



**Eixo Temático: O Papel das Políticas Públicas na Gestão do Território**

Helena Cristina Moreira Valente

Erika Vanessa Moreira Santos

**Reflexões sobre as Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro**

*Reflections on the Health Regions of the state of Rio de Janeiro*

*Reflexiones sobre las Regiones Sanitarias del estado de Río de Janeiro*

## RESUMO

Buscou-se com esse trabalho compreender a regionalização de saúde como instrumento de política pública em especial as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro. Para isso se utilizou do método de interpretação e diálogos dos textos como Corrêa (1986) e os textos da disciplina como, Haesbaert (2014), Gomes (1995), Unwin (1995), Peet (1998). A política de saúde perpassa as regionalizações como instrumento a partir da Constituição de 1988 e Lei 8080 de 1990. As Regiões de Saúde perpassa principalmente a geografia teórico-quantitativa (Gomes, 1995) pela definição dos seus critérios realizados por modelos matemáticos e também pela geografia crítica no que se refere as identidades socioeconômicas e culturais da região imersa na discussão de possuídos e possuidores no processo de oferta e demanda de uma região. Esse panorama recai sobre as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro (RSRJ) que a partir de 2001 passam a valer no estado trazendo singularidades em relação as demais regionalizações. Logo a RSRJ não foi institucionalizada sem um contexto histórico tanto administrativo quanto geográfico. Além disso, suas características os tornam diferentes de outras regionalizações mesmo que haja sobreposições.

**PALAVRAS-CHAVE:** Regionalização de Saúde; Pensamento Geográfico; Políticas de Saúde.

## SUMMARY

*This work sought to understand health regionalization as an instrument of public policy, especially the health regions of the state of Rio de Janeiro. To do this, we used the method of interpretation and dialogues of texts such as Corrêa (1986) and texts from the discipline such as Haesbaert (2014), Gomes (1995), Unwin (1995), Peet (1998). Health policy permeates regionalizations as an instrument from the Constitution of 1988 and Law 8080 of 1990. Health Regions mainly permeates theoretical-quantitative geography (Gomes, 1995) through the definition of its criteria carried out by mathematical models and also by geography critical regarding the socioeconomic and cultural identities of the region immersed in the discussion of possessed and possessors in the process of supply and demand in a region. This panorama affects the health regions of the state of Rio de Janeiro (RSRJ), which from 2001 onwards came into force in the state, bringing singularities in relation to other regionalizations. Therefore, the RSRJ was not institutionalized without a historical context, both administrative and geographical. Furthermore, their characteristics make them different from other regionalizations even if there are overlaps.*

**KEYWORDS:** Health Regionalization; Geographical Thinking; Health policies.

## 1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como objetivo compreender a regionalização de saúde como instrumento de política pública em especial as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro. A regionalização de saúde se torna fundamental desde a Lei 8080 de 1990 que é a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) e é pela primeira vez reforçada a partir das Normas Operacionais de Assistência de Saúde (NOAS) de 2001 e no estado do Rio de Janeiro acompanha essa normativa tendo posteriormente do Pacto de Saúde de 2006, reformando seus critérios em 2009.

Para melhor compreender a regionalização de saúde, a metodologia

perpassa por um panorama teórico a partir do método de interpretação para suscitar possíveis reflexões sobre a temática da saúde na geografia e como instrumento de políticas públicas de saúde. Assim, se realizou um levantamento bibliográfico como Haesbaert (2014), Gomes (1995), Unwin (1995), Peet (1998) e as normativas de saúde como as NOAS, a Lei 8080 de 1990 e demais normatizações, a partir desse levantamento foi elaborado possíveis discussões acerca da temática dividida em três momentos.

No primeiro momento, realiza-se discussões de descentralização do poder e novas organizações de diversas áreas incluído a saúde. Com a Constituição de 1988, fica evidente o papel das políticas públicas de saúde em especial o SUS que se inicia em 1990, trazendo o panorama das políticas e normativas adotadas. O segundo momento traz o olhar do pensamento geográfico para essa regionalização que a princípio possui uma divergência entre o que é resultado administrativo e o outro geográfico.

