-ônibus 2 horários (06:00 da manhã e 12:30 da manhã) -2 ambulâncias para emergência, HEMODIÁLISE, QUIMIOTERAPIA e RADIOTERAPIA

EUCLIDES DA CUNHA PAULISTA	-1 micro-ônibus ou 1 van 1 horário (04:00 da manhã) -Ambulâncias para emergência e transferências para Rosana ou Presidente Prudente.
FLORA RICA	-1 micro-ônibus, van ou ônibus – depende do fluxo diário - 2 horários (manhã e tarde) -Ambulância específica para QUIMIOTERAPIA
IEPÊ	-1 micro-ônibus, van ou ônibus – depende do fluxo diário 2 horários (05:30 manhã e 11:30) -Ambulância específica para HEMODIÁLISE
INDIANA	-1 micro-ônibus, van ou ônibus – depende do fluxo diário 4 horários (07:30 manhã, 09:00 da manhã, 12:00 da manhã e 15:00 da tarde) -Ambulâncias necessidades especiais.
IRAPURU	-1 micro-ônibus, van ou ônibus – depende do fluxo diário 2 horários (07:30 manhã e 13:30 da tarde)
JOÃO RAMALHO	-1 micro-ônibus, van ou ônibus – depende do fluxo diário 2 horários (05:00 manhã e 11:00) -Ambulância específica para HEMODIÁLISE QUIMIOTERAPIA
JUNQUEIRÓPOLIS	-1 micro-ônibus, van ou ônibus – depende do fluxo diário 2 horários (05:00 manhã e 11:00)
MARABÁ PAULISTA	-1 micro-ônibus– depende do fluxo diário 2 horários (05:00 manhã e 12:20 da tarde) 1 horário para Dracena (AME)
MARTINÓPOLIS	1 micro – 3 vezes por dia -Ambulâncias e vans específicas para HEMODIÁLISE e QUIMIOTERAPIA
MIRANTE DO PARANAPANEMA	-1 ônibus as 05:30 da manhã e 1 micro as 10:30. Primavera só Mamografia -Ambulâncias para emergências só destinadas a Presidente Prudente
MONTE CASTELO	-1 van diariamente -Ambulâncias para emergências
NANTES	-1 ambulância diária 2 horários (05:00 da manhã 11:00 horas da manhã) -Ambulância específica para HEMODIÁLISE
NARANDIBA	-1 micro-ônibus 2 horários (05:50 da manhã e 11:50 da manhã) -Ambulância para emergência.
NOVA GUATAPORANGA	-1 van ou “carro baixo” para Presidente Prudente -1 Micro para Dracena
OURO VERDE	-1 micro-ônibus 1 horário -Ambulância para emergência. -Muitas viagens diariamente para Dracena.
PANORAMA	-1 micro-ônibus ou carro 2 horários (manhã e tarde) -Carros para outras viagens
PAULICÉIA	-1 van ou micro-ônibus 2 horários (04:00 da manhã e 09:00 da manhã) -Ambulâncias para AME DRACENA 2 horários (06:00 da manhã e 11:00 da manhã)
PIQUEROBI	-1 micro-ônibus ou carro 2 horários (manhã e tarde) -Carros para outras viagens
PIRAPOZINHO	-1 van e 1 micro-ônibus 2 horários (manhã e tarde) -“Carro baixo para emergências”

PRESIDENTE BERNARDES	-1 van ou micro-ônibus 2 horários (06:00 da manhã e 11:00 da manhã)
PRESIDENTE EPITÁCIO	-1 micro-ônibus 2 horários (manhã e tarde) - Carros e ambulâncias para Hemodiálise
PRESIDENTE VENCESLAU	-1 van ou micro-ônibus 2 horários (06:00 da manhã e 11:00 da manhã)
QUATÁ	-1 ônibus 2 horários (manhã e tarde) -Carros e ambulâncias para acamados
RANCHARIA	-1 ônibus 2 horários (manhã e tarde) -Ambulâncias para emergências
REGENTE FEIJÓ	-1 ônibus 2 horários (manhã e tarde) -1 ambulância para acamados -1 van para Fisioterapia na UNESP.
RIBEIRÃO DOS ÍNDIOS	-1 ônibus 2 horários (05:30 da manhã e 12:00 da manhã) -Muito difícil ir para o AME de DRACENA.
ROSANA	- 1 ônibus 1 horário. - Ambulâncias para emergência.
SANDOVALINA	-1 micro-ônibus 2 horários (06:00 da manhã e 12:00 da manhã) -Ambulância específica para HEMODIÁLISE e RADIOTERAPIA
SANTA MERCEDES	-1 van diária (06:00 da manhã) -Ambulância para acamados
SANTO ANASTÁCIO	-1 ônibus diário -Ambulância para emergências ou acamados
SANTO EXPEDITO	-1 micro-ônibus 2 horários (05:45 da manhã e 12:45 da manhã) -Ambulância para pacientes que não podem ir de micro
SÃO JOÃO DO PAU D'ALHO	-1 micro-ônibus 1 horário (05:30 da manhã) -1 van 2 horários (manhã e tarde)
TACIBA	-1 micro-ônibus 4 horários -Ambulância para HEMODIÁLISE
TARABAI	-1 micro-ônibus 2 horários (05:30 da manhã e 12:30 da tarde) -1 van para HEMODIÁLISE
TEODORO SAMPAIO	-1 van e 1 micro-ônibus para Presidente Prudente e 1 micro para Dracena
TUPI PAULISTA	-1 micro-ônibus 1 horário (04:00 da manhã) - Esporadicamente para Primavera

Fonte: trabalho de campo, 2019. Elaborada pela autora.

Todas as prefeituras investigadas possuem pelo menos um horário fixo com veículos específicos saindo com destino a Presidente Prudente e, dependendo do número de pacientes, no dia são adicionados outros veículos. Mesmo que nos municípios varie o horário de saída, o horário de chegada em Presidente Prudente coincide, formando um pico das 6h00 às 7h00 da manhã. Depois disso, o que é mais observado é a chegada das ambulâncias de emergências e dos pacientes que precisam de uma atenção especial, como

da hemodiálise, radioterapia e quimioterapia, que são transportados por ambulâncias separadas, tanto pela condição quanto pelos horários específicos.

Por fim, o Hospital Regional/AME é o destino mais procurado por essa população em trânsito. Os entrevistados durante o trabalho de campo realizado nos municípios de Alfredo Marcondes, Alvares Machado, Caiabú, Indiana, Flora Rica, Irapuru, Martinópolis, Narandiba, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Epitácio, Presidente Venceslau, Regente Feijó, Rancharia, Santo Expedito, Tarabai, Tupi Paulista, funcionários dessas localidades, salientam que outros serviços também são utilizados, mas o Hospital Regional/AME é, em número de consultas, exames e emergência, o maior equipamento receptor de pacientes.

5.7 O alcance espacial do sistema de saúde em questão: a dubiedade das regionalizações, a dinâmica organizacional do setor e a abrangência dos fluxos populacionais envolvidos

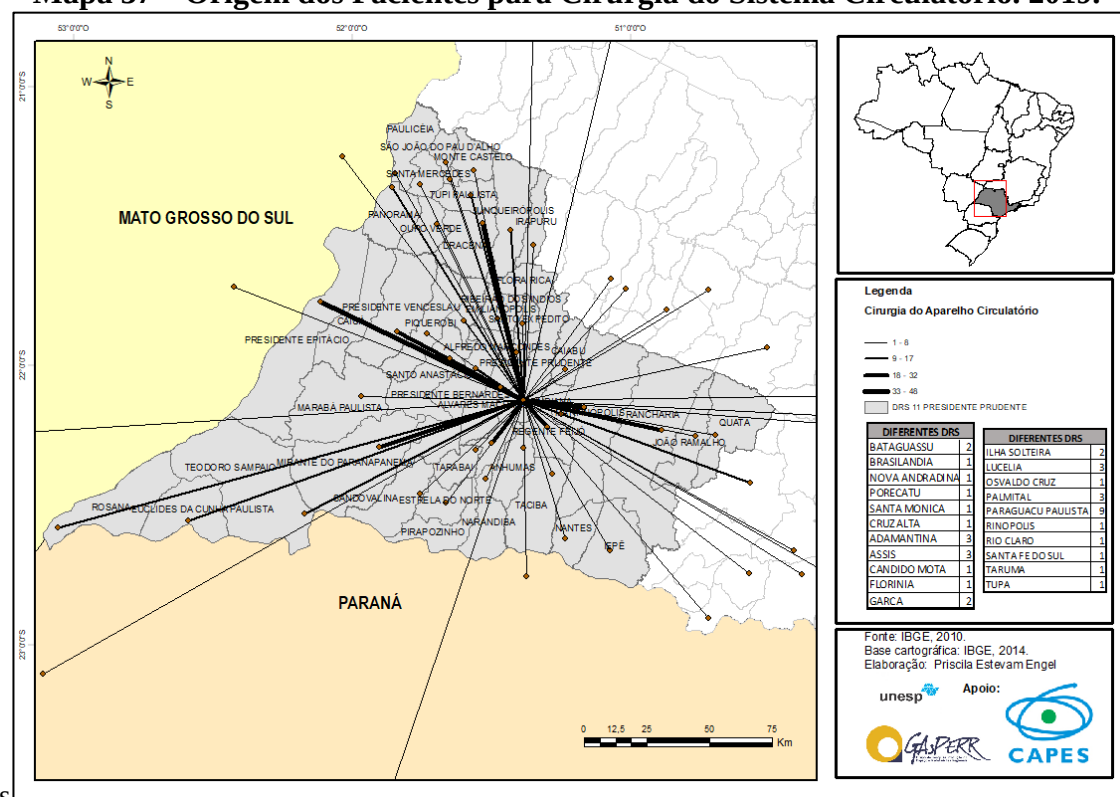
Nossa discussão do tema se apoiou em dados de uso dos serviços de saúde que, de certa maneira, sintetizam questões relevantes, como acesso geográfico e disponibilização de equipamentos e de recursos humanos. Propõe-se aqui um procedimento que auxilia a orientar o processo de regionalização da saúde e seu entendimento pelos gestores municipais, tendo em vista as redes de atendimento existentes e o uso dos serviços, tanto para conformação quanto para a avaliação das Regiões de Saúde propostas. Nesse sentido, o conteúdo desse subcapítulo é um instrumento e deve ser considerado em conjunto com outras questões de ordem orçamentária, política e administrativa, sem que se sobreponham, mas que dialoguem com aspectos históricos, contextuais e cotidianos das populações para as quais as Regiões de Saúde devem atender.

Utilizando os dados de fluxo de pacientes disponibilizados pelo DATASUS, organizamos mapas e gráficos para mostrar que os deslocamentos transcendem os limites determinados pelos departamentos regionais de saúde dependendo do grau de complexidade do serviço prestado.

Procedimentos como cirurgias, tratamentos de oncologia ou tratamentos clínicos especializados devem ser realizados em estabelecimentos de saúde com nível de

especialização mais complexo, ou seja, cirurgias não são feitas em UBS ou ESF. Desse modo, se o paciente precisa desse serviço especializado é necessário o deslocamento. Além de descrever estes dados, eles servem como base para análises sobre interações espaciais e os princípios christallerianos de alcance espacial máximo e mínimo. Explorar e inserir novos dados sobre origem e destino dos pacientes da região analisada nos auxiliam na análise de diferentes regionalizações possíveis e suas implicações tentando responder ao seguinte objetivo específico da tese: “Contribuir com o debate teórico sobre os conceitos de princípio de administração e princípio de mercado, primeiramente desenvolvidos no âmbito christalleriano, e, com essa pesquisa, sopesados à luz de novos dados”. Deste modo apresentamos a sequência de mapas (37, 38, 39, 40, 41, 42, e 43) com o intuito de compreender o alcance espacial dos serviços de saúde oferecidos pelo hospital regional.

Mapa 37 – Origem dos Pacientes para Cirurgia do Sistema Circulatório. 2019.

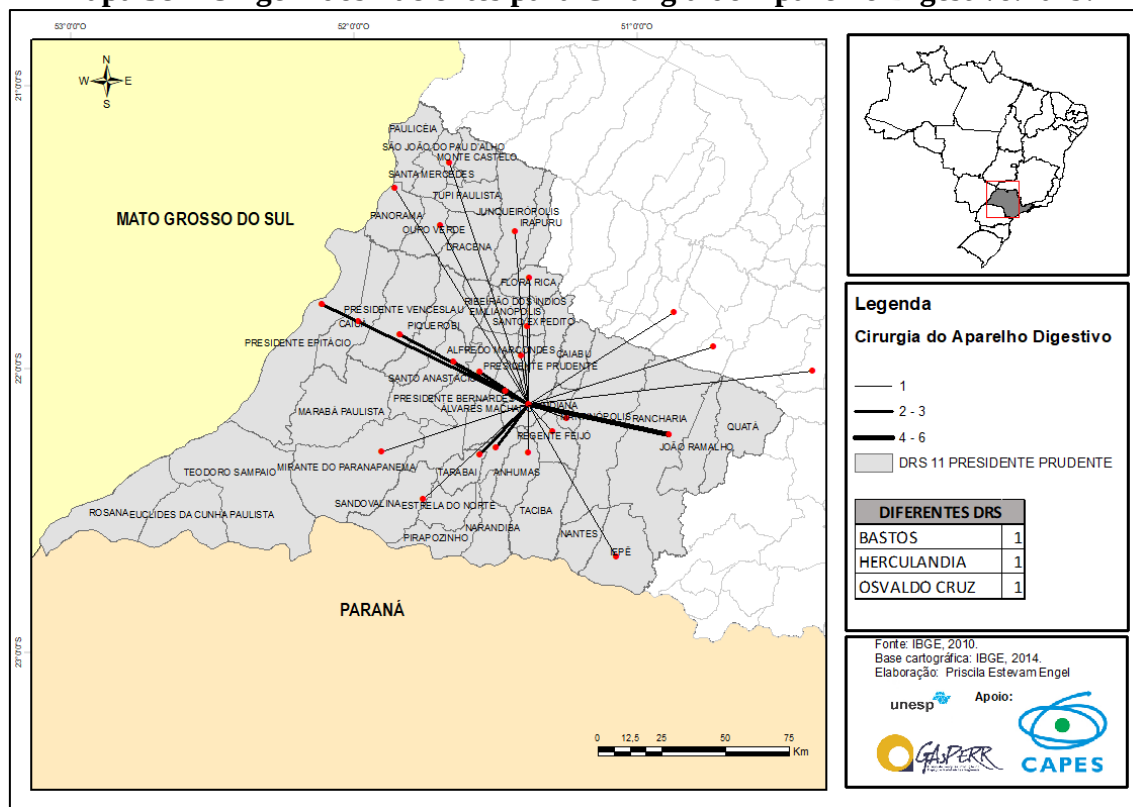


Fonte: DATASUS - Produção Hospitalar (SIH/SUS)
Produção Cartográfica: Priscila Estevam Engel

Como podemos observar no mapa 37, os traços que representam a origem dos pacientes vão além dos limites da DRS de Presidente Prudente; podemos observar municípios tanto do estado do Mato Grosso do Sul, como Bataguassu, Brasilândia e Nova

Andradina, quanto do Paraná, como Porecatu e Santa Mônica e, por fim, Cruz Alta, no Rio Grande do Sul. Tais pacientes ficaram, em média, nove dias em Presidente Prudente. Além dos pacientes de outros estados, temos pacientes de municípios bem próximos, como Adamantina, Lucélia, Osvaldo Cruz, Paraguaçu Paulista, e outros mais distantes, como Assis, Candido Mota, Florínia, Garça, Ilha Solteira, Palmital, Rinópolis, Rio Claro, Santa Fé do Sul, Tarumã e Tupã, todos conformando outras DRS.

Mapa 38 – Origem dos Pacientes para Cirurgia do Aparelho Digestivo.2019.

