



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

JEFFERSON SANTOS FERNANDES

A GEOGRAFIA DAS REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO CARIRI CEARENSE

FORTALEZA

2020

JEFFERSON SANTOS FERNANDES

A GEOGRAFIA DAS REDES DE SERVIÇO DE SAÚDE NO CARIRI CEARENSE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Geografia. Área de concentração: Dinâmica Territorial e Ambiental.

Orientador: Prof. Dr. José Borzacchiello da Silva.

Coorientadora: Profa. Dra. Alexsandra Maria Vieira Muniz.

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- F399g Fernandes, Jefferson Santos.
A Geografia das redes de serviços de saúde no Cariri cearense / Jefferson Santos Fernandes. – 2020.
191 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Fortaleza, 2020.
Orientação: Prof. Dr. José Borzacchiello da Silva.
Coorientação: Profa. Dra. Alexandra Maria Vieira Muniz.
1. Rede urbana. 2. Centralidade. 3. Serviços de saúde. 4. Cariri. 5. Crajubar. I. Título.

CDD 910

JEFFERSON SANTOS FERNANDES

A GEOGRAFIA DAS REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO CARIRI CEARENSE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Geografia. Área de concentração: Dinâmica Territorial e Ambiental.

Aprovada em: ___ / ___ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Borzacchiello da Silva (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Clelia Lustosa Costa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Ivan da Silva Queiroz
Universidade Regional do Cariri (URCA)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pelas oportunidades.

Aos meus pais, Dona Aurinete e Sr. Francisco (Preto), e aos meus irmãos, Francisco Júnior e Pedro José, motivo maior da minha caminhada até aqui.

Aos meus avós, tios e primos, família presente nos bons e nos maus momentos.

À Amanda Carvalho Borges, minha companhia diária e meu alento nas situações difíceis.

Aos amigos Magno, Israel, Larissa, Kayame, Manoel, Micaelle, Orlando, Walter, Renackson, Gerlaine, Letícia, Leuda, Ligia, Kalil, Samuel, Angelo, Edenilson, Marlon, Rafael e Marluce, por compartilharem as angústias e alegrias através de boas conversas e ocasiões vividas de maneira singular.

Ao meu orientador, José Borzacchiello da Silva (o Zé), e a minha coorientadora, Alexandra Maria Vieira Muniz, pelo incentivo nas atividades de pesquisa durante os últimos dois anos e pela amizade que levarei por toda a vida.

Aos professores membros da banca examinadora, Clélia Lustosa e Ivan Queiroz, pela leitura atenta do trabalho e por serem importantes referências nos estudos urbano-regionais.

Aos professores do Departamento de Geografia da UFC, Amaro, Levi, Alexandre, Iara, Eustógio e Christian, pelas discussões teórico-metodológicas nas disciplinas da pós-graduação e nos corredores do Centro de Ciências.

Aos professores Santiago Vasconcelos e Ivanalda Dantas, da Universidade Federal de Campina Grande, que durante a graduação me incentivaram a seguir o caminho da pesquisa geográfica.

À Universidade Federal do Ceará, por dispor de profissionais e infraestrutura que permitem a oferta de um ensino público de excelência.

À Biblioteca de Ciências Humanas, meu principal cantinho em Fortaleza.

À Casa de Cultura Francesa, pelos amigos e conhecimento compartilhado.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro que permitiu a realização deste estudo.

À todas as demais pessoas e instituições que, direta ou indiretamente, contribuíram com a minha trajetória acadêmica.

Aos profissionais de saúde que atuaram/atuam na linha de frente no combate à Covid-19, o meu muito abrigado.

Aos familiares dos brasileiros vítimas da pandemia do novo Coronavírus, entre os quais alguns amigos, o meu mais fraterno abraço.

“Escrever é fácil. Você começa com uma letra maiúscula e termina com um ponto final. No meio você coloca as ideias.”

Pablo Neruda.

RESUMO

A organização do Sistema Único de Saúde está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços), regionalização (pactuação com os municípios) e hierarquização (níveis de complexidade da assistência). Nesse contexto, o presente trabalho se propõe a analisar a política regional do SUS no Cariri cearense, destacando a centralidade do aglomerado urbano Crajubar – acrônimo resultante da junção das cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha. Para a consecução deste trabalho, realizamos pesquisa bibliográfica sobre rede urbana, região e regionalização da saúde, análise do Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Ceará e dos estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística referente às Regiões de Influência das Cidades, bem como o levantamento de dados no Departamento de Informática do SUS. Constatamos que as sobreposições e desequilíbrios da rede urbana podem se manifestar de diversas formas, e uma delas é a do sistema de atenção e vigilância à saúde. As cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha se consolidam como polo de uma expressiva rede urbana nos sertões centrais do Nordeste brasileiro. No entanto, a análise da oferta dos equipamentos e serviços médicos e das condições socioeconômicas da população de 45 municípios da Macrorregião do Cariri, revelou a necessidade de fortalecimento das redes locais de saúde e das formas de proteção social à população economicamente mais vulnerável. Com a crise causada pela pandemia do novo Coronavírus, exacerbaram-se as fragilidades do sistema regional de saúde, havendo, portanto, um grande espaço para a intervenção dos gestores públicos.

Palavras-chave: Rede Urbana. Centralidade. Serviços de Saúde. Cariri. Crajubar

ABSTRACT

The organization of the Unified Health System is based on three pillars: network (integration of services), regionalization (agreement between municipalities) and hierarchization (levels of complexity of care). In this context, the present work aims to analyze the regional policy of the SUS in Cariri Ceará, highlighting the centrality of the urban cluster Crajubar - acronym resulting from the junction of the cities of Crato, Juazeiro do Norte and Barbalha. To achieve this work, we conducted bibliographic research on urban network, region and regionalization of health, analysis of the Master Plan for Health Regionalization of Ceará and the studies of the Brazilian Institute of Geography and Statistics on the Regions of Influence of Cities, as well as the survey data in the Department of Informatics of SUS. We found that the overlaps and imbalance of the urban network can manifest in several ways, and one of them is that of the health care and surveillance system. The cities of Crato, Juazeiro do Norte and Barbalha are consolidated as a pole of an expressive urban network in the central hinteries of the Brazilian Northeast. However, the analysis of the supply medical equipment and services and the socioeconomic conditions of the population of 45 municipalities in the Cariri Macroregion, revealed the need to strengthen local health networks and forms of social protection for the economically more vulnerable population. With the crisis caused by pandemic of the new Coronavirus, the weaknesses of the regional health system have been exacerbated, and there is therefore a large space for the intervention of public managers.

Keywords: Urban Network. Centrality. Health Services. Cariri. Crajubar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Rede urbana brasileira, 1966.....	27
Figura 2	- Rede urbana brasileira, 1978	28
Figura 3	- Rede urbana brasileira, 1993	30
Figura 4	- Rede urbana brasileira, 2007	31
Figura 5	- Regiões Ampliadas de Articulação Urbana	36
Figura 6	- Regiões Intermediárias de Articulação Urbana	37
Figura 7	- Regiões Imediatas de Articulação Urbana	38
Figura 8	- Regiões Geográficas Imediatas	40
Figura 9	- Regiões Geográficas Intermediárias	40
Figura 10	- Rede urbana brasileira, 2018	43
Figura 11	- Redes de deslocamento para serviços de saúde no Brasil, 2018	44
Figura 12	- Regiões de busca de serviços de saúde de alta complexidade, 2018	46
Figura 13	- Região de Influência do Arranjo Populacional de Fortaleza, 2018	48
Figura 14	- Região Ampliada de Articulação Urbana de Fortaleza	49
Figura 15	- Esquema organizativo de uma Macrorregião de Saúde, média complexidade.....	58
Figura 16	- Esquema organizativo de uma Macrorregião de Saúde, alta complexidade.....	58
Figura 17	- Macrorregiões de Saúde do estado do Ceará, 2006	60
Figura 18	- Microrregiões de Saúde do estado do Ceará, 2006	60
Figura 19	- Macrorregiões de Saúde do estado do Ceará, 2011	61
Figura 20	- Microrregiões de Saúde do estado do Ceará, 2011	62
Figura 21	- Macrorregiões e Microrregiões de Saúde do estado do Ceará, 2014.....	64
Figura 22	- Redes de deslocamento para serviços de saúde no estado do Ceará, 2018...	66
Figura 23	- Regiões de busca de serviços de saúde de alta complexidade no estado do Ceará, 2018.....	68
Figura 24	- Região de Planejamento do Cariri.....	75
Figura 25	- Região Metropolitana do Cariri	76
Figura 26	- Macrorregião de Saúde do Cariri	78
Figura 27	- Localização do aglomerado Crajubar.....	91

Figura 28	-	Cidade do Crato.....	93
Figura 29	-	Cidade de Barballha.....	93
Figura 30	-	Cidade de Juazeiro do Norte.....	95
Figura 31	-	Colina do Horto: Estátua do Padre Cícero	97
Figura 32	-	Rua São Pedro, antiga centralidade de Juazeiro do Norte.....	97
Figura 33	-	Área do Triângulo Crajubar, nova centralidade de Juazeiro do Norte.....	99
Figura 34	-	Cariri Garden Shopping	99
Figura 35	-	Hospital Regional do Cariri e os novos empreendimentos privados nos seus arredores	101
Figura 36	-	Atacadão Carrefour, Hiper Bom Preço, Maxxi Atacado e Assaí Atacadista	101
Figura 37	-	Anel Viário do Cariri.....	103
Figura 38	-	Região de Influência do Arranjo Populacional de Juazeiro do Norte.....	107
Figura 39	-	Localização e hierarquia urbana da Região de Saúde de Icó.....	111
Figura 40	-	Cidade de Icó.....	115
Figura 41	-	Redes de deslocamento para serviços de saúde na cidade de Icó segundo a pesquisa REGIC 2018	122
Figura 42	-	Região Geográfica Imediata de Icó.....	123
Figura 43	-	Localização e hierarquia urbana da Região de Saúde de Iguatu	125
Figura 44	-	Cidade de Iguatu.....	128
Figura 45	-	Redes de deslocamento para serviços de saúde na cidade de Iguatu segundo a pesquisa REGIC 2018	134
Figura 46	-	Região Geográfica Imediata de Iguatu.....	135
Figura 47	-	Localização e hierarquia urbana da Região de Saúde de Brejo Santo	137
Figura 48	-	Cidade de Brejo Santo	138
Figura 49	-	Redes de deslocamento para serviços de saúde na cidade de Brejo Santo segundo a pesquisa REGIC 2018	144
Figura 50	-	Região Geográfica Imediata de Brejo Santo.....	145
Figura 51	-	Localização e hierarquia urbana da Região de Saúde de Crato	146
Figura 52	-	Hospital São Raimundo e Hospital São Francisco de Assis, Crato-CE.....	155
Figura 53	-	Ambulância do município de Assaré no Hospital São Francisco de Assis, Crato-CE.....	155

Figura 54	- Clínicas médicas localizadas em frente ao Hospital São Francisco de Assis, Crato-CE	156
Figura 55	- Localização e hierarquia urbana da Região de Saúde de Juazeiro do Norte.....	158
Figura 56	- Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Santo Antônio e Hospital do Coração do Cariri, Barbalha-CE	166
Figura 57	- Ambulância do município de Barro no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, Barbalha-CE	167
Figura 58	- Clínicas médicas no Bairro Centro, Barbalha-CE	168
Figura 59	- Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri, Barbalha-CE..	168
Figura 60	- Matéria do Jornal Nacional destacando a cidade de Barbalha como centro de referência em saúde no Nordeste	169
Figura 61	- Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte-CE	170
Figura 62	- Ambulância do município de Potengi no Hospital Regional do Cariri	171
Figura 63	- Hospital Geral Padre Cícero, Juazeiro do Norte-CE	171
Figura 64	- Projeto de construção do Hospital Regional Unimed Cariri.....	173
Figura 65	- Região Geográfica Imediata de Juazeiro do Norte	173
Figura 66	- Redes de deslocamento para serviços de saúde no Arranjo Populacional de Juazeiro do Norte segundo a pesquisa REGIC 2018	175
Figura 67	- Evolução espaço-temporal de casos de Covid-19 no estado do Ceará	177
Figura 68	- Estátua do Padre Cícero usando máscara como forma de campanha no combate à Covid-19.....	179
Figura 69	- Barreira sanitária na cidade de Mauriti-CE.....	179
Figura 70	- Unidades de referência para o tratamento de pacientes com Covid-19 no Cariri cearense.....	180
Figura 71	- Manchete do Diário do Nordeste destacando a crise da infraestrutura em saúde no Cariri durante a pandemia de Covid-19	182

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Estabelecimentos de Saúde – Região de Saúde de Icó.....	117
Gráfico 2	- Equipes médicas e quantidade de médicos por mil habitantes – Região de Saúde de Icó.....	118
Gráfico 3	- Internações hospitalares na cidade de Icó por local de residência, 2019.....	120
Gráfico 4	- Estabelecimentos de saúde – Região de Saúde de Iguatu.....	129
Gráfico 5	- Equipes médicas e quantidade de médicos por mil habitantes – Região de Saúde de Iguatu.....	130
Gráfico 6	- Internações hospitalares na cidade de Iguatu por local de residência, 2019.....	132
Gráfico 7	- Estabelecimentos de saúde – Região de Saúde de Brejo Santo	141
Gráfico 8	- Equipes médicas e quantidade de médicos por mil habitantes – Região de Saúde de Brejo Santo.....	142
Gráfico 9	- Internações hospitalares na cidade de Brejo Santo por local de residência, 2019	144
Gráfico 10	- Estabelecimentos de saúde – Região de Saúde de Crato.....	152
Gráfico 11	- Equipes médicas e quantidade de médicos por mil habitantes – Região de Saúde de Crato	153
Gráfico 12	- Internações hospitalares na cidade de Crato por local de residência, 2019	155
Gráfico 13	- Estabelecimentos de saúde – Região de Saúde de Juazeiro do Norte...	163
Gráfico 14	- Equipes médicas e quantidade de médicos por mil habitantes – Região de Saúde de Juazeiro do Norte.....	164
Gráfico 15	- Internações hospitalares na cidade de Barbalha por local de residência, 2019.....	166
Gráfico 16	- Internações hospitalares na cidade de Juazeiro do Norte por local de residência, 2019	167
Gráfico 17	- Coeficiente de incidência de casos de Covid-19 (100.000 habitantes) nas Microrregiões de Saúde do estado Ceará – 25 de junho de 2020....	180

Gráfico 18 - Casos confirmados de Covid-19 na Macrorregião de Saúde do Cariri – 185
25 de junho de 2020

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Regiões de Saúde do estado do Ceará, municípios adscritos e população, 2014.....	67
Tabela 2	- Níveis de atração das cidades cearenses para serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade, 2018.....	69
Tabela 3	- Regionalizações adotadas para o Cariri cearense segundo os órgãos regionalizadores e municípios adscritos	75
Tabela 4	- População das comarcas de Fortaleza, Crato e Jardim em 1860	85
Tabela 5	- Crescimento das populações de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha de 1940 a 2010.....	90
Tabela 6	- Distribuição do PIB por atividades econômicas nas cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha em 2016.....	93
Tabela 7	- Região de Saúde de Icó - características populacionais	113
Tabela 8	- Região de Saúde de Icó – composição do PIB por municípios	113
Tabela 9	- Região de Saúde de Icó – renda domiciliar per capita, famílias cadastradas no programa Bolsa Família e IDHM.....	114
Tabela 10	- Região de Saúde de Iguatu - características populacionais	126
Tabela 11	- Região de Saúde de Iguatu – composição do PIB por municípios	126
Tabela 12	- Região de Saúde de Iguatu – renda domiciliar per capita, famílias cadastradas no programa Bolsa Família e IDHM.....	127
Tabela 13	Região de Saúde de Brejo Santo - características populacionais.....	138
Tabela 14	- Região de Saúde de Brejo Santo – composição do PIB por municípios...	139
Tabela 15	- Região de Saúde de Brejo Santo – renda per capita, famílias cadastradas no Programa Bolsa Família e IDHM	139
Tabela 16	- Região de Saúde de Crato - características populacionais.....	149
Tabela 17	- Região de Saúde de Crato – composição do PIB por municípios	149
Tabela 18	- Região de Saúde de Crato – renda domiciliar per capita, famílias cadastradas no programa Bolsa Família e IDHM.....	150
Tabela 19	- Região de Saúde de Juazeiro do Norte - características populacionais..	161

Tabela 20	- Região de Saúde de Crato – composição do PIB por municípios	161
Tabela 21	- Região de Saúde de Juazeiro do Norte – renda domiciliar per capita, famílias cadastradas no programa Bolsa Família e IDHM.....	162

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Centros urbanos brasileiros na classificação do estudo Regiões Funcionais Urbanas, 1966.....	26
Quadro 2	- Centros urbanos brasileiros na classificação da REGIC 1978.....	30
Quadro 3	- Centros urbanos brasileiros na classificação da REGIC 1993.....	32
Quadro 4	- Centros urbanos brasileiros na classificação da REGIC 2007.....	34
Quadro 5	- Centros urbanos brasileiros na classificação da REGIC 2018.....	44
Quadro 6	- Hierarquia da centralidade urbana no estado do Ceará, 2018.....	52
Quadro 7	- Relação das IES e cursos ofertados no Crajubar.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Área de Contração de População
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APRECE	Associação dos Municípios do Estado do Ceará
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CRAJUBAR	Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
Estácio FMJ	Faculdade de Medicina de Juazeiro
FAP	Faculdade Paraíso
FJN	Faculdade de Juazeiro do Norte
HMSF	Hospital e Maternidade São Francisco de Assis
HMSVP	Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
HPP	Hospitais de Pequeno Porte
HRC	Hospital Regional do Cariri
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFCE	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Estado do Ceará
NASF	Policlínica Regional, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PROEXMAES	Programa de Expansão e Melhoria da Atenção Especializada à Saúde do Estado do Ceará

REGIC	Região de Influência das Cidades
RMC	Região Metropolitana do Cariri
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEPLAG	Secretaria de Planejamento do Estado do Ceará
SESA	Secretaria Estadual da Saúde do Ceará
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFCA	Universidade Federal do Cariri
UNILEÃO	Centro Universitário Leão Sampaio
URCA	Universidade Regional do Cariri
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
2	DINÂMICA URBANA E SAÚDE COLETIVA.....	23
2.1	Apontamentos sobre a rede urbana.....	23
2.2	A questão urbano-regional brasileira nos estudos do IBGE.....	27
2.3	A rede urbana cearense.....	50
2.4	A regionalização da saúde.....	57
3	O CARIRI CEARENSE: ATRIBUTOS HISTÓRICOS E AS NOVAS DINÂMICAS SOCIOESPACIAIS.....	71
3.1	Narrativas para uma delimitação regional.....	71
3.2	O “oásis natural” e a ocupação do Vale do Cariri.....	81
3.3	O “milagre da hóstia” e a cidade-santuário.....	87
3.4	A condição urbana do aglomerado Crajubar.....	92
4	O COMPLEXO REGIONAL DA SAÚDE: REDES, ESCALAS E SUJEITOS.....	111
4.1	Região de Saúde de Icó.....	111
4.2	Região de Saúde de Iguatu.....	125
4.3	Região de Saúde de Brejo Santo.....	136
4.4	Região de Saúde de Crato.....	147
4.5	Região de Saúde de Juazeiro do Norte.....	159
4.6	Notas sobre a pandemia do novo Coronavírus.....	178
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	186
	REFERÊNCIAS.....	189

1 INTRODUÇÃO

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços), regionalização (pactuação com os municípios) e hierarquização (níveis de complexidade da assistência). A Constituição Federal de 1988, ao estatuir que o SUS é um sistema integrado, com rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

Nesse contexto, consideramos a possibilidade de analisar a política regional do SUS a partir da perspectiva geográfica. Para tanto, tomamos como recorte espacial o Cariri cearense, uma região cujos serviços de saúde estão articulados em torno do aglomerado urbano Crajubar – acrônimo resultante da junção das cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha.

Um olhar para o sul do estado do Ceará nos leva à constatação inicial de que as três cidades aludidas constituem uma importante nucleação urbana no interior cearense e nos sertões centrais do Nordeste brasileiro. Com isso, vimos a oportunidade para a realização deste trabalho, buscando compreender melhor a rede urbana articulada com o Crajubar e tendo como referência fatores socioeconômicos e serviços públicos de saúde.

Deste modo, o presente trabalho se propõe a responder a seguinte questão: Quais fatores fazem do conjunto Crajubar um centro articulador de uma expressiva rede urbana para serviços de saúde? Visando oferecer retorno a essa pergunta elencamos algumas hipóteses:

- A oferta de serviços de saúde especializados é um dos fatores que justificam a influência do Crajubar na rede urbana regional, na qual se destacam, também, outros setores como comércio e ensino superior;
- O modelo de gestão territorial do SUS, através das políticas de regionalização e hierarquização dos serviços, estimulam o desenvolvimento e concentração de serviços de média e alta complexidade nas cidades polo, o que contribui para explicar, parcialmente, a centralidade do Crajubar no Cariri e as fragilidades do sistema de saúde nos pequenos municípios.
- A expansão da rede médico-hospitalar no Crajubar, especialmente em Juazeiro do Norte, se deve ao desenvolvimento econômico vivenciado na região nos últimos anos. Isto implica numa maior confluência de vias e fluxos, considerando ainda a disponibilidade de meios para o afluxo de pessoas para essa centralidade.

A formulação do problema e as respostas provisórias nos levam a estabelecer os objetivos da pesquisa, a saber:

Objetivo geral:

- Analisar a centralidade urbano-regional das cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha (Crajuubar), privilegiando o papel dos equipamentos e serviços de saúde.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o aglomerado urbano Crajuubar, especialmente a cidade de Juazeiro do Norte, como núcleo de uma expressiva rede urbana a partir de fatores como comércio e serviços;
- Discutir a configuração regional dos serviços de saúde e as condições socioeconômicas da população residente nos municípios da Macrorregião de Saúde do Cariri;
- Analisar a mobilidade espacial dos usuários dos serviços de saúde através da identificação dos fluxos no território e da região de influência do Crajuubar.

Quanto à metodologia, consideramos a necessidade de trabalhar com o método hipotético-dedutivo. Segundo Marconi e Lakatos (2000), com base nesse método, a realização de uma pesquisa científica deve partir, inicialmente, da identificação de uma situação-problema, sendo necessário, posteriormente, estabelecer respostas provisórias, isto é, hipóteses, que em seguida serão testadas e então confirmadas ou refutadas pelo pesquisador.

Ainda segundo as autoras, no desenvolvimento do trabalho científico o pesquisador se vê diante da necessidade de aplicar um conjunto de técnicas e procedimentos que o auxiliam na sua investigação, com um “conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros - traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista” (MARCONE; LAKATOS, 2000, p. 83).

Neste sentido, os procedimentos metodológicos (qualitativos e quantitativos) da presente estão organizados da seguinte forma:

- Pesquisa bibliográfica e documental: consulta de trabalhos sobre rede urbana como Corrêa (1989; 1997; 2006); levantamento dos estudos feitos pelo IBGE (1972; 1987; 2000; 2008; 2018) referente às Regiões de Influência das Cidades, assim como pesquisas sobre as Regiões de Articulação Urbana (IBGE, 2013) e as Regiões Geográficas Imediatas e Intermediárias (IBGE, 2017). Abordagem sobre região/regionalização da saúde, com discussão dos preceitos legais que tratam da regionalização do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1988; 2006; 2011). Análise da regionalização da saúde do estado do Ceará a partir do Plano Diretor de Regionalização

(CEARÁ, 2006, 2011 e 2014). Consulta a estudos que abordam o espaço regional caririense e sua principal nucleação urbana, como Pinheiro (1953), Della Cava (1976), Queiroz (2013) e outros.

- Levantamento de dados secundários: consulta aos dados do IBGE e outras fontes sobre o perfil socioeconômico dos municípios da Macrorregião de Saúde do Cariri. Consulta ao banco de dados do DATASUS, disponível na internet, referentes aos equipamentos de saúde no Crajubar e sua região de influência, destacando os fluxos de pessoas de outros municípios para as cidades polo do Cariri. Estas informações foram tabuladas e convertidas em quadros, tabelas, gráficos e mapas.

É preciso destacarmos que a presente pesquisa, inicialmente, contava com a realização de entrevistas com usuários e gestores de alguns hospitais polo do Cariri. No entanto, devido à pandemia de Covid-19, as atividades de campo, que estavam previamente agendadas nestes estabelecimentos para os meses de abril e maio de 2020, tiveram que ser canceladas. Consideramos, assim, que os dados do IBGE sobre a rede urbana e do DATASUS sobre as internações hospitalares, nos ajudariam a entender os fixos e fluxos em saúde no Cariri e a influência do Crajubar para um expressivo conjunto de cidades.

Nesse contexto, o trabalho está estruturado em três partes principais. No capítulo “Dinâmica urbana e saúde coletiva”, são abordados os temas e processos gerais que fundamentam a pesquisa, como rede urbana, hierarquização dos centros e região/regionalização da saúde. Foram resgatados os estudos de Corrêa (1989; 1997; 2006) e do IBGE sobre a rede urbana brasileira desde a década de 1960. Com isso, analisamos a estrutura da rede urbana cearense, os marcos regulatórios do SUS e os recortes territoriais do PDR/SESA para o estado do Ceará.

No segundo capítulo, “O Cariri cearense: atributos históricos e as novas dinâmicas socioespaciais”, propomos uma análise histórica do Cariri, aspecto fundamental para compreender os processos e dinâmicas atuais da região. São apresentadas as diversas formas de se regionalizar o Cariri, onde o resultado do recorte regional depende do critério do agente regionalizador. A formação socioespacial desta porção sul do Ceará é explicada pelas suas singularidades geoambientais e pelo processo de ocupação do território, com destaque para os fenômenos religiosos a partir da figura do Padre Cícero Romão Batista, o que fez do Cariri um importante centro de peregrinação e polo turístico no interior do Nordeste. A condição urbana do aglomerado Crajubar na atualidade é vista por meio de um conjunto diversificado de atividades que explicam a sua centralidade na rede urbana.

No último capítulo, “O complexo regional da saúde: redes, escalas e sujeitos”, apresentamos um panorama sobre a distribuição espacial da capacidade instalada em saúde e as condições socioeconômicas da população na Macrorregião de Saúde do Cariri, composta por 45 municípios, analisando assim a centralidade urbano-regional do Crajubar com base na infraestrutura do setor saúde. A partir da base de dados do DATASUS e da análise descritivas das variáveis, foi possível evidenciar a carência de serviços e equipamentos básicos em saúde no território caririense, uma realidade condizente com o baixo desenvolvimento econômico dos pequenos municípios. Por fim, a pesquisa traz uma discussão sobre os impactos da pandemia do novo Coronavírus na região, onde exacerbaram-se as fragilidades do sistema regional de saúde.

Portanto, esperamos contribuir para o aprofundamento das discussões sobre as políticas públicas territoriais em saúde. O enorme desafio no campo da saúde pública brasileira, recentemente intensificado pela pandemia de Covid-19, deve ser analisado a partir de uma perspectiva espacial crítica. Acreditamos, pois, que os resultados desta dissertação fornecem uma base empírica sólida para a reflexão teórica e política a partir do contexto regional caririense.

2 DINÂMICA URBANA E SAÚDE COLETIVA

O modelo de gestão territorial na área da saúde tem como base a hierarquia urbana para a disposição dos serviços de atenção básica, média e alta complexidade. Logo, a dinâmica urbana é fundamental para a compreensão da situação de saúde em âmbito regional e para a consolidação de políticas públicas. Desta feita, o presente capítulo se propõe a analisar a relação entre centros urbanos e serviços de saúde.

2.1 Apontamentos sobre a rede urbana

Os estudos sobre rede urbana ocupam espaço privilegiado em diversas áreas do conhecimento como a Economia, a Arquitetura e a Sociologia, mas é sobretudo na Geografia que tem se destacado como um tema de vasta produção teórica. De maneira geral, a rede é uma malha constituída de linhas e pontos, ou traços e nós, cuja “primeira propriedade é a conexidade – qualidade de conexo – que tem ou em que há conexão, ligação. Os nós das redes são assim lugares de conexões, lugares de poder e de referência” (DIAS, 2007, p. 148).

Para Corrêa (1997, p. 05), uma rede geográfica corresponde ao “conjunto de localizações sobre a superfície terrestre articuladas por vias e fluxos”. Neste sentido, a rede urbana constitui um tipo particular de rede, sendo “um conjunto de centros urbanos funcionalmente articulados entre si” (CORRÊA, 2006, p. 08).

Na Geografia, a maioria das abordagens sobre redes urbanas dizem respeito à diferenciação das cidades em termos de funções, dimensões básicas de variação, relação entre tamanho demográfico e desenvolvimento, hierarquia urbana e relações entre cidade e região (CORRÊA, 2006). Os estudos sobre a hierarquia urbana são os mais tradicionais e numerosos do assunto.

A Teoria das Localidades Centrais, de Walter Christaller, é considerada a gênese de uma reflexão teórica aprofundada. Em 1933, o autor publica a obra *Die Zentralen Örtel in Süddeutschland* (Os Lugares Centrais no Sul da Alemanha), fundando uma teoria sobre a localização de bens e serviços, a quantidade de centros urbanos, suas dimensões e distribuição no espaço. As proposições do geógrafo alemão referem-se à análise dos núcleos urbanos diversos, entendidos como lugares centrais, nos quais se realizam funções centrais de distribuição de bens e serviços a uma população localizada em sua região de influência (hinterlândia). Em face disso, a partir das funções desempenhadas pelas localidades centrais, os núcleos urbanos apresentam diferentes níveis de centralidade na rede, sendo avaliados através dos variados graus de importância.

De acordo com Christaller, a cidade possui uma função principal, que é ser o centro de uma região, caracterizando-se como localidade central. Aqueles núcleos urbanos que não se destacam como centrais são chamados de dispersos, ou seja, fazem parte da região complementar que se estende em torno do núcleo central. Com base na Teoria das Localidades Centrais, a rede urbana pode ser compreendida através das funções exercidas pelas localidades, existindo princípios gerais reguladores do número, tamanho e distribuição dos núcleos de povoamento, variando, pois, a sua escala: grandes, médias e pequenas cidades e, ainda, pequenos núcleos semirurais (CORRÊA, 2006). Deste modo, a centralidade de um núcleo urbano é medida a partir da oferta de bens e serviços, pois quanto maior o número de funções, maior será a sua região de influência.

A hierarquização dos centros urbanos obedece à lógica dos processos supracitados, desde a metrópole ao pequeno centro local. Nesses termos, se por um lado o núcleo urbano de baixa posição na hierarquia da rede oferece bens e serviços de uso básico e costumeiro, por outro, a metrópole ou capital regional oferece uma gama de serviços tanto de uso corrente como

aqueles considerados especializados, consumidos pela população local e das áreas pertencentes a outras cidades, reafirmando, portanto, sua importância na rede.

Percebe-se, pois, a partir das concepções de Christaller, que o nível hierárquico desses núcleos urbanos é determinado a partir da sua centralidade, resultado da capacidade de oferta de bens e serviços que atraíam consumidores da própria região, de regiões adjacentes e longínquas ou mesmo de outros países, dependendo da complexidade dos serviços oferecidos. Expressões como metrópole regional, capital regional, centro de zona e centro local, refletem a natureza hierárquica dos centros na rede urbana.

A teoria de Christaller foi amplamente difundida e objeto da investigação de vários estudiosos da rede urbana, desde a busca da sua comprovação até aquelas que a repensaram criticamente ou observaram nela algumas possibilidades de aplicação.

Roberto Lobato Corrêa, considera que é necessário apreciarmos a rede de localidades centrais em um período em que o capitalismo vivia sua fase monopolista de desenvolvimento. A centralização do capital ligado ao comércio e serviços, com cadeias de lojas multilocalizadas com propensão a concentração nos centros urbanos de maior centralidade, implica em “[...] uma progressiva diminuição da importância relativa e mesmo numérica das localidades centrais de mais baixo nível” (CORRÊA, 1989, p. 63).

Para o autor supracitado, a distribuição (elemento não explorado por Christaller), enquanto etapa fundamental entre produção e consumo no modo de produção capitalista, tem um importante papel na sociedade e no espaço. Com base na divisão social e territorial do trabalho, a distribuição tem nas cidades os locais preferenciais para sua efetivação. Tal fator produz uma diferenciação hierárquica entre os centros urbanos como significado da própria acumulação capitalista.

Sobre a existência de uma rede urbana hierarquizada, Corrêa (2006) chama a atenção para a estrutura presente em países subdesenvolvidos, com a formação de redes dentríticas caracterizadas “pela presença de uma cidade primaz excentricamente localizada [que] constituiu-se em meio através do qual a hinterlândia da cidade primaz é drenada em seus diversos recursos, estabelecendo uma dependência externa” (CORRÊA, 2006, p. 22).

Outro grande estudioso da questão urbana e regional foi o geógrafo francês Michel Rochefort. Em seu trabalho *L'Organisation Urbaine de l'Alsace* (A Organização Urbana da Alsácia), publicado em 1960, um clássico da Geografia Urbana e Regional francesa, o autor discute a cidade e sua relação com a região. Para Rochefort, as cidades são centros que comandam e dirigem as atividades produtivas. Analisando a região da Alsácia o autor busca

entender a formação de uma rede de cidades e a hierarquia urbana com base nos fluxos econômicos. Assim, as cidades que desempenham o papel de coordenação e direção são denominadas de polos e, de acordo com a sua relevância e posição na rede, podem ser classificadas como polos regionais, nacionais ou internacionais (LENCIONI, 2003).

No Brasil, os estudos de Roberto Lobato Corrêa (1989; 1997; 2006) constituem um rico referencial de análise sobre as redes urbanas. Na sua concepção, a rede urbana é “[...] um produto social, historicamente contextualizado, cujo papel crucial é o de, através das interações sociais espacializadas, articular toda a sociedade numa dada porção do espaço, garantindo a sua existência e reprodução” (CORRÊA, 1997, p. 93).

Corrêa (2006) considera que a rede urbana é, ao mesmo tempo, reflexo e condição para a divisão territorial do trabalho. É reflexo pois resulta da combinação de elementos próprios do modo de produção capitalista (forma de ocupação, produção, relações sociais, distribuição e renda da população); e é condição por determinar os pontos de relações e as vias de tráfego para os mais distintos tipos de fluxos, possibilitando assim a criação e a transformação de atividades e dos núcleos urbanos. É a rede urbana que condiciona os processos de produção, circulação e consumo, o que permite a articulação entre as cidades. Essas relações se intensificam na proporção que evoluem os sistemas de transporte, comunicação, informação e com fluxos de pessoas, bens, serviços, capitais, ideias e ordens.

Nesta perspectiva o autor ainda ressalta que:

É via rede urbana que o mundo pode tornar-se, simultaneamente, desigual e integrado [...] É devido à ação de centros de acumulação de capitais, às grandes metrópoles, que a divisão territorial do trabalho aparece condicionada pela rede urbana. Através dela, decisões, investimentos e inovações circulam descendentemente. É necessário que se compreenda a lógica da implantação das atividades no mais ou menos complexo mosaico de centros e hinterlândias em seus diferenciados papéis e pesos (CORRÊA, 2006, p. 26-27)

Na concepção de rede, segundo Dias (2007), está imbricada a complexidade das interações espaciais, com um conjunto de ações que são realizadas em lugares mais ou menos longínquos. Dessa maneira, como observa Offner (2000, apud CONTE 2010), atualmente convivem dois tipos de sistema urbano - o sistema de localidades centrais, com regiões formadas no entorno dos centros, e o sistema reticular, em que a cidade funciona como nó de uma rede mundial.

No processo de expansão e reprodução do sistema capitalista há a necessidade constante de redução do tempo entre a produção e o consumo. Neste ciclo de acumulação do capital, a

rede urbana, a rede de fluxos aéreos e as novas redes de comunicação digital permitem a ligação entre lugares distantes. Assistimos, assim, ao saltar das escalas geográficas, no sentido dado a esta expressão pelo geógrafo escocês Neil Smith (2002).

O modo de produção capitalista, neste contexto, produz distintos arranjos espaciais na medida em que se diferenciam os centros urbanos ou quando os agentes sociais, visando reduzir custos e maximizar lucros, formam vantagens locacionais diferenciadas (CORRÊA, 1989). Uma consequência direta disso é a diferenciação entre as cidades no interior de uma rede urbana.

Quando consideramos um país de grande extensão territorial como o Brasil, e dadas as suas profundas desigualdades socioespaciais, a compreensão da dinâmica da sua rede urbana é fundamental para o planejamento e organização do território nacional. Por esta razão, cabe destacarmos aqui os estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relativos à hierarquia e a área de influência das cidades brasileiras desde a década de 1960. Apoiados em diferentes concepções teórico-metodológicas, os estudos evidenciam as mudanças e permanências na rede urbana ao longo do tempo, as quais trataremos na seção a seguir.

2.2 A questão urbano-regional brasileira nos estudos do IBGE

Como proceder para classificar a hierarquia urbana de um país tão extenso como o Brasil? De fato, essa não é tarefa fácil e tem sido um dos principais desafios do IBGE. Ao longo das últimas cinco décadas, o Instituto realizou diversos estudos de modo analisar o comportamento da rede urbana brasileira, rede essa que atualmente conta com 5.570 municípios. Tais pesquisas, visam contribuir para uma melhor compreensão e planejamento do território nacional, uma vez que “as cidades constituem os locais onde se podem instalar mais racionalmente os serviços sociais básicos destinados ao atendimento da população de toda uma região” (IBGE, 2008, p. 09).

O primeiro estudo sobre a hierarquia da centralidade urbana brasileira foi realizado em 1966 e publicado em 1972, as chamadas Regiões Funcionais Urbanas. Este estudo integrou a elaboração da nova Divisão Regional do Brasil em Microrregiões Homogêneas, publicada em 1970. A fim de compreender diversos aspectos da rede urbana nacional e auxiliar no planejamento governamental, a pesquisa teve como base metodológica as propostas de Michel Rochefort para rede urbana francesa. Os trabalhos buscavam identificar os centros

polarizadores da rede urbana, a dimensão da área de influência desses centros e os fluxos que se estabeleciam nessas áreas, a partir da análise da distribuição de bens (produtos industriais) e serviços (serviços ligados ao capital; de administração e direção; de educação; de saúde; de divulgação) de forma complementar (IBGE, 2008).

