

## A INFLUÊNCIA DAS CIDADES MÉDIAS NA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM HIV/AIDS NO RIO GRANDE DO NORTE

*Sâmara Fontes Fernandes*

Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido PLANDITES/ CAMEAM/ UERN. Enfermeira.  
Email: [saminhafontes@hotmail.com](mailto:saminhafontes@hotmail.com)

*Themis M. C. Soares*

Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN/RN).  
Docente PLANDITES/ CAMEAM/ UERN.

### GT 03. AMBIENTE, SAÚDE E SOCIEDADE NO SEMIÁRIDO

#### **Resumo:**

Para o reconhecimento da Rede de Atenção em Saúde (RAS) em HIV/AIDS, deve-se partir de uma região de saúde específica, já que a mesma pode assumir características e fluxos diferenciados. Objetiva-se discutir a influência das cidades médias na organização da RAS em HIV/AIDS no Rio Grande do Norte (RN). Trata-se de um estudo descritivo, no qual se analisou documentos de acesso público disponibilizados pelo Ministério da Saúde, IBGE e relatório de gestão do RN. O estudo foi dividido em dois eixos de observação: 1 - organização regional do RN e Plano Estadual de Saúde do RN e; 2 – discussão do papel das cidades médias na estruturação da Rede de Atenção a Saúde em HIV/AIDS no RN. Percebe-se que em todas as regiões existem cidades que possuem um número maior de serviços em HIV/AIDS e, geralmente, são as mesmas que são “mais desenvolvidas” e dispõem de maior número de bens e serviços e, acabam assumindo o papel de cidade-polo da região. Os maiores números de serviços estão localizados na II e VII Região de saúde, especificamente nas cidades de Mossoró e Natal. A criação de novas centralidades e interiorização dos serviços contribuem para a manutenção da Rede de HIV/AIDS resolutive e próxima de sua comunidade, com menos barreiras de acesso impostas pela distância dos serviços.

**Palavras-chave:** Regiões; Regionalização; SUS; AIDS; Cidades médias.

#### **01 Introdução**

A Rede de Atenção a Saúde (RAS) é um arranjo organizacional de ações e serviços de saúde, os quais são estruturados de forma hierárquica por níveis de complexidades crescente, baseada na ordem, no grau de importância e no uso de tecnologias duras e leves, divididas em atenção primária (atenção básica), secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade), onde cada uma tem seu papel na rede, mas que devem estar interligadas para garantir a continuidade do cuidado e dar respostas as políticas e programas da rede SUS (MENDES, 2011).

Todos os Programas Nacionais de Saúde estão inseridos na RAS, cada nível de assistência com suas competências e responsabilidades. Dentre elas, está o Programa Nacional de IST/AIDS, que busca reduzir a incidência de AIDS e outras Infecções Sexuais Transmissíveis (IST's), ampliar o acesso ao diagnóstico, tratamento e a assistência, melhorar a qualidade de vida e fortalecer os serviços públicos e privados de saúde (BRASIL, 1999, 2006, 2015).

A luz do princípio da descentralização e regionalização, os serviços de saúde e as esferas de governo tem responsabilidades compartilhadas de modo que não haja fragmentação das políticas e sim uma reorganização e hierarquização da assistência a saúde. De acordo com estudos, sugere-se que as ações em saúde sejam programadas e os casos regulados aos serviços responsáveis, permeando por toda a rede com tranquilidade e resolutividade (FERREIRA, 2010; GUERRA, 2015).

Cada município é responsável pelos serviços de atenção básica, mas são dependentes de outros para os serviços de média e alta complexidade. Assim, várias cidades são aglomeradas em um colegiado municipal a partir de sua localização e características sanitárias semelhantes, caracterizando uma região de saúde, a qual responde a um único comando regional, estadual e federal. Sendo esta interação intragovernamental que auxilia na construção das redes assistenciais regionais e determina a adequação do SUS no território (ALBUQUERQUE, 2013; SANTOS; CAMPOS, 2015).

