



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
FACULDADE DE GEOGRAFIA

GABRIELA KAMILA DE ALFAIA MANSUR

**GEOGRAFIA DA SAÚDE: A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO DE
CARAJÁS E A RELEVÊNCIA DE MARABÁ – PA.**

**MARABÁ-PA
2023**



GABRIELA KAMILA DE ALFAIA MANSUR

**GEOGRAFIA DA SAÚDE: A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO DE
CARAJÁS E A RELEVÊNCIA DE MARABÁ – PA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Geografia da
Universidade Federal do Sul e Sudeste do
Pará, como requisito para a obtenção do
Título de Bacharela em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Marcus Vinícius
Mariano de Souza

MARABÁ-PA
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Biblioteca Setorial Josineide da Silva Tavares

M289g Mansur, Gabriela Kamila de Alfaia
 Geografia da saúde: a regionalização da saúde na região de Carajás e a
 relevância de Marabá – PA / Gabriela Kamila de Alfaia Mansur. — 2023.
 53 f.

Orientador(a): Marcus Vinícius Mariano de Souza.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do
Sul e Sudeste do Pará, Campus Universitário de Marabá, Instituto de Ciências
Humanas, Faculdade de Geografia, Curso de Geografia, Marabá, 2023.

1. Saúde pública – Marabá (PA). 2. Geografia médica – Marabá(PA). 3.
Geografia humana – Marabá (PA). 4. Instalações de saúde –Marabá (PA). 5.
Sistema Único de Saúde (Brasil) - Processamento de dados. I. Souza, Marcus
Vinícius Mariano de, orient. II. Título.

CDD: 22. ed.: 362.1098151

Elaborado por Nádia Lopes Serrão – CRB-2/575

GABRIELA KAMILA DE ALFAIA MANSUR

**GEOGRAFIA DA SAÚDE: A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO DE
CARAJÁS E A RELEVÊNCIA DE MARABÁ – PA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Geografia da
Universidade Federal do Sul e Sudeste do
Pará, como requisito para a obtenção do
Título de Bacharela em Geografia.

Data da aprovação: Marabá (PA) ___ de ___ de ___ 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Marcus Vinícius Mariano de Souza (UNIFESSPA)
Orientador

Profa. Dra. Gleice Kelly da Costa Menezes
FGEO/ICH/Unifesspa

Prof. Dr. Elivelton da Silva Fonseca
FGEO/ICH/Unifesspa

Dedico a Deus, minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que sempre me fortaleceu e me ajudou chegar até aqui, secundamente a minha família, minhas duas mães Valdecina e Lia que me criaram e me educaram, elas são o meu porto seguro, ao meu marido Jefferson e ao meu irmão Jonas, que sempre me incentivaram.

Ao meu orientador Dr. Marcus Vinícius que me orientou durante todo o processo, muito obrigada pelo apoio e ensinamentos para a elaboração deste trabalho. Gostaria de agradecer também aos meus amigos da turma de Geografia – Bacharelado – 2017, Ilcileia, Maria Luiza, Cleide, Antônia e a todos os outros que passaram esses últimos anos juntos, na qual tivemos um ótimo convívio e que me ajudaram e apoiaram durante esses anos.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde, consolidado na Constituição Federal de 1988, tem como principal objetivo garantir a população o acesso a saúde de boa qualidade sem restrições. O SUS visa reduzir as desigualdades sociais e territoriais de toda a população em solo brasileiro e é com esse intuito que esse programa do Governo utiliza do conceito de região e regionalização para colocar em prática os seus objetivos, aonde o principal agente para a execução desse trabalho é os municípios e estados brasileiros. Com isso, o objetivo desse trabalho é mostrar através da análise dos dados dos hospitais HMI e HMM referente aos anos de 2019, 2020 e 2021 a importância do município de Marabá para a região a partir da comparação da Região de Carajás com as demais regiões do estado do Pará. Para a elaboração deste trabalho foi utilizado os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS juntamente da Cartografia para transmitir as informações sobre as internações dos hospitais. Ao final do trabalho, foi possível verificar que a influência de Marabá no que se refere a saúde está além do que é delimitado pela região de saúde de Carajás.

Palavras-chave: Região; Regionalização; Análise.

ABSTRACT

The Unified Health System, consolidated in the Federal Constitution of 1988, has as main objective to guarantee the population access to good quality healthcare without restrictions. The SUS aims to reduce social and territorial inequalities for the entire population on Brazilian soil and it is with this aim that this Government program uses the concept of region and regionalization to put its objectives into practice, where the main agent for carrying out this work is the Brazilian municipalities and states. Therefore, the objective of this work is to show, through the analysis of data from the HMI and HMM hospitals for the years 2019, 2020 and 2021, the importance of the municipality of Marabá for the region based on the comparison of the Carajás Region with the other regions of the state of Pará. To prepare this work, data from the Information Technology Department of the Unified Health System – DATASUS was used together with Cartography to transmit information about hospital admissions. At the end of the work, it was possible to verify that the influence of marabá in terms of health goes beyond what is delimited by the health region of Carajás.

Keywords: Region; Regionalization; Analysis.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro organizativo das NOB'S e suas descrições.....	28
Quadro 2 - Regiões de Saúde e seus Centros Regionais.....	40
Quadro 3 - Macrorregiões e suas Regiões de Saúde.	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Internações por regiões de saúde do Hospital Materno Infantil durante o período de 2019.	51
Gráfico 2 - Internações por regiões de saúde do Hospital Materno Infantil durante o período de 2020.	54
Gráfico 3 - Internações por regiões de saúde do Hospital Materno Infantil durante o período de 2021.	56
Gráfico 4 - Os municípios com mais atendimentos durante o período de 2019, 2020 e 2021 da Região da Saúde de Carajás – Hospital HMI.	57
Gráfico 5 - Os municípios com mais atendimentos durante o período de 2019, 2020 e 2021 de outras regiões da saúde – Hospital HMI.....	58
Gráfico 6 - Internações por regiões de saúde do Hospital Municipal de Marabá durante o período de 2019.	60
Gráfico 7 - Internações por regiões de saúde do Hospital Municipal de Marabá durante o período de 2020.	64
Gráfico 8 - Internações por regiões de saúde do Hospital Municipal de Marabá durante o período de 2020.	66
Gráfico 9 - Os municípios com mais atendimentos durante o período de 2019, 2020 e 2021 da Região da Saúde de Carajás – Hospital HMM.	67
Gráfico 10 - Os municípios com mais atendimentos durante o período de 2019, 2020 e 2021 de outras regiões da saúde – Hospital HMM.....	68

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Mapa das Regiões de Integração Paraenses.	35
Mapa 2 - Mapa das regiões de Saúde segundo a SESPA.	37
Mapa 3 - Mapa dos Centros Regionais de saúde.	39
Mapa 4 - Mapa das quatro Macrorregiões de Saúde.	41
Mapa 5 - Mapa dos municípios de influência dentro do estado do Pará de baixa e média complexidade.	43
Mapa 6 - Mapa dos municípios de influência dentro do estado do Pará de alta complexidade.	44
Mapa 7 - Mapa da Região de Carajás.	46
Mapa 8 - Mapa de localização do Município de Marabá.	49
Mapa 9 - Quantitativo de internações por município no HMI referente ao ano de 2019.	50
Mapa 10 - Quantitativo de internações por município no HMI referente ao ano de 2020.	53
Mapa 11 - Quantitativo de internações por município no HMI referente ao ano de 2021.	55
Mapa 12 - Quantitativo de internações por município no HMM referente ao ano de 2019.	59
Mapa 13 - Quantitativo de internações por município no HMM referente ao ano de 2020.	62
Mapa 14 - Quantitativo de internações por município no HMM referente ao ano de 2021.	65
Mapa 15 - Mapa de localização da proposta sobre a Região De Carajás.	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIB.	Comissão Intergestora Bipartite.
CIT.	Comissão Intergestora Tripartite.
CONASS.	Conselho Nacional de Secretários da Saúde.
COSEMS.	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
HMI.	Hospital Materno Infantil.
HMM.	Hospital Municipal de Marabá.
IBGE.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
INAMPS.	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
MS.	Ministério da Saúde.
NOAS.	Normas Operacionais da Assistência a Saúde.
NOB.	Normas Operacionais Básicas.
PDR.	Plano Diretor de Regionalização.
PES.	Plano Estadual de Saúde.
PPA.	Plano Plurianual.
PRI.	Plano Regional Integrado.
RAS.	Redes de Atenção à Saúde.
SEPLAD.	Secretaria de Planejamento e Administração.
SESPA.	Secretaria de Saúde Pública do Pará
SUS.	Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 – GEOGRAFIA DA SAÚDE: ABORDAGENS GEOGRÁFICAS E ABORDAGENS DA SAÚDE.....	19
1.1 - Conceito de Região e Regionalização da Saúde no Brasil.....	20
2 - O MUNICÍPIO DE MARABÁ-PA E SUA IMPORTÂNCIA REGIONAL PARA A SAÚDE.....	33
3 – A região na prática: a influência de Marabá nos atendimentos de saúde a partir do HMI e HMM.	48
4 – Considerações finais	71
Referências	73

INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos, a ciência geográfica avançou na consolidação de sua estrutura epistemológica e enquanto área científica que estuda as relações entre sociedade e natureza, vêm contribuindo significativamente para compreensão de debates que envolve outras ciências como: a Biologia, Administração, Direito, Engenharias, Medicina e outras disciplinas.

Igualmente, a Geografia também contribui para área da saúde, a qual será o cerne deste trabalho, neste campo do conhecimento as contribuições da Geografia na Saúde são expressamente importantes, pois possibilita análises de variáveis que compõem abordagens voltadas para a aparição de novas enfermidades, o aumento da demanda de atendimento ao público, a falta de oferta dos serviços, bem como sua expansão, e também a prevenção ou tratamentos com auxílios inovadores. A geografia é uma ferramenta essencial e metodológica para suprir necessidades de diversos espaços sociais.

Nesta perspectiva, Santana (2014), relata que a Geografia da Saúde abarca tópicos da Geografia Física e da Geografia Humana e edifica-se como um campo que reflete um entendimento global, enfatizando problemáticas contemporâneas em escalas distintas, que servirão para nortear pesquisadores e estudos multidisciplinares. A Geografia da Saúde, assim surge como ponto central de enfoques voltados para olhares sobre Planejamento, Ordenamento Territorial e Meio Ambiente por exemplo, relacionando questões naturais, socioeconômicas, culturais e comportamentais que são de fundamental importância na elucidação dos padrões de saúde e/ou doença numa sociedade.

Para além deste panorama, a Geografia da Saúde engloba as relações entre saúde, ambiente e território, e como os processos entre esses se desenvolvem e influenciam as condições de vida dentro da sociedade. Deste modo, entende-se que na dimensão da saúde estão aspectos relacionados a fatores biológicos ou da qualidade de vida dos seres humanos, pelo ambiente, liga-se aspectos direcionados ao social, econômico, cultural e político, bem como a dinâmica entre esses reflete os indivíduos, por exemplo, o aparecimento de doenças mentais. Já o fator território, está

associado a interação dos dois anteriores, que são complementados pelas abrangências das ideias de distâncias, localização e distribuição dos serviços de saúde.

Por sua vez, a dimensão do território nos carrega para uma apreensão mais particular do contexto geográfico no âmbito da saúde, pois, seria inicialmente o elo entre as duas perspectivas (geografia e saúde). Todavia, o ponto de vista inicial deve-se focar no contexto e não absolutamente na concepção do território voltado para as relações de poder. O território por esta dimensão está relativamente compreendido tanto pelas variantes de seu ordenamento, quanto por simultaneamente, ser uma causa e um efeito dos problemas de saúde, conforme aborda Santana (2014).

Neste contexto, para que o território seja apreendido conforme as demandas da saúde se dão, precisamos perceber que sua elucidação perpassa também pelas concepções de Região e Regionalização, pois estas serão também a base do estudo disposto aqui. Assim, as reflexões acerca das concepções ditadas acima, podem ser absorvidas pela visão de Haesbaert (2010), que diz:

A região, adquirindo foco conceitual próprio, responderia *não somente* por questões analítico-metodológicas, mas também por questões de ordem das práticas efetivas de diferenciação do espaço. A regionalização, ao propor identificar parcelas do espaço articuladas ou dotadas de relativa coerência que sirvam como instrumento para nossas pesquisas, revela ao mesmo tempo articulações ligadas, indissociavelmente, à ação concreta de controle, produção e significação do espaço pelos sujeitos sociais que as constroem, no entrecruzamento entre múltiplas dimensões (econômica, política, cultural...) – ainda que uma delas, variável de acordo com o contexto geográfico e histórico, se possa impor e, de algum modo, “amalgamar” as demais (Haesbaert, 2010, p.171).

A partir destas perspectivas, podemos perceber que no campo da saúde a região torna-se pré-requisito para o planejamento e o ordenamento sanitário tendo por objetivo garantir o acesso às ações e serviços de saúde dentro de um território delimitado podendo ser inter-regional ou local, de acordo as demandas de saúde populacional (Santos, 2017). E a regionalização, então, se faz a partir das dinâmicas concebidas no espaço regional, assim como a localização e disposição dos serviços da região, podem influenciar na regionalização da saúde.

De acordo com Barcellos (2008), a regionalização da saúde no país, consistida a partir da disposição dos serviços de saúde, abrange desde o fluxo de pessoas que estão em espaços geográficos determinantes das necessidades de

saúde e outros espaços que concentram recursos até os planos de regionalização criados pela legislação brasileira para orientação e regulação dos serviços no Sistema Único de Saúde o território nacional.

Desta forma, neste estudo veremos sobre a Regionalização da Saúde na Região de Carajás no estado do Pará, e a influência do município de Marabá neste contexto. De modo a compreendermos como ocorre a regionalização deste segmento na região e como Marabá se faz fundamental quanto aos atendimentos e disposição dos serviços de saúde no estado.

Para tanto, inicialmente a motivação para realizar o estudo se deu a partir da minha afinidade com a temática da Geografia da Saúde, inicialmente pela perspectiva epidemiológica. Contudo, a inquietação para a abordagem voltada para localização e disposição dos serviços surgiu quando foi divulgada pela mídia local, uma notícia em janeiro de 2019, intitulada: *“HMI e HMM são referências em atendimento para mais de 1,2 milhão de pessoas”* do Portal da Prefeitura de Marabá (online), a qual frisava que 35% dos pacientes atendidos nestas unidades eram de outros municípios. A partir disso, juntamente com o orientador da pesquisa atentei-me que os hospitais públicos da cidade recebiam uma demanda muito grande de pacientes, e que provavelmente, não seriam somente do município.

Tendo isso em vista, a problemática do estudo está voltada para pontos de atenção como: a) – Por que Marabá atende tantos pacientes de fora? b) – Porque o número de pacientes de outros municípios é tão grande? c) – Quais são os outros municípios que encaminham pacientes para Marabá?

Sendo assim, Objetivo geral: avaliar a importância de Marabá nos atendimentos de no setor de saúde para a região a partir da comparação entre a Região de Saúde de Carajás, na qual Marabá está inserida, e a área de abrangência das internações realizadas nos hospitais públicos de Marabá (HMM e HMI), durante o período de 2019 a 2021.

Objetivos específicos: a) analisar o processo de regionalização da saúde a partir da consolidação do SUS, destacando como o município de Marabá se insere nas distintas propostas de regionalização; b) Verificar a área de abarcamento das

internações realizadas nos hospitais municipais de Marabá (HMM e HMI), buscando de identificar se a “região de saúde” de Marabá obedece às regionalizações oficiais.

Baseado nisso, o presente estudo foi construído com três capítulos onde, no primeiro abordaremos sobre a Região e Regionalização da Saúde no Brasil, além de trazer uma contextualização de como a Geografia e Saúde se cruzam historicamente. No segundo capítulo, será abordado sobre a importância regional da cidade de Marabá no âmbito da saúde, enfatizando sobre a região de saúde a qual pertence, e sua abrangência. E já no terceiro capítulo veremos a influência do Hospital Municipal de Marabá (HMM) e do Hospital Materno Infantil (HMI). Os dois hospitais que são administrados pelo poder público municipal.

Portanto, utilizou-se na pesquisa a metodologia quantitativa de caráter secundário, onde primeiramente foram feitas pesquisas bibliográficas, (livros, teses, monografias, reportagens) onde foram utilizadas obras de autores que conseguissem abarcar o diálogo entre geografia e saúde, região e regionalização. Entre os autores principais estão: Santos (1996); Santana (2014); Haesbaert (2010); Santos (2017); Barcellos (2008); Alcântara (2011); Silveira (2010); Albuquerque (2015). Além da compreensão das leis que regem a organização do Sistema Único de Saúde e suas Normativas Operacionais.

Em seguida foram usadas ferramentas como os programas Microsoft Excel 2019 e o Qgis versão 3.22 para auxílio na organização dos dados e composição da cartografia. Além disso, essencialmente, foram utilizados dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, denominado DATASUS. Assim sendo, no próximo capítulo iremos adentrar inicialmente sobre as concepções de Geografia e saúde, e logo sobre a região e regionalização da saúde no Brasil.

1 – GEOGRAFIA DA SAÚDE: ABORDAGENS GEOGRÁFICAS E ABORDAGENS DA SAÚDE.

Em seu processo de desenvolvimento, a Geografia da Saúde teve suas definições evoluídas em vários aspectos, por isso passou de Geografia Médica a Geografia da Saúde. Antes, o que era atribuído às questões médicas e materializadas em topografias médicas há alguns séculos, teve seu campo de estudo territorial da saúde humana expandido para contextos de saúde que que envolvesse as áreas de economia, sociologia e planejamento, além de outras disciplinas, como relata Santana (2014).

Desde meados do século XIX até ao presente que se pode demonstrar, através de trabalhos de investigação fundamentalmente desenvolvidos por médicos, a utilidade da Geografia no estudo dos problemas da saúde e da doença e de acesso aos cuidados de saúde. Por exemplo, em 1850, John Snow usou o mapa dos casos de cólera em Londres para identificar o poço contaminado como fonte da epidemia. Mais tarde, Edward Jarvis (1866) verificou uma tendência consistente de diminuição da utilização per capita dos hospitais mentais com a distância. No livro *Health Care delivery: spatial perspectives* (1974), Gary Shannon e Alan Dever apresentam os resultados de um estudo que refere o efeito da distância (da residência ao local de prestação de cuidados), na frequência de consultas, práticas de referência, demora média no internamento e em outros aspectos dos cuidados de saúde. São, ainda, apresentadas técnicas de descrição e interpretação dos dados, como a teoria dos lugares centrais, os modelos da distância - diminuição da utilização e modelos gravitacionais. (Santana, 2014, p.14)

Já neste século atual, os processos de urbanização das cidades trazem paradigmas que evidenciam disparidades sociais, econômicas e ambientais, aos quais contribuem para que o âmbito da saúde se fragilize, muitas vezes. Atrelados a isso, também condicionantes como a densidade populacional, a mobilidade e as perspectivas de longevidade acrescentam preocupações a esse debate. Assim, a Geografia e Saúde se entrelaçam quando a materialização entre as doenças e/ou a necessidade de atendimento se esbarram nas condições sociais, econômicas, ambientais, culturais ou até mesmo de gênero, influenciados pela localização de onde o indivíduo se encontra.