Nesse sentido, região é um dos cinco conceitos chaves da geografia (Haesbaert, 2014) possui características próprias e um apreço pelos seus pesquisadores que hora ressaltam o prestígio da região, hora a vê como um obstáculo (Lacoste, 1988). Nesse trabalho, o conceito de região possui destaque des de suas atribuições na geografia como ciência geral ou ciência particular (Gomes. 1995), passando principalmente pelas correntes do pensamento geográfico. O trabalho não conseguirá abordar todos os autores e correntes com profundo detalhe, porém segue o esforço de compreender a Região de Saúde do estado do Rio de Janeiro dentro desse cenário.

A terceira parte desse trabalho retrata especificamente o que são as Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro e suas especificidades. A Região de Saúde foi instituída a partir do Pacto de Saúde de 2006 e retomada na Lei nº 7508/2011, de âmbito nacional, as regiões de saúde foram institucionalizadas a partir das Microrregiões e Mesorregiões Geográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Porém, o estado do Rio de Janeiro (ERJ), optou por uma regionalização própria apresentada no plano diretor estadual em 2001 e oficializada no encontro de Acolhida aos Secretários Municipais de Saúde de 2009. Logo, a diferenciação entre as duas regionalizações a instância federal e estadual tomam a curiosidade das suas formações e características.

## 2 REGIÃO DE SAÚDE NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

No Artigo 198 da Constituição Federal, que trata do SUS, ficou estabelecido que

“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: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade” (BRASIL, 1988, p. 119).

Segundo Weigelt (2006), essa ideia de descentralização foi respaldada por dois acontecimentos, o fim do regime militar em 1985 e a insustentabilidade do modelo Estado de Bem Estar Social (*Welfare States*) nos Estados Unidos da América no fim dos anos 1970. O Estado intervinha nas relações sociais, na organização e produção dos bens e serviços a sociedade e nas demais atividades econômicas. A crise desse modelo surge em razão da crise do emprego, demandas dos serviços públicos, a globalização, a epidemiologia, entre outros fatores.

Já no Brasil, o regime militar, se encerrando em 1985, foi marcado por um modelo autoritário e de intervenção estatal profunda na sociedade, principalmente da ciência geográfica baseada nos modelos matemáticos e moldes estatísticos.

Em 1988, homologada a Constituição Federativa do Brasil que respaldava o modelo federativo como alternativa para a descentralização e a distribuição do poder pelos entes federativos, a União, os estados e os municípios. Porém, é precipitado considerar o federalismo como sinônimo da descentralização, afetando diretamente as políticas sociais de saúde (WEIGELT, 2006).

No caso brasileiro, o federalismo parte da União com o poder mais centralizado e que esse mesmo poder é distribuído para os entes federados, sem eliminar o poder central saúde (WEIGELT, 2006). O que se espera, é um sistema

federalista cooperativo entre os poderes para diversos assuntos socioeconômicos e culturais através de programas conjuntos que possui a mesma finalidade como o caso financeiro. Ressaltando que, esse sistema não visa um Estado mínimo, mas um Estado necessário e flexível capaz de diversificar e descentralizar em direção ao local e o regional saúde (WEIGELT, 2006).

Alguns pesquisadores ressaltam a confusão entre descentralização, democratização e participação, como se a descentralização por si só tivesse força necessária para frear o autoritarismo, democratizar a sociedade e ampliar a participação dos cidadãos saúde (WEIGELT, 2006). A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990 assegura a participação social na execução e controle das políticas de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde, NOAS de 2001 e NOAS de 2002 estabelecem o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade na atenção à saúde da população, assim como a garantia de acesso a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

As microrregiões de saúde, proposta de regionalização da assistência à saúde das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS, 2001) fazem um movimento de descentralização/centralização, já que, as Normas Operacionais que orientam as funções e competências das três esferas de governo no que se refere à gestão, organização e prestação dos serviços de saúde. Vale ressaltar que as normas da década de 1990 partiu a princípio a partir da municipalização, mas com a mudança para a região estimulou o papel das Secretarias Estaduais de Saúde, (re) centralizando o processo.