As regiões de saúde não devem ser vistas apenas sob a ótica de divisão administrativa do Estado, e sim como uma forma de planejamento regional, buscando organizar e integrar ações e serviços de uma mesma região que tem características e necessidades semelhantes, buscando a integralidade da atenção e estabelecendo uma rede única de apoio de referências a serviços de outras complexidades (GUERRA, 2015; SANTOS; CAMPOS, 2015).

Em cada região, existe uma cidade-polo, geralmente, uma cidade média que possui os serviços de maior complexidade, polarizando as demais e servindo de referência para a resolução de casos mais complexos. Portanto, as cidades médias exercem influência na estruturação de Redes de Assistência em Saúde, especificamente, na de HIV/AIDS no Rio Grande do Norte?

Neste contexto, pode-se inferir que: 1- estas cidades são de extrema importância para a estruturação da RAS, já que a partir de sua polarização na região é possível alocação dos serviços de saúde mais complexos em HIV/AIDS, reorganizando a rede e aproximando-a das pequenas cidades; 2 – a polarização destas cidades “médias” já ocorre devido a presença destes serviços complexos e através dos mesmos induz a criação de novas centralidades na região.

Trata-se de um estudo descritivo, no qual se analisou documentos de acesso público disponibilizados pelo endereço eletrônico do Ministério da Saúde, especificamente do PN – DST/AIDS, censo demográfico do IBGE e relatório de gestão do Rio Grande do Norte. O estudo foi dividido em dois eixos de observação: primeiro analisamos a organização regional do RN e o Plano Estadual de Saúde do RN; segundo, discutimos o papel das cidades médias na estruturação da Rede de Atenção a Saúde em HIV/AIDS no RN.

Assim, objetivou-se discutir a influência das cidades médias na organização da Rede de Atenção à Saúde em HIV/AIDS no Rio Grande do Norte.

## **02 Desenvolvimento (Título de acordo com a temática do artigo)**

### **2.1 Cidades e Regiões de Saúde**

A regionalização, surge com o papel de organização das ações e serviços do SUS, reafirmando as múltiplas responsabilidades e estimulando a criação de novas estratégias para adequação dos princípios e fortalecimento da política, estabelecendo as funções dos entes governamentais, tais como: Federal (através do Ministério da Saúde - responsável pelas atividades de gestão intragovernamental e financiamento); Estadual (através da Secretária Estadual - dar apoio técnico aos municípios e gerenciar políticas); e Municipal (responsável pelo gerenciamento prático dos programas a nível local. (ARRETCHE, 2005; FEITOSA, 2013).

Assim, surge a região de saúde como um instrumento de planejamento regional das ações em saúde, integrando serviços, unindo municípios de maneira sistemática, indo além da ordem administrativa, considerando os preceitos sanitários e objetivando a integralidade da atenção e resolutividade da grande maioria das necessidades da região (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Portanto, entende-se Região de Saúde como

[...] 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 (BRASIL, 2011, p. 23).

Com a criação das regiões de saúde é possível inferir que existe uma maior adequabilidade das políticas de saúde as necessidades regionais dos territórios, considerando que as mesmas são

elaboradas a nível central e não considera a heterogeneidade do país. Então, ao serem desenvolvidas regionalmente pode-se considerar as reais necessidades, nos quais os municípios têm autonomia para organizar as ações em saúde, pactuar serviços necessários e garantir acessibilidade aos mesmos.

No entanto, o Brasil é um país heterogêneo em extensão e diversidade territorial, com desigualdades regionais, políticas, culturais e sociais, dificultando seu planejamento regional e comprometendo a sua adequação as variadas realidades. Entretanto, essa heterogeneidade reflete também em uma grande desigualdade nas condições administrativas, técnicas, políticas, financeiras e de necessidades de saúde entre os municípios, o que dificulta a real autonomia dos mesmos e de sua legitimidade como condutores das políticas públicas (DUARTE et al, 2015; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

Vale salientar que a maioria dos municípios do Nordeste são de pequeno porte com menos de 10 mil habitantes e isso dificulta que os mesmos ofertem serviços de saúde mais complexos, detendo-se apenas a atenção básica. Com a organização em região, pode-se realizar pactuações e consórcios de serviços, garantindo os mesmos a população em outras localidades (MAIA, 2010; SANTOS; CAMPOS, 2015).