Por esta razão, a Geografia da Saúde busca compreender as relações que envolvem a interação dos indivíduos e tais variáveis. Assim, grande parte dos estudos

da área voltou-se tanto para a localização e disposição dos serviços, quanto para fenômenos sobre as desigualdades de acesso à saúde, além da relação entre saúde, bem-estar e desenvolvimento, de modo que o papel do geógrafo neste debate tornasse fundamental. (Santana, 2014)

Nesta perspectiva, esta mesma autora, antes citada, conta que os bens e serviços ofertados ao público, podem ser definidos em oferta públicas e privadas. Entretanto, quando vemos que indivíduos que estão em determinadas localizações tem possibilidades menores ou maiores a este acesso, visto que as distribuições dos recursos podem ser irregulares, percebemos que podem ocorrer acessos desiguais, podendo ainda diferenciar os níveis sanitários, de acordo com cada região. Por isso, é que no Brasil, há legislações e normas operacionais que atuam na regulação da saúde e implementam as regiões de saúde nos estados, além do SUS, que controla as demandas de atendimentos de saúde aos cidadãos brasileiros. O tópico a seguir, abará melhor a contextualização das regiões e da regionalização da saúde no país.

1.1 - Conceito de Região e Regionalização da Saúde no Brasil.

O Sistema Único de Saúde (SUS) firmado na Constituição Federal de 1988, a partir de lutas sociais durante a Reforma Sanitária Brasileira, tem como objetivo garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais, por meio da identificação e reconhecimento das regiões. Muitas vezes defendido e alvo de intensos debates, o sistema trata milhões de brasileiros todos os anos, por meio da atenção primária até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Com sua criação na década de 80, ele é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o responsável a garantir assistência integral e completamente gratuita a todos de forma igualitária. Sua concepção foi assegurada pelo Art. 196 da Constituição Federal que diz:

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).

Assim, o SUS, é formado por ações e serviços de saúde, unidades de saúde públicas, sendo de responsabilidade das instituições públicas federais, estaduais e municipais manter sua organização e pode a iniciativa privada participar de forma complementar do sistema, conforme está escrito no artigo 4 da Lei 8.080/1990. Desta forma, o Sistema Único de Saúde tem alguns princípios e diretrizes a serem seguidos, eles orientam a sua construção e devem ser seguidos nas suas três esferas, como está escrito no Artigo 7:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - Participação da comunidade;

IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

e

XIII - Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – Organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (BRASIL, 1990, p. 2):

Nesse sentido, também era necessário que houvesse uma divisão de como seria organizado o sistema, quem ficaria à frente da fiscalização, colocando o em prática. Com isso, o artigo 197 e 198 da Constituição explica de forma mais detalhada esse funcionamento, como se pode ver a seguir:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou

através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado 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. (BRASIL, 1988, p. 91)

Diante disso, o Poder Público é quem deve fiscalizar, controlar e regulamentar o Sistema Único de Saúde, fazendo isso diretamente ou através de terceiros. As ações e serviços devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único. Desta maneira, a partir da necessidade de regulamentar o SUS, o Estado criou a Lei 8.080/1990, em 19 de setembro de 1990, que regula em todo o território brasileiro que as ações e serviços de saúde podem ser executados de forma isolada ou conjunta por um órgão público ou privado. No artigo 2 da lei, afirma que, todo ser humano tem direito a saúde de forma universal e igualitária, e o Estado é quem deve prover as condições favoráveis para o acesso a ela.

Por conseguinte, a partir das diretrizes informadas anteriormente, podemos destacar que quatro, são essenciais para a construção do SUS, sendo elas a *Universalidade* que atesta o acesso de todos ao serviço de saúde sendo ele brasileiro ou não. A *Equidade*, que garante um serviço igualitário a todos; *Integralidade*, que assegura que todos sejam atendidos em todas as suas necessidades e a *Descentralização*, onde cada esfera do governo tem suas atribuições, União, estado e município, sendo sua organização de forma hierarquizada e regionalizada, sendo o município o mais importante deles para o sistema, pois os pacientes têm seu primeiro contato com o SUS nas unidades básicas de saúde que estão localizadas em seus municípios.

Em consonância, para Alcântara (2011, p. 21) o conceito de descentralizar é repassar certos deveres de um órgão central a órgãos locais, considerando que ocorra a transferência de poder político, administrativo e fiscal do poder central para as esferas subnacionais. Já a hierarquização é definida como a organização dos níveis de atendimento no sistema de saúde sob as três esferas do governo. Por sua vez este contexto, pode ser compreendido pelo olhar geográfico a partir da perspectiva da regionalização, que se faz como uma estratégia importante para o governo, pois orienta a descentralização das ações e serviços propostos.

Para o SUS conseguir atingir todos os objetivos indicados, a Regionalização se tornou a chave para o seu desenvolvimento, pois ela visa reduzir as desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade do sistema, potencializando o processo de descentralização, e contribuindo para a otimização da gestão dos gastos públicos, pois o SUS é um sistema único que segundo o IBGE (2022) é fracionado em 5.570 municípios e 27 estados todos divididos em Regiões de Saúde.

Para tanto, paralelamente, faz-se necessário o entendimento sobre região e regionalização, que são a base para o funcionamento do SUS. Para Santos (1996) a região é o resultado da dialética entre dois tipos de lógicas, uma que é dada pelos arranjos internos como formação histórica ou espontânea e outra que é expressa pela influência de vetores externos como fluxos de informações, capitais, mercadorias e investimentos. Aos arranjos internos, Santos (1996) dá o nome de “horizontalidades” e os externos de “verticalidades”. Para a professora Maria Laura da Silveira (2010) a região pode ser compreendida como um tecido contínuo e heterogêneo de modernidades e formas herdadas, materiais e imateriais, que constituem horizontalidades, raciocínio esse que é próximo com o de Milton Santos.

Corrêa (2000), aborda que a região é considerada uma entidade concreta, onde desta se resulta determinações múltiplas, na qual, se consolida mecanismos de regionalização sobre uma porção territorial já ocupada, cuja sua natureza já está transformada, além haver heranças culturais e materiais, estrutura social e conflitos. Essa região, por sua vez, é entendida como um resultado do desenvolvimento desigual combinado, que se solidifica a partir da interação com a divisão nacional e internacional do trabalho, bem como pelas relações de produção diversas.

Essa perspectiva do desenvolvimento desigual e combinado, traz à tona a materialização do processo de regionalização, pois diferencia as composições espaciais em regiões desiguais e por consequência em regiões más articuladas. Assim, o prisma capitalista, revela que a noção de combinação está direcionada à coexistência no mesmo território de diferentes modos de vida e também à articulação destes territórios. Isto é, no modo de produção capitalista que a regionalização se destaca, pois, marca processos de diferenciação de áreas e também do modo de vida de organização social. (Corrêa, 2000)

Este mesmo autor anterior, ainda corrobora que a região também pode ser compreendida como território de ação e controle, presumindo fins de práticas políticas e econômicas que contribuem tanto na diferenciação de áreas e nas divisões regionais. Assim, no modo capitalista, as regiões de planejamento como Corrêa (2000) relata, são concebidas como unidades territoriais sob um discurso aplicado de recuperação e desenvolvimento regional, onde muitas vezes a região intervinda pelo planejamento se encontrará sob os domínios do capital e de seus donos de produção.

Para o geógrafo Walter Christaller (1966) autor da “Teoria dos Lugares Centrais”, as regiões seriam o resultado do funcionamento das cidades, que teriam sua organização comandada pela importância de cada uma como ofertadora de bens e serviços da mais alta especificidade, ou seja, quanto mais complexo os serviços ofertados maior e seu grau de alcance, tendo o “lugar central” na hierarquia do sistema de cidades do qual faz parte. Desta forma, pode-se observar a relação dessa teoria com o sistema de diretrizes e regionalização que é usada no setor da saúde.

Além da compreensão de região e regionalização é relevante saber que o Sistema Único de Saúde também considera importante a participação das comunidades na sua gestão, desta forma em 28 de dezembro de 1990, o Congresso Nacional sancionou a Lei Nº 8.142/1990, que torna obrigatório que a Conferência de Saúde se reúna a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a sua formulação. A cobertura financeira das ações e serviços de saúde serão financiadas pelo recurso do orçamento da seguridade social da União, dos estados e municípios, conforme apresentado no artigo 198 da Constituição Federal, desta forma os valores serão repassados de forma regular e automatizada para os municípios, estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A partir da criação das leis que regulamentam o SUS, foi então, necessário criar alguns meios para concretizar os princípios mencionados, neste sentido o Ministério da Saúde assume a área, e para suprir as lacunas constitucionais, edita as Normas Operacionais Básicas (NObs). Neste sentido, a NOB e a NOAS que são as Normas Operacionais da assistência à Saúde, constituem as diretrizes operacionais do SUS, detalhando a legislação da saúde, elas tem como objetivo consolidar o exercício das

funções de cada componente, elas são definidas pelas Comissões Intergestora Tripartite e (CIT) e Intergestora Bipartite (CIB), com objetivo de manter um processo de descentralização, motivando mecanismos para a transferência automática de recursos federais aos estados e municípios e fortalecendo os métodos de gestão compartilhada entre as esferas.

Desta forma, a primeira Norma Operacional Básica é a NOB 91 (BRASIL, 1991), editada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS/MS em 07 de janeiro de 1991 e reeditada em julho do mesmo ano, foi escrita segundo a cultura que prevalecia naquela instituição de assistência médica. Com fortes índices de centralização, seu objetivo era ajustar o processo de descentralização político administrativa, colocando parâmetros para sua garantia, responsabilidades e critérios de financiamento das ações e serviços, estabelecendo um sistema de transferência de recursos determinada pela competência instalada, retirando dos gestores municipais e estaduais do SUS qualquer poder na organização ou definição do processo de distribuição de fundos.

São estabelecidas nesta Norma tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos. Pretende-se que através do conhecimento e domínio total das instruções aqui contidas e da subsequente familiarização com o sistema de financiamento implantado possa ser adotada a política proposta, baseada na concessão de um crédito de confiança aos Estados e Municípios, sem prejuízo do acompanhamento a ser exercido pelos mecanismos de controle e avaliação que estão sendo desenvolvidos. (BRASIL, 1991).

A NOB 93 (BRASIL, 1993) criada em pelo Ministério da Saúde em 20/05/1992, é a primeira a definir a organização do processo de descentralização nos três níveis de governo, através da Comissão Intergestores Tripartite que é formada em nível federal por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, das Comissões Intergestores Bipartites que é formada pelo Conselho de Secretarias Estaduais e municipais que buscam orientar os diferentes estágios em que se deparam estados e municípios em relação à descentralização, também ficou decidido que o processo de descentralização é lento e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas e que as instâncias locais de governo se habilitariam institucional e tecnicamente a adquirir maior grau de autonomia de gestão,

conforme mostra a Portaria Nº 545 que é a responsável por aprovar a Norma Operacional Básica de Saúde NOB/93.

O gerenciamento do processo de descentralização no SUS, atendendo aos pressupostos apresentados, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde expletivamente, estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir.

2.1. No âmbito nacional:

2.1.1. Comissão Intergestores Tripartite - integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde /CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizar do Conselho Nacional de Saúde.

2.2. No âmbito estadual:

2.2.1. Comissão Integestores Bipartite - integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiado de negociação e decisão quando aos aspectos operacionais do SUS.

2.2.1.1. O Secretário de Saúde do mundo município da capital será considerado membro nota desta Comissão.

2.2.1.2. Cada estado contará com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

2.2.2. Conselho Estadual de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formação de estratégias no controle da execução da Política Estadual de Saúde, com composição e atribuições previstos em lei estadual, observado o disposto na Lei 8.142, de 1990.

2.3. No âmbito municipal:

2.3.1. Conselho Municipal de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal de Saúde, observado o disposto na Lei 8.142, de 1990. (BRASIL, 1993, p. 2)

Os ajustes dos municípios às condições de gestão eram aprovados pelas novas arenas de pactuação institucionalizadas pela NOB 93, as CIBs, em cada estado e com seus representantes do conjunto de municípios, por meio dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), e a CIT, âmbito federal, com representantes do Ministério da Saúde, do conjunto dos estados por meio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e dos municípios por meio dos COSEMS (BRASIL, 1993).

Para tanto, os municípios recebiam mensalmente, de forma automática, fundo a fundo do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, o valor financeiro apropriado a um teto financeiro estabelecido para o custeio de atividades ambulatoriais e hospitalares, por meio de recursos federais efetivados por sua própria rede e pela rede contratada de forma suplementar (BRASIL, 1993).

Desta forma, a NOB 93 marca os primeiros passos de uma descentralização administrativa do sistema de saúde, situando configurações mais rígidas de manutenção das estruturas de financiamento. Sendo sua organização financeira dividida em dois instrumentos de gestão que estabeleceram uma divisão operacional: no primeiro ficou sobre a responsabilidade com a atenção básica e a média complexidade; no segundo, a referência ambulatorial e hospitalar. Desta forma, a atenção básica ficou com sistema inovador de pré-pagamento, enquanto o outro subsistema, que inclui o atendimento de maior complexidade e ambulatorial, manteve a tradicional remuneração por serviço prestado (PREUSS, 2011).

A NOB 96, editada em 05 de novembro de 1996 por meio da portaria GM/MS nº 2.203 (BRASIL, 1996), pretende dar continuidade ao processo de consolidação do SUS, colocando como finalidade primordial "promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do DF e da união" (BRASIL, 1996).

A Norma introduziu também, uma metodologia de programa pactuada e integrada entre as três esferas de governo das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, edificando um novo modelo de atenção com ênfase à promoção da saúde e à atenção básica. Nesta forma de gestão, o Ministério da Saúde é quem efetua, ainda, pagamento direto aos prestadores estatais e privados. Referem-se a procedimentos ambulatoriais de média complexidade e tratamento fora do domicílio (BRASIL, 1996).

O processo de municipalização da saúde se concretizou a partir da NOB de 1996, sendo o município o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (BRASIL, 1996). A NOB 96, ao mesmo tempo em que motiva relações de independência do município, ela inibe sua autonomia no papel de gestor único do sistema local ao inserir a adoção de incentivos, campanhas e recursos financeiros à implantação de programas federais. O quadro a seguir mostrará um resumo das Normas Operacionais Básicas.

Quadro 1 - Quadro organizativo das NOB'S e suas descrições.

NOB'S	DESCRIÇÃO
NOB 1991	Editada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS/MS em 07 de janeiro de 1991. Seu objetivo era ajustar o processo de descentralização político administrativa, colocando parâmetros para sua garantia, responsabilidades e critérios de financiamento das ações e serviços, estabelecendo um sistema de transferência de recursos determinada pela competência instalada, retirando dos gestores municipais e estaduais do SUS qualquer poder na organização ou definição do processo de distribuição de fundos.
NOB 1992	Foi editada em 1992 pelo Ministério da Saúde, tem como objetivos normalizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.
NOB 1993	Foi criada em pelo Ministério da Saúde em 20/05/1992, é a primeira a definir a organização do método de descentralização nos três níveis de governo, através da Comissão Intergestores Tripartite que é formada em nível federal por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais. A grande diferença da NOB 93 para as outras e em relação ao financiamento, está e de fato a mais avançada e marca os primeiros passos de uma descentralização administrativa do sistema de saúde.
NOB 1996	Foi editada em 05 de novembro de 1996 pelo Ministério da Saúde, seu principal objetivo e promover e consolidar o as normas por parte do poder público municipal e federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, redefinindo a responsabilidades dos estados, municípios e da União e divide a assistência à saúde em três grupos: A) Assistência Hospitalar e Ambulatorial, B) Vigilância Sanitária e C) Epidemiologia e Controle de Doenças.

Fonte: BRASIL 2023 - Organização: Mansur, 2023.

Deste modo, deu-se continuidade à descentralização da gestão de saúde com a edição da NOAS-SUS 01/ 2001 que foi criada em 26 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001). Esta portaria teve como objetivo aprofundar o processo de regionalização como forma de “garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis”. (BRASIL, 2001, p. 23). Prossegue bastante no

processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela atenção integral aos seus cidadãos e visa três estratégias principais: a regionalização da assistência; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Tais estratégias correspondem às seguintes ações:

A NOAS/SUS/01 determina que, cabe às secretarias estaduais de saúde elaborar o Plano Diretor de Regionalização para garantir acesso ao cidadão, estabelece também o acordo entre os municípios para o atendimento de referências intermunicipais. O Plano Diretor de Regionalização obedece a alguns pontos básicos como o de 'Módulos Assistenciais', que representam um conjunto de municípios que atuam tendo um 'município-sede' que está apto a oferecer diversos serviços de média complexidade. Há também um município polo que acolhe os demais em qualquer nível de atenção seja ela de baixa, média ou alta complexidade. Esse conjunto de municípios fica registrado como regiões e microrregiões de Saúde conforme fica definido a partir do Plano Diretor, que é organizado pelas Secretarias Estaduais (Trevisan; Junqueira, 2007, p. 899).

Desta forma, a NOAS 01/2001, contribuiu para a redefinição da organização do sistema, dividindo-o em níveis de complexidade da assistência de saúde, sendo elas baixa, média e alta, essa divisão facilita os atendimentos nos pontos de saúde. O principal instrumento responsável por essa organização é o Plano Diretor de Regionalização (PDR), ele é produzido pelos estados em consonância com seus municípios, seu principal objetivo é identificar as necessidades da população em relação a saúde, criando meios para resolvê-las.

Em 27 de fevereiro de 2002, foi criada a portaria GM/MS nº 373, onde é instituída a NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002, p. 01). Ela foi criada com o objetivo de aperfeiçoar alguns aspectos da NOAS-SUS 01/2001, praticamente elas têm o mesmo objetivo que é concretizar a regionalização dentro do sistema de saúde, fortalecer o acesso à saúde e sua integralidade e melhorar os atendimentos nos níveis de média e alta complexidade. "A NOAS-SUS 01/2002, ao garantir as diretrizes de organização do sistema definidas pela NOAS-SUS 01/2001, oferece alternativas à superação dos constrangimentos e impasses evidenciados no período de implementação entre elas" (Preus, 2018, p. 6). Através dessa Norma, o PDR, tem

como objetivo garantir o acesso a saúde para os cidadãos o mais próximo de suas residências, o acesso a saúde em qualquer nível de atenção, sendo ela baixa, média ou alta complexidade, é e dentro do PDR que é definido alguns conceitos chaves para a organização do sistema de saúde, como por exemplo: o que é um conjunto de municípios, município polo, unidade de território, dentre outros (BRASIL, 2002, P. 3).

Além da NOAS 01/2001 e a NOAS 01/2002, em 2006 foi divulgado por meio da Portaria GM/MS nº 399 o Pacto pela Saúde, onde ele organiza em três partes as prioridades para o SUS, sendo elas: O Pacto pela Vida, O Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão pelo SUS (BRASIL, 2006, p. 02). Esse acordo é firmado entre as três esferas de gestão que é União, Estados e Municípios, ele visa alcançar maior eficiência e qualidade dos serviços prestados, promovendo inovações e monitorando os compromissos já firmados pelo SUS. O pacto pela Saúde define a responsabilidade de cada gestor, levando em conta as necessidades da população a qual ele atende.

Com isso, as normas operacionais, foram de grande importância para a descentralização dos serviços de saúde em todo território brasileiro, apesar de que, acabou criando obstáculos aos municípios, pois elas solicitavam a execução de regras que nem sempre eram compatíveis com a sua realidade local, pois não levava em conta a diversidade do território brasileiro, suas características locais e regionais. Os municípios brasileiros apresentam estrutura econômica e social muito diferentes entre si, essas características repercutem diretamente nas ações e serviços voltados principalmente na saúde. É diante desse contexto que em 28 de junho de 2011 foi criado o decreto Nº 7508, que regulamenta a Lei Nº 8080 da Constituição Federal.