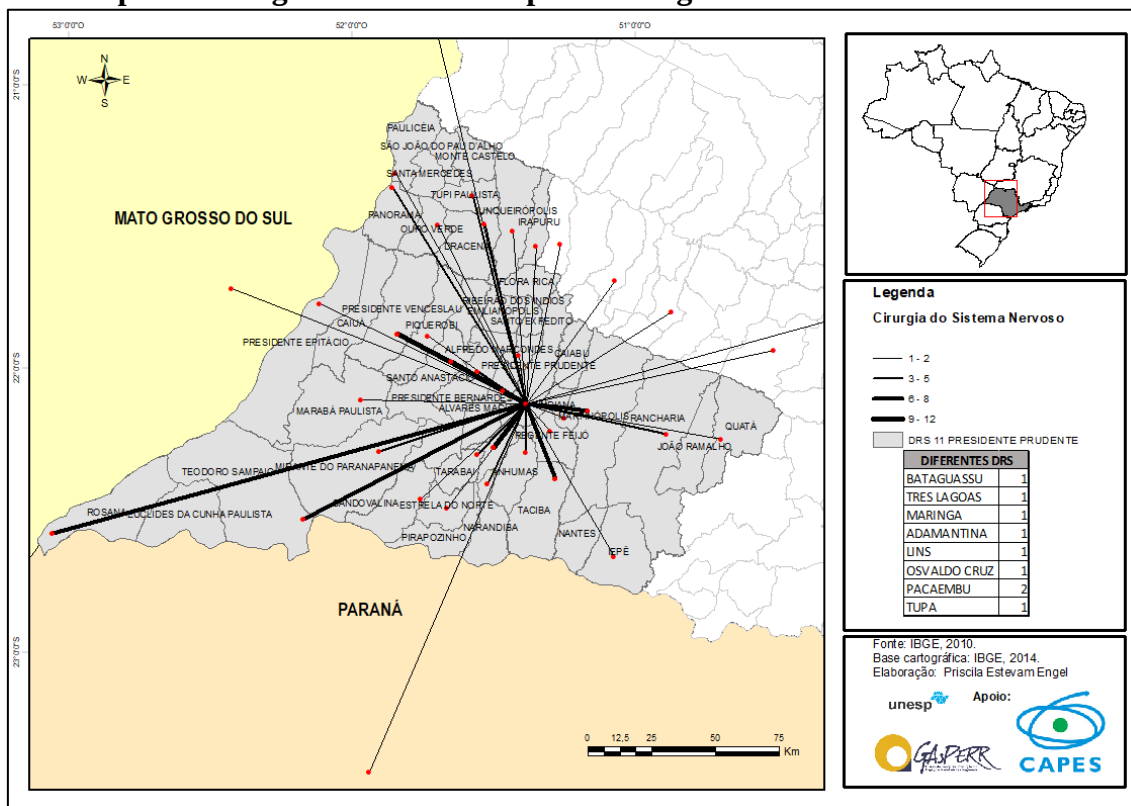


Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.

Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

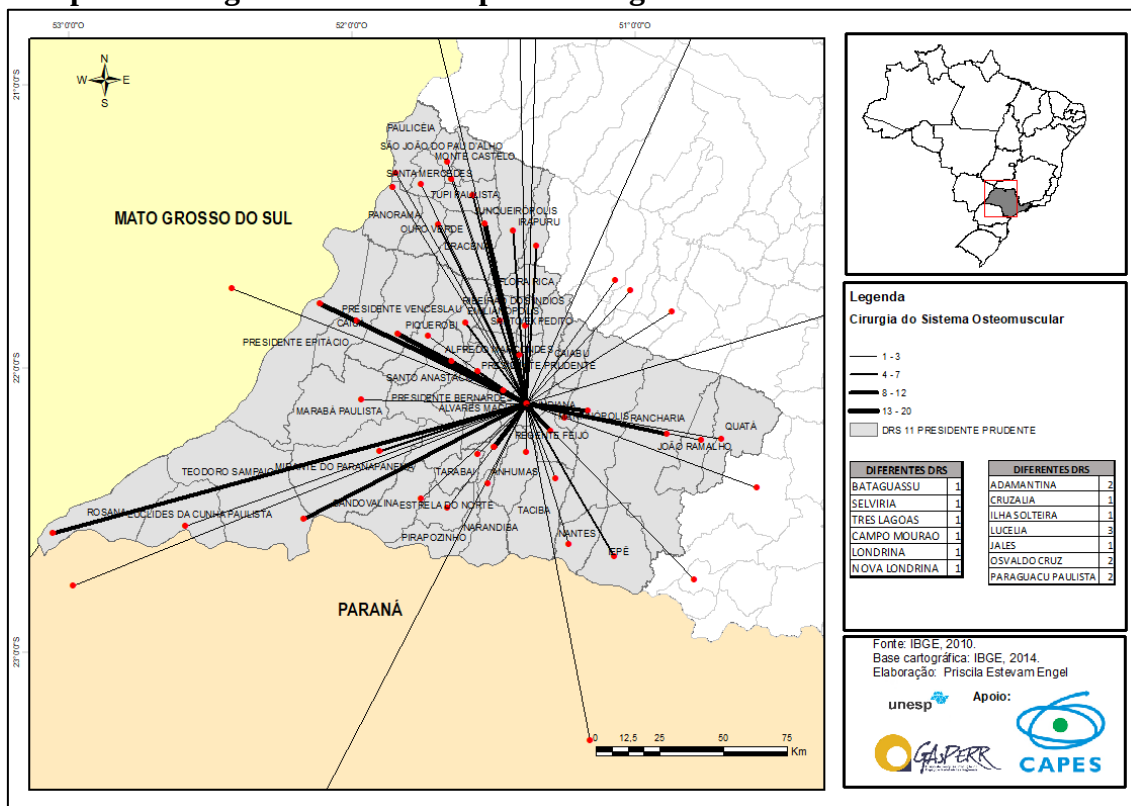
Já o mapa 38 nos mostra que para a cirurgia do aparelho digestivo, a concentração se restringe aos municípios que fazem parte do departamento regional de saúde, exceto os municípios de Bastos, Herculândia e Osvaldo Cruz.

Mapa 39 – Origem dos Pacientes para Cirurgia do Sistema Nervoso.2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

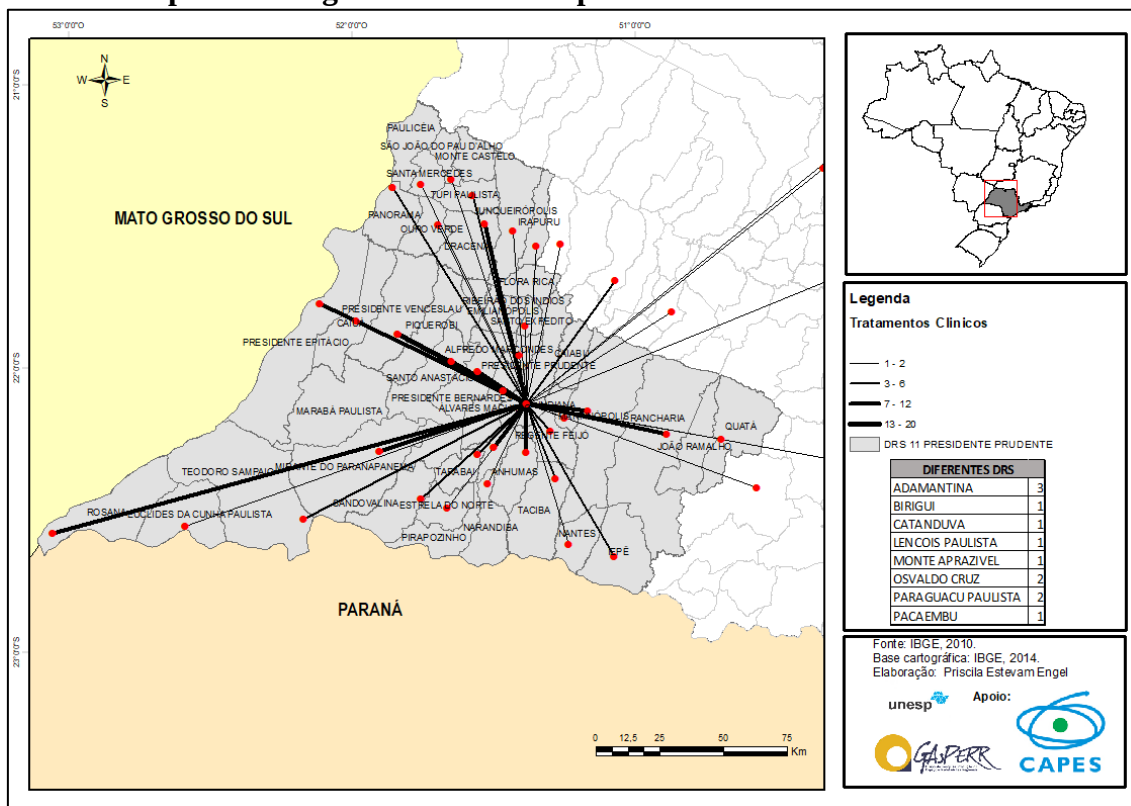
Para a realização de cirurgias do sistema nervoso central, mapa 39, além dos pacientes das Regiões de Saúde componentes da DRS XI, temos pacientes com origem do estado do Paraná, como Maringá, e do Mato Grosso do Sul, como Bataguassu e Três Lagoas. Fora os pacientes de Adamantina, Lins, Osvaldo Cruz, Pacaembu e Tupã, que estão localizados no estado de São Paulo, mas pertencem a outros departamentos regionais de saúde.

Mapa 40 – Origem dos Pacientes para Cirurgia do Sistema Osteomuscular.2019.

Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Para o serviço de cirurgia do sistema osteomuscular, mapa 40, também encontramos pacientes de outros departamentos regionais de saúde (como Adamantina, Cruzália, Ilha Solteira, Lucélia, Jales, Osvaldo Cruz e Paraguaçu Paulista), além, é claro, de pacientes de outros Estados, como Bataguassu, Selviria, Três Lagoas, Londrina, Nova Londrina e Campo Mourão.

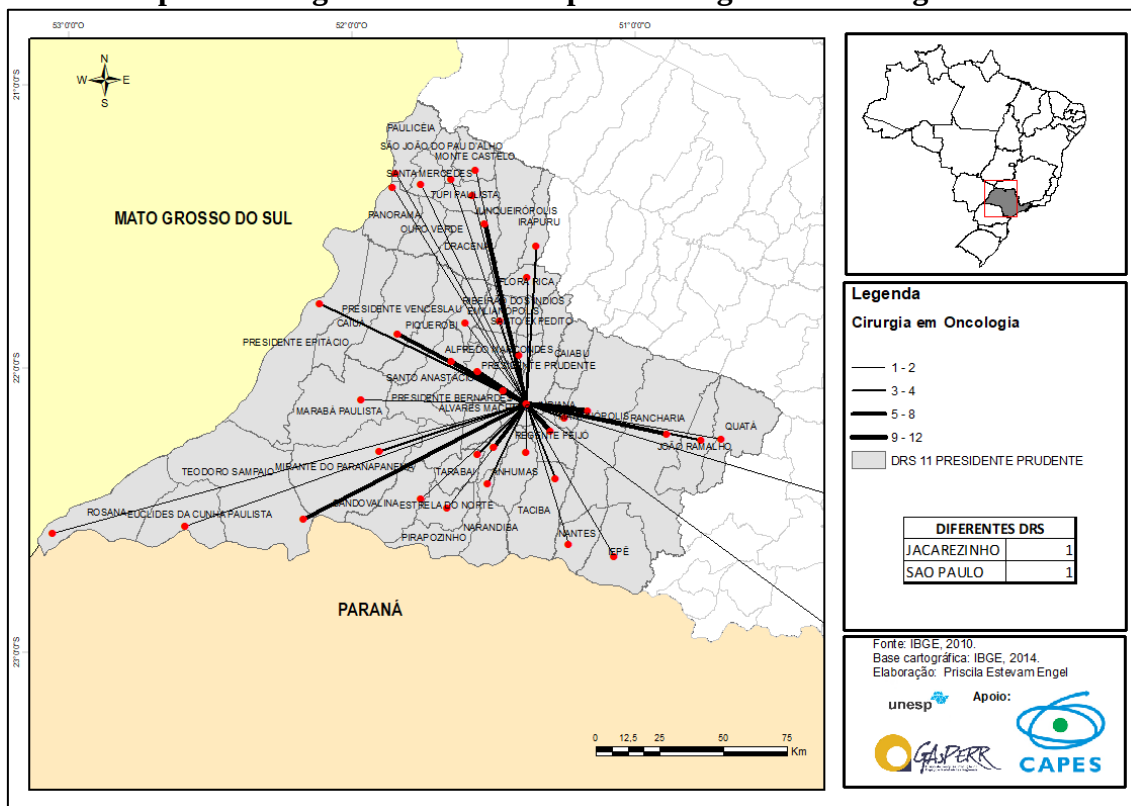
Mapa 41 – Origem dos Pacientes para Tratamentos Clínicos.2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Já o mapa 41 nos mostra que, o fluxo para tratamentos clínicos, os pacientes têm origens de diversas cidades do estado de São Paulo, como Adamantina, Birigui, Catanduva, Lençóis Paulista, Monte Aprazível, Osvaldo Cruz, Paraguaçu Paulista e Pacaembu.

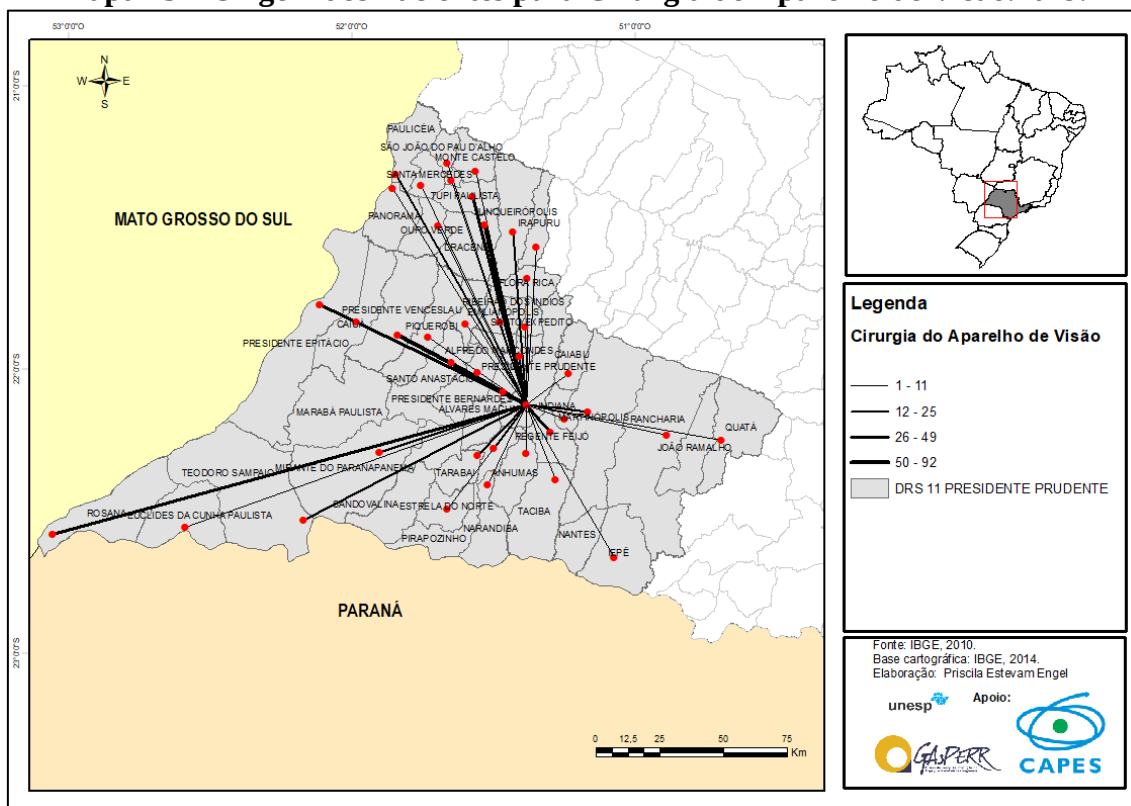
Mapa 42 – Origem dos Pacientes para Cirurgia em Oncologia.2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

O mapa 42 nos mostra que para cirurgias de oncologia só tivemos registros em 2019 de dois municípios de fora dos limites do departamento, eles são Jacarezinho e São Paulo.