Em cada região, existe uma cidade-polo que assume uma forte interação com outros núcleos urbanos e funções diferenciadas de prestação de bens e serviços, além de criar novas centralidades. Geralmente, estas são classificadas como cidades médias, devido a sua função e papel socioeconômico que a mesma exerce na região de atuação. Vale salientar, que cidade média é aquela que possui acima de 20 mil a 500 mil habitantes, e a maioria das cidades do Nordeste em tamanho demográfico são consideradas pequenas (LOPES; HENRIQUE, 2010).

Tais cidades cumprem um papel decisivo na intermediação dos fluxos e na composição da rede urbana, reforçam seus vínculos com o território, intermediam as relações com as cidades grandes e pequenas, fortalecem a interação regional em termos sociais, econômicas e culturais, possuem uma diversidade na oferta de bens e serviços. Por isso, as mesmas têm aumentado em número, ampliaram sua funcionalidade e contribuíram com o processo de interiorização da educação e saúde. Entretanto, vale salientar que nem toda cidade de porte médio possui a funcionalidade de uma cidade média (PEREIRA; FURTADO, 2011).

O aumento de investimento no setor público no processo de interiorização do ensino e dos serviços de saúde, tem fortalecido a relevância destas cidades para seu território, além da expansão

da área de influência e desenvolvimento regional, reduzindo a dependência de cidades pequenas das grandes metrópoles (DANTAS; CLEMENTINO, 2014).

São nestas cidades que, geralmente, se localizam os serviços de saúde de média e alta complexidade e por isso assumem o papel de referência para os demais municípios, percebe-se que quanto maior a funcionalidade da mesma maior será sua importância e representatividade na alocação de serviços, fator que contribui na estruturação de uma RAS descentralizada e próxima das pequenas cidades, diminuindo o grau de dependência das metrópoles e sobrecarga dos serviços das mesmas.

É necessário considerar a heterogeneidade do território, as desigualdades e necessidades das regiões, além de sua capacidade de complementariedade entre as mesmas, para que assim haja a efetivação do SUS, garantia do acesso aos serviços de saúde, criação de novas centralidades e estruturação/articulação da Rede de saúde (DANTAS, 2014).

## 2.2 As Regiões de Saúde no Rio Grande do Norte e as Redes de Atenção

O SUS está organizado a partir da Rede de Atenção a Saúde (RAS) oficializada pela portaria GM/MS nº 4.279, que estabelece arranjos organizacionais das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas a partir de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2003).

As RAS se estabelecem em uma rede horizontal onde os pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, se comunicam de forma articulada, integrando os diversos serviços de saúde em níveis de complexidade e de maneira organizada ao atendimento dos indivíduos, estabelecendo conexão do nível básico ao mais especializado, assumindo grau de importância igualitária e garantindo a integralidade do sistema (CARNEIRO et al, 2014; MENDES, 2011).

No entanto, a definição da RAS só é possível a partir do estabelecimento das regiões de saúde, já que as mesmas se conformam a partir das necessidades da população e dos serviços disponíveis. Assim, cada região induz a manutenção de uma RAS diferenciada, com pontos de conexão diversos, serviços de apoio estrategicamente localizados nos territórios e fluxogramas diferenciados conforme a oferta de serviços das cidades (FEITOSA, 2013).

O estado do Rio Grande do Norte (RN), segundo o Plano Diretor de Regionalização – PDR (2013), possui 08 regiões de saúde. Descritos na **(Figura 1)** e **(Tabela 1)**.



