

**DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE UNIDADES DE SAÚDE E CONDIÇÕES DE VIDA URBANA NA
REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO**

**SPACIAL DISTRIBUTION OF HEALTH UNITS AND LIVING CONDITIONS IN THE
METROPOLITAN REGION OF RIO DE JANEIRO**

Gilson Jácome dos Reis

Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz,
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ
gilson_jacome@yahoo.com.br

Mariana Vercesi de Albuquerque

Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz
mariana.vercesi@gmail.com

Luciana Dias de Lima

Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz
luciana@ensp.fiocruz.br

RESUMO

A distribuição espacial de estabelecimentos segundo níveis da atenção é um aspecto central para a compreensão do acesso a serviços de saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar a localização de estabelecimentos do Sistema Único de Saúde, segundo padrão espacial de condições de vida urbana e níveis de atenção na região metropolitana do Rio de Janeiro. Foi utilizado o Índice de Bem-Estar Urbano para mensurar as condições de vida e as desigualdades socioespaciais na região. As unidades de saúde foram georreferenciadas e contabilizadas por áreas de ponderação, estratificadas segundo categorias de bem-estar urbano. Procurou-se verificar as mudanças na oferta de serviços considerando os anos de 2010, 2012, 2015 e 2018. Os resultados mostram desigualdades intrametropolitanas e variações do número de unidades de saúde. As unidades de atenção primária à saúde se concentram em lugares de baixas condições de vida urbana, mas houve aumento de 90% no estrato com melhores condições. Os hospitais se concentram em locais privilegiados e, durante o período, houve redução de 100% de hospitais no estrato mais carente. As tendências observadas evidenciam convergências entre as desigualdades urbanas e de oferta de serviços de saúde e sua reprodução no espaço urbano metropolitano do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Condições sociais. Iniquidades em Saúde. Cidades. Serviços de saúde.

ABSTRACT

The spatial distribution of establishments according to levels of care is a central aspect for understanding access to health services. The objective of this work was to analyze the location of Unified Health System establishments, according to spatial patterns of urban living conditions and levels of care in the metropolitan region of Rio de Janeiro. The Urban Well-Being Index was used to measure living conditions and socio-spatial inequalities in the region. The health units were georeferenced and accounted for by weighting areas, stratified according to urban well-being categories. The changes in the provision of services were verified, considering the years 2010, 2012, 2015 and 2018. The results show intrametropolitan inequalities and variations in the number of health units. Primary health care units are concentrated in places with poor urban living conditions, but there was a 90% increase in the stratum with better conditions. Hospitals are concentrated in privileged locations, and, during the period, there was a 100% reduction in hospitals in the neediest stratum. The trends observed highlight convergences between urban inequalities and the provision of health services and their reproduction in the metropolitan urban space of Rio de Janeiro.

Keywords: Social conditions. Health inequities. Cities. Health services.

INTRODUÇÃO

As cidades brasileiras apresentam importantes desigualdades socioespaciais de condições de vida urbana. A distribuição espacial desigual de benefícios urbanos – entendidos enquanto recursos coletivos da sociedade – pode contribuir para aumentar o poder de grupos sociais e limitar as possibilidades de outros que sofrem com a escassez e dificuldades de acesso a esses benefícios, reduzindo as possibilidades de melhoria de suas condições de vida. Os grupos sociais que mais se apropriam dos recursos coletivos urbanos são aqueles que pertencem às posições mais elevadas da hierarquia social: brancos, com maior escolaridade e maior renda (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013).

Harvey (1988) argumenta que a forma espacial e os processos sociais urbanos influenciam a renda, os valores das propriedades, a disponibilidade e a acessibilidade dos indivíduos aos recursos coletivos. A distribuição concentrada e seletiva de recursos nos lugares gera e reproduz as desigualdades, devido aos diferenciais de proximidade e custo para uso dos serviços no espaço urbano (SANTOS, 2009). Existe, portanto, uma associação entre a organização espacial urbana de um lado; e a renda e a acessibilidade a recursos coletivos de outro. A determinação do valor de salários, por exemplo, é um processo influenciado pela localização das oportunidades de emprego no espaço urbano, fazendo com que aspectos relativos à mobilidade e local de moradia provoquem um diferencial sobre a renda dos indivíduos.

Estudo sobre a distribuição espacial de equipamentos públicos em favelas cariocas aponta para uma concentração de estabelecimentos de saúde, de educação e outros equipamentos sociais em áreas de maior renda no interior das favelas (CARVALHO; FRIDMAN; STRAUCH, 2019). A exceção encontrada a esse padrão foi a Unidade de Polícia Pacificadora, equipamento da área de segurança pública, que se concentrou em áreas de menor renda. Particularmente na saúde, as características e dinâmicas territoriais – assim como as distintas situações de vida e saúde no espaço urbano – são aspectos centrais para a organização do sistema de serviços. Dummer (2008) enfatiza que alguns temas da geografia, tais como as desigualdades, escala, globalização e urbanização estão diretamente relacionados à saúde pública. Dentre os assuntos tratados no âmbito da geografia da saúde, destacam-se aqueles que exploram as relações entre as desigualdades sociais, a utilização e o acesso aos serviços de saúde.

Em estudo sobre a distribuição geográfica de serviços em uma região de saúde, observou-se as características da rede urbana regional e o papel exercido pelos municípios que concentram os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como das instâncias loco-regionais de saúde na articulação dos fluxos de atendimento (GALVÃO; BODEVAN; SANTOS, 2015). Xavier *et al.* (2019) analisaram os fluxos de pacientes em busca de atendimento, identificando que os fluxos e as redes da saúde não são determinados exclusivamente pela oferta e demanda de serviços. Outros aspectos relacionados à constituição do espaço geográfico influenciam os fluxos, tais como as redes de transporte, as relações entre as populações dos municípios e a articulação histórica entre as regiões. Estudo descritivo e exploratório sobre a acessibilidade geográfica a serviços de saúde em tempo oportuno identificou que, aproximadamente, nove milhões de pessoas residem em lugares a mais de duas horas para obter assistência anti-oftálmica. Destaca-se as áreas com baixa densidade populacional e com alta incidência de acidentes oftálmicos, especialmente na região Norte do Brasil (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2022).