Mapa 43 – Origem dos Pacientes para Cirurgia do Aparelho de Visão.2019.



Fonte: DATASUS- Cadernos de Informações de saúde. 2019.
Produção cartográfica: Priscila Estevam Engel

Diferentemente dos exemplos apresentados anteriormente, as cirurgias do aparelho de visão, mapa 43, ficaram somente entre os municípios do departamento regional de saúde. O fato das cirurgias em oncologia e do aparelho de visão não terem muitos pacientes de fora da divisão de saúde pode decorrer de superlotação ou de próprias deficiências no Sistema da DRS XI; os “gargalos”, como explicou a Diretora do Departamento Regional de Saúde.

Os ‘gargalos’ da nossa Região, que seriam a área de Hemodiálise e Oncologia e até mesmo Oftalmologia. Visto que, esses tratamentos só são encontrados em Presidente Prudente: na Santa Casa e no HR. Esse fato gera uma fila de espera enorme e que pacientes que não podem ir para casa, ficam aguardando vaga internados no hospital, ocupando assim leitos. (DIRETORA DA DRS XI DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2019)

Ao avaliarmos os dados provenientes do DATASUS para o ano de 2019 por nós organizados e representados pelos mapas citados nos parágrafos anteriores, verificamos que há um intenso fluxo de pacientes com destino à cidade média analisada.

Essas informações são complementadas pelas observações e dados de campo (subcapítulo anterior) das quais podemos inferir que há um fluxo de pacientes que não são da DRS de Presidente Prudente, como das cidades de Bastos no Estado de São, Santo Inácio no Paraná e Anaurilândia do Mato Grosso do Sul, como podemos observar, em complemento, pelas figuras 30 e 31

Figura 30 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Ambulância de Bastos. 2019.



Fonte: trabalho de campo, 2019.

Figura 31 – Presidente Prudente. Hospital Regional/AME. Ambulância de Anaurilândia. 2019.



Fonte: trabalho de campo, 2019.

Além de consultas, exames e internações, o Complexo HR/AME oferece o serviço de Farmácia, a partir da política pública “Farmácia Popular Especializada”, ou seja, a população que passou por atendimentos especializados pode retirar a medicação que necessita nesse espaço. Desta maneira, o fluxo de pacientes não se restringe aos fluxos mencionados antes; há também um movimento de pacientes das 45 cidades da região de saúde que utilizam os transportes oferecidos pelos municípios para buscar medicamentos.

Mesmo que de forma inicial, utilizamos trechos de entrevistas realizadas em 2018, início do doutorado, pois ajudam na avaliação do alcance espacial dos serviços de saúde, visto que ao versar sobre o assunto dos fluxos um ponto relevante levantado pelo entrevistado é a questão dos pacientes que não fazem parte da DRS de Presidente Prudente “[...] os próprios pacientes, principalmente os da hemodiálise, nos contam que não são de Prudente, que utilizam de subterfúgios para conseguir o atendimento aqui, como endereços de parente e muitas outras estratégias” e completa dizendo “atendemos muitos pacientes vindos de cidades, de outras DRS, como Bastos e Bataguassu, do Mato Grosso, principalmente, do Sul”. Já a versão da diretora da DRS é um pouco distinta

É muito pouco. Aqui nós temos invasão mais é muito pequena. Não é uma coisa, que se tem uma porcentagem considerável, na verdade é bem pequena. A gente tem sim. A região de Marília principalmente. Têm municípios que são mais próximos da gente, por exemplo, Pacaembu pertence a rede de saúde de Marília, mas ele está muito próximo a Dracena, então tem pacientes do município de Pacaembu que tentam procurar atendimento no AME de Dracena ou da Santa Casa, mas do jeito que eu falei para você, usando outro endereço, eles tentam o acesso de outras formas. Salvo os procedimentos de radioterapia, inclusive ele faz atendimento de radioterapia de muitos pacientes da DRS de Marília. (DIRETORA DA DRS XI DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2019)

Acrescentou que para a realidade de Rosana isso também acontece pouco, essa dita “invasão” de pacientes de outros Estados por exemplo.

Então isso aí é uma política um pouco maior, não depende de nós aqui, enquanto Estado de São Paulo falar assim, pode ou não pode atender, por que? Porque os recursos que vem do governo federal ele vem destinado para os Estados. Agora se o hospital de Porto Primavera fazer uma pactuação para atender pacientes que moram próximos ali que são de outro Estado, o que vai precisar acontecer, aqueles pacientes que ‘invadem’, nós usamos esse termo né “invadir”, o hospital, aquele Estado teria que repassar recursos para esse hospital para ele poder atender. Vamos supor que todo mês vamos ter 50 internações de Taquarussu, ou Nova Andradina, para fazer exames como mamografias, consultas ou outros tipos de atendimentos, seja ambulatorial ou qual ele for, como esses pacientes são de outro Estado, o hospital precisa receber o recurso para ele fazer esse atendimento, porque o recurso que ele recebe lá é para atender os pacientes do Estado de São Paulo, então isso que você está falando deveria ser uma política de nível Federal, a nível de governo federal para permitir que faça esses ajustes do hospital estar atendendo pacientes de outro estado e ele receber o recurso por isso. Hoje o que acontece, como não existe essa política, os pacientes até vão ao serviço, mas eles dão endereço de alguém da cidade, isso sim é muito comum, ou ele tem algum parente ou alguém da família que reside ali em Rosana e ele dá o endereço de alguém dali para ele poder ser atendido. É claro que o hospital não se recusa a atender o paciente que chega na urgência/emergência, chegou um paciente enfartando lá, porque acontece muito disso também né. Vai depender de políticas no âmbito federal, isso a gente até concordaria em acontecer, porque é um hospital que está lá, o Estado está bancando aquele hospital e ele não consegue ampliar o atendimento por conta dessas dificuldades burocráticas e dificuldade com a localização dentro da região de saúde. (DIRETORA DA DRS XI DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2019)

A investigação dos fluxos além dos limites da regionalização não é uma tarefa fácil, pois os pacientes usam de subterfúgios para driblar a burocracia como os entrevistados apontaram nos depoimentos acima, e isso também ocorre em outras regiões:

Para você ter uma ideia temos pacientes residentes na nossa região que fazem acompanhamento, que fazem quimioterapia, radioterapia e até cirurgias lá em Jaú e Barretos. A gente tem vários pacientes que vão buscar esses serviços lá. Encontraram uma facilidade maior de buscar recursos lá para ser atendimentos do que aqui na região, a gente não sabe como esses pacientes chegam até lá. Então a gente não sabe como qual o intermédio que eles têm algum parente ou conhecido, ou até o próprio médico que indicam, porque atendem lá e aqui e levam esse paciente para lá, porque nós enquanto região da saúde não podemos encaminhar esse paciente para outros serviços sendo que esses são

oferecidos aqui, só quando não temos. (DIRETORA DA DRS XI DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2019)

Por fim, ao ser questionada sobre a organização da divisão do departamento regional de saúde em 45 municípios e a disponibilidade dos serviços de saúde, a diretora afirmou:

[...] como eu te falei, para algumas coisas é suficiente, né. Para algumas coisas, para alguns procedimentos é suficiente, mas nós estamos insuficientes na parte de hemodiálise e a oncologia, o nosso gargalo maior é nesses dois serviços. Não está sendo mais suficiente os serviços que temos aqui atender toda a população que está precisando de hemodiálise e de procedimentos de quimioterapia e radioterapia que é a parte oncológica, assim esse é o gargalo maior. Os aparelhos de Ressonância Magnética e Tomografia... não é suficiente. Pela Portaria de Parâmetros do Ministério de Saúde cabia na nossa região 3 aparelhos de ressonância magnética e nós só temos 1. Então assim é insuficiente o número de ressonância, e o tomografia também, nós só temos dois serviços oferecem tomografia, hospital e ambulatorial HR e Santa Casa e AME de Dracena, mas é interno é dos pacientes que eles atendem dentro do serviço, eles têm o serviço de Tomografia. Então a ressonância magnética e a tomografia são também um grande gargalo da nossa região e fora as especialidades né ...OFTALMOLOGISTA, meu Deus. Não sei se você viu recentemente na TV uma reportagem que fizeram sobre a oftalmologia, a neurologia, e tem outra especialidade que a gente tem uma grande demanda que eu não estou me lembrando agora que tem muitos pacientes aguardando (DIRETORA DA DRS XI DE PRESIDENTE PRUDENTE, 2019)

A fala da diretora da DRS é emblemática, pois nos faz refletir sobre muitos aspectos, como as dificuldades que os municípios enfrentam, pois os serviços disponibilizados não são suficientes, por vários motivos. Seja pela falta de atualização dos parâmetros que regem a distribuição desses equipamentos de exame, ou pela falta de estudos para compreender as mudanças da sociedade e quais as necessidades que cada região possui.

Nesse sentido, os fluxos de pessoas de outras regiões podem acentuar tais problemas, mesmo que o discurso oficial seja que os estabelecimentos de Presidente Prudente só recebem quem é da região referenciada, depoimentos durante os trabalhos de campo nas cidades e a realização das entrevistas dos próprios agentes bem informados e, nos afirmam que Presidente Prudente, em especial o Hospital Regional, recebe muito mais pacientes de fora do que os dados apresentados podem nos mostrar.

Esse fato nos faz refletir se as regionalizações não devem ser repensadas ou atualizadas pensando nas diferentes realidades que os municípios se encontram, pois, se o sistema está estruturado para um determinado contingente populacional com determinadas características e esse número duplica o sistema não dá conta de atender a todos que precisam.

O ato regionalizador compreende a institucionalização de fronteiras e limites com vistas à implementação de uma determinada ação: analítica, política, econômica ou social. Trata-se da definição do cenário, do contexto e da escala correspondentes aos objetivos da ação implementada ou pretendida (RIBEIRO, 2015, p. 200).

Isso faz com que as regionalizações possíveis e existentes para um mesmo território sejam inúmeras e atendam a interesses extremamente precisos, podendo até variar conforme os objetivos que pretendam atender. Em nosso trabalho percebemos isso na medida em que a Política de Saúde, legitimada pela Constituição Federal de 1988, tem a regionalização como um dos seus eixos estruturantes de operacionalização por meio do artigo 198, onde se lê que “as ações e os serviços de saúde constituem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 2017, p. 153), enquanto que a Política Nacional de Desenvolvimento Regional - instituída em 2007 por meio do Decreto nº 6.047 - “tem como objetivo a redução das desigualdades de nível de vida entre as regiões brasileiras e a promoção da equidade no acesso a oportunidades de desenvolvimento, devendo orientar os programas e ações federais no Território Nacional” (FEITOSA, p.82)

Sendo assim, “podemos dizer que a problemática da regionalização possui duas faces instavelmente conectadas: na primeira, regionalizam-se atores, interesses e instituições; e na segunda, atores, interesses e instituições reconhecem, valorizam e formalizam as regiões” (RIBEIRO, 2015, p. 199). Mas se aceitamos a proposição de Santos (1996, p. 149-151) de que “os eventos não se dão isoladamente, mas em conjunto sistêmico – verdadeiras situações –, que forças são capazes de produzir eventos que incidam, num mesmo momento, sobre áreas extensas” (FEITOSA, p.83)

Sem dúvidas, o Estado é a principal força que possui o direito legal de agir sobre a totalidade do território por meio do poder regulatório das normas e das prerrogativas político-administrativas que elas impõem a um determinado ponto do espaço geográfico. O conjunto de leis que emana do Estado em suas diferentes esferas administrativas é razão suficiente para condicionar a implantação de fixos e a geração de fluxos no território, fazendo com que “a norma, para a Geografia, seja vista como o resultado da tensão e/ou da harmonia entre objetos e ações que constituem o espaço geográfico; dito de outro modo, como decorrência da indissociabilidade entre configuração territorial e uso do território” (ANTAS JR., 2005, p. 61). (FEITOSA, p.83)

De acordo com Corrêa (2001, p.20) “a rede hierarquizada de localidades centrais constitui-se em forma de organização do espaço vinculada ao capitalismo, quer dizer os centros hierarquizam-se, entre si em razão das desigualdades espaciais imposta pelo capitalismo”, tentamos mostrar até aqui que as implantações dos estabelecimentos de saúde seguem muitas vezes a mesma lógica, pois, ainda que serviços públicos, assentam-se numa rede urbana constituída e historicamente produzida à luz da divisão territorial do trabalho.

Por fim, consideramos que articular e utilizar como categorias de análise os conceitos de região e de rede, imprescindíveis para a leitura das transformações das cidades médias; entender, a partir desses dados, informações e análises, como contribuem para se avaliar a centralidade de Presidente Prudente mostra-se, assim, um exercício de avaliação retrospectiva, pois devemos compreender como o acúmulo de tempos redundou numa dada centralidade, e de proposição, pois desde o funcionamento e da articulação entre os fixos e fluxos da Saúde, podemos avaliar e propor regionalizações mais eficazes. Esse parece ser um desafio fácil para pesquisas que se originem desta tese.

5.8 Síntese do Capítulo

O objetivo desse capítulo foi apresentar os serviços de saúde públicos da Região de Presidente Prudente, identificar as regiões de saúde, detalhar a quantidade de profissionais de saúde, estabelecimentos, equipamentos, entre outros, com o intuito de discutir a presença e ausência dos serviços de saúde nos 45 municípios do Departamento Regional de Saúde de Presidente (DRS-XI).

Como dimensão complementar ao que está contido (os fixos), preocupamo-nos com o que se articula e compõe a rede, o movimento, os fluxos de pessoas para atendimento médico, hospitalar, ambulatorial.

Ao analisar o contexto regional, concluímos que o Hospital Regional de Presidente Prudente é o estabelecimento com maior complexidade presente na região. Por essa razão, pormenorizamos suas características e nos dedicamos a compreender o seu alcance espacial.

Para isso, usufruímos de dados primários (entrevistas, enquetes e trabalhos de campo) e dados secundários (banco de dados do DATASUS e IBGE). Organizamos, a partir dos dados secundários, tabelas, gráficos e mapas para entender a escolha locacional dos fixos e compreender a direção dos fluxos.

Entretanto, identificamos que o alcance espacial dos serviços de saúde, a partir dos dados oficiais, poucas vezes ultrapassaram os limites da DRS-XI. Diante disso, utilizamos entrevistas, relatos e até fotografias tiradas em trabalhos de campo para concluir que o funcionamento dos serviços de saúde difere de outros serviços; a hierarquia e a regionalização devem ser consideradas na administração pública, mas se deve avaliar porque as pessoas procuram utilizar de diferentes práticas para burlar essa norma e conseguir atendimento. Pode indicar ineficiências do Sistema, ou algum tipo de inadequação entre a oferta e a demanda e sua distribuição territorial.

Concluimos que a forma de regionalização de saúde e algum tipo de inadequação à demanda pode acarretar em muitos problemas. Primeiramente, o Hospital Regional recebe recursos referentes ao total de habitantes da sua região, ao atender pacientes de fora ele não está recebendo por esse atendimento. Outro problema é que o Ministério da Saúde não atualiza o número de equipamentos obrigatórios por região: um aparelho de ressonância magnética não consegue atender toda a população da região de Presidente Prudente. Por fim, a rigidez da regionalização faz com que um paciente da cidade de Pracinha, por exemplo, que necessite de sessões de radioterapia precise se deslocar até Marília, que é o polo de alta complexidade da sua região, e não possa ser atendido em Presidente Prudente, o polo mais próximo. Nesse caso há uma divergência entre a regionalização da REGIC (2018) que as cidades de Adamantina, Florida Paulista, Inúbia Paulista, Lucélia, Mariápolis, Osvaldo Cruz, Pacaembu, Pracinha, Sagres, Salmourão fazem parte da Região de Influência de Presidente Prudente, porém na regionalização dos Departamentos Regionais de Saúde tais cidades fazem parte da Região de Marília dificultando e encarecendo os deslocamentos.