**Figura 1** - Estado do Rio Grande do Norte, por Regiões de Saúde, 2012.

**FONTE:** PDR/SESAP-RN

<b>REGIÕES DE SAÚDE</b>	<b>POPULAÇÃO</b>	<b>Nº DE MUNICÍPIOS</b>
I Região (Litoral sul e Agreste)	351.502	27
II Região (Oeste)	448.904	15
III Região (Mato Grande e Salineira)	312.919	25
IV Região (Seridó)	295.726	25
V Região (Trairi e Potengi)	185.719	21
VI Região (Alto oeste)	230.042	36
VII Região (Metropolitana)	1.187.899	5
VIII Região (Vale Açu)	155.316	13

**Tabela 1** - Regiões de saúde por população residente e número de municípios existentes, Rio Grande do Norte, 2010.

**FONTE:** IBGE – CENSO DEMOGRÁFICO 2010

O PDR é o principal documento que organiza as regiões de saúde nos estados, ratificando a importância da regionalização como ferramenta de planejamento regional, organização dos serviços nos territórios, conformação da RAS e acessibilidade da população ao SUS (DANTAS; FEITOSA, 2013).

De acordo com a Tabela 1, a área mais populosa é a região metropolitana, mesmo tendo o menor número de municípios, confirmando o domínio das grandes cidades sob as pequenas, o que influencia também na distribuição dos serviços de saúde no estado e na dependência das cidades pequenas das grandes regiões, o que as tornam marginalizadas no desenvolvimento econômico e social.

Segundo Feitosa (2013), a grande maioria dos equipamentos e serviços do SUS ainda estão concentrados em poucos municípios, principalmente na região metropolitana, por exemplo, dos 23 hospitais estaduais do RN, 06 deles estão concentrados na capital Natal e os demais encontram-se dispersos no estado, comprometendo a resolutividade de algumas regiões.

Vale salientar, que a rede urbana do Nordeste brasileiro tem uma predominância de cidades pequenas (com menos de 20 mil habitantes) e poucas grandes cidades (com mais de 500 mil habitantes), conformação que se repete no estado do Rio Grande do Norte. No qual, é importante ressaltar que tais pequenas cidades exercem pouca influência econômica e não dispõem de estrutura e nem dos serviços necessários à população, e conseqüentemente, não são resolutivas aos problemas presentes no território, dependendo da adequação em regiões de saúde para responderem as suas demandas (MAIA, 2010).

Frente à globalização da economia, apesar de a hierarquia urbana ainda permanecer com uma estrutura rígida, que prioriza os centros maiores e melhor equipados, existe uma tendência à simplificação dos níveis de funções urbanas. Tal tendência aumenta a possibilidade de que os médios e pequenos centros sejam inseridos na rede urbana com desempenho de funções nacionais e regionais, até então amplamente estabelecidas nas grandes cidades (PEREIRA; FURTADO, 2011, p. 65).

Os processos de metropolização e desmetropolização estão relacionados ao processo de reestruturação da Rede urbana, com o aumento no número de cidades médias e pequenas e criação de centros regionais, induziram a criação de polos e regiões de crescimento, reversão da polarização

e desconcentração econômica, assumindo como nós de articulação da Rede (FRANÇA; SOARES, 2012).

Assim como a rede urbana se materializa através dos fluxos que estabelecem entre os “nós” de articulação (centros urbanos), a RAS também se estratifica através da articulação de seus serviços de baixa, média e alta complexidade dispostos em todo o território nacional. No entanto, quanto mais estruturada for a cidade, maior será a oferta de bens e serviços e maior será a procura pela população, adquirindo maior centralidade na rede urbana e, visibilidade e resolutividade na RAS.

É importante salientar, que quanto mais descentralizada estiverem os serviços de saúde melhor estruturada estará a Rede de Saúde, já que a presença dos mesmos em cidades médias e pequenas atendem melhor as necessidades dos territórios, enquanto que nas metrópoles dificultam o acesso da população que reside mais distante. Tal processo foi estimulado com a interiorização de alguns serviços públicos, o que induziu o desenvolvimento de algumas regiões, tornando-as mais ativas e responsivas a sua comunidade.

### 2.3 A Rede de atenção a saúde em HIV/AIDS no Rio Grande do Norte

O Programa Nacional de IST/AIDS está inserido em toda a RAS, cada nível de assistência com suas competências. A nível de atenção básica, uma das várias funções é atender os indivíduos com HIV/AIDS e outras IST's, possibilitando acolhimento adequado, diagnóstico precoce, aconselhamento para realização de testes rápidos, tratamento adequado, educação em saúde para promoção e prevenção e encaminhamento para outros níveis de atenção (BRASIL, 2006).