Para entender a escala temporal dessas transformações entre NOAS, Pactos de Saúde, Planos de Regionalização, Albuquerque e Viana (2015) propõem três fases a partir de concepções metodológicas e conceituais, critérios e instrumentos de planejamento:

A primeira fase “Região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas” (ALBULQUERQUE; VIANA, 2015) de 2001 a 2005 marcada principalmente pelas NOAS 2001 e 2002. A região de saúde parte de uma base

territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado (ALBULQUERQUE; VIANA, 2015). A região tinha como objetivo ampliar o acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção e descentralizar as ações e serviços em saúde. Os desenhos regionais eram feitos a partir de Macrorregiões e/ou microrregiões de saúde ou módulos assistenciais realizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde ou pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (ALBULQUERQUE; VIANA, 2015).

A segunda fase de 2006 a 2010 é marcada pelo Pacto de Saúde de 2006, denominada “Região negociada com redes integradas e regionalizadas” (ALBULQUERQUE; VIANA, 2015). A região como recortes territoriais de espaços geográficos contínuos, não necessariamente coincidentes com a divisão administrativa do estado (ALBULQUERQUE; VIANA, 2015). A região tinha como objetivo atender às demandas das populações dos municípios, garantir o acesso, a equidade e a integralidade, diminuir as desigualdades socioespaciais de universalização da saúde, superar os limites do modelo de descentralização municipalista da saúde e fortalecer o papel dos estados no planejamento e na coordenação e cooperação intergovernamental (ALBULQUERQUE; VIANA, 2015). Os desenhos regionais eram livres produzidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Colegiados de Gestão Regional (CGR), CIB e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), este último apenas em casos de regiões de fronteira internacional (ALBULQUERQUE; VIANA, 2015).

A terceira e última fase corresponde aos anos de 2011 até o presente, denominada “Região negociada e contratualizada com redes de atenção à saúde” tem como marca a Portaria 4.279/10 e o Decreto Presidencial 7.508/11 (ALBULQUERQUE; VIANA, 2015). A região de saúde é conceituada como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes (ALBULQUERQUE; VIANA, 2015). Tem como objetivo integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde e associar planejamento e orçamento a partir da região como referência para transferência de recursos entre os entes federados (ALBULQUERQUE; VIANA, 2015). O desenho regional é livre desde que garantam a oferta mínima de ações e serviços de saúde é realizado pelas Secretarias Estaduais de Saúde,

Secretarias Municipais de Saúde, CIT apenas no caso de fronteira internacional e para a discussão das diretrizes de regionalização, CIB e a Comissão Intergestores Regional (CIR) que substitui os CGR (ALBULQUERQUE; VIANA, 2015).

A maior diferença entre essas fases são primeiramente as definições a região de saúde como planejamento da atenção de saúde para espaços geográficos contínuos que perpetua entre a segunda fase e a terceira fase. Os objetivos no primeiro momento de ampliar o acesso a saúde em todos os níveis de atenção e o foco na descentralização. No segundo momento muitos objetivos são atribuídos entre eles os pilares do SUS como universalidade, equidade e integralidade, a superação do modelo descentralizador anterior, as desigualdades sociais e fortalecimento do papel dos estados. Já no terceiro momento a organização, planejamento e integração para o melhor acesso a saúde como também é afirmado no segundo momento.