O decreto Nº 7508, foi um marco na explicitação e organizativa do SUS, pois ele trouxe luz as questões sobre a região de saúde, o que ela é, qual o seu significado, seus pré-requisitos e suas concordâncias. Desta forma, o Ministério da Saúde afirma que as regiões serão definidas pelos estados em articulação com os municípios. Sendo região considerada um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, conforme o artigo dois nos mostra.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura

de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de contrarrolamento e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

No artigo 5º do decreto ele afirma que: para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011). E quem ficará responsável pela sua divisão são os entes federativos, estados e municípios, na qual deve-se seguir algumas observações para efetuar essa divisão, sendo elas: limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados; e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. (BRASIL, 2011).

O acesso a saúde é universal, igualitário e ordenado pelas ações que se iniciam pela porta de entrada no SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. (BRASIL, 2011). Seu planejamento é integrado desde o nível municipal até o federal. Essa integralização é necessária, pois cabe ao ente federativo de maior porte responder na região na qual ele está inserido pelos serviços de maior complexidade, onde poderão ser acessados por outros municípios que não tem o mesmo grau de complexidade disponível para a sua população (Santos, 2016). Outro aspecto importante, e o fato de os municípios não serem obrigados a financiar serviços para municípios que não são seus, isso obriga o estado e a União a financiarem as ações e serviços de saúde (Santos, 2016).

A conformação de regiões e redes de saúde se tornaram estratégias da política nacional para lidar com a dimensão territorial, com o objetivo de tornar acessível a saúde para todos e induzir mudanças na política no planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde, a fim de garantir uma ação mais eficaz do Estado na garantia desse direito (Albuquerque, 2013). Esse tipo de planejamento depende da solidariedade do Governo e das suas três esferas, pois propõem um plano regional de médio e longo

prazo, com objetivos e metas definidos, mapear e regular as redes de produção, serviços e logística e informação, negociar e coordenar ações em diferentes setores que estão inseridos dentro da região de interesse, tudo isso deve ser analisado no planejamento.

Um ponto importante para a Regionalização da Saúde e as Redes de Atenção à Saúde (RAS), elas são 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 segundo o Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010.

A implementação das RAS mostra uma maior eficácia na produção de saúde e na gestão do espaço regional que contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. As redes criam e recriam arranjos técnicos e institucionais combinando diferentes escalas de ação e poder econômico é político que escapam dos limites regionais, tornando mais complexas as interações regionais. Neste caso, a região geográfica é um recorte dinâmico que exprime bases de ações técnica e política que não necessariamente coincidem com desenho regional do planejamento (Silveira, 2010).

Conforme explica Albuquerque (2015, p.32), no Brasil as “regiões e redes de saúde são organizadas pelo estado e pelo mercado” havendo uma pequena mudança nas perspectivas de planejamento adotadas. Ainda conforme o mesmo autor, “enquanto as redes destacam o caráter gerencial e logístico dos sistemas de saúde, a região tem uma perspectiva mais ampla do planejamento sendo um espaço de negociação, organização e regulação técnica e política de saúde”. Desta forma, a região contém diversidades e desigualdades socioespaciais e envolve agentes e instituições com interesses diferentes e o planejamento regional vem para minimizar esses problemas e reforçar o papel do Estado. Com isso, unir os entes federativos em uma determinada região para organizar a sua atuação é o que mantém o SUS como sistema integral, universal e igualitário.

Por outro lado, as ações federativas nem sempre são eficientes no que tange a consolidação dos processos do sistema, pois na dinâmica da efetivação das regiões de saúde no estado do Pará, as esferas municipais não conseguem suprir as

necessidades locais na prática, colaborando para aumento do desequilíbrio na qualidade do sistema e proporcionando um desarranjo no planejamento regional da saúde. Em escala regional, isto pode ser afirmado quando a Região de Saúde de Carajás assume demandas de atendimentos de saúde de outras regiões do estado. Este é o debate do próximo capítulo.

2 - O MUNICÍPIO DE MARABÁ-PA E SUA IMPORTÂNCIA REGIONAL PARA A SAÚDE.

O município de Marabá que está localizado no sudeste do estado do Pará, ao longo dos anos se tornou uma grande referência para a saúde na sua região. O município faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual deve se reportar ao estado em que está inserido que é representado pela Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará – SESPA. Seguindo esses preceitos a secretaria é a responsável pela condução do SUS no estado em consonância com os municípios paraenses e a nível federal (SESPA, 2019).

Sendo a SESPA a responsável pela organização do SUS, o governo do estado juntamente dos secretários elabora de quatro em quatro anos o Plano Estadual de Saúde (PES) que é uma obrigatoriedade do SUS. O último Plano Estadual de Saúde foi elaborado em 2019 para ser colocado em prática nos anos de 2020 a 2023, ele tem como objetivo permitir o acesso adequado aos serviços de saúde a todos em solo paraense, levando em conta a sua extensão territorial e configuração geográfica que é peculiar, o que dificulta muitas vezes o acesso da população, o plano visa criar estratégias viáveis que possibilite as pessoas a terem acesso a saúde (SESPA, 2019).

A Portaria de consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017 define em seu artigo 96º, o Plano de Saúde como “instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos...”, sendo a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade da atenção. (BRASIL, 2017, p. 21)

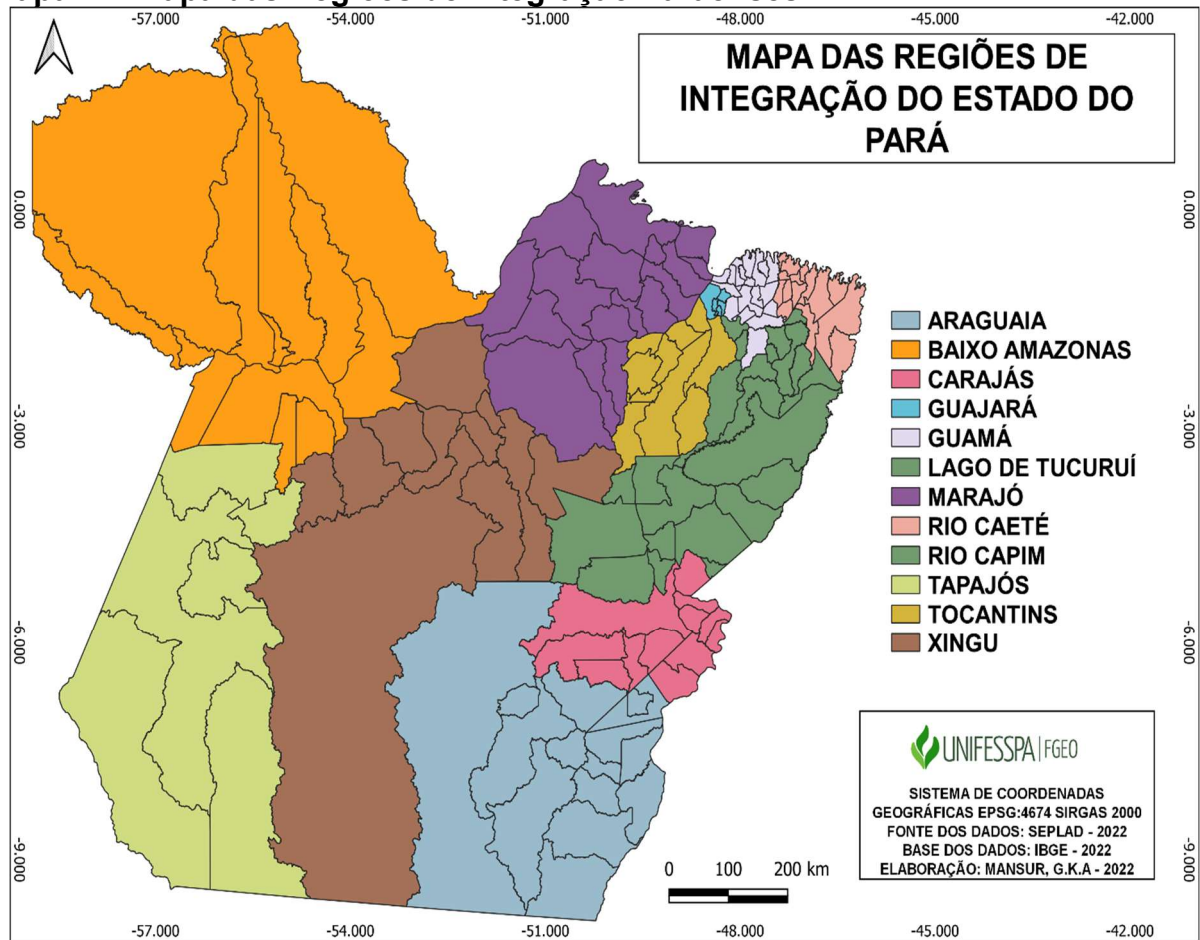
Assim, a SESPA ao elaborar o Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, ela orienta aos municípios sobre como devem seguir as normas estabelecidas pelo SUS.

O plano deverá estar de acordo com as necessidades de saúde da população e organizado em três momentos: 1) Análise Situacional; 2) Definição de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; e 3) Processo de Monitoramento e Avaliação. Para a sua elaboração foram analisados 92% dos Planos Municipais de Saúde, o que permitiu uma visão mais próxima da realidade de cada município, o que possibilita o PES estabelecer prioridades que respondam as necessidades da população.

E dentro do Plano Estadual de Saúde, que irá ser definido as regiões de saúde, na qual está assegurada pelas seguintes Resoluções da CIB/PA que visam também o fortalecimento da gestão estadual, como: Resolução nº 139, de 09 de agosto de 2018 que estabelece diretrizes para o Processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), fundamentada na Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017 que estabelece o processo do PRI de forma ascendente e a Governança das Redes da Atenção à Saúde (SESPA, 2019).

Desta forma, o estado do Pará é formado por doze Regiões de Integração que são definidas no Plano Plurianual – PPA, o último foi elaborado para os anos de 2020 a 2023. O PPA é preparado para auxiliar no planejamento do estado, ele é organizado por órgãos governamentais estaduais, como Secretarias Estaduais, Instituições e Empresas Públicas, além do Poder Legislativo e Judiciário, alicerçada em planos estratégicos institucionais, tendo como foco a gestão compartilhada, integrada e centrada em processos e resultados (SEPLAD, 2022). O mapa abaixo irá mostrar a divisão das regiões segundo o PPA.

Mapa 1 - Mapa das Regiões de Integração Paraenses.



Elaboração: Mansur. G,K,A 2022.

Conforme mostra o mapa 01, as Regiões de Integração são divididas em doze, essa divisão é feita pela SEPLAD que leva em conta não só a saúde, mas também a economia, educação dos municípios, entre outros fatores. Essa divisão tem como objetivo facilitar as demandas do estado com a população, essas regiões são definidas a partir de suas características em comum como cultura, divisão territorial, acessibilidade e outros (SEPLAD, 2022). O estado do Pará é formado por 144 municípios (IBGE, 2022), cujas Regiões de Integração são compostas pelos seguintes municípios:

- Região Araguaia: Água Azul do Norte, Bannach, Conceição do Araguaia, Cumaru do Norte, Floresta do Araguaia, Ourilândia do Norte, Pau D'arco, Redenção, Rio Maria, Santa Maria das Barreiras, Santana do Araguaia, São Félix do Xingu, Sapucaia, Tucumã e Xinguara.
- Região Baixo Amazonas: Alenquer, Almeirim, Belterra, Curuá, Faro, Juruti, Monte Alegre, Óbidos, Oriximiná, Prainha, Santarém, Mojuí dos Campos e Terra Santa.
- Região Carajás: Bom Jesus do Tocantins, Brejo Grande do Araguaia, Canaã dos Carajás, Curionópolis, Eldorado dos Carajás, Marabá, Palestina do Pará,

Parauapebas, Piçarra, São Domingos do Araguaia, São Geraldo do Araguaia e São João do Araguaia.

- Região Guajará: Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba, Santa Bárbara do Pará.

- Região Guamá: Castanhal, Colares, Curuçá, Igarapé-Açu, Inhangapi, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, Santa Izabel do Pará, Santa Maria do Pará, Santo Antônio do Tauá, São Caetano de Odivelas, São Domingos do Capim, São Francisco do Pará, São João da Ponta, São Miguel do Guamá, Terra Alta e Vigia

- Região Lago de Tucuruí: Breu Branco, Goianésia do Pará, Itupiranga, Jacundá, Nova Ipixuna, Novo Repartimento, e Tucuruí.

- Região Marajó: Afuá, Anajás, Bagre, Breves, Cachoeira do Arari, Chaves, Currálinho, Gurupá, Melgaço, Muaná, Oeiras do Pará, Ponta de Pedras, Portel, Salvaterra, Santa Cruz do Arari, São Sebastião da Boa Vista e Soure.

- Região Rio Caetés: Augusto Corrêa, Bonito, Bragança, Cachoeira do Piriá, Capanema, Nova Timboteua, Peixe-Boi, Primavera, Quatipuru, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo, São João de Pirabas, Tracuateua e Viseu.

- Região Rio Capim: Abel Figueiredo, Aurora do Pará, Bujaru, Capitão Poço, Concórdia do Pará, Dom Eliseu, Garrafão do Norte, Ipixuna do Pará, Irituia, Mãe do Rio, Nova Esperança do Piriá, Ourém, Paragominas, Rondon do Pará, Tomé-Açu e Ulianópolis.

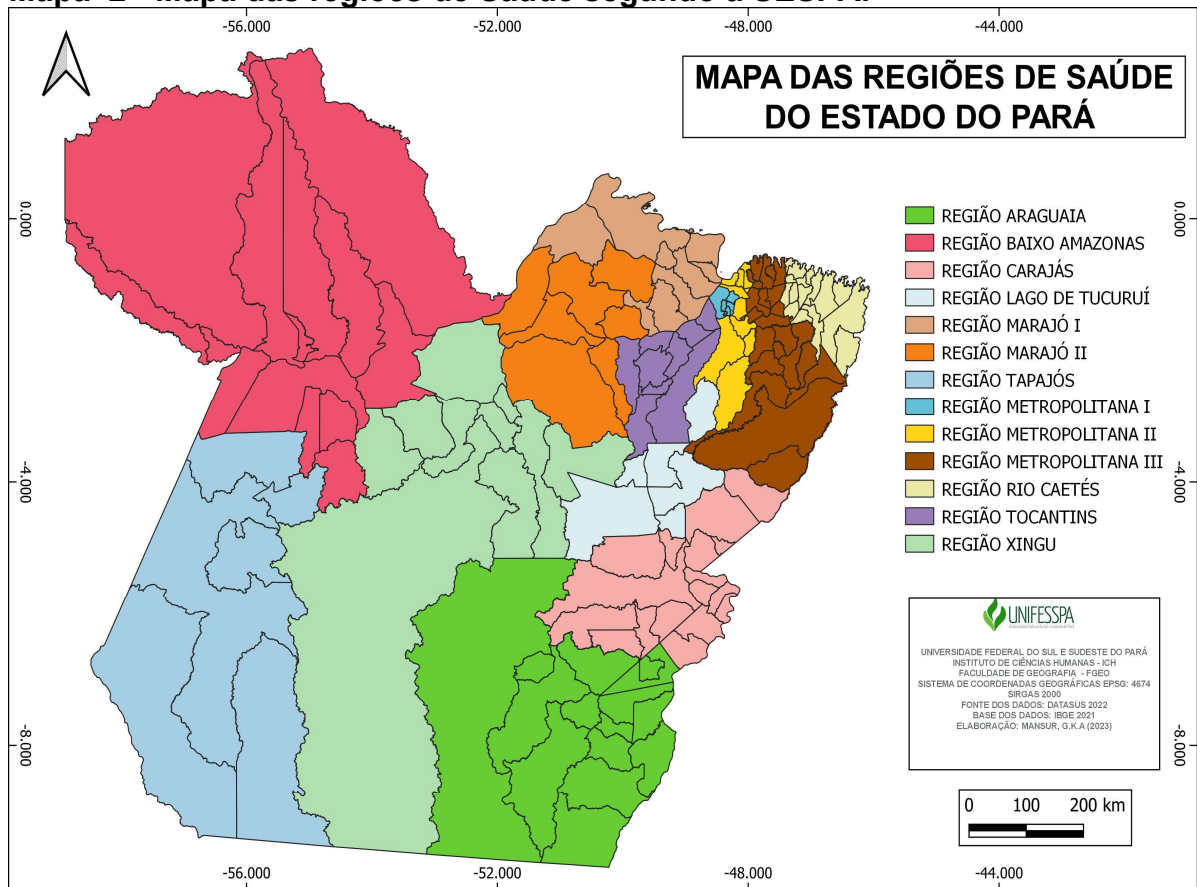
- Região Tapajós: Aveiro, Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso, Rurópolis e Trairão.

- Região Tocantins: Abaetetuba, Baião, Barcarena, Cametá, Igarapé-Miri, Limoeiro do Ajuru, Mocajuba, Moju e Tailândia.

- Região Xingu: Altamira, Anapú, Brasil Novo, Medicilândia, Pacajá, Placas, Porto e Moz, Senador José Porfírio, Uruará, Vitória do Xingu. (FAPESPA, 2021, p. 5)

As regiões definidas pela SESPA são um pouco diferentes, pois a secretaria considera treze Regiões de Saúde e mais quatro Macrorregiões de Saúde, conforme a Resolução nº 140 de 09 de agosto de 2018 baseada na Resolução CIT nº 37 de 22 de março de 2018. O governo estadual por sua vez trabalha com base nas doze Regiões de Integração, porém, ambas tendem para os mesmos objetivos, que são a redução das desigualdades e a promoção da equidade, seja do ponto de vista da política de saúde ou das demais políticas setoriais (SESPA, 2022). Desta forma, podemos observar no mapa 02 a organização das Regiões de Saúde segundo a SESPA.

Mapa 2 - Mapa das regiões de Saúde segundo a SESPÁ.



Elaboração: MANSUR, G,K,A (2023)

Conforme mostra o mapa 02, a divisão do território paraense sobre o que é região de saúde é diferente da configuração feita pela SEPLAD. A SESPÁ considera treze regiões ao invés de doze, ela também organiza os municípios conforme suas identidades culturais, sociais, levando em conta o transporte e a comunicação, sendo eles de suma importância para o cidadão ter acesso a saúde de qualidade, pois muitas vezes, o município no qual ele mora não tem um tipo de exame específico então ele é encaminhando para outro município que tenha, por isso é importante levar em conta essas características, conforme a SESPÁ orienta no PES de 2019:

Considerando que a regionalização é a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, o plano fundamenta a sua estrutura de elaboração, em grande parte, de acordo com as treze Regiões de Saúde existentes no Estado, ressaltando que o eixo determinantes e condicionantes foi analisado exclusivamente pelas Regiões de Saúde. (...)