Para a elaboração das Regiões Funcionais Urbanas, o IBGE montou uma base de dados a partir de questionários aplicados em todos os municípios com população superior a 10.000 habitantes. O objetivo era identificar as localidades onde a população buscava bens e serviços não ofertados na própria cidade. Foram divididos, assim, 135 itens agrupados em quatro capítulos: I – atividade agrícola e extrativa vegetal; II – pecuária; III – atividade comercial; e IV – saúde, educação, estabelecimentos bancários, transporte e comunicações.

Como resultado, os centros urbanos brasileiros foram divididos em 05 níveis. A classificação e distribuição desses centros pelo território podem ser observados no Quadro 1¹ e na Figura 1. Convém salientar que tais procedimentos deram o embasamento para a institucionalização das primeiras Regiões Metropolitanas do Brasil na década de 1970.

Quadro 1 – Centros urbanos brasileiros na classificação do estudo Regiões Funcionais Urbanas, 1966

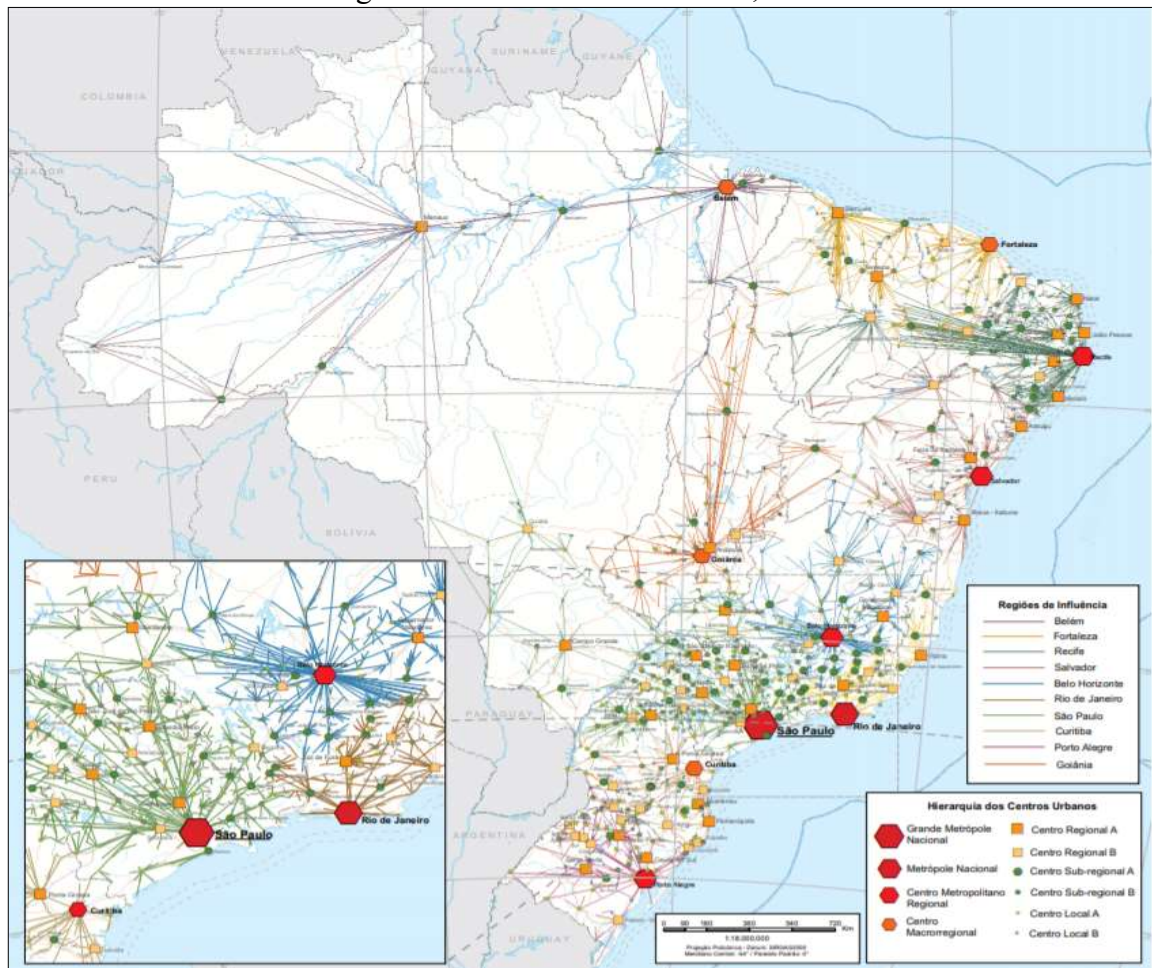
Classificação	Cidades
Grande Metrópole Nacional	São Paulo (SP)
Metrópole Nacional	Rio de Janeiro (RJ)
Centros Metropolitanos Regionais	Belo Horizonte (MG), Porto Alegre (RS), Recife (PE) e Salvador (BA)
Centros Macrorregionais	Belém (PA), Curitiba (PR), Fortaleza (CE) e Goiânia (GO)
Centros Regionais A	Manaus (AM), Teresina (PI), São Luís (MA), Caruaru (PE), João Pessoa (PB), Campina Grande (PB), Maceió (AL), Natal (RN), Vitória da Conquista (BA), Feira de Santana (BA), Ilhéus-Itabuna (BA), Aracaju (SE), Montes Claros (MG), Vitória (ES), Cuiabá (MT), Araraquara (SP), Sorocaba (SP), Londrina (PR), Uberlândia (MG), Florianópolis, Blumenau (SC), Brasília (DF) e outras
Centros Regionais B	Crato-Juazeiro do Norte (CE), Sobral (CE), Floriano (PI), Petrolina-Juazeiro (PE/BA), Vitória da Conquista (BA), Jequié (BA), Garanhuns (PE), Mossoró (RN), Uberaba (MG), Montes Claros (MG) e outras
Centros Sub-Regionais A	Iguatu (CE), Cajazeiras (PB), Patos (PB), Guarabira (PB), Caicó (RN), Arapiraca (AL), Palmeira dos Índios (AL), Picos (PI), Parnaíba (PI), Arcoverde (PE), Jacobina (BA), Barreiras (BA), Itaberaba (BA), Imperatriz (MA), Codó (MA), Bacabal (MA), Imperatriz (PA), Castanhal (PA), Santarém (PA), Macapá (AP), Rio Branco (AC), Porto Velho (RO), Codó (MA), Parnaíba (PI), Guarabira (PB), Alagoinha (MG), , Campo Belo (MG), Diamantina (MG), Itaperuma (RJ) e outras
Centros Sub-Regionais B	Brejo Santo (CE), Russas (CE), Caxias (MA), Marabá (PA), Castanhal (PA), Pau dos Ferros (RN), Salgueiro (PE), Parintins (AM), Itacoatiara (AM), Aquidauana (MS), Estância (SE), Muriaé (MG) e outras

¹ A partir dos Centros Regionais A, elencamos apenas alguns exemplos para que a lista não ficasse demasiadamente extensa.

Centros Locais A	Campos Sales (CE), Ipu (CE), Crateús (CE), Limoeiro do Norte (CE), Oeiras (PI), Goiânia (PE), Limoeiro (PE), Açú (RN), Macau (RN), Pombal (PB), Itaporanga (PB), Pincó (PB), Pão de Açúcar (AL), Valença (BA), Ouro Preto (MG), Macaé (RJ) e outras
Centros Locais B	Aracati (CE), Canindé (CE), Acopiara (CE), Camocim (CE), Araripina (PE), Água Branca (PI), Carpina (PE), Patu (RN), São Miguel (RS), Colinas (MA), Bananeiras (PB), Areia (PB), Viçosa (AL), Batalha (AL), Lajes (RN), Nazaré (BA), Rio Real (BA), Capela (SE), Itabira (MG), Resende (RJ), Valença (RJ), São Mateus (ES), Atibaia (SP), Socorro (SP), Lorena (SP) e outras
Centros Locais Subordinados	Aquiraz (CE), Bela Cruz (CE), Boa Viagem (CE), Barbalha (CE), Aurora (CE), Ouricuri (PE), Jaicós (PI), Padre Marcos (PI), Olinda (PE), Paulista (PE), Itaú (RN), Viçosa (RN), Borborema (PB), Jericó (PB), Feira Grande (AL), Cruzeta (RN), Pojuca (BA), Queimadas (BA), Itaocara (RJ), Miracema (RJ), Linhares (ES), Barueri (SP), Mauá (SP), Poá (SP), Suzano (SP), Jaciara (MT), Várzea Grande (MT), Floresta (PR) e outras

Elaboração própria a partir da pesquisa Regiões Funcionais Urbanas (IBGE, 1972)

Figura 1 - Rede urbana brasileira, 1966



Fonte: IBGE (2008)

Em 1978, os estudos sobre a rede urbana brasileira foram retomados e publicados em 1987, com a denominação de Regiões de Influência das Cidades (REGIC). Esse estudo teve como quadro referencial a Teoria das Localidades Centrais, de Walter Christaller, e considerou

a centralidade das cidades e o seu papel na distribuição de bens e serviços. A base de dados foi montada a partir da aplicação de questionários em 1.416 cidades que dispunham de atividades que as capacitavam a exercer centralidade além dos limites do próprio município, investigando a procedência das pessoas que procuravam cada uma das cidades pesquisadas.

O IBGE considerou como elementos de determinação da centralidade a presença de, no mínimo, uma agência bancária e um hospital geral nas cidades com capacidade de polarização regional, bem como a presença de curso normal, comércio atacadista e escritório de advocacia. A partir dessas funções centrais (bens e serviços), foi possível estabelecer para a rede de localidades centrais do país em seis conjuntos: Metrópole Regional, Centro Sub-Metropolitano, Capital Regional, Centro Sub-Regional, Centro de Zona e Municípios Subordinados. A configuração da rede urbana brasileira em 1978 pode ser verificada no Quadro 2² e na Figura 2

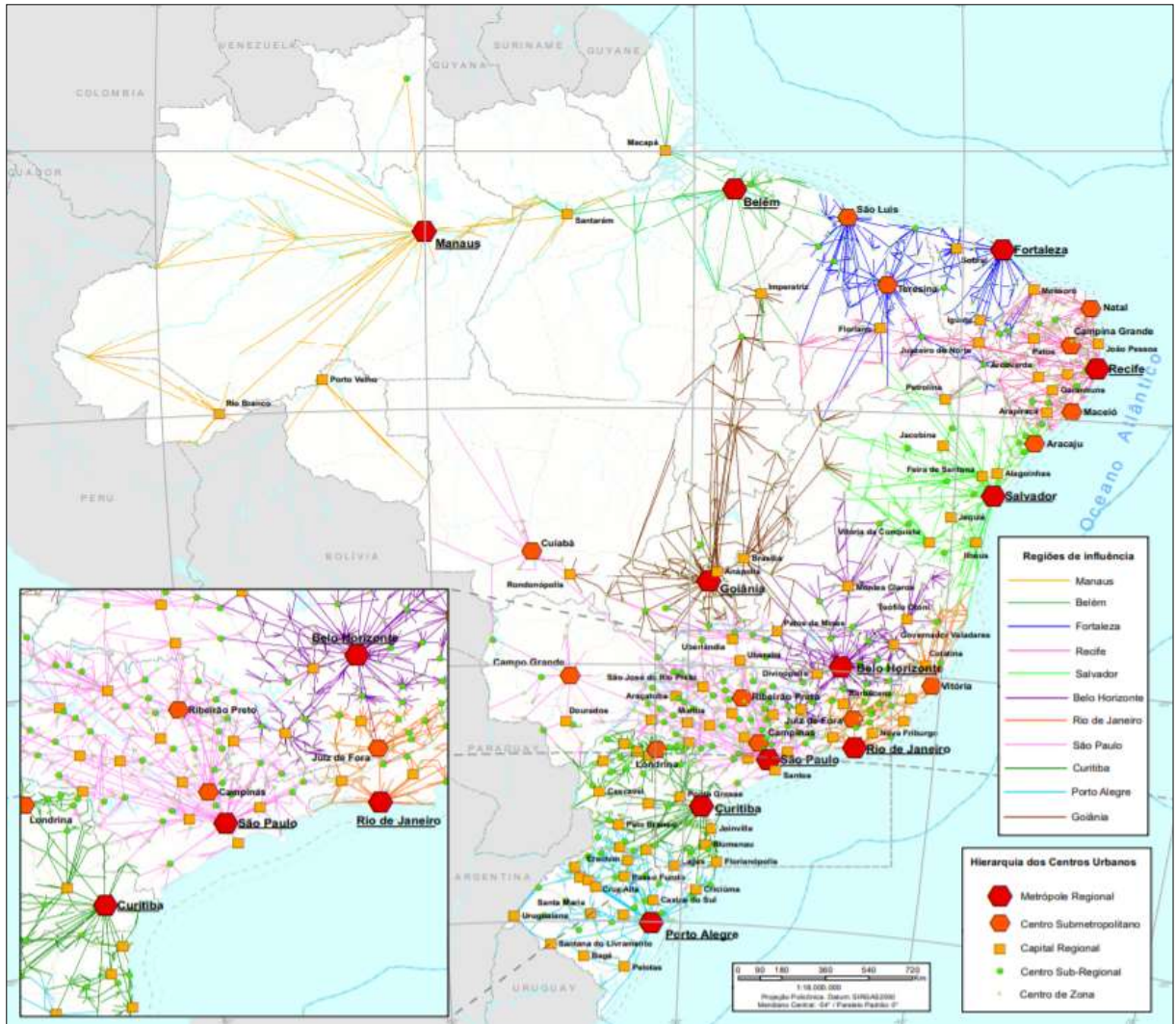
Quadro 2- Centros urbanos brasileiros na classificação da REGIC 1978

Classificação	Cidades
Metrópole Regional	São Paulo (SP), Belém (PA), Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), Goiânia (GO), Manaus (AM), Porto Alegre (RS), Recife (PE) e Salvador (BA)
Centro Sub-Metropolitano	Teresina (PI), São Luís (MA), Natal (RN), João Pessoa (PB), Campina Grande (PB), Maceió (AL), Aracaju (SE), Juiz de Fora (MG), Vitória, Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Campo Grande (MS), Londrina (PR) e outras
Capital Regional	Crato-Juazeiro do Norte (CE), Sobral (CE), Iguatu (CE), Imperatriz (MA), Floriano (PI), Mossoró (RN), Caruaru (PE), Garanhuns (PE), Juazeiro (BA), Petrolina (PE), João Pessoa, Campina Grande (PB), Patos (PB), Arapiraca (AL), Crato Juazeiro do Norte (CE), Feira de Santana (BA), Joinville (SC), Blumenau (SC), Pelotas (RS), Brasília (DF) e outras
Centro Sub-Regional	Crateús (CE), Parnaíba (PI), Picos (PI), Bacabal (MA), Salgueiro (PE), Sousa (PB), Serra Talhada (PE), Caicó (RN), Valença (BA), Lagarto (SE), Viçosa (MG), Diamantina (MG), Macaé (RJ), Jundiá (SP), Barretos (SP), Francisco Beltrão (PR), Concórdia (SC), Itaporã (PR), Carazinho (RS) e outras
Centro de Zona	Brejo Santo (CE), Campos Sales (CE), Várzea Alegre (CE), Angicos (RN), Goiana (PE), Gravatá (PE), Cuité (PB), Pombal (PB), Rio Largo (AL), Viçosa (AL), Araripina (PE), Oeiras (PI), Ouro Preto (MG), Congonhas (MG), Cabo Frio (RJ), Natividade (RJ), Valparaíso (SP), Foz do Iguaçu (PR), Wenceslau Brás (PR), Faxinal (PR), Montenegro (RS), Camaquã (RS) e outras
Municípios Subordinados	Altaneira (CE), Barbalha (CE), Cariús (CE), Itaú (RN), Água Nova (RN), Lastro (PB), Santa Cruz (PB), Jabotão (PE), Olinda (PE), Abaré (BA), Atalaia (AL), Maragogi (AL), Itabí (SE), Feira Nova (SE), Camaçari (BA), Laje (BA), Valente (BA), Betim (MG), Paiva (MG), Niterói (RJ), São Gonçalo (RJ), Pinheiros (ES), Mauá (SP) e outras

Elaboração própria a partir da pesquisa REGIC 1978 (IBGE, 1987)

Figura 2 - Rede urbana brasileira, 1978

² A partir dos Centros Sub-Metropolitanos, elencamos apenas alguns exemplos para que a lista não ficasse demasiadamente extensa.



Fonte: IBGE (2008)

Em 1993, o IBGE retoma os estudos sobre a rede urbana brasileira, sendo publicado em 2000 uma nova versão da REGIC. Nesta terceira pesquisa, o Instituto também se apoiou nas formulações de Christaller, porém, contou com os acréscimos teóricos de Corrêa (1989), destacando os fluxos e as interações espaciais. Desta vez, “o estudo focava o papel das redes para viabilizar a circulação e a comunicação, fundamentais para a organização de um espaço onde os elementos fixos interagem pelo intercâmbio de fluxos” (IBGE, 2008, p. 131).

Com o intuito de compreender melhor os fluxos na rede, o IBGE levou em consideração uma maior diversidade de bens e serviços ofertados pelos centros urbanos, sejam os de baixa, média e/ou alta complexidade. Os questionários foram aplicados em 2.106 municípios com atividades indicativas de centralidade extramunicipal, somado aos municípios com população superior a 20.000 habitantes (antes não considerados).

Não participaram da pesquisa as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Salvador, Recife, Fortaleza e Brasília, pois o Instituto considerou que as suas conexões poderiam ser medidas a partir das citações a elas feitas pelas cidades investigadas. Com base nisso, o IBGE classificou a centralidade da rede urbana brasileira em oito níveis: Máximo, Muito Forte, Forte, Forte para Médio, Médio, Médio para Fraco, Fraco e Muito Fraco. Essa configuração pode ser observada no Quadro 3³ e na Figura 3.

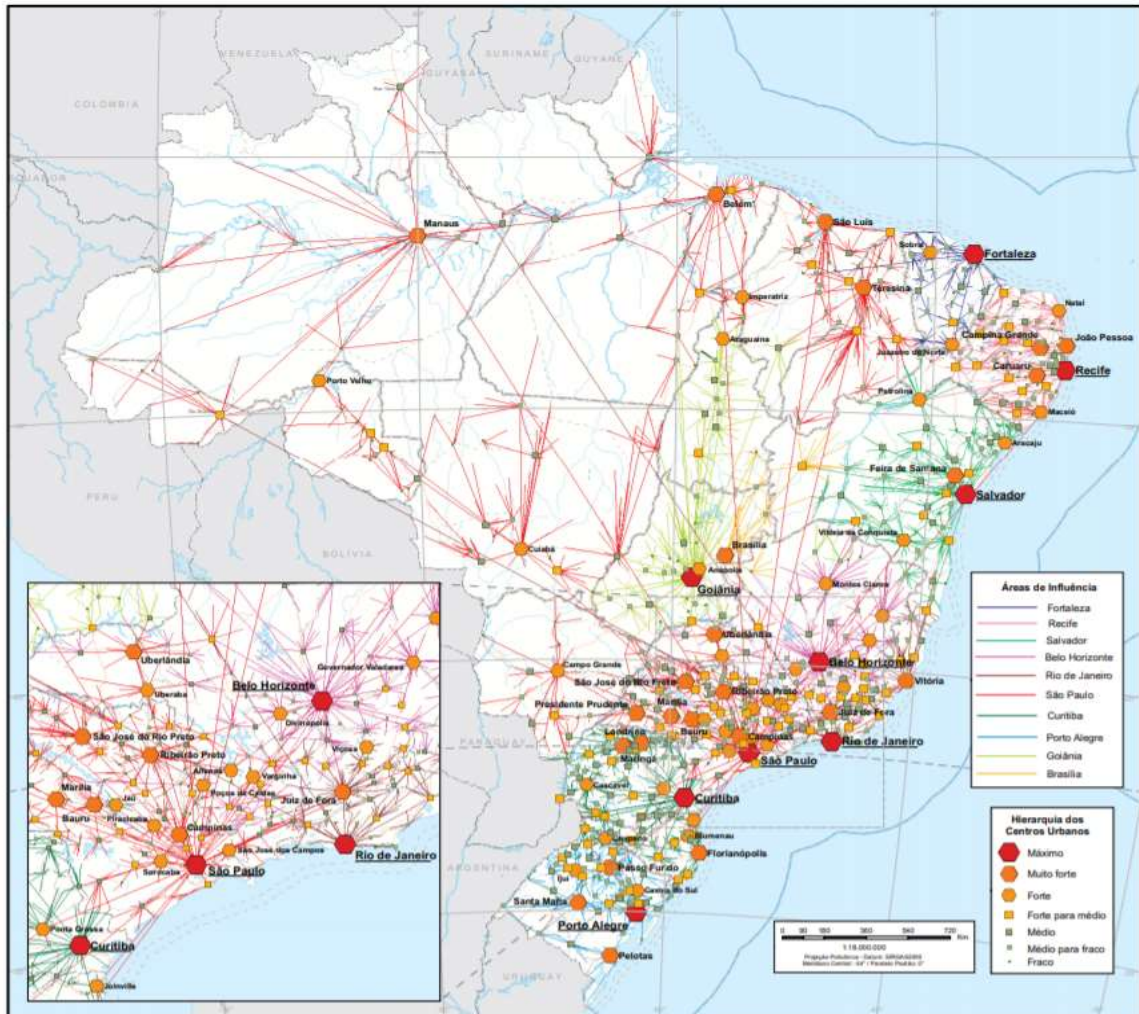
Quadro 3 – Centros urbanos brasileiros na classificação da REGIC 1993

Classificação	Cidades
Máximo	São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), Goiânia (GO), Porto Alegre (RS), Recife (PE) e Salvador (BA)
Muito Forte	Bauru (SP), Ribeirão Preto (SP), Manaus, Belém (PA), São Luís, Teresina, Uberlândia (MG), Juiz de Fora (MG), Vitória, Londrina (PR), Florianópolis (SC), Passo Fundo (RS), Pelotas (RS), Brasília, Feira de Santana (BA), Caruaru (PE), Campina Grande (PB), João Pessoa (PB) e outras
Forte	Juazeiro do Norte (CE), Sobral (CE), Petrolina (PE), Aracaju (SE), Natal (RN), Piracicaba (SP), São José dos Campos (SP), Sorocaba (SP), Maceió (AL), Varginha (MG), Blumenau (SC), Joinville (SC), Campo Grande (MS), Cuiabá (MT), Jaú (SP), Porto Velho, Uberaba (MG), Governador Valadares (MG), Montes Claros (MG), Ponta Grossa (PR) e outras
Forte para Médio	Crato (CE), Iguatu (CE), Mossoró (RN), Caicó (RN), Barreiras (BA), Serra Talhada (PE), Arapiraca (AL), Arcoverde (PE), Araçatuba (SP), Jundiá (SP), Osasco (SP), Franca (SP), Rio Branco, Marabá (PA), Floriano (PI), Picos (PI), Caxias (MA), Niterói (RJ), Nova Friburgo (RJ), Lavras (MG), Lages (SC), Bento Gonçalves (RS), Foz do Iguaçu (PR), Criciúma (SC), Gurupi (GO) e outras
Médio	Barbalha (CE), Quixadá (CE), Crateús (CE), Limoeiro do Norte (CE), Itabaiana (BA), Jaboatão dos Guararapes (PE), Olinda (PE), Araripina (PE), Penedo (AL), Avaré (SP), Barueri (SP), Parintins (AM), Boa Vista, Santarém (PA), Altamira (PA), Macapá, Chapadinha (MA), Balsas (MA), Catalão (MG), Vila Velha (ES), Conselheiro Lafaiete (MG), Contagem (MG), Diamantina (MG) e outras
Médio para Fraco	Brejo Santo (CE), Tauá (CE), Baturité (CE), Jaguaribe (CE), Goiana (PE), Carpina (PE), Cabo de Santo Agostinho (PE), Piri-piri (PI), Lorena (SP), Moji-Mirim (SP), Atibaia (SP), Petrópolis (RJ), Teresópolis (RJ), Cabo Frio (RJ), Ouro Preto (MG), Wenceslau Braz (MG), Rolândia (PR), Camaquã (RS), Guaporé (RS), (TO) e outras
Fraco	Icó (CE), Camocim (CE), Campos Sales (CE), Russas (CE), Diadema (SP), Mauá (SP), Itaituba (PA), Parauapebas (PA), Tucumã (PA), Cametá (PA), Paragominas (PA), Codó (MA), Cururupu (MA), Timon (PI), Oeiras (PI), Duque de Caxias (RJ), São Felix do Araguaia (TO), Caldas Novas (GO), Goianésia (GO), Araguatins (TO), Camaçari (BA), Ouricuri (PE), Parelhas (PE), Pesqueira (PE), Itabaiana (SE) e outras
Muito Fraco	Aurora (CE), Cedro (CE), Quixeré (CE), Arame (MA), Grajaú (MA), João Lisboa (MA), Luís Correia (PI), Tutóia (PI), Prata (MG), Conquista (MG), Belford Roxo (RJ), Rio das Ostras (RJ), Ibirapuã (ES), Porto Vitória (PR), Taquari (RS), Dom Feliciano (RS), Goianira (GO), Trindade (GO), São Felix do Tocantins (TO), Axixá do Tocantins (TO), Barra (BA), Laje (BA), Nova Canaã (BA), Abreu e Lima (PE) e outras

Elaboração própria a partir da pesquisa REGIC 1993 (IBGE, 2000)

³ A partir dos centros urbanos considerados como Fortes, elencamos apenas alguns exemplos para que a lista não ficasse demasiadamente extensa.

Figura 3 - Rede urbana brasileira, 1993



Fonte: IBGE (2008)

A pesquisa Regiões de Influência das Cidades é novamente retomada em 2007 e publicada em 2008. Na REGIC de 2008, o estudo apresentou várias alterações na interpretação e no uso de variáveis para a compreensão da rede urbana brasileira, passando a considerar a introdução de novas tecnologias e as consequentes alterações nas redes técnicas. O IBGE levou em conta a organização em várias formas de redes, tendo as cidades como nós, possibilitando a difusão das funções urbanas para diversos núcleos da rede. Para tanto, utilizou-se uma série de variáveis ausentes nos estudos anteriores, a fim de identificar os centros de gestão do território, que na concepção de Corrêa:

[...] é aquela cidade onde se localizam, de um lado, os diversos órgãos do Estado e, de outro, as sedes de empresas cujas decisões afetam direta ou indiretamente um dado espaço que passa a ficar sob o controle da cidade através das empresas nela sediadas (CORRÊA, 1997, p. 83)

As cidades brasileiras foram classificadas na REGIC 2008 a partir de três etapas. Na primeira, chamada de Gestão do Território, foram utilizadas informações secundárias e registros administrativos de órgãos estatais e de empresas privadas de modo a avaliar os níveis de centralidade administrativa, jurídica e econômica das cidades. Buscando incluir as cidades especializadas e melhor qualificar as informações sobre os centros já identificados, foram realizados estudos secundários sobre diferentes equipamentos e serviços (atividades de comércio e serviço, atividade financeira, ensino superior, serviços de saúde, internet, redes de televisão e transporte aéreo). Na Segunda etapa, definida como Ligação entre as Cidades, o Instituto baseou-se em dados secundários e pesquisa direta (aplicação de questionários), onde a quantidade de relações foi determinada pelo número de vezes que a cidade é citada nas entrevistas, considerando-se uma ampla gama de relacionamentos. Na terceira etapa, Dimensão da Região de Influência, verificou-se o conjunto de cidades com maior centralidade e que atraíam outras cidades, levando a formação de áreas de influência e dimensão populacional variável (IBGE, 2008).

Apoiando-se nessa metodologia, o IBGE empregou outra classificação hierárquica para os centros urbanos brasileiros, desta vez mais complexa e numerosa. No novo modelo, as metrópoles foram subdivididas em Grande Metrópole Nacional, Metrópole Nacional e Metrópole; as capitais regionais em Capitais Regionais A, B e C; os Centros Sub-Regionais foram divididos em A e B; os Centros de Zona em A e B; e por último os Centros Locais. Tal configuração pode ser observada no Quadro 4⁴ e na Figura 4.

Quadro 4 – Centros urbanos brasileiros na classificação da REGIC 2007

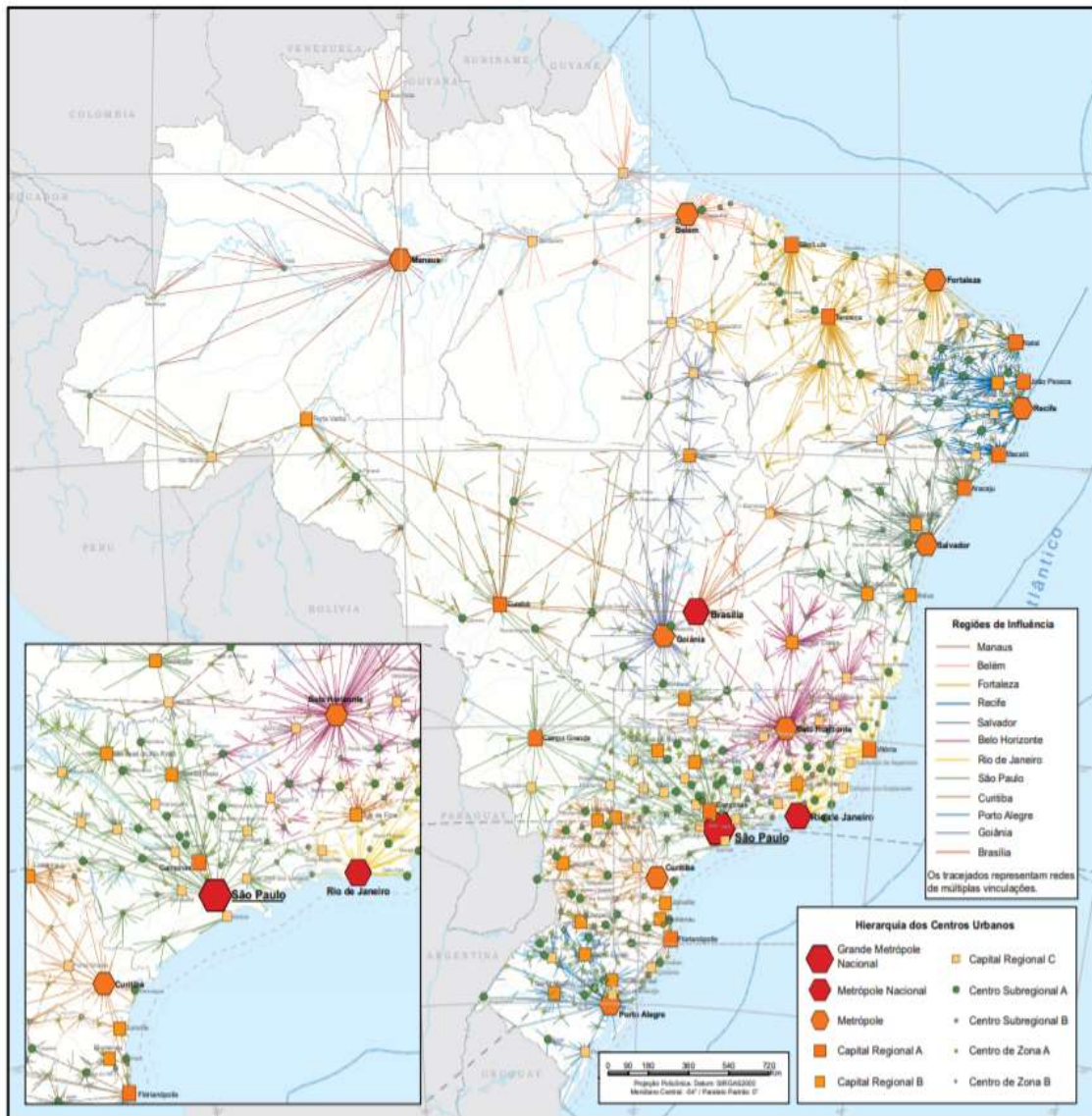
Classificação	Subnível	Cidades
Metrópole	Grande Metrópole Nacional	São Paulo (SP)
	Metrópole Nacional	Rio de Janeiro (RJ) e Brasília (DF)
	Metrópole	Manaus (AM), Belém (PA), Fortaleza (CE), Recife (PE), Salvador (BA), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Goiânia (GO) e Porto Alegre (RS)
Capital Regional	Capital Regional A	Campinas (SP), Cuiabá (MT), Natal (RN), São Luís (MA), Teresina (PI), João Pessoa (PB), Maceió (AL) e Florianópolis (SC)
	Capital Regional B	Palmas (TO), Caxias do Sul (RS), Santa Maria (RS), Passo Fundo (RS), Chapecó (SC), Blumenau (SC), Joinville (SC), Maringá (PR), Londrina (PR), Cascavel (PR), Montes Claros (MG), Juiz de Fora (MG), Vitória da Conquista (BA), Iheus - Itabuna (BA), Feira de Santana (BA), Campina Grande (PB),

⁴ A partir das Capitais Regionais C elencamos apenas alguns exemplos para que a lista não ficasse demasiadamente extensa.

		Juiz de Fora (MG), Uberlândia (MG), Porto Velho (RO), São José do Rio Preto (SP) e Ribeirão Preto (SP)
	Capital Regional C	Juazeiro do Norte - Crato - Barbalha (CE), Sobral (CE), Petrolina - Juazeiro (PE), Caruaru (PE), Barreiras (BA), Araguaína (TO), Ijuí (RS), Novo, Ponta Grossa (PR), Uberaba (MG), Governador Valadares (MG), Arapiraca (AL), Imperatriz (MA), Mossoró (RN), Santarém (PA), Marabá (PA), Macapá (AP), Boa Vista (RR), Rio Branco (AC) e outros
Centro Sub-Regional	Centro Sub-Regional A	Quixadá (CE), Crateús (CE), Redenção (PA), Caicó (RN), Pau dos Ferros (RN), Guarabira (PB), Cajazeiras (PB), Garanhuns (PE), Serra Talhada (PE), Anápolis (GO), Lajeado (RS), Uruguaiana (RS), Paulo Afonso (BA), Pedreiras (MA), Bacabal (MA), Caxias (MA), Castanhal (PA), Poços de Caldas (MG), Barbacena (MG), Botucatu (SP) e outros
	Centro Sub-Regional B	Itatipoca (CE), Itaporanga (PB), Araripina (PE), Açú (RN), Currais Novos (RN), Gurupi (TO), Cruz Alta (RS), Frederico São Lourenço (MG), Pedreiras (MA), Balsas (MA), Currais Novos (RN), Altamira (PA), Vilhena (RO), Angra dos Reis (RJ), Teresópolis (RJ), Avaré (SP) e outras
Centro de Zona	Centro de Zona A	Icó (CE), Russas (CE), Limoeiro do Norte (CE), Canindé (CE), Porto Nacional (TO), Caldas Novas (GO), Camaquã (RS), Palmeira das Missões (RS), São Bento do Sul (SC), Penedo (AL), União dos Palmares (AL), Batalha (AL), Itabaiana (PB), Catolé do Rocha (PB), João Câmara (RN), Macau (RN), Carpina (PE), Goiana (PE), Corrente (PI), Esperantina (PI), e outras
	Centro de Zona B	Brejo Santo (CE), Senador Pompeu (CE), Iracema (CE), Tauá (CE), Pedro Afonso (TO), Natividade (TO), Capinzal (SC), Irati (PR), Neópolis (SE), Canindé de S. Francisco (SE), Araruna (PB), São José do Egito (PE), Araguaatins (TO), Grajaú (MA), Colinas (MA), (BA), Castelo (ES), Presidente Itápolis (SP) e outras
Centro Local	-	Aurora (CE), Barro (CE), Caririaçu (CE) Cedro (CE) Farias Brito (CE) Granjeiro (CE) Jardim (CE), Lagoa de Pedras (RN) Lagoa Salgada (RN) Acrelândia (AC), Feijó (AC), Guajará (AM), Ipixuna (AM), Parati (RJ), Cambuci (RJ), Ibatiba (ES), Vitória do Xingu (PA), Bagre (PA), Oiapoque (AP) e outras

Elaboração própria a partir da pesquisa REGIC 2007 (IBGE, 2008)

Figura 4 - Rede urbana Brasileira, 2007



Fonte: IBGE (2008)

A partir desses quatro trabalhos realizados pelo IBGE (1972, 1987, 2000, 2007), podemos notar que houve uma significativa mudança na rede urbana brasileira desde o primeiro estudo na década de 1960. Tais mudanças são mais perceptíveis nas regiões Norte e Centro-Oeste. Na região Norte, cidades como Porto Velho (RO), Santarém (PA), Macapá (AP) e Rio Claro (AC), que eram Centros Sub-Regionais em 1966, no ano de 2007 possuem condições que as dotam como Capitais Regionais. O mesmo processo se observa para o Centro-Oeste, com destaque para a cidade de Araguaína (TO), que na década de 1960 se apresentava como um Centro Local e, conforme o último estudo, agora se caracteriza como uma Capital Regional. Já para as regiões Nordeste e Sul e, especialmente, o Sudeste do país, foram poucas as mudanças na hierarquia dos principais centros urbanos.

Os quadros e mapas evidenciam que São Paulo, desde o primeiro estudo, se destaca como a principal cidade do país e centro de comando de uma extensa rede urbana, caracterizando-se, pois, como a Grande Metrópole Nacional. Em seguida, temos em grau de centralidade na rede a cidade do Rio de Janeiro, que por muito tempo permaneceu isolada como Metrópole Nacional e, desde a REGIC 2008, divide esta posição com Brasília, fato interessante pois essa cidade foi fundada nos anos 1960 e alcançou rápida projeção.