6 O SISTEMA DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Os serviços de saúde ganharam maior evidência nos últimos dois anos a partir da

disseminação do vírus SARS-CoV-2, causador da doença popularmente conhecida como Covid-19 (OMS, 2020), que contaminou populações de praticamente todos os territórios de todas as nações do mundo, levando a Organização Mundial da Saúde a decretar cenário de pandemia no dia 11 de março de 2020. O surto inicial foi detectado na cidade Wuhan, na China, em dezembro de 2019, e, rapidamente, disseminou-se pelo mundo todo, chegando ao Brasil ainda no início de 2020, quando encontrávamos praticamente no último terço de conclusão deste trabalho doutoral.

Após a confirmação do primeiro caso em fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo, a Covid-19 se espalhou rapidamente pelo território nacional, sobretudo, em função da circulação de pessoas por diferentes meios. Como esta tese tem o fito de analisar os serviços de saúde à luz dos conceitos de região e de rede urbana e de processos de regionalização as articulações entre pandemia e os seus efeitos devem se relacionar com o espaço, que, para Santos (2008), deve ser pensando a partir dos fixos e fluxos, pareceu-nos tanto necessário, quanto desafiador, abordar essa temática, o que empreendemos como uma possibilidade de avaliação para pesquisas ulteriores, sobretudo, já que neste trabalho apenas ensaiamos possibilidades de debate neste último capítulo.

Na realidade por nós estudada, os fixos seriam os hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e todos os estabelecimentos e equipamentos de saúde e os fluxos se dariam pela busca desses serviços pelos usuários do Sistema. Desde modo, este capítulo tem o objetivo de discutir se o período da pandemia modificou ou ampliou os fixos e se houve um redirecionamento dos fluxos.

Em diversos países que tiveram uma grande quantidade de pessoas acometidas pela Covid-19, os sistemas de saúde enfrentaram, e ainda enfrentam, sérios contratempos e adversidades, devido à falta de insumos, equipamentos e/ou equipes médicas suficientes para atender ao grande número de atendimentos ambulatoriais e internações, inclusive aquelas que demandam leitos com respiradores e/ou em unidades de terapia intensiva. A experiência desses países gerou alertas em todo o mundo sobre a necessidade de se adotarem medidas urgentes de redução à exposição da população, visando evitar o colapso dos sistemas de saúde. Um colapso pode implicar um aumento significativo da letalidade do coronavírus, bem como gerar gargalos para atendimentos da população e provocar maior mortalidade por outros agravos ou doenças.

O SUS teve e tem papel central para lidar com a epidemia, não apenas pelo trabalho de assistência à saúde, mas também pelo trabalho de gestão e coordenação do sistema de saúde, com instâncias de diversas esferas de governo, e pelo esforço do trabalho de vigilância epidemiológica e sanitária na identificação dos casos suspeitos e confirmados. A importânciada crise do sistema de saúde causada pela Covid-19 exige inúmeras ações emergenciais. Entre estas, é essencial para o planejamento dos serviços de saúde ter um diagnóstico de quais áreas das cidades têm menos acesso a equipamentos de saúde, e quais são os hospitais que poderão ter maior sobrecarga de demanda por internações. (MUNIC, 2020)

Para avaliar os desdobramentos da pandemia na DRS XI e, em especial, em Presideten Prudente, naquilo que tange aos obetivos e procedimentos centrais desta tese, utilizamo-nos de importantes pesquisas, levantamentos e bancos de dados realizadas pelo IBGE, como a Pesquisa Regiões de Influência das Cidades 2018, mais especificamente os resultados relativos ao comportamento da rede de cidades na área de saúde, e a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic 2020), realizada entre setembro de 2020 e março de 2021 e divulgada em novembro de 2021, que nos mostrou o cenário dos municípios brasileiros em relação às ações realizadas em combate a pandemia da Covid-19.

Dessa maneira, organizamos o recorte espacial em faixas de habitantes, assim como fez o IBGE para apresentar os dados sobre a realidade dos municípios (Munic 2020), e utilizamos a REGIC 2018 para evidenciar a centralidade exercida por cada uma e o número de casos e mortes pela Covid-19. Posto isso, evidenciamos as mudanças e permanências em números de estabelecimentos, equipamentos, profissionais de saúde, fluxos de pacientes e as medidas tomadas para o combate da Covid-19.

Desse modo, em complemento ao capítulo 5 desta tese, este capítulo derradeiro também deve ser divulgado em forma de separata aos agentes públicos municipais de saúde da DRS XI, além da divulgação científica corriqueira na form de artigos em periódicos especializados, o que tentaremos após a defesa deste trabalho.

6.1 Centralidade e enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos municípios com até 5.000 habitantes na DRS XI de Presidente Prudente

O quadro 14 foi organizado com o intuito de pormenorizar os efeitos da pandemia nos municipios de até 5000 habitantes e correlacionar com os dados apresentados e as mudanças ocorridas a partir das estratégias do poder público para o

combate aos efeitos da pandemia.

Quadro 14 - DRS XI. Centralidade e a realidade da Covid-19 dos municípios na faixa de até 5000 habitantes. 2021

MUNICÍPIO	REGIC - 2018	REGIÃO DE SAÚDE	CASOS	MORTES
Alfredo Marcondes	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP ²	Região de Saúde da Alta Sorocabana	282	15
Anhumas	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	385	7
Caiabu	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	322	8
Emilianópolis	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	372	8
Estrela do Norte	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	383	6
Flora Rica	Centro Local	Região de Saúde da Alta Paulista	131	7
Indiana	Arranjo populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	253	10
João Ramalho	Centro Local	Região de Saúde do Alto Capivari	664	12
Monte Castelo	Centro Local	Região de Saúde da Alta Paulista	689	17
Nantes	Centro Local	Região de Saúde do Alto Capivari	243	7
Narandiba	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	890	21
Nova Guataporanga	Arranjo Populacional de Tupi Paulista/SP	Região de Saúde da Alta Paulista	219	4
Piquerobi	Centro Local	Região de Saúde Extremo Oeste Paulista	245	8
Ribeirão dos Índios	Centro Local	Região de Saúde da Alta Sorocabana	93	6

Sandovalina	Centro Local	Região de Saúde da Alta Sorocabana	433	12
Santa Mercedes	Centro Local	Região de Saúde da Alta Paulista	282	9
Santo Expedito	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	197	6
São João do Pau d' alho	Centro Local	Região de Saúde da Alta Paulista	191	1

Fonte: <http://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/2021/mapa-cidades-brasil-mortes>.
Organizado pela autora

A maior parcela dos municípios da DRS XI de Presidente Prudente está na faixa de até 5.000 habitantes. Desse grupo, oito fazem parte da Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP, um do Arranjo Populacional de Tupi Paulista/SP e nove considerados Centro Local, ou seja, nenhum desses centros possui uma centralidade urbana que vá além do seu próprio município, ou seja, aos olhos dos estudos da REGIC (2018) nenhum deles é um polo de saúde de alta ou média complexidade.

Desse modo, os serviços de saúde que disponibilizam para a população são da Atenção Básica. Os estabelecimentos de saúde resumem-se a um Centro de Saúde e/ou Unidade Básica de Saúde e não houve criação de mais estabelecimentos durante a pandemia em nenhum desses municípios. Os equipamentos de saúde, principalmente os de manutenção da vida, também não tiveram aumento durante esse período entre os municípios da Drs XI somente Emilianópolis, Pirquerobi e Ribeirão do Índios fez seleção pública e contratou, em caráter de urgência, profissionais de saúde que atuaram no combate ao Covid-19.

6.2 Centralidade e enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos municípios com 5.001 a 10.000 habitantes na DRS XI de Presidente Prudente

O quadro 15 foi organizado com o intuito de pormenorizar os efeitos da pandemia nos municípios de até 5000 até 10.000 habitantes e e correlacionar com os dados apresentados e as mudanças ocorridas a partir das estratégias do poder público para o combate aos efeitos da pandemia.

Quadro 15-DRS X. Centralidade dos municípios na faixa de 5001 a 10000 habitantes. 2021

MUNICÍPIO	REGIC-2018	REGIÃO DE SAÚDE	CASOS	MORTES
Caiuá	Arranjo Populacional de Presidente Venceslau/SP	Região de Saúde Extremo Oeste Paulista	420	11
Euclides da Cunha Paulista	Centro Local	Região do Pontal do Paranapanema	505	15
Iepê	Centro Local	Região de Saúde do Alto Capivari	958	27
Irapuru	Centro Local	Região de Saúde da Alta Paulista	730	36
Marabá Paulista	Centro Local	Região de Saúde Extremo Oeste Paulista	114	4
Ouro Verde	Centro Local	Região de Saúde da Alta Paulista	1021	29
Paulicéia	Centro Local	Região de Saúde da Alta Paulista	856	20
Taciba	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	839	26
Tarabai	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	884	30

Fonte: <http://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/2021/mapa-cidades-brasil-mortes>.
Organizado pela autora

Esse grupo de municípios tem um contingente populacional um pouco maior que o primeiro grupo, no entanto, continuam sendo municípios de pequeno porte e classificadas como centro local ou fazem parte de um arranjo populacional, como Taciba, Tarabai e Caiuá. Nenhum dos nove municípios, segundo a REGIC (2018), são considerados polos ou subpolos de saúde.

No entanto, encontramos maior diversidade dentro da atenção básica, além das UBS (unidade básica de saúde), ESF (estratégia de saúde da família) e policlínicas. No grupo anterior de municípios encontramos uma UBS, nesse grupo podemos encontrar cinco. Além disso, destacamos que Iepê é o único deles que possui um hospital, o Hospital Municipal de Iepê.

Nesse período pandêmico, os estabelecimentos e os equipamentos de quase todas os municípios do grupo se mantiveram, exceto Caiuá, que adquiriu um desfibrilador e Iepê, que possuía 17 estabelecimentos de saúde e agora são 22, pois aumentou o número de clínicas especializadas e unidades básicas.

Ainda que não tenha havido mudanças estruturais no sistema de saúde desses municípios, em todos eles, por conta da pandemia de Covid-19, alguma medida de isolamento social foi adotada. Foi decretado isolamento social em 12 municípios e em seis população foi orientada para permanecer em isolamento social. Em 11 deles foram instaladas barreiras sanitárias nas entradas do município no início da pandemia da Covid-19 (março de 2020) e em todas elas adotou-se o uso obrigatório de máscaras em transportes públicos, locais públicos e comércios.

O município que teve mais casos confirmados e mortes, dentro do recorte que estabelecemos de municípios de até 5000 habitantes, foi Narandiba, com 890 casos e 21 mortes e uma taxa de 2,36 % de letalidade. Ribeirão dos Índios foi o município com o menor número de casos, 83, e 6 mortes, com a taxa de letalidade de 6,45 %. Por fim, o município com menor número de mortos foi São João do Pau d'Alho com somente uma morte, 193 casos e 0,52 % de taxa de letalidade.

Durante o período de 2019 a novembro de 2021, coberto pelos dados que organizamos, ocorreram casos confirmados, clinicamente ou laboratorialmente, de Covid-19 em todos os municípios, entretanto, ressaltamos a importância das medidas utilizadas, como barreiras sanitárias, lockdown por Santa Mercedes, pois foi o último município do estado de São Paulo a ter casos da doença. Dentre as pessoas que contraíram a Covid-19, houve alguma necessidade de internação em quase todos os municípios desse grupo de até 5000 habitantes, exceto em Flora Rica, Piquerobi e São João do Pau d'Alho (até março de 2021) e dentre as pessoas que contraíram a Covid-19, ocorreu algum óbito em todos os municípios. O número de internações ultrapassou a capacidade de leitos e de unidades de tratamento intensivo (UTI) públicos ou privados conveniados ao SUS em todos os municípios, pois nenhum deles possui leitos de internação, nem houve contratação de leitos privados, nem foi instalado hospital de campanha, embora tenha havido pactuações com outros municípios para ampliação de leitos. Desse modo, nos casos de internação por Covid-19, houve necessidade de referenciar os pacientes para outro município.

Dessa forma, podemos inferir que todos os municípios deste grupo, mesmo que sejam de pequeno porte, foram impactados com a Covid-19, no entanto, não houve mudanças na estrutura dos serviços de saúde. Não ampliaram o número de leitos ou receberam respiradores, por exemplo, e caso precisassem de serviços de média ou alta complexidade, precisaram deslocar usuários do Sistema para outro município.

Os nove municípios desse grupo adotaram medidas de combate a Covid-19, como o uso obrigatório de máscaras em transportes públicos, locais públicos e comércios, e foi decretado o isolamento social no mês de março de 2020. Foram instaladas barreiras sanitárias nas entradas dos municípios durante o período da pandemia da Covid -19 na maioria deles, menos em Caiuá e Irapuru e somente Iepê, Marabá Paulista e Tarabai fizeram seleção pública e contrataram, em caráter de urgência, paraprofissionais de saúde que atuaram no combate ao Covid -19.

O município com menos casos e mortes por Covid -19 é Marabá Paulista, com 114 casos e 4 mortes uma taxa de 3,51 % de letalidade. Ouro Verde é a cidade com maior número de casos, 1.021, e 29 mortes, uma taxa de 2,84 % de letalidade. Irapuru é o município com maior número de mortes, com 36 e 730 casos; uma taxa 4,93 % de letalidade.

Deste modo, ocorreram casos confirmados, clinicamente ou laboratorialmente, de Covid -19 e dentre as pessoas que contraíram a Covid -19, houve alguma com necessidade de internação em todos os municípios.

Com isso, o número de leitos foi ampliado para atender à demanda por internação no município em virtude da Covid -19 seja contratação de leitos privados, ou pactuação com outros municípios, mas não foi instalado hospital de campanha durante a pandemia da Covid -19 no município. Nos casos de internação por Covid -19, houve necessidade de referenciar os pacientes para outro município em todos os casos deste grupo. Por fim, entre as pessoas que contraíram a Covid -19, ocorreu algum óbito em todos os municípios.

A partir do exposto, podemos sintetizar que não houve grandes mudanças, ainda que Iepê possuísse um hospital geral, ele não recebeu respiradores ou verbas para aumentar os leitos exclusivos Covid-19. Ou seja, o fluxo de pacientes para cidades polos de atendimentos de maior complexidade ainda é necessário.

6.3 Centralidade e enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos municípios com 10.001 a 20.000 habitantes na DRS XI de Presidente Prudente

O quadro 16 foi organizado com o intuito de pormenorizar os efeitos da pandemia nos municípios de 10001 até 20000 habitantes e correlacionar com os dados apresentados e as mudanças ocorridas a partir das estratégias do poder público para o combate aos efeitos da pandemia.

Quadro 16-DRS X. Centralidade dos municípios na faixa de 10001 a 20000 habitantes. 2021

MUNICIPIO	REGIC-2018	REGIÃO DE SAÚDE	CASOS	MORTES
Mirante do Paranapanema	Centro Local	Região do Pontal do Paranapanema	1277	44
Panorama	Centro Local	Região de Saúde da Alta Paulista	1903	57
Presidente Bernardes	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	1351	42
Quatá	Centro Local	Região de Saúde do Alto Capivari	1725	30
Rosana	Centro Local	Região do Pontal do Paranapanema	1646	44
Tupi Paulista	Arranjo Populacional de Tupi Paulista/SP	Região de Saúde da Alta Paulista	1709	49

Fonte: <http://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/2021/mapa-cidades-brasil-mortes>.
Organizado pela autora

Os municípios dessa faixa de habitantes não possuem grande expressão de centralidade, segundo os princípios da REGIC (2018), ao passo que, possuem a mesma classificação de centralidades dos outros municípios apresentados no item 6.2

Entretanto, ao analisar a estrutura dos serviços de saúde, verificamos que esses municípios possuem estabelecimentos com um nível de complexidade maior do que as UBS ou ESF, por exemplo, contando com hospitais gerais, prontos atendimentos, entre outros.