Por fim, as diferenças entre os desenhos regionais primeiro relacionados as microrregiões e mesorregiões geográficas e passo o segundo e terceiro momento como desenho livre com ênfase na garantia de oferta de saúde a população. Além disso, a cada fase novas entidades governamentais vão se ocupando no lugar de organizar todas as informações já faladas aqui. No começo apenas as Secretarias Estaduais de Saúde ou a CIB, depois ampliando cada vez mais

Uma alternativa para melhorar a relação entre municípios, estados e União configura Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, como está ilustrado na figura 1, elaborado por Weigelt (2006, p. 63)

Figura 1 – Estrutura Institucional e Decisória do Sistema Único de Saúde

	Gestor	Comissão Intergestores	Colegiado Participativo
Nacional	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite	Conselho Nacional
Estadual	Secretarias Estaduais	Comissão Bipartite Estadual	Conselho Estadual
		<b>Comissão Bipartite Regional</b>	<b>Conselho Regional</b>
Municipal	Secretarias Municipais		Conselho Municipal

Fonte: elaborada a partir das orientações do Ministério da Saúde.

Fonte: Retirado de Weigelt (2006, p. 63)

A Figura 1 retrata o quão dividido está a estrutura da instituição do SUS a partir dos três entes federativos. A CIT é formada a 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 (CONASEMS) (WEIGELT, 2006). Na CIT tem como finalidade produzir diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS (WEIGELT, 2006). Já a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é formada a nível estadual por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo CNASEMS (WEIGELT, 2006).

Essa organização também respalda nos repasses orçamentários, no caso o governo federal repassa valores aos estados e municípios individualmente ou o estado recebe o repassa aos municípios, logo, a região não possui um destino orçamentário próprio, apenas ocorre entre os entes (WEIGELT, 2006). Como são realizados os movimentos de integralidade entre municípios, estados, regiões na distribuição de pacientes, insumos, recursos humanos e materiais. A má organização desses prejudica todo o sistema de funcionamento e gestão do SUS, afetando diretamente milhões de usuários do sistema de saúde. Isso ocorre principalmente quando há conflitos de interesse e planejamento entre os gestores dos entes federativos (WEIGELT, 2006).

Portanto, segundo Weigelt (2006), a regionalização não significa apenas distribuir espacialmente as ações e os serviços de saúde, mas também, organizá-los através de suporte técnico, de recursos humanos e materiais e ação coordenada. Caso isso não ocorra, pode ocorrer duplicidade de meios para fins idênticos e/ou deixar de prover serviços onde os mesmos se fazem necessários, criando-os onde não há necessidade (WEIGELT, 2006).

Além dos conselhos nacionais, estaduais e municipais como colegiados participativos, o autor grifa a onde fica localizado a comissão regional e o conselho regional que estão na esfera estadual com participação dos municípios (WEIGELT, 2006). Como se a região fosse uma mesoescala entre o estadual e o municipal. A região se torna mais um instrumento político administrativo do que uma região baseada nos conceitos geográficos como sera tratado no próximo momento.

### **3 REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: O PENSAMENTO GEOGRÁFICO COMO CONTEXTO**

Partindo da ideia de que nas Regiões de Saúde do Rio de Janeiro, organizadas em 2001, foi utilizado o conceito de região como uma construção mental de uma organização por diferenciação de áreas, conforme defende Hartshorne (Unwin,1998 *idem* Hartshorne,1959), Peet (1998), Corrêa (1986) e Gomes (1995), é possível afirmar que, a regionalização da saúde no estado fluminense pode ser interpretada pela sua seletividade de critérios que a faz se distinguir das demais regionalizações anteriores a ela, como as Mesorregiões e Microrregiões Geográficas de 1989.

A Região de Saúde, nesse sentido, parte de uma organização de redes de infraestrutura de comunicação e transporte para atingir uma integração dentro de um recorte espacial em que as características socioeconômicas e culturais dos municípios limites seja levada em consideração (BRASIL, 2006). Assim, promover ações e serviços de saúde segundos os princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade.