Os dados da REGIC 2008 apontam para outras cidades consideradas como Metrópoles, mas que apresentam uma estrutura fixa na rede ao longo do tempo, isto é, continuam a comandar de forma extensiva uma rede urbana regional, a saber: Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Porto Alegre, Manaus, Curitiba, Belém e Goiânia. Ao considerar os referidos aspectos, percebe-se que, não obstante a presença de centros urbanos de grande e médio porte, o território brasileiro é composto, em sua maioria, por cidades pequenas, onde vive uma expressiva parcela da população.

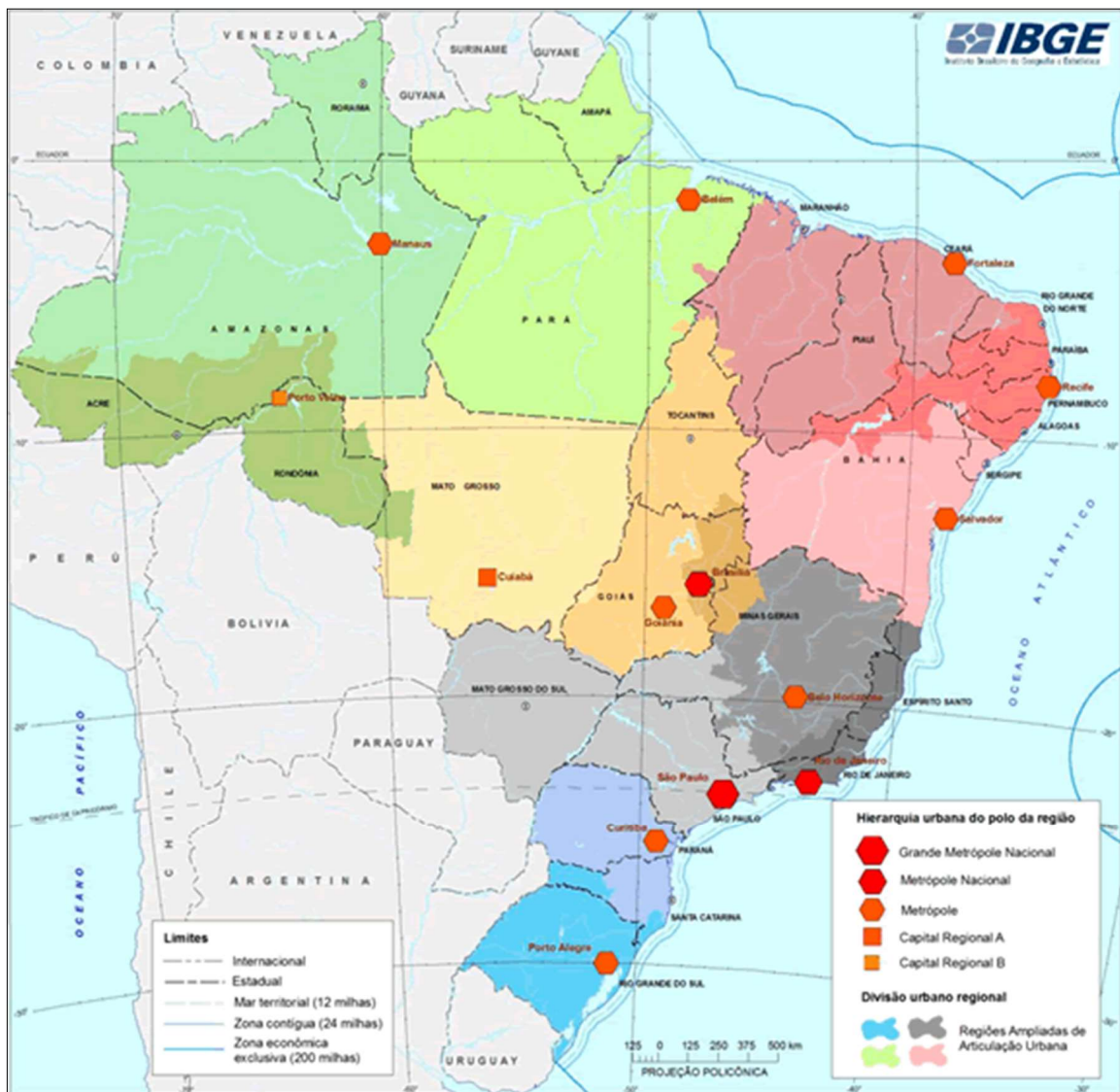
Munido desse arcabouço conceitual-metodológico, o IBGE em 2013 elabora um novo estudo, chamado Divisão Urbano-Regional, que apresenta um quadro do território brasileiro dividido em três níveis: Regiões Ampliadas de Articulação Urbana, Regiões Intermediárias de Articulação Urbana e Regiões Imediatas de Articulação Urbana. Esse trabalho, inspirado nos resultados da REGIC 2008, buscou atualizar os recortes regionais do país, dada a necessidade de “[...] compatibilizar os processos descontínuos existentes no espaço geográfico, representados pela dinâmica dos fluxos materiais e imateriais que o transpassam e os ajustes necessários para delimitar unidades regionais territorialmente contíguas” (IBGE, 2013, p. 02).

No estudo de 2013, cada região passa a ser contígua e cada município pertence a uma única unidade territorial e, portanto, não podem ter múltiplas vinculações. A especificidade em relação aos modelos de regionalizações adotados para o Brasil até então é a identificação de uma cidade polo para cada região (cada região só pode ter uma cidade polo), e por ter como base a rede urbana, os seus limites não ficam restritos a escala estadual.

No intuito de fornecer uma visão regional do Brasil a partir dos fluxos articulados por sua rede urbana, o IBGE identificou as cidades que exercem comando sobre uma região e fez o uso dos seguintes dados: centralidade, rede urbana final, ligações entre Centros de Gestão do território, rede de questionários aplicados pela REGIC 2008 e outras fontes como sites e mapas diversos (IBGE, 2013). Com base nesses dados, foi possível delimitar as regiões segundo o nível de articulação dos centros urbanos.

No primeiro nível, as Regiões Ampliadas de Articulação Urbana (Figura 5), foram identificados 14 conjuntos regionais que, de maneira geral, estão ligados a uma Metrópole, com a exceção das cidades de Cuiabá e Porto Velho, que na REGIC 2008 foram classificadas como Capital Regional A e Capital Regional B, respectivamente. Essa configuração evidencia as áreas de comando das principais cidades do país, rompendo inclusive com as fronteiras estaduais.

Figura 5 - Regiões Ampliadas de Articulação Urbana

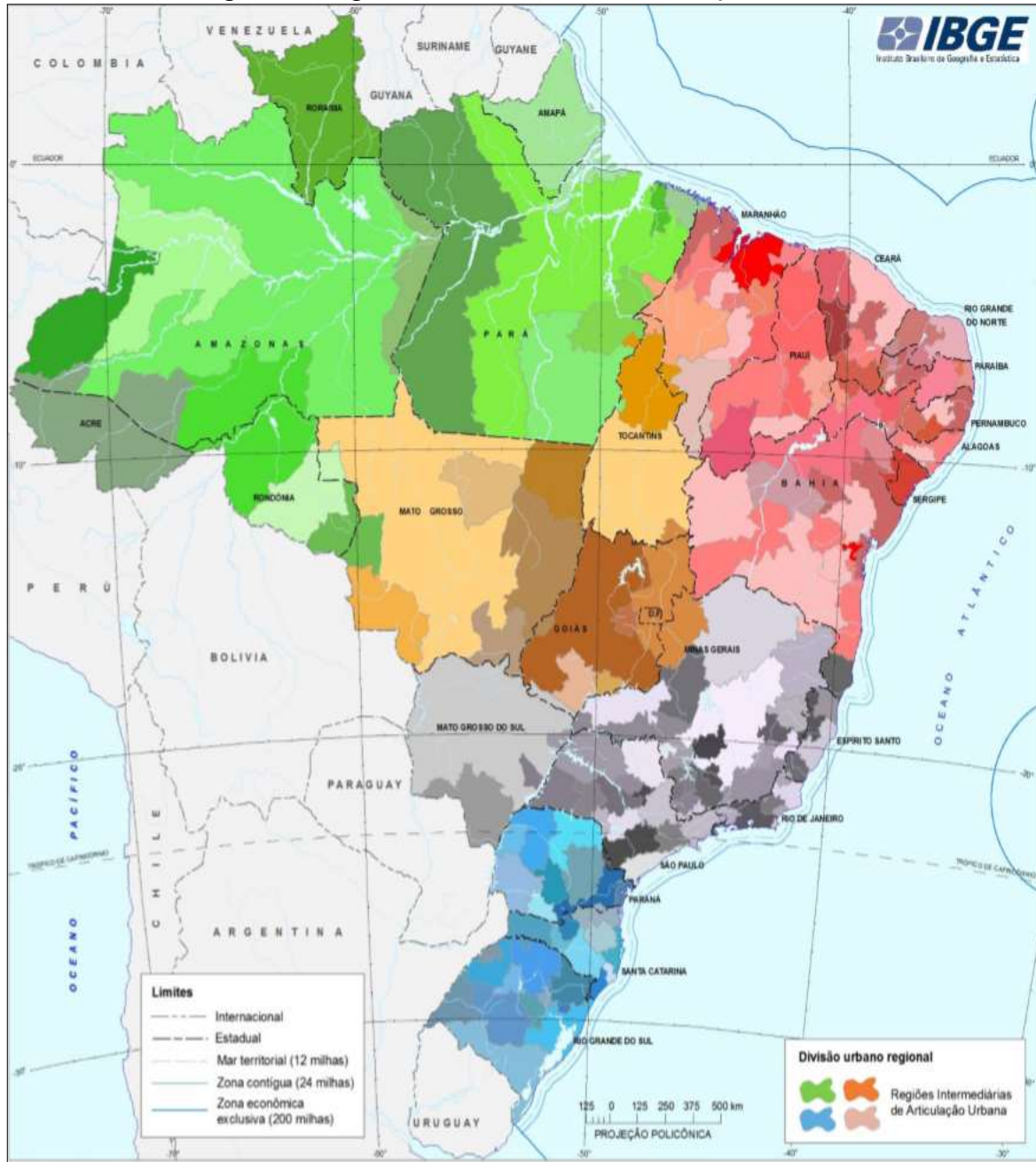


Fonte: IBGE (2013)

No segundo nível, as Regiões Intermediárias de Articulação Urbana (Figura 6), foram identificados 161 conjuntos regionais, distinguindo-se por possuir centros urbanos nos níveis de Capitais Regionais A, B e C, bem como de Centros Sub-Regionais A, formando assim

centralidades medianas em relação as regiões ampliadas. Esses centros têm a capacidade de polarizar muitos municípios a partir da oferta de bens e serviços de média e alta complexidade.

Figura 6 - Regiões Intermediárias de Articulação Urbana

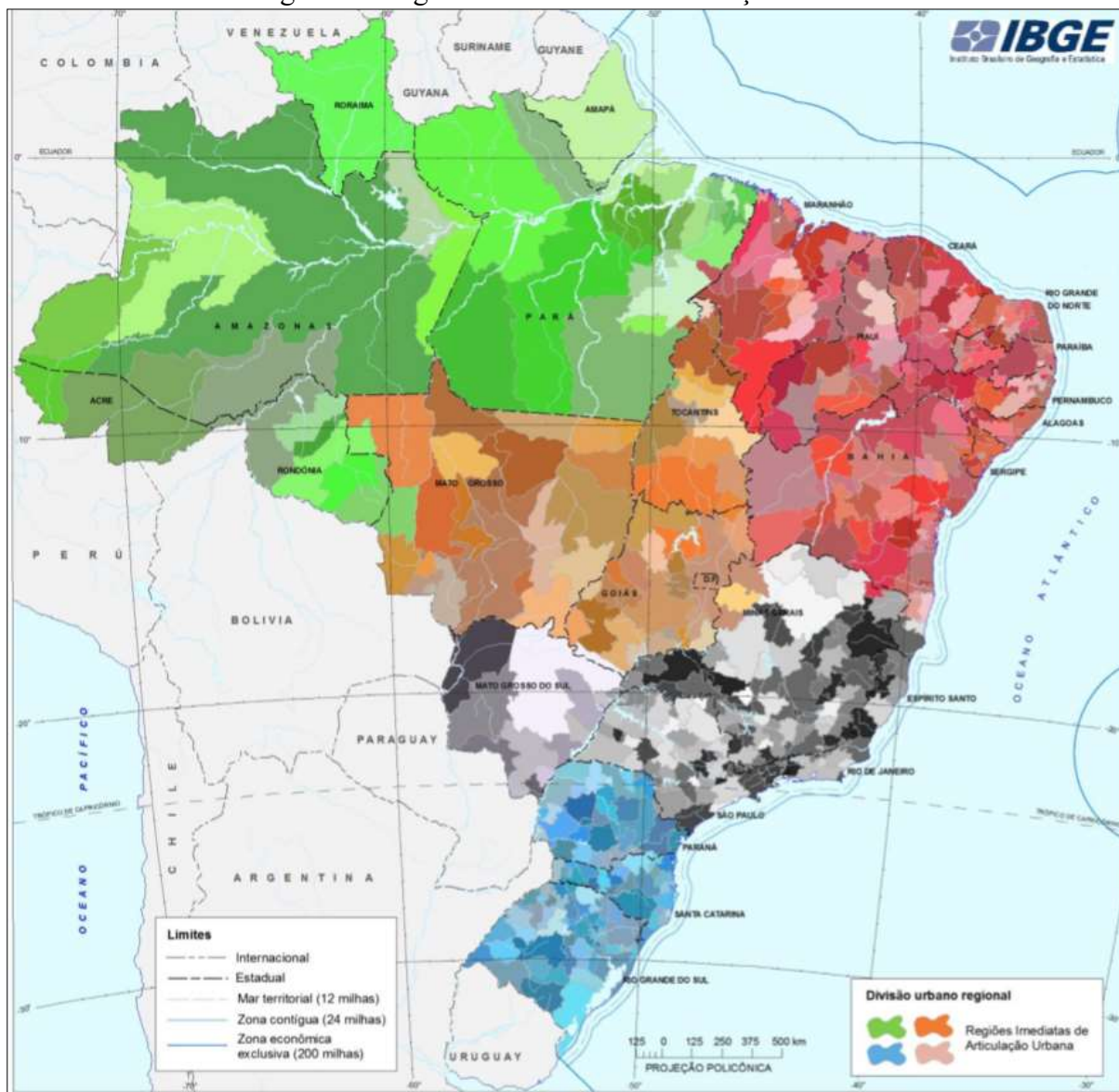


Fonte: IBGE (2013)

Na classificação das Regiões Imediatas de Articulação Urbana (Figura 7), o IBGE identificou 482 regiões para o país, sendo essas formadas em torno dos Centros Sub-Regionais A e B e dos Centros de Zona A e B. Tais regiões realizam ligações que refletem a acessibilidade e a capacidade de atender demandas de menor complexidade, correspondendo a área vivida

pela população e seu “[...] deslocamento cotidiano para fornecimento e busca de bens e serviços corriqueiros (como serviços de advocacia, contabilidade, oftalmologia, ortopedia e busca de bens como geladeiras, televisões e automóveis)” (IBGE, 2013, p. 06).

Figura 7 - Regiões Imediatas de Articulação Urbana



Fonte: IBGE (2013)

As Regiões de Articulação Urbana são, portanto, espaços pautados numa organização em rede. Contudo, as características apresentadas apenas refletem processos históricos que se formaram pela interação entre vários atores e palcos, tais como: os domínios ecológicos; a população; as atividades agrícolas e industriais; os transportes e as atividades terciárias, e que, ainda que subjacentes nessa análise permitem uma visão da diversidade do país (IBGE, 2013).

O estudo Divisão Urbano-Regional consistiu em um importante ensaio para a nova regionalização do Brasil feita pelo IBGE em 2017. O Instituto que, ao longo do século XX, já havia estabelecido algumas propostas de divisão do território nacional através das Zonas Fisiográficas em 1940 (com suas revisões), Microrregiões Homogêneas em 1968 e as Mesorregiões e Microrregiões Geográficas em 1989, elabora, em 2017, a proposta de Divisão do Brasil em Regiões Geográficas Intermediárias e Regiões Geográficas Imediatas.

As mudanças verificadas no Brasil entre a última década do século XX e a primeira década do século XXI, exigiram a revisão das unidades subestaduais do país. Os espaços anteriormente conhecidos como Macrorregiões agora recebem o nome de Regiões Geográficas Intermediárias, e as Microrregiões passam a ser concebidas como Regiões Geográficas Imediatas. Os novos recortes se assemelham com a proposta feita em 2013, pois se baseia nas redes urbanas e a centralidade exercida por uma cidade polo, com a diferença de que as regiões não ultrapassam os limites estaduais.

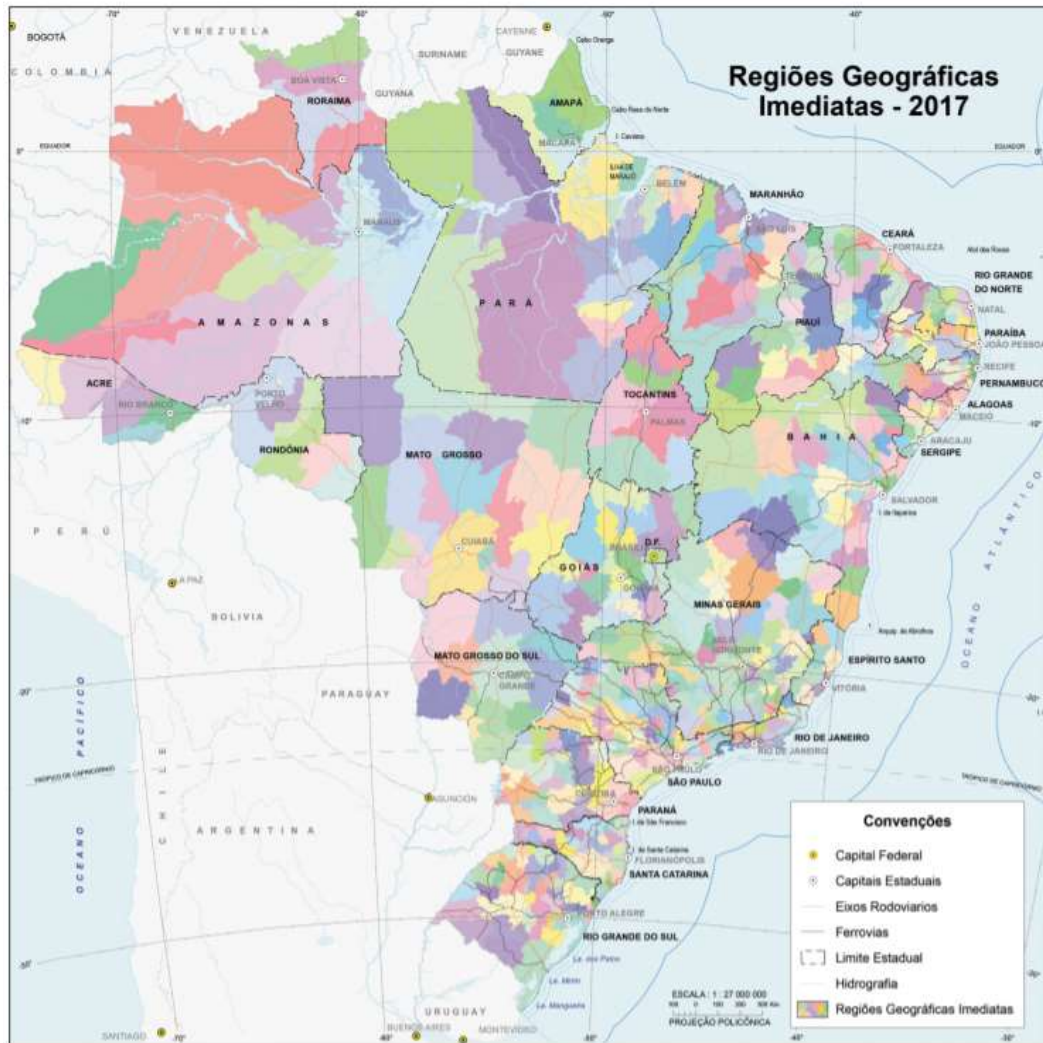
De acordo com as proposições do IBGE (2017, p. 20):

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

Deste modo, a nova regionalização do território brasileiro foi baseada na identificação de cidades polo e dos municípios a elas vinculados. Do ponto de vista metodológico, tomou-se inicialmente os resultados da Divisão Urbano Regional (IBGE, 2013), porém, sentiu-se a necessidade de respeitar os limites das Unidades Federativas.

Por este motivo, foram criadas regras específicas para cada escala ao considerar o número mínimo e máximo de cidades possíveis. Adotou-se para as Regiões Geográficas Imediatas (Figura 8) o mínimo de 05 e o máximo de 25 municípios, incluindo-se aí as estimativas populacionais para o ano de 2016, onde cada região deveria ter, no mínimo, 50.000 habitantes. Apoiando-se na hierarquização estabelecida pela REGIC 2008, considerou-se que cada região deveria ter, no mínimo, um Centro de Zona B. Em seguida, foram feitas análises, em todos os municípios, dos diversos tipos de fluxos já tratados na REGIC 2008, criando-se no mínimo 04 Regiões Geográficas Imediatas por Unidade da Federação.

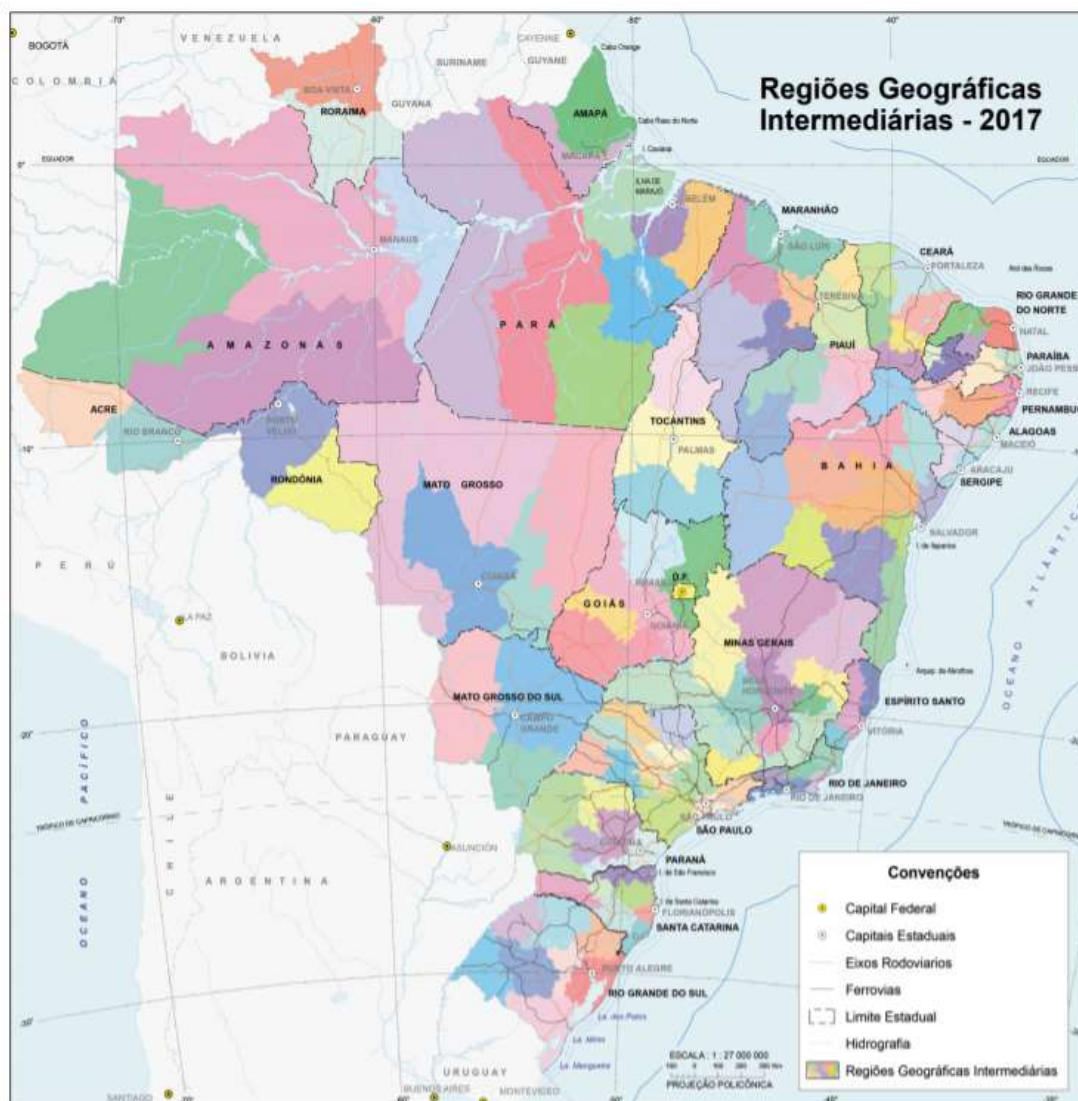
Figura 8 - Regiões Geográficas Imediatas



Fonte: IBGE (2017)

A composição das Regiões Geográficas Intermediárias (Figura 9), que têm como base as Regiões Intermediárias de Articulação Urbana (IBGE, 2013), partiu da agregação das Regiões Geográficas Imediatas e da análise dos diversos fluxos na escala macrorregional. Estas regiões devem respeitar os limites estaduais e conter um número mínimo de 02 Regiões Geográficas Imediatas e uma cidade definida como Capital Regional pela REGIC 2008. No entanto, devido as características da rede urbana brasileira, admitiu-se, em alguns casos, a criação de Regiões Geográficas Intermediárias a partir da capacidade de polarização de alguns Centros Sub-Regionais.

Figura 9 - Regiões Geográficas Intermediárias



Fonte: IBGE (2017)

Continuando os estudos sobre a rede urbana brasileira, em 2018 o IBGE realizou a quinta e mais recente versão da REGIC, publicada em 2020. A pesquisa consistiu em um questionário aplicado em 5.503 municípios, excluindo-se aqueles considerados com altos níveis de centralidade. Foram escolhidos três informantes em cada município, que deveriam responder no mínimo um e no máximo cinco cidades como destino na busca por bens e serviços, não sendo possível responder o próprio município como destino.

Apesar da metodologia da pesquisa ser a mesma da REGIC de 2008, houve refinamento e atualização de alguns parâmetros específicos. Por exemplo, o questionário sobre serviços de saúde foi dividido em dois momentos: no primeiro, os entrevistados foram indagados sobre os municípios de destino para serviços de baixa e média complexidade; e no segundo, deveriam responder quais as cidades destino para serviços de alta complexidade. De acordo com o IBGE,

isso permite identificar melhor as centralidades na rede urbana e pode auxiliar no planejamento de políticas públicas do setor.

Na pesquisa REGIC de 2018, a noção de cidade ou centro urbano para análise dos dados é operacionalizada por meio de duas unidades territoriais: os Municípios e os Arranjos Populacionais. Nesse segundo caso, as unidades correspondem ao conjunto de municípios cujas malhas urbanas possuem forte integração econômica com o deslocamento frequente de pessoas para trabalho, estudo etc. (IBGE, 2020). Dessa feita, a rede urbana brasileira em 2018 possui a seguinte configuração (Quadro 5⁵ e Figura 10):

Quadro 5 – Centros urbanos brasileiros na classificação da REGIC 2018

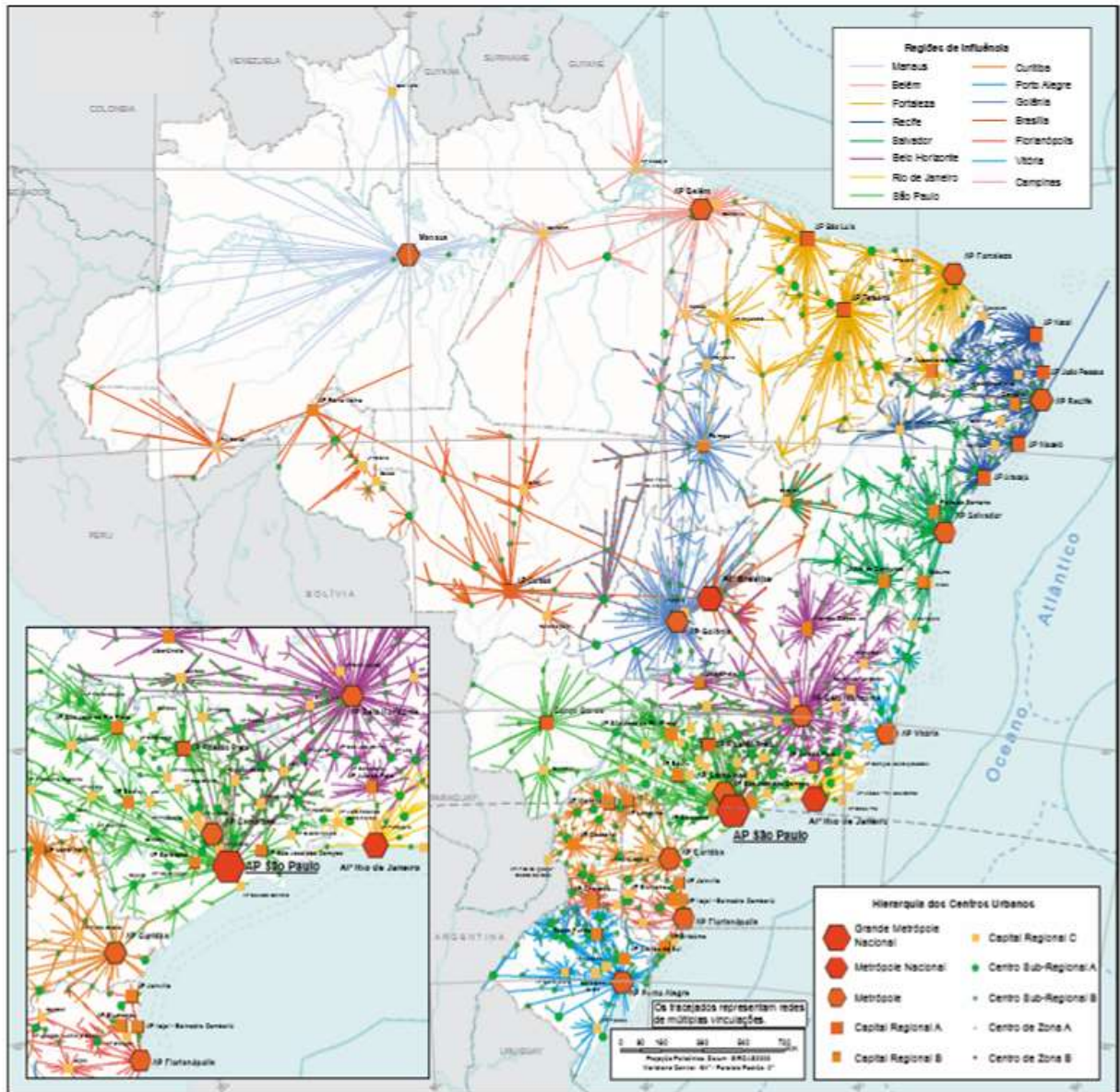
Classificação	Subnível	Cidades
Metrópole	Grande Metrópole Nacional	São Paulo (SP)
	Metrópole Nacional	Rio de Janeiro (RJ) e Brasília (DF)
	Metrópole	Fortaleza (CE), Recife (PE), Salvador (BA), Belo Horizonte (MG), Florianópolis (SC), Campinas (SP), Manaus (AM), Belém (PA), Vitória (ES), Curitiba (PR), Goiânia (GO) e Porto Alegre (RS)
Capital Regional	Capital Regional A	Cuiabá (MT), Natal (RN), São Luís (MA), Teresina (PI), João Pessoa (PB), Maceió (AL), Ribeirão Preto (SP), Aracaju (SE), Campo Grande (MS)
	Capital Regional B	Juazeiro do Norte - Crato - Barbalha (CE), Palmas (TO), Porto Velho (RO), Caxias do Sul (RS), Santa Maria (RS), Passo Fundo (RS), Chapecó (SC), Blumenau (SC), Joinville (SC), Maringá (PR), Londrina (PR), Cascavel (PR), Montes Claros (MG), (BA), Campina Grande (PB), Juiz de Fora (MG), Uberlândia (MG) e outras,
	Capital Regional C	Sobral (CE), Petrolina - Juazeiro (PE), Caruaru (PE), Barreiras (BA), Araguaína (TO), Ijuí (RS), Novo, Ponta Grossa (PR), Uberaba (MG), Governador Valadares (MG), Arapiraca (AL), Imperatriz (MA), Mossoró (RN), Santarém (PA), Marabá (PA), Macapá (AP), Boa Vista (RR), Rio Branco (AC) e outora
Centro Sub- Regional	Centro Sub- Regional A	Iguatu (CE), Redenção (PA), Caicó (RN), Pau dos Ferros (RN), Guarabira (PB), Cajazeiras (PB), Garanhuns (PE), Serra Talhada (PE), Anápolis (GO), Lajeado (RS), Uruguaiana (RS), Pedreiras (MA), Bacabal (MA), Caxias (MA), Castanhal (PA), Poços de Caldas (MG), Barbacena (MG), Botucatu (SP) e outros
	Centro Sub- Regional B	Russas (CE), Quixadá (CE), Crateús (CE), Itapipoca (CE), Itaporanga (PB), Araripina (PE), Açú (RN), Currais Novos (RN), Gurupi (TO), Cruz Alta (RS), Frederico São Lourenço (MG), Balsas (MA), Currais Novos (RN), Altamira (PA), Vilhena (RO), Angra dos Reis (RJ), Teresópolis (RJ), Avaré (SP) e outras
Centro de Zona	Centro de Zona A	Brejo Santo (CE), Icó (CE), Limoeiro do Norte (CE), Canindé (CE), Porto Nacional (TO), Caldas Novas (GO), Camaquã (RS), Palmeira das Missões (RS), São Bento do Sul (SC), Penedo (AL), União dos Palmares (AL), Batalha (AL) Itabaiana (PB), Catolé do Rocha (PB), João Câmara (RN), Macau (RN), e outras

⁵ A partir das Capitais Regionais elencamos apenas alguns exemplos para que a lista não ficasse demasiadamente extensa.

	Centro de Zona B	Mauriti (CE), Santa Quitéria (CE), Senador Pompeu (CE), Tauá (CE), Pedro Afonso (TO), Natividade (TO), Capinzal (SC), Irati (PR), Neópolis (SE), Canindé de S. Francisco (SE), Araruna (PB), São José do Egito (PE), Araguatins (TO), Grajaú (MA), Colinas (MA), (BA), Castelo (ES) e outras
Centro Local	-	Aurora (CE), Barro (CE), Caririçu (CE) Cedro (CE) Farias Brito (CE) Granjeiro (CE) Jardim (CE), Lagoa de Pedras (RN) Lagoa Salgada (RN) Acrelândia (AC), Feijó (AC), Guajará (AM), Ipixuna (AM), Parati (RJ), Cambuci (RJ) e outras

Elaboração própria a partir da pesquisa REGIC 2018 (IBGE, 2020)

Figura 10 - Rede urbana brasileira, 2018



Fonte: IBGE (2020)

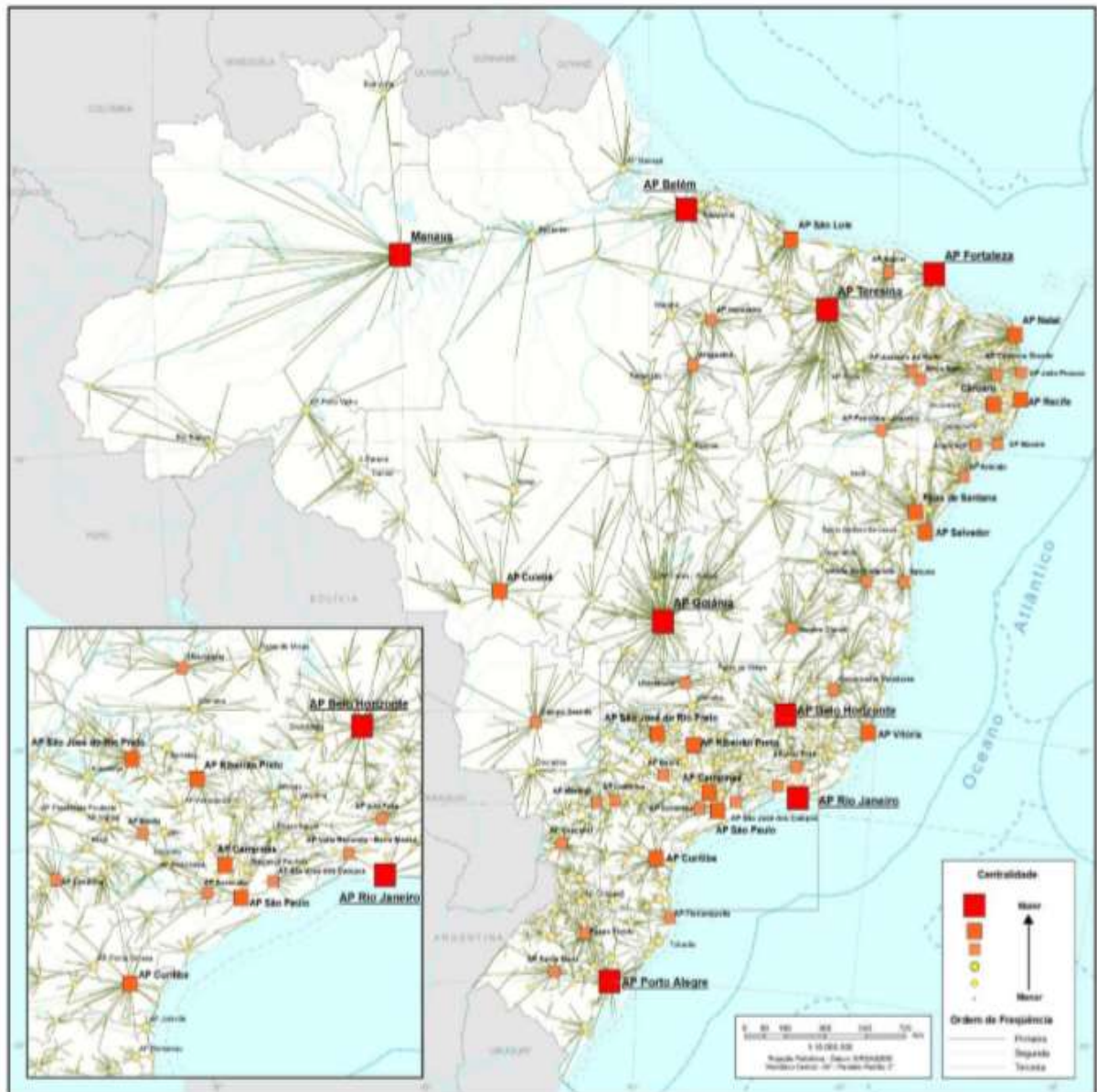
Conforme os dados da REGIC 2018, a rede urbana brasileira contém 15 Metrôpoles. São Paulo continua, isoladamente, como a Grande Metrôpole Nacional, tendo a maior

população do país e a maior renda. Segundo o IBGE (2020), o Arranjo Populacional de São Paulo possui 49 milhões de habitantes em 2018 e mais de R\$ 2 trilhões anuais de PIB, o que corresponde a 23,6% da população e 33,3% da renda total do País, e a sua influência alcança 679 cidades. Em seguida, temos as Metrôpoles Nacionais do Rio de Janeiro e Brasília, com 12,7 e 3,9 milhões de habitantes respectivamente.