O acesso aos serviços de saúde é um conceito complexo, sendo tratado na literatura com abordagens e enfoques diversos, com destaque para as características dos indivíduos, da oferta de serviços, e das relações entre indivíduos e a oferta. Pode ser definido como a disponibilidade de recursos de saúde em determinado momento e lugar, que reflete as características da rede de serviços – que podem facilitar ou dificultar a sua utilização –, representando uma dimensão da equidade dos sistemas de saúde. Aspectos individuais são considerados na definição do acesso enquanto fatores predisponentes para o uso dos serviços. O acesso também pode ser caracterizado de maneira multidimensional, considerando o acesso potencial, como elemento que expressa os fatores que capacitam os indivíduos para o uso dos serviços, e o acesso realizado, que diz respeito à utilização (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Neste estudo, o foco da análise envolveu as características da distribuição espacial da oferta de serviços de saúde.

A dimensão espacial do acesso, com enfoque nas características da oferta, pode ser apreendida por meio da análise da localização geográfica de unidades de saúde segundo tipos ou níveis de atenção, sendo este um aspecto fundamental para a compreensão das desigualdades sociais do espaço urbano. A partir dessa perspectiva, são relevantes estudos que contribuam para a discussão sobre as particularidades da oferta de serviços de saúde no espaço urbano/metropolitano, especialmente acerca da relação entre as desigualdades de bem-estar urbano e a distribuição espacial de unidades de saúde.

O objetivo deste trabalho foi analisar a localização de unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo padrão espacial de condições de vida urbana e níveis de atenção na região metropolitana do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2018.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório, com enfoque na análise das desigualdades relacionadas ao índice de bem-estar urbano do espaço metropolitano e da localização das unidades de saúde. O recorte territorial foi o da região de saúde Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, definida no processo de regionalização da saúde. Esta região abrange a cidade do Rio de Janeiro e os 11 municípios da baixada fluminense: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Japeri, Queimados, São João de Meriti e Seropédica.

Para mensurar as condições de vida foi utilizado o Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU), indicador construído pelo Observatório das Metrópoles a partir de dados do censo do IBGE disponível na data de realização do estudo, o de 2010. O IBEU é voltado para a mensuração de condições estruturais dos entornos dos domicílios, expressando os níveis de benefícios urbanos dos lugares. As dimensões do IBEU incluem a mobilidade, condições ambientais, habitacionais, de serviços coletivos e infraestrutura urbana. Cada dimensão do IBEU possui um índice, calculado a partir de variáveis do censo. O IBEU e os demais índices que o compõe são variáveis contínuas que podem assumir valores que variam entre 0 e 1 (RIBEIRO; RIBEIRO, 2013).

Para o estudo das desigualdades de bem-estar urbano na região utilizou-se como unidade de análise as áreas de ponderação da região Metropolitana I, definidas pelo IBGE. Trata-se de recorte territorial que agrega setores censitários contíguos dentro dos municípios, permitindo identificar as desigualdades de bem-estar urbano na escala intramunicipal.

A abordagem incluiu o mapeamento do IBEU para identificar níveis de bem-estar urbano entre as áreas de ponderação da região Metropolitana I. A definição das categorias nos mapas ocorreu por meio do método de quebras naturais, realizado pelo Sistema de Informações Geográficas utilizado (*QuantumGIS*®), baseando-se na premissa de maximização da variância dos dados entre as categorias e minimização da variância dentro das categorias. Obteve-se 5 categorias sendo, da melhor a pior: 0,89-0,96 (categoria 1); 0,81-0,89 (categoria 2); 0,74-0,81 (categoria 3); 0,64-0,74 (categoria 4); 0,39-0,64 (categoria 5).

Foram então selecionados três níveis de atenção à saúde para a análise de localização das unidades, enquanto dimensão espacial do acesso: a atenção primária à saúde (APS), a atenção às urgências/emergências (U/E) e a atenção hospitalar.

As unidades de APS selecionadas foram aquelas sob gestão municipal e classificadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como centro de saúde ou posto de saúde/unidade básica de saúde. O nível U/E se refere às unidades que não são de atenção primária, possuem atendimento de urgência e não possuem leitos de internação. As unidades U/E incluem as de pré-hospitalar fixo, como as de pronto atendimento (UPA24h), policlínicas, emergências psiquiátricas; e as de pré-hospitalar móvel, como o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU). No nível hospitalar, foram selecionadas unidades de saúde que não são de atenção primária e possuem leitos de internação. Tanto para o nível U/E quanto o hospitalar foram consideradas unidades sob gestão municipal, estadual, federal ou privada (contratada pelo SUS).

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

Com isso, foi possível sobrepor a camada com as unidades de saúde georreferenciadas (unidades de saúde representadas por pontos) e a camada resultante do mapeamento do IBEU, tendo as áreas de ponderação representadas por polígonos. O aplicativo *QuantumGIS*® permite contar pontos nos polígonos, possibilitando a identificação da localização e quantificação das unidades de saúde segundo categoria de bem-estar urbano.

A análise também inclui a dimensão temporal, permitindo observar as mudanças na oferta de serviços ao longo do tempo. Foram definidos quatro recortes temporais (junho de 2010, 2012, 2015 e 2018), com a finalidade de oferecer um panorama das mudanças da distribuição espacial de unidades de saúde vinculadas ao SUS que ocorreram durante a década de 2010-2019.

RESULTADOS

Na região de saúde Metropolitana I havia 289 áreas de ponderação com população variando entre 3.361 na ilha de Paquetá, no Rio de Janeiro, até 259.157 habitantes em área de Duque de Caxias. Com exceção de Paquetá, a menor população de uma área é de 12.272 habitantes, em Nova Iguaçu.

O mapa da figura 1 evidencia as desigualdades intrametropolitanas de bem-estar urbano, de acordo com as faixas (categorias) do IBEU. As áreas não urbanas foram representadas pela cor azul acinzentada. Verifica-se que núcleo da metrópole reúne as melhores condições de vida urbana. A categoria 1 incluiu 46 áreas de ponderação, onde vivem 1.255.555 habitantes (dados de 2010), que representam apenas 12,7% da população da região Metropolitana I. Estas áreas são localizadas na zona sul e região da Tijuca, e alguns bairros da zona norte da cidade do Rio de Janeiro, como Cachambi, Méier, Del Castilho, Todos os Santos, Penha e Jardim Guanabara na Ilha do Governador. Todas as áreas com IBEU superior a 0,9 estão localizadas nos bairros da zona sul do Rio de Janeiro – Copacabana, Ipanema, Leblon, Jardim Botânico, Flamengo, Botafogo e outros – e da região da Tijuca, onde ficam os bairros de Vila Isabel, Maracanã e Tijuca, além do centro.