A rede de serviços especializados de assistência a AIDS é organizada em: Serviço de Assistência Especializado (SAE), Hospital Dia (HD), Hospital Convencional (HC), Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) e Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) (BRASIL, 2006).

No Rio Grande do Norte conta-se com os serviços de: Atenção básica; Hospitais Convencionais; Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS; Centros de Testagem e Aconselhamento; UDM; Maternidades e Hospitais de Referência em doenças infectocontagiosas, distribuídos em todo o território estadual.

Todas as cidades do estado contam com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a nível de atenção básica, as quais realizam atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, atuando em todos os programas de maneira generalista, realizando acompanhamentos e

encaminhamentos sempre que necessário. Entretanto, os serviços especializados de média e alta complexidade estão distribuídos em cidades específicas do RN.

Realizando a distribuição dos serviços à pessoa com HIV/AIDS por Região de Saúde, temos: I Região – possui 05 maternidades e 01 SAE adulto; II Região – 06 maternidades, 01 SAE adulto, 01 Hospital convencional, 01 Hospital de Referência em doenças infectocontagiosa e 01 Centro de Testagem e Aconselhamento; III Região – 03 maternidades; IV Região – 05 maternidades e 01 SAE Adulto; V Região – 03 maternidades e 02 SAE adulto e 01 SAE Materno Infantil; VI Região – 01 maternidade, 01 Hospital Convencional (funciona como maternidade também) e 01 UDM; VII Região – 09 maternidades; 05 SAE's Adulto, 01 SAE Materno Infantil, 01 Hospital de Referência em doenças infectocontagiosa e 01 Hospital Convencional; VIII Região – 03 maternidades.

Verifica-se que o RN conta com 10 Serviços de Atenção Especializada em Aids (SAE) para adultos implantados em unidades municipais, além dos ambulatórios dos hospitais de referência estaduais (Hospital Giselda Trigueiro, Hospital Rafael Fernandes), totalizando 12 serviços em funcionamento. Além das maternidades e SAE materno infantil (02), as quais são responsáveis pelo plano de prevenção à transmissão vertical e, hospitais convencionais, os quais recebem os pacientes, geralmente em urgências clínicas, realizam os primeiros atendimentos e logo mais os transferem.

Na I Região de saúde, 02 dos 06 serviços existentes estão situados em São José de Mipibu. Já na II Região, dos 10 estabelecimentos em saúde, 07 estão localizados na cidade de Mossoró, incluindo o Hospital de referência para doenças infectocontagiosas e outros diversos serviços. A III Região não segue a lógica de concentração das unidades de saúde e por ter 03 maternidades, as mesmas estão dispersas em 03 cidades diferentes: Guamaré, João Câmara e Ceará-mirim. Na IV Região, 02 dos 06 serviços estão situados em Caicó, a qual exerce centralidade na região e, os demais estão dispersos nas demais cidades que não exercem grande influência.

Já na V Região de saúde dos 04 serviços existentes 02 estão localizados em Santa Cruz, enquanto que na VI Região todos os 03 serviços estão dispostos na cidade de Pau dos Ferros, a qual realiza o domínio dos serviços em saúde na região. Na VII Região das 17 unidades de saúde: 11 estão da grande Natal, incluindo maior Hospital de referência para doenças infectocontagiosas, 02 estão em Macaíba, 02 em Parnamirim, 02 em São Gonçalo do Amarante e em Extremoz não tem nenhum. E na VIII Região 02 dos 03 estabelecimentos de saúde estão na cidade de Assu.

Percebe-se que em todas as regiões existem cidades que possuem um número maior de serviços em HIV/AIDS e, geralmente, são as mesmas que são “mais desenvolvidas” e dispõem de maior número de bens e serviços e, acabam assumindo o papel de cidade-polo da região.

Algumas cidades-polo desenvolvem o papel de uma cidade média devido sua importância, função, morfologia e oferta de serviços para a região e, não necessariamente de acordo com os critérios de classificação populacionais, operando como lugares de referência na rede (LOPES; HENRIQUE, 2010). Estas cidades ofertam os principais serviços de saúde à população de toda a região e dão resolutividades aos problemas regionais, encaminhando aqueles que tem maior grau de complexidade. Esta organização dá maior representatividade a região e seus pequenos municípios.