A grande novidade na nova classificação da REGIC é a elevação das cidades de Campinas (SP), Florianópolis (SC) e Vitória (ES) ao nível de Metrôpole, pois estas cidades configuravam, até então, como Capitais Regionais A. Destaque para Campinas (SP), única Metrôpole que não é capital estadual. Entre 2008 e 2018, 32 cidades foram elevadas ao nível de Capital Regional em 12 estados. No entanto, o Instituto aponta que ainda é baixa a mobilidade urbana brasileira, e nesse período de dez anos 86% das cidades não sofreram alterações.

Em 2020, devido a pandemia causada pelo novo Coronavírus, o IBGE antecipou parte dos dados da pesquisa REGIC 2018 e divulgou o estudo “Regiões de Influência das Cidades: Informações de Deslocamento para Serviços de Saúde”. Os resultados permitem analisar o comportamento da rede urbana brasileira na área da saúde, dados estes essenciais para a tomada de medidas estratégicas para amenizar os efeitos da propagação da Covid-19, identificando as regiões de atendimento e cidades polarizadoras de serviços de saúde. A rede de cidades brasileiras na área da saúde e os seus fluxos estão representados na Figura 11.

Figura 11 - Redes de deslocamento para serviços de saúde no Brasil, 2018



Fonte: IBGE (2020)

Os resultados apontam que a rede urbana de serviços de saúde no Brasil é amplamente desigual e concentrada nas regiões Sudeste e Sul. Destaca-se a existência de grandes áreas com deficiências absolutas de infraestrutura médico-hospitalar nas regiões Norte, Centro-Oeste e interior do Nordeste. Isso mostra que a capacidade resolvente do sistema de saúde está diretamente relacionada com o grau de desenvolvimento econômico e social das regiões do país.

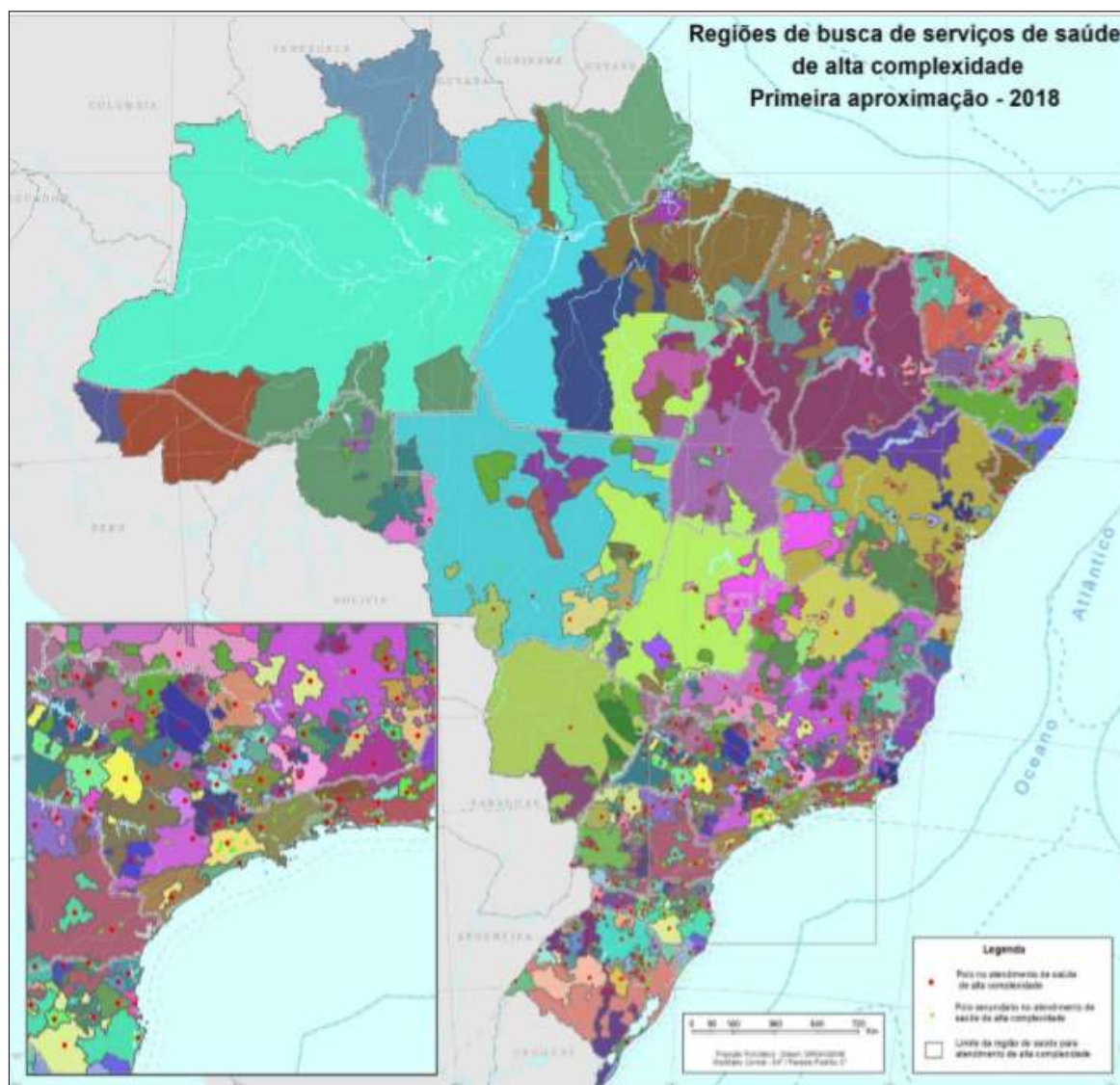
De acordo com o IBGE (2020), no Brasil a média de deslocamentos para serviços de média complexidade como consultas odontológicas, exames clínicos e pequenas cirurgias é de 72km, destacando-se algumas cidades com hierarquias intermediárias, exceto nas regiões em

que tais cidades são menos numerosas. Manaus (AM) se destaca por ser a cidade que atrai deslocamentos mais distantes (418km), enquanto Goiânia atrai o maior número de municípios (115).

Os serviços de saúde considerados de alta complexidade como ressonância magnética e tratamento do câncer, por exemplo, envolvem um alto custo e, por isso, sua distribuição tende a ser mais seletiva espacialmente, o que implica em maiores distâncias a serem percorridas pela população. A média nacional é de 155km e com distintos padrões regionais. Nas regiões Sudeste e Sul, as médias ficam em torno de 100km, onde os fluxos se distribuem entre as capitais estaduais e as cidades de porte intermediário no interior. Já no Nordeste, a região de influência das capitais se sobrepõe as centralidades intermediárias, como é o caso da sobreposição de Salvador (BA) em relação à Feira de Santana (BA), e de João Pessoa (PB) que ultrapassa os limites da influência de Campina Grande (PB). Teresina (PI) se destaca por atrair o maior número de municípios para procedimentos de alta complexidade, totalizando 300 cidades com pacientes oriundos do interior do Piauí, do centro-sul do Maranhão e do leste paraense.

Com o objetivo de identificar as regiões de atendimento de serviços de saúde em meio a um contexto de grave crise de saúde pública, o IBGE realizou uma regionalização específica para o tema saúde na pesquisa REGIC, representando as porções do território sobre a influência de uma cidade polo. Na Figura 12, é possível visualizar as regiões para serviços de alta complexidade.

Figura 12 - Regiões de busca de serviços de saúde de alta complexidade, 2018



Fonte: IBGE (2020)

Consoante o IBGE (2020), apesar de haver algumas discontinuidades, é possível observar padrões de concentração de serviços de saúde. As regiões ligadas a um polo para procedimentos de alta complexidade são, em geral, de grande porte. Os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná e a metade sul de Minas Gerais, dada a presença de cidades de hierarquias intermediárias presentes no interior, apresentam uma rede de oferta de serviços mais bem integrada e distribuída espacialmente. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, grandes áreas são atendidas por um único polo, o que pode ser explicado, em parte, pela menor densidade demográfica dessas regiões. Entretanto, observa-se que no densamente povoado interior do Nordeste, a população precisa realizar grandes deslocamentos com destino as capitais estaduais, na busca por atendimentos que requerem uma maior densidade tecnológica.

O panorama que apresentamos nesta seção sobre os estudos do IBGE, com as mudanças e permanências na rede urbana brasileira, as centralidades exercidas por núcleos urbanos de médio e grande porte e a formação de regiões de influência, são caros a esta pesquisa, especialmente ao olharmos para as articulações formadas a partir dos serviços de saúde, pois este constitui no foco maior da nossa investigação.

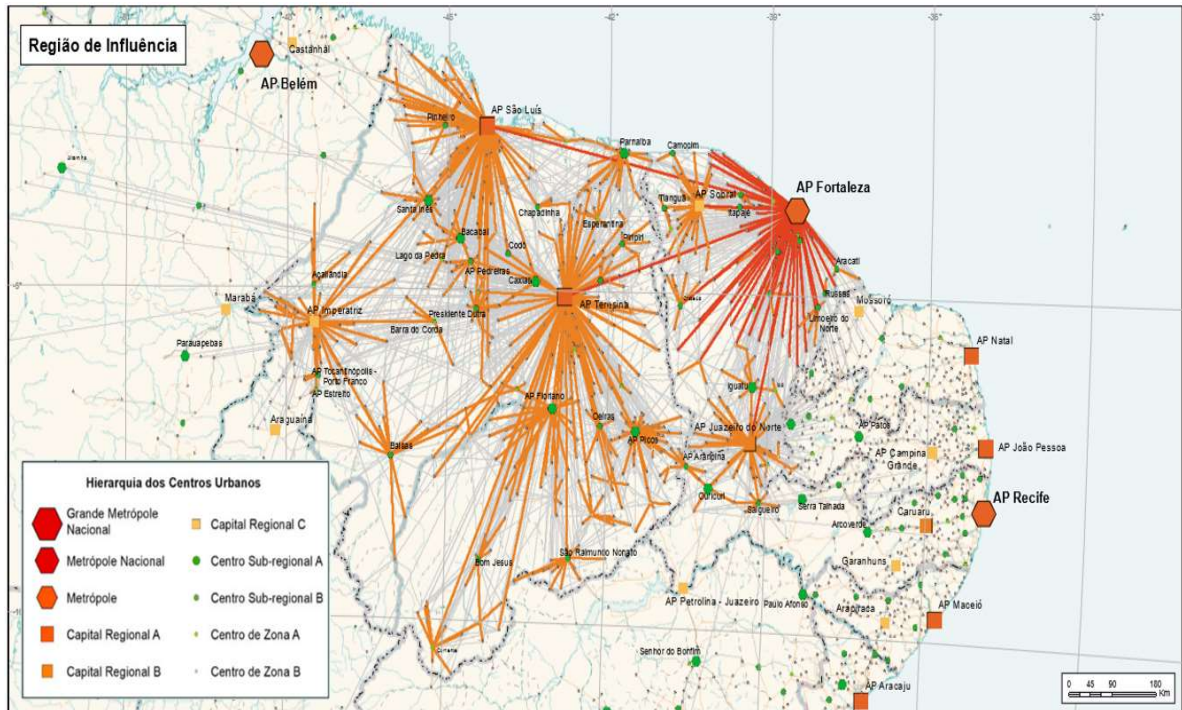
Como o presente estudo tem como recorte espacial uma porção específica do território brasileiro, a saber, o Cariri cearense, julgamos necessário uma análise sobre a rede urbana do estado do Ceará, a qual trataremos na seção a seguir.

2.3 A rede urbana cearense

Um olhar sobre a rede urbana nordestina, a partir das configurações espaciais anteriormente apresentadas, permite notar que as capitais estaduais concentram majoritariamente a oferta de serviços e equipamentos, com a presença de poucos núcleos urbanos de elevada densidade na rede no interior. De forma geral, os centros intermediários são limitados e se restringem a alguns centros tradicionais que historicamente polarizam suas áreas (IBGE, 2008).

No Ceará, o desequilíbrio da sua rede urbana, marcado pelo forte domínio da capital Fortaleza, pode ser constatado na REGIC 2018 (Figura 13). De acordo com as características apontadas pelo IBGE, a Região de Influência de Fortaleza é a quinta maior do país em extensão territorial com 764 km², abrangendo um total de 630 cidades.

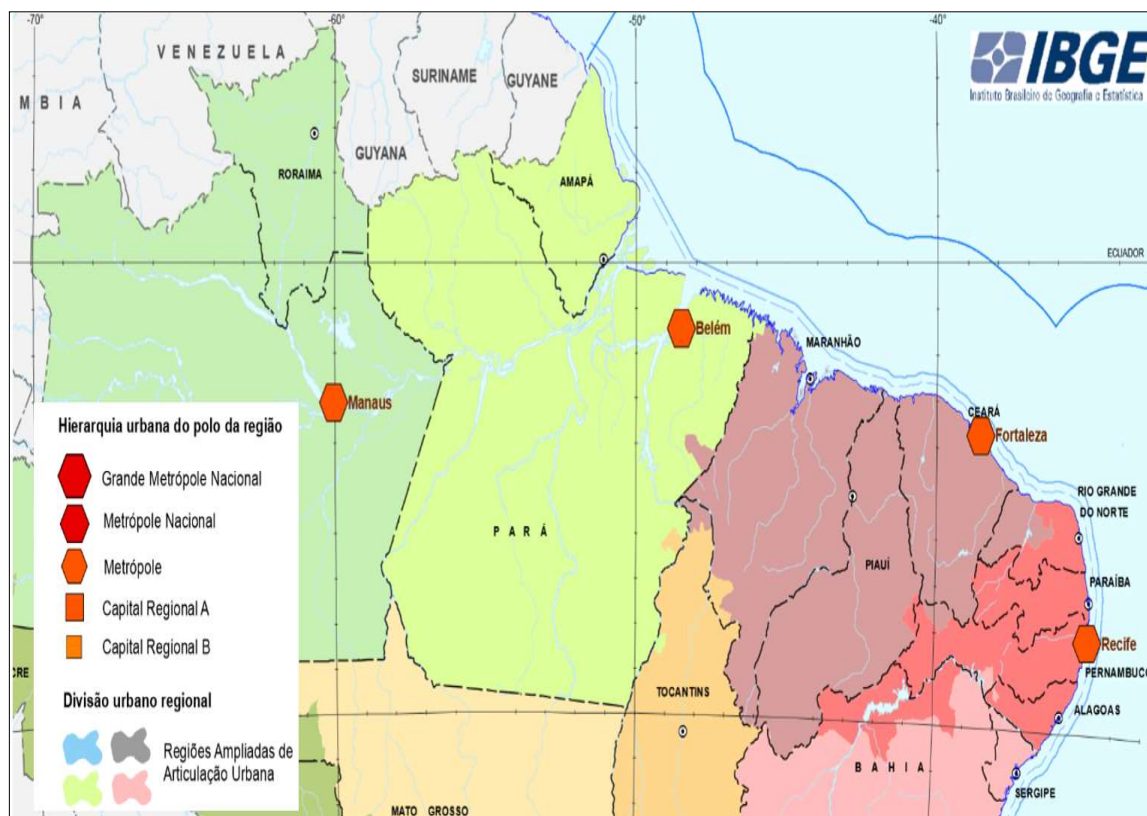
Figura 13 - Região de Influência do Arranjo Populacional de Fortaleza, 2018



Nota-se que as conexões estabelecidas pelo Arranjo Populacional de Fortaleza, que além da capital conta com as cidades de Caucaia, Aquiraz, Eusébio, Maracanaú, Maranguape, Itaitinga e Pacatuba, somente se retraem nos limites de atração dos Arranjos Populacionais de Belém e Recife, abarcando os estados do Ceará, Piauí e Maranhão, o oeste de Pernambuco e parte dos estados do Tocantins e Pará.

Se considerarmos a divisão regional do IBGE (2013), isto é, na regionalização a partir de uma cidade polo, percebemos que Fortaleza exerce o controle absoluto no território cearense e ainda articula a rede urbana dos estados do Piauí e do Maranhão, bem como parcelas dos estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco, Pará e Tocantins (Figura 14).

Figura 14 – Região Ampliada de Articulação Urbana de Fortaleza



A limitada presença de cidades de porte intermediário no interior do Ceará reafirma a tendência de consolidação de um sistema urbano desequilibrado. Tomando como parâmetro a distribuição da população no estado, sua expressão é bem nítida, pois dos 9.132.078 habitantes estimados para o ano de 2019 no Ceará, 2.669.342 (29,3%) vivem em Fortaleza e 4.051.744 (44,4%) na sua região metropolitana. Ainda de acordo com as estimativas populacionais de 2019, dos 184 municípios cearenses 122 possuem menos de 30 mil habitantes. Na pesquisa REGIC de 2018, 146 cidades cearenses foram definidas como Centros Locais, ou seja, exercem uma influência restrita aos seus próprios limites territoriais (Quadro 6).

Quadro 6 - Hierarquia da centralidade urbana no estado do Ceará, 2018

Classificação	Subnível	Cidades
Metrópole	Grande Metrópole Nacional	-
	Metrópole Nacional	-
	Metrópole	Fortaleza
Capital Regional	Capital Regional A	-
	Capital Regional B	Juazeiro do Norte
	Capital Regional C	Sobral
Centro Sub-Regional	Centro Sub-Regional A	Iguatu
	Centro Sub-Regional B	Aracati, Crateús, Baturité, Camocim, Itapajé, Itapipoca, Limoeiro do Norte, Pacajus, Quixadá, Russas e Tianguá

Centro de Zona	Centro de Zona A	Brejo Santo, Horizonte, Icó, Quixeramobim, São Benedito e São Gonçalo do Amarante
	Centro de Zona B	Acopiara, Canindé, Guaraciaba do Norte, Ipu, Mauriti, Mombaça, Santa Quitéria e Tauá
Centro Local	-	Todas as demais cidades ⁶

No Ceará, não se verificou profundas mudanças na rede urbana em relação à REGIC de 2008. Deste modo, os principais destaques foram a elevação do arranjo formado pelas cidades de Juazeiro do Norte-Crato-Barbalha ao nível de Capital Regional B, manutenção de Iguatu como único Centro de Sub-Regional A e elevação das cidades de Aracati, Crateús, Baturité, Camocim, Itapajé, Limoeiro do Norte, Pacajus, Quixadá, Russas e Tianguá ao nível de Centros Sub-Regionais B.

Os determinantes do desequilíbrio desta rede de cidades são conhecidos, tendo origem nas características estruturais da formação do seu sistema urbano. Inicialmente, cabe destacarmos que o conceito de rede urbana dentrítica, definição dada por Corrêa (1989) para um sistema urbano colonial com a instauração de uma cidade primaz próxima ao mar e centro de comando de uma extensa hinterlândia, não se verificou no Ceará, como bem apontou Dantas (2006). Isto significa que Fortaleza, no processo inicial de ocupação do Ceará, não se constituía em um importante centro urbano regional, pois a cidade tinha sua função atrelada aos interesses militares de defesa do território. Dantas (2006) ainda ressalta que, no quadro socioespacial cearense do século XVIII, quatro cidades comandavam a economia regional e suplantavam a capital Fortaleza, a saber: Aracati, Icó, Sobral e Crato.

A primeira cidade, Aracati, dispunha de porto marítimo mais próximo de Pernambuco e de Salvador, situando-se a jusante do rio Jaguaribe. Ela torna-se, antes mesmo de receber o status de cidade em 1748, o centro do espaço de produção da carne-seca, evidenciado na construção das primeiras oficinas de carne. A segunda cidade, Icó, exercia papel complementar àquele de Aracati. As duas cidades, situadas no vale do Jaguaribe, viviam em perfeita simbiose, apresentando Icó como renomado centro coletor e distribuidor no sertão: dominando uma imensa zona que abarcava o vale do rio Salgado, o médio e alto Jaguaribe bem como o sertão da Paraíba (SILVA, 2000). A terceira cidade, Sobral, dominava o vale do Acaraú. Esta importância dá-se em decorrência de sua posição estratégica em relação às vias antigas e ao controle de zonas portuárias. Sobral se caracteriza assim como grande centro coletor e distribuidor do noroeste do Ceará (e mesmo de parte do Piauí). A quarta cidade, Crato, dominava o vale do Cariri. Situada na base da chapada do Araripe, esta cidade era atendida pela

⁶ Dos 184 municípios cearenses, 29 foram citados no Quadro 6 e 145 foram classificados como Centros Locais. A diferença de 10 cidades corresponde à 07 que fazem parte do Arranjo Populacional de Fortaleza e foram consideradas junto com a capital cearense como Metrôpole (Aquiraz, Caucaia, Eusébio, Maracanaú, Itaitinga, Maranguape e Pacatuba), às cidades de Crato e Barbalha, que fazem parte do Arranjo Populacional de Juazeiro do Norte como Capital Regional B, e à cidade de Forquilha, no norte do estado, que foi considerada como parte do Arranjo Populacional de Sobral e recebeu a classificação de Capital Regional C.

via Crato-Piancó, que partia de Patos (Paraíba) para Oeiras (antiga capital do Piauí). Ademais, considerando suas condições climáticas e seu solo, sua história é ligada principalmente àquela da produção da cana-de-açúcar. A cidade especializa-se na produção de rapadura, produto frequentemente consumido pelos habitantes do sertão. (DANTAS, 2006, p. 159).

Atualmente, as cidades de Aracati e Icó perderam sua destacada posição na rede urbana regional. Sobral e Crato continuam exercendo forte centralidade, apesar desta última vir diminuindo seu raio de influência devido ao crescimento econômico alcançado pela vizinha cidade de Juazeiro do Norte nos últimos anos. Não pretendemos aqui desvendar todos os fatores que envolvem as mudanças e permanências da rede urbana cearense, mas destacamos que as mudanças verificadas ao longo do tempo estão, sobretudo, ligadas as alterações na estrutura produtiva estadual.

A cidade de Fortaleza passa a ganhar grande projeção a partir do desenvolvimento da cultura do algodão e da implantação de um sistema ferroviário no estado do Ceará, que fortalece as ligações do interior com a capital no fim do século XIX e início do século XX. Adiciona-se a isso o elemento migratório do campo para a cidade, resultantes das secas que atingiam o Ceará e uma estrutura fundiária marcada por grandes propriedades agrícolas que absorvem pouca mão de obra (SOUZA, 2007).

O domínio da cidade de Fortaleza vai se reafirmando, de forma cumulativa, a partir das ações de promoção do desenvolvimento industrial mobilizadas pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) nos anos 1970. A implantação de um Polo Industrial na região metropolitana reforçou sistematicamente a hegemonia de Fortaleza, e a sua instalação preparou terreno para a modernização que viria a se intensificar no estado a partir de meados dos anos 1980. Sobre a expressividade de Fortaleza na rede urbana, Silva (2006, p. 53) é enfático:

A metrópole sertaneja firmou-se [...] ampliou seu raio funcional ocupando papel de destaque na cena urbana brasileira. Capital do Ceará, quarta cidade do país em tamanho, centro turístico por excelência, Fortaleza fincou seu nome entre as grandes cidades. Um misto de novo e velho, de tradição e modernidade, de litoral e sertão está presente na cidade em várias manifestações de sua pujança urbana.

Ao compararmos os mapas resultantes das REGIC's (1972, 1987, 2000, 2007 e 2018), constatamos dois processos importantes em relação à rede urbana cearense. O primeiro é a diminuição da influência exercida por Recife, especialmente no sul e centro sul do estado, onde se observa o avanço da influência de Fortaleza; o segundo é a definição mais clara dos limites e conexões entre os núcleos urbanos no interior do estado, com destaque para alguns centros polarizadores.

Ainda segundo a REGIC 2018, na estrutura hierárquica da rede urbana cearense temos, após a Metrópole Fortaleza, as Capitais Regionais de Juazeiro do Norte-Crato-Barbalha (Capital Regional B) e Sobral (Capital Regional C), seguidas pelo Centro Sub-Regional A de Iguatu, pelos Centros Sub-Regionais B de Aracati, Crateús, Baturité, Camocim, Itapajé, Itapipoca, Limoeiro do Norte, Pacajus, Quixadá, Russas e Tianguá e pelos 14 Centros de Zona divididos nos níveis A e B.

A presença da cidade de Sobral, ao norte, e do aglomerado Crato-Juazeiro do Norte-Barbalha, ao sul, em áreas opostas do território estadual, permite a forte polarização destes centros urbanos. Segundo o IBGE, Sobral contava com uma população de 188.233 habitantes em 2010 e 208.935 nas estimativas para 2019; já o aglomerado urbano Crajubar contava em 2010 com 426.690 e em 2019 466.062 habitantes, tornando-se os centros urbanos mais populosos do Ceará fora da RMF.

De acordo com Amora e Costa (2007), as cidades de Juazeiro do Norte, Crato e Sobral devem ser entendidas como cidades médias pela sua importância na rede urbana regional. Mas o que caracteriza um núcleo urbano como uma cidade média? Se recorrermos aos critérios populacionais, Soares (1999, p. 61) alerta que:

O critério demográfico, ainda muito utilizado para a classificação de cidades médias, não consegue dar conta da sua realidade, pois inclui, em uma mesma categoria, cidades muito diversas e sendo assim, este deverá ser estabelecido em conformidade com as particularidades regionais.

Neste sentido, o fator quantitativo populacional nos levaria à noção de cidades de porte médio, que são, a rigor, cidades intermediárias entre a metrópole e as pequenas cidades. Assim, para a definição de uma cidade média faz-se necessário o emprego de critérios quantitativos e qualitativos, como a sua função urbana, a rede de relações e a centralidade regional. Conforme aponta Sposito (2010, p. 57):

[...] o que se compreende como cidades médias só podem ser consideradas no plano conceitual e a partir de uma análise que contemple a situação geográfica da aglomeração ou centro urbano que a constituem, seus papéis econômicos regionais, suas relações intermediárias entre cidades pequenas e metrópoles, bem como seus papéis político-administrativos. Os papéis econômicos aqui destacados são mais aqueles referentes às atividades comerciais e de serviços do que propriamente as industriais [...] (SPOSITO, 2010, p. 127).

Fazendo o uso dessas definições, podemos classificar as três cidades aludidas como cidades médias, pois como destacam Amora e Costa (2007, p. 361):

Nas últimas décadas, elas têm se destacado pelo dinamismo nos diversos setores econômicos (implantação de grandes indústrias, expansão do comércio e serviços) e sociais (educação e saúde), resultado de políticas públicas, principalmente estaduais, voltadas à melhoria de infraestrutura e serviços. Tudo isso associado ao poder das elites locais, em decorrência de alianças políticas, o que favoreceu a atração de novos investimentos econômicos.

Ainda segundo as autoras, se levarmos em conta o papel regional das cidades de Iguatu, Crateús e Quixadá, também podemos compreendê-las como cidades médias. Essas três cidades polarizam um conjunto de municípios nas regiões Centro Sul, Inhamuns e Sertão Central, sobretudo, com uma influência no comércio e os serviços de saúde e educação. De acordo com o último Censo, em 2010 contavam, respectivamente, com uma população de 96.495 (Iguatu), 72.812 (Crateús) e 80.604 (Quixadá) habitantes; e para o ano de 2019, apresentam uma população estimada de 102.498 (Iguatu), 75.074 (Crateús) e 87.728 (Quixadá) habitantes.

Itapipoca, cidade definida como Centro Sub-Regional B, contava com uma população de 116.065 em 2010 e 129.358 habitantes para o ano de 2019. Constitui-se em um importante núcleo intermediário no norte do estado e está localizada próxima à RMF. Por esta razão, reproduz em suas conexões os nexos estabelecidos pela influência da capital. Esta cidade se apropria das externalidades advindas da sua localização, sendo um entreposto entre as cidades do norte e dos sertões e a RMF (LIMA JÚNIOR, 2014). Itapipoca também tem se beneficiado com a implantação da infraestrutura decorrente do desenvolvimento econômico da área metropolitana como, por exemplo, a instalação do Porto do Pecém em São Gonçalo do Amarante.

Os Centros de Sub-Regionais de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas são os centros de maior nível hierárquico na região do Jaguaribe. Possuem, respectivamente, 69.159 (Aracati), 56.264 (Limoeiro do Norte) e 69.833 (Russas) habitantes no levantamento do Censo 2010 e 74.547 (Aracati), 59.540 (Limoeiro do Norte) e 78.194 (Russas) conforme as estimativas do IBGE em 2019. A atual importância desses centros se dá no contexto das transformações econômicas agrícolas verificadas no território cearense, que têm nessa região uma área estratégica para a expansão da fruticultura irrigada.

Esses são os principais centros urbanos cearenses, e o quadro socioespacial ora apresentado é fator determinante para a política de regionalização dos serviços de saúde feita pelo executivo estadual, com a alocação dos equipamentos (fixos) e o controle dos usuários (fluxos), tema bastante caro a presente pesquisa.

2.4 A regionalização da saúde

O olhar geográfico sobre as questões que envolvem a saúde e a doença não é uma prática nova. Neste trabalho, nos propomos a investigar alguns pontos relacionados à oferta e à demanda dos serviços de saúde. Vejamos, a princípio, os conceitos aplicados ao planejamento do setor saúde, a saber: os conceitos de região e território.

A região tem ganhado a conotação de área administrativa sob o controle do Estado, agente responsável pelas práticas sanitárias de cuidado à saúde da população. Tal dimensão conceitual está relacionada, sobretudo, à própria origem etimológica do termo *regere*, isto é, no ato de governar uma determinada porção do espaço e nele exercer o comando a partir de um poder central (CORRÊA, 1989). Perspectiva semelhante é a de território, detentor de maior prestígio na esfera política atualmente. Territorializar, ou seja, demarcar geograficamente as ações e serviços, constitui um dos principais métodos de organização do espaço, e aqui se insere o sistema nacional de saúde.

Ambos os conceitos possuem, neste caso, o mesmo sentido operacional (talvez diferenciado pela escala), isto é, um recorte no espaço a partir do qual é possível estabelecer as regras de um determinado setor. Para Haesbaert (2010), a região, assim como o território, apresenta fortes implicações no campo da discussão política, pois toda regionalização é, também, um ato de poder – o poder de recortar, classificar e nomear. O Estado, nesses termos, é tido como o principal agente regionalizador, atuando nas diversas esferas do poder institucional, e na saúde esse fato tem ganhado uma dimensão especial.

Guimarães (2005) considera que o debate acerca da diferença entre território e região aplicado ao planejamento em saúde deve levar em conta o SUS como uma totalidade e um acontecer solidário, para onde podem convergir, juntamente, outros conceitos geográficos importantes como espaço e lugar.

No Brasil, o acesso aos serviços de saúde sempre foi problemático devido a fatores de ordem física, social e política. Um país de grandes dimensões territoriais e com fortes disparidades regionais, resultantes da divisão territorial do trabalho e da desigualdade na densidade do meio técnico-científico-informacional (SANTOS, 2012), o que dificulta uma distribuição isonômica das infraestruturas para a eficiência dos serviços. Nessa conjuntura, produz-se uma heterogeneidade na organização dos equipamentos de saúde, com a existência, de um lado, de espaços luminosos, com ótima estrutura e serviços médicos especializados e, de

outro, espaços opacos, de baixa densidade técnica e onde está localizada a maior parte da população (SANTOS, 2012).

No atual contexto da administração pública brasileira, com seus 5.570 municípios, torna-se inviável que todas as cidades disponham de recursos capazes de atender a ampla demanda da população, o que acaba por comprometer os princípios da universalidade e da integralidade do SUS. É nesse cenário que a regionalização ganha relevo, pois consiste no agrupamento de municípios limítrofes que, articulados em rede, realizam o compartilhamento da infraestrutura médico-hospitalar.

A regionalização como estratégia aplicada aos serviços de saúde, apesar de já ser usada na Europa desde a década de 1920, somente passou a ser incorporada no Brasil de maneira sistemática nas duas últimas décadas. Essa diretriz organizativa do SUS está prevista na Constituição Federal de 1988, que destaca o ordenamento territorial do sistema nacional de saúde:

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, grifo nosso)

A regulamentação da gestão regionalizada começou a se consolidar a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1992 e 1996, e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Em 2006, o Governo Federal lançou a Portaria nº 399/GM, que divulga o Pacto pela Saúde: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Para este trabalho, interessa-nos, especialmente, o Pacto de Gestão que, entre outras coisas, reforça a necessidade de fortalecer a regionalização e descentralização do SUS. O Pacto de Gestão é o marco regulatório que obriga os estados brasileiros a elaborarem um Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), dividindo as Unidades Federativas em micro e macrorregiões de saúde.

As microrregiões são espaços formados por um conjunto de municípios, com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuação e busca de soluções para problemas comuns na área da saúde. As macrorregiões, por sua vez, são formadas por um conjunto de microrregiões, que convergem para os polos terciários, isto é, as cidades com maiores níveis de centralidade na rede urbana regional.

Em termos normativos, de acordo com o Decreto Presidencial nº 7. 508 de 28 de junho de 2011, as regiões de saúde são concebidas como um:

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

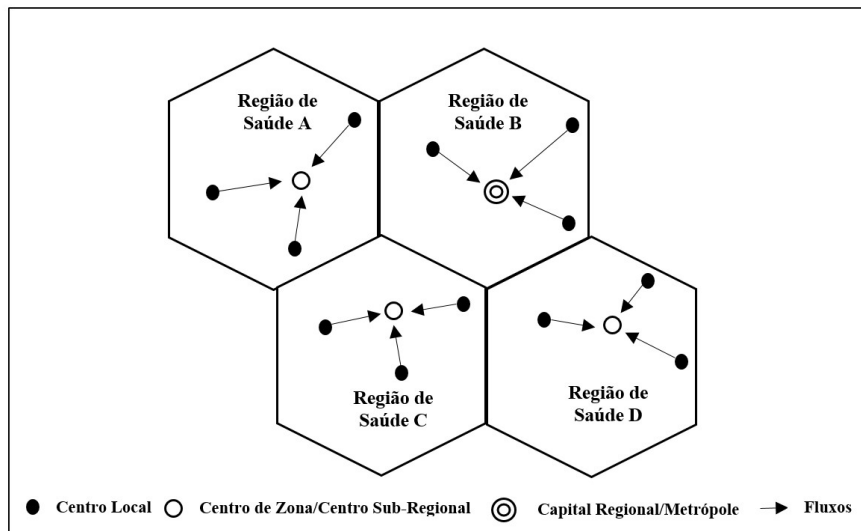
Nessa perspectiva, as regiões de saúde constituem a base territorial para o planejamento das redes de atenção à saúde com distintas densidades tecnológicas. Do ponto de vista do funcionamento, uma rede regionalizada depende da efetivação de outra diretriz organizativa do SUS, isto é, da hierarquização, que corresponde à ordenação do sistema por níveis de densidade tecnológica. Nessas condições, a noção de rede urbana e centralidade, já destacada anteriormente, é fundamental para entendermos a organização dos serviços de saúde.

No SUS, os serviços estão organizados em forma de pirâmide: na base, está a atenção primária, onde os Centros Locais atendem à demanda municipal por meio das ações e serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF); no meio, os serviços de média densidade tecnológica, disponíveis nos hospitais e clínicas médicas nos Centros de Zona ou Centros Sub-Regionais; já no topo, estão os serviços mais sofisticados e de alta complexidade, disponíveis em estabelecimentos de saúde localizados em uma Capital Regional ou Metrópole. Daí, portanto, a importância da regionalização visando a economia de escala.

Assim sendo, o modelo de gestão territorial em saúde no Brasil tem como base a hierarquia urbana para a disposição dos serviços de atenção básica, média e alta complexidade. As cidades médias e as metrópoles são responsáveis pelos serviços especializados que demandam grandes quantidades de recursos físicos e humanos. Logo, a dinâmica urbana é fundamental para a compreensão da situação de saúde em âmbito regional e para a consolidação de políticas públicas.

No funcionamento de uma rede hierarquizada, teoricamente, a porta de entrada de um paciente no SUS deve ser feita através da ESF localizada no próprio município de residência, independente da sua posição hierárquica na rede. Ao ser diagnosticada a necessidade de um atendimento de maior complexidade, que demande internação, o médico da saúde da família emite uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH), direcionando o paciente para um hospital na própria cidade ou em outro centro urbano localizado na microrregião (Figura 15).