A segunda categoria discriminada no mapa da Figura 1 reúne 2.768.358 habitantes (28% da região de saúde). Das 85 áreas de ponderação que a compõem, 72 estão localizadas no município do Rio de Janeiro, e incluem bairros da zona sul, norte e alguns da zona oeste, como Barra da Tijuca, Freguesia, Taquara e Realengo. As 13 áreas localizadas na baixada fluminense possuem cerca de 400 mil habitantes e estão localizadas nos Municípios de Nilópolis, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Mesquita e Itaguaí.

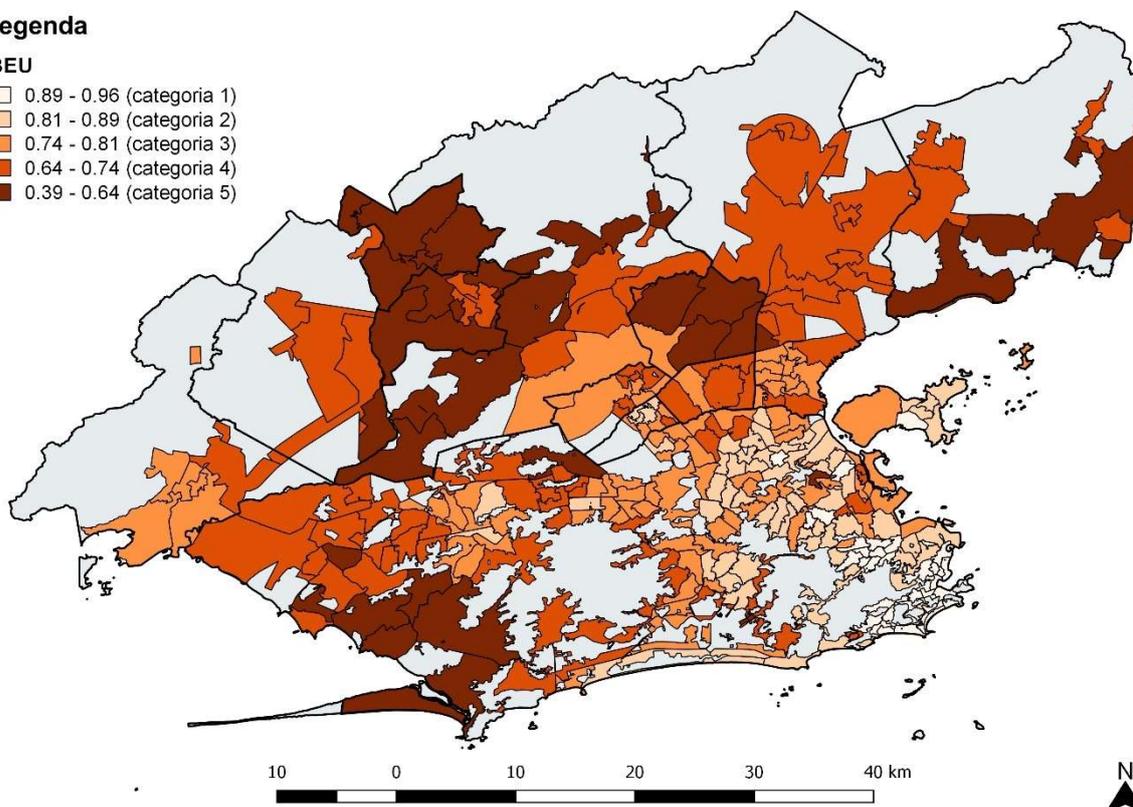
Na terceira categoria, a população residente era de 2.161.512 habitantes, 21,9% da região, vivendo em 65 áreas de ponderação, sendo que a maior parte se localiza no Município do Rio de Janeiro, sobretudo na zona norte e oeste. As áreas dessa categoria localizadas na baixada fluminense reúnem 842.553 habitantes, distribuídas em vários municípios, com exceção de Nova Iguaçu, Magé, Japeri e Seropédica.

Figura 1 - Índice de Bem-Estar Urbano nas áreas de ponderação da região de saúde Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, 2010

Legenda

IBEU

- 0.89 - 0.96 (categoria 1)
- 0.81 - 0.89 (categoria 2)
- 0.74 - 0.81 (categoria 3)
- 0.64 - 0.74 (categoria 4)
- 0.39 - 0.64 (categoria 5)



Fonte: IBGE.

As áreas classificadas nas duas categorias com as piores condições de vida urbana (categorias 4 e 5) estão localizadas, primordialmente, na baixada fluminense. A população residente das 59 áreas da Categoria 4 é de 2.682.505 habitantes, 27,2% do total. Das 59 áreas, 26 estão localizadas na baixada, que, juntas, possuem 1.574.164 habitantes distribuídas pelos municípios da sub-região, com exceção de Nilópolis, Belford Roxo e Japeri. Trinta e três áreas situam-se no Rio de Janeiro, sobretudo na zona oeste da cidade e em algumas favelas como Jacarezinho e Rocinha. Classificadas com as piores condições de vida urbana, as 25 áreas de ponderação possuem 1.005.980 habitantes, que representam 10,2% do total da região. No Rio de Janeiro, 269.466 habitantes residem em 10 áreas localizadas na zona oeste, em Guaratiba, e nas favelas do Complexo do Alemão e Rio das Pedras. Na baixada fluminense, toda a população do município de Japeri reside em áreas da Categoria 5. Em Belford Roxo, 4 de suas 5 áreas de ponderação foram classificadas na pior categoria de bem-estar urbano, o que representa 76% da população total do município (357.150 habitantes). Nova Iguaçu também possui expressivo contingente populacional residente nessa categoria: 206.431 habitantes que residem em 3 áreas de ponderação. Em Queimados, 36,4% da população reside em 4 áreas de ponderação classificadas nas piores condições de vida urbanas da região.

Em relação à localização das unidades de saúde vis-à-vis ao padrão espacial de condições de vida urbana, a Tabela 1 mostra a distribuição espacial das unidades de saúde nos anos de 2010, 2012, 2015 e 2018. A Tabela 2 mostra a variação proporcional do número de unidades de saúde, observada entre 2010 e 2018.

Em relação às unidades de APS, cerca de 3% estiveram localizadas em áreas consideradas não urbanas. Ao longo do período analisado, observa-se uma oscilação do número de unidades de APS da região: entre 2010 e 2012 houve expansão, mas entre 2012 e 2015 o número de unidades se reduziu, retornando para o patamar de 2010. Em 2018 o número aumenta novamente. Ou seja, a maior proporção das unidades de APS está situada em áreas classificadas nas categorias 3 e 4 do IBEU, caracterizadas pelos níveis mais baixos de bem-estar urbano.