Esse contexto, faz com que o planejamento e sua execução sejam levados em consideração pela suficiência dessa regionalização. Essa suficiência é considerada na regionalização do Rio de Janeiro, baseada nos estudos de

2009 de oferta de serviços, demandando a adição do critério “grau de suficiência da regionalização” (SESRJ, 2017, p.1). Esse critério que diferencia as Regiões de Saúde proposta de regionalização do governo federal para a regionalização a nível estadual.

O “grau de suficiência”, é segundo o dicionário de Oxford (2020) o termo “grau” pode significar uma ordem classificatória, nível, relação entre superiores e inferiores numa série de dados. Essa ordem classificatória pressupõem uma relação matemática de modelos matemáticos como a média aritmética do estudo de oferta realizado em 2009. Ao mesmo tempo que relembra os modelos matemáticos da corrente teórico-quantitativo ou nova geografia (Unwin, 1998).

Aparece em sua definição a relação de uma série de superiores e inferiores o que pode estar relacionado com a corrente da Geografia Crítica quando é priorizado a desigualdade espacial entre possuídos e despossuídos (Gomes,1995). Porém, a região de saúde prioriza, em sua definição, a oferta da infraestrutura e não prioriza a sua demanda. Ou seja, quem possui ou não possui o acesso as ações e serviços de saúde dentro do estado do Rio de Janeiro.

Além disso, a regionalização parte de uma região como um instrumento analítico ou recurso metodológico desenvolvido pelo Estado em que pelas suas coesões ou coerências espaciais produzem articulações dinâmicas e diferenciadas no espaço (Haesbaert, 2014).

Por mais, o Estado vê as Regiões de Saúde como uma tentativa de ação e controle de modo a realizar a proposta dessa regionalização de integralidade (Corrêa, 1986). Assim, o controle de um poder central, o Estado, frente a um espaço diversificado, as regiões, que produz desigualdade (Gomes, 1995).

A discussão entre a geografia geral e a geografia do singular, um referente as leis gerais e outra partindo das áreas singulares. Presente nessa regionalização em específico a busca da diferenciação das singularidades regionais para se formar uma região, ao mesmo tempo uma tentativa a posterior de alcançar uma uniformidade regional para se referir ao acesso a saúde dentro do Rio de Janeiro. Nota-se, o fundamento da argumentação utilizada por Haesbaert (Gomes, 1995) de conceber os dois métodos regionais como complementares.

Sobre a discussão entre região homogenia e região funcional. Acreditamos que, seja mais afinidade pela concepção de região funcional. Já

que, a Região de Saúde leva em conta das múltiplas relações da região diferenciada, porém tendendo a uma uniformidade quando a região engloba municípios que mesmo com relações socioeconômicas continua ocorrendo despossuídos e possuídos. Entretanto, visto como partes de uma mesma região com um único diagnóstico (SESRJ, 2017).

Vale ressaltar também que, pode ocorrer sobreposições entre regionalizações (Haesbaert, 2014). No caso das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e as Mesorregiões Geográficas fluminenses, isso ocorre com certa frequência se analisado por exemplo regiões de mesmo nome, como a Mesorregião Geográfica do Norte Fluminense e a Região de Saúde Norte. Nessas regionalizações, todos os nove municípios sofrerem sobreposição, exceto Cardoso Moreira. Entretanto, mesmo com um município não se sobrepondo, valoriza a questão dos demais estarem sobrepostos.