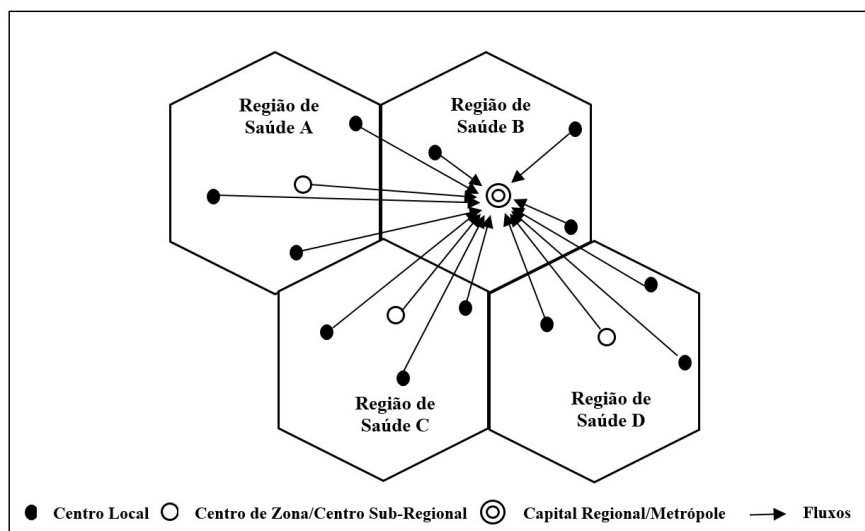
Figura 15 - Esquema organizativo de uma Macrorregião de Saúde, média complexidade



Elaboração própria a partir da portaria nº 399 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e da pesquisa REGIC 2018 (IBGE 2020)

Todavia, caso na microrregião não exista instituição com capacidade para oferecer o serviço solicitado, então o paciente é referenciado para a cidade polo da macrorregião (Figura 16). Esse é considerado, hipoteticamente, o último nível do fluxo de usuários no interior da rede, mas na prática algumas macrorregiões não conseguem atender a demanda regional e direcionam os pacientes para cidades localizadas em outras regiões, geralmente para uma Capital Regional ou uma Metrópole.

Figura 164 - Esquema organizativo de uma Macrorregião de Saúde, alta complexidade



Elaboração própria a partir da portaria nº 399 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e da pesquisa REGIC 2018 (IBGE 2020)

Este modelo regionalizado e hierarquizado, que em tese funcionaria de maneira simples, constitui, na verdade, um turbilhão de nexos que torna a rede mais densa de relações e, portanto, mais complexa. Isso sem contar os atendimentos em rede realizados no setor privado, já que o cliente paga diretamente pelo serviço e não há fluxos previamente controlados pelo Estado. Dias (2005, p. 23), nesse sentido, é assertiva ao afirmar que “a rede, como qualquer outra invenção humana, é uma construção social [onde] indivíduos, grupos instituições ou firmas desenvolvem estratégias de toda ordem (políticas, sociais, econômicas e territoriais).”

A rede de cidades, como destaca Corrêa (2006), é a rede sobre a qual se estruturam todas as demais, como a rede de serviços de saúde, para destacar a que mais nos interessa no presente trabalho. Neste processo, ocorrem expressivos deslocamentos de usuários, principalmente dos pequenos núcleos urbanos em direção as grandes cidades.

A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde são, assim, estratégias que permitem o alcance dos princípios constitucionais da universalidade e da integralidade. O Ceará, por seu turno, é um estado com longa tradição de pioneirismo na descentralização da saúde no Brasil. Vale lembrar que foi o Ceará o primeiro estado brasileiro a adotar o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1987⁷, e a municipalização dos serviços de saúde no estado precedeu a constituição do SUS em 1988.

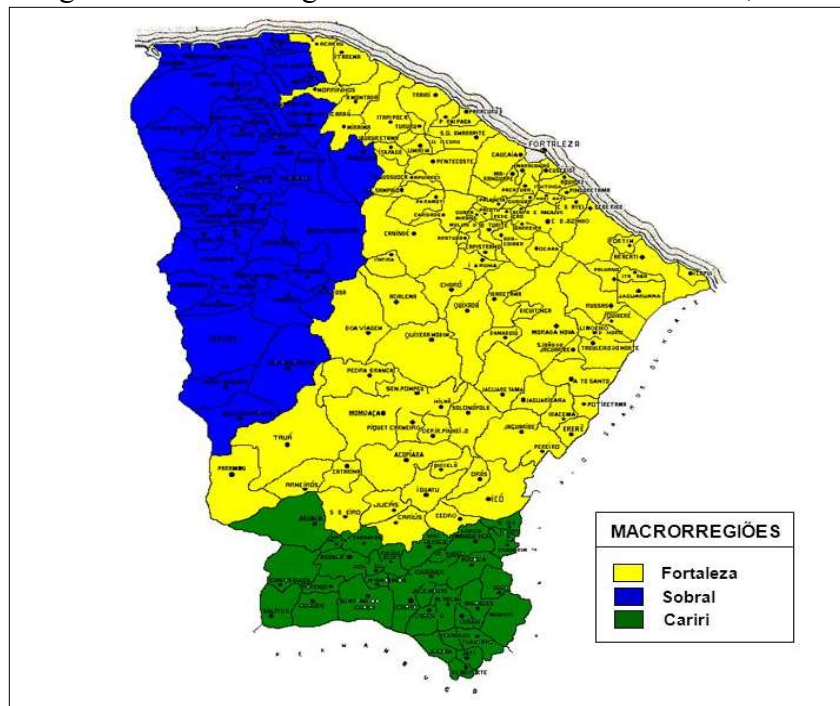
No tocante à regionalização da saúde, tem-se como referência temporal o ano de 1998. Anteriormente a 1998, tratou-se de uma regionalização de caráter administrativo, com forte condução política e técnica da Secretaria de Planejamento do Estado do Ceará (SEPLAG). A regionalização da saúde no período pós 1998 passou a ter como foco a organização do SUS no âmbito regional, por meio do desenho das microrregiões, com centralidade no fortalecimento da suficiência da atenção secundária. Tal perspectiva, foi fortalecida com a edição da NOAS (2001 e 2002) e, particularmente, pelo Pacto pela Saúde de 2006, que reforçou a tendência de organizar a gestão e a oferta de serviços sob o comando municipal e regional (CEARÁ, 2006).

Seguindo os preceitos definidos no Pacto de Gestão de 2006, a Secretaria Estadual da Saúde do Ceará (SESA) elaborou o primeiro PDR, instrumento que define o perfil assistencial dos municípios e estabelece o sistema de referência e contrarreferência dos pacientes. O objetivo do PDR é garantir a integralidade da assistência médica e o acesso da população aos serviços, compondo o plano estadual de saúde.

⁷ A primeira experiência nacional do PACS foi realizada no município de Icapuí (CE).

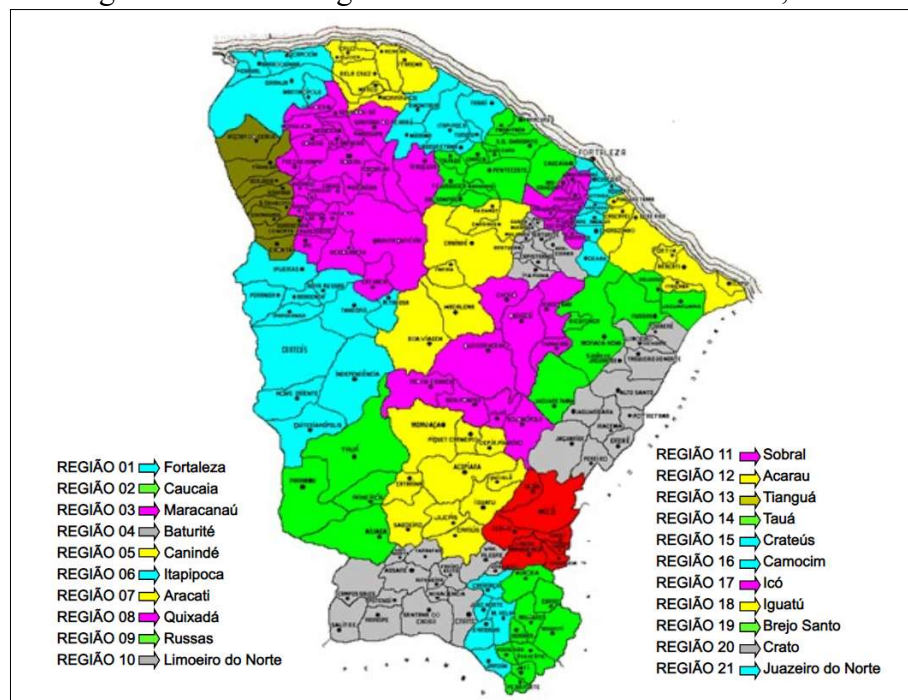
No Ceará, o processo se deu a partir da realização de seminários microrregionais para gestores municipais (prefeitos e secretários de saúde) e da capacitação de equipe técnica para coordenação do processo (CEARÁ, 2006). Destarte, o território cearense foi dividido em 03 macro e 21 microrregiões de saúde (Figuras 17 e 18).

Figura 17 - Macrorregiões de Saúde do estado do Ceará, 2006



Fonte: PDR/SESA 2006 (CEARÁ, 2006)

Figura 18 - Microrregiões de Saúde do estado do Ceará, 2006



Fonte: PDR/SESA 2006 (CEARÁ, 2006)

Essa configuração espacial seguiu os padrões anteriores definidos pela SEPLAG, afinal, os equipamentos de saúde especializados estavam localizados em poucos núcleos urbanos do território cearense. Os critérios adotados no processo de regionalização foram: 1- contiguidade territorial; 2 - potencial de autossuficiência primária e secundária nas microrregiões e capacidade resolutive terciária nas macrorregiões; 3 – referências realizadas; 4 – malha viária; 5- identidade cultural; 6 – disposição política para pactuação (CEARÁ, 2006)

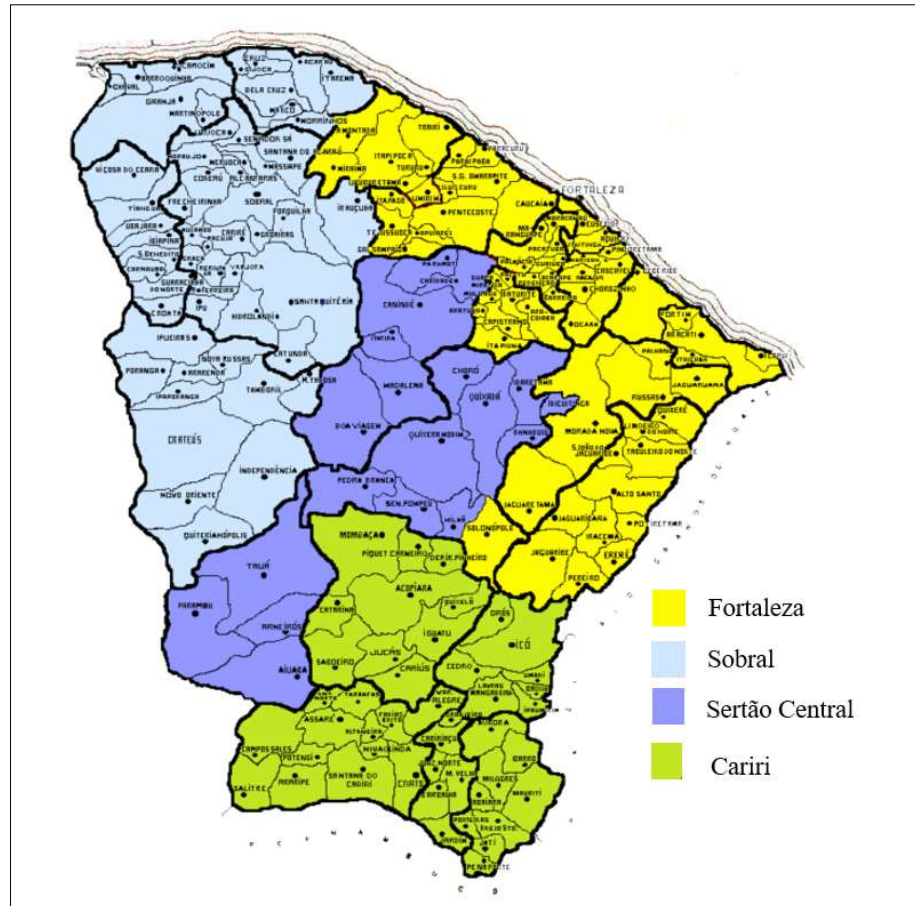
Em 2011, a SESA elabora um novo PDR em razão da publicação do Decreto Presidencial nº 7. 508 e da política de expansão e interiorização dos equipamentos de saúde promovidos pelo executivo estadual. Sobre esse segundo ponto, cabe destacar que em 2008 foi criado o Programa de Expansão e Melhoria da Atenção Especializada à Saúde (PROEXMAES), com o objetivo de reordenar a rede de serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade nas cidades do interior do estado.

A partir desse momento, o Governo Estadual estabeleceu como meta a construção e implantação de 03 hospitais regionais⁸: um na Macrorregião do Cariri – Hospital Regional do Cariri (Juazeiro do Norte); um na Macrorregião de Sobral – Hospital Regional Norte (Sobral); e outro na Macrorregião do Sertão Central – Hospital Regional do Sertão Central (Quixeramobim); 21 policlínicas e 16 Centros Regionais de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Diante dessas mudanças, a SESA atualizou o PDR e o novo desenho regional considerou os seguintes parâmetros que, em geral, não diferem dos que foram definidos em 2006: 1- contiguidade intermunicipal; 2- infraestrutura de transporte; 3- deslocamento da população aos serviços de saúde; 4 - economia de escala; 5- disposição política para pactuação (CEARÁ, 2011). O novo PDR dividiu o estado do Ceará em 04 macro e 22 microrregiões de saúde (Figuras 19 e 20).

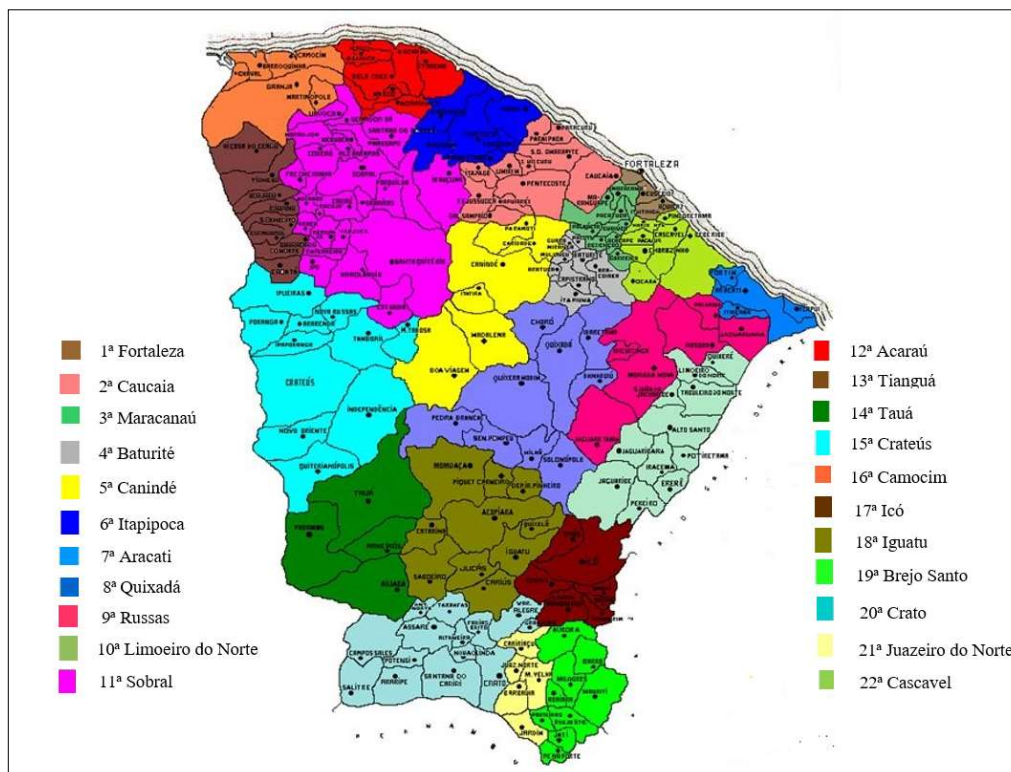
Figura 19 - Macrorregiões de Saúde do estado do Ceará, 2011

⁸ Atualmente está em construção o Hospital Regional do Vale do Jaguaribe, na cidade de Limoeiro do Norte, projetado no ano de 2014.



Fonte: PDR/SESA 2011 (CEARÁ, 2011)

Figura 20 - Microrregiões de Saúde do estado do Ceará, 2011



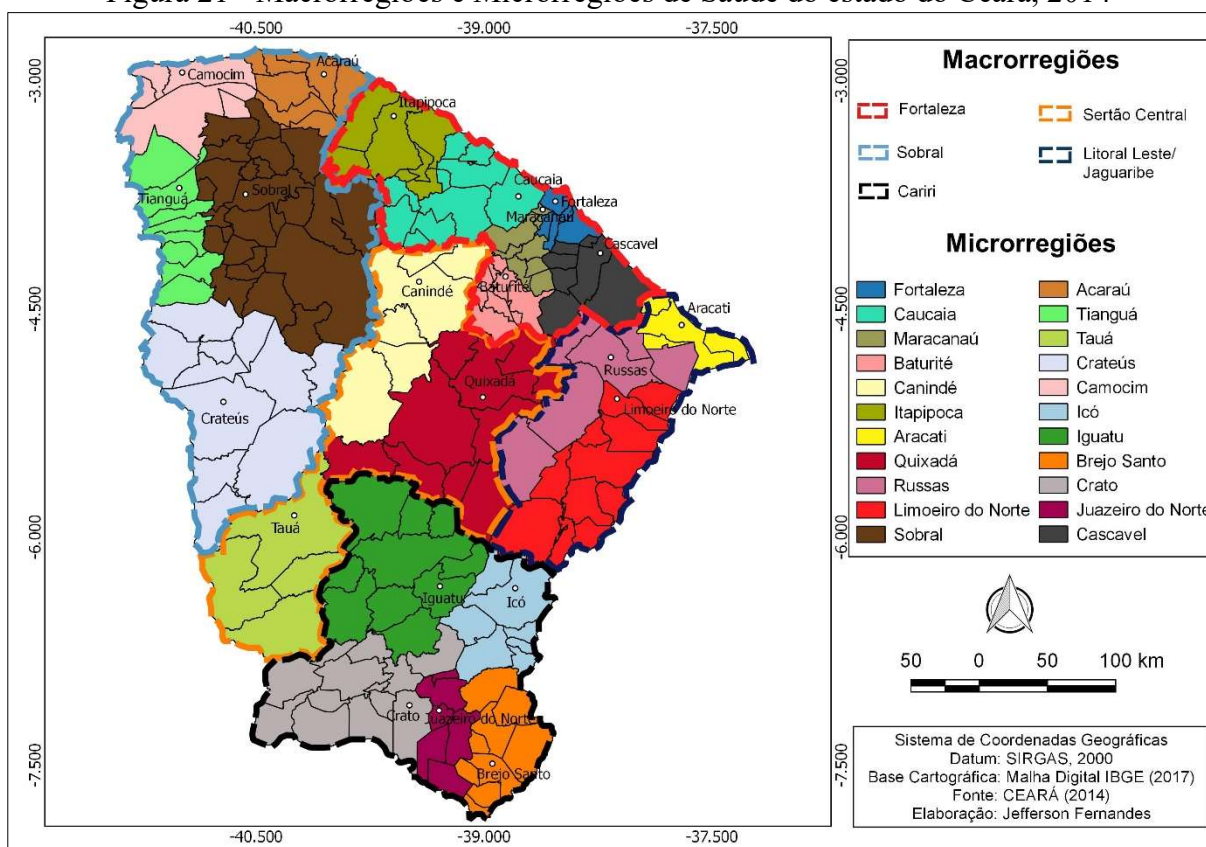
Fonte: PDR/SESA 2011 (CEARÁ, 2011)

As modificações observadas no novo PDR estão na criação da Macrorregião do Sertão Central, formada a partir das Microrregiões de Candindé, Quixadá e Tauá, que anteriormente pertenciam à Macrorregião de Fortaleza; as Microrregiões de Icó e Iguatu que anteriormente pertenciam a Macrorregião de Fortaleza passam a compor a Macrorregião do Cariri; criação da Microrregião de Cascavel; e a mudança da cidade de Aiuaba da Microrregião de Crato para a Microrregião de Tauá.

Uma terceira e última atualização do PDR do estado do Ceará foi feita em 2014, com a criação da Macrorregião do Litoral Leste/Jaguaribe (Figura 21). Através das pactuações entre os gestores municipais e a SESA, sentiu-se a necessidade de agrupar as Microrregiões de Russas, Limoeiro do Norte e Aracati, anteriormente pertencentes à Macrorregião de Fortaleza. Quanto às Microrregiões, não houve alterações nos seus desenhos regionais, permanecendo um total de 22 regiões.

Essas mudanças no PDR evidenciam as tentativas do Governo Estadual de dotar o interior cearense de uma infraestrutura em saúde de média e alta complexidade, com a redução progressiva do perímetro da Macrorregião de Fortaleza e da dependência das cidades do interior em relação à capital.

Figura 21 - Macrorregiões e Microrregiões de Saúde do estado do Ceará, 2014



Elaboração própria a partir do PDR/SESA 2014 (CEARÁ, 2014)

Quanto à capacidade resolutiva dessas regiões, de acordo com o PDR do Ceará, são diretrizes das microrregiões: a organização da atenção primária em cada município, a partir das ações da ESF e dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), bem como a organização da atenção secundária, constituída pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade (CEARÁ, 2006).

As macrorregiões, por sua vez, buscam garantir a atenção terciária constituída pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alto custo, tais como: serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave. Na escala macrorregional, deve ser garantido o acesso a procedimentos como quimioterapia radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade. Asseguram, também, tratamento intensivo como serviços de urgências clínicas e cirúrgicas e traumato-ortopedia (CEARÁ, 2006).

Conforme já destacado, a organização dos serviços hospitalares tem como base a área polarizada por uma cidade, reforçando assim os níveis de centralidade urbana no âmbito do

estado: Macrorregião de Fortaleza (Fortaleza), Macrorregião de Sobral (Sobral), Macrorregião do Litoral Leste/Jaguaribe (Limoeiro do Norte/Russas), Macrorregião do Cariri (Crato-Juazeiro do Norte-Barbalha) e a Macrorregião do Sertão Central (Quixadá/Quixeramobim).

Uma importante nota se faz necessária sobre a Macrorregião do Sertão Central. Esta região tem a cidade de Quixadá como tradicional centro urbano na oferta de bens e serviços para as cidades circunvizinhas, contudo, a escolha da cidade de Quixeramobim para ser a sede do Hospital Regional revela a importância do poder político local e o papel do Estado na produção e organização do espaço. A dinâmica (ou natureza) do espaço geográfico, como nos lembra Milton Santos (2012) é, neste caso, representada pelas relações entre os objetos geográficos e as ações que são empregadas por diferentes agentes.

No Ceará, a Macrorregião de Fortaleza concentra mais da metade da população do estado, com 4.560.149 de habitantes (52,2%), seguida pela Macrorregião de Sobral com 1.606.608 (18,1%), Macrorregião do Cariri com 1.448.475 (16,6%), Macrorregião do Sertão Central com 631.037 (7,1%) e a Macrorregião do Litoral Leste/Jaguaribe com 532.303 (6,4%). A disposição dessas regiões pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1 - Regiões de Saúde do estado do Ceará, municípios adscritos e população, 2014

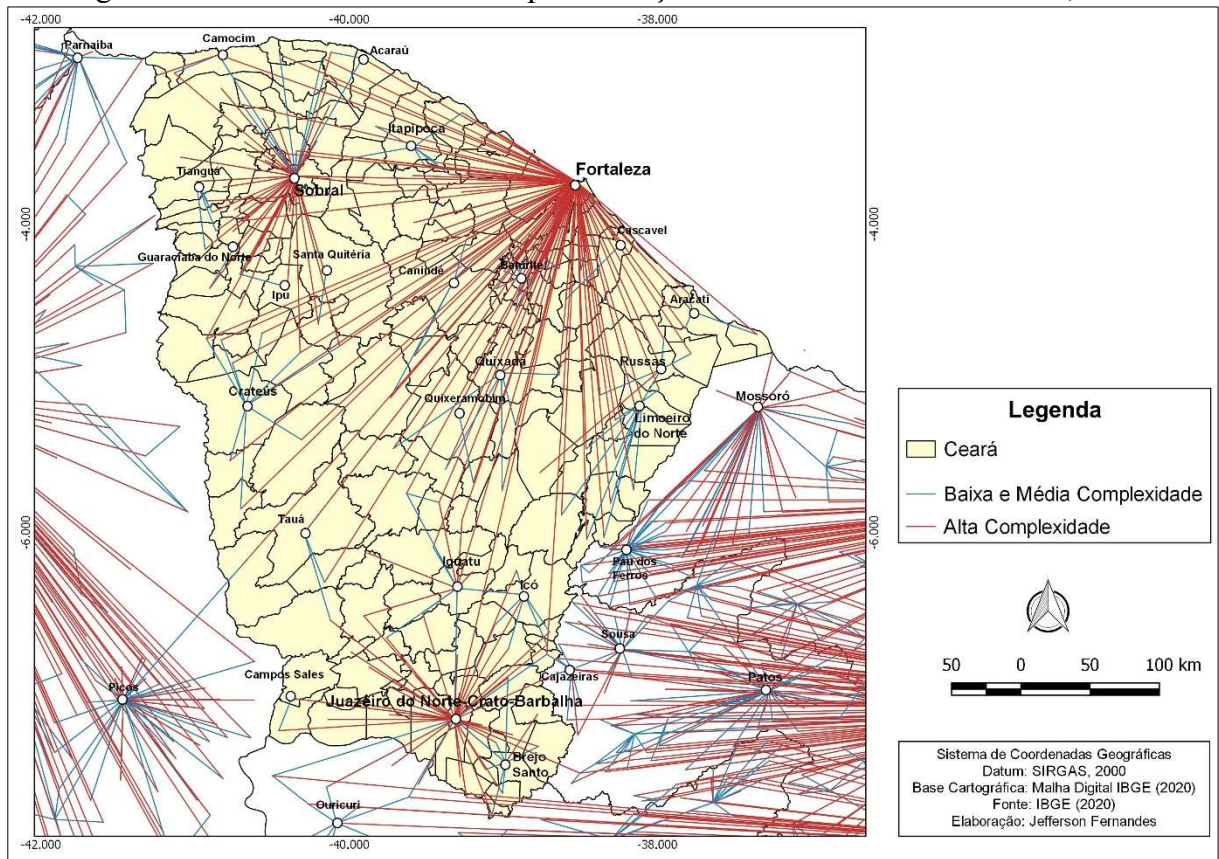
Macrorregião	Microrregião de Saúde/Cidade Sede	Municípios Adscritos	População
Fortaleza	Fortaleza	04	2.715.151
	Caucaia	10	593.902
	Maracanaú	08	517.454
	Baturité	08	136.823
	Itapipoca	07	285.608
	Cascavel	07	311.211
Total da Macrorregião de Fortaleza	06	44	4.560.149
Sobral	Sobral	23	629.957
	Acará	07	220.576
	Tianguá	08	306.828
	Crateús	11	295.565
	Camocim	05	153.682
Total da Macrorregião de Sobral	05	55	1.606.608
Sertão Central	Canindé	06	201.678
	Quixadá	10	316.101
	Tauá	04	113.258
Total da Macrorregião do Sertão Central	03	20	631.037
Litoral Leste/Jaguaribe	Aracati	04	114.048
	Russas	05	196.063
	Limoeiro do Norte	11	222.195
Total da Macrorregião do Litoral Leste/Jaguaribe	03	20	532.306
Cariri	Icó	07	170.862
	Iguatu	10	315.459
	Brejo Santo	09	210.792
	Crato	13	338.742
	Juazeiro do Norte	06	412.620

Total da Macrorregião do Cariri	05	45	1.448.475
Total das Macrorregiões	22	184	8.778.575

Elaboração própria a partir do PDR/SESA 2014 (CEARÁ, 2014)

Com a divulgação recente da pesquisa REGIC 2018, é possível visualizar o comportamento da rede urbana cearense e a organização regional dos serviços de saúde. A Figura 22 mostra os deslocamentos para serviços de saúde no Ceará com a nítida hegemonia de Fortaleza.

Figura 22 - Redes de deslocamento para serviços de saúde no estado do Ceará, 2018



Elaboração própria a partir da pesquisa REGIC 2018 (IBGE, 2020)

A cidade de Sobral, ao norte, e o aglomerado Crajubar, na porção sul do estado, polarizam um conjunto de cidades. No entanto, a rede urbana cearense é composta, em sua maioria, por pequenas cidades, onde segundo as estimativas do IBGE para 2019, dos 184 municípios cearenses 122 possuem menos de 30.000 habitantes. Nestas cidades, a rede hospitalar de baixa e média complexidade é deficiente e em muitos casos sequer existe, o que provoca expressivos deslocamentos na rede urbana. Os níveis de atração das cidades cearenses para serviços de saúde estão representados na Tabela 2.

Tabela 2 - Níveis de atração das cidades cearenses para serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade, 2018

Cidades	Atração para Alta Complexidade	Atração para Baixa e Média Complexidade
	Nº de Municípios	Nº de Municípios
Fortaleza	93	30
Juazeiro do Norte-Crato-Barbalha	39	25
Sobral	35	33
Iguatu	03	10
Brejo Santo	01	07
Quixadá	01	06
Canindé	01	05
Russas	01	05
Camocim	01	02
Crateús	00	09
Limoeiro do Norte	00	09
Itapipoca	00	06
Icó	00	05
Tianguá	00	04
Baturité	00	04
Aracati	00	03
Tauá	00	02
Quixeramobim	00	01
Campos Sales	00	01
Guaraciaba do Norte	00	01
Ipu	00	01
Santa Quitéria	00	01
Acaraú	00	01

Elaboração própria a partir da pesquisa REGIC 2018 (IBGE, 2020)

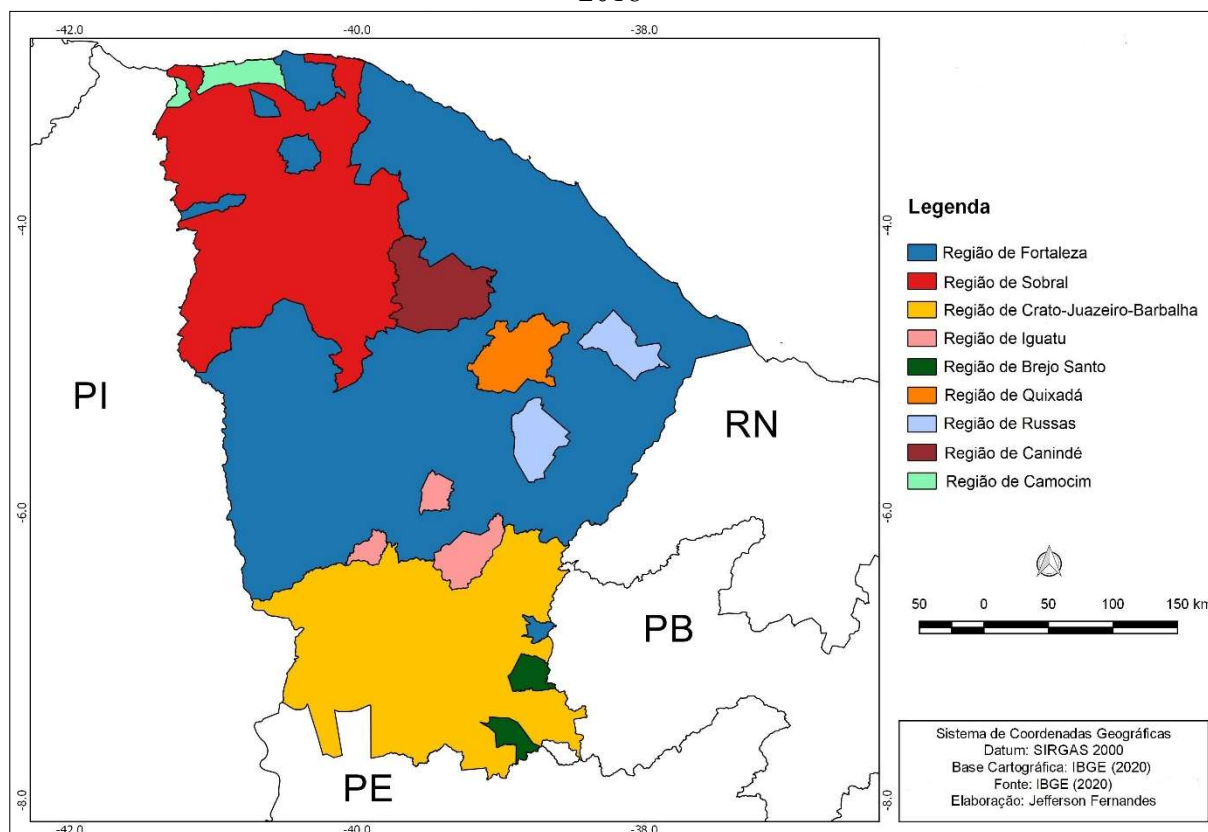
Nota-se que alguns Centros Sub-Regionais como Quixadá, Iguatu, Russas e Itapipoca, bem como Centros de Zona como Brejo Santo, atendem a um público regional oriundo de pequenas cidades circunvizinhas, especialmente para serviços de saúde de baixa e média complexidade.

No Ceará, a média dos deslocamentos para serviços de saúde de baixa e média complexidade é de 64km, enquanto a distância percorrida para serviços de alta complexidade é de 126km, posto que neste último caso os equipamentos e serviços de alta densidade técnica são mais seletivos espacialmente e estão disponíveis apenas em Fortaleza e nas Capitais Regionais.

No tocante à centralidade específica para a área da saúde, a cidade de Brejo Santo, no sul do estado, ganha destaque por conta dos ajustes realizados nos últimos anos pelo aglomerado Crajubar, distante à 60km. As pessoas entrevistadas na pesquisa REGIC 2018 indicaram outros componentes que justificam o deslocamento para o Arranjo Populacional formado por Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, tais como comércio, aeroporto, atividades culturais, esportes etc., de modo que os serviços de saúde atuam como mais um fator da sua centralidade regional.

Com base nos fluxos resultantes dos deslocamentos para serviços de saúde, é possível regionalizar as porções do território cearense sob a influência de um polo de saúde (Figura 23). Os dados de 2018 apontam que, para os serviços de alta complexidade, que são mais seletivos espacialmente, o Ceará apresenta 03 macrorregiões (Fortaleza, Sobral e Cariri).

Figura 23 - Regiões de busca de serviços de saúde de alta complexidade no estado do Ceará, 2018



Elaboração própria a partir da pesquisa REGIC 2018 (IBGE 2020)

Esta regionalização diverge, portanto, da regionalização oficial do PDR que divide o Ceará em 05 macrorregiões de Saúde. A comparação entre estes recortes regionais (Figuras 21 e 23) caracteriza, assim, o princípio proposto por Santos e Silveira (2001), segundo o qual existe, de um lado, o território enquanto norma, ou seja, aquilo que é estabelecido sobre ele, e de outro, o território como forma, que representa o que ele realmente é na vida cotidiana.

No presente trabalho, nos propomos a investigar a configuração regional dos serviços de saúde no Cariri e a sua rede urbana, uma macrorregião composta por 45 municípios e 05 microrregiões. Conforme a hierarquia urbana, o centro polarizador dessa macrorregião é o aglomerado urbano formado pelas cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, definido na REGIC 2018 como Capital Regional B.

Antes de analisarmos os desdobramentos da política regional de saúde no território caririense, faz-se necessário a compreensão de alguns processos a respeito desta porção sul do estado Ceará. O Cariri, sua história e as novas dinâmicas socioespaciais são o objeto do próximo capítulo.

3 O CARIRI CEARENSE: ATRIBUTOS HISTÓRICOS E AS NOVAS DINÂMICAS SOCIOESPACIAIS

“É verdade podermos considerar o Cariri uma zona à parte do interior do Nordeste” (PINHEIRO, 1953, p. 07). As palavras de Irineu Pinheiro, médico e historiador cratense e um dos primeiros a dedicar um livro sobre essa compartimentação do Ceará⁹, descrevem bem, a nosso juízo, o caráter de excepcionalidade da região em meio ao recorte territorial dos sertões do Nordeste do Brasil. Vejamos, neste capítulo, alguns fatores que corroboram essa afirmação.

3.1 Narrativas para uma delimitação regional

Qualquer estudo sobre o Cariri cearense envolve, necessariamente, a seguinte pergunta: de que Cariri estamos falando? Da Região Metropolitana? Da Região de Planejamento do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Estado do Ceará (IPECE) ou de outras regionalizações adotadas pelos órgãos do executivo estadual? Das regiões do IBGE? Da regionalização proposta por autores (geógrafos ou não)? Nesta seção, tentaremos, em um esforço de síntese, tratar das dificuldades de se estabelecer os limites territoriais desta compartimentação do estado do Ceará.

Inicialmente, concordamos com Haesbaert (2010), ao considerar que, de forma análoga aos historiadores, que têm no “recortar o tempo”, ou seja, na periodização, um dos seus principais dilemas, os geógrafos têm no “recortar o espaço”, isto é, na regionalização, um dos seus principais desafios teórico-metodológicos. Por esta razão, o tema região/regionalização envolve fortes debates teóricos e é parte constitutiva do desenvolvimento da ciência geográfica.

Ao entendermos o Cariri cearense como uma região é preciso, também, reconhecer os diversos processos e/ou métodos de regionalização que a acompanham. Não é nosso intento

⁹ PINHEIRO, Irineu. **O Cariri: seu descobrimento, povoamento, costumes**. Fortaleza, 1953

fazer um *survey* sobre Geografia Regional, mas tendo consciência dessa complexidade é preciso destacar algumas questões fundamentais sobre o tema.

Na literatura geográfica, não esquecendo também das contribuições de outras áreas do conhecimento como a Economia Regional, a História Regional, a Sociologia e a Antropologia, podemos resumir a ideia de região a partir de três características principais: contiguidade territorial, homogeneidade interna e área diferenciada em relação ao seu entorno. Nesses termos, a região é um recorte no espaço geográfico que está sempre associada à problemática da diferença, ou seja, do fator que a distingue das demais áreas.

No atual contexto da globalização econômica a problemática da diferença ressurgiu, embora o mundo pareça estar cada vez mais homogêneo, dando a impressão de que a diferença espacial vem sendo anulada, ou, em outras palavras, estaríamos vivenciando uma “desregionalização” do mundo, concepção defendida por autores como Francisco de Oliveira (1987). Malgrado essa aparente homogeneidade comandada pelo capitalismo global, o mesmo sistema gera fissuras que são materializadas sob a forma de movimentos regionalistas, deixando evidente que o tema região não caiu no ostracismo (LENCIONI, 2003).