Tabela 1 – Distribuição das unidades de Atenção Primária à Saúde, Urgência/Emergência e hospitais segundo condições de vida urbana, região de saúde Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, 2010, 2012, 2015, 2018

CATEGORIA	2010		2012		2015		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Unidades de Atenção Primária em Saúde								
1	10	1,9	14	2,6	17	3,3	19	3,6
2	47	9,2	64	11,7	65	12,6	84	15,9
3	165	32,2	173	31,5	158	30,7	162	30,7
4	214	41,7	216	39,3	195	37,9	179	33,9
5	59	11,5	67	12,2	66	12,8	66	12,5
Área não urbana	18	3,5	15	2,7	13	2,5	18	3,4
Total	513	100	549	100	514	100	528	100
Unidades de urgência e emergência								
1	8	14,8	8	9,1	10	8,3	10	7,6
2	9	16,7	12	13,6	21	17,5	21	16,0
3	16	29,6	23	26,1	39	32,5	49	37,4
4	15	27,8	30	34,1	35	29,2	36	27,5
5	5	9,3	13	14,8	14	11,7	14	10,7
Área não urbana	1	1,9	2	2,3	1	0,8	1	0,8

Total	54	100	88	100	120	100	131	100
Hospitais								
1	18	13,7	18	14,6	19	16,8	19	17,6
2	36	27,5	36	29,3	33	29,2	31	28,7
3	40	30,5	39	31,7	35	31,0	34	31,5
4	32	24,4	26	21,1	25	22,1	24	22,2
5	5	3,8	4	3,3	1	0,9	0	0
Total	131	100	123	100	113	100	108	100

Fontes: CNES e IBGE.

Quanto às unidades de atenção às U/E, uma proporção baixa (em torno de 1 a 2% do total) localiza-se em áreas não urbanas. Houve aumento expressivo e progressivo de unidades de atenção às U/E durante todo o período de 2010 a 2018 na região, e essa expansão da oferta de serviços ocorreu em todas as categorias do IBEU.

Em relação aos estabelecimentos hospitalares, verifica-se uma redução de unidades vinculados ao SUS entre 2010 e 2018 na região. Nenhum hospital estava localizado em áreas não urbanas. A maioria dos estabelecimentos se situam em áreas classificadas nas categorias 2 e 3. Verifica-se que as áreas classificadas na categoria 1 sediam uma quantidade expressiva de hospitais (Tabela 1).

Quanto à variação de unidades de saúde no período de 2010 a 2018, verifica-se que, ao longo dos anos analisados, a proporção de unidades de APS localizadas nas áreas classificadas com as melhores condições de vida urbana (categorias 1 e 2) aumenta de maneira expressiva, conforme Tabela 2. Na categoria 1 verificou-se um aumento de 90% (em 2010 eram 10 unidades e em 2018 o número chega a 19). Na categoria 2 houve aumento de 79% de unidades de APS. Na categoria 3 houve uma oscilação ao longo dos anos observados, mas a variação entre 2010 e 2018 foi pouco expressiva. Na categoria 4, que reúne áreas da periferia metropolitana com baixos níveis de bem-estar urbano, houve redução de unidades de APS da ordem de 16%, que, em termos absolutos representam 35 unidades a menos em 2018 comparando-se com o número de 2010. Na categoria 5, que reúne as áreas com as piores condições de vida urbana, houve um aumento de 7 unidades de APS, que representam um aumento de 12%.

Tabela 2 – Variação proporcional do número de unidades de saúde, segundo categorias do IBEU e níveis de atenção, no período de 2010/2018

Categoria IBEU	Variação proporcional do número de unidades (2010/2018)		
	APS	U/E	Hospitais
1	90%	25%	6%
2	79%	133%	-14%
3	-2%	200%	-15%
4	-16%	140%	-25%
5	12%	180%	-100%

Fonte: CNES.

Destaca-se o aumento de unidades de atenção às U/E ocorrido nas áreas classificadas nas categorias 3, 4 e 5. Na categoria 3 houve aumento de 33 unidades entre 2010 e 2018, o que representa uma expansão da oferta de unidades de U/E na ordem de mais de 200%. Na categoria 4 houve aumento de

21 unidades, representando expansão de 140%. Na categoria 5, embora o aumento absoluto não tenha sido tão expressivo (9 unidades), o aumento proporcional atingiu 180% (Tabelas 1 e 2).

As áreas classificadas na categoria 4 também sediam uma proporção significativa de hospitais, mas verifica-se uma redução progressiva nessas áreas entre 2010 e 2018. As áreas classificadas na categoria 5 sediavam poucos hospitais em 2010 e, ao longo do tempo, verificou-se uma redução progressiva, que culminou com a inexistência de hospitais nessas áreas em 2018 (Tabela 1).

DISCUSSÃO

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

Os resultados da análise espacial do IBEU na região de saúde Metropolitana I estão de acordo com as formulações de Ribeiro e Ribeiro (2015), que apontam um padrão espacial complexo de desigualdades e de benefícios urbanos na metrópole do Rio de Janeiro. Ainda é expressiva a relação centro-periferia na escala regional, com a concentração de benefícios urbanos nas áreas centrais, e, na escala intraurbana, verifica-se a proximidade de locais de moradia das distintas classes sociais com a presença de favelas em áreas de concentração de poder político e econômico.

Ao analisar o perfil de investimentos em saneamento básico na região metropolitana do Rio de Janeiro, Marques (1996) identifica a coexistência de duas lógicas distintas de investimentos: uma voltada para responder às demandas populares no sentido da periferia; e a outra, tanto persistente quanto prevalente, com a finalidade de criar condições para a acumulação, sobretudo do setor imobiliário.

A concentração de benefícios urbanos nas áreas centrais do Município do Rio de Janeiro e da RMRJ tem sido impactada por processos que complexificam o padrão de desigualdades urbanas. As particularidades intrarregionais da região metropolitana do Rio de Janeiro estão relacionadas aos diferentes ritmos de urbanização que ocorrem nos lugares e aos processos de reestruturação territorial-produtiva. Os territórios marcados pela escassez de urbanidade – e desvalorizados do ponto de vista econômico e social – se constituem dessa maneira por conta das características dos processos de urbanização que reproduzem as desigualdades metropolitanas (SILVA, 2020).