Nos anos de 2020 e 2021 Mirante do Paranapanema criou um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), criou três leitos Covid além dos seus 20 leitos gerais e investiu em equipamentos de manutenção da vida (Ventilador, Reanimador Pulmonar), pois em 2019 possuía sete e em novembro de 2021 com 32 equipamentos importantes para cuidados de pacientes infectados.

Panorama aumentou o número de UBS e de clínicas de especialidade. Subiu de 16 para 20 o total de estabelecimentos. Os equipamentos subiram de 45 para 47, pois adquiriram dois Monitores de ECG e os leitos gerais aumentaram de 31 para 36, sem especificação que seria para o tratamento de Covid-19.

Já Presidente Bernardes manteve o número de leitos gerais e aumentou somente o número de UBS e Consultórios Isolados, assim como o município de Quatá. Rosana conta agora com uma Policlínica e mais um consultório isolado e aumentou o número de leitos de 57 para 80 leitos gerais. Tupi Paulista manteve o total de leitos e aumentou consultórios isolados, onze no total, e aumentou os equipamentos de manutenção de vida (bomba de infusão, desfibrilador e Respirador/Ventilador).

Segundo o DATASUS, Tupi Paulista recebeu cinco respiradores de transporte (R\$ 100.000,00) e três de respiradores de UTI (R\$ 180.000,00). Presidente Bernardes recebeu dois respiradores de transporte (R\$ 126.251,94) e dois respiradores de transporte (R\$ 40.000,00).

Podemos notar que, no período analisado, entre novembro de 2019 a novembro de 2021, houve incremento nos serviços de saúde prestados e todos adotaram, por conta da pandemia de Covid-19, alguma medida de isolamento social, sendo que Parorama, Presidente Bernardes, Quatá e Tupi Paulista decretaram isolamento social a partir do dia 3 de março de 2020 e no restante a população foi orientada para permanecer em isolamento social.

O município que teve o menor número de casos foi Mirante do Paranapanema, com 1.277 casos e 44 mortes; uma taxa de 3,45 % de letalidade. Quatá teve o menor número de mortes, com 30 e 1.725 casos; uma taxa de 1,74 % de letalidade. Parorama teve o maior número de casos confirmados, com 1.916 e 57 mortes; uma taxa de 2,97 % de letalidade.

Assim sendo, ocorreram casos confirmados, clinicamente ou laboratorialmente, de Covid-19 e, dentre as pessoas que contraíram a Covid-19, houve alguma com necessidade

de internação em todos os municípios e entre as pessoas que contraíram a Covid-19, ocorreu algum óbito.

Mesmo que esses municípios possuíssem leitos de internação, e recebendo alguns recursos do ministério da saúde nos casos de internação por Covid-19, houve necessidade de referenciar pacientes para outro município

6.4 Centralidade e enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos municípios com 20.001 a 50.000 habitantes na DRS XI de Presidente Prudente

O quadro 17 foi organizado com o intuito de pormenorizar os efeitos da pandemia nos municípios de 20001 a 50000 habitantes correlacionar com os dados apresentados e as mudanças ocorridas a partir das estratégias do poder público para o combate aos efeitos da pandemia.

Quadro 17- DRS X. Centralidade dos municípios na faixa de 20001 a 50000 habitantes. 2021

MUNICIPIO	REGIC (2018)	REGIÃO DE SAÚDE	CASOS	MORTES
Álvares Machado	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	2504	78
Dracena	Centro Subregional B	Região de Saúde da Alta Paulista	5925	268
Junqueirópolis	Centro Local	Região de Saúde da Alta Paulista	2244	93
Martinópolis	Centro Local	Região de Saúde da Alta Sorocabana	1973	84
Pirapozinho	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	3061	76
Presidente Epitácio	Centro de Zona A	Região de Saúde Extremo Oeste Paulista	3343	126
Presidente Venceslau	Centro de Zona A	Região de Saúde Extremo Oeste Paulista	3805	115

Rancharia	Centro Local	Região de Saúde do Alto Capivari	4183	93
Regente Feijó	Arranjo Populacional de Presidente Prudente/SP	Região de Saúde da Alta Sorocabana	760	64
Santo Anastácio	Centro Local	Região de Saúde da Alta Sorocabana	1977	64
Teodoro Sampaio	Centro Local	Região do Pontal do Paranapanema	2997	51

Fonte: <http://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/2021/mapa-cidades-brasil-mortes>.
Organizado pela autora

Este grupo tem como componentes alguns municípios que possuem um nível de centralidade superior ao daqueles considerados como Centro Local, como Dracena, considerada Centro Subregional B, e Presidente Venceslau e Presidente Epitácio, classificados como Centro de Zona A pela REGIC (2018). Significa, então, que, segundo os critérios que analisam a região de influência das cidades, esses municípios possuem uma centralidade que vai além de seus próprios limites municipais, quer seja, o centro local.

Em consideração a isso, a regionalização do SUS concilia a centralidade e a definição dos polos de cada região de saúde. Por exemplo, Dracena tem um nível pequeno de centralidade, porém, é referência para vários municípios do seu entorno. Assim, caso um paciente de Santa Mercedes, que pertence a Região de Saúde da Alta Paulista, precise de algum atendimento que não seja realizado numa unidade básica de saúde ele é referenciado para Dracena, que é o polo da Região de Saúde e, assim, para Presidente Prudente, caso não seja resolvido em Dracena.

Esse grupo de municípios foi o que mais recebeu recursos, inclusive respiradores, e aumentaram o número de estabelecimentos, equipamentos e leitos. Álvares Machado teve um aumento de três estabelecimentos, (clínicas especializadas) e três equipamentos (desfibriladores). Santo Anastácio teve um aumento de dois respiradores/ventiladores e de um monitor de ECG, duas clínicas especializadas e três consultórios isolados. Teodoro Sampaio teve um aumento de 22 equipamentos de manutenção da vida e seis estabelecimentos (quatro consultórios isolados e duas unidades básicas de saúde).

Dracena tinha 217 estabelecimentos e em novembro de 2021 tem 222 e conseguiu

adquirir 25 novos leitos destinados a UTI-Covid-19, sete leitos gerais e mais sete clínicos/cirúrgicos. Presidente Epitácio aumentou três consultórios isolados e dez leitos de UTI-Covid-19 e aumentou os equipamentos para manutenção da vida passou de 48 para 127 (17 respiradores/ventiladores, 12 reanimadores pulmonares, dez monitores de pressão não invasivos, 33 bombas de infusão entre outros). Presidente Venceslau implementou dez leitos de UTI - Covid-19, 14 respiradores/ventiladores e aumentou dez estabelecimentos passando a possuir 104. Rancharia aumentou dez leitos para UTI-Covid-19 e teve um aumento de 28 equipamentos (22 monitor multiparâmetro e seis respiradores/ventiladores) e aumentou 4 consultórios isolados. Regente Feijó teve um aumento de 24 leitos gerais, 20 clínicos/cirúrgicos, três complementares (COVID-19) e três equipamentos de manutenção da vida (respiradores e reanimadores pulmonares)

Junqueirópolis teve aumento de somente um consultório, uma incubadora, um equipamento de Fototerapia e quatro respiradores/ventiladores e aumentou oito leitos gerais e um leito clínico/cirúrgico. Martinópolis implementou oito leitos exclusivos para Covid-19 e dez respiradores/ventiladores e um consultório.

Todos os municípios deste grupo tomaram alguma medida de isolamento para a contenção da pandemia. Segundo dados do DATAUS, alguns receberam recursos do Ministério da Saúde para implementar os serviços de saúde oferecidos, como a Santa Casa de Dracena, que recebeu cinco respiradores de UTI (R\$ 300.000,00) e a secretaria de saúde recebeu dez respiradores de transporte “USA” e mais cinco (R\$ 241.450,00) de transporte. A secretaria municipal de saúde de Martinópolis recebeu dois respiradores de transporte (R\$ 40.000,00) e Regente Feijó recebeu um de transporte (R\$ 48.290,00) A Santa Casa de Junqueirópolis recebeu quatro respiradores de UTI (R\$ 240.000,00). A Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Venceslau recebeu dois respiradores de transporte USA (R\$ 126.251,94) e três de UTI (R\$ 240.000,00) A Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Epitácio recebeu três respiradores UTI (R\$ 180.000,00).

Regente Feijó teve o menor número de casos, com 760 e 64 mortes, com uma taxa de 8,42%. Teodoro Sampaio teve o menor número de mortes, com 51, e 2.996 casos; uma taxa de 1,7% de letalidade. Dracena teve o maior número de casos 5925 e de mortes com 268 e uma taxa de 4,52 % de letalidade.

Posto isso, em todos os municípios ocorreram casos confirmados, clinicamente ou laboratorialmente, de Covid-19 e dentre as pessoas que contraíram a Covid-19, houve

alguma com necessidade de internação, o número de internações ultrapassou a capacidade de leitos e de unidades de tratamento intensivo (UTI) públicos ou privados conveniados ao SUS, existentes no município durante a pandemia da Covid-19 e o número de leito foi ampliado para atender à demanda por internação no município em virtude da Covid-19 e nos casos de internação por Covid-19, houve necessidade de referenciar os pacientes para outro município e entre as pessoas que contraíram a Covid-19, ocorreram óbitos.

6.5 Centralidade e enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos municípios com 100.001 a 500.000 habitantes na DRS XI de Presidente Prudente

O quadro 18 foi organizado com o intuito de pormenorizar os efeitos da pandemia nos municípios de 100001 a 500000 habitantes e e correlacionar com os dados apresentados e as mudanças ocorridas a partir das estratégias do poder público para o combate aos efeitos da pandemia.

Quadro 18- DRS X. Centralidade dos municípios na faixa de 100001 a 500000 habitantes. 2021

MUNICIPIO	REGIC (2018)	REGIÃO DE SAUDE	CASOS	MORTES
Presidente Prudente	Capital Regional C	Região de Saúde da Alta Sorocabana	32.296	914

Fonte: <http://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/2021/mapa-cidades-brasil-mortes>.

Organizado pela autora

Presidente Prudente possuía 157 leitos complementares, 757 leitos clínicos/cirúrgicos e 1.170 leitos gerais em 2019 e novembro de 2021 conta com 211 leitos complementares, 774 leitos cirúrgicos e 1.171 leitos gerais, obteve um aumento de 60 leitos de UTI II Covid-19, sendo que 50 são habilitados pelo SUSs. Passou de 868 estabelecimentos para 958 e 1.208 equipamentos de manutenção da vida para 2.317 incluindo 84 respiradores. Presidente Prudente recebeu 15 respiradores de transporte R\$ 300.000,00 e a secretaria municipal de saúde recebeu mais um (R\$ 48.290,00). Presidente Prudente teve 32.309 casos positivos, 914 mortes e uma taxa de letalidade 2,84 %.

Podemos, então, destacar que a ultima faixa de habitantes só tem Presidente Prudente foram os que tiveram mudanças na estrutura dos serviços de saúde. Os recursos do SUS não foram centralizados somente em Presidente Prudente, houve uma

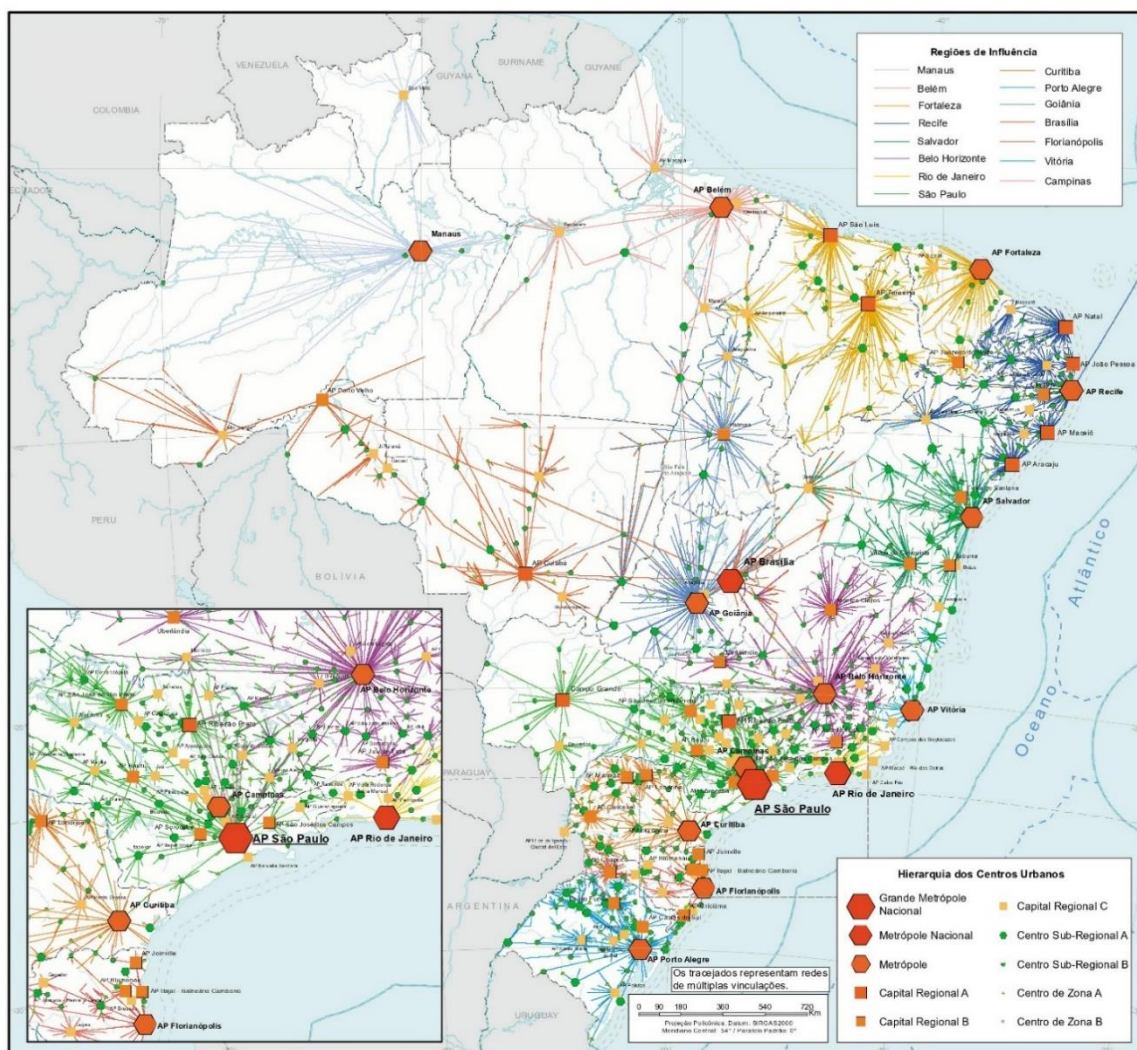
descentralização, claro que não de forma aleatória, pois já utilizaram os estabelecimentos existentes. Não foi construído nenhum hospital, ou hospital de campanha em cidades menores. Houve uma tentativa de desafogar os estabelecimentos de Presidente Prudente e redirecionar os fluxos para essas cidades que são referências nas suas respectivas Regiões de Saúde.

Deste modo, vale a pena correlacionar a classificação da REGIC (2018) e os alcances dos serviços de saúde localizados nas cidades com maior nível de centralidade, e tentar compreender se há uma seletividade espacial, o que empreendemos no subcapítulo seguinte.