Tentar delimitar o espaço é um processo complexo e que abrange uma miríade de critérios, ora no campo político-administrativo, ora envolvendo os aspectos naturais ou mesmo aqueles relacionados à cultura. Quaisquer que sejam essas diferenças, quando falamos em região, há sempre um substrato em comum: a concepção de que a região compõe parte de um todo. Como destaca Lencioni (2003), esse todo também é parte, e não se configura como uma simples soma das regiões. É preciso, pois, compreendermos o conceito de região dentro de um movimento dialético a partir da perspectiva da totalidade.

A referida autora, ao analisar o decurso histórico do conceito de região, aponta que o processo de regionalizar o espaço teve referências variadas ao longo do tempo. Neste sentido, podemos entender o processo de regionalização em três grandes momentos: no primeiro, as regionalizações se identificaram com a administração territorial e política; no segundo, foi o critério natural o elemento predominante, pois era considerado o mais científico; e no terceiro, com a crença de que os elementos naturais não eram os únicos determinantes na conformação regional, passou-se a conceber propostas de regionalizações pautadas nas questões econômicas e sociais. Por esta razão, assistimos, ao longo do tempo, desde as propostas de cunho pragmático-político, como a *regere* do Império Romano, até as regionalizações feitas por grandes nomes da Geografia e de outras ciências, a exemplo de Giuseppe Ricchieri (Regiões Naturais), André Cholley (Regiões Geográficas), François Perroux (Regiões Econômicas) etc.

Haesbaert (2010), em um dos estudos de maior destaque na Geografia brasileira nos últimos anos sobre a temática regional, destaca três possíveis formas de conceber a região: aquela entendida enquanto “fato”, isto é, como materialidade ou evidência empírica dos fenômenos; a região como “artifício”, que funciona como mecanismo social-intelectual do pesquisador; e uma região como “artefato”, que representa a conjugação do factual e do artificial, ou seja, uma perspectiva não dicotômica do espaço regionalizado.

Sobre a região como “artefato”, Haesbaert (2010) não chega a desenvolver uma análise empírica pautada nesse conceito, ficando, até aqui, como uma proposta conceitual a ser explorada em estudos posteriores. O autor, por seu turno, considera três grandes caminhos de referência no tratamento do tema da regionalização que, apesar de estarem imbricados, devem ser reconhecidos em suas especificidades, a saber:

- uma abordagem mais “realista” da região como fato, tanto no sentido epistemológico mais tradicional da região como um dado, evidência empírica externa ao sujeito conhecedor (ao qual caberá então “reconhece-la”), quanto no sentido mais ontológico da práxis que, a partir daí, propõe trabalhar com a intenção sujeito/objeto, teoria/prática;
- um sentido de viés mais estritamente epistemológico, em abordagem racionalista, da região como artifício ou construto que, enquanto instrumento metodológico, responde a questões analíticas, tornando-se assim “operacional” para os requisitos e/ou objetivos do investigador;
- um sentido mais normativo ou “pragmático-político” (do que a região “deve ser”), da região como instrumento de ação e/ou projeto de intervenção no real, ou seja, de alguma forma vinculada a mecanismos de planejamento e ação (HAESBAERT, 2010, p. 95).

Os apontamentos feitos por Haesbaert (2010) constituem uma importante base analítico-conceitual para a compreensão do Cariri, sobretudo, como uma região “artifício”, seja no campo teórico, desenvolvido por alguns estudiosos da região, ou mesmo como ferramenta política pelos órgãos de governo, em especial aqueles ligados ao executivo estadual.

No tocante às regionalizações do estado do Ceará, além da sua atual divisão política em 184 municípios, é possível encontramos, também, várias divisões do seu território definidas por diferentes agentes e para atender aos mais diferentes motivos, e na qual, por vezes, aparece a denominação “Cariri”. A título de exemplo, temos as Regiões de Planejamento, as Regiões Metropolitanas, as Regiões de Saúde e os Fóruns Regionais de Cultura. Deste modo, são agentes regionalizadores do Ceará as secretarias, órgãos e empresas públicas do próprio Governo do Estado, o Poder Judiciário do Ceará, o IBGE, o Judiciário Federal, o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE, a Associação dos Municípios

do Estado do Ceará – APRECE, e a Igreja Católica, fazendo com exista, assim, uma profusão de regiões intraestaduais.

Ao levarmos em conta essas regionalizações, observamos que algumas definem a porção sul do Ceará como “Cariri”, enquanto outras utilizam denominações que se referem aos principais centros urbanos da região, como a nova classificação do IBGE em Regiões Geográficas Intermediárias e Imediatas, os Centros Regionais de Desenvolvimento da Educação e as Células Regionais de Execução da Secretaria da Fazenda (SEFAZ)¹⁰. Diante disso, organizamos na Tabela 3 as regionalizações para o Ceará onde aparecem a denominação “Cariri”.

Esse variado número de regionalizações no estado do Ceará é motivo para alguns questionamentos sobre a validade e o porquê de tantos recortes regionais, tal como apontou um relatório do IPECE em 2006. Quais as contribuições para a administração pública? Essas regionalizações guardam alguma correlação entre si? Quais metodologias foram utilizadas? Tais questionamentos, fizeram com que o IPECE elaborasse uma proposta única de regionalização para o Ceará a ser adotada pelas secretarias do executivo estadual, baseado em um modelo de correlação espacial entre as diversas regionalizações já existentes. O projeto, por vários motivos, entre eles a burocracia dos órgãos estaduais, acabou não funcionando.

Ainda com base nesse estudo do IPECE, chamado “A regionalização do Estado do Ceará: uma proposta de reformulação”, é possível fazer um resgate das diferentes regionalizações e métodos empregados pelo Governo do Estado no período de 1964 (ano da primeira regionalização do território cearense feita pelo executivo estadual) até o início dos anos 2000. Os modelos seguiram uma orientação teórica que, segundo o documento, podem ser resumidas da seguinte forma: 1 - Teoria dos Lugares Centrais, de W. Christaller; 2 - Teoria da Base Econômica, de E. Von Bouventer; 3 - Teoria da Polarização, de R. J. Boudeville; 4 - Modelo Gravitacional; 5 - Modelo de Potencial; 6 - Modelo de Fluxos; 7 - Análise de Componentes Principais (ACP); 8 - Análise Fatorial; 9 - Modelos de Agrupamento (Cluster Analysis); 10 - Tipogramas; 11 - Combinação de Sistemas; 12 - Orientação Produtiva (CEARÁ, 2006).

¹⁰ Para o sul e centro-sul cearense, destacam-se as Regiões Geográficas Intermediárias de Juazeiro do Norte e Iguatu, e as Regiões Geográficas Imediatas de ambas acrescidas das de Brejo Santo e Icó (IBGE, 2017). Nos Centros Regionais de Desenvolvimento da Educação, aparecem as cidades de Icó (16ª Região), Iguatu (17ª Região), Crato (18ª Região), Juazeiro do Norte (19ª Região) e Brejo Santo (20ª Região), mesma divisão observada para a definição das Células Regionais de Execução da Secretaria da Fazenda.

Tabela 3 - Regionalizações adotadas para o Cariri cearense segundo os órgãos regionalizadores e municípios adscritos

Regionalização	Órgão Regionalizador	Municípios	Total
Microregião homogênea (1968)	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE	Barbalha, Crato, Jardim, Juazeiro do Norte e Missão Velha	05
Microrregião Geográfica (1989)	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE	Barbalha, Crato, Jardim, Juazeiro do Norte, Nova Olinda, Missão Velha, Porteiras e Santana do Cariri	08
Região Econômica (2001)	Banco do Nordeste - BNB	Abaiara, Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Campos Sales, Caririaçu, Crato, Farias Brito, Granjeiro, Jardim, Jati, Juazeiro do Norte, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Nova Olinda, Penaforte, Porteiras, Potengi, Santana do Cariri e Várzea Alegre	25
Território Rural de Identidade (2005)	Ministério do Desenvolvimento Agrário – MDA	Abaiara, Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Aurora, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Campos Sales, Caririaçu, Crato, Farias Brito, Granjeiro, Jardim, Jati, Juazeiro do Norte, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Nova Olinda, Penaforte, Porteiras, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas e Várzea Alegre	28
Região Metropolitana (2009)	Assembleia Legislativa do Estado do Ceará	Barbalha, Caririaçu, Crato, Farias Brito, Jardim, Juazeiro do Norte, Nova Olinda, Missão Velha e Santana do Cariri	09
Fórum Regional de Cultura e Turismo (2013)	Secretaria da Cultura do Estado do Ceará	Abaiara, Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Aurora, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Campos Sales, Caririaçu, Crato, Farias Brito, Granjeiro, Jardim, Jati, Juazeiro do Norte, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Nova Olinda, Penaforte, Porteiras, Potengi, Salitre, Saboeiro, Santana do Cariri e Tarrafas	28
Macrorregião de Saúde (2014)	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA	Acopiara, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Aurora, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Campos Sales, Caririaçu, Cariús, Catarina, Cedro, Crato, Dep. Irapuã Pinheiro, Farias Brito, Granjeiro, Icó, Iguatu, Ipaumirim, Jardim, Jati, Jucás, Lavras da Mangabeira, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Mombaça, Nova Olinda, Orós, Penaforte, Porteiras, Potengi, Quixelô, Saboeiro, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas, Umari e Várzea Alegre	45
Escritório Regional (2014)	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE	Abaiara, Altaneira, Araripe, Assaré, Aurora, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Campos Sales, Caririaçu, Crato, Farias Brito, Granjeiro, Jardim, Jati, Juazeiro do Norte, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Nova Olinda, Penaforte, Porteiras, Potengi, Salitre, Santana do Cariri e Várzea Alegre	26
Região de Planejamento (2015)	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Estado do Ceará – IPECE	Abaiara, Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Aurora, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Campos Sales, Caririaçu, Crato, Farias Brito, Granjeiro, Jardim, Jati, Juazeiro do Norte, Lavras da Mangabeira, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Nova Olinda, Penaforte, Porteiras, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas e Várzea Alegre	29

Elaboração própria a partir de CEARÁ (2005; 2009; 2013; 2014; 2015) e IBGE (1968; 1989)

Dado esse panorama sobre a questão regional, com destaque para o estado do Ceará, voltemos ao recorte espacial objeto da presente pesquisa: afinal, o que é o Cariri? A princípio, é preciso destacarmos um fato importante, pois ao olharmos para o interior do Nordeste brasileiro encontraremos um Cariri no território paraibano e outro no território cearense. Menezes (2007, p. 341), diferencia essas duas regiões a partir de alguns aspectos da sua configuração territorial:

O Cariri paraibano é semiárido, região de caatinga muito sensível as grandes estiagens. Tem povoamento rarefeito, disperso pelas manchas menos secas daquele interior sertanejo [...] O Cariri cearense, situado na sub-bacia sedimentar do Araripe apresenta aspectos diferenciados do sertão circundante. É um brejo de encosta e de vale que se estende em parte da depressão sertaneja. Este Cariri se inicia a partir da Chapada do Araripe. É um verde vale, área de exceção no interior semiárido do Nordeste, resultante da formação edáfica, do relevo e das fontes que jorram das cabeceiras de drenagem da Chapada do Araripe.

As diferenças entre o Cariri cearense e o Cariri paraibano estão, sobretudo, nas condições físicas e no processo de ocupação do território, apesar de ambos, recorrendo-se a etimologia da palavra que os define, remeterem-se aos seus ocupantes primeiros: a nação dos Índios Cariris.

Em geral, considera-se o Cariri como sendo a porção territorial que compreende o sul do estado Ceará, mas o número de municípios adscritos varia significativamente de acordo com os critérios do agente regionalizador. A não homogeneidade de opiniões sobre os limites territoriais do Cariri é motivo das preocupações de autores como Pinto (1978) e Menezes (2007).

Na literatura sobre o Cariri, encontramos na obra de Pinheiro (1953, p. 07) uma primeira tentativa de delimitar o referido espaço, sendo uma região que compreende “*in totum* ou em parte os seguintes municípios do extremo sul do Ceará: Crato, Barbalha, Juazeiro, Missão Velha, Milagres, Mauriti, Brejo Santo, Jardim, Santanópole¹¹, São Pedro, hoje Caririassú, Quixará”¹², considerando, assim, um total de 11 municípios para a região. Pasquale Petrone (1955), ao visitar a região, também delimitou esses 11 municípios como a área de que corresponde ao Cariri. Menezes (2007), por sua vez, apresenta uma delimitação regional para o Cariri a partir de 18 municípios, que são aqueles que compõem a Sub-Bacia Sedimentar do Araripe:

¹¹ Antiga denominação da cidade de Nova Olinda.

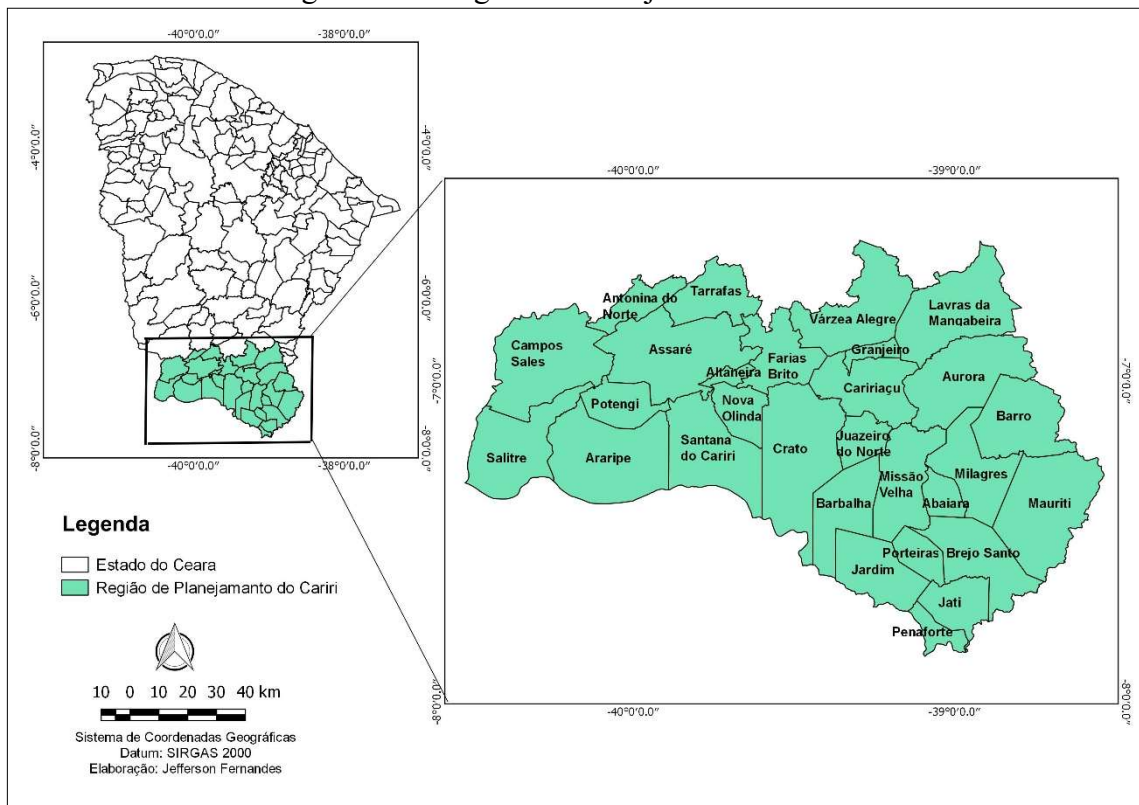
¹² Antiga denominação da cidade de Farias Brito.

É, porém, consenso quase geral considerar como núcleo central da região a área úmida de brejo ao longo do vale que compreende aos municípios de Crato, Juazeiro do Norte, Barbalha, Missão Velha, Santana do Cariri, Nova Olinda, Assaré, Jardim, Milagres, Brejo Santo, Porteiras, Mauriti, Farias Brito, Jati, Penaforte, Araripe, Altaneira e Abaiara (MENEZES, 2007, p. 349).

Manuel Correia de Andrade (1964), em sua obra “A Terra e o Homem no Nordeste”, descreve o Cariri como sendo um espaço ocupando a porção meridional do Ceará, limítrofe com o estado de Pernambuco, localizado no sopé da Chapada do Araripe e formando uma ilha úmida de 7.649 km² pelos municípios da Sub-Bacia Sedimentar do Araripe.

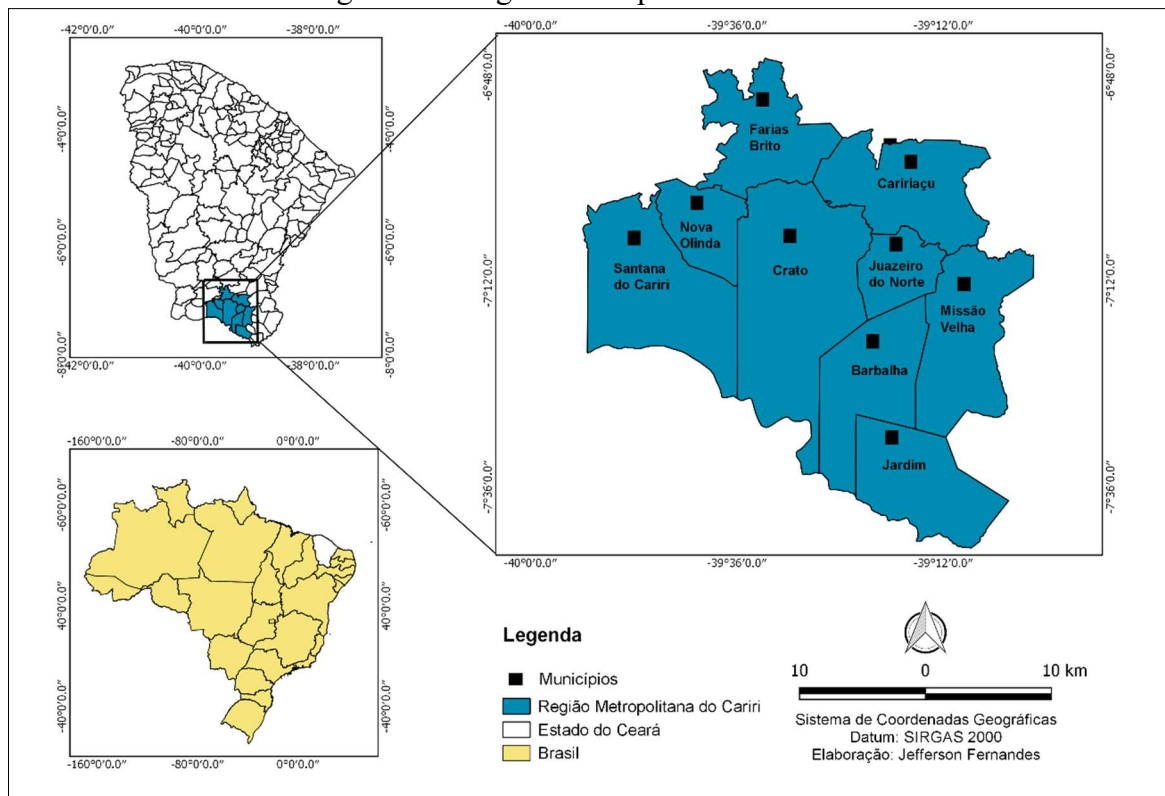
Apesar da existência de outras regionalizações como “artifício” (HAESBAERT, 2010), feita por diversos autores e que poderiam ser aqui citadas, todas se referem as relações que o Cariri estabelece com a Chapada do Araripe, a bacia sedimentar, as fontes, o clima, a ocupação humana e, mais recentemente, a área de influência do triângulo formado pelas cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, tal como destaca Menezes (2007). Essas relações servem de parâmetro para as diversas regionalizações feitas pelos órgãos do Governo Estadual. Tomemos aqui alguns exemplos, como a Região de Planejamento do Cariri e a Região Metropolitana do Cariri - RMC (Figura 24 e 25).

Figura 24 – Região de Planejamento do Cariri



Elaboração própria a partir de CEARÁ (2015)

Figura 25 - Região Metropolitana do Cariri



Elaboração própria a partir da Lei Estadual nº 78 de 26 de junho de 2009 (CEARÁ, 2009)

Na Região de Planejamento, o Cariri é composto por 29 municípios: Abaiara, Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Aurora, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Campos Sales, Cariri, Crato, Farias Brito, Granjeiro, Jardim, Jati, Juazeiro do Norte, Lavras da Mangabeira, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Nova Olinda, Penaforte, Porteiras, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas e Várzea Alegre.

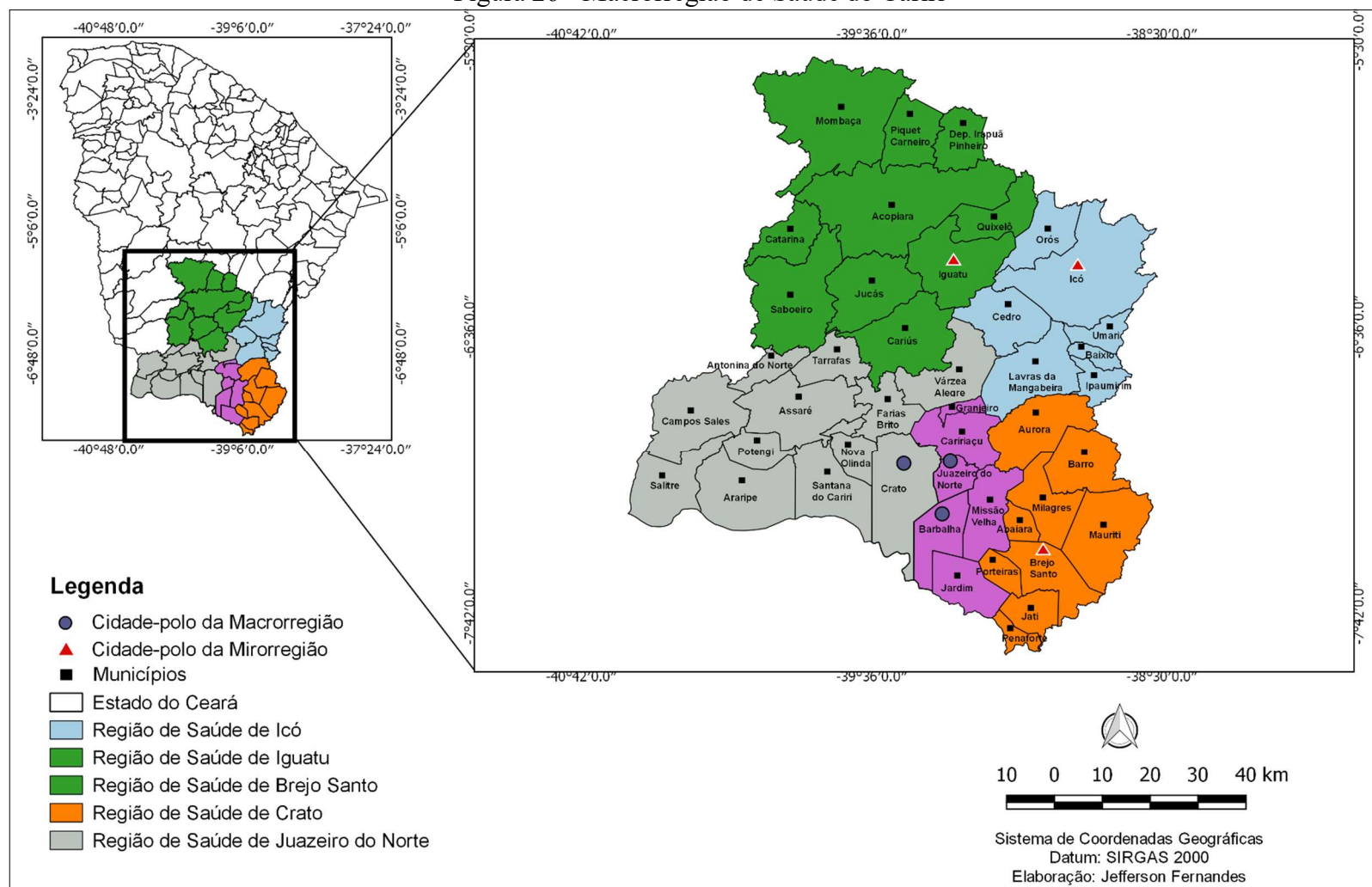
Essa regionalização foi realizada em 2015 pelo IPECE, que atualizou o quadro regional do Ceará até então definido em 08 Macrorregiões de Planejamento e que agora correspondem a 14 territórios: Cariri, Centro Sul, Grande Fortaleza, Litoral Leste, Litoral Norte, Litoral Oeste/Vale do Curu, Maciço de Baturité, Serra da Ibiapaba, Sertão Central, Sertão de Canindé, Sertão dos Crateús, Sertão dos Inhamuns, Sertão de Sobral e Vale do Jaguaribe. De acordo com o IPECE (CEARÁ, 2015), a estratégia operacional consistiu em correlacionar espacialmente a regionalização das Microrregiões Geográficas do IBGE com as Microrregiões Administrativas e os Territórios de Identidade Rurais, identificando as associações comuns de regiões nesses recortes geográficos.

A Região Metropolitana do Cariri, definida por força da Lei Estadual Nº 78 de 26 de junho de 2009, abrange um total de 09 municípios: Juazeiro do Norte, Crato, Barbalha, Jardim,

Missão Velha, Caririaçu, Farias Brito, Nova Olinda e Santana do Cariri. Os critérios institucionais utilizados pelo poder legislativo estadual foram a evidência ou tendência de conurbação; necessidade de organização, planejamento e execução de funções públicas de interesse comum; existência de relação de integração de natureza socioeconômica ou de serviços (CEARÁ, 2009). Conforme veremos com mais profundidade adiante, a RMC constitui um arranjo espacial que se organiza em torno do aglomerado urbano formado pelas cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha.

Esses recortes compõem um rico material para a gestão do território caririense, contribuindo para uma melhor análise do espaço e desenvolvimento regional. Todavia, nossa proposta é analisar o Cariri cearense a partir de um ângulo específico: o arranjo espacial formado pelos serviços de saúde. Para tanto, a regionalização adotada pela SESA através do PDR é o foco da análise pretendida, pois a partir desse recorte são estabelecidos os fixos e fluxos da área da saúde e sua articulação em rede. Neste processo, a rede urbana é o substrato e elemento norteador para a localização estratégica das ações e serviços. O PDR é o instrumento regulador que define o Cariri como uma área formada por 45 municípios organizados em 05 microrregiões, ou seja, a mais extensa entre as regionalizações existentes sobre o Cariri (Figura 26).

Figura 26 - Macrorregião de Saúde do Cariri



Elaboração própria a partir do PDR/SESA, 2014 (CEARÁ, 2014)

Os apontamentos realizados nesta seção nos permitem considerar que qualquer recorte espacial para o Cariri cearense implica no risco de excluir aspectos importantes da caracterização contextual do seu território, variando, pois, área delimitada e a quantidade de municípios. Conforme veremos a seguir, a questão de ser/pertencer ao Cariri é algo que está diretamente ligado ao processo histórico de formação socioespacial dessa região, e cotejar esse processo é uma tarefa fundamental para qualquer um que se proponha a estudar o Cariri.

3.2 O “oásis natural” e a ocupação do Vale do Cariri

Entre 1838 e 1839, esteve no sul do Ceará o naturalista escocês George Gardner, que após vários dias de viagem pela província, saindo da comarca de Aracati, descreveu a sensação que lhe veio à tona no momento em que chegou ao Crato ao se deparar com “a beleza da tarde, a frescura vivificante da atmosfera e a opulência da paisagem [em meio a] “uma região que naquela época era pouco melhor que um deserto”, conforme extraiu Pinheiro (1953, p. 07).

Não foi por acaso que, também, Tomaz Pompeu de Sousa Brasil, em sua obra *Ensaio Estatístico da Província do Ceará*, publicado em 1863 e republicado em 1997, descreve que o “Cariry [é] sem exageração alguma de uma riqueza e vastidão que faz lembrar o Oásis da Lybia para onde correm os arabes do deserto” (BRASIL, 1997, p. 102)¹³. Nesses termos, torna-se mister para uma compreensão do Cariri o conhecimento do seu meio físico, entendido como condicionante para o processo de ocupação do território.

Em primeiro lugar, cabe destacar a sua localização privilegiada em meio ao semiárido nordestino, isto é, situado na Bacia Sedimentar do Araripe. Essa bacia cobre uma área de aproximadamente 11.000 km² e territorialmente abrange os estados do Ceará, Pernambuco e Piauí. Nela, está localizada a Chapada do Araripe, formação geológica mais expressiva da região, e que contrasta duramente com a formação cristalina do sertão circundante.

No que tange a altimetria da Chapada do Araripe, essas variam de 750 metros na sua extremidade oeste, no estado do Piauí, a mais de 970 metros na sua extremidade leste, no estado do Ceará. No sentido leste-oeste, cobre uma superfície de cerca de 180 km de comprimento, e sua largura pode variar entre 30 e 80 km. Constitui, assim, uma imponente formação de relevo nos sertões do Ceará e de estados vizinhos “a separar-se do espaço por regular, extensa e nítida

¹³ Grafia utilizada por Tomaz Pompeu de Sousa Brasil em 1863.

linha horizontal nos dando a impressão de uma paisagem em que, ao longe, se encontrem céu e mar” (PINHEIRO, 1953, p. 15).

Na porção cearense, a posição de barlavento em relação aos ventos alísios de Nordeste provoca a ocorrência de chuvas orográficas na região. Isso faz com que no Cariri as precipitações sejam mais acentuadas do que no restante da Bacia Sedimentar do Araripe, com uma média anual na ordem dos 900ml, tendo 83,8% do total de fontes, enquanto a área de Pernambuco possui 14% e o do Piauí 8,2% do total de 307 fontes (MENEZES, 2007).

A inclinação das camadas da Chapada, com terrenos cristalinos e areníticos, propicia a convergências das águas subterrâneas das chuvas que caem na região, que se infiltram e brotam na forma de nascentes. Deste processo, resulta um verde formado pelo manto vegetal com formações arbóreas e um solo rico em nutrientes. Manuel Correia de Andrade (1964), aponta para a riqueza das fontes de água na região:

[...] a umidade do Cariri é um presente da Chapada do Araripe, desde que as águas das chuvas que caem sobre ela, encontrando um topo relativamente plano e permeável, se infiltram e aprofundam pelas camadas de arenito permeáveis, até encontrar uma porção impermeável. Forma-se o lençol subterrâneo que escoar, devido à inclinação das camadas, em direção ao território cearense, onde volta ao solo através de uma série de fontes com regime permanente [...] A existência de mais de uma centena de fontes, em área de onze municípios com extensão inferior a 10.000 km², dá origem a uma série de riachos perenes e à existência de uma área de solos mais produtivos, fazendo com que a sub-região seja uma ilha agrícola no meio da caatinga (ANDRADE, 1964, p. 49).

Assim sendo, é com base nas condições físicas singulares desse imenso vale úmido, situado na vertente setentrional da Chapada do Araripe, que podemos compreender o processo de ocupação do extremo sul do Ceará. Entretanto, cabe mencionarmos o importante fato de que, assim como em muitos casos referentes as regiões brasileiras interioranas, não há um acordo entre os historiadores sobre o povoamento do Cariri. Não é nosso objetivo esmiuçar todas as contradições existentes na literatura, mas pontuaremos os fatos considerados essenciais.

Essa região foi inicialmente habitada pelos índios Cariris (daí vem a expressão que a define), que na imensidão dos sertões também disputavam esse território com outros grupos indígenas. Sobre a nação dos índios Cariris, escreve Pinheiro (1953, p. 08):

[...] originários de um “lago encantado”, conforme eles diziam, talvez o do Rio Amazonas [...] Na sua larga peregrinação, viajaram, a princípio, ao longo do litoral, mas expulsos da beiramar pelos tupiniquins e tupinambás, portadores da língua geral, internaram-se nos sertões, onde também há pousos felizes, vales fartos e frescos. Abrigaram-se à sombra das matas da Borborema, dos Cariris Velhos e Novos,

fixaram-se junto ao leito de alguns rios como o Jaguaribe, o Acaraú, o Assú, o Apodí etc.

Ainda com base em Pinheiro (1953), encontramos a origem do vocábulo Cariri, que para alguns advém de *caa* (mato) e *ira* (mel), assim entendido pelos termos étimos indígenas. Para outros, esse termo vem de *Kirirís*, que na voz tupi significa tristonho, cabisbaixo, devido ao comportamento desse grupo, fato corroborado pelo próprio Capistrano de Abreu em seu livro *O Descobrimento do Brasil*. O fato é que, pelos registros históricos, foram os índios Cariris os primeiros a explorarem e viverem nessas terras. No tocante a colonização e exploração desse pedaço de chão nordestino, há historiadores que afirmam ter sido o Cariri descoberto por bandeirantes da famosa Casa da Torre, da Bahia. A esse respeito, Tomaz Pompeu assinala que:

A tradição atribue a João Corrêa Arnaut, administrador no território da Bahia das fazendas da Casa da Torre, a primeira entrada nos fins do século XVI de descobridores no valle do Cariry. Em 1610 seguiu-se a Arnaut o coronel Joaquim Mendes Lobato, que com um missionário italiano começaram a catequese de índios em Missão-Velha, depois em Missão-Nova, d'hai fr. Carlos passou a logar onde hoje está a cidade. Ahi já existia, ou formou um núcleo de índios e aventureiros; é esta a origem da chamada missão do Miranda junto á falda do Araripe (BRASIL, 1997, p. 111).

Essa é uma versão que tem o respaldo de importantes historiadores cearenses como João Brígido. Já para Antônio Bezerra, citado por Pinheiro (1953, p. 12), “nem o chefe da Casa da Torre, nem alguém por êle trouxe bandeira alguma ao Cariri”. Assim, o verdadeiro povoador do Cariri teria sido o capitão-mor Manuel Rodrigues Ariosa, do Rio Grande do Norte, o qual obteve do capitão-mor Jorge de Barros Leite, em 12 de Janeiro de 1703, “uma data de três léguas, a começar da Cachoeira dos Cariris até entestar com o fim da lagôa dos Cariris” (Ibid., p. 12-13). Portanto, não há certeza sobre quais foram os verdadeiros colonizadores do Cariri, e nem a época exata em que isso aconteceu.

Entretanto, o fato inegável é que o início efetivo da ocupação e utilização do solo da região se deu na primeira metade do século XVIII. Como é amplamente sabido, o processo de ocupação do interior do Nordeste se deu a partir da penetração do gado, e foi também o gado que assegurou a contiguidade do povoamento. No Cariri, isso se deu a partir da ação dos Baianos e Pernambucanos durante a chamada civilização do couro.

Os índios Cariris foram expulsos da região por ordem do governador de Pernambuco, José Cezar de Menezes – o Ceará até 1779 era administrativamente subordinado aos interesses da província de Pernambuco. Ao considerarem que a tribo Cariri causava prejuízo aos novos colonos, tomou-se a decisão de enviá-los para a Parangaba, primeira aldeia de índios da capitania do Ceará (PINHEIRO, 1953; BRASIL, 1997).

É importante destacar que no Brasil, à época em que os exploradores chegaram ao Cariri, a integração do país na divisão internacional do trabalho se dava a partir do Nordeste, tendo Recife, capital pernambucana, e Salvador, capital baiana, como principais centros dinamizadores da economia. Cabia à Zona da Mata a produção da cana-de-açúcar, principal produto de exportação do país; no Agreste, desenvolvia-se a policultura para prover de alimentos a Zona da Mata; já o Sertão era responsável pela criação do gado, dada as condições de semiaridez do solo considerado impróprio para o desenvolvimento de atividades agrícolas. É esse o contexto em que se insere o processo de ocupação do território cearense, cuja maior parte abrange a compartimentação sertaneja, e por sua vez, a região do Cariri.

Como observou Petrone (1955), o Cariri, assim como todo o interior nordestino, inicialmente estava voltado para a criação de gado. Todavia, os solos férteis e as fontes perenes de água logo fizeram do Cariri uma região agrícola, sendo uma extravagância manter os rebanhos de gado. A cana-de-açúcar passou a ser o principal produto da região, expulsando o gado para as margens do vale úmido. Sobre a relação entre criadores e lavradores, o autor descreve:

É bem verdade que, já desde os primeiros anos do século XVIII, a cana foi cultivada; entretanto, foi somente em fins do século XVIII e início do século XIX que a agricultura tomou pé na região. O que não impediu que, durante muito tempo, coexistissem as duas atividades, criação e agricultura. Assistiu-se, na região, às divergências que, nesses casos, sempre surgem entre vaqueiros e agricultores. As plantações limitam as áreas de criação; o gado prejudica as plantações. Como frequentemente sucede, a agricultura, atividade mais rendosa, em terra férteis, acabou por expulsar a criação (PETRONE, 1955, p. 17)

Dessa forma, ao contrário das vilas que surgiram e se desenvolveram no interior do Nordeste durante o século XVIII e início do século XIX, a vida urbana no Cariri não esteve pautada inicialmente pelo ciclo do gado, mas principalmente pela atividade agrícola baseada na cultura da cana-de-açúcar. Assim surgiu a cidade do Crato, que se tornou o centro mais populoso e importante do Vale, ou para usar as palavras de Della Cava (1976, p. 27), na “pérola do Cariri”.