Nesse processo, a baixada fluminense se configura como espaço de periferia urbana por excelência, destino de populações vulnerabilizadas do ponto de vista da renda, que ocuparam o território por conta da expulsão das áreas centrais da metrópole (ALBUQUERQUE, 2020). Outro recorte intrarregional relevante a ser destacado pela precariedade das condições de vida de sua população é do Oeste Metropolitano do Rio de Janeiro, constituído por um conjunto de municípios que compõem a baixada fluminense – Itaguaí, Seropédica, Queimados e Japeri – e parte dos municípios de Nova Iguaçu e Rio de Janeiro (SILVA, 2020). Entretanto, o bairro de Campo Grande, localizado na zona oeste do Município do Rio de Janeiro é uma exceção, visto que se apresenta como um lugar com melhores condições, constituindo-se como uma centralidade urbana do oeste metropolitano, evidenciando o padrão complexo das desigualdades da região (BARATA, 2020). Trata-se de um bairro extenso, constituído por 11 áreas de ponderação, cuja média do IBEU foi de 0,77.

A abordagem sobre a localização das unidades de saúde segundo padrão espacial de condições de vida urbana mostrou que o nível de atenção à saúde é um aspecto central nas desigualdades encontradas. No primeiro nível de atenção, verifica-se que, no geral, as unidades de APS se localizam, principalmente, em áreas com piores condições de vida urbana. Na atenção às U/E há uma distribuição igualitária das unidades e concentração de unidades nas áreas com nível de bem-estar urbano intermediário. Já na atenção hospitalar, verifica-se concentração de estabelecimentos nas áreas com as melhores condições de vida urbana, a despeito da distribuição populacional.

Ou seja, quanto maior a densidade tecnológica do nível de atenção, maior é a concentração de unidades de saúde vinculadas ao SUS localizadas em áreas privilegiadas de bem-estar urbano. O

quadro descrito evidencia as grandes distâncias existentes entre as populações das periferias urbanas e as unidades de saúde com maior densidade tecnológica (MENDES, 2010). Trata-se de manifestação empírica das proposições de Bourdieu (2011), que aponta a distância física e simbólica dos bens mais raros do ponto de vista social a qual os grupos sociais desprovidos dos distintos tipos de capital são mantidos.

O primeiro nível de atenção desempenha funções importantes na resposta aos problemas de saúde mais comuns e na organização do sistema de saúde. A abordagem de Starfield (2002), amplamente difundida no Brasil, define sete atributos para organização dos serviços de APS: (1) atendimento de primeiro contato ou porta de entrada preferencial para o cuidado da maior parte dos problemas de saúde; (2) responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade do cuidado ao longo da vida; (3) abrangência ou integralidade do cuidado, com garantia de atendimento das necessidades de saúde dos pacientes; (4) coordenação e garantia da continuidade da atenção na rede de serviços de saúde, com disponibilidade de informações acerca de todo o processo de assistência; (5) orientação para a comunidade com reconhecimento das necessidades de saúde dos indivíduos, das famílias e da população; (6) consideração do contexto e da dinâmica familiar no cuidado à saúde; (7) competência cultural para reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais. Importante ressaltar que a ampla cobertura e o acesso universal ao sistema de saúde são condições essenciais para o bom desempenho desses atributos, o que requer financiamento e arranjos organizacionais adequados para o atendimento da população (OPAS/OMS, 2008).

No Brasil, verifica-se o esforço de organização da APS desde a década de 1920 até a atualidade. Vários modelos foram implantados sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) aquele priorizado pela política nacional de saúde a partir da segunda metade dos anos 1990. Tal modelo se baseia na centralidade da pessoa e sua família, no vínculo da equipe com o usuário, na integralidade e coordenação da atenção, na articulação à rede de atenção, na participação social e na intersetorialidade. A ESF tem alcançado desempenho melhor do que o da APS tradicional (centros e postos de saúde), mas ainda encontra dificuldades no acesso e na estrutura física. Além disso a ESF encontra obstáculos relevantes para desempenhar todas as suas funções como eixo de organização do sistema de saúde, sobretudo no que tange ao financiamento, às iniquidades regionais e ao crescimento do setor privado (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; CONILL, 2008).

O fato de a localização das unidades de APS não reproduzir o padrão de concentração de equipamentos públicos em áreas privilegiadas do ponto de vista das condições do entorno domiciliar favorece o acesso das populações que residem nas áreas mais carentes de infraestrutura urbana da metrópole. Em estudo sobre a utilização de serviços de saúde, Viacava *et al.* (2018) verificaram que a cobertura da ESF aumentou de maneira significativa na escala nacional a partir de 2000, o que resultou na ampliação do acesso aos serviços de saúde, inclusive os de assistência odontológica, sobretudo dos grupos sociais de menor renda e baixa escolaridade.

Entretanto, se observa indícios de mudanças na tendência de localização das unidades de APS, com a redução proporcional progressiva, entre 2010 e 2018, de unidades localizadas em lugares de baixas condições de vida urbana, e aumento nas áreas com melhores condições, sobretudo no período entre 2015 e 2018.

Em estudo sobre a distribuição espacial da APS no Município de Belo Horizonte, foram verificados problemas de cobertura em algumas localidades, sobretudo em regiões de alta renda e em áreas periféricas, próximas às fronteiras com outros municípios. A baixa cobertura de APS em áreas de alta renda pode ser explicada pela opção de o município priorizar a oferta para áreas com menores níveis socioeconômicos, em detrimento das áreas com maior cobertura, visto que tais áreas possuem elevadas coberturas de planos privados (AMARAL *et al.*, 2021).

Em relação a esse aspecto, é importante destacar que a APS pode ter distintas interpretações, que implicam em questões teóricas, ideológicas e práticas muito diferentes entre si, estando condicionada aos modelos de proteção social praticado em cada país. Em geral, nos países da periferia do capitalismo, cujos modelos de proteção social possuem caráter residual, a APS é seletiva e focalizada. No Brasil a situação é complexa, visto que houve expansão expressiva do acesso com oferta diversificada de serviços, ainda que insuficiente e desigual. Concomitantemente com tal expansão, arranjos privados de seguros produzem segmentação da oferta, configurando-se um modelo dual (GIOVANELLA, 2008).