Regiões de Integração – Espaços com semelhanças de ocupação, nível social e dinamismo econômico, cujos municípios mantêm integração física e econômica; Regiões de Saúde – Espaços geográficos contínuos com

municípios limítrofes, com identidades culturais, econômicas, sociais, comunicação, transportes. (PARÁ, 2019, p. 126)

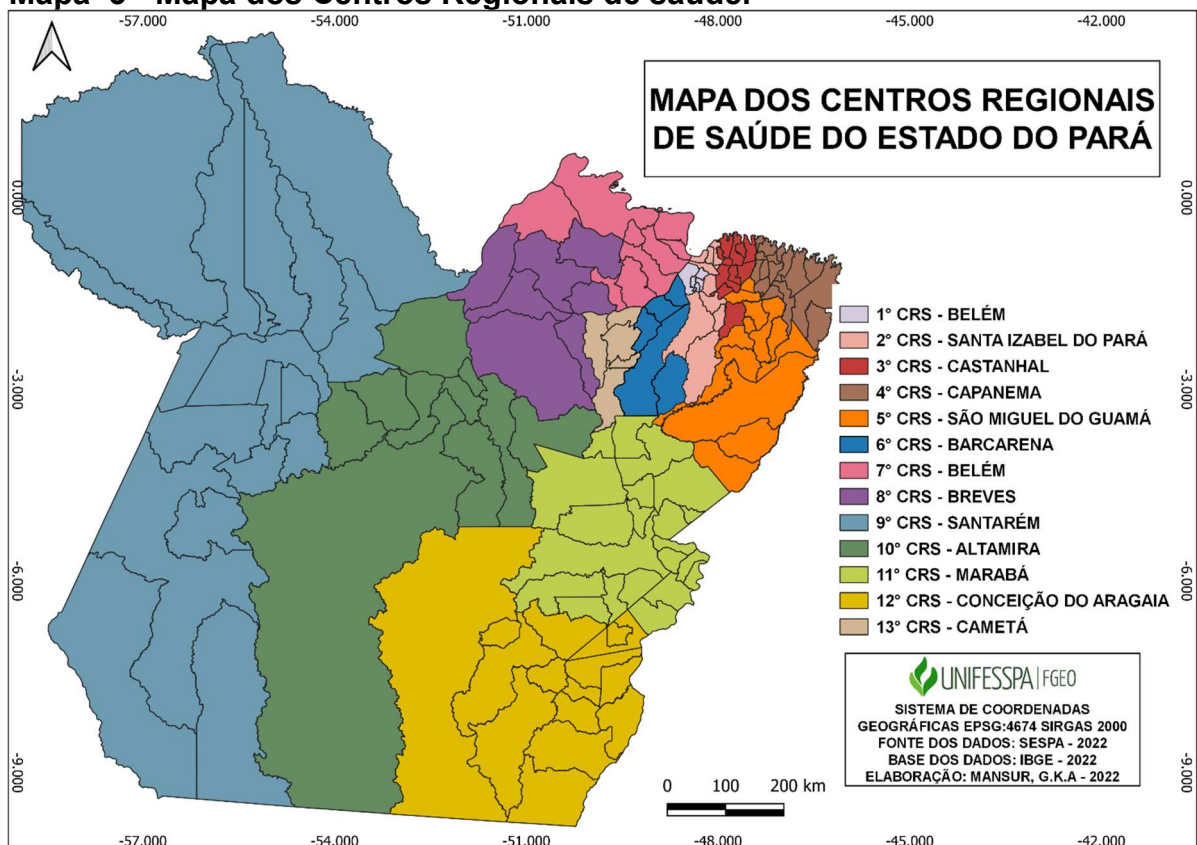
Desta forma, pode-se observar algumas alterações do mapa 01 para o 02, como por exemplo a Região de Marajó que foi dividida pela SESPA como Região de Saúde Marajó I e II, e a Região de Guajará se tornou Região Metropolitana I, a Região de Guamá se tornou Região Metropolitana II, com a modificação de alguns municípios que foram incluídos na Região Metropolitana III, a Região Lago de Tucuruí ficou menor, alguns municípios foram incluídos na Região Metropolitana III e na Região de Carajás, ficando a divisão das Regiões de Saúde conforme a SESPA, desta maneira:

- Região Araguaia: Água Azul do Norte, Bannach, Ourilândia do Norte, Rio Maria, Sapucaia, Xinguara, Cumarú do Norte, Pau D'Arco, Redenção, Conceição do Araguaia, Floresta do Araguaia, Santa Maria das Barreiras, Santana do Araguaia, São Félix do Xingu, Tucumã.
- Região Baixo Amazonas: Alenquer, Almeirim, Curuá, Monte Alegre, Óbidos, Santarém, Oriximiná, Prainha, Belterra, Mojuí dos Campos, Placas, Faro, Terra Santa, Juruti.
- Região Caetés: Augusto Corrêa, Bonito, Bragança, Cachoeira do Piriá, Capanema, Nova Timboteua, Ourém, Peixe-Boi, Primavera, Quatipuru, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo, São João de Pirabas, Tracuateua, Viseu.
- Região Carajás: Abel Figueiredo, Bom Jesus do Tocantins, Brejo Grande do Araguaia, Canaã dos Carajás, Curionópolis, Dom Eliseu, Eldorado do Carajás, Itupiranga, Marabá, Nova Ipixuna, Palestina do Pará, Parauapebas, Piçarra, Rondon do Pará, São Domingos do Araguaia, São Geraldo do Araguaia, São João do Araguaia.
- Região Marajó I: Afuá, Cachoeira do Arari, Chaves, Muaná, Ponta de Pedras, Salvaterra, Santa Cruz do Arari, São Sebastião da Boa Vista, Soure.
- Região Marajó II: Anajás, Bagre, Breves, Currealinho, Gurupá, Melgaço, Portel.
- Região Metropolitana I: Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba, Santa Bárbara do Pará.
- Região Metropolitana II: Acará, Bujaru, Colares, Concórdia do Pará, Santa Izabel do Pará, Santo Antônio do Tauá, São Caetano de Odivelas, Tomé-Açu, Vigia.
- Região Metropolitana III: Aurora do Pará, Capitão Poço, Castanhal, Curuçá, Garrafão do Norte, Igarapé-Açu, Inhangapi, Ipixuna do Pará, Irituia, Mãe do Rio, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, Nova Esperança do Piriá, Paragominas, Santa Maria do Pará, São Domingos do Capim, São Francisco do Pará, São João da Ponta, São Miguel do Guamá, Terra Alta, Ulianópolis.
- Região Tapajós: Aveiro, Itaituba, Rurópolis, Jacareacanga, Novo Progresso, Trairão.
- Região Lago de Tucuruí: Breu Branco, Goianésia do Pará, Jacundá, Novo Repartimento, Tailândia, Tucuruí.
- Região Tocantins: Abaetetuba, Baião, Barcarena, Cametá, Igarapé-Miri, Limoeiro do Ajuru, Mocajuba, Moju, Oeiras do Pará, Tailândia.
- Região Xingu: Altamira, Anapu, Brasil Novo, Medicilândia, Senador José Porfírio, Uruará, Vitória do Xingu, Pacajá, Porto de Moz. (SESPA, 2019, p.18)

Além das Regiões de Saúde, a SESPA utiliza os Centros Regionais de Saúde, para administrar as Regiões. As regionais de saúde são as unidades administrativas

da SESPAs distribuídas em todo território paraense que visam a descentralização dos serviços e a redução das barreiras geográficas para melhor atender o cidadão (SESPA, 2022). Desta forma, segue o mapa 03 da distribuição dos Centros Regionais de Saúde e a área que eles atendem.

Mapa 3 - Mapa dos Centros Regionais de saúde.



Fonte: MANSUR. G.K.A - 2022

A configuração territorial da área de abrangência dos Centros Regionais é diferente das Regiões de Saúde utilizada pela SESPAs, um grande exemplo disso é o município de Tucuruí que na divisão das Regiões de Saúde faz parte da Região Lago de Tucuruí, porém seu atendimento é feito pelo Centro Regional de Marabá que faz parte da Região de Carajás.

As Regionais de saúde, foram criadas com o intuito de facilitar o atendimento prestado pela SESPAs a população de todo o território paraense, assessorando e acompanhando de perto as ações de saúde nos municípios. Desta forma, os Centros Regionais têm o mesmo objetivo da SESPAs, que é orientar municípios para que executem serviços e ações de saúde enquanto atenção primária, prestar apoio às unidades de saúde do sistema público de alta complexidade, de referência regional

ou estadual, identificar e articular prestação de serviços entre estabelecimentos hospitalares de referência e os privados que são conveniados ao SUS e prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios (PARÁ, 2019).

Desta forma, antes da criação dos Centros, os municípios e hospitais se reportavam à sede da SESPA em Belém, após a sua criação houve a descentralização do serviço, o que antes era mandado apenas para Belém agora pode ser resolvido nos Centros Regionais de cada região em que estão instalados de forma estratégica, visando o desenvolvimento da saúde no estado. Com isso o quadro a seguir mostra as Regiões de Saúde e os Centros que atendem as mesmas.

Quadro 2 - Regiões de Saúde e seus Centros Regionais.

REGIÃO DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	CENTRO REGIONAL DE SAÚDE
Araguaia	15	12°
Baixo Amazonas	12	9°
Carajás	17	5° e 11°
Lado de Tucuruí	6	6° e 11°
Marajó	16	7° e 8°
Metropolitana I	5	1°
Metropolitana II	9	2°
Metropolitana III	22	3° e 5°
Rio Caetés	16	4°
Tapajós	6	9°
Tocantins	9	6° e 13°
Xingu	10	9° e 10°

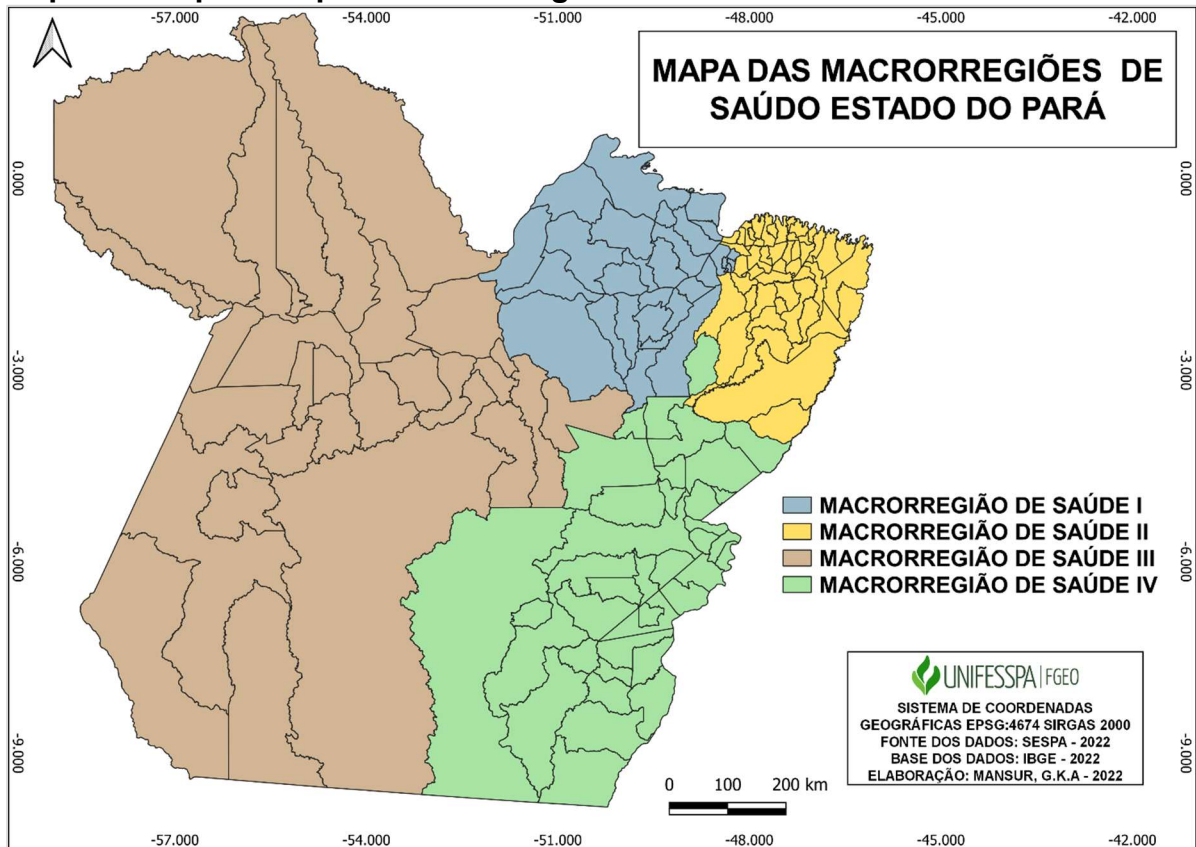
Fonte: SESPA, 2019 - Organização: Mansur, 2023.

Conforme o quadro 01, podemos observar que uma região pode ser atendida por mais de um Centro Regional, conforme mostra a Região Metropolitana III que é atendida pelo Centro três e cinco, isso acontece porque, como as Regiões englobam vários municípios, às vezes, determinado município está mais próximo geograficamente de outro centro ao invés do seu, então para facilitar o seu desenvolvimento ele é atendimento pelo centro em que está mais próximo.

No último Plano Estadual de Saúde do Pará que é referente ao ano de 2020 a 2023 a SESPA incluiu um novo projeto que são as macrorregiões de Saúde, elas dividem o estado em quatro regiões. Esse projeto está estabelecido na resolução nº

140 de 09 de agosto de 2018 baseada na Resolução CIT nº 37 de 22 de março de 2018 que aprova com base nas treze regiões existentes a criação das quatro Macrorregiões de Saúde como espaço regional ampliado que busca garantir um melhor trabalho das Redes de Atenção à Saúde, passando o estado a contar com a seguinte divisão:

Mapa 4 - Mapa das quatro Macrorregiões de Saúde.



Fonte: MANSUR, G.K.A – 2022

Desta forma, as Macrorregiões têm o mesmo objetivo das Regiões de Saúde, sua diferença é que agora elas englobam uma quantidade maior de municípios. Elas foram divididas levando em conta a configuração do território, a saúde, características em comum, cultura e outros, da mesma forma que foi feita a divisão das treze Regiões de Saúde. As Macrorregiões não substituem as treze regiões de saúde, elas apenas facilitam a organização para a SESPA, diminuindo a quantidade de regiões para quatro com o intuito de promover uma melhor administração. Com isso, o quadro 02 demonstra de forma simples a organização das Macrorregiões e as Regiões de Saúde.

Quadro 3 - Macrorregiões e suas Regiões de Saúde.

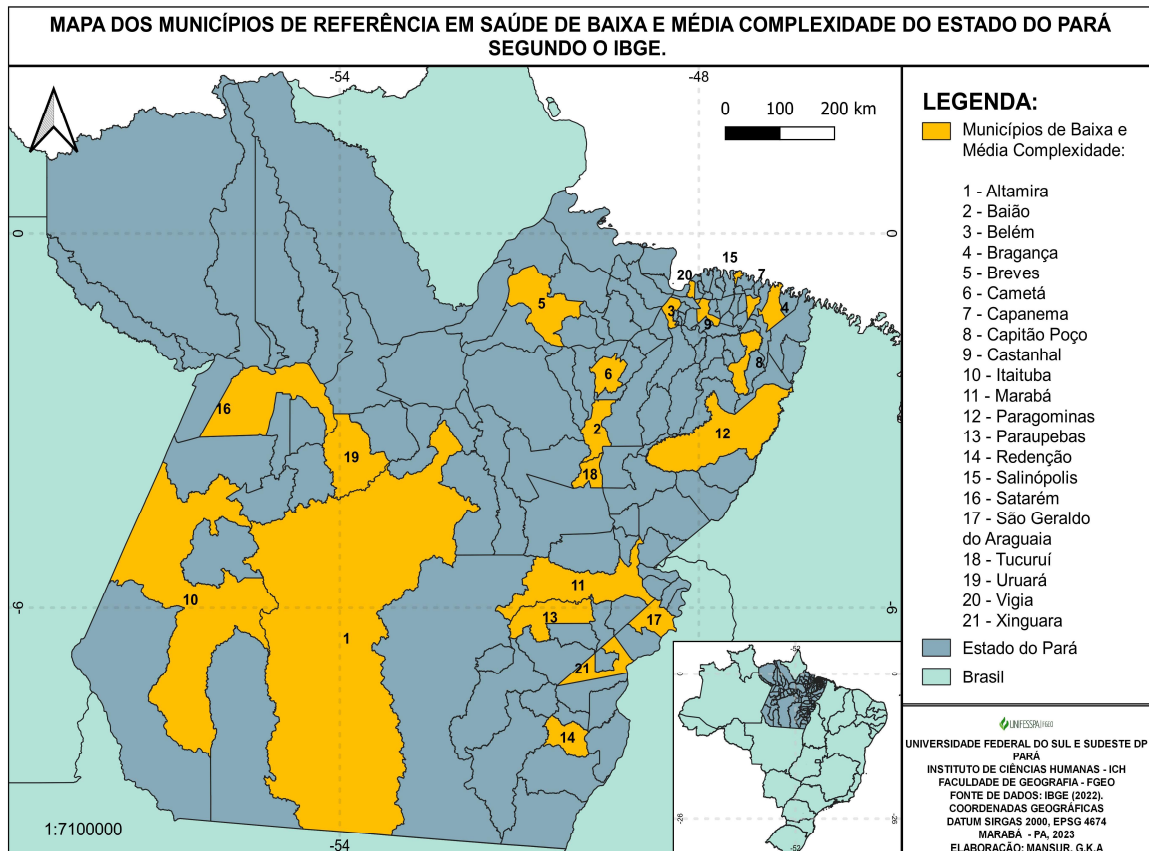
MACRORREGIÃO	REGIÕES DE SAÚDE
Macro I	Metropolitana I
	Tocantins
	Marajó
Macro II	Metropolitana II
	Metropolitana III
	Rio Caetés
Macro III	Baixo Amazonas
	Tapajós
	Xingu
Macro IV	Lago de Tucuruí
	Carajás
	Araguaia

Fonte: SESPA, 2019 – Organização: Mansur, 2023.

Além das Regiões já definidas pelo estado e pela SESPA, temos também as Regiões que são definidas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) que foi criado em 1936, com o intuito de ser o principal fornecedor de dados e informações do país, atendendo a necessidade dos mais diversos segmentos da sociedade, desta forma, em 2020 o IBGE fez uma pesquisa sobre as cidades que exercem influência dentro de suas regiões, em relação ao deslocamento da população para ter acesso ao serviço de saúde, ou seja, as cidades que mais receberam pacientes vindos de outros lugares para ter acesso à saúde sendo ele de baixa, média

e alta complexidade. Com isso, podemos observar o mapa 05 que mostra os municípios de influência dentro do estado do Pará.

Mapa 5 - Mapa dos municípios de influência dentro do estado do Pará de baixa e média complexidade.



Fonte: MANSUR G.K.A – 2023

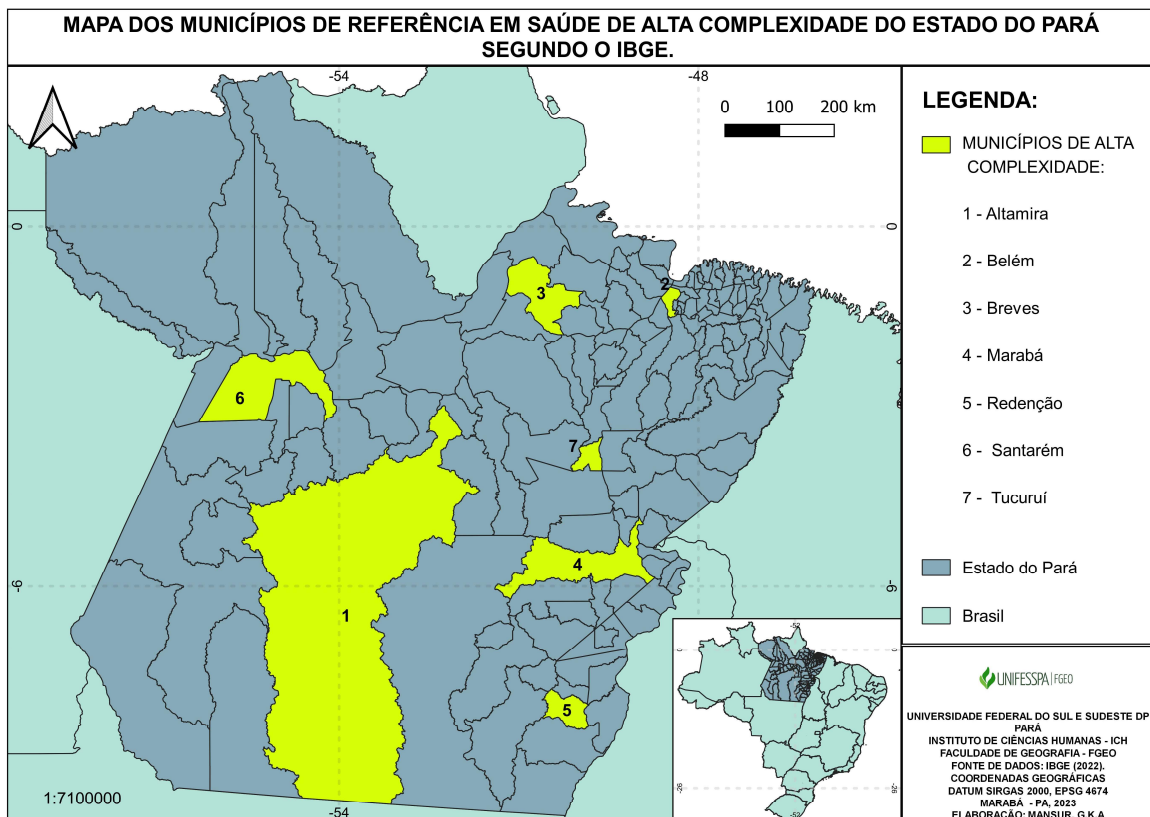
Conforme mostra o mapa cinco, o estudo feito pelo IBGE identificou 21 municípios do estado do Pará como referência nos atendimentos de baixa e média complexidade. As definições desses atendimentos são estabelecidas pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles: atenção primária, atenção secundária e terciária (BRASIL, 2010).