(...) seriam aquelas que estariam num nível cujo seu oferecimento de serviços básicos e especializados, sua atividade produtiva, sua capacidade de oferecer empregos, principalmente aqueles que necessitam maior qualificação, influenciassem o direcionamento de fluxos que deixam de ser dirigidos para as metrópoles, estabelecendo-se como centros de atração ou núcleo de rede (VIEIRA, 2011, p. 06).

Entretanto, quando se trata da assistência em saúde às pessoas que vivem com HIV/AIDS no RN, os serviços especializados ainda estão amplamente localizados nas grandes cidades, sendo pouco difundidos para os pequenos municípios. Assim, os maiores números de serviços estão localizados na II e VII Região de saúde, especificamente nas cidades de Mossoró e Natal. Dos 10 serviços presentes na II Região, 07 deles estão localizados na cidade de Mossoró (03 maternidades, 01 CTA, 01 HC, 01 HRF e 01 SAE), enquanto que dos 17 serviços da VII Região, 10 deles são situados na capital Natal (06 maternidades, 02 SAE's, 01 HRF e 01 HC).

A organização da rede urbana estadual pode ser uma das explicações que justifica a localização acentuada dos serviços de saúde à pessoa com HIV/AIDS nas cidades grandes e médias do RN. No entanto, pode-se inferir também que não estão sendo esgotadas as possibilidades existentes na rede básica e nem os recursos existentes nas regiões, tornando-se dependentes dos demais níveis de atenção, localizados em diferentes territórios.

Os serviços de assistência especializados estão situados nos grandes centros urbanos do estado, distantes dos municípios de pequeno porte situados no interior do estado, caracterizando uma barreira de acesso aos mesmos. O que deveria ser o SAE no município de Pau dos Ferros e outras cidades, por exemplo, encontra-se com equipe multidisciplinar insipiente, não conseguindo atender a demanda da região, realizando muitas referências e não cumprindo seu papel no território, contribuindo para uma forte dependência de serviços de outras regiões (II região, VII e VIII região),

o que sugere uma interferência na adesão e manutenção do tratamento dos pacientes, entre outras considerações para além da assistência e prevenção.

Percebe-se uma necessidade eminente da interiorização dos serviços, o qual criaria novas centralidades urbanas, redirecionando os fluxos migratórios, implantação de novos serviços públicos e fortalecimento das regiões (SIMÕES; AMARAL, 2011). Minimizando assim as desigualdades e a dependência entre as regiões de saúde, outorgando maior autonomia e resolutividade das mesmas, além de efetivar a descentralização dos serviços de saúde para as cidades médias, melhorando a oferta de serviços no interior e sua capacidade de atuação (DANTAS, 2014).

Neste contexto, é importante salientar que a efetivação do princípio da regionalização é dependente deste processo de interiorização de serviços de saúde, o qual em atenção a saúde da pessoa com HIV/AIDS pode ser estimulado através do fortalecimento e reestruturação dos SAE's em cada região de saúde, o qual desenvolveria a assistência especializada à pessoa com HIV/AIDS nas regiões, apoiando e orientando a AB dos municípios, encaminhando para os centros de referência apenas os casos não resolvidos localmente, descongestionando, reorganizando e fortalecendo a rede, além de minimizar a dependência dos pequenos municípios da II e VII Região de saúde do RN.

### **3 Considerações finais**

As regiões de saúde consistem em um valioso instrumento de planejamento regional e de organização da Rede de Atenção a Saúde, onde a mesma pode assumir várias conformações dependendo da região de referência. Mesmo com o processo de descentralização e crescente autonomia dos municípios em adequar as políticas as necessidades locais, os quais assumem, em sua maioria, o programa em sua forma original sem considerar suas especificidades, o que dá margem a incompatibilidade de princípios e aumenta as dificuldades de operacionalização.