Inicialmente chamada de Missão do Miranda, devido à presença de padres jesuítas que organizaram dois aldeamentos indígenas na região antes da chegada dos fazendeiros de gado (atualmente corresponde aos municípios de Crato e Missão Velha), a Vila Real do Crato foi criada em 21 de junho de 1764. Firmou-se, assim, como a primeira aglomeração urbana do

Cariri e a sétima do Siará Grande¹⁴ - denominação dada ao Ceará quando ainda estava integrado a Pernambuco. No início do século XIX, a comarca do Crato exercia forte poder de comando no extremo sul do Ceará, um território que atualmente corresponde aos municípios da RMC. Nesse período, as Comarcas de Crato e Jardim formavam a compartimentação territorial do Cariri. Sobre a primeira, Tomaz Pompeu destaca que:

Compreende os municípios de Crato e Barbalha com essas duas freguezias e a de Missão Velha sobre o vale do *Cariry* [...] O terreno é baixo, entrecortado de ribeiros e oiteiros, como todo o sopé da serra, circundado pelo Araripe, de cujas faldas emanam rios abundantes d'água, que em vários córregos banham fartamente aquelle sólo fertilissimo e rico de produção. A canna, legumes, mandioca, algodão, e nas faldas da serra o café, dão como em parte alguma. A agricultura é a indústria principal do paiz, e para ali correm não só a prover-se de mantimentos, como a refrigerar-se das secas os habitantes dos sertões vizinhos da Bahia, Pernambuco, Rio-Grande do Norte, Parahyba e Piauhy. (BRASIL, 1997, p. 101-102)

O Vale do Cariri, e especialmente a Comarca do Crato, experimentou na segunda metade do século XIX um desenvolvimento econômico e social de grande destaque no Ceará, fato que pode ser observado pelos dados extraídos por Brasil (1997, p. 109), segundo o qual, em 1856 a Comarca do Crato possuía 130 engenhos e a produção era estimada entre duzentas e mil cargas de rapadura, de 300 a 80.000 mil pipas de aguardente e 30.00 arrobas de açúcar. Importava-se de “Aracaty e Icó os generos estrangeiros para seu consumo, e reexporta-os para os centros das provincias circunfinantes, para onde também, assim como para e Icó, exporta generos de sua produção”.

Na Tabela 4 é possível observarmos o quadro populacional do conjunto Cariri em comparação com a capital Fortaleza em 1860. Estes dados demonstram que, mesmo por pouca diferença, a população das Comarcas do Cariri era maior do que a população localizada na Comarca de Fortaleza. Outro aspecto importante é que no Cariri, no recorte temporal apresentado por Tomaz Pompeu, a Comarca de Jardim possuía um contingente populacional maior do que o da Comarca do Crato, mas o número de escravos nessa última evidencia sua superioridade econômica na região.

Tabela 4 - População das comarcas de Fortaleza, Crato e Jardim em 1860

Comarca	Municípios	Homens e Mulheres Livres	População Escrava	População Total
Fortaleza	Fortaleza	32.512	2.861	35.512
	Aquiraz	8.103	474	8.577
	Maranguape	17.389	2.443	19.832
	Cascavel	14.360	730	15.090
Total da Comarca de Fortaleza		72.364	6.508	78.872

¹⁴ Aquiraz (1713), Fortaleza (1726), Icó (1738), Aracati (1748), Caucaia (1759), Viçosa do Ceará (1759).

Crato	Crato	18.184	1.391	19.575
	Barbalha	11.220	661	11.881
	Missão Velha	12.144	445	12.589
Total da Comarca do Crato		41.548	2.497	44.045
Jardim	Jardim	25.384	258	25.642
	Milagres	8.966	581	9.547
Total da Comarca de Jardim		34.350	839	35.189
Total das Comarcas do Cariri		75.898	3.336	79.234

Fonte: Brasil (1997, apud QUEIROZ, 2013)

Um outro fator que impulsionou o desenvolvimento do Cariri foi a chegada, no Crato, dos comerciantes de Icó, outrora uma cidade próspera, fazendo surgir as primeiras grandes lojas e mudando a configuração da cidade com a construção dos primeiros sobrados, dotando assim o Crato de uma vida urbana.

Tais elementos contribuem para entendermos o porquê das elites agrárias e mercantis do Cariri manifestarem o desejo de autonomia política em relação à capital da província. Della Cava (1976, p. 25), aponta que as elites caririenses “ligaram-se, *ipso facto*, mais estritamente com Recife, principal porto atlântico do Nordeste e florescente capital da era colonial, do que com Fortaleza, insignificante sede administrativa portuguesa da capitania geral do Ceará”.

Havia, de fato, uma crescente insatisfação com a elite litorânea, desdobrando-se, inclusive, na proposta de criação da província dos Cariris Novos. Raimundo Girão narra os motivos que levaram as elites regionais do Cariri a reivindicarem a criação da nova província que, contudo, não ganhou apoio da Corte Imperial, fortemente aliada à capital Fortaleza. O projeto chegou ao Senado e a Câmara dos Deputados em 1846:

[Os motivos] eram, entre outros, em primeira linha, ‘a grande distância que separa as capitais das referidas províncias dos lugares conhecidos por Cariris Novos’, concorrendo para que a ação dos respectivos governos não se desenvolvesse e objetivasse com a prontidão, celeridade e energia indispensáveis, e, em segundo lugar, a necessidade de aumentar o progresso, principalmente o da agricultura, na zona caririense [...]. Como terceira justificativa se explicava que na citada região aumentava prodigiosamente a população, que todos os dias cresce pela frequente imigração dos povos que para ali concorrem acossados pelos flagelos de que se vêm perseguidos da fome e da miséria nos estéreis sertões em que habitam [...] A projetada Província havia de compor-se das comarcas cearenses do Crato e dos Inhamuns, das pernambucanas de Boa Vista e Pajeú, do município de Sousa, na Paraíba, e do termo piauiense de Jaicós; e teria a extensão de mais de 50 léguas de L. a O., e de 120 a 130 de N. a S. O desejo da formação de uma entidade político-administrativa denuncia o sentimento mesmo da evolução sócio-econômica da região e os sentimentos que animavam, aquela época, a sua gente (GIRÃO, 1953, p. 34-35).

Levando em conta esse contexto, é preciso destacarmos que a história do Cariri é, também, uma história marcada por fontes tensões políticas. A influência da capital pernambucana na região, além das relações comerciais, se fez sentir no campo das ideias, tendo o Crato aderido ao movimento conjurador de 1817 e proclamado a República (evento que só

durou uma semana), sob a liderança do vigário Miguel Carlos de Saldanha e da família Alencar. As disputas internas pelo controle político do Vale resultaram, posteriormente, na fragmentação do território antes amplamente controlado pelo Crato, com a emancipação das áreas de Jardim (1814), Barbalha (1846), Missão Velha (1864) e Juazeiro (1911).

Não obstante alguns avanços, a região do Cariri acabou não atingindo o patamar econômico e social esperado. Com as péssimas condições das estradas para a exportação dos produtos e a distância para o litoral, permaneceu o Cariri, durante muito tempo, dependente da criação do gado e de uma agricultura de subsistência. Apesar das suas singularidades geoambientais, o Cariri precisava de um novo fator que avultasse o seu desenvolvimento econômico, um novo fenômeno de atração, e este veio a partir de um arraial localizado a 10km do Crato, agora, de natureza religiosa.

3.2 O “milagre da hóstia” e a cidade-santuário

No dia 11 de abril de 1872, chegou ao lugarejo de Juazeiro, local sob a jurisdição do município do Crato, o sacerdote de nome Cícero Romão Batista, doravante conhecido como Pe. Cícero. Uma comunidade cujo povoamento iniciou-se em 1827, a partir da chegada do Padre Pedro Ribeiro da Silva, dono de um pequeno engenho e que, segundo a historiografia local, mandara construir uma Capela dedicada à Nossa Senhora das Dores.

Contando com uma população de aproximadamente 2.000 habitantes em 1875, cinco décadas após o início do seu povoamento, o referido arraial ainda conservava os traços de uma fazenda de cana-de-açúcar. Cinco famílias despontavam na época como grandes proprietários de terra naquela porção do Cariri, a saber: os Gonçalves, os Macedos, os Sobreiras, os Landins e os Bezerra de Menezes. O restante da população era composto por trabalhadores ligados as fazendas das famílias mencionadas (DELLA CAVA, 1976). Mal sabia o povo de Juazeiro e o seu novo capelão que ali seria o berço de uma das histórias mais controvertidas do interior do Nordeste e, quiçá, da sociedade brasileira.

Ao descrever o povoado de Joazeiro¹⁵, Della Cava (1976) nos conta que no momento da chegada do Pe. Cícero:

¹⁵ Apesar de no ano de publicação da obra, em 1976, a designação oficial dada pelo IBGE ser Juazeiro do Norte, o autor preferiu manter a grafia utilizada no século XIX.

[...] ostentava uma capela, uma escola e 32 prédios com tetos de palha. Havia somente duas ruas. A rua grande, mais tarde rua Padre Cícero, estendia-se paralelamente, ao longo da capela e encontrava-se em perpendicular com a rua dos Brejos. Do ponto de vista comercial, o povoado pouco oferecia aos seus habitantes. Vez por outra, mercadores paravam em Joaseiro, de passagem para o Crato, vindos de Missão Velha. Em tais ocasiões a empoeirada praça, defronte à capela, transformava-se em feira na qual se trocava café por alguns produtos locais. Não havia economia de mercado propriamente dita. Os elementos mais pobres da comunidade viviam totalmente à margem da economia de troca e começavam a dar sinais de descontentamento na época em que chegou o Padre Cícero. Aqueles que tinham convidado o Padre acreditavam, piamente, que sua presença iria fazer muita coisa para o progresso e pela tranquilidade das redondezas (DELLA CAVA, 1976, p. 36-37).

A notícia da chegada do Pe. Cícero no povoado trouxe grandes expectativas aos moradores devido a importância dos representantes da Igreja no interior do Nordeste, pois como destaca Barros (2013) era o padre da freguesia o elemento mais importante nessa sociedade. Tal expectativa, anos depois, se concretizaria através da ocorrência de um suposto “milagre”, cujos desdobramentos se fazem presentes até os dias atuais.

Vale lembrar que apesar das fertilidades do solo e das fontes perenes de água no Vale do Cariri, essa região, nas últimas décadas do século XIX, assim como todo o sertão nordestino, enfrentava uma grande seca. Como sabemos, no Brasil desse período, era comum a prática de um cristianismo heterodoxo e distante dos preceitos recomendados pela Igreja Católica Apostólica Romana. Nesse contexto, jogados à própria sorte, os flagelados das secas esperavam um sinal de Deus e, consoante a crença coletiva regional, esse sinal veio quando:

Na manhã de 1º de março de 1889, o piedoso capelão de Joaseiro, Padre Cícero Romão Batista, ministrava a Comunhão a uma das devotas do lugar. Em poucos momentos, passou-se a acreditar que a hóstia branca se tinha, milagrosamente, transformado em sangue, sangue este que se disse ser, sem qualquer dúvida, de Jesus Cristo (DELLA CAVA, 1976, p. 17).

Esse é o episódio que, definitivamente, alteraria o quadro político e social do Vale do Cariri, que até então tinha o Crato ocupando o papel de principal centro polarizador regional. Maria Madalena do Espírito Santo de Araújo, uma lavadeira de 28 anos, solteira, natural de Juazeiro e Beata residente com a família do Pe. Cícero, teria recebido a mensagem divina que mudaria para sempre a vida daquele povoado. De acordo com Della Cava (1976, p. 40):

Maria de Araújo era uma das várias devotas que se encontravam na capela de Joaseiro para assistir a missa e acompanhar os rituais que se celebravam, todas as sextas-feiras do mês, em honra do Sagrado Coração de Jesus. Foi uma das primeiras a receber a comunhão. De repente, caiu por terra e a Imaculada Hóstia branca que acabava de receber tingiu-se de sangue. O fato extraordinário repetiu-se todas as quartas e sextas-feiras da Quaresma, durante dois meses; do domingo da Paixão até o dia da festa da Ascensão do Senhor, por 47 dias, voltou a ocorrer diariamente.

Após essa sucessão de eventos, ninguém na região duvidava de que ali tratava-se, efetivamente, de um “milagre”. Della Cava (1976) ainda relata que Monsenhor Monteiro, reitor do Seminário São José, em Crato, comandou em julho de 1889 a primeira romaria que se tem notícia, com mais de 3.000 pessoas do Crato até o povoado de Juazeiro para exaltar os acontecimentos.

O Juazeiro passa a ser entendido, na crença popular, como a terra da devoção, e o Pe. Cícero um homem enviado de Deus para cuidar do povo do sertão. A partir de então, o Vale do Cariri, e sobretudo o povoado de Juazeiro, passa a ser o destino de milhares de trabalhadores e fiéis oriundos de diversas partes do Nordeste. Além de lugar sagrado, passa a ser lugar de trabalho, da fuga da seca e da miséria, um novo mundo, a “Nova Jerusalém”, a “Meca do Nordeste”. Logo, não demorou para que Pe. Cícero se tornasse um santo no imaginário popular, fato que nunca ganhou apoio dentro da hierarquia da Igreja.

Em Juazeiro, o catolicismo popular se torna o principal elemento no processo de produção do espaço. A esse respeito, Ramos (2012, p. 27) ressalta que:

Feito e refeito nas vivências do cotidiano, Juazeiro ficou profundamente marcado pelas táticas de sobrevivência. Com a hóstia que vertia sangue, o pequeno povoado foi se transformando em cidade de migrantes que alargavam o tamanho das ruas e romeiros que faziam de Juazeiro um “Centro do Mundo”. De algum modo, todos esses sertanejos moveram-se na esperança de ter soluções para dores do dia a dia. Para curar uma doença, para pedir um bom casamento, emprego, um pedaço de terra ou inverno abundante, migrantes e romeiros exercitavam uma fé cotidiana como parte das astúcias que procuravam superar desventuras e necessidades do viver. Foram esses devotos que transformaram o Juazeiro em lugar sagrado: meio do mundo e da sobrevivência.

Não são mais, portanto, as características geoambientais do Vale do Cariri a força propulsora do seu desenvolvimento econômico. Atraindo as romarias e conduzindo uma legião de trabalhadores para cultivar as terras do Vale, Pe. Cícero foi a razão do adensamento da população na área que se tornaria o município de Juazeiro do Norte, que ganhou sua emancipação em 1911. Assim, ao contrário da origem da maioria das cidades sertanejas que surgiam naquela época, não foi com base no atrativo natural, em alguma atividade econômica ou pela posição privilegiada no sistema viário do país que se fez nascer o Juazeiro. Fé e trabalho são os elementos que definem o processo inicial de produção do espaço urbano da referida cidade a partir da figura do Pe. Cícero.

De acordo com fontes consultadas por Queiroz (2013) sobre o crescimento populacional de Juazeiro entre o final do século XIX e o início do século XX, temos os seguintes dados: 1890

(2.245 hab.), 1898 (5.000 hab.), 1905 (12.000 hab.) e 1909 (15.000 hab.). Esses números evidenciam, conforme o próprio autor, que o milagre da hóstia pode ser considerado um “divisor de águas” para o lugarejo que, aos poucos, ganha autonomia política, força econômica e uma vigorosa condição urbana.

Consultando os números apurados pelo IBGE, desde o primeiro recenseamento realizado pelo Instituto em 1940, é possível notar o resultado do intenso processo imigratório na região. Juazeiro do Norte, conforme podemos observar na Tabela 5, manteve um índice de crescimento demográfico elevado, sobretudo a partir da década de 1970.

Tabela 5 - Crescimento das populações de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha de 1940 a 2010

Anos	Crato			Juazeiro do Norte			Barbalha		
	Total	% Urbano	% Rural	Total	% Urbano	% Rural	Total	% Urbano	% Rural
1940	40.282	31,19	68,81	38.145	63,32	36,68	22.138	15,8	84,2
1950	46.408	36,15	63,85	56.146	76,27	23,73	22.987	18,66	81,34
1960	59.464	49,28	50,72	68.494	79,08	20,92	23.575	30,10	69,99
1970	70.996	58,84	41,16	96.047	83,96	15,404	23.370	41,02	59,98
1980	80.677	72,23	27,77	135.616	92,93	7,98	30.966	48,65	51,35
1991	90.519	77,64	22,36	173.566	95,02	4,98	38.430	63,23	36,77
2000	104.646	80,19	19,81	212.133	95,33	4,67	47.031	65,21	34,79
2010	121.428	83,10	16,9	249.939	96,07	3,93	55.323	68,72	31,28

Elaboração própria a partir de IBGE (1940; 1950; 1960; 1970; 1980; 1991; 2000; 2010)

Os dados estatísticos apontam que, na década de 1950, a cidade de Juazeiro do Norte (56.146) ultrapassa a cidade do Crato (46.408) em termos populacionais e, assim, torna-se a principal cidade do Cariri. Outro fato digno de nota é que desde o primeiro levantamento Juazeiro já apresenta altas taxa de urbanização, em um período em que o Brasil ainda tinha a maior parte da sua população vivendo no campo. Em 2010, com 96,07% da sua população vivendo na cidade, Juazeiro possui uma população praticamente urbana.

Atualmente, de acordo com as estimativas do IBGE para o ano de 2019, Juazeiro possui uma população de 274.207 habitantes, sendo, portanto, a terceira maior cidade do estado do Ceará, atrás apenas da capital Fortaleza (2.245.185) e da cidade de Caucaia (325.441), que está localizada na RMF. Crato e Barbalha aparecem na sexta e vigésima sétima posição, respectivamente.

Ao difundir frases em seus sermões como “Ore como se fosse morrer hoje e trabalhe como se nunca fosse morrer”, o “Padim”, fortemente seguido pelos seus fiéis, ajudou a forjar o Juazeiro. A cidade não atraía somente pessoas humildes, mas também membros da elite

regional que enxergavam no local perspectivas de negócios em decorrência das romarias e das ações do próprio Pe. Cícero. Na avaliação de Ramos (2012, p. 95):

A grande maioria dos migrantes estava movida pela fé nos poderes do Padre Cícero. Afinal, a busca por uma melhor condição de vida estava, muitas vezes, entrelaçada com vivências do sagrado. A experiência religiosa - vivenciada, também, como tática de sobrevivência – era o grande motor, mas o crescimento do comércio foi, paulatinamente, se transformando em grande atrativo. As atividades artesanais ou industriais e as transações de compra e venda, foram assumindo uma proporção mais significativa para quem deseja montar um negócio ou arranjar um emprego. Em outros termos: Juazeiro continua a ser uma “cidade sagrada”, mas também se desenvolvia como uma cidade ‘profana”.

É possível concluirmos que as ações do Pe. Cícero não tinham somente um caráter religioso, mas também uma concepção econômica e política. A fé no padre e as crenças dos fiéis são fatores importantes, mas considerar apenas esses elementos seria demasiadamente simplista para a compreensão da ascensão e consolidação de Juazeiro (DELLA CAVA, 1976). É preciso considerarmos as circunstâncias históricas, pois as estruturas latifundiárias, a violência e a fome eram elementos que caracterizavam o interior do Nordeste no final do século XIX e início do século XX (DELLA CAVA, 1976).

A “cidade-santuário” vai se estruturando economicamente a partir do crescimento comercial e da atividade artesanal, e ao longo do século XX consolida sua liderança regional. Mesmo com a morte do velho clérigo, em 1934, as romarias continuam a crescer e o Pe. Cícero permanece vivo na memória do povo do Cariri, e com isso intensifica-se o crescimento urbano e demográfico.

A partir da segunda metade do século XX, especialmente a partir dos anos 1960 e 1970, ocorre uma grande transformação no sistema produtivo da região. No Brasil, se verifica uma nova fase de industrialização do beneficiamento da cana de açúcar, e a produção no Cariri não acompanhou as novas técnicas introduzidas pela usina moderna que tem no Sudeste a sua base de concentração. Isso acabou por desestabilizar a cultura tradicional, e os engenhos localizados nas zonas rurais vão, paulatinamente, desaparecendo. Os trabalhadores do campo passam a buscar trabalho nos centros urbanos mais dinâmicos da região, contribuindo para a expansão das malhas urbanas de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, especialmente a segunda.

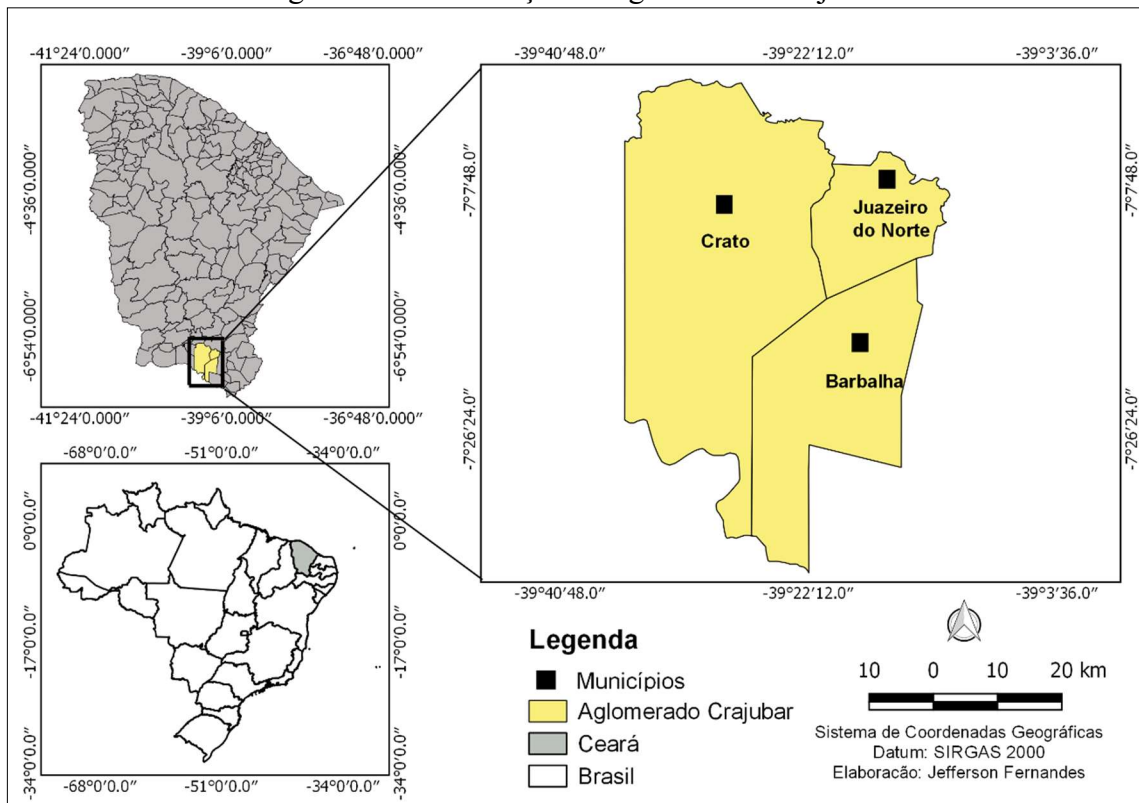
O crescimento demográfico e a expansão dessas cidades foram responsáveis pela demanda de serviços e atividades de várias naturezas. Sendo assim, as atividades econômicas que mais se expandiram foram aquelas ligadas ao setor terciário (comércio e serviços). Crato, então centro produtor e distribuidor dos produtos da indústria canavieira, perde o posto de principal cidade do Cariri para o antigo povoado de Juazeiro. Surge uma nova lógica de

produção e organização do espaço no Cariri sob a égide do capitalismo econômico global, cuja materialidade está presente nas aglomerações urbanas de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha.

3.2 A condição urbana do aglomerado Crajubar

O resgate histórico do processo de formação territorial do Cariri feito na seção anterior é condição *sine qua non* para compreendermos a importância adquirida na atualidade pelo aglomerado urbano Crajubar – acrônimo resultante da junção das cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha (Figura 27).

Figura 27 - Localização do aglomerado Crajubar



Elaborado pelo autor

Atualmente, as cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha comandam a dinâmica regional do sul cearense por meio de um conjunto diversificado de atividades. É a segunda maior nucleação urbana do estado do Ceará, ficando atrás apenas da RMF. Crato e Juazeiro do Norte são consideradas cidades médias por estudiosos da rede urbana cearense (SOUZA, 1977; AMORA e COSTA, 2007, HOLANDA, 2011), dada a sua importância econômica e social no

contexto regional. Já a cidade de Barbalha, conforme apontaremos adiante, constitui-se em um centro urbano menor, mas de destacada importância sobretudo no setor saúde.

Nessas três cidades predominou, até as últimas décadas do século XX, uma divisão funcional e de complementariedade. A cidade do Crato ocupava o papel de centro prestador de serviços, educação e cultura; Juazeiro do Norte, um imponente polo comercial e religioso; enquanto Barbalha se ocupava da prestação de serviços de saúde e agroindustriais. Era, portanto, previsível que no Cariri e adjacências, em relação às demandas por bens e serviços mais especializados, “não restava outra opção que não, abastecerem-se em Juazeiro do Norte, instruírem-se em Crato e se tratem em Barbalha” (QUEIROZ, 2013, p. 126).

A cidade do Crato ainda continua a exercer forte centralidade na região, mas perdeu o posto de “pérola do Cariri”, como a definiu Della Cava (1976), para Juazeiro do Norte, especialmente no setor terciário (comércio e serviços). No setor industrial, a indústria de cerâmica e de calçados, sendo esta segunda impulsionada pela empresa Grendene, empregam um significativo número de funcionários, mas não produz grandes impactos na vida econômica da região, ao contrário do que se verifica na cidade de Sobral, no norte do estado do Ceará, que também possui uma filial da empresa gaúcha no município.

Um ponto que merece ser destacado é que, no Cariri, as tentativas de promover o setor industrial se deram em dois importantes momentos. O primeiro se deu nos anos 1960, chamado de Plano Asimow, uma parceria da Universidade Federal do Ceará (UFC) com a Universidade da Califórnia, para a instalação de indústrias no Cariri voltadas para a exploração da cerâmica, fécula de mandioca, derivados de milho e outras. O projeto não obteve grandes resultados, e acabou sendo extinto. O segundo ocorreu no início dos anos 1990, com incentivos fiscais concedidos pelo Governo do Estado do Ceará.

O parque industrial do Cariri passa a ser diversificado com atividades em setores diversos, como o de calçados, medicamentos, confecções, folheados de ouro, cimentos, alumínio e outros (MENEZES, 2007). Apesar da existência de um Distrito Industrial no Cariri, esse não conseguiu se consolidar. Ao olharmos para o Produto Interno Bruto (PIB) por setores da economia nas principais cidades do Cariri (Tabela 6), vemos que a economia está pautada, sobretudo, no setor terciário.

Tabela 6 - Distribuição do PIB por atividades econômicas nas cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha em 2016

Atividades econômicas	Crato		Juazeiro do Norte		Barbalha	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%

Agropecuário	61.695,42	4,4	16.226, 81	0,4	91.775,9	11,8
Industrial	203.571,96	14,8	446.852,58	11,9	123.554,4	15,9
Serviços	1.110.896,6	80,7	3.284.027,6	87,7	560.476,4	72,2
Total	1.376.163,4	100	3.747.106,9	100	775.743,92	100

Elaboração própria a partir de IBGE (2016)

Como apontamos anteriormente, o Cariri tem como um dos principais elementos de diferenciação em relação ao entorno sertanejo as suas belezas naturais, especialmente aquelas ligadas à Chapada do Araripe e suas fontes perenes de água. Isso contribui para um discurso de sedução do lugar, fato que pode ser facilmente observado no município do Crato (Figura 28).

Figura 28 - Cidade do Crato



Fonte: <http://blogdocrato.blogspot.com/2015/04/o-esquecido-frei-carlos-maria-de.html>

Com a posição privilegiada da cidade do Crato na encosta da Chapada do Araripe, tem se intensificado o afluxo de pessoas para a prática do turismo ecológico e de lazer através de vários clubes e balneários recreativos. Além disso, os aspectos culturais, o apego aos costumes regionais e a tradição no ensino superior, fazem com que o Crato seja conhecido como o celeiro cultural do Cariri.

A cidade de Barbalha (Figura 29), que no passado experimentou os tempos áureos da cana-de-açúcar, inclusive recebendo o título de “terra dos verdes canaviais”, é, ao lado de Crato e Juazeiro do Norte, uma das principais cidades do sul cearense. Possui um rico patrimônio arquitetônico e se destaca pela forte tradição cultural, sobretudo religiosa, como a famosa festa

do Pau da Bandeira, dedicada a Santo Antônio, padroeiro da cidade, sendo uma das mais tradicionais festas do interior cearense e com um afluxo anual de milhares de pessoas.

Figura 29 – Cidade de Barbalha



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/544583779918864372/>

A presença de três hospitais de grande porte na cidade faz com que Barbalha tenha uma importante funcionalidade urbana voltada para o setor saúde. O Hospital São Vicente de Paulo, o Hospital Santo Antônio e o Hospital do Coração do Cariri, dos quais trataremos com mais profundidade adiante, são responsáveis pelo atendimento de pessoas de vários municípios cearenses e estados vizinhos. Isso também contribui para que a cidade conte com uma série de especialidades médicas, com um intenso fluxo de pessoas e mercadores relacionados à área da saúde.

A cidade recebeu, em 2001, um campus avançado da UFC, sendo o primeiro curso de Medicina do interior do Ceará. Em 2013, com a transformação do campus da UFC em Universidade Federal do Cariri (UFCA), a previsão é de que haja uma expansão do campus de Barbalha, com a criação de outros cursos na área da saúde, enaltecendo, assim, o papel da cidade como um importante polo de serviços de saúde na região. Assim como o Crato, Barbalha atrai um grande público da região para as atividades de lazer através dos vários balneários existentes.

E o que de dizer de Juazeiro do Norte? A nova capital do Cariri, por assim dizer, sofreu várias transformações a partir do “Milagre da Hóstia” (Figura 30). As transformações

verificadas na cidade foram tantas que hoje cabe indagarmos até que ponto a religião ainda permanece como o principal elemento propulsor do seu desenvolvimento econômico. O fato inegável é que o Pe. Cícero foi o indutor do desenvolvimento regional do Cariri, e sua presença está na memória dos fiéis e na paisagem urbana da cidade de Juazeiro do Norte.

Figura 30 - Cidade de Juazeiro do Norte



Fonte: <http://saladeimprensa.ceara.gov.br/todospelaagua/?p=30587>

A construção da estátua em homenagem ao padre em 1969 ressalta o papel de Juazeiro do Norte como um dos principais pontos de peregrinação do Brasil e de sacralização do seu território (Figura 31). Destino de milhares de romeiros todos os anos, o turismo religioso permanece como um dos principais fatores da cultura e da economia local. Durante as romarias¹⁶, com estimativas da ordem de 500.000 participantes, a população da cidade praticamente dobra. Entretanto, a “Meca do Nordeste” se transformou em ponto estratégico para a expansão e reprodução do capital no Cariri, sendo alvo dos principais negócios e investimentos públicos e privados na região.

¹⁶ Romaria de Nossa Senhora das Candeia (02 de fevereiro), Aniversário de Nascimento do Padre Cícero (24 de março), Aniversário de Morte do Padre Cícero (20 de julho), Romaria de Nossa Senhora das Dores (15 de setembro), Romaria de São Francisco das Chagas (04 de outubro), Romaria de Finados (02 de novembro) e o Ciclo Natalino-Dia de Reis (24 de dezembro e 06 janeiro).

Figura 31 - Colina do Horto: Estátua do Padre Cícero



Fonte: <https://www.flaviopintonews.com.br/2020/03/definido-o-tema-do-proximo-ciclo-de.html>

Por ter uma população que vive majoritariamente na zona urbana e ser um município de pequenas dimensões territoriais, o setor agrícola não tem grande participação na economia. No setor industrial, se destaca como o terceiro maior polo calçadista do Brasil, atrás apenas das cidades de Franca, em São Paulo, e Novo Hamburgo, no Rio Grande do Sul. Todavia, como já foi destacado, é o setor terciário que movimenta a economia local, e constitui a razão da enorme atração populacional e desenvolvimento econômico de Juazeiro do Norte. Para Maria Júnior (2009, p. 09):

O setor terciário – o comércio e os serviços – evidencia-se cada vez mais como um grande potencial em Juazeiro do Norte. Emergem na cidade os mais diversos ramos especializados: eletrodomésticos, automóveis, móveis, artigos pessoais, artigos domiciliares, além do tradicional, o comércio de “ouro”, de objetos religiosos e do artesanato, que também se revigoram. Completando esse quadro, a cidade também se projeta como centro de ensino tecnológico e ensino superior [...]

Ao buscarmos compreender a atual condição urbana do aglomerado Crajubar, e especialmente de Juazeiro do Norte, faz-se necessário uma análise sobre a produção do espaço urbano e suas transformações nas últimas décadas. A inserção dessas três cidades na nova lógica de reprodução do capital acabou produzindo mudanças significativas na sua organização espacial.

Durante a segunda metade do século XX, com a concentração das atividades industriais no Sudeste do Brasil, coube aos centros urbanos de outras regiões, a exemplo das cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, desenvolverem atividades ligadas ao setor de comércio e serviços. Como resultado dessa divisão territorial do trabalho, produziu-se uma concentração das atividades na parte central da cidade (Figura 32). Isso pode ser verificado em Juazeiro do Norte, que até o fim da década de 1990 tinha as principais atividades comerciais e de serviços localizadas em três ruas: a avenida Padre Cícero e as ruas São Paulo e São Pedro.

Figura 32 - Rua São Pedro, antiga centralidade de Juazeiro do Norte



Fonte: Jefferson Fernandes

Esse padrão espacial atendeu as necessidades de um período histórico e de uma modalidade específica do capital, isto é, do capital industrial. No momento em que o capitalismo impõe uma nova lógica, agora sob a égide do capital financeiro, essas centralidades acabam se tornando um obstáculo para a expansão e reprodução do capital. É nesse contexto que o espaço regional caririense, sobretudo de Juazeiro do Norte, passa a abrigar novos objetos geográficos e novos projetos econômicos. Os agentes ligados ao capitalismo globalizado, notadamente, o Estado, as empresas, os bancos e as elites econômicas, elegem um novo local, símbolo da modernidade e que se constitui como a nova centralidade no Crajubar e de todo o Cariri: o Triângulo Crato-Juazeiro do Norte e Barbalha (Figura 33).

Figura 33 - Área do Triângulo Crajubar, nova centralidade de Juazeiro do Norte



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/556546466426296426/>

No bairro Triângulo, em Juazeiro do Norte, ocorre a confluência das rodovias CE 292 (Avenida Padre Cícero) e da CE 060 (Avenida Leão Sampaio). A primeira, realiza a ligação entre Juazeiro do Norte e Crato, e a segunda entre Juazeiro do Norte e Barbalha. É nas margens dessas rodovias que se realiza o processo de conurbação entre as três cidades aludidas, e onde também vem ocorrendo os principais investimentos de capitais públicos e privados, provocando, assim, uma mudança na paisagem urbana.

Amora e Costa (2007, p. 369), ao analisarem a dinâmica das cidades médias cearenses, ressaltam tais transformações ao destacarem que:

Na paisagem estão as marcas desses novos tempos, com a ampliação da malha urbana, verticalização, especulação imobiliária, abertura de loteamentos para a classe média e construção de condomínios fechados, além dos conjuntos habitacionais populares. O espaço intra-urbano torna-se mais complexo e segregado com a formação de bairros que se diferenciam de acordo com o poder aquisitivo da população. Para atender à classe média, são construídos shopping-centers, instalam-se comércio de luxo, revendedoras de automóveis (nacionais e importados) e de motos. Essas cidades alojam filiais de cadeias regionais e nacionais (Farmácias Pague-Menos, MACAVI, Supermercado Bom Preço, Pão de Açúcar) e algumas franquias (Boticário, Acqua de Fiori, Água de Cheiro). Esta dinâmica comercial favorece a permanência de destacados bancos privados e de bancos de desenvolvimento, além de públicos.

Nesse sentido, o primeiro grande investimento na área do triângulo Crajubar ocorreu em 1997, com a implantação do Cariri Shopping, que desde 2012 passou a se chamar Cariri Garden Shopping (Figura 34). Esse empreendimento ocupa uma área de 51.137 m², com 144 lojas, 4 lojas âncoras, 3 grandes lojas e 83 lojas satélites, oferecendo também 06 salas modernas de cinema com capacidade para 1300 lugares e 22 lojas de alimentação. Sendo o primeiro shopping do interior do Ceará, e o único no sul do estado, a presença desse objeto geográfico no território caririense implicou em mudanças nas formas de valorização do espaço urbano, o que pode ser verificado pelos novos empreendimentos nas suas proximidades e a forte verticalização da área. O shopping atende a um público regional composto por pessoas dos vários municípios nas adjacências do Crajubar, implicando em novos padrões de consumo através de bens e produtos nacionais e internacionais.

Figura 34 - Cariri Garden Shopping



Fonte: Jefferson Fernandes

Outro empreendimento importante na área, desta vez de iniciativa do Governo do Estado, e que trataremos com mais profundidade adiante, foi a construção do Hospital Regional do Cariri (Figura 35). A unidade hospitalar foi inaugurada em abril de 2011, com uma área de 27.126 m² e projetado para atender a uma população de 1.5000.000 habitantes nos 45 municípios da Macrorregião de Saúde do Cariri. Localizado próximo ao Cariri Garden Shopping, contribuiu para impulsionar os projetos ligados a construção civil e de valorização do solo urbano na área.

Atualmente, sete grandes projetos associados a grandes construtoras e imobiliárias surgem no local, com destaque para o Unique Condominium, um dos prédios mais modernos do Ceará, produzido pela Base Incorporação e Construção LTDA. Outros edifícios construídos foram o Edifício Office Cariri, Central Park Residencial, Medical Center, Residencial Timbaúba, Pátio Cariri Residence e o S &A Empreendimentos. Esses equipamentos urbanos dotam esta parcela de Juazeiro do Norte de uma paisagem metropolitana, dada a dimensão dos prédios construídos para o consumo de um público de alto poder aquisitivo.