6.6 Alcance espacial, centralidade e seletividade espacial

O Mapa 44 traz a representação da Rede Urbana Brasileira segundo a REGIC

Mapa 44-Brasil. Rede urbana (REGIC). 2018



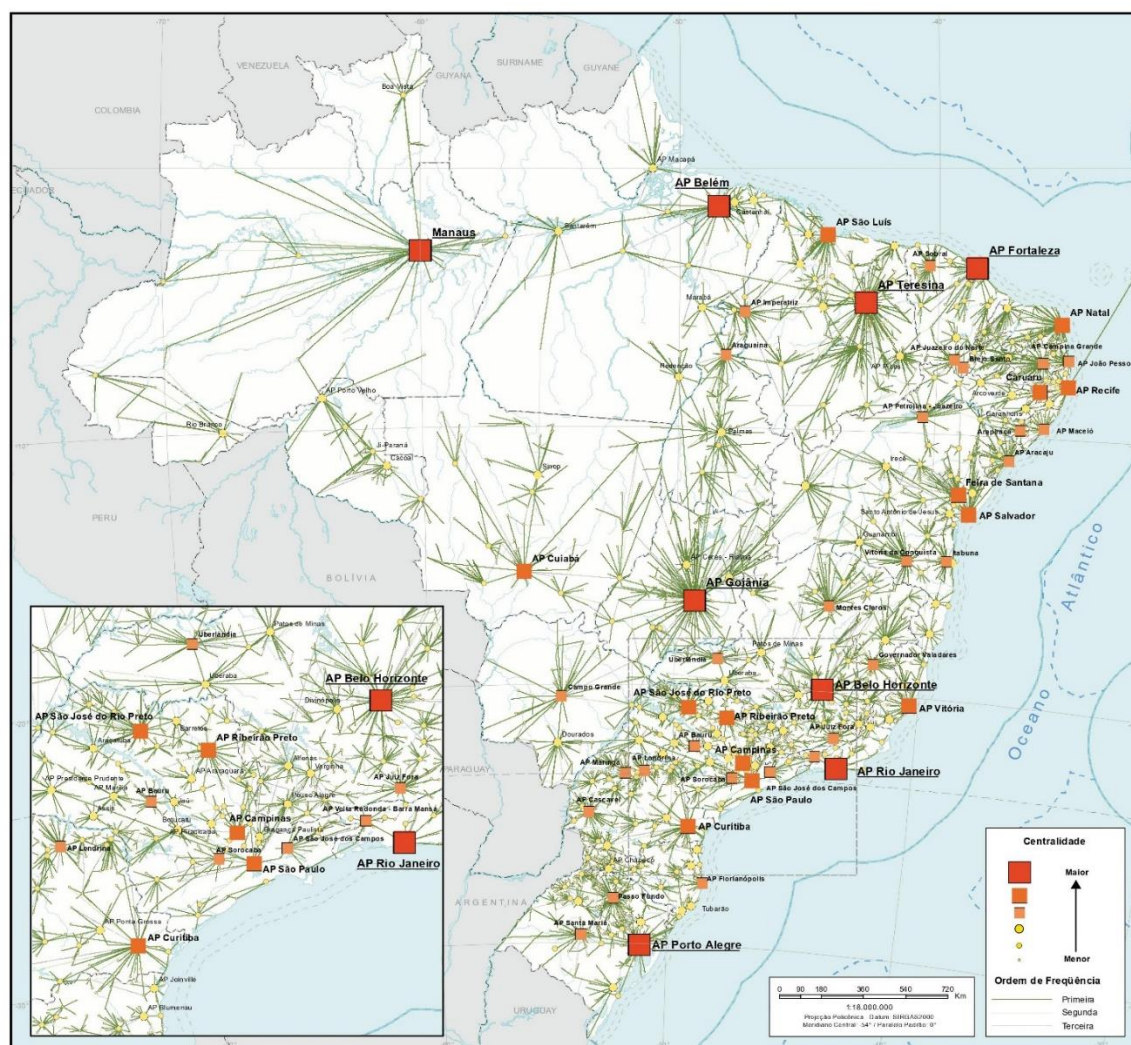
Fonte: IBGE, Diretoria de Geociências, Coordenação de Geografia, Regiões de Influência das Cidades 2018.

Uma das variáveis utilizadas para compreender a centralidades dos centros urbanos é a presença e o nível de atração que alguns serviços. Para nossa discussão, salientamos os serviços de saúde que foram investigados a partir de questionários:

O questionário da pesquisa REGIC 2018 possui dois quesitos que investigam o deslocamento de pessoas partindo de seus municípios com destino a outros com o propósito de acesso a serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade. Os resultados provenientes da base de dados desses quesitos permitem a visualização do comportamento da rede urbana do país na área de saúde, contribuindo para a identificação de regiões de atendimento e cidades polarizadoras de serviços de saúde. (REGIC, 2018)

Deste modo, como resultado do processo de regionalização, foram identificados os polos das regiões de saúde. Entretanto, avaliando-se a base de dados por municípios foram identificados também os subpolos existentes dentro de arranjos populacionais e alguns outros polos constituídos por municípios isolados, como mostram os Mapas 45 E 46.

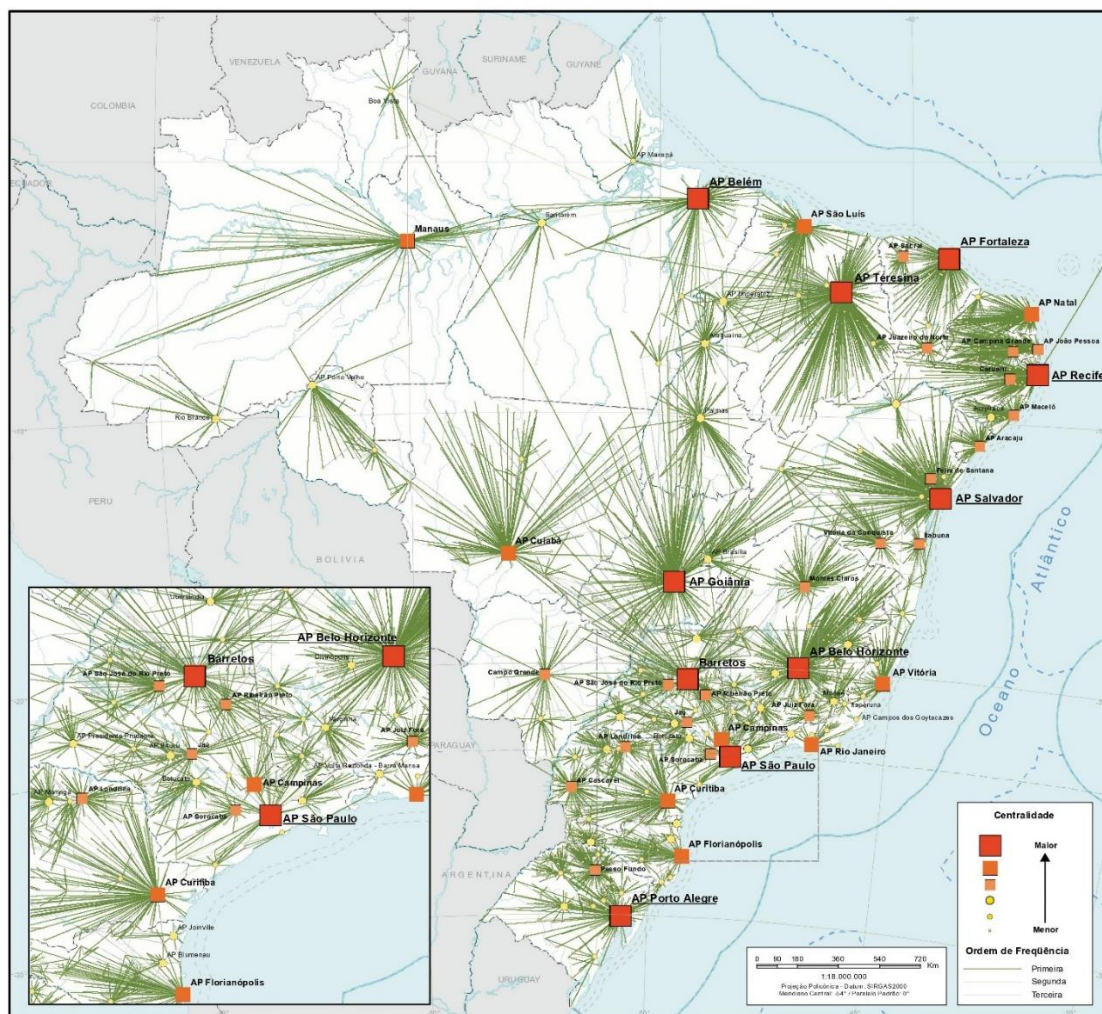
Mapa 45-Brasil. Deslocamentos para serviços de saúde de baixa e média complexidade. 2018



Fonte: IBGE, Diretoria de Geociências, Coordenação de Geografia, Regiões de Influência das Cidades 2018.

Destacamos aqui que na Região de Presidente Prudente somente a cidade de Dracena é considerada um pólo de Media Complexidade.

Mapa 46-Brasil. Deslocamentos para serviços de saúde de alta complexidade. 2018



Fonte: IBGE, Diretoria de Geociências, Coordenação de Geografia, Regiões de Influência das Cidades 2018.

Podemos observar nos Mapas 44, 45 e 46 há uma consonância entre os municípios ou arranjos populacionais com maior nível de centralidade e os que são consideradas polos de saúde. Municípios maiores têm uma “tendência” de concentrar um maior número de estabelecimentos de saúde. Entretanto, temos municípios que possuem maior centralidade quando se analisa os serviços de saúde, é o caso de Jaú-SP e Barretos-SP cujo alcance espacial ultrapassa os limites estaduais, por exemplo. Percebemos também, à medida que nos deslocamos para as regiões Norte e Centro-Oeste, que é necessário vencer grandes distâncias para conseguir atendimentos em polos de atendimento de alta ou média complexidade.

O intuito ao apresentar os Mapas 44, 45 e 46 foi observar o município de Presidente Prudente de modo relacional e inferir alguns pontos, por exemplo, que ela é um polo, seja para atendimentos de média ou alta complexidade, e que não temos polos com maior nível de centralidade próximo na região, por isso é importante nos aprofundarmos na avaliação de

Presidente Prudente. A vista disso, vamos analisar as origens dos pacientes internados nos hospitais da região, analisada no ano de 2021, e inferir o seu alcance espacial.

A Santa Casa de Tupi Paulista, além de atender os 44 pacientes da cidade, recebeu 16 de Monte Castelo, Santa Mercedes (10), Nova Guataporanga (9), São João do Pau d'Alho (7), Paulicéia (2), Panorama (1).

A Santa Casa de Alvares Machado recebeu 34 pacientes da própria cidade e um paciente de Presidente Prudente. A Santa Casa de Junqueirópolis recebeu nove pacientes de Irapuru, três de Flora Rica, um de Hortolândia, um de Panorama e um de Tupi Paulista. A Santa Casa de Misericórdia Padre João Schneider recebeu 94 pacientes da própria cidade de Martinópolis, de Caiabu (12), Indiana (11), Regente Feijó (1) e Salmourão (1).

A Santa Casa de Presidente Epitácio recebeu pacientes de Presidente Prudente (6), Caiuá (3), Marabá Paulista (1), Martinópolis (1), Mirante do Paranapanema (1), Presidente Venceslau (1), além de 161 internados que residem em Presidente Epitácio.

A Santa Casa de Presidente Venceslau recebeu pacientes de Caiuá (7), Marabá Paulista (6), Presidente Prudente (5), Piquerobi (3), Presidente Epitácio (3), Santo Anastácio (2), Alvares Machado (1), Mirante do Paranapanema (1), Panorama (1), Presidente Bernardes (1), Rosana (1), Teodoro Sampaio (1) e 92 pacientes do próprio município.

A Santa Casa de Santo Anastacio recebeu pacientes de Ribeirão dos Índios (9), Piquerobi (3), Mirante do Paranapanema (1), Presidente Epitacio e 86 residentes no município.

O Hospital Municipal de Iepê recebeu pacientes de Nantes (13), Pirapozinho (1), Presidente Prudente (1), Rancharia (1) e Rosana (1), além dos 48 do próprio município.

O Hospital Regional de Teodoro Sampaio só recebeu 64 pacientes do próprio município.

O Hospital e Maternidade de Rancharia recebeu pacientes de Quatá (39), João Ramalho (20), Iepê (12), Nantes (3), Paraguaçu Paulista (2), Carapicuíba (1) e 147 do próprio município.

O Hospital e Maternidade Regional de Regente Feijó recebeu 45 pacientes que tinham origem o próprio município, Taciba (7), Anhumas (7) e Presidente Prudente (3).

A Santa Casa de Dracena recebeu 180 pacientes do próprio município, Ouro Verde (21), Tupi Paulista (14), Panorama (14) Junqueirópolis (12) Paulicéia (8), Monte Castelo (5), Santa

Mercedes (4), São João do Pau d'Alho (3), Pacaembu (2), Irapuru (1), Flora Rica (1), Nova Guataporanga (1).

O Hospital Estadual Porto Primavera recebeu 110 do próprio município de Rosana, Euclides da Cunha Paulista (52), Teodoro Sampaio (20), Junqueirópolis (4), Martinópolis (4), Paulicéia (3), Emilianópolis, (2), Marabá Paulista (2), Tupi Paulista (2), Iepê (2), Mirante do Paranapanema (1), Nantes (1), Nova Guataporanga (1), Panorama (1), Pirapozinho (1), Presidente Epitacio (1), Presidente Prudente (1), Quatá (1) Taciba (1), Tarabai (1).

O Hospital Estadual Porto Primavera é o estabelecimento de saúde que mais recebe pacientes que fazem parte da sua região de saúde, pois a maioria dos Hospitais e Santa Casa tem um alcance espacial restrito à sua região de saúde. Todos os estabelecimentos presentes nos municípios citados atendem somente procedimentos de média complexidade, procedimentos de alta complexidade são realizados somente em Presidente Prudente, principalmente no Hospital Regional.

Tabela 98-Presidente Prudente. HOSPITAL DOMINGOS LEONARDO CERA VOLO.
Internações por Complexidade segundo Município de origem. 2021

MUNICÍPIO	MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE	TOTAL
Alfredo Marcondes	32	-	32
Álvares Machado	64	9	73
Anhumas	6	-	6
Araçatuba	-	1	1
Bastos	2	-	2
Caiabu	6	-	6
Caiuá	5	1	6
Carapicuíba	2	-	2
Dracena	40	9	49
Emilianópolis	4	3	7
Estrela do Norte	17	1	18

Euclides da Cunha Paulista	11	1	12
Flora Rica	2	-	2
Iepê	7	4	11
Indiana	11	3	14
Irapuru	8	4	12
Jaci	-	1	1
João Ramalho	2	3	5
Junqueirópolis	21	1	22
Lucélia	-	1	1
Lutécia	1	-	1
Marabá Paulista	3	-	3
Martinópolis	50	9	59
Mirante do Paranapanema	44	5	49
Monte Castelo	3	2	5
Nantes	4	-	4
Narandiba	42	2	44
Nova Guataporanga	3	2	5
Ouro Verde	5	1	6
Panorama	37	6	43
Paraguaçu Paulista	2	-	2
Paulicéia	10	-	10
Piquerobi	6	1	7
Pirapozinho	54	9	63
Presidente Bernardes	26	6	32
Presidente Epitácio	32	9	41
Presidente Prudente	592	83	675

Presidente Venceslau	31	10	41
Quatá	9	2	11
Queiroz	1	-	1
Rancharia	21	6	27
Regente Feijó	60	5	65
Ribeirão dos Índios	6	1	7
Rinópolis	1	-	1
Rosana	17	5	22
Sandovalina	19	4	23
Santa Mercedes	4	1	5
Santo Anastácio	34	13	47
Santo Expedito	24	1	25
São João do Pau d'Alho	1	-	1
Taciba	21	2	23
Tarabai	46	3	49
Teodoro Sampaio	37	4	41
Tupi Paulista	18	7	25
Total	1504	241	1745

Fonte DATASUS - Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Organizado pela autora.

Portanto, vimos que o Hospital Regional tem um alcance espacial maior que os outros estabelecimentos da Região. Entretanto, precisamos pontuar que a Pandemia de Covid-19 pode ter influenciado nessa dinâmica. Por exemplo, as cirurgias eletivas foram suspensas nesse período, outro ponto é que muitas pessoas deixaram de realizar exames periódicos ou procurar tratamentos por medo da infecção interferindo, possivelmente, na quantidade e origem das internações se comparado com os dados de 2019 já apresentados no decorrer da tese.