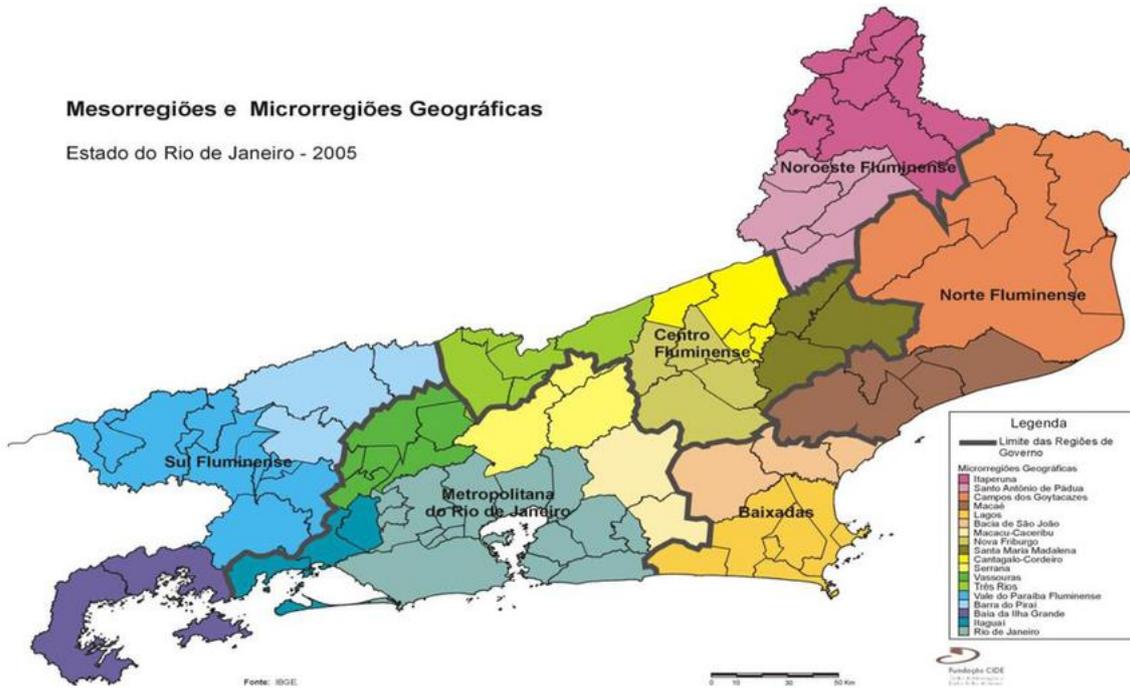
#### **4 AS REGIÕES DE SAÚDE NO BRASIL: O CASO DAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

As Regiões de Saúde no Brasil foram planejadas em 2006 com o Pacto de Saúde, já com a criação e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1990 pela Lei 8080/90. A principal característica dessa regionalização era a manutenção do recorte espacial das Mesorregiões Geográficas e Microrregiões Geográfica elaborada pelo IBGE em 1989 como representado na figura 2:

Figura 2 – Mapa das Microrregiões e Mesorregiões Geográficas do estado do Rio de Janeiro

## Mesorregiões e Microrregiões Geográficas

Estado do Rio de Janeiro - 2005



Essa regionalização de 1989 tem como objetivo de agir no movimento de descentralização do poder e a autonomia das unidades federativas, depois da homologação da Constituição Federal de 1988. Com os critérios socioeconômicos e ambientais para essa regionalização (MAGNAGO, 1995).

O Pacto de Saúde de 2006 (2006, p. 19) aponta de modo geral o que são as Regiões de Saúde para a efetivação organizativa do SUS:

“As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território” (BRASIL, 2006, p.19).

Assim, é notório ver a semelhanças entre as regionalizações principalmente nos critérios socioeconômicos. Porém há uma característica que destaca em 2006, o peso das redes de comunicação e infraestrutura das regiões de Saúde. O que será reforçado pelo Lei nº 7508/2011 pelo Artigo 2 e Resolução 1 (2011. p. 1).

“Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios

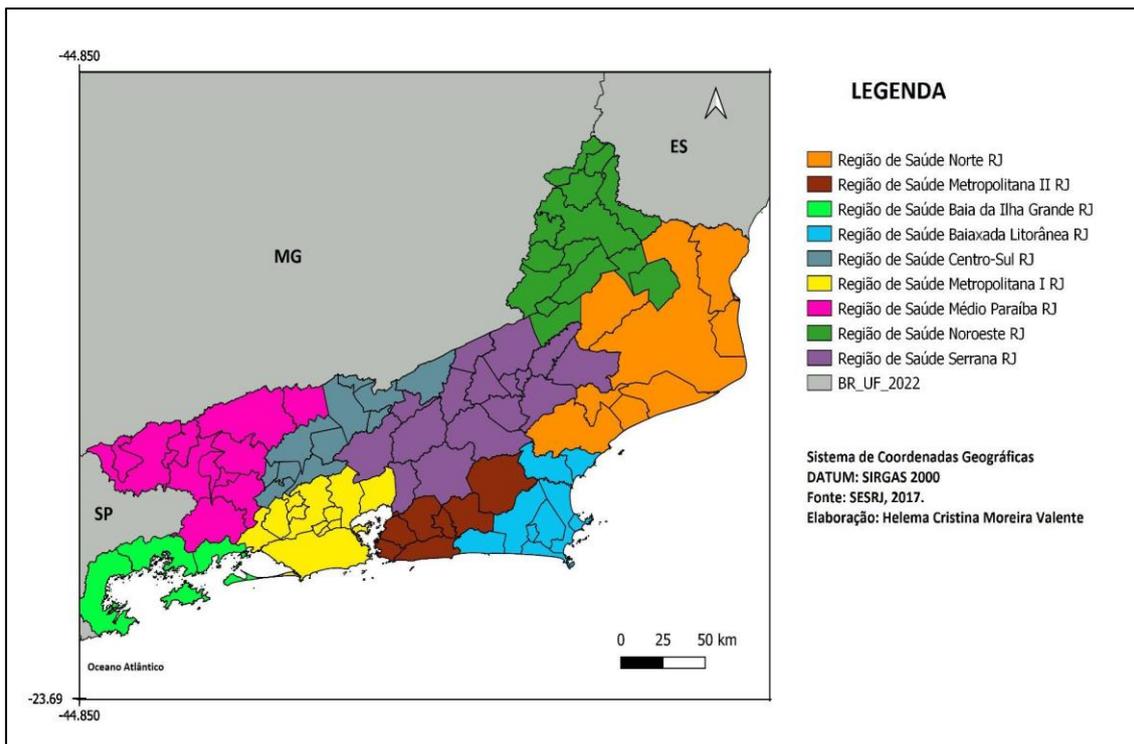
limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011, p. 1)

Nota-se, então, a correspondência entre a definição determinada pelo Pacto de Saúde de 2006 e pela Lei nº 7508/2011. Já nos objetivos da Regiões da Saúde foram melhor compilados em três grandes objetivos trazidos pela Lei de 2011 no Artigo 3 (2011, p. 1), já reforçados pelo Pacto de Saúde, principalmente garantir: o acesso de qualidade por ações e serviços organizados em redes de atenção à saúde e sua integralidade; descentralização de ações e serviços da saúde promovendo a solidariedade; racionalidade de gastos e recursos financeiros para reduzir as desigualdades locais e regionais. Assim, com esses objetivos as Regiões de Saúde federais são formadas.

Esses objetivos se mantem na configuração das Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro (RSRJ), porém no plano diretor é acrescentado mais um, que não é evidenciado pelas leis anteriormente mencionadas. As RSRJ devem ser elaboradas a fim de garantir grau de suficiência das regiões. Além disso, as Regiões de Saúde não seguem os padrões da regionalização de 1989. Como o ERJ não segue a regionalização do Pacto de Saúde, eles traçaram, como justificativa de definição dessa regionalização, dados secundários da oferta de serviços desde a atenção básica até a atenção de alta complexidade de 2009, tendo como foco a priorização da Atenção Primária. Além disso foi analisado do fluxo migratório intermunicipal e inter-regional das internações pela oferta de serviços em Média e Alta Complexidade (SESRJ, 2017).