A baixa complexidade ou atenção primária são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), estabelecimentos da APS, conhecidos em muitos locais como postos de saúde, eles realizam ações e atendimentos voltados à prevenção e promoção à saúde. Nas UBS é possível fazer exames e consultas de rotina com equipes

multiprofissionais e profissionais especializados em saúde da família, que trabalham para garantir atenção integral à saúde no território (BRASIL, 2010).

A atenção secundária ou de média complexidade são os ambulatórios, atendimentos direcionados a áreas específicas como pediatria, ortopedia, ginecologista e outros, as Unidades de Pronto Atendimento como as UPAS 24h se encaixam aqui também, além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte (BRASIL, 2010). Desta forma, podemos observar que o Município de Marabá foi identificado pela pesquisa como um dos municípios do estado que mais receberam pacientes para esse tipo de atendimento, na qual, também temos os atendimentos de alta complexidade que podemos analisar no mapa a seguir.

Mapa 6 - Mapa dos municípios de influência dentro do estado do Pará de alta complexidade.

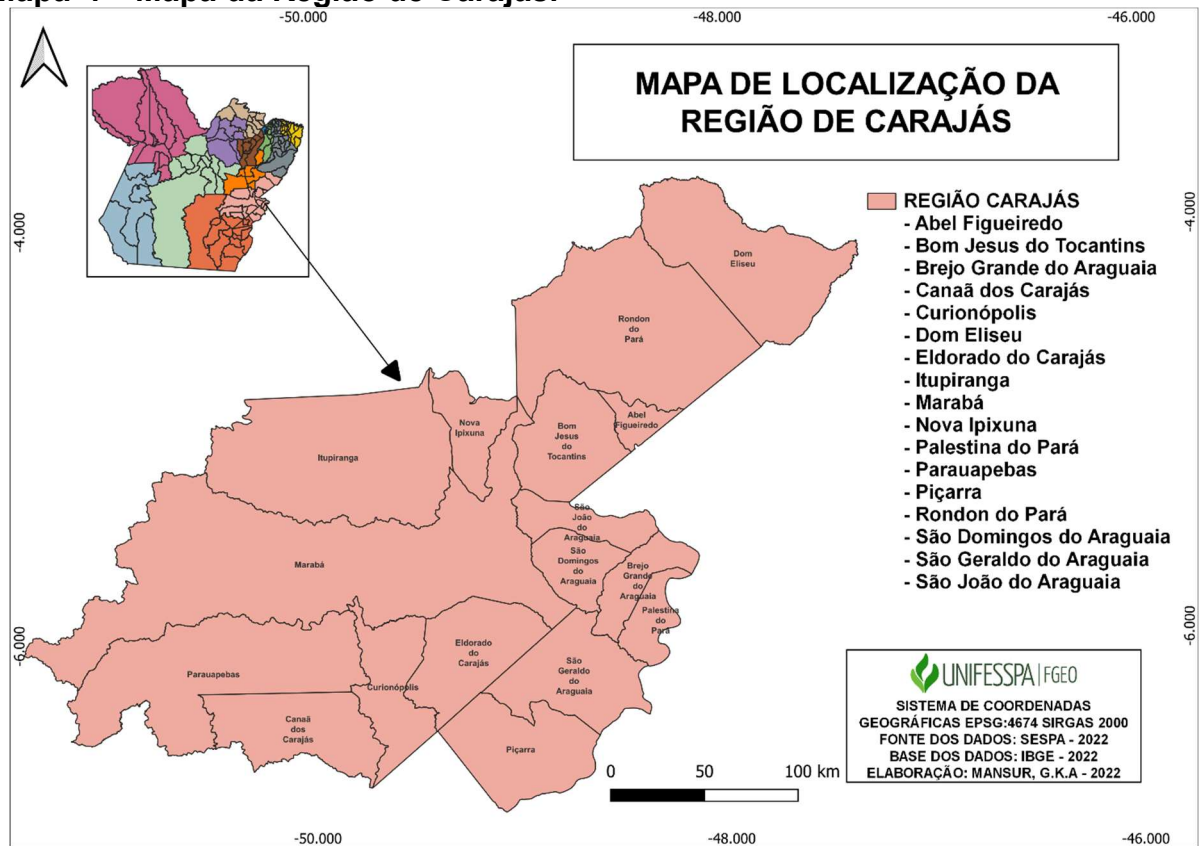


Fonte: MANSUR, G.K.A – 2023

Diante disso, com o Mapa seis podemos fazer uma comparação com o mapa cinco, e observar que, houve uma diminuição na quantidade de municípios que estão qualificados para prestar um atendimento de alta complexidade, sendo apenas sete municípios do estado. Desta maneira, a alta complexidade é definida como, hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa, são locais com leitos de UTI, centros cirúrgicos e envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco (BRASIL, 2010). Com isso, pode-se observar que Marabá está também classificado como um município de referência quando se trata de procedimentos de alta complexidade, segundo o estudo feito pelo IBGE.

Desta forma, o município de Marabá está incluindo dentro da região de Carajás que é composta por 17 municípios, a qual faz parte do 11º Centro de Saúde e está dentro da Macrorregião IV. A região de Carajás, é composta por 735.830 habitantes, 14,9% da população possui emprego formal e a população regional abaixo da linha de pobreza é de 34,51% (SESPA, 2019). Sendo que, apenas no município de Marabá há 266.533 pessoas (IBGE, 2022). Desta forma, a cartografia abaixo demonstra o recorte espacial da Região de Saúde de Carajás.

Mapa 7 - Mapa da Região de Carajás.



Fonte: MANSUR, G.K.A – 2022

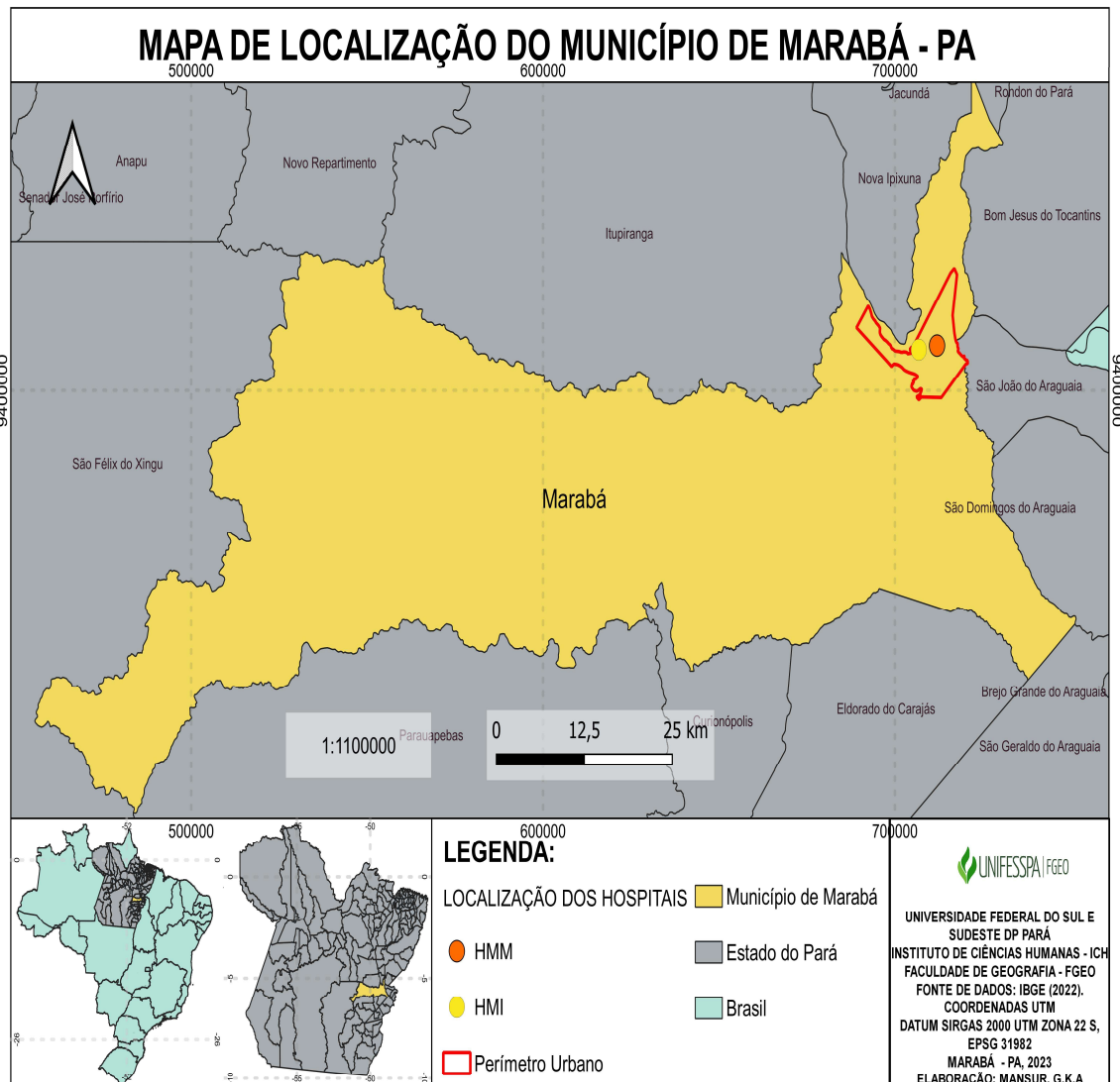
Dentro da Região de Carajás o município de Marabá é o que está mais preparado para atender a população no quesito saúde. O município conta com 01 Hospital Regional Público do Sudeste “Doutor Geraldo Veloso”, sendo o único hospital regional da Região de Carajás, conta com 01 Hospital Municipal – HMM e 01 Hospital Materno Infantil – HMI, 07 Postos de Saúde, 11 Centros de Saúde, 06 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Controle de Endemias e Zoonoses, 01 Central de Regulação do SAMU 192 Regional de Carajás, 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 01 Centro de atenção psicossocial CAPS, 01 Centro de Serviço Especializado SAE CTA, 01 Laboratório Central de Marabá, 01 Unidade Programa Saúde da Família, 01 Centro de Referência Integrada a Saúde da Mulher, 01 CEI – Centro de Especialidades Integradas, 03 Unidades Móvel de Suporte Básico SAMU, 01 Unidade Móvel de Suporte Avançado SAMU e 01 Secretaria Municipal de Saúde – SMS (CNES, 2022).

Além dos atendimentos públicos o município conta com uma ampla rede de saúde privada, na qual, alguns fazem parte do Sistema Único de Saúde – SUS. Desta forma, podemos perceber que o município de Marabá é um dos mais equipados para atender o cidadão dentro da sua Região de Saúde, pois quando um paciente necessita de um atendimento especializado que não tem em seu município ele é encaminhado a outro mais próximo, e Marabá conta com um amplo crescimento na área quando comparado a outros municípios menores, não é por outro motivo que, Marabá foi escolhido para sediar um dos trezes Centros Regionais de Saúde instalados pela SESPA, isso demonstra a sua importância, que será observada com mais clareza através da análise dos dados quantitativos dos hospitais HMI e HMM, em que poderemos perceber que a influência exercida pelo município de Marabá no que diz respeito a saúde vai além da delimitação da Região de Saúde em que ele se insere, como segue no próximo capítulo.

3 – A região na prática: a influência de Marabá nos atendimentos de saúde a partir do HMI e HMM.

O Município de Marabá localizando no estado do Pará, contém dois grandes hospitais que são referências no atendimento de urgência e emergência para a sua região da saúde que e Carajás conforme mostra o mapa 08. Através de dados coletados dos anos de 2019, 2020 e 2021 no site DATASUS que faz parte do departamento de informática do SUS, na qual, tem a responsabilidade de armazenar, processar e disseminar informações sobre a saúde em todo território brasileiro, através dos dados a seguir iremos observar que a influência desses hospitais está além da sua região de saúde.

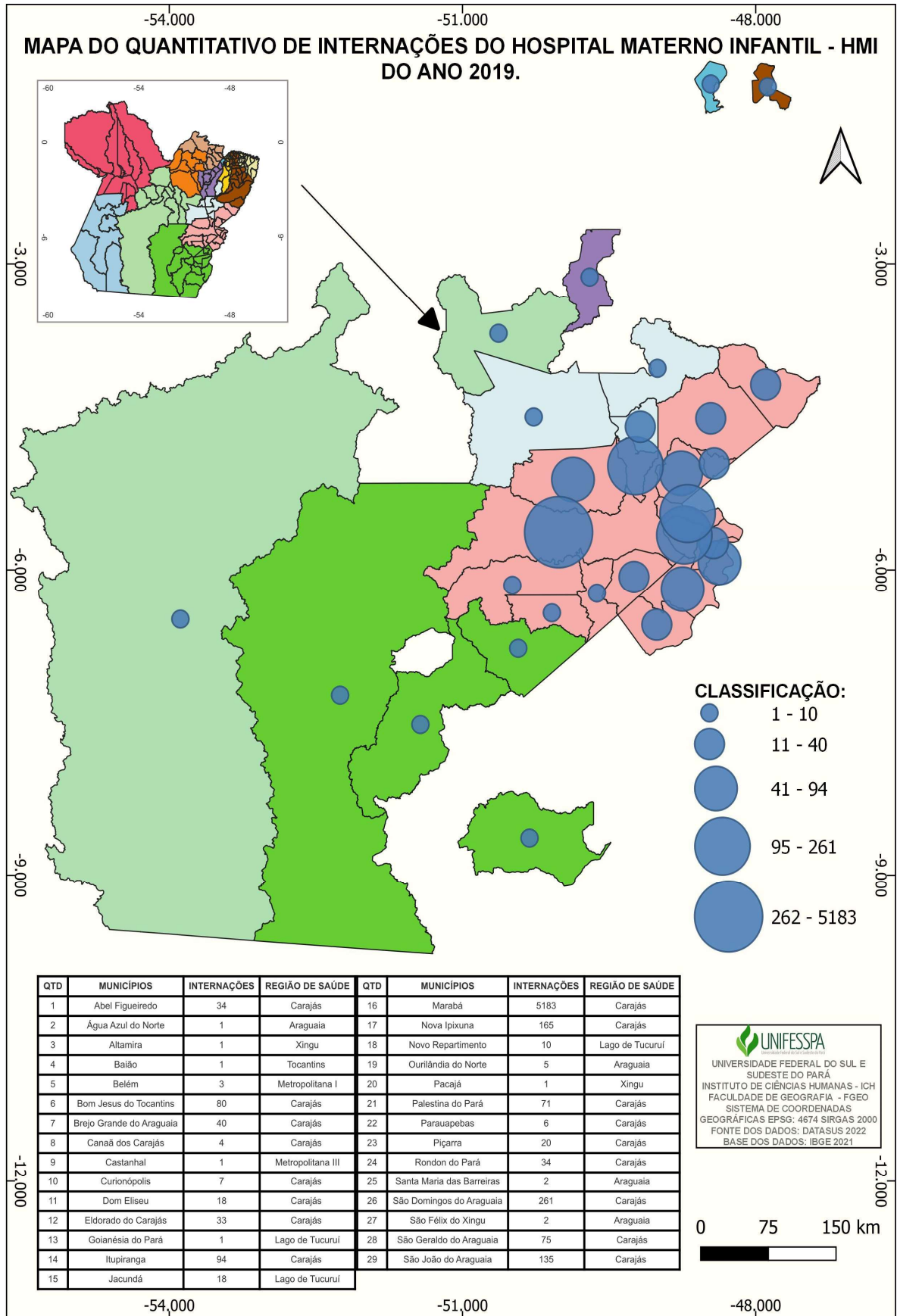
Mapa 8 - Mapa de localização do Município de Marabá.



Elaboração: MANSUR. G.K.A – 2023

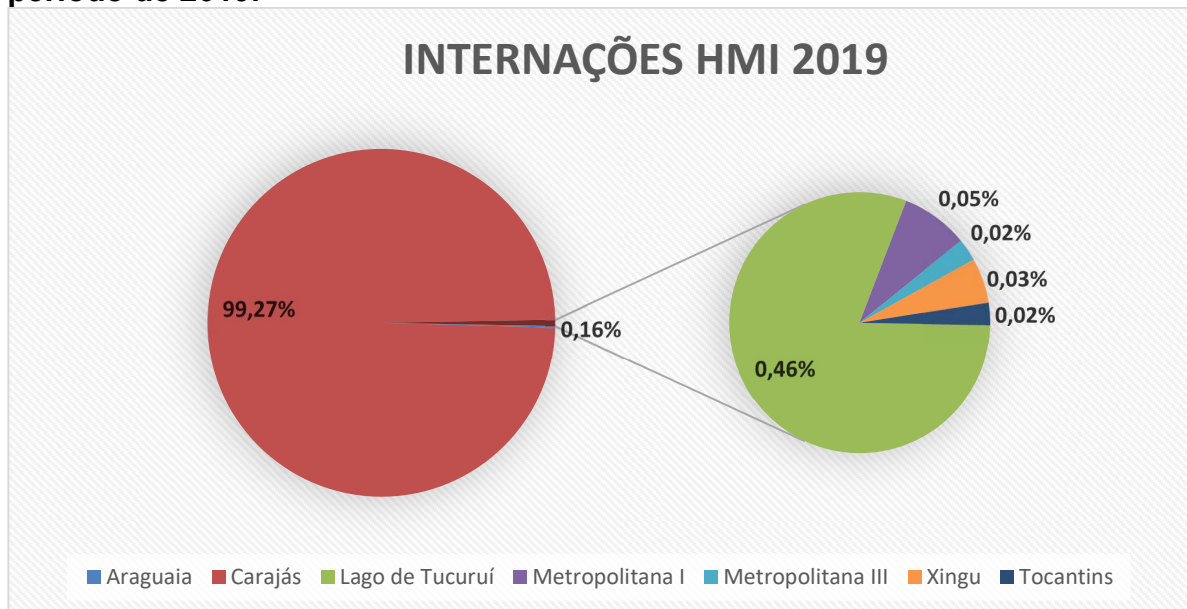
O Hospital Materno Infantil de Marabá (HMI), foi fundado em março de 2008, ele é referência no atendimento materno-infantil de média complexidade, (MARABÁ, 2023) “mensalmente são realizados em média 500 partos, além de procedimentos cirúrgicos e clínicos, a maternidade possui programas de banco de leite humano, atendimento aos recém-nascidos de baixo peso, programa nascer e a implantação da humanização” todos esses programas estão disponíveis para a população. Desta forma, através dos dados coletados no DATASUS referente as internações que ocorreram na maternidade durante o período de 2019 a 2021 podemos analisar os mapas e gráficos a seguir:

Mapa 9 - Quantitativo de internações por município no HMI referente ao ano de 2019.