Por fim, não podemos esquecer que o Sistema Único de Saúde é organizado de forma hierárquica e regionalizada, (atenção primária, secundária e terciária). Assim, exemplo, o

Hospital Regional não é um hospital de pronto atendimento, por demanda: é necessário que o paciente seja referenciado de outro estabelecimento ou de um serviço de urgência e/ou emergência e aguardar a liberação de um leito. Um paciente de Indiana que passe por atenção primária tem que ser levado, primeiramente, para a Santa Casa de Misericórdia Padre João Schneider, no município de Martinópolis (atenção secundária) e se o problema for mais grave é necessário solicitar uma vaga pelo Sistema Cross¹¹ e aguardar a liberação, para assim, fazer o transporte até Presidente Prudente.

Por isso, os serviços de saúde, possuem uma dinâmica diferente dos serviços de comércio. Por exemplo, um *shopping center* cria estratégias para atrair consumidores, hospitais regionais não, mesmo que receba recursos para atender uma certa região, o princípio é atender somente casos de média e alta complexidade e que haja investimentos nos outros níveis (primário e secundário) para que o sistema hierárquico funcione. Por outro lado, durante a pandemia, algumas medidas foram tomadas para que os fluxos sejam direcionados para outros lugares, além de Presidente Prudente, para que não haja falta de leitos. Em nossas atividades de campo, colhemos relatos de que alguns pacientes, ao invés de serem referenciados para Presidente Prudente, como era estabelecido, foram encaminhados para o Hospital Estadual Porto Primavera, mudando, assim, o fluxo hierárquico.

6.7 Síntese do capítulo

Podemos afirmar que a pandemia de Covid-19 implicou em que fossem estabelecidas algumas mudanças na estrutura dos serviços de saúde da nossa região, porém tais mudanças foram concentradas em cidades que já eram polos de saúde, como Presidente Prudente, e outras com menor nível de centralidade, como Dracena, Presidente Venceslau e Presidente Epitácio, pois receberam recursos para ampliar os atendimentos nesse período confirmando uma seletividade espacial. E, ainda que com alguns fluxos contra-hierárquicos, como no exemplo Presidente Prudente – Rosana, acima, mantiveram-se as centralidades de saúde na região estudada.

¹¹ A CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – foi criada pela Secretaria da Saúde e é administrada pelo SECONCI-SP. Tem como objetivo congrega as ações voltadas para a regulação do acesso na área hospitalar e ambulatorial, ou seja, tem como objetivo a distribuição adequada dos pacientes para as vagas de atendimento nas áreas hospitalar e ambulatorial.

CONCLUSÃO

Durante o período de elaboração de uma tese, acontecem mudanças de conjuntura que podem afetar a sua execução. Com a nossa tese não foi diferente. Nos últimos anos, tivemos mudanças na presidência do Brasil, de Michel Temer, que assume após um golpe de Estado, (de 31 de agosto de 2016 a 31 de dezembro de 2018) a Jair Bolsonaro (desde 1 de janeiro de 2019 atual, vencedor de uma eleição cujo principal candidato e líder nas pesquisas foi criminosamente retirado do pleito). Com isso, mudanças, por exemplo, nas políticas públicas de incentivo à pesquisa e no Sistema Único de Saúde ocorreram, marcando um período de desmonte ou de desvalorização, inclusive, simbólica da dimensão republicana e pública da nação.

Ideologicamente, investiu-se profundamente na construção de narrativas que tocaram, ou reascenderam no imaginário de parte da população o entendimento de que serviços públicos são onerosos e ineficientes, ou seja, abrindo caminho para os postulados neoliberais de privatização do Estado, inclusive, na Saúde, objeto desta tese, quando da Educação e da Ciência, que fundam e sustentam esta tese.

Quase concomitantemente, vivemos, desde os primeiros meses de 2020, com uma pandemia que assolou todo o Mundo e, em diferentes recortes, escalas e dimensões, também afetou e acarretou mudanças na Saúde, na Educação e na Ciência. Desse modo, portanto, afetou o problema de pesquisa e o próprio caminhar dessa tese. Mas também nos afetou como pesquisadora, vitimada pelas adversidades na Educação e na Vida, mas também porque nosso objeto de pesquisa (Serviços de Saúde) transformou-se.

Foram suspensas todas as atividades que não eram consideradas essenciais. Desse modo, as instituições universitárias foram fechadas, ou tiveram seu funcionamento profundamente abalado. Todos os sujeitos envolvidos tiveram que se reinventar para conseguir prosseguir com aulas remotas; instituir e descobrir novas técnicas e procedimentos metodológicos de investigação; lidar com celeridade com um tema de pesquisa em mutação, pois os serviços de saúde foram, ao mesmo tempo, impactados e transformados; ganharam destaque, seja na corrida por leitos e respiradores, ou pela vacina.

Desta maneira, essa tese foi impactada pela pandemia pelo distanciamento do ambiente universitário e, principalmente, pelo andamento planejado para a pesquisa, cujo

objeto era o sistema de saúde. Não conseguimos realizar todos os trabalhos de campo; entrevistas foram canceladas, ainda que pudessem ser feitas virtualmente. Em meio ao pânico, crises de ansiedade e o medo da contaminação, ficou ainda mais difícil escrever e manter o distanciamento entre o objeto e o pesquisador. Essa tese é o resultado dessas dificuldades e superações e deste momento que o Brasil e o mundo enfrentaram e estão enfrentando.

Posto isto, reorganizamos os procedimentos metodológicos e delineamos o objetivo geral: compreender a centralidade exercida pelos serviços de atendimento médico-hospitalar nas cidades médias paulistas, em especial, em Presidente Prudente.

Com o intuito de responder ao objetivo geral, organizamos alguns objetivos específicos. O primeiro foi avaliar, no âmbito da rede urbana brasileira, os papéis regionais das cidades médias a partir dos conceitos de alcance espacial e de interações espaciais, tomando-se os fluxos populacionais em busca de serviços de saúde e a concentração de estabelecimentos e serviços de saúde especializados nas cidades médias como elementos empíricos principais.

A resposta a esse objetivo perpassou todos os capítulos da tese, tanto nos capítulos com uma discussão teórica mais profunda, quanto nos capítulos mais aplicados. Apresentarmos e debatermos os conceitos de Região, de Rede Urbana e de avaliamos e definimos processos de Regionalização e de constituição de Redes Geográficas com o intuito de articular e compreender a sua utilização nas políticas públicas que orientam o Sistema Único de Saúde.

Vimos que a categoria Região, como operação do conceito de Região, foi imprescindível na consolidação da Geografia como ciência e, atualmente, é essencial o uso da Região para que se possa compreender uma realidade particular em um sistema universal, no qual as características locais possibilitam a criação de processos de delimitação espacial, seja na elaboração de estratégias, seja na execução de políticas públicas por meio das regionalizações de saúde.

Entendemos que a regionalização a partir da perspectiva do planejamento indica quais são as instituições públicas que a promovem (como o IBGE ou Ministério da Saúde) e quais os fins pretendidos. As regiões são delimitadas por instituições do Estado como recorte espacial, visando atuar a partir de um conjunto de políticas públicas para o

enfrentamento dos problemas públicos, desde aqueles relativos a incentivos financeiros e redução de desigualdades econômicas, até a expansão de serviços públicos básicos para as populações dessas áreas, como os serviços de saúde.

Procuramos compreender a realidade da região escolhida para nossa tese e, depois, analisar a regionalização proposta para os serviços de saúde componentes da estrutura do Sistema único de Saúde. DA regionalização proposta, procuramos extrair limites e possibilidades analíticas e propositivas.

Observamos que Presidente Prudente foi ganhando importância durante os anos e se consolidando como uma cidade média, exercendo papel muito importante na rede urbana na qual está inserida, com um alto nível de centralidade dada também pelos serviços médico-hospitalares, que, inclusive, transcendem os recortes impostos pelas regionalizações.

Compreendemos que um grande estabelecimento de saúde, como o Hospital Regional de Presidente Prudente, pode alterar ou reforçar papéis, funções, situação e posição geográficas do centro urbano analisada, criando centralidade específica, gerada, nesse caso, pelos serviços médico-hospitalares, e reforçando a centralidade expressa pela posição geográfica, preexistente. Esse processo biunívoco responde por reforço, mas, também, por mudanças qualitativas na centralidade da cidade média estudada.

Apresentamos, por meio de mapas, gráficos e tabelas, a realidade de cada município que compõe o sistema de saúde do Departamento Regional de Saúde XI - Presidente Prudente. Expusemos a presença e a ausência dos estabelecimentos, equipamentos e profissionais de saúde e, assim, revelamos a concentração desses serviços em Presidente Prudente e analisamos a situação dos municípios que devem transportar seus pacientes para outros centros urbanos em busca de serviços de saúde.

Pudemos sugerir que as redes urbanas são histórica e geograficamente produzidas, por isso, a relação entre a interação entre os centros urbanos e a formação de redes urbanas é muito importante para a compreensão da evolução da política pública que rege o Sistema Único de Saúde.

Compreendemos que a estruturação do espaço é, portanto, e cada vez mais, um espaço em redes e por meio delas a região se torna relativa (pois implica em seu cotelamento a outras porções do espaço) e é relacional, tomando a ideia emprestada de

Harvey (2012) uma vez que se constitui das interações em múltiplas escalas. A região, assim, se relaciona num movimento intenso de ideias, pessoas, mercadorias e informações, formando “um conjunto de fixos (um Hospital Regional, uma Santa Casa, Unidade de Pronto Atendimento-UPA) e fluxos (intra ou interurbanos), reforçando agora um entendimento de Santos (2008) e operacionalizado no âmbito da Saúde por Ramires (2007).

Avaliamos que, assim como as redes, o conceito de região, que subsidia a estratégia de regionalização do SUS, também tem uma dupla interpretação: constitui a base territorial cujos elementos engendram o planejamento de uma rede de saúde; mas também se constitui na unidade geográfica vinculada à divisão político-administrativa da federação para as ações e serviços de saúde no território, como as regiões de saúde.

Compreendemos que os estudos, como o da REGIC (2018), que são pautados em Christaller (1933) e incorporam, paulatinamente, outras avaliações sobre as relações entre os centros urbanos, ajudam a compreender as redes regionalizadas e hierarquizadas do Sistema Único de Saúde. À exemplo disso, podemos citar a hierarquia urbana, fundamentada nos princípios de administração, de mercado, nos alcances espaciais máximo e mínimo e a existência de um padrão de distância entre as cidades de mesma importância, proposições que se constituem em base para as regionalizações dos serviços de saúde.

Portanto, retomando algo já posto na introdução, avaliamos que o Estado reforça e/ou estabelece a hierarquia urbana, via promoção de políticas, implantação de equipamentos e efetivação de ações de Saúde. O ordenamento proveniente dessa hierarquia possui, como demosntramos, duas faces: a) a prevista e materializada numa dada regionalização, portanto definida *a priori*; b) uma outra regionalização estabelecida por fluxos que colocam uma área de mercado ora mais alargada, ora descontínua e nem sempre coincidente com a regionalização preestabelecida, como depreendemos das análises dos fluxos para atendimento, criando-se um arranjo espacial polimórfico (porque assume - pela extensão, origem e intensidade dos fluxos - desenhos territoriais distintos, ainda que quase sobrepostos) e multitemporal, pois combina o tempo longo da constituição das localidades centrais estudadas que engendram a rede e dela provêm, com o tempo metiatizado pelas normativas de regionalização estudadas na tese e, por fim, com

o tempo rápido das contingências, demonstrado na análise dos deslocamentos atinentes à pandemia.

O segundo objetivo específico deste trabalho também foi respondido ao longo da tese. Propusemo-nos a contribuir com o debate sobre os conceitos de princípio de administração e de princípio de mercado, primeiramente desenvolvidos por Christaller ([1933] 1966).

Avaliamos que as teorias espaciais são ferramentas metodológicas úteis e utilizadas pelo Estado. A análise da Teoria das Localidades Centrais foi importante para a compreensão de nosso objeto, visto que as diferentes regionalizações (Regiões Administrativas, Regiões de Influência e Departamentos Regionais de Saúde) utilizam os princípios norteadores dessa teoria, notadamente, o princípio de administração, que estabelece, ou reconhece, regionalizações marcadas pela interdependência hierárquica de centros urbanos desde um recorte dado pelo Estado.

Pudemos demonstrar que o Sistema Único de Saúde brasileiro é pensado à luz dessa teoria, pois a hierarquia urbana reflete a diferenciação entre as cidades, a divisão técnica e territorial do trabalho, a seletividade espacial e a institucionalização e o reforço das distinções entre os centros pelo Estado. A localidade central de nível hierárquico mais elevado possui ampla região de influência: nela estão contidas as regiões de influência das capitais regionais, como Presidente Prudente, e, nessas, as dos centros imediatamente inferiores, que contêm as *hinterlândias* dos centros abaixo. Assim se organiza o SUS, considerando juntamente as hierarquias entre os níveis de complexidade (baixa, média e alta). Os incentivos ou recursos destinados a Presidente Prudente ou cidades com outros níveis de centralidade reforçam essa seletividade espacial.

Vimos, com a pandemia, que os recursos públicos destinados seguem o princípio de administração; os municípios nos quais houve maior ampliação ou mudança qualitativa nos serviços de saúde foram aqueles, além de Presidente Prudente, que já possuíam centralidade e ocupavam lugar de destaque na região estudada. Não houve construção de hospitais ou instalação de hospitais de campanha ou criação de leitos em lugares que não tinha antes. Não houve, no tempo da pandemia, mudanças, portanto na hierarquia dos centros urbanos e dos serviços, salvo o tempo rápido de alguns eventos.

Em complemento, também percebemos que a rigidez da regionalização do SUS traz alguns problemas, principalmente na verificação do alcance espacial dos serviços de saúde disponibilizados pelo Hospital Regional.

Com dados oficiais é difícil quantificar o alcance espacial, pois o Princípio Administrativo é muito mais rígido, é preciso seguir a hierarquia do menos complexo para o mais complexo. Além disso, o Princípio de Mercado para os serviços de saúde tem uma dinâmica diferente de outros serviços, não é tão simples procurar atendimento onde há estabelecimentos, pois é preciso ser referenciado.

Identificamos que, o alcance espacial dos serviços de saúde, a partir dos dados oficiais, poucas vezes ultrapassaram os limites da DRS-XI). Diante disso, utilizamos as entrevistas, relatos e até as fotografias tiradas em trabalhos de campo, para concluir que, o funcionamento dos serviços de saúde difere de outros serviços, a hierarquia e a regionalização devem ser seguidas com maior rigidez, mas que as pessoas podem utilizar de diferentes práticas para burlar essa burocracia e conseguir atendimento.

Porém, também inferimos que essa rigidez, desde a política pública de planejamento setorial e territorial-nacional, depara-se com a volatilidade dos fluxos e dos eventos que os motivam, como poderia ser analisado desde os fluxos para atendimento médico-hospital pandêmicos, sobretudo, se pudéssemos mensurar os deslocamentos não-oficiais e aqueles que não se utilizaram do sistema público, em sua totalidade, ou não. Essa inferência, porém, demanda outras pesquisas.

O alcance espacial se dá, assim, não apenas definido por áreas justapostas, o que se associa ao princípio administrativo christalleriano e está na base organizacional do Sistema Único de Saúde no Brasil, mas também sobrepostas e articulando pontos distantes do território. Essa sobreposição e articulação ocorreria pela efetiva utilização do sistema pelos atendidos e pelo escalonamento dos serviços e localização dos fixos de baixa, média e alta complexidade.

Ou seja, a organização do Sistema, com áreas decorrentes de alcances espaciais pré-definidos, delimitados e hierarquicamente sobrepostos (o que também implicaria na sobreposição de áreas, obviamente), combinar-se-ia com uma dinâmica de usos que tanto evidenciou a sobreposição, quanto um arranjo distinto que indicaria a articulação, via continuidade espacial, de distintos centros urbanos.

Para o dimensionamento da importância do município de Presidente Prudente em termos de oferta regional de serviços de saúde, e deu subsídios factuais para a demonstração da necessidade de maiores investimentos públicos em saúde no município.