Com toda essa justificativa estabelecida foram criadas nove Regiões de Saúde, sendo: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana como representado na figura 3:

Figura 3 – Mapa das Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro



Fonte: SESRJ, 2017

## 5 CONCLUSÃO

Espera-se com esse trabalho tenha sido importante para suscitar a reflexão e contribuído com a discussão das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro a luz do pensamento geográfico e de sua formação como instrumento da política pública.

Dito isso, alguns resultados acerca das fases de políticas públicas e normativas de saúde construíram e constroem como que a regionalização é uma peça chave para o planejamento e gestão do SUS. Suas diferentes concepções ao longo dos períodos mostram que a região não é um conceito estanque e pode ser frequentemente revisitado quando necessários a partir de novas características e metodologias de coleta de informações.

A região de saúde mesmo não tendo repasses do governo de modo direto é potente na questão da integração e área de conflitos de interesses entre os entes federativos, dentre eles, o papel do estado como articulador com os demais municípios. Esse jogo de disputas não deve abater os laços cooperativos entre município e estado e entre os municípios pertencentes às suas regiões.

As Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro estão entrelaçados principalmente nos estudos da Geografia Crítica em especial por meio da oferta

de serviços e ações de saúde que buscam nas regiões um caráter integralizante de despossuídos e possuidores. Porém, com certos aspectos ainda com características matemáticas do período da Geografia Teórica-Quantitativa.

Vale destacar também que as importâncias dos critérios utilizados pelo poder central que articula quais critérios devem ser colocados com uma finalidade prevista. Como visto esses critérios também podem ser mutáveis como a relação entre o Pacto de Saúde de 2006 e sua regionalização e as Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro dependendo também da realidade de cada estado.

A região vista como o estudo da ciência do singular e como a diferenciação de áreas possui um método e análise própria em relação a seus estudos idiográficos. Que mesmo se destacando nessa visão, pode ocorrer complementariedade com os estudos da ciência do geral ou dos nomotéticos. A aproximação da Região de Saúde como região funcional e as sobreposições entre regionalizações pode ser um caminho no futuro de se pensar a região, como algo mutável de diferentes concepções e critérios, podendo ter coesões entre elas ou não.

## 2.2 REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n sl., p. 28-38, dez. 2015.
- BIAZZO, P. P. Trajetórias Institucionais e as Regionalizações Oficiais do Estado do Rio de Janeiro. **Ensaio de Geografia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 91-114, 2012.
- BRASIL,. **Diretrizes Operacionais: pactos pela vida em defesa do sus e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Volume 1.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Normas Operacionais de Assistência a Saúde (2001). **Portaria nº 95, de 2001**. Brasília, 26 jan. 2001.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7508&ano=2011&ato=16fgXUE9UMVpWT875>. Acesso em: 22 abr. 2021.
- BRASIL. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 30 mar. 2021.
- CORRÊA, R. L. **Região e Organização Espacial**. São Paulo: Ática, 1986.
- GOMES, P. C. C. O conceito de região e sua discussão. In: CASTRO, et al. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil Ltda, 1995. Cap. 2. p. 49-76.

GRAU. In: OXFORD, **Dicionário Online em Português**. São Paulo: Oxford Brasil, 2020.

HAESBAERT, R. **Viver no limite: território e multi/transterritorialidade em tempos de insegurança e contenção**. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand, 2014

LACOSTE, Y. **A geografia: isso serve, em primeiro lugar para fazer guerra**. Tradução Maria Cecília França – Campinas, SP: Papyrus, 1988.

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

PEET, R. Introduction: geography, philosophy, and social theory. In: PEET, R. **Modern geographical thought**. Malden: Blackwell Publishers Ltd, 1998. Cap.1. p. 1-33.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SES RJ). **O processo de Regionalização no Estado do Rio de Janeiro**. 2017. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao-/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 21 jul.2021.

WEIGELT, L. D. **Política Pública de Saúde: um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do vale do Rio Pardo - RS**. 2006. 227 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2006.