Observam-se padrões diferenciados na utilização de serviços de saúde em áreas com elevada cobertura do subsistema privado. Em estudo empírico no Município de Santo André no Estado de São

Paulo, identificou-se grupos sociais cadastrados, mas que não frequentam a unidade de APS: situam-se na faixa etária de 21 a 59 anos, trabalham, são filiados ao subsistema privado e possuem alta renda. Além da incompatibilidade entre horário de funcionamento das unidades e o horário da maioria das jornadas de trabalho, discute-se que os grupos cadastrados e que não frequentam a APS possuem uma inserção mais geral no espaço urbano, o que explicaria o padrão diferenciado de utilização dos serviços que são organizados numa perspectiva territorial baseada no local de moradia (BOUSQUAT; GOMES; ALVES, 2012).

Importante destacar a existência de obstáculos para a universalização do SUS, no âmbito das relações entre o público e o privado na área da saúde. Os gastos tributários – renúncias de receitas governamentais voltadas para grupos específicos de contribuintes, setores ou regiões – o financiamento estatal de planos privados para servidores públicos e a demanda dos sindicatos por planos privados são fenômenos que resultam no enfraquecimento social e político do esforço de universalização da APS e do SUS (TESSER; SERAPIONI, 2021).

Azevedo (2014) evidenciou empiricamente as diferenças na utilização de serviços de saúde entre estratos da sociedade brasileira e aponta que os serviços de atenção primária são, em grande medida, restritos aos mais pobres. Assim, reduz-se as possibilidades de reivindicações por melhorias, visto que são grupos sociais com mais dificuldades para dar visibilidade a seus problemas na dinâmica social.

Outro aspecto que merece ser discutido sobre as possibilidades de enfrentamento às desigualdades por meio da APS é o processo de definição de áreas de abrangência. Para Pereira e Barcellos (2006), ao privilegiar o tamanho de população para o processo de definição de áreas de abrangência – em detrimento das demais características e dinâmicas sociais e políticas existentes nos territórios – a organização da APS limita a eficácia de suas ações e prejudica a intersetorialidade. A APS, enquanto instrumento de busca por melhores condições de vida deveria considerar, nesse processo, a forma com que os serviços de saúde se inserem nas comunidades, incluindo as lideranças comunitárias, movimentos sociais e demais instituições que atuam nos lugares.

A definição de área de abrangência da APS pode servir para a construção de uma perspectiva de planejamento que pressupõe a adaptação dos serviços de saúde aos distintos perfis dos lugares. Nessa perspectiva, os critérios de definição de limites tornam-se secundários e o território se configura como o ponto de partida seguido pela adequação dos serviços às especificidades dos usos do território. A definição de áreas de abrangência para a APS precisa reconhecer os usos e perfis territoriais de atuação dos serviços. Ou seja, o processo deveria inverter-se: ao invés de o território se adaptar à APS, a APS deve se adaptar ao território (FARIA, 2013).

O esquadramento do território – considerando as relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde – tem o potencial de definição de prioridades (voltadas para problemas e grupos) e proposição de ações mais adequadas, produzindo melhorias significativas nos níveis de saúde e condições de vida. Esse processo não se confunde com a simples racionalização da oferta de serviços, tendo enfoque abrangente, incorporando os problemas de saúde e seus determinantes como objetos de intervenção (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Em estudo descritivo, que utilizou ferramentas de geoprocessamento em área de abrangência da ESF, foi possível identificar a escassez de equipamentos sociais na área, informação que pode ser utilizada para subsidiar o plano diretor municipal para ampliação ou criação de escolas, creches, parques, entre outros (CALISTRO *et al.*, 2021). A distribuição espacial criteriosa de equipamentos urbanos comunitários pode contribuir para melhorar as condições socioespaciais dos lugares, reduzir deslocamentos na cidade, preservar a vida comunitária (NEVES, 2015), resultando na melhoria da qualidade de vida das pessoas

As características e dinâmicas metropolitanas deveriam ser consideradas no intuito de melhorar a efetividade da APS no enfrentamento das desigualdades em saúde. Compreendendo tal perspectiva, indica-se a necessidade de atuação sinérgica entre a política de saúde, as demais políticas públicas urbanas e iniciativas advindas da sociedade civil, que possuem a finalidade de melhoria das condições de vida e de saúde no contexto urbano/metropolitano.

Trata-se de uma perspectiva cujo princípio da ação política reconhece os processos que geram as desigualdades, que garanta uma distribuição espacial adequada de serviços, para que sejam utilizados independentemente das condições socioeconômicas dos indivíduos. Norteada pelo compromisso com a equidade, as propostas de ações devem levar em consideração as diferentes necessidades – dos indivíduos e grupos sociais – incluindo propostas de discriminação positiva de modo a contemplar grupos socialmente em desvantagem. Tal perspectiva não se confunde com as proposições de

focalização, visto que a discriminação positiva tem o propósito de tratar os indivíduos de acordo com suas necessidades, considerando que as ações universais podem não satisfazer às diferentes necessidades dos grupos sociais (BARATA, 2001, 2009).

No nível da atenção às U/E, verificou-se a forte expansão da oferta, evidenciada pelo aumento do número de unidades habilitadas para a prestação de tais serviços. Em 2010 eram 54 unidades e esse número chega a 131 em 2018, representando um aumento de 142% do número de unidades.

Quanto à localização, houve aumento do número de unidades de atenção às U/E, tanto em áreas carentes, quanto em áreas privilegiadas de benefícios urbanos. O aumento do número de unidades de atenção às urgências coincide com o processo de expansão das UPA no Estado do Rio de Janeiro. O Estado foi pioneiro na implantação das UPA no Brasil, processo que adquiriu destaque na agenda do governo estadual pela confluência de diversos fatores, envolvendo um esforço institucional de conformação da rede de urgências, com a criação de uma coordenação específica vinculada à Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES-RJ (LIMA *et al.*, 2015). A implantação das UPA iniciou-se em 2007, antes mesmo da normatização federal definir e incentivar o modelo das UPA 24hs. A expectativa foi que a implantação de tais unidades produziria uma redução da sobrecarga das emergências hospitalares, principalmente no que diz respeito às urgências clínicas. No entanto, a implantação das UPA ocorreu de forma acelerada e de maneira dissociada de iniciativas de melhoria dos demais componentes da atenção às urgências. A maior parte das UPA inauguradas localizavam-se no município do Rio de Janeiro, sendo que este processo careceu de planejamento integrado entre as esferas de governo que permitisse maior articulação entre os diferentes componentes da rede de urgências (LIMA *et al.*, 2015).