Da mesma forma, apresentou indícios da necessidade de melhor equipamento dos municípios inseridos na região de Presidente Prudente, de modo a fundamentar a defesa de uma maior destinação de recursos para o provimento de serviços de saúde.

Além disso, a demonstração de que o âmbito do alcance espacial do município de Presidente Prudente, em termos de oferta de serviços de saúde públicos, excede a dimensão estadual pode implicar em uma importante contribuição reflexiva para a estratégia nacional de regionalização dos serviços de saúde podendo ser justaposta a Região de Influência das Cidades.

Por fim, a tese pôde contribuir para o reconhecimento da importância e da seriedade da concepção do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Compreendendo caber, ainda, um “espaço” para reflexão da pesquisadora em formação, concluímos que o período de execução do doutorado, que vai além da escrita da tese, foi de grande aprendizado, amadurecimento e descobertas. Isso nos faz, mais do que nunca, reafirmar a importância da Universidade Pública.

A tese é um dos produtos do doutorado, mas todas as experiências proporcionadas pela universidade, como a docência como professora bolsista, os trabalhos de campo em grupo, a participação em congressos nacionais ou internacionais, a vida no grupo pesquisa possibilidade de ser membro do conselho de curso de pós-graduação, de ser membro do corpo editorial de uma revista, fizeram com que me tornasse uma Professora/Pesquisadora melhor.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. S. **Formação histórica de uma cidade pioneira paulista**: Presidente Prudente. Presidente Prudente: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, 1972.
- ANDRADE, M.C. **Geografia**: ciência da sociedade. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006.
- ARAUJO, J.A.S. **Centralidade Urbano-Regional de Campina Grande/PB**: Os serviços de Saúde e de Educação Superior. João Pessoa/PB. Dissertação (Mestrado em Geografia), CCEN/UFPB, 2012.
- BECKER, B. K. Uma nova regionalização para pensar o Brasil. In: LIMONAD, E.; HAESBART, R.; MOREIRA, R. (Org.). **Brasil Século XXI**: Por uma Nova Regionalização. São Paulo: Editora CNPq, 2004, v. 1, p. 11-27.
- BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- BESSA, K. Estudos sobre a rede urbana: os precursores da teoria das localidades centrais. **Revista Geotextos** (Salvador), v. 8, p. 147-165, 2012.
- BEZZI, M. L. **Região: uma (re) visão historiográfica – da gênese aos novos paradigmas**. Santa Maria: Editora da UFSM, 2004, 292 p. ISBN 85-7391-044-5.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Série Pacto Pela Saúde. Brasília, 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. - Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 1988.
- BRASIL
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Norma Operacional de Assistência à Saúde, 2002.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único. Diário Oficial da União 2011
- CANO, W. Moedas, bancos e sistema financeiro. In: **Introdução à economia**: Uma abordagem crítica. São Paulo: Editora da UNESP. 1998, p.155-181.

CARTILHA entendendo o SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136. Acesso em: dezembro de 2019.

CASTELLO BRANCO, M.L.G. Algumas considerações sobre a identificação de cidades médias. In: SPOSITO, M. E. B. (Org.). **Cidades Médias: espaços em transição**. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p.89-112.

CASTELLS, M. **A questão urbana**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

CHRISTALLER, W. **Central places in Southern Germany**. New Jersey: Prentice-hall, 1966 [1933].

COLOGNESE, S. A.; MÉLO, J. L. B. de. A técnica de entrevista na pesquisa social. **Cadernos de Sociologia**. Porto Alegre, v. 9, p. 143-159, 1998.

CONTEL, F. B. As divisões regionais do IBGE no século XX (1942, 1970 e 1990), Terra Brasilis (Nova Série) [Online], 2014, posto online no dia 26 agosto 2014.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde e Sociedade (Online)**, v. 24, p. 447-460, 2015.

CONTEL, F. B.; BALBIM, R. Região e regionalização: subsídios teóricos para o ordenamento territorial e o desenvolvimento brasileiro. In: BOUERI, R.; M. A. C. (Org.). **Brasil em desenvolvimento 2013: Estado, Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília: IPEA, 2013, v. I, p. 25-47.

CORREA, R. L. A organização do espaço brasileiro. **GEOSUL**. Florianópolis, ano IV, n. 8, p. 07-16, 1986.

CORRÊA, R. L. **O espaço urbano**. São Paulo: Ática, 1989.

CORRÊA, R. L. Territorialidade e corporação: um exemplo. IN: SANTOS, M.; SOUZA, M.A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs). **Território, globalização e fragmentação**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1996, p.257-269.

CORRÊA, R. L. Região: A tradição geográfica. IN: CORRÊA, R. L. (Org). **Trajetórias Geográficas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997, p. 183-196.

CORRÊA, R. L. **Região e organização espacial**. São Paulo: Ática, 2000.

DIAS, L. C. Redes: emergência e organização. In: CASTRO, I. E., GOMES, P.C.C. e CORRÊA, R.L. (Orgs.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, p. 141-162.

DIAS, L. C. Os sentidos da rede: notas para discussão. In: DIAS, L. C. e SILVEIRA, R. L. L da (Orgs.). **Redes, sociedades e territórios**. Santa Cruz do Sul: Ed. UNISC, 2005, p. 11-28.

DIAS, L. C. **Redes, sociedades e territórios**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008.

DUARTE, A. C. **Regionalização** - Considerações Metodológicas. Boletim de Geografia Teorética. Rio Claro, v. 10, nº 20, p. 5-32, 1980.

DUARTE, L. S.; BALBIM, R.; CONTEL, F. B. Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. In: BOUERI, Rogério e Marco Aurélio Costa. (Org.). **Brasil em desenvolvimento 2013**: Estado, Planejamento e Políticas Públicas. 1ed. Brasília: IPEA, 2013, v. I, p. 147-172.

ENGEL, P. E. **Deslocamentos Pendulares, consumo e shopping centers em cidades médias paulistas**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual Paulista. Presidente Prudente, 2015.

ETGES, V. E. A região no contexto da globalização: O caso do Vale do Rio Pardo. IN: VOGT, O.P.; SILVEIRA, R. **Vale do Rio Pardo**: (re)conhecendo a região. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001, p.351-365.

FEITOSA, L. C. **Política de Saúde e Política Nacional de Desenvolvimento Regional**: o conflito político-institucional da região no Brasil. Tese (Doutorado em Geografia) – Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual Paulista. Presidente Prudente 2018.

FERREIRA, S. C. A formação socioespacial como orientação teórico-metodológica no estudo da rede urbana regional. **Caminhos de Geografia (UFU)**, v. 12, p. 1-7, 2011.

GAZZOLA, M. A. **Tempo, espaço e memória**: a avenida Manoel Goulart em Presidente Prudente (SP). Dissertação (Mestrado em Geografia) – Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual Paulista. Presidente Prudente, 2021.

GOMES, P. C. C. O conceito de região e sua discussão. IN: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. **Geografia**: Conceitos e temas. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 1995, p. 49-75.

GUIMARÃES, R.B. Saúde urbana: velho tema, novas questões. **Terra Livre**, São Paulo. N.17. p. 155-170, 2º semestre, 2001.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, nº 4, 2005.

GUIMARÃES, R. B. Rumos da regionalização da saúde brasileira. In: Christovam Barcellos. (Org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. 1ed. Rio de Janeiro: Abraso, 2008.

GUIMARÃES, R. B. Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas. In: **Saúde: fundamentos de Geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP, 2015.

HAESBAERT, R. **RS**: Latifúndio e Identidade Regional. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1988.

HAESBAERT, R. Desterritorialização, Multiterritorialidade e Regionalização. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R. E MOREIRA, R. (Org.). **Brasil Século XXI: Por uma nova regionalização**. 1ed. São Paulo: Max Limonad, 2004, v. 1, p. 173-193.

HAESBAERT, R. Morte e vida da região. Antigos paradigmas e novas perspectivas da Geografia Regional. IN: SPOSITO, E. S. (Org). **Produção do espaço e redefinições regionais**. Presidente Prudente: Unesp, FCT, GASPERR, 2005.

HAESBAERT, R. **Regional-global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

IUNES, R. Demanda e demanda em Saúde. In: PIOLA, S. et VIANNA, S. (Org.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. 3ed. Brasília: IPEA, 2002.

JAVIER, D. R.; OLIVEIRA, R. A. D. de; BARCELLOS, C.; SALDANHA, R. de F.; RAMALHO, W. M.; LAGUARDIA, J.; VIACAVA, F. **As Regiões de Saúde no Brasil segundo intenações: método para apoio na regionalização de saúde**. Cadernos de Saúde Pública. v. 35, p. 76-118, 2019.

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

LIMONAD, E. Brasil século XXI, regionalizar para que? Para quem? In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R. E MOREIRA, R. (Org.). **Brasil Século XXI: por uma nova regionalização**. São Paulo: Max Limonad, 2004. p.54-66.

MAIA, D. S.; SILVA, W. R.; WHITACKER, A. M. Apresentação: centro e centralidade nas cidades médias: os caminhos de uma pesquisa. In.: MAIA, D. S.; SILVA, W. R.; WHITACKER, A. M. (Orgs.). **Centro e centralidade em cidades médias**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017.

MARRE, J. A construção do objeto científico na investigação empírica. In: Seminário de pesquisa do Oeste do Paraná, 1991, Cascavel. Anais [...]. Cascavel: UNIOESTE, 1991. p. 9-32.

MARTINUCI, O. S. **A compreensão geográfica dos eventos em saúde no território brasileiro e a análise cartográfica dos equipamentos de imagem-diagnóstico de alta complexidade**. Tese (Doutorado em Geografia Urbana) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente. 2013.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. A. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1219-1239, 2012.

MONBEIG, P. **Pioneiros e fazendeiros de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1984.

MONTE MÓR, R. L. M; SATHLER, D. A cosmopolização no universo em expansão e contração: integração e exclusão nas redes urbanas do mundo em desenvolvimento. **Revista Espinhaço**, v. 2, p. 2-15, 2013.

MOREIRA, R. Marxismo e Geografia (A Geograficidade e o diálogo das ontologias). **GEOgraphia**, Rio de Janeiro, ano 6, nº 11, 2004. p. 21-37.

MOURA, R.; CASTELLO BRANCO, M. L.G; FIRKOWSKI, O. M. C. de F. Movimento pendular e perspectivas de pesquisa sob aglomerados urbanos. **São Paulo: Em Perspectiva**, v. 19, n. 4, p. 121-133, 2005.

PEREIRA, M. F. V. Redes, sistemas de transportes e as novas dinâmicas do território no período atual: notas sobre o caso brasileiro. **Sociedade & Natureza**. Uberlândia, n.21, v.1, p.121-129, 2009.

PEREIRA, S. R. Expansão e estruturação interna do espaço urbano de Presidente Prudente/SP. In: **Subcentros e condições de vida no Jardim Bongiovani e Conjunto Habitacional Ana Jacinta em Presidente Prudente/SP**. 2002. Dissertação (Mestrado em Geografia), Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista. Presidente Prudente, 2002.

PESSOTO, U. C. **A regionalização do Sistema Único de Saúde nos fins dos anos 90: um discurso conservador**. 2010. Tese (Doutorado em Geografia), Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista. Presidente Prudente 2010.

RAMIRES, J.C.L. Cidades médias e serviços de saúde: algumas reflexões sobre os fixos e fluxos. In: SPOSITO, M.E.B. (Org.) **Cidades Médias: espaços em transição**. São Paulo: Expressão Popular, 2007. P. 173 – 186.

RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R. E MOREIRA, R. (Org.). **Brasil Século XXI: por uma nova regionalização**. Rio de Janeiro: Letra Capital Editora, 2015

RIBEIRO, R. J. Não há pior inimigo do conhecimento que a terra firme. **Tempo Social**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 189-195, 1999.

SANTOS, F. R. **Centralidade, eixos comerciais e consumo: um estudo sobre as concessionárias de automóveis em Presidente Prudente (SP)**. 2015. Trabalho Final de Graduação (Bacharelado em Geografia), Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista. Presidente Prudente, 2015.

SANTOS, F. R. **Da localização estratégica às estratégias locais: A dimensão espacial do crédito e da fidelização nos magazines e nas escolhas dos cidadãos em Presidente Prudente (SP) e Londrina (PR)**. 2019. Tese (Doutorado em Geografia) - Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual Paulista, 2019.

SANTOS, M. Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método. **Boletim Paulista de Geografia**. São Paulo, n. 54, p.35-59, 1977.

SANTOS, M. **O trabalho do geógrafo no terceiro mundo**. São Paulo: Hucitec, 1978.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. São Paulo: Hucitec, 1978.

SANTOS, M. **Espaço e sociedade**. Petrópolis. Vozes, 1979.

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia Nova**: da crítica da Geografia a uma Geografia Crítica. 6ª edição. São Paulo: Hucitec, 1986.

SANTOS, Milton. **A Natureza e seu Espaço**: técnica e tempo –razão e emoção. São Paulo. Hucitec, 1996.

SANTOS, M. Alguns problemas atuais da contribuição marxista à geografia. In: **Novos rumos da geografia brasileira**. São Paulo. Hucitec, 3ª edição, 1996.

SANTOS, Milton. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Edusp, 2001.

SANTOS, M. **Por uma economia política da cidade**: O caso de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1978

SANTOS, M.; SILVEIRA, M.L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI, Record, Rio de Janeiro, 2001.

SILVA, V. F. **Os papéis de Dourados – MS no contexto regional**: apontamentos para a análise de uma cidade média. Dourados – MS. Dissertação (Mestrado em Geografia) FCH/UFGD, 2011.

SILVEIRA, M. L. Consumo e circuitos da economia urbana na cidade de São Paulo. **Caderno CRH**, v. 22, n. 55, p. 65-76, 2010.

SOJA, E.W. **Geografias Pós-Modernas**: a reafirmação da teoria social crítica. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

SOUZA, M. J. L. de. Da cidade individual à rede urbana. In: **O ABC do desenvolvimento urbano**. Rio de Janeiro, 2005, p. 49-62.

SOUZA, M.L. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

SPOSITO, E. S. Conceitos. In: **Geografia e Filosofia**. Contribuição para o pensamento geográfico. São Paulo. Editora da UNESP. 2004, p.16-17.

SPOSITO, M. E. B. **O chão em Presidente Prudente**: a lógica da expansão territorial urbana. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Pós-Graduação em Geografia UNESP/Instituto de Geociências e Ciências Exatas. Rio Claro, 1983.

SPOSITO, M. E. B. A gestão do território e as diferentes escalas da centralidade urbana. **Revista Território**, ano III, Nº4, p. 27-38, 1998.

SPOSITO, M. E. B. As cidades médias e os contextos econômicos contemporâneos. In: (Org.). **Urbanização e cidades**: perspectivas geográficas. Presidente Prudente: GasPERR. p. 609-643. 2001.

SPOSITO, M. E. B. et al O estudo das cidades médias brasileiras: uma proposta metodológica. In: SPOSITO, M. E. B. (Org.). **Cidades médias**: espaços em transição. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 35-67.

SPOSITO, M E B. Cidades médias: reestruturação das cidades e reestruturação urbana. In: SPOSITO, ME B (Org.). **Cidades médias: espaços em transição**. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 233-253.

SPOSITO, M. E. B. Novas redes urbanas: cidades médias e pequenas no processo de globalização. **Revista de Geografia** (São Paulo), v. 35, p. 51-62, 2010.

SPOSITO, M E. B. **Lógicas econômicas e práticas espaciais contemporâneas: cidades médias e consumo**. [Projeto temático de pesquisa]. Presidente Prudente: UNESP, 2011.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.133-149, 2000.

VIANA, A. L. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. São Paulo: Editora Contracapa, 2011.

WHITACKER, A. M. Inovações tecnológicas, mudanças nos padrões locacionais e na configuração da centralidade em cidades médias. **Scripta Nova** (Barcelona), v. XI. p. 24, 2007.

WHITAKER, D. C. A. Análise de entrevistas em pesquisas com histórias de vida. **Cadernos CERU**, São Paulo, v. 2, n. 11, p. 147-158, 2000.