Com o crescente processo de dinamização de novos territórios, criando assim novos centros de referência, ainda se vislumbra a concentração de serviços especializados nos grandes centros do estado do RN, o que causa uma forte dependência das cidades pequenas com as metrópoles, consistindo também em uma barreira de acesso da população a estes serviços.

Vislumbra-se que o RN possui regiões de saúde bem delimitadas, entretanto, as mesmas não dispõem dos serviços de saúde necessários à assistência a pessoa com HIV/AIDS, e por isso não

suprem as necessidades de seus territórios, tendo sua autonomia comprometida e gerando uma forte dependência de serviços especializados, fragilizando a conformação da RAS.

As cidades médias assumem um importante papel na conformação da Rede em Saúde, já que as mesmas já possuem relevância em sua região de atuação e por isso tem condições de manter serviços especializados disponíveis a comunidade, o que auxilia na estruturação da RAS, a qual deve ser descentralizada e próxima a população e não localizada em grandes metrópoles.

A criação de novas centralidades e interiorização dos serviços contribuem para a manutenção da Rede de HIV/AIDS próxima de sua comunidade e resolutiva, com menos barreiras de acesso impostas pela distância dos serviços.

### Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional da política de saúde brasileira (2001-2011):** diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013. 289p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

ARRETCHE, M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto nº 7. 508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, D.F., 28 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CARNEIRO, M. das G. D. et al. Processo de construção de redes de atenção à saúde na 16ª região de saúde do ceará. **SANARE-Revista de Políticas Públicas,** v. 13, n. 2, p. 42-49, jun./dez. 2014.

DANTAS, J. R. de Q. **As cidades médias no desenvolvimento regional: Um estudo sobre Pau dos Ferros (RN).** 2014. 261p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Centro de Ciências humanas, letras e artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

DANTAS, A.; FEITOSA, L. C. A efetividade do plano diretor de regionalização do sus no rio grande do norte. **Revista da ANPEGE**, v. 9, n. 11, p. 21-26, jan./jun. 2013.

DANTAS, J. R. de Q.; CLEMENTINO, M. do L. M. As cidades médias interiorizadas no desenvolvimento do nordeste: um estudo sobre Pau dos Ferros (RN). **RDE - revista de desenvolvimento econômico**. n. 30, 2014.

DUARTE, L.S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.472-485, 2015.

FERREIRA, J.B.B. et al. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.345-58, abr./jun. 2010.

FEITOSA, L. C. **A regionalização da saúde no Rio Grande do Norte: Elementos para a compreensão da dinâmica dos lugares.** 2013. 137p. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Geografia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

FRANÇA, I. S.; SOARES, B. R. Rede urbana regional, Cidades médias e centralidades: estudo de montes claros e dos centros Emergentes de pirapora, janaúba e januária no norte de minas gerais. **R. B. Estudos urbanos e regionais**, v. 14, n. 2, 2012.

GUERRA, D. M. **Descentralização e regionalização da assistência à saúde do Estado de São Paulo: Uma análise do índice de dependência.** 2015. 209p. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

LOPES, D. M. F.; HENRIQUE, W. (ORG). **Cidades médias e pequenas: teorias, conceitos e estudos de caso.** Salvador: SEI. 2010.

MAIA, D. S. Cidades médias e pequenas no Nordeste: Conferência de abertura. In: LOPES, D. M. F.; HENRIQUE, W. (ORG). **Cidades médias e pequenas: teorias, conceitos e estudos de caso.** Salvador: SEI. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

PEREIRA, R. H. M; FURTADO, B. A. **Dinâmica urbano-regional: Rede urbana e suas interfaces.** Brasília: Ipea, 2011

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. de F. P. de A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, 2016.

RIO GRANDE DO NORTE. **Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte: gestão 2008/2010 – vigência 2012/2015.** SESAP/RN, 2013.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015.

SIMÕES, R.; AMARAL, P. V. Interiorização e novas centralidades urbanas: uma visão prospectiva para o Brasil. **Economia**, v. 12, n. 3, p. 553-579, 2011.

VIEIRA, A. B. Cidades médias: uma abordagem a partir da dimensão política da leitura econômica. **Caminhos de geografia**, Uberlândia, v. 12, n. 40, 2011.