Em situações de urgência/emergência, em que o tempo é algo fundamental para evitar a morte ou danos irreversíveis, as grandes distâncias associadas aos problemas de mobilidade urbana da região, que implicam em elevado tempo de deslocamento, são aspectos que podem ser decisivos para desfechos desfavoráveis. O SAMU, serviço que desempenha a função de atenção às urgências pré-hospitalar móvel é fundamental nesse contexto, visto que presta os primeiros atendimentos ao mesmo tempo em que realiza o deslocamento para uma unidade hospitalar, onde há infraestrutura adequada para realização dos demais procedimentos que porventura possam ser necessários.

Quanto à localização dos hospitais, verificou-se a concentração em áreas com as melhores condições de vida urbana. Estudos mostram que a distância de hospitais é um obstáculo importante para o atendimento (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010), que a probabilidade de internação hospitalar diminui quando as distâncias a percorrer são maiores e aumenta com a capacidade de internação local (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004). Nesse sentido, a concentração de hospitais nas áreas privilegiadas de bem-estar urbano pode limitar ou dificultar o acesso das populações residentes de áreas periféricas às unidades hospitalares.

Os custos para superação das distâncias da população periférica e acessar os serviços prestados nos estabelecimentos hospitalares são altos. As desigualdades de condições de vida urbana funcionam como mecanismo que favorece a reprodução das desigualdades sociais, visto que são recursos coletivos, cujo acesso é facilitado por grupos sociais que pertencem às posições mais elevadas da hierarquia social. As unidades de saúde vinculadas ao SUS são recursos coletivos, e a localização preponderante de hospitais públicos em áreas de melhores condições de vida urbana é mais um elemento que favorece a reprodução das desigualdades, na medida em que as distâncias dificultam o acesso e a utilização de tais serviços por grupos sociais vulnerabilizados – como a população negra, de menor renda, moradores de periferias urbanas e de menor escolaridade – justamente os grupos sociais que tendem a possuir maiores gradientes de demandas por serviços de saúde, considerando a associação entre as condições de vida e situação de saúde.

O local de moradia é um aspecto importante para explicação das desigualdades de acesso e utilização de serviços de saúde. As barreiras geográficas representam as resistências que o espaço impõe ao deslocamento dos pacientes em busca de atendimento (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Nesse sentido, a concentração de unidades hospitalares localizadas no Município do Rio de Janeiro, prejudica o acesso das populações da baixada fluminense a esses serviços. Esta concentração pode ser explicada, em parte, por processos históricos relacionados ao fato de o Município do Rio de Janeiro ter sido capital federal, e, por isso ter sediado a implantação de vários hospitais federais. Além disso, as unidades hospitalares que eram vinculadas ao antigo Estado da Guanabara, e que passaram para a gestão do Estado do Rio de Janeiro após o processo de fusão, também se localizam no Município do Rio de Janeiro.

Em estudo sobre a dimensão espacial da acessibilidade a hospitais em megacidades, a análise do caso de Pequim mostrou que a população de bairros de baixa renda precisa enfrentar o dobro do tempo de deslocamento do que a população dos bairros de alta renda para chegar ao hospital mais próximo. Os bairros periféricos possuem níveis inferiores de acessibilidade aos hospitais do que os bairros centrais. E a desigualdade socioespacial de acesso aos serviços de saúde é agravada quando há uma expansão urbana acelerada (ZHAO; LI; LIU, 2020).

Na metrópole do Rio de Janeiro a industrialização e a urbanização ocorreram em contexto de concentração de grandes extensões de terra e apresenta uma independência relativa em relação à sua hinterlândia. As áreas carentes desse espraiamento produtivo se restringem às funções urbanas e, portanto, não possuem oportunidades de emprego e renda para a população local, agravando os problemas sociais (SILVA, 2012). O poder da especulação imobiliária-fundiária levou ao espraiamento urbano exagerado, constituindo-se em processo que reproduz as desigualdades na escala metropolitana, pois o alargamento excessivo do perímetro urbano impossibilita a universalização de serviços coletivos de infraestrutura urbana (SOBRAL, 2013). Ao mesmo tempo, as políticas públicas e investimentos públicos e privados privilegiam determinadas áreas, reproduzindo as desigualdades socioespaciais.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se que as escalas de atuação dos distintos níveis de atenção são diferentes. Os hospitais são estabelecimentos que funcionam para uma base populacional bem maior do que as unidades de atenção às urgências e, principalmente, as APS. Porém, a concentração espacial dos serviços evidencia padrões de desigualdade na distribuição e acesso aos mesmos. A APS, que tem como referência áreas e populações adscritas menores, tem uma distribuição espacial menos concentrada e mais equitativa. Contudo, o que este estudo aponta é uma tendência de crescimento de unidades de saúde em áreas mais privilegiadas da metrópole fluminense, representando, ao longo do tempo, uma redistribuição mais concentrada e menos equitativa. Tal tendência também é expressão das desigualdades urbanas e metropolitanas atuais brasileiras, dado o crescimento das desigualdades socioespaciais no país, na última década, e um aumento do poder de influência de setores privados na governança em saúde, envolvendo a formulação de políticas de saúde e a orientação de alocação de recursos públicos regionais de saúde. A reconcentração de recursos antes tidos como mais equitativos e bem distribuídos, como a APS, é mais preocupante. Esse achado pode indicar um retrocesso em relação ao papel do SUS de promover a equidade e o acesso universal à saúde, sobretudo em regiões metropolitanas, que são lugares produtores e reprodutores de desigualdades profundas. Outros estudos deverão aprofundar análises sobre essas tendências no Brasil e nas regiões metropolitanas, assim como, fatores explicativos que possam orientar políticas de saúde visando equidade e acesso universal à saúde em contextos metropolitanos.

É importante mencionar algumas limitações do estudo. A abordagem foi realizada com a utilização de dados secundários – a respeito da localização das unidades de saúde, presentes no CNES – e que podem ter problemas de qualidade no preenchimento. Outro aspecto que merece ser mencionado diz respeito ao fato de que não foi possível observar e analisar diferenciais de qualidade e resolutividade das unidades de saúde segundo os padrões de bem-estar urbano.