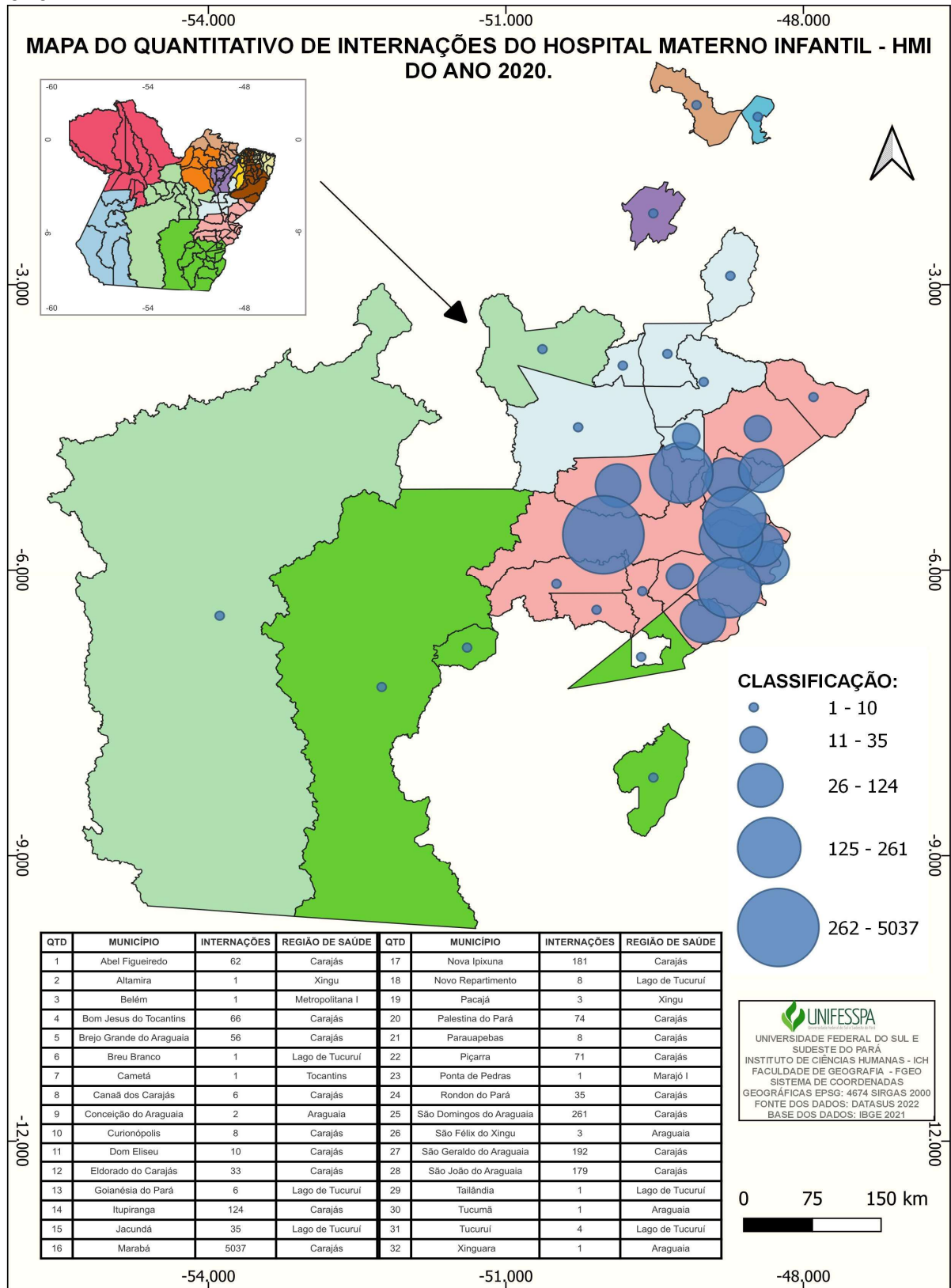
No ano de 2019 o Hospital Materno Infantil internou o total de 6306 pacientes, sendo que 82% dos pacientes tem residência no município de Marabá, os pacientes que residem dentro da região de Carajás representam 99,27%, os outros 0,73% são residentes de outros municípios do estado do Pará que não estão localizados na região. Dentro desses 0,73% temos os municípios que fazem parte da Região Lago de Tucuruí que representa 0,46% que equivale a 29 pacientes, essa região e a segunda que mais encaminhou pacientes para o HMI durante o ano de 2019, os outros 0,27% estão distribuídos entre as regiões Araguaia, Metropolitana III, Tocantins e Xingu, conforme mostra o gráfico 01.

Gráfico 1- Internações por regiões de saúde do Hospital Materno Infantil durante o período de 2019.



Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

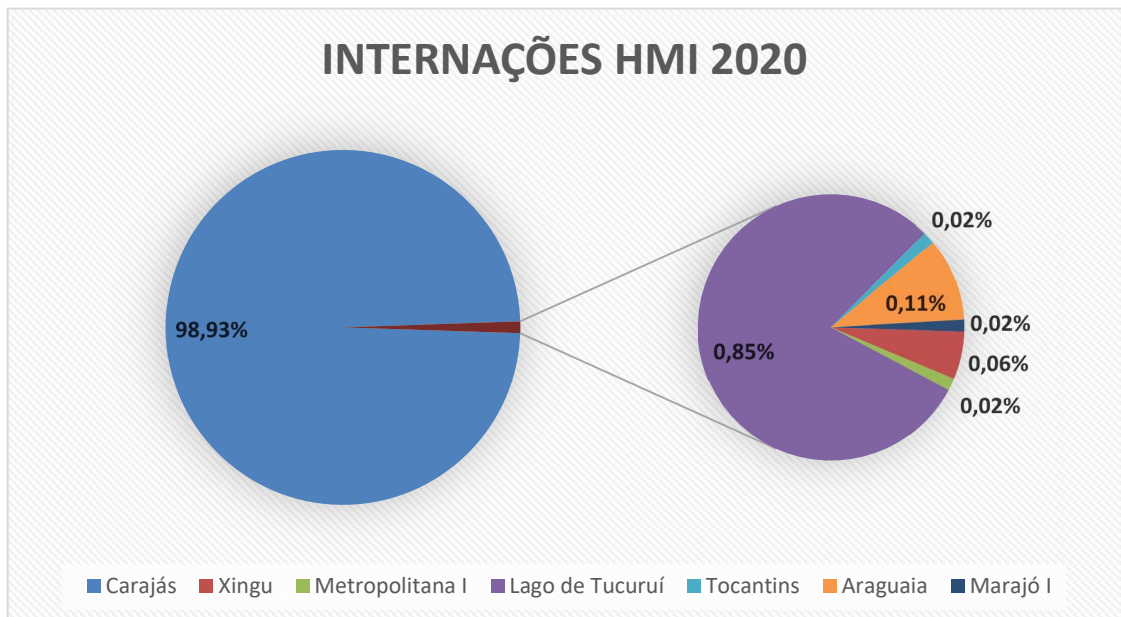
Mapa 10 - Quantitativo de internações por município no HMI referente ao ano de 2020.



Já no ano seguinte, podemos observar através do mapa 10 que ao todo 32 municípios enviaram pacientes a maternidade, três a mais que o ano anterior. Municípios como Cametá, que faz parte da Região Tocantins, Tailândia que faz parte da Região Lago de Tucuruí e Xinguara que faz parte da Região Araguaia, são alguns dos municípios que não estavam no mapa 09, porém agora aparecem no mapa 10.

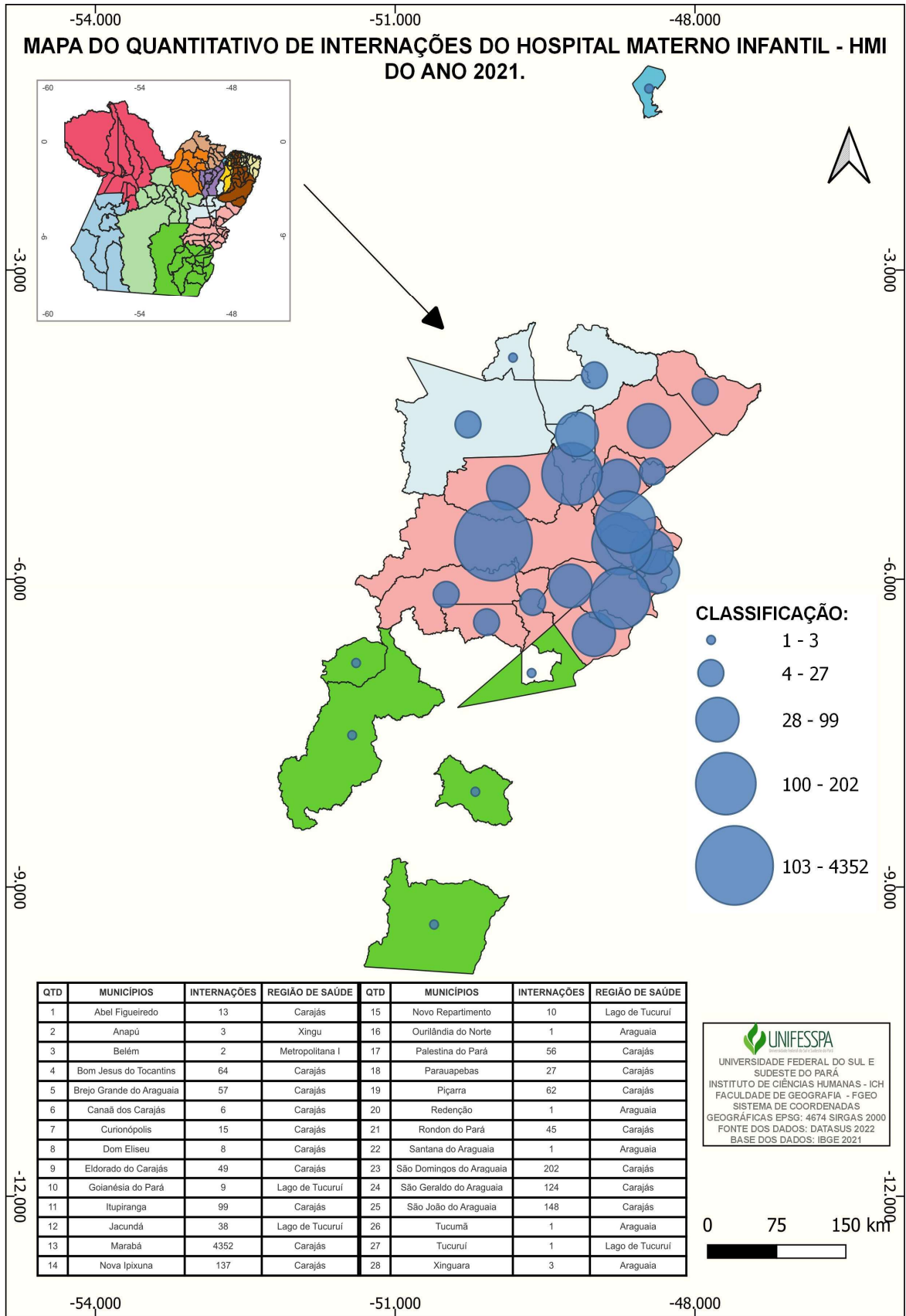
O número de pacientes internados também aumentou de um ano para o outro, passou de 6.306 para 6.472, o que representa 2,56% a mais que o ano anterior. A região de Carajás representa 98,93% dos pacientes internados no ano de 2020, sendo 1,07% distribuídos entre as regiões Araguaia com 0,02%, Lago de Tucuruí com 0,85%, Marajó I com 0,02%, Metropolitana I com 0,02% e Xingu com 0,06%. Conforme mostra o gráfico dois, a região Lago de Tucuruí continua sendo a segunda região com mais pacientes internados no HMI totalizando 55 pessoas durante o ano.

Gráfico 2 - Internações por regiões de saúde do Hospital Materno Infantil durante o período de 2020.



Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

Mapa 11 - Quantitativo de internações por município no HMI referente ao ano de 2021.

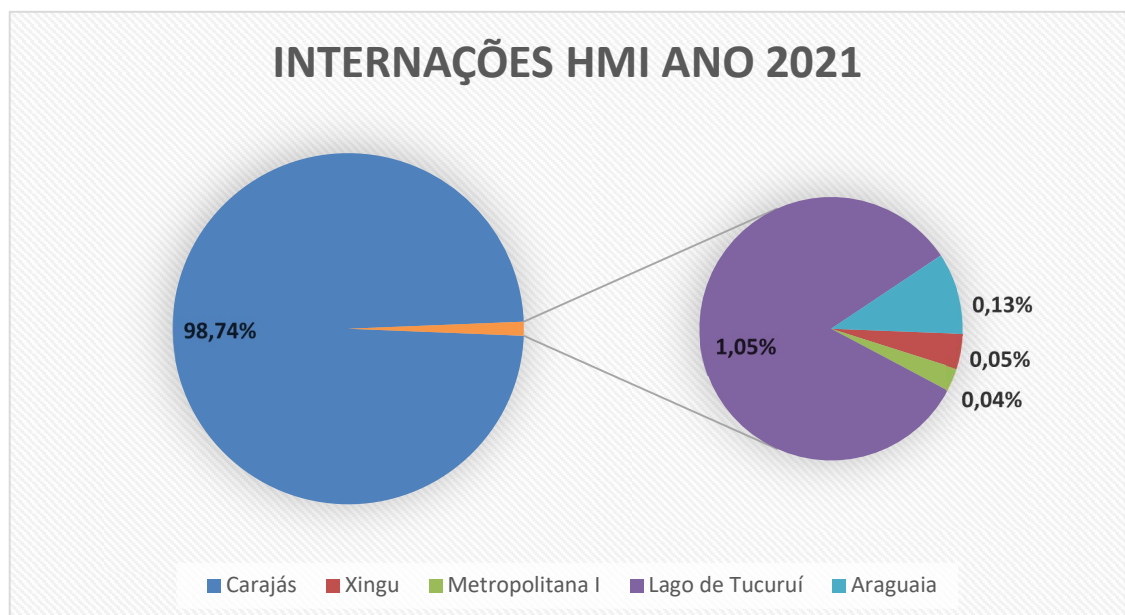


Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

Já no ano de 2021 ocorreu o menor número de pacientes internados durante os três anos analisados, somando o total de 5.534 pacientes, acredita-se que isso se deve ao fato de que o mundo todo passava por um período crítico de pandemia da COVID-19, aonde o principal meio de conter a propagação da doença era o isolamento, desta forma, os hospitais estavam com restrições de receberem pacientes vindos de outras localizações. Até mesmo o número de pacientes que moram no município teve uma queda, no ano de 2019 foram ao todo 5.183 pacientes, em 2020 foram 5.037 e já em 2021 foram 4.352, o que representa uma queda de 14% em relação ao último ano.

Desta forma, o gráfico três mostra o percentual das regiões durante esse ano, na qual a região de Carajás representa 98,74% dos internados no HMI durante o ano de 2020, seguido da Região Lago de Tucuruí com 1,05% e as demais regiões como Araguaia 0,13%, Metropolitana I 0,04% e a região Xingu 0,05%, podemos observar que, mais uma vez a região Lago de Tucuruí e a região que mais teve internações no hospital HMI, sem levar em conta a região Carajás.

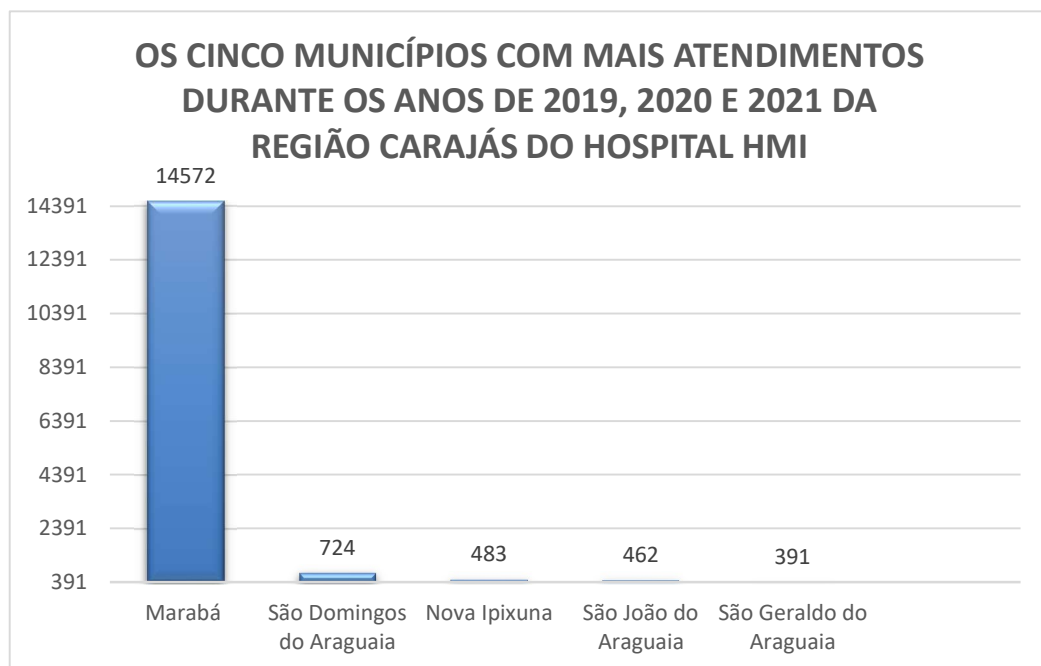
Gráfico 3 - Internações por regiões de saúde do Hospital Materno Infantil durante o período de 2021.



Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

Com tudo, através do gráfico quatro e possível analisar o quantitativo de internações dos cinco municípios que mais tiveram pacientes internados no HMI durante os três anos e que fazem parte da região de Carajás, em primeiro lugar e o município de Marabá com 14.572 pacientes, em segundo lugar vem São Domingo do Araguaia com 724 pacientes, em seguida Nova Ipixuna com 483, São João do Araguaia com 462 e por último São Geraldo do Araguaia com 391 pacientes.