Conclui-se que o espaço da região Metropolitana I manifesta intensas desigualdades de bem-estar urbano que funcionam enquanto mecanismos de reprodução de desigualdades socioespaciais, condicionando as possibilidades de mudanças sociais. Em relação à localização predominante das unidades de saúde vinculadas ao SUS, a variação observada se relaciona com os distintos níveis de atenção. O espaço metropolitano, além de manifestar as desigualdades sociais, condiciona as possibilidades de mudança, visto que a distribuição espacial de equipamentos públicos influencia no acesso dos diferentes grupos sociais aos serviços públicos e oportunidades de emprego e renda. Os padrões e tendências observadas evidenciam convergências entre as desigualdades de bem-estar urbano e as desigualdades da oferta de serviços de saúde segundo níveis de atenção, no que diz respeito à sua dimensão espacial.

AGRADECIMENTOS

Manifestamos a nossa gratidão às contribuições das pesquisadoras da Fiocruz Vera Lucia Luiza e Marília Sá Carvalho.

L. D. Lima é bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Cientista do Nosso Estado da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e agradece o apoio recebido para o desenvolvimento de estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, E. A. A. Baixada Fluminense, uma Periferia por Excelência. **GEOGRAFIA (Londrina)**, v. 30, n. 1, p. 63, 30 dez., 2020. <https://doi.org/10.5433/2447-1747.2021v30n1p63>
- AMARAL, P. *et al.* Estrutura espacial e provisão de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 23, 2021. <https://doi.org/10.22296/2317-1529.rbeur.202110>
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
- AZEVEDO, S. J. S. **Segregação e oportunidades de acesso aos serviços básicos de saúde em Campinas: vulnerabilidades sociodemográficas no espaço intraurbano**. Campinas: Núcleo de Estudos de População; Unicamp, 2014.
- BARATA, P. H. A. A produção da cidade como negócio: os novos produtos imobiliários no bairro de Campo Grande, Rio de Janeiro. **Espaço e Economia**, n. 19, 2020. <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.15756>
- BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, v. 0, n. 51, p. 138, 2001. <https://doi.org/10.11606/jssn.2316-9036.v0i51p138-145>
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. <https://doi.org/10.7476/9788575413913>
- BOURDIEU, P. Efeitos de lugar. Em: BOURDIEU, P. (Ed.). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 2011.
- BOUSQUAT, A.; GOMES, A.; ALVES, M. C. G. P. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2913–2921, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100008>
- CALISTRO, M. D. O. *et al.* Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2141–2148, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39402020>
- CARVALHO, C.; FRIDMAN, F.; STRAUCH, J. Desigualdade, escala e políticas públicas: uma análise espacial dos equipamentos públicos nas favelas cariocas. **urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 11, p. e20180053, 2019. <https://doi.org/10.1590/2175-3369.011.002.ao04>
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s7–s16, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>
- DUMMER, T. J. B. Health geography: supporting public health policy and planning. **Canadian Medical Association Journal**, v. 178, n. 9, p. 1177–1180, 2008. <https://doi.org/10.1503/cmaj.071783>
- FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n. 16, p. 131–147, 2013. <https://doi.org/10.14393/Hygeia919501>
- GALVÃO, E. L.; BODEVAN, E. C.; SANTOS, D. F. Análise da distribuição geográfica dos serviços de saúde no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 11, n. 20, p. 32–44, 2015. <https://doi.org/10.14393/Hygeia1126811>

- GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s21–s23, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>
- HARVEY, D. **Social justice and the city**. Oxford: B. Blackwell, 1988.
- LIMA, L. D. *et al.* Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 595–606, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.02512014>
- MARQUES, E. C. Equipamentos de saneamento e desigualdades no espaço metropolitano do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 181–193, 1996. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200007>
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
- NEVES, F. H. Planejamento de equipamentos urbanos comunitários de educação: algumas reflexões. **Cadernos Metrópole**, v. 17, n. 34, p. 503–516, 2015. <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2015-3410>
- OLIVEIRA, R. A. D. DE; SILVA, D. R. X.; SILVA, M. G. E. Geographical accessibility to the supply of antiophidic sera in Brazil: Timely access possibilities. **PLOS ONE**, v. 17, n. 1, p. e0260326, 2022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260326>
- OLIVEIRA, E. X. G. D.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 2, p. S298–S309, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800023>
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde**. Washington, D. C: OPAS / OMS, 2008.
- PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47–55, 2006. <https://doi.org/10.14393/Hygeia216842>
- RIBEIRO, L. C. DE Q. Segregação, acumulação urbana e poder: classes e desigualdades na metrópole do Rio de Janeiro. **Cadernos IPPUR**, Planejamento e Território ensaios sobre a desigualdade. p. 79–103, 2001.
- RIBEIRO, L. C. DE Q.; RIBEIRO, M. G. (EDS.). **IBEU: índice de bem-estar urbano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.
- RIBEIRO, L. C. DE Q.; RIBEIRO, M. G. Segregação residencial: padrões e evolução. Em: RIBEIRO, L. C. DE Q. (Ed.). **Rio de Janeiro: transformações na ordem urbana**. Rio de Janeiro: Observatório das Metrópoles: Letra Capital, 2015.
- SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. 5. ed., 2. reimpr ed. São Paulo. SP: EDUSP, Ed. da Univ. de São Paulo, 2009.
- SILVA, R. D. DA. **Indústria e desenvolvimento regional no Rio de Janeiro, 1990-2008**. 1a edição ed. [Rio de Janeiro, Brazil]: Rio de Janeiro, RJ, Brasil: FAPERJ; FGV Editora, 2012.
- SILVA, M. R. Oeste Metropolitano do Rio de Janeiro: debates sobre limites, fronteiras e territórios de uma região. **Espaço e Economia**, n. 19, 2020. <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.16343>
- SOBRAL, B. L. B. **Metrópole do Rio e projeto nacional: uma estratégia de desenvolvimento a partir de complexos e centralidades no território**. Rio de Janeiro, RJ: Garamond: FAPERJ, 2013.
- SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. D. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953–972, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>
- STARFIELD, B. **Atenção primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. DE. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. Em: GIOVANELLA, L. *et al.* (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde**

no Brasil. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de estudos de Saúde, 2012. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0009>

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 7, n. 2, p. 7–28, 1998. <https://doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>

TESSER, C. D.; SERAPIONI, M. Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2323–2333, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.22602019>

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>

XAVIER, D. R. *et al.* As Regiões de Saúde no Brasil segundo interações: método para apoio na regionalização de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00076118, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00076118>

ZHAO, P.; LI, S.; LIU, D. Unequable spatial accessibility to hospitals in developing megacities: New evidence from Beijing. **Health & Place**, v. 65, p. 102406, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102406>