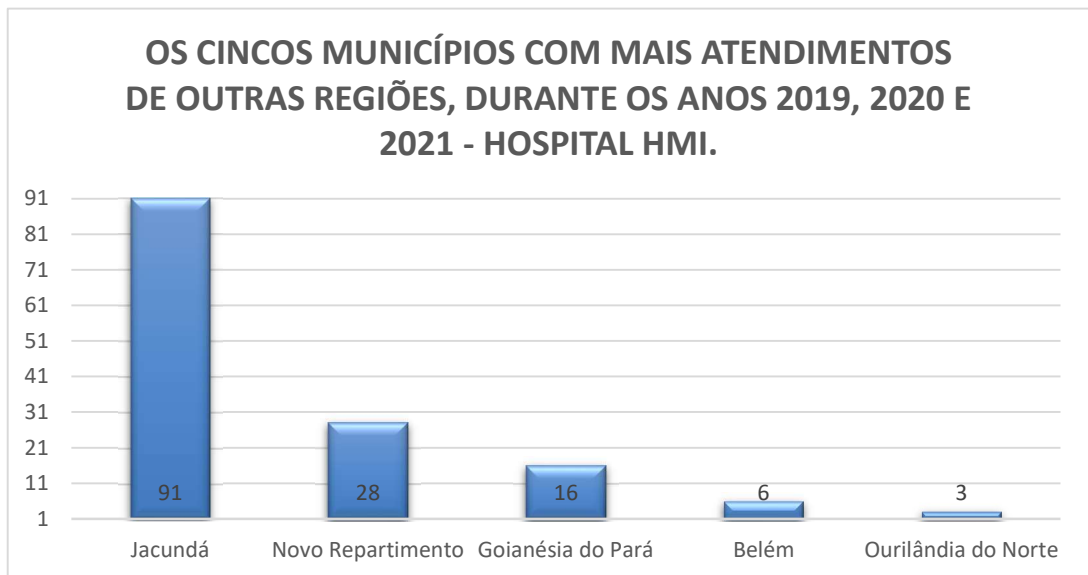
Gráfico 4 - Os municípios com mais atendimentos durante o período de 2019, 2020 e 2021 da Região da Saúde de Carajás – Hospital HMI.



Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

Já no gráfico cinco, é feito a mesma análise do gráfico anterior, porém, muda a questão de que os municípios não fazem parte da região de Carajás e sim de outras regiões, como Jacundá, Novo Repartimento e Goianésia que fazem parte da região Lago de Tucuruí, e a cidade de Belém que faz parte da região Metropolitana I e o município de Ourilândia do Norte que faz parte da região Araguaia, esses municípios são os cinco que mais tiveram seus moradores internados no HMI, durante os três anos. O município de Jacundá teve 91 pessoas que foram internadas no HMI durante os três anos, Novo Repartimento teve 28, seguindo por Goianésia do Pará com 16, Belém com 6 e Ourilândia do Norte com 3 internações.

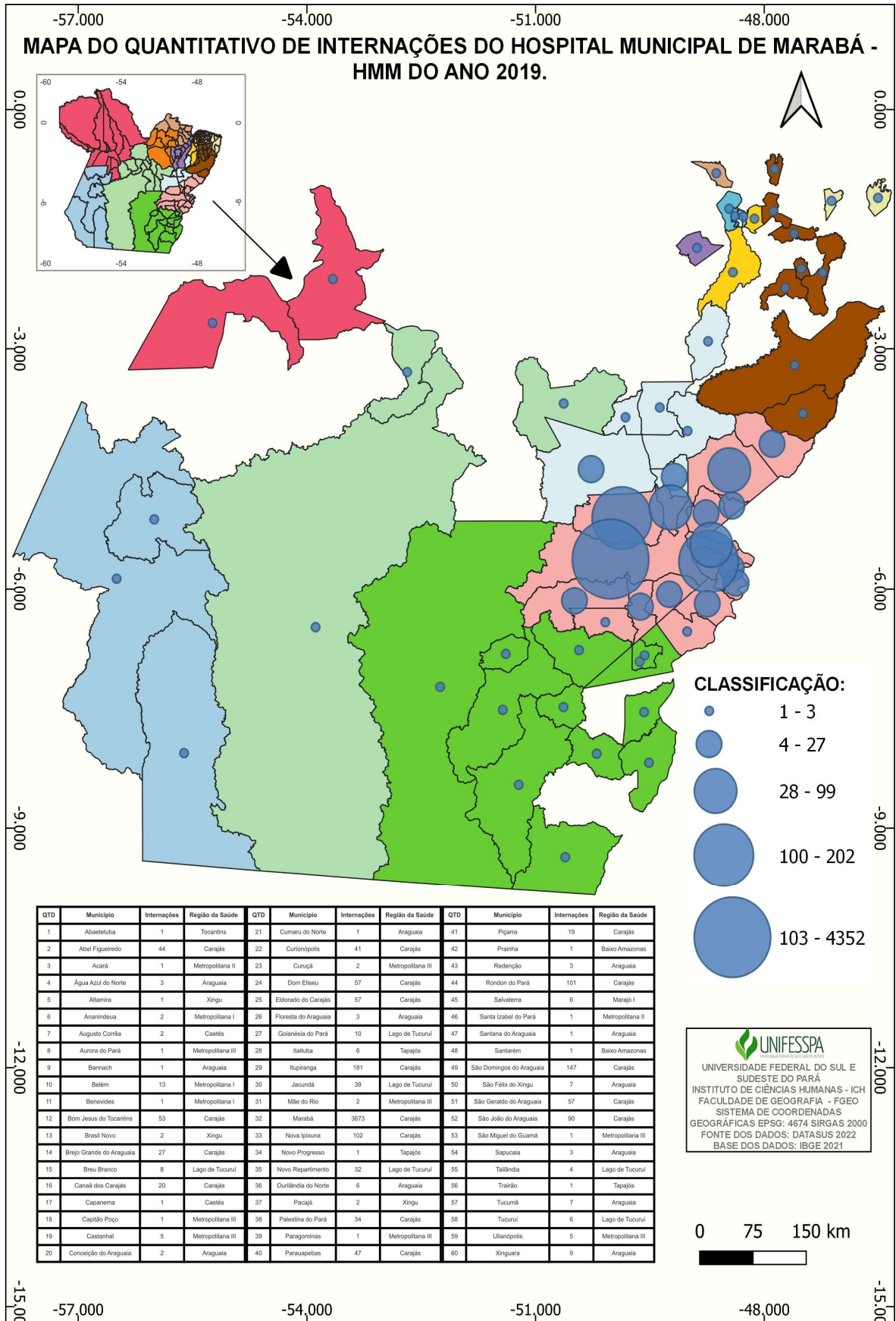
Gráfico 5 - Os municípios com mais atendimentos durante o período de 2019, 2020 e 2021 de outras regiões da saúde – Hospital HMI.



Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

Outro hospital de grande relevância dentro da Região de Carajás e o Hospital Municipal de Marabá - HMM, ele é referência no atendimento de média e alta complexidade a sua fundação ocorreu em 1987 (Marabá, 2023). O HMM é o principal hospital público da cidade, ele é especializado nos mais diversos procedimentos como exames, atendimentos clínicos e cirurgias de pequeno e médio porte. Desta forma, os mapas e gráficos a seguir mostram o quantitativo de internações de pacientes vindos de outras regiões para serem atendidos no HMM.

Mapa 12 - Quantitativo de internações por município no HMM referente ao ano de 2019.



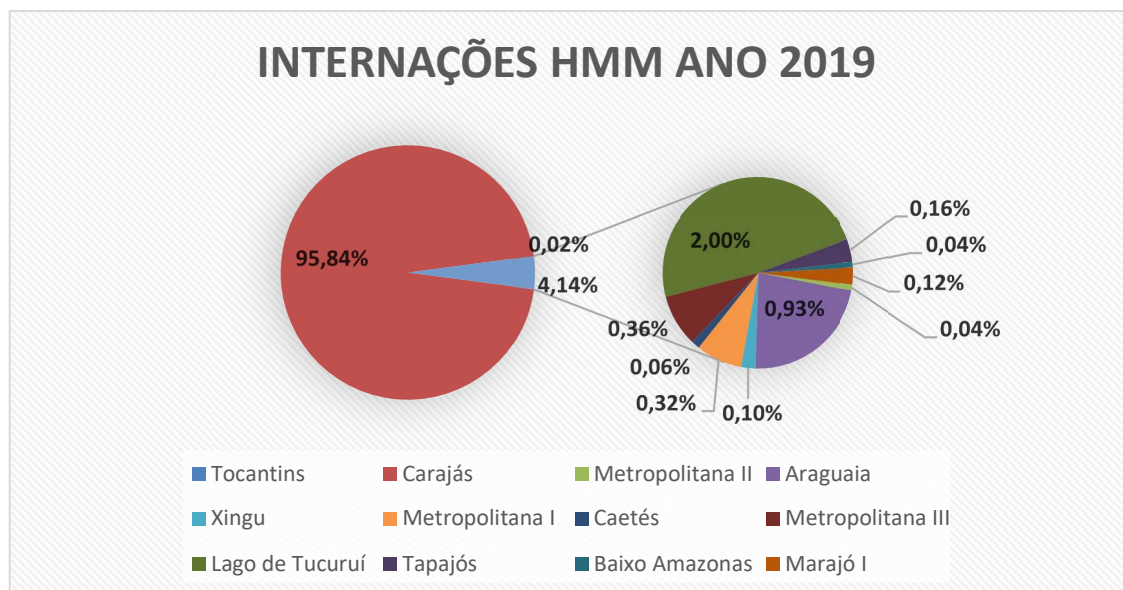
Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

O mapa doze retrata o quantitativo de internações do hospital HMM no ano de 2019, logo no primeiro momento podemos observar que o hospital atendeu bem mais municípios do que o HMI durante o mesmo ano, enquanto o HMI atendeu 28 municípios o HMM atendeu 60, o que equivale a 59,47% a mais que o outro. Dentre esses municípios, temos Ulianópolis que faz parte da Região Metropolitana III, Floresta do Araguaia que faz parte da Região Araguaia, Acará que faz parte da Região Metropolitana II e vários outros que ainda não haviam sido mencionados nos dados do Hospital Materno Infantil.

Por seguinte, o município de Marabá representa 74% das internações do hospital HMM, os outros 26% estão distribuídos entre os municípios do estado do Pará, como Itupiranga que teve 181 internações e representa 5% do valor total, e está em segunda lugar como município que mais obteve internações durante o ano de 2019, ficando atrás apenas de Marabá. O terceiro município e

São Domingos do Araguaia com 147 internações o que representa 3% da quantidade total de pacientes internados, por tanto, o gráfico a seguir pode-se analisar o percentual de internações por regiões.

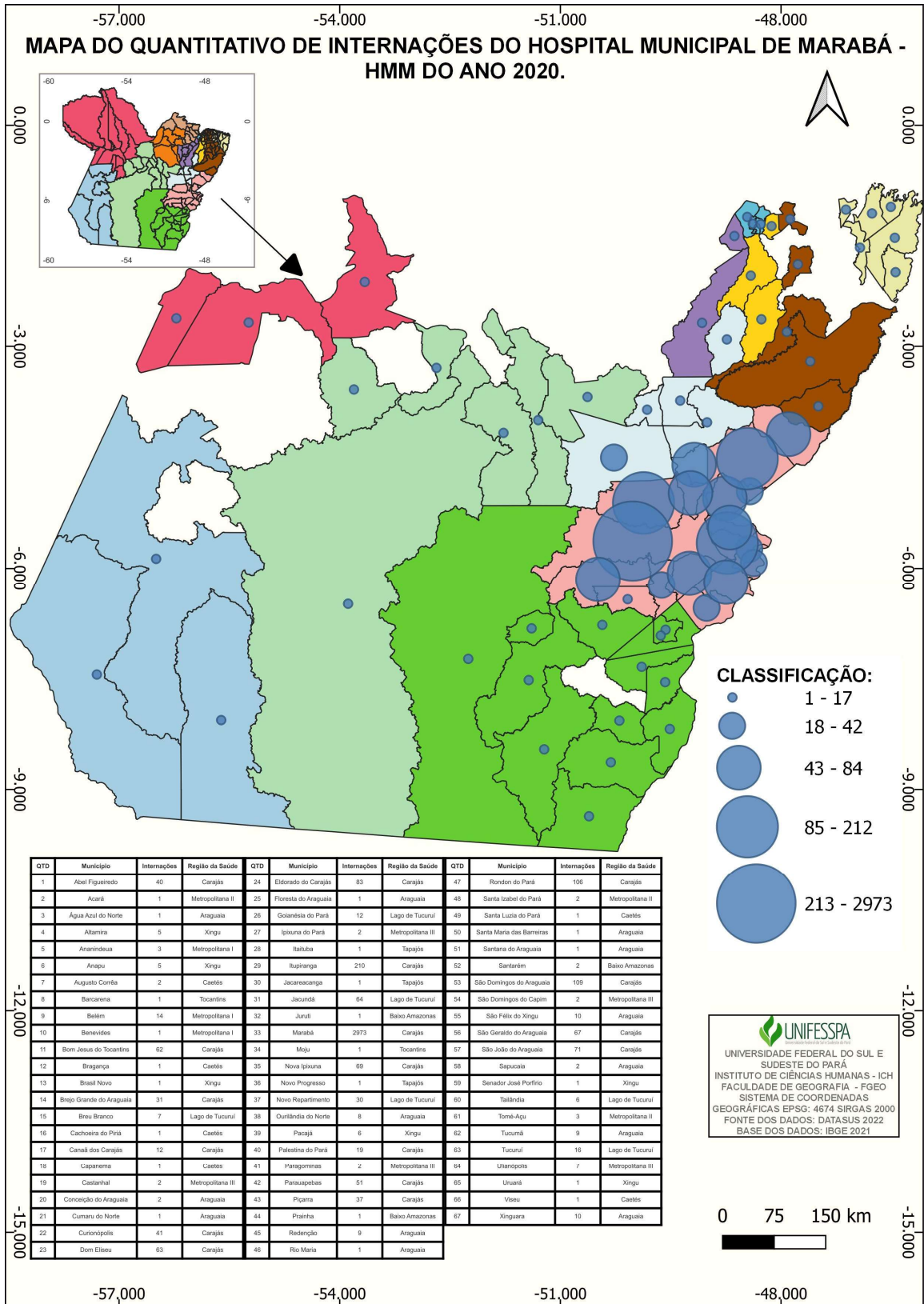
Gráfico 6 - Internações por regiões de saúde do Hospital Municipal de Marabá durante o período de 2019.



Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

A partir da análise do gráfico seis, podemos observar que a região de Carajás representa 95,84% o que equivale a 4.750 pacientes do HMM, a segunda região com mais internações e a região Lago de Tucuruí com 2% que corresponde a 99 dos pacientes, seguida da região Araguaia com 0,93% o que representa 46 atendimentos, Metropolitana III com 0,36% o que representa 18 internações, Metropolitana I com 0,32% que condiz com 16 pacientes, Tapajós com 0,16% referente a 8 internações, Marajó I com 12% que representa 6 pacientes, Caetés com 0,06% referente a 3 pacientes, Baixo Amazonas e Metropolitana II ambas com 0,02% que e referente a 2 pacientes e por último região Tocantins com 0,02% que representa 1 paciente.

Mapa 13 - Quantitativo de internações por município no HMM referente ao ano de 2020.



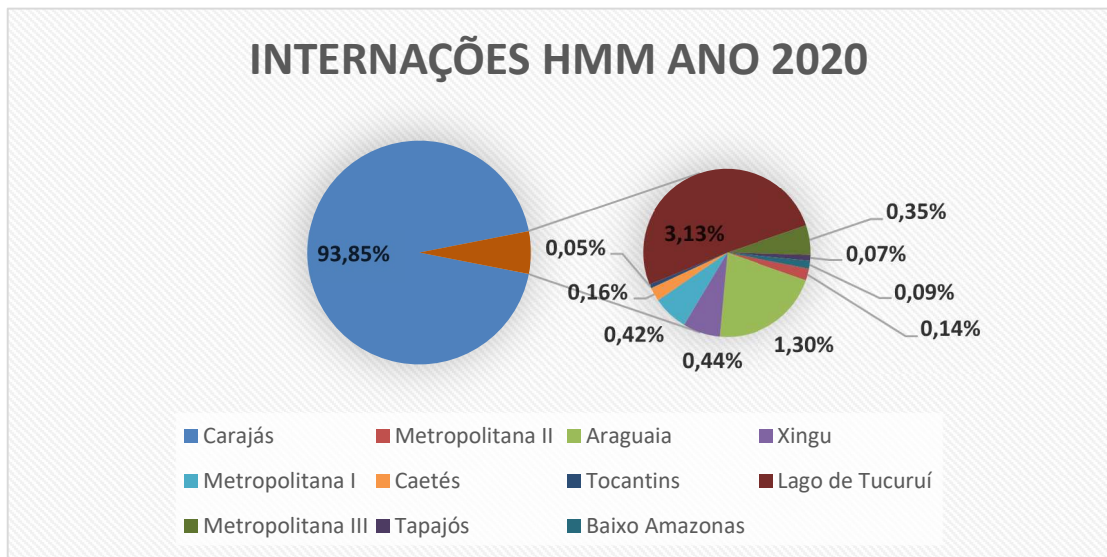
Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

No ano de 2020 o HMM atendeu 66 municípios, sete a mais do que o ano anterior, municípios como Viseu que faz parte da Região Caetés, Juruti que faz parte da Região Baixo Amazonas e Tomé-Açu que faz parte da Região Metropolitana III, são alguns dos municípios que não aparecem no mapa doze, porém agora estão na análise dos dados do mapa treze.

A região de saúde que mais teve pacientes internados no Hospital Municipal além da Região de Carajás, foi a região Araguaia com 56 pacientes internados no ano de 2020, essa região está ao sul da região de Carajás, fazendo fronteira com esta, como pode ser observado no mapa dois do capítulo dois. Com isso, podemos analisar que, por essas duas regiões serem tão próximas, o número de pacientes seja maior, comparado as outras regiões mais distantes, como a Região Baixo Amazonas que está geograficamente distante da Região de Carajás e que teve o total de 04 pacientes internados no HMM durante o ano de 2020, sendo eles 02 vindo de Santarém, 01 de Prainha e 01 de Juruti.

Durante o ano de 2020, 69% das internações no HMM foram de pacientes que residem em Marabá, 5% de pacientes que residem em Itupiranga o que representa 210 internações, logo em seguida temos São Domingos do Araguaia com 109 internações o que equivale a 3% do total de internações, os outros 23% estão distribuídos entre outros municípios do estado. O gráfico a seguir irá mostrar o percentual de internações por regiões.

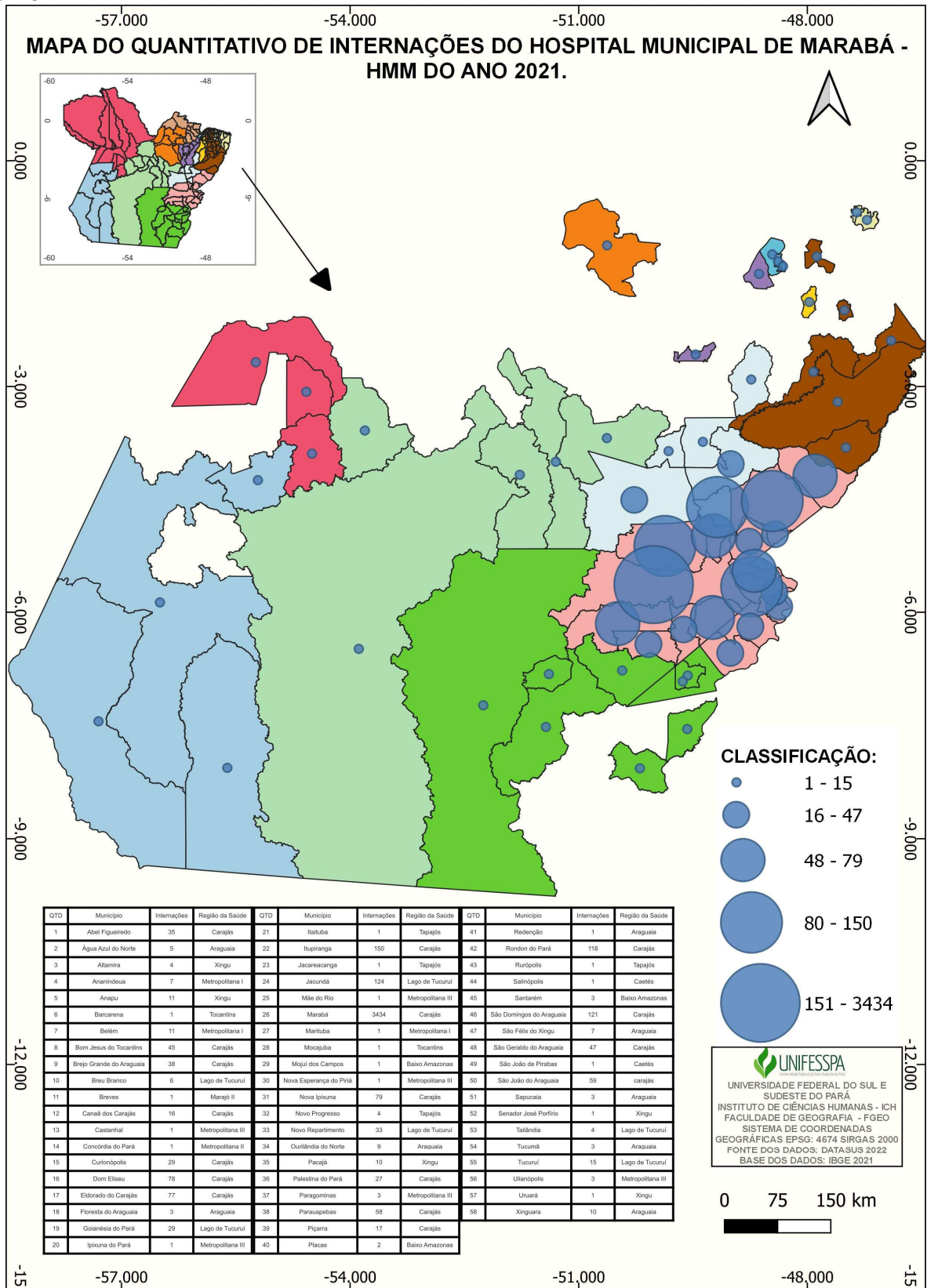
Gráfico 7 - Internações por regiões de saúde do Hospital Municipal de Marabá durante o período de 2020.



Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

O gráfico sete, apresenta o percentual de internações por regiões de saúde durante o ano de 2020, em primeiro lugar temos a região Carajás com 93,85% o que equivale a 4.044 pacientes, em segundo lugar temos a região Lago de Tucuruí com 3,13% o que representa 135 pacientes, seguindo, temos a região Araguaia com 1,30% referente a 56 pacientes, Xingu com 0,44% referente a 19 internações, Metropolitana I com 0,42% o que representa 18 internações, Metropolitana III com 0,35% que equivale a 15 pacientes, região Caetés com 0,16% referente a 7 internações, logo em seguida a região Metropolitana II com 6 pacientes que representam 0,14%, a região Baixo Amazonas com 0,09% referente a 4 pacientes, a região Tapajós com 0,07% referente a 3 internações e por último a região Tocantins com apenas 0,05% que representam 2 internações.

Mapa 14 - Quantitativo de internações por município no HMM referente ao ano de 2021.

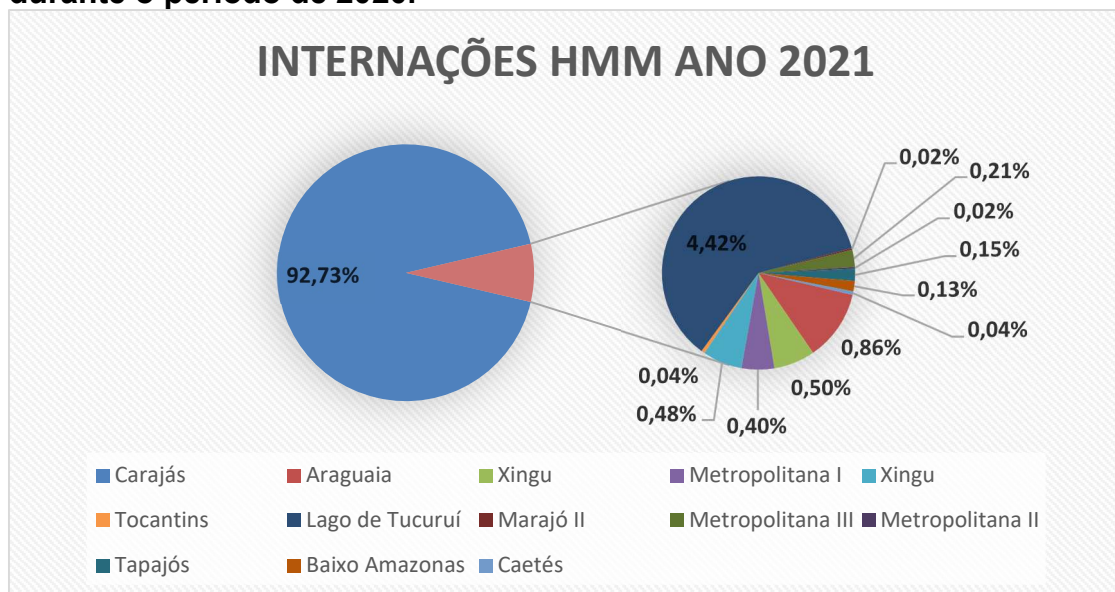


Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

Como mencionado anteriormente no ano de 2021, o mundo estava passando por uma pandemia, na qual a melhor forma de conter a doença era através do isolamento de pessoas, porém, pode-se observar que, ao invés de diminuir os números de internações como ocorreu no Hospital Materno Infantil, houve um aumento no Hospital Municipal de Marabá, desta forma, podemos analisar que no ano de 2019 houveram 4.956 internações, em 2020 4.309 e já em 2021 4.775, um aumento de 9% em relação ao ano anterior.

O município que mais teve internações no HMM, novamente é o município de Marabá com 72% das internações, em segundo lugar temos Itupiranga e Jacundá com 3%, em terceiro lugar temos São Domingos do Araguaia com 2%, os outros 20% está distribuído entre os outros municípios com porcentagens menores.

Gráfico 8 - Internações por regiões de saúde do Hospital Municipal de Marabá durante o período de 2020.



Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

Desta forma, o Gráfico oito representa o percentual de internações por regiões no ano de 2021 do HMM, através dele pode-se observar que, durante esse período ocorreram internações de treze regiões diferentes, aonde o maior volume foi da região de Carajás com 92,73% o que representa o total de 4.428 pacientes, em segundo lugar temos a região Lago de Tucuruí com 4,42% referente a 211 pacientes e em terceiro lugar temos a região Araguaia com 0,86% que equivale a 41 pacientes. Com tudo, podemos analisar melhor os três anos do HMM através dos gráficos a seguir.

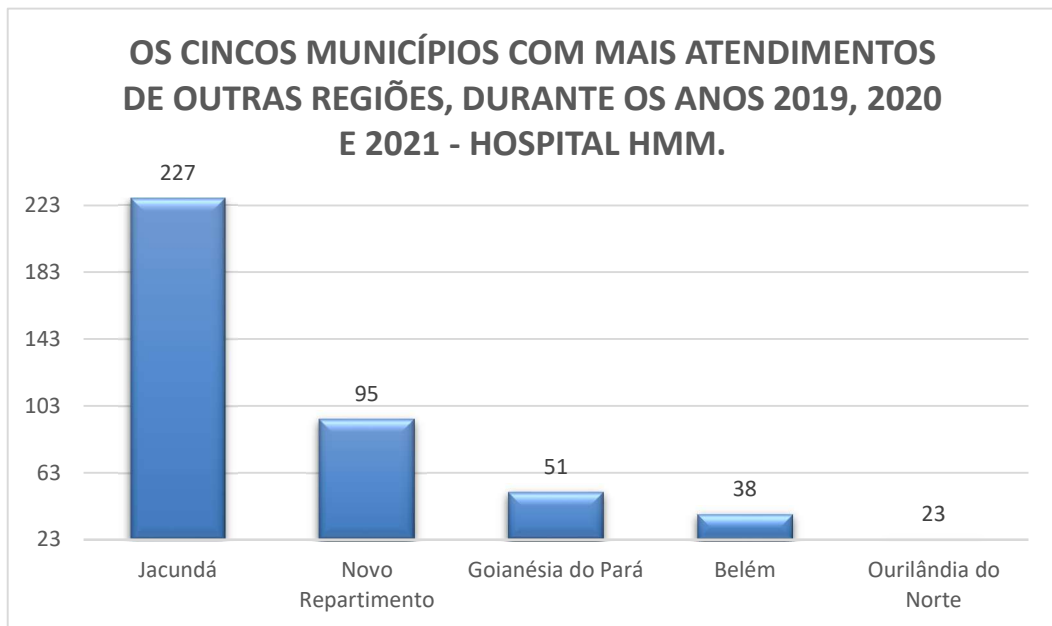
Gráfico 9 - Os municípios com mais atendimentos durante o período de 2019, 2020 e 2021 da Região da Saúde de Carajás – Hospital HMM.



Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

O gráfico nove representa os cinco municípios que mais tiveram internações somando os três anos, esses municípios fazem parte da região de Carajás, em primeiro lugar temos Marabá com 10.080 pacientes, em segundo Itupiranga que somando os três anos dá 541 pacientes internados, em terceiro temos São Domingos do Araguaia com 377, em quarto Rondon do Pará com 325 e por último Nova Ipixuna com 250 internações. E logo a seguir temos o gráfico dez na qual faz a mesma análise, porem com municípios que não fazem parte da região de Carajás.

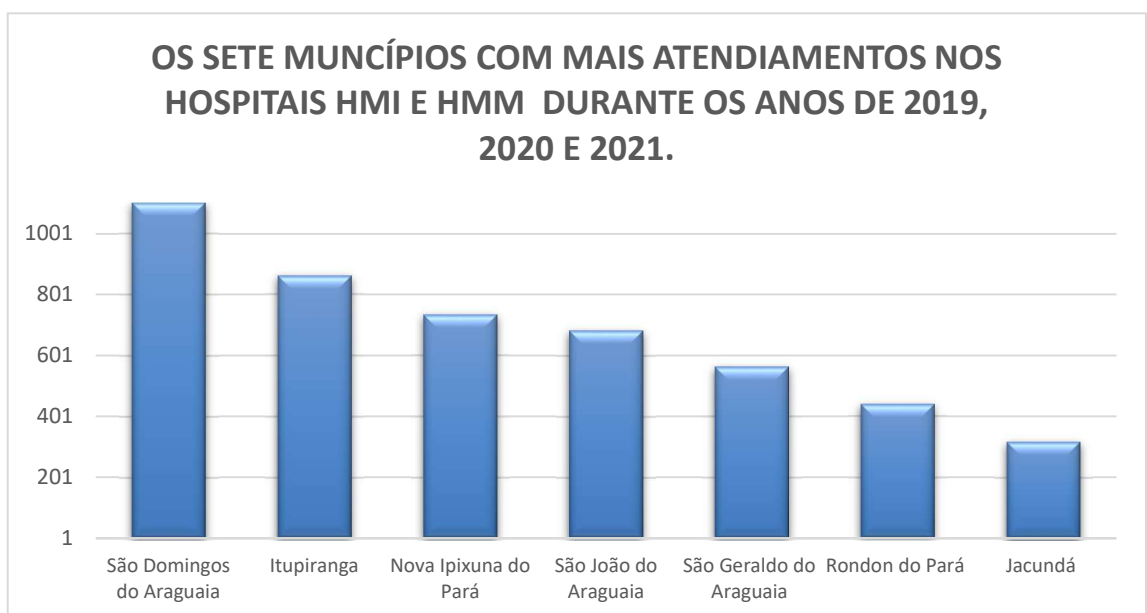
Gráfico 10 - Os municípios com mais atendimentos durante o período de 2019, 2020 e 2021 de outras regiões da saúde – Hospital HMM.



Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

No gráfico dez, os cinco municípios que não fazem parte da região de Carajás, mais que enviaram bastantes pacientes durante esses três anos é Jacundá, Novo Repartimento e Goianésia do Pará, todos os três municípios fazem parte da região Lago de Tucuruí, em quarto lugar temos Belém que faz parte da região Metropolitana I e em quinto lugar temos Ourilândia do Norte que faz parte da região Araguaia.

Gráfico 11 – Os sete municípios com mais atendimentos somando o total de atendimentos dos hospitais HMI E HMM durante os anos de 2019,2020 e 2021.



Fonte: DATASUS – Organização: Mansur, 2023.

Já o gráfico onze, reúne os dados dos três anos dos hospitais HMI e HMM somando o total de internações e assim classificando os sete municípios que mais tiveram pacientes internados nos hospitais sem levar em conta os dados do município de Marabá, com isso, em primeiro lugar temos São Domingo do Araguaia com 1.101 internações, Itupiranga com 861, Nova Ipixuna do Pará com 733, São João do Araguaia com 682, São Geraldo do Araguaia 562, Rondo do Pará com 439 e Jacundá com 318 pacientes internados. Através desses dados, podemos observar que os seis primeiros municípios fazem parte da região de Carajás e o sétimo que é Jacundá faz parte da Região Lago de Tucuruí.

Desta forma, com tudo que foi apresentado, pode-se observar que, a presença de pacientes de outras regiões da saúde no HMM é maior comparando com as do HMI durante o mesmo período, isso se deve, ao fato de que, o HMI é voltado apenas para gestantes e seus filhos, já o HMM recebe todos os tipos de pacientes, desde que, estejam dentro as normas estabelecidas pela unidade de saúde, por isso seu número é maior.

Durante esses três anos, tanto o Hospital Materno Infantil quanto o Hospital Municipal de Marabá, receberam vários pacientes vindos das mais diversas regiões de saúde do estado do Pará, com a análise dos mapas e gráficos, podemos concluir que a influência dos hospitais citados vai além da sua própria região de saúde, um grande exemplo disso é a região Lago de Tucuruí, que é a região que mais se tem internações em ambos os hospitais, desta forma, o mapa a seguir irá mostrar uma proposta do que poderia ser a configuração da divisão do território de Carajás com base na análise dos dados.

4 – Considerações finais

Abordar o processo de regionalização a partir do estabelecimento do SUS, destacando os hospitais HMI e HMM de marabá, requer um entendimento mais aprofundado do sistema de saúde e sobre as divisões regionais do estado do Pará. O conceito de região é claramente utilizado para a organização e planejamento do território. O SUS, utiliza deste recurso para garantir um ordenamento territorial, tendo como objetivo a garantia do acesso aos serviços de saúde, fazendo a delimitação do território, esse arranjo pode ser inter-regional ou local.

Com isso, o SUS é um sistema único e integral, tendo sua criação na década de 80, e considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sua criação foi assegurada pela constituição federal de 1988 no artigo 196. As ações e serviços do SUS devem ser regionalizadas e hierarquizadas, formando um sistema único, sendo o Estado o agente principal a prover as condições favoráveis para o seu funcionamento, visando sua equidade e integralidade.

Desta forma, é de responsabilidade dos municípios juntamente do estado, colocar em prática as diretrizes do SUS, com isso, o estado do Pará através da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará – SESPA, dividiu os municípios em treze regiões de saúde, com o intuito de organizar os municípios no território paraense, a divisão proposta pelo estado leva em conta a identidade cultural e social de cada região, transporte e comunicação. As regiões foram divididas a partir de estudos e levantamentos feitos pelo estado, visando as necessidades de saúde população.

Além das treze regiões de saúde, o estado do Pará, também criou os treze centros regionais de saúde, que tem a finalidade de administrar as treze regiões de saúde. As CRS são simplesmente escritórios da SESPA instalados em municípios de influência dentro das treze regiões de saúde, essa foi a forma que a Secretaria de Saúde conseguiu para descentralizar o poder que antes estava todo concentrado na sede da SESPA em Belém.

A vista disso, a região de saúde Carajás engloba dezessete municípios incluindo Marabá, que justamente é o mais preparado dentre eles em questão de estrutura hospitalar pública e privada, não é por outro motivo que o município foi um dos escolhidos para sediar uma das CRS da SESPA.

Com isso, através dos dados apresentados no capítulo três deste trabalho, conclui-se que o município de Marabá é de fato uma influência na saúde tanto dentro da sua região como para as outras regiões que estão localizadas ao seu redor, ambos os hospitais tiveram muitas internações ao longo dos três anos, sendo de pacientes da sua região como de outras regiões, o que mostra com clareza que a área de abrangência desses hospitais está além da sua própria região, um grande exemplo disso e a região Lago de Tucuruí que foi a segunda região que mais teve pacientes internados no HMI e no HMM ficando atrás apenas da região Carajás, isso deve ter ocorrido pelo fato da proximidade das duas regiões.

Referências

ALCANTARA, F, H, C. **As reformas legais e o processo de descentralização: aspectos jurídicos e políticos.** *Revista de Sociologia e políticas*, São Paulo, p. 19-39, 2011.

BARCELLOS, Christovam. **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**/Organizador Christovam Barcellos – Rio de Janeiro: ABRASCO.: ICICT: EPSJV, 2008. 384 p.:il., 23cm. – (Saúde Movimento; n.6).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 24/06/2023.

BRASIL. **Lei complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 21/07/2023.

BRASIL. **Lei no 12.466, de 24 de agosto de 2011.** Acrescenta artigos 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm. Acesso em: 20/07/2023.

BRASIL. **Lei 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 Inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 20/07/2023

BRASIL. **Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 24/06/2022.

CHRISTALLER, W. **Central places in Southern Germany.** London: Prentice hall, 1996.

Conheça o ranking dos municípios “vilões” do HMM. **Correio**, 07 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://correiodecarajas.com.br/conheca-o-ranking-dos-municipios-viloes-do-hmm/>. Acesso em: 19/09/2023.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Região e Organização espacial**. São Paulo: Editora Ática, 2003. 7ª ed. Série Princípios.

COSTA, Rogério Haesbaert da. **Regional-global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea**/Rogério Haesbaert. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. ISBN 978-85-286-1445-9.

Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508. **Brasil**, 29 de setembro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html. Acesso em: 09/06/2023.

GIL, Antônio Carlos et al. **Regionalização da Saúde e Consciência Regional**. Hygeia. Revista brasileira de Geografia Médica e da Saúde-ISSN, 2006.

GUIMARÃES. Raul Borges. **Regiões de Saúde e Escalas Geográficas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1017-1025, jul-ago, 2005.

HAESBAERT, R. **Regional-Global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea**. Rio de Janeiro: Bertrand brasil, 2010.

HMI e HMM são referências em atendimento para mais de 1,2 milhão de pessoas. **Prefeitura Municipal de Marabá**, 28 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://maraba.pa.gov.br/hmi-e-hmm-sao-referencias-em-atendimento-para-mais-de-12-milhao-de-pessoas/>. Acesso em: 20/09/2023.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

Plano Plurianual 2020-2023 do Governo do Estado do Pará / Secretaria de Estado de Planejamento. – Belém: Diretoria de Planejamento, 2019. 3v.:il. Belém, 2019. Disponível em: <https://seplad.pa.gov.br/plano-plurianual-ppa/>. Acesso em: 22/07/2023.

SANTANA, Paula. **Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-estar**. Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra Universitys Press, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Paula-Santana/publication/270448403_Introducao_a_Geografia_da_Saude_Territorio_Saude_e_Bem-Estar/links/550c5c60cf275261095e6ee/Introducao-a-Geografia-da-Saude-Territorio-Saude-e-Bem-Estar.pdf. Acesso em: 16 de outubro de 2023.

SANTOS, Lenir. **Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS**. Campinas, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>. Acesso em: 20 de julho de 2022.

SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1985.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**.4. ed. São Paulo: Hucitec,1900.

SESPA. Secretaria de Saúde Pública. Plano Estadual de Saúde do Pará. 2019. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/download/plano-estadual-de-saude-2020-2023/> Acesso em: 22/07/2023.