Figura 35 - Hospital Regional do Cariri e os novos empreendimentos privados nos seus arredores



Fonte: <https://badalo.com.br/cariri/hospital-regional-do-cariri-tem-90-de-lotacao-em-uti-covid-veja-ocupacao-em-outras-unidades/>

Ainda nas proximidades desta área, é possível encontrarmos outros grandes investimentos, desta vez feito por empresas globais e nacionais ligadas aos setores de bens de consumo não-duráveis. Na Avenida Padre Cícero, a CE 292, é inaugurado em 2009 o hipermercado Atacadão, pertencente ao grupo francês Carrefour. Ocupando uma área de 30.000 m², o investimento demonstra um claro objetivo de alcançar uma clientela regional e não somente local. A partir da instalação do Atacadão, a área que antes representava apenas a ligação entre Juazeiro do Norte e Crato, com poucas atividades econômicas, passa a ser alvo de uma intensa especulação imobiliária, com a criação de loteamentos e novos empreendimentos

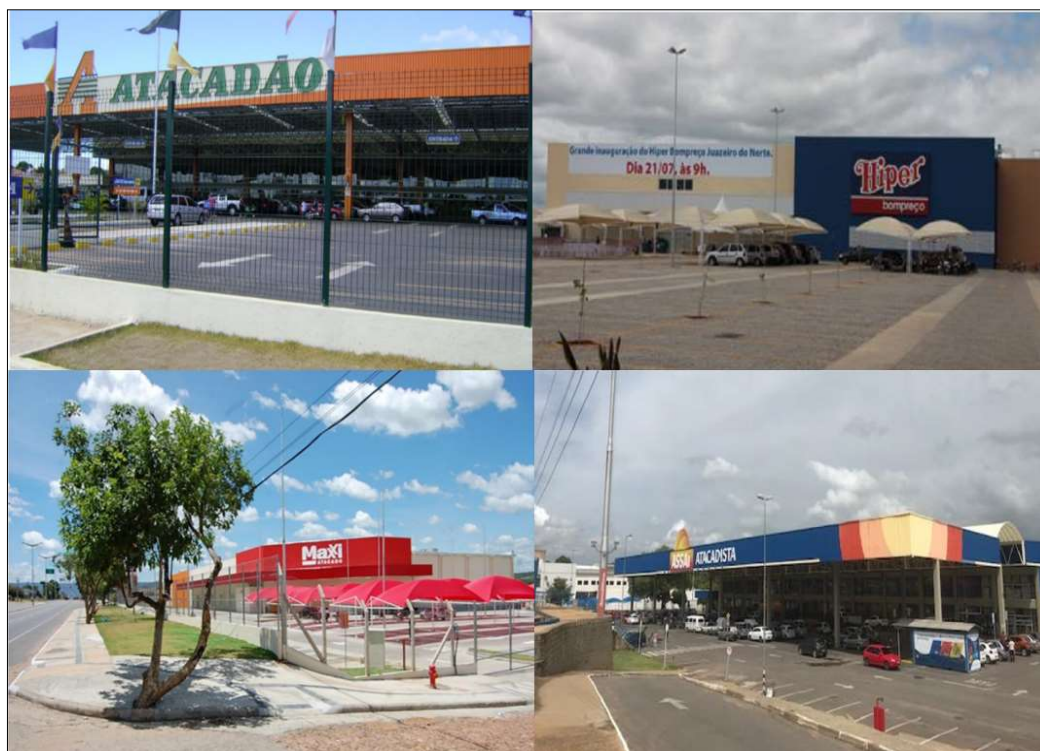
públicos. Aos poucos, a CE 292 passa a ser um ponto estratégico para a garantia dos fluxos de mercadoria, mão-de-obra e mercado consumidor.

No entanto, o grupo gestor do Atacadão não é o único a perceber as vantagens locacionais ali presentes. Em 2011, outra empresa do setor de consumo de bens não-duráveis passa a investir no Cariri. O Hiper Bom Preço, pertencente ao grupo Walmart Brasil, se instala também na Avenida Padre Cícero, próximo ao Cariri Garden Shopping, e com uma proximidade maior em relação ao antigo centro da cidade, ocupando uma área de 3.600 m². A Walmart, grupo norte-americano, que já havia chegado no Cariri através das Lojas Americanas (uma funcionando no Cariri Garden Shopping e outra na Rua do Cruzeiro), volta a investir com uma empresa diferente. É a primeira vez que o Hiper Bom Preço atua no interior do Ceará.

Ainda em 2011, o Grupo Walmart volta a investir na região, desta vez com o Maxxi Atacadão. O empreendimento de 30 milhões de reais e com 4.900 m² está localizado na Avenida Padre Cícero. O Maxxi Atacadão irá estabelecer uma concorrência direta com o Atacadão do grupo Carrefour.

Seguindo a onda de investimentos nesse setor, em 2013 é inaugurado outro hipermercado, o Assaí Atacadista, pertencente ao grupo Pão de Açúcar, com sede no Rio de Janeiro. A unidade se localiza também na Avenida Padre Cícero, em frente ao Atacadão Carrefour, com um empreendimento de R\$ 35.000.000 e uma área de 27.000 m² (Figura 36).

Figura 36 - Atacadão Carrefour, Hiper Bom Preço, Maxxi Atacado e Assaí Atacadista



Fonte: Jefferson Fernandes

Verifica-se, pois, que essa parcela do território caririense vai se tornando uma arena de disputa por mercado consumidor por parte de grandes empresas nacionais e internacionais. Se institui, assim, aquilo que Santos e Silveira (2001) chamaram de “espaço corporativo”, onde os usos, as regras e os ritmos do espaço atendem aos interesses das empresas através das suas alianças com o Estado.

Poderíamos aqui elencar outros empreendimentos recentes (públicos e/ou privados), localizados nas imediações do triângulo Crajubar, como o McDonald’s Drive Thru em 2018 (Avenida Padre Cícero), o Carajás Home Center em 2018 (CE 292, somente no perímetro urbano de Juazeiro do Norte recebe o nome de Avenida Padre Cícero), a Central de Abastecimento do Ceará – CEASA/Cariri em 2012 (CE 060 no município de Barbalha) e o Centro de Convenções do Cariri em 2012 (CE 292 no município do Crato), e a presença de diversas concessionárias de veículos automotores como Toyota, Chevrolet, Hyundai, Ford, Renault, Jeep, Citroen, Peugeot, Honda, Nissan e Fiat, que fazem desse recorte espacial um verdadeiro corredor comercial e com um intenso fluxo de capitais, serviços e pessoas.

O fato evidente é que é nessa porção do território caririense que tem se dado a maior concentração de empreendimentos, com a presença de grandes empresas nacionais e internacionais, reforçando assim o papel do Crajubar como o maior núcleo urbano do interior do Ceará. Além disso, é através dessa área que tem se manifestado a integração socioespacial

dessas três cidades e a expansão das suas malhas urbanas, especialmente a de Juazeiro do Norte. O Estado, especialmente na esfera estadual, tem agido como um importante produtor do espaço, de modo a garantir a fluidez do território para a circulação de pessoas e capitais, fato que pode ser observado através da restauração da CE 292 que liga o Crajubar com vários municípios vizinhos e as recentes obras para a construção do Anel Viário do Cariri, que interliga os municípios de Crato, Juazeiro do Norte, Barbalha e Caririáçu (Figura 37).

Figura 37 - Anel Viário do Cariri



Fonte: <https://www.caririceara.com/der-anuncia-licitacao-de-cinco-novos-trechos-entre-eles-o-do-anel-viario-do-cariri/>

O antigo acesso para quem se deslocava por Caririáçu até Juazeiro do Norte passava pelo antigo centro da cidade. A partir da construção do Anel Viário, os fluxos oriundos de Caririáçu dão acesso diretamente as áreas onde foram implantadas as grandes empresas ligadas aos bens de consumo. Todavia, ao passo que o território é dotado de grandes equipamentos de infraestrutura, a divisão social e territorial do trabalho provoca uma profunda desigualdade socioespacial nas referidas cidades, com a formação de bairros marginalizados e com condições precárias de urbanização, estando, pois, excluídos do progresso econômico e social.

Ainda se tratando em matéria de fluxo, cabe sublinhar que a cidade do Pe. Cícero ainda exerce uma importante função aeroportuária. O Aeroporto de Juazeiro do Norte/Orlando Bezerra de Menezes é um ponto de conexão entre o Cariri e os sertões centrais do Nordeste com importantes cidades do país, e representa um dos principais equipamentos para o

desenvolvimento econômico da região. Atende a praticamente toda a região sul e centro sul do Ceará, o noroeste pernambucano, o alto sertão da Paraíba e o sudoeste piauiense.

Com uma demanda regional crescente, o Aeroporto esteve até março de 2019 sob a administração da Rede INFRAERO. Com as recentes privatizações de vários aeroportos brasileiros, entre eles seis do Nordeste, o Aeroporto Orlando Bezerra de Meneses passou a estar sob a administração do grupo espanhol Aena Desarrollo Internacional, que desembolsou um valor total de R\$ 1.917 bilhão pelo equipamento. Um outro evento importante ocorrido em 2019, ligado ao aeroporto e de grande repercussão regional, foi o cancelamento de voos pela companhia aérea Avianca, até então responsável por 65% dos voos no Cariri. Atualmente, desenvolvem atividades na região as companhias GOL e Azul com voos diários, e tendo como principais destinos as cidades de Guarulhos, Fortaleza, Brasília, Campinas e Recife.

No que se refere a centralidade urbano-regional do Crajubar para os municípios do sul do Ceará e dos estados vizinhos, os serviços de saúde e ensino superior também ocupam posição de destaque. Sobre os serviços de saúde trataremos com maior profundidade no próximo capítulo, pois constitui o foco principal da análise pretendida.

Nos últimos anos, o Crajubar vem sendo o destino de milhares de estudantes do Cariri e adjacências, se consolidando como um polo universitário. No Brasil, se verificou desde a última década um intenso processo de expansão e interiorização do ensino superior, e nesse contexto as cidades médias foram bastante beneficiadas. No Crajubar, cresceu de forma vertiginosa o número de cursos de graduação e pós-graduação.

Historicamente, o Crato ocupou durante muito tempo o papel de centro educacional da região. A Faculdade de Filosofia do Crato, inicialmente vinculada a Diocese do Crato e hoje pertencente a Universidade Regional do Cariri (URCA), foi o primeiro curso de ensino superior do Cariri e do interior do Ceará. A referida centralidade do Crato foi reforçada pelo fato de que a maior parte dos cursos e atividades da URCA terem sede nesse município, pois até o início do século XXI era a única IES da região. Em 2006, com a instalação de um campus avançado da UFC no município de Juazeiro do Norte, há uma reconfiguração da hegemonia universitária na região, e Juazeiro do Norte ocupa a função de polo universitário do Cariri.

Ao longo dos anos 2000, a expansão da URCA, a criação do campus da UFC (atualmente UFCA), da Faculdade de Tecnologia (FATEC Cariri) e a oferta de cursos superiores pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), bem como como a criação de diversas IES pela iniciativa privada: Centro Universitário Leão Sampaio (UNILEÃO) Faculdade Paraíso (FAP), Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN) e a

Faculdade de Medicina de Juazeiro (Estácio FMJ), Juazeiro do Norte passa a ser o local preferencial para esse tipo de investimento.

A expansão do ensino superior no Cariri constitui um importante fator para o seu desenvolvimento econômico e social, com a formação de profissionais nas mais diversas áreas e com a presença de profissionais do magistério superior, cuja tendência é que permaneçam na região. O Quadro 7 apresenta os diversos cursos de graduação oferecidos pelas IES presentes no Crajubar¹⁷.

Quadro 7 - Relação das IES e cursos ofertados no Crajubar

Cidade	IES	Cursos ofertados	
Barbalha	UFCA	Medicina	
Crato	IFCE Crato	- Sistema de Informação - Zootecnia	
	URCA (<i>Campus</i> Pimenta)	- Ciências Biológicas - Ciências Econômicas - Ciências Sociais - Educação Física - Enfermagem	- Geografia - Química - História - Letras - Pedagogia
	URCA (<i>Campus</i> São Miguel)	- Direito	
	UFCA	- Agronomia - Medicina Veterinária	
Juazeiro do Norte	URCA (<i>Campus</i> Crajubar)	- Engenharia de Produção - Física - Matemática - Tecnólogo da Construção Civil: Edificações	- Tecnólogo da Construção Civil: Topografia e Estradas
	URCA (<i>Campus</i> Pirajá)	- Teatro	
	UFCA	- Administração - Adm. Pública - Biblioteconomia - Jornalismo - Design de Produtos	- Engenharia Civil - Eng. de Materiais - Filosofia - Música
	IFCE Juazeiro do Norte	- Automação Industrial - Educação Física - Engenharia Ambiental - Matemática	- Tecnologia em Construção de Edifícios
	FATEC Cariri	- Eletromecânica - Irrigação e Drenagem - Manutenção Industrial	- Saneam. Ambiental - Tecnologia de Alimentos
	UNILEÃO (<i>Campus</i> Crajubar, Saúde e Lagoa Seca)	- Administração - Análise e Desenv. de Sistemas - Biomedicina - Ciências Contábeis - Direito	- Gestão Comercial - Gestão de Recursos Humanos - Medicina Veterinária - Odontologia

¹⁷ Apesar da existência de outras IES pertencentes à esfera privada, como os recentes cursos oferecidos pelas universidades Anhanguera, Maurício de Nassau e Pitágoras, optamos por listar as instituições de maior tradição regional.

		-Educação Física -Enfermagem -Fisioterapia	-Psicologia -Serviço Social
	Faculdade de Medicina Estácio	-Enfermagem -Farmácia	-Fisioterapia -Medicina
	FAP	-Administração -Análise e Desenv. de Sistemas -Arquitetura e Urbanismo -Direito -Engenharia Civil	-Marketing -Psicologia -Sistemas de Informação
	FJN	-Arq. e Urbanismo -Ciências Contábeis	- Enfermagem - Farmácia

Levantamento feito pelo autor

Os dados apontam para uma grande quantidade de cursos, sobretudo nas áreas de educação e saúde, com destaque para dois cursos de Medicina (um em Juazeiro e outro em Barbalha). Observa-se a importância do poder público na oferta do ensino superior a partir de importantes instituições federais (UFCA, IFCA) e estaduais (URCA, FATEC Cariri). Uma grande variedade de cursos também é ofertada pelas IES da iniciativa privada, sendo a maioria de capital local: UNILEÃO, FAP, FJN. A Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ), de origem local, passou a fazer parte de rede Estácio, com sede no Rio de Janeiro. IES de outras regiões também passam a investir no ensino superior caririense, a saber: a Universidade Anhanguera Educacional (São Paulo), o Centro Universitário Maurício de Nassau (Recife), a Faculdade Pitágoras (Belo Horizonte) e outras de menor porte.

Diante do exposto, verifica-se que a dinâmica urbano-econômica do Cariri reside, ostensivamente, nas cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha. A polarização exercida pelo Crajubar atinge várias cidades, inclusive de áreas dos estados vizinhos, realçando a posição desse aglomerado urbano como um dos mais expressivos do interior do Nordeste, ao lado da RIDE Petrolina-Juazeiro. A sua localização geográfica, estando a aproximadamente 600km de distância em relação à Fortaleza e à Recife, contribui para a reforçar a sua centralidade regional.

A expressividade do Crajubar no contexto da rede urbana regional pode ser observada na REGIC 2018, que definiu o conjunto formado por estas três cidades como Capital Regional B (Figura 38)

O estudo do IBGE apontou que o Arranjo Populacional de Juazeiro do Norte possui uma área de influência de 54.434 Km² e abrange 64 cidades: os Centros Sub-Regionais A de Iguatu (CE), Ouricuri (PE), os Centros Sub-Regionais B de Araripina (PE) e Salgueiro (PE), os Centros de Zona A de Brejo Santo (CE) e Icó, os Centros de Zona B de Acopiara (CE), Conceição (PB), Mauriti (CE) e Simões (PI) e 54 Centros Locais situados nas porções sul do Ceará, noroeste de Pernambuco, leste do Piauí e oeste da Paraíba. Ainda de acordo com o IBGE, as conexões externas do conjunto Crajubar ocorrem, principalmente, com quatro Metrôpoles brasileiras: Fortaleza, Recife, São Paulo e Brasília.

A elevação do Arranjo Populacional de Juazeiro do Norte ao nível de Capital Regional B na última REGIC, ultrapassando a cidade de Sobral na hierarquia urbana cearense, que permaneceu como Capital Regional C, revela o forte crescimento econômico experimentado na região na última década.

No Brasil, as cidades de porte intermediário sofreram profundas mudanças nos aspectos socioeconômico e urbano desde a primeira década do século XXI, pois muitas famílias foram beneficiadas por uma política de distribuição de renda, algo que acarretou em maior demanda de consumo de bens e serviços, assim como a descentralização/interiorização de serviços estratégicos como ensino superior e serviços de saúde. Ao olharmos para o extremo sul cearense, isso é facilmente constatado na aglomeração urbana conhecida como Crajubar.

Com o crescimento urbano, avolumaram-se também os problemas sociais e ambientais antes comuns às metrôpoles, ampliando a demanda por serviços básicos como saneamento, educação, saúde e segurança. O processo de conurbação das três cidades aludidas trouxe a necessidade de planejamento do território para a resolução de problemas comuns que começam a se intensificar, a exemplo da mobilidade urbana. É nesse cenário que, por força da Lei Estadual Nº 78 de 26 de junho de 2009, a Assembleia Legislativa do Ceará institucionaliza a RMC.

No entanto, a institucionalização da RMC está inserida nas controvérsias dos debates sobre processos e fatos metropolitanos no Brasil. Sua criação faz suscitar a seguinte pergunta: estaríamos, *ipso facto*, diante de um fenômeno metropolitano? Não é nosso intento debruçar-se sobre a questão, já analisada de forma extensiva por estudiosos da região como Queiroz (2013), Castro (2017) e Nascimento (2018).

A nosso juízo, a RMC foi muito mais resultado de medidas governamentais agrupadas no conjunto de ações objetivando descongestionamento/concentração na RMF do que mesmo por se observar aí o fato metropolitano propriamente. Suas características são muito mais de

centro intermediário, exercendo influência para um conjunto de cidades do interior cearense e de estados vizinhos, do que de uma metrópole. A sua suposta condição metropolitana, a nosso ver, é uma questão de escala, como destacou Queiroz (2013, p. 21), pois “se observada à escala nacional, de fato se esvazia. Porém, quando privilegiadas às escalas do território do Estado [do Ceará] e dos Sertões centrais, a aludida condição revela-se emergente”.

Evidenciada a importância da aglomeração Crajubar na rede urbana cearense e nordestina, um desafio se faz presente, isto é, estabelecer uma delimitação conceitual para o recorte dessas três cidades. Acreditamos que a definição de arranjo urbano-regional, definido por Moura (2009), enquanto arranjos concentradores de população, infraestrutura e densidade urbana se aproxime da realidade em questão. Todavia, nos termos propostos pela autora, e na sua classificação para os arranjos, a magnitude territorial do Crajubar seria insuficiente para defini-lo como tal. Nesses termos, faz-se necessário uma adaptação a partir da escala, tal como fez Queiroz (2013, p. 20), que definiu o Crajubar como o “aglomerado urbano-regional do sertão”.

A concepção de “arranjos urbano-regionais”, nos termos propostos por Moura (2009), dada a magnitude dos atributos territoriais exigidos pela autora para serem reconhecidos como tais, tampouco nos parecem apropriados para dar conta da complexidade inerente ao território brasileiro [...] Na análise da realidade situada num contexto sócio-territorial e regional relativamente distinto do conjunto nacional, a saber, a vasta extensão do Sertão semiárido nordestino, cuja expressão da rede urbana se faz notar de forma rarefeita, julgamos pertinente relativizar, tanto quanto possível, o conteúdo prévio do que pode vir a ser considerado um “arranjo urbano-regional” nessa mesorregião. Diante disso, não restava outra opção senão efetuar um necessário recorte de escala. Nesse sentido, optamos por focalizar a escala dos Sertões centrais do Nordeste (QUEIROZ, 2013, p. 17-18).

A partir do processo de integração entre as referidas cidades os esforços no sentido de apreender as potenciais dimensões deste aglomerado urbano de porte médio no país, especialmente de Juazeiro do Norte, é alvo das investigações de autores como Queiroz (2013), Pereira (2014; 2018), Castro (2017) e Nascimento (2018) e outros. Os debates têm se dado sobretudo sobre a institucionalização da RMC e o papel de Juazeiro do Norte e Crato enquanto cidades médias. Assim, identificamos a ausência de reflexões sobre a centralidade urbano-regional do Crajubar a partir de um arranjo espacial específico: os serviços de saúde.

Como principal nucleação urbana do Cariri, o Crajubar magnetiza um conjunto de municípios a partir da infraestrutura do setor saúde. No próximo capítulo, veremos como a política regional do SUS reforça essa centralidade.

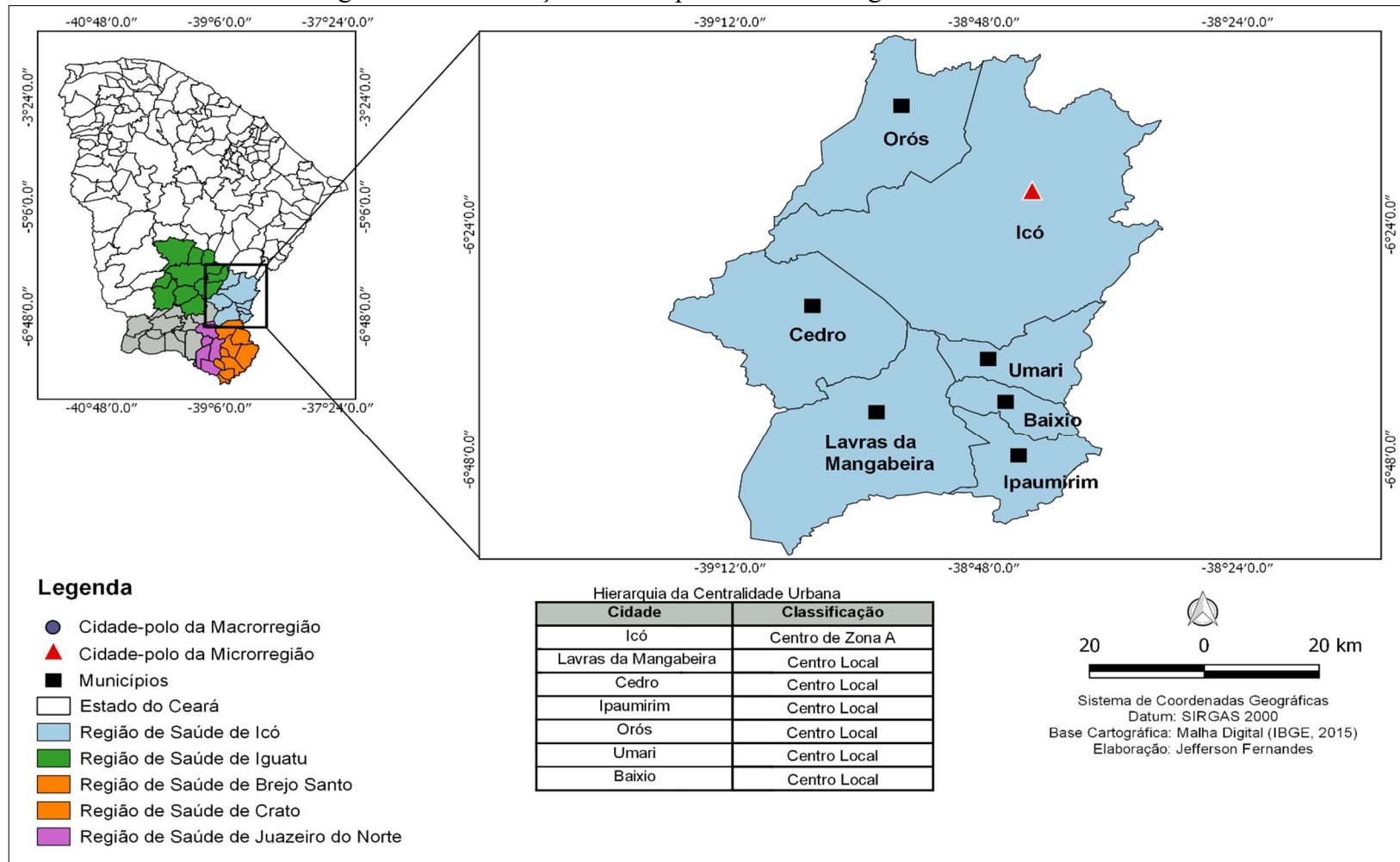
4 O COMPLEXO REGIONAL DA SAÚDE: REDES, ESCALAS E SUJEITOS

Conforme já destacamos neste trabalho, o Cariri, segundo o PDR do estado do Ceará, é uma região composta por 45 municípios que se organizam a partir de 05 microrregiões de saúde. Neste sentido, cada microrregião possui uma cidade-polo que articula uma rede de cidades. A seguir, veremos a caracterização e os recortes espaciais dessas regiões a partir do seu perfil socioeconômico, hierarquia da centralidade urbana segundo a REGIC 2018 e a distribuição dos equipamentos e recursos dos serviços de saúde.

4.1 Região de Saúde de Icó

A Região de Saúde de Icó é constituída pela cidade-polo de Icó, classificada na REGIC 2018 como Centro de Zona A, e está localizada à 366km da capital Fortaleza e à 151km de Juazeiro do Norte. Esta região é composta por mais 06 municípios, todos classificados como Centros Locais: Lavras da Mangabeira, Cedro, Ipaumirim, Orós, Umari e Baixio (Figura 39).

Figura 39 - Localização e hierarquia urbana da Região de Saúde de Icó



Elaboração própria a partir do PDR/SESA 2014 (CEARÁ, 2014) e da pesquisa REGIC 2018 (IBGE, 2020)

As principais rodovias que interligam os municípios dessa região são a BR 116, BR 230, a CE 284 e a CE 153. Apontar essas vias é importante, pois “constituem os vetores, componentes que possibilitam as intercomunicações desse conjunto de localizações ou pontos, intercomunicações essas que definem fluxos” (LIMA, 2007, p. 34).

Uma análise do quadro populacional, a partir dos dados do censo de 2010 e as taxas da população urbana e rural (Tabela 7), permite notar que a população dessa região reside, em sua maioria, na zona urbana. Entretanto, alguns municípios possuem altos índices de população que vive no campo, como é o caso das cidades de Icó (53,5%), Umari (48,1 %) e Baixio (45,2%). Se considerarmos as médias nacionais e estaduais para a população urbana em 2010, com 84,3% para o Brasil e 75,1% para o Ceará, os índices de população urbana apresentados para este conjunto de municípios ainda são considerados baixos.

Tabela 7 - Região de Saúde de Icó - características populacionais

Cidade	População (2010)			Hab/km ²	População Estimada (2019)
	Total	% Urbana	% Rural		
Icó	65.456	46,5	53,5	34,97	68.018
Lavras da Mangabeira	31.090	58,3	41,7	32,80	31.508
Cedro	24.527	61,8	38,2	33,79	25.557
Ipaumirim	12.009	59,4	40,60	43,83	12.463
Orós	21.389	74,9	25,1	37,12	21.427
Umari	7.545	51,9	48,1	28,59	7.773
Baixio	6.026	54,8	45,2	41,15	6.288
Total da Região	162.016				166.746

Elaboração própria a partir de IBGE (2010; 2019)

Ao avaliarmos a densidade demográfica, considerando a classificação de Moreira et al (2019)¹⁸, todos os municípios apresentam baixa densidade demográfica, pois nenhum ultrapassa os 50 hab/km². Um outro ponto a evidenciarmos é a participação do PIB por setores econômicos (primário, secundário, terciário) em relação ao PIB municipal (Tabela 8).

Tabela 8 - Região de Saúde de Icó – composição do PIB por municípios

Cidade	PIB por Setores da Economia						
	Total	Agrícola		Industrial		Serviços	
	R\$	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Icó	505.954,11	45.986,12	9,1	23.941,61	4,7	436.026,38	86,2
Lavras da Mangabeira	210.552,18	27.183,50	12,9	15.418,56	7,4	167.950,13	79,7
Cedro	171.536,21	19.256,13	11,2	6.998,64	4,1	145.281,44	84,7
Ipaumirim	87.865,18	9.877,29	11,2	4.989,78	5,7	72.998,11	83,1
Orós	181.500,03	44.068,81	24,3	6.211,88	3,4	131.219,14	72,3
Umari	45.534,08	5.867,23	12,8	1.994,91	4,4	37.672,85	82,8

¹⁸ Os autores estabelecem 05 parâmetros de densidade demográfica: <15 muito baixa, de 16 a 50 baixa, de 51 a 150 média, de 151 a 350 alta e > 350 muito alta.

Baixio	41.999,04	4.845,78	11,5	1.405,56	2,6	34.341	81,9
Total do PIB da Região				1.244.941,71			

Elaboração própria a partir de IBGE (2016)

Este é um dado importante, pois revela que a economia desses municípios é caracterizada por atividades tipicamente urbanas, com destaque para o comércio e serviços, especialmente aqueles ligados à administração pública e ao pequeno comércio varejista local. Em todos os municípios, os índices do setor agrícola e industrial são muito baixos, com exceção da cidade de Orós, que em 2010 apresentou um setor agrícola de 24,3%.

A partir dessas informações, é importante avaliarmos as condições de vida da população, e para isso destacaremos alguns indicadores sociais como a renda domiciliar per capita em 2010 (ano do último censo demográfico), o percentual de famílias cadastradas no programa Bolsa Família (maio de 2020) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em todos os municípios desta região (Tabela 9).

Tabela 9 – Região de Saúde de Icó – renda domiciliar per capita, famílias cadastradas no programa Bolsa Família e IDHM

Cidade	Renda Domiciliar Per Capita (R\$)	Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família		Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
		Nº	% em relação ao total da população	
Icó	274,01	10.953	47,00	0,606
Lavras da Mangabeira	288,15	5.247	47,89	0,613
Cedro	317,69	3.768	43,86	0,627
Ipaumirim	298,84	2.549	53,15	0,636
Orós	380,61	4.877	59,92	0,606
Umari	233,62	1.449	49,21	0,591
Baixio	265,94	1.351	48,33	0,627

Elaboração própria a partir do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2013) e Ministério da Cidadania (BRASIL, 2020)

Ao observarmos a renda per capita dos domicílios em 2010, constata-se que os valores estão abaixo do salário mínimo no período correspondente (R\$ 510,00) em todos os municípios. Percebe-se, pois, que o rendimento per capita domiciliar é baixo, sendo o maior valor para a cidade de Orós (R\$ 380,61) e o menor para a cidade de Umari (R\$ 233,62). Paralelamente, o número de famílias cadastradas no programa Bolsa Família em 2019 é bastante alto, o que demonstra a situação de vulnerabilidade social da população. Nesse indicador, destacam-se as cidades de Orós (59,92 %) e Ipaumirim (53,15 %), com mais da metade da população dependente da transferência de renda do referido programa do Governo Federal.

Outro importante indicador é o IDHM, que agrega três dimensões do desenvolvimento humano a partir das informações coletadas no Censo feito pelo IBGE em 2010. Inspirado nas teorias do economista indiano Amartya Sen sobre o desenvolvimento humano, o IDHM analisa a oportunidade de viver uma vida longa e saudável, de ter acesso ao conhecimento e ter um padrão de vida que garanta as necessidades básicas, representadas pela saúde, educação e renda (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013). Portanto, a longevidade, a educação e a renda das pessoas são fatores essenciais para a avaliação do seu padrão de vida, e esses resultados podem ser observados na escala municipal. A variação do IDHM é feita de 0,000 a 0,499 (muito baixo), de 0,500 a 0,599 (baixo), de 0,600 a 0,699 (médio), de 0,700 a 0,799 (alto) e de 0,800 a 1,000 (muito alto).

Conforme os dados da Tabela 9, dos sete municípios da Região de Saúde de Icó seis estão situados na faixa de médio desenvolvimento humano. O município de Umari, o menos populoso da região e com a menor renda per capita domiciliar em 2010, apresenta um IDHM de 0,591, portanto, de baixo desenvolvimento humano. A cidade de Umari ocupa a 150ª posição entre os 184 municípios cearenses e 4.372ª colocação entre os 5.570 municípios brasileiros.

Esta região é polarizada pela cidade de Icó (Figura 40), que ocupa apenas a 21ª posição entre as cidades mais populosas do estado do Ceará, com 65.456 habitantes em 2010 e 68.018 habitantes para o ano de 2019.

Figura 40 - Cidade de Icó



Fonte: <http://iconarede.blogspot.com/p/historia-e-fotos-do-ico.html>

Elevada à condição de vila em 1738, sendo a quarta mais antiga do Ceará, a cidade de Icó, durante o final do século XVIII e início do século XIX, era umas das mais proeminentes cidades cearenses.

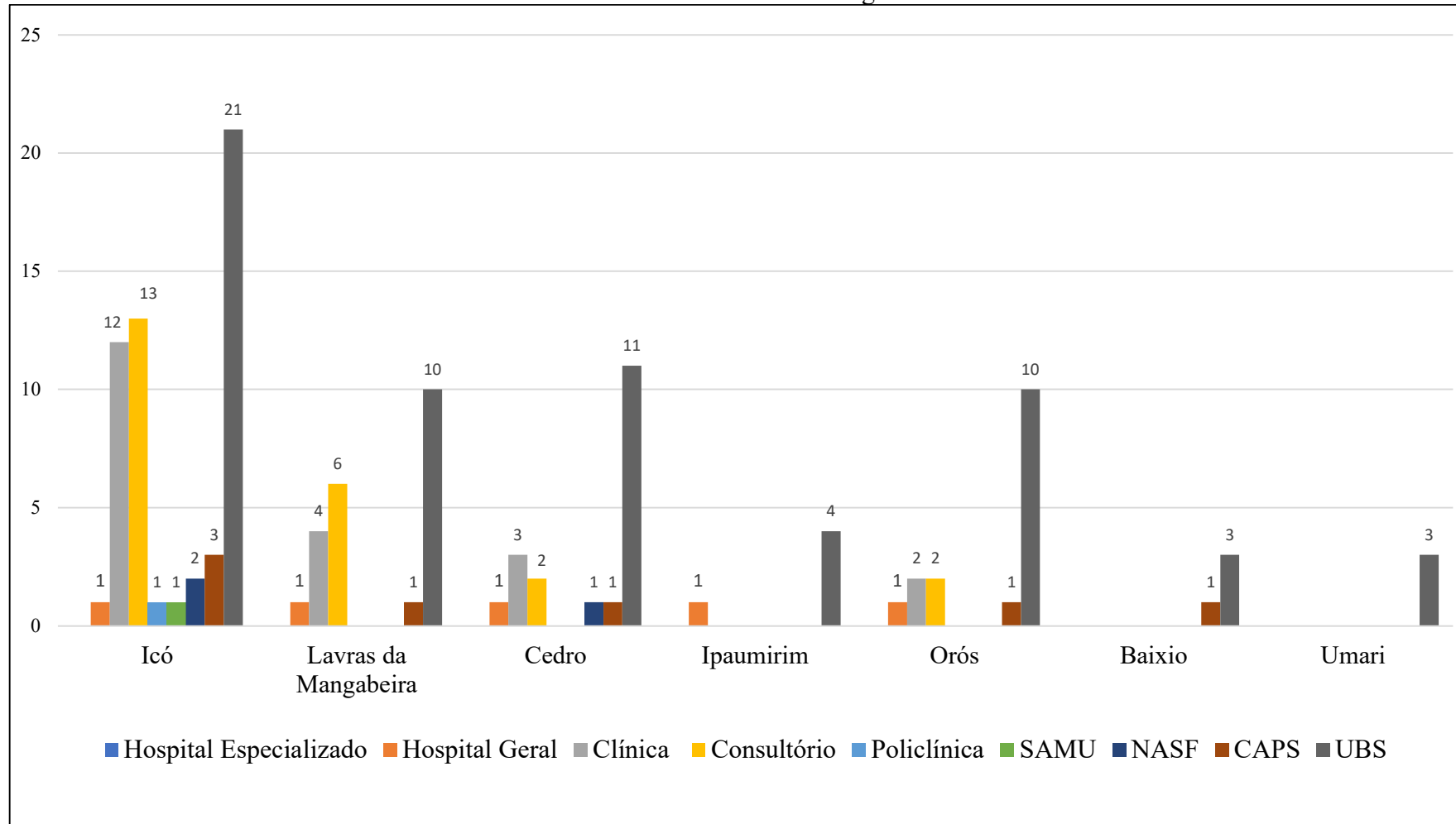
A vila de Icó foi considerada, até o século XIX, como a principal cidade do sertão do Ceará, ponto de passagem obrigatória dos fluxos comerciais entre Pernambuco, Bahia e Piauí. Desenvolvia-se aí o comércio da farinha de mandioca, do sal, do gado, do couro e do algodão com os núcleos urbanos do Crato, Açu, Aracati, Russas, Baturité, Quixeramobim, Oeiras, além de Fortaleza e Recife. Depois de Aracati, era Icó o principal mercado dos nossos sertões. (SOUZA, 2007, p. 21)

A posição privilegiada de Icó como local de passagem para o gado, e posteriormente o desenvolvimento das charqueadas durante a chamada civilização do couro, avultaram o crescimento da cidade. Com as mudanças na estrutura produtiva no Brasil e no mundo, o gado deixa de ser a principal mercadoria da região, passando o algodão a ocupar tal posição. A construção da estrada de ferro de Baturité como meio de transporte para o algodão na segunda metade do século XIX, marca o início do declínio do então empório econômico do sertão do Ceará.

Atualmente, as atividades econômicas dominantes da cidade concentram-se no setor terciário, com 86,2% do PIB, representados pelo comércio, administração pública, transportes e atividades imobiliárias e aluguel. A paisagem urbana de Icó é marcada por um rico patrimônio arquitetônico e a sua polarização regional se explica pelo fato de a cidade abrigar um conjunto de equipamentos urbanos importantes como bancos, lojas, INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), delegacia regional, centros de saúde, faculdades etc. No ensino superior, um campus da UFCA com o curso de História e a Faculdade Vale do Salgado (FVS) com cursos nas áreas de Administração, Ciências Contábeis, Direito, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, dotam Icó de uma importante centralidade regional atraindo assim alunos das cidades circunvizinhas.

No que tange à centralidade de Icó especificamente para o setor saúde, a cidade concentra uma gama de serviços e estabelecimentos, como pode ser observado na Gráfico 1. A coleta de dados feita no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) em maio de 2020 privilegiou os estabelecimentos que prestam assistência à saúde, excluindo-se aqueles ligados à área administrativa como secretarias de saúde, centrais de regulação etc.

Gráfico 1 – Estabelecimentos de Saúde – Região de Saúde de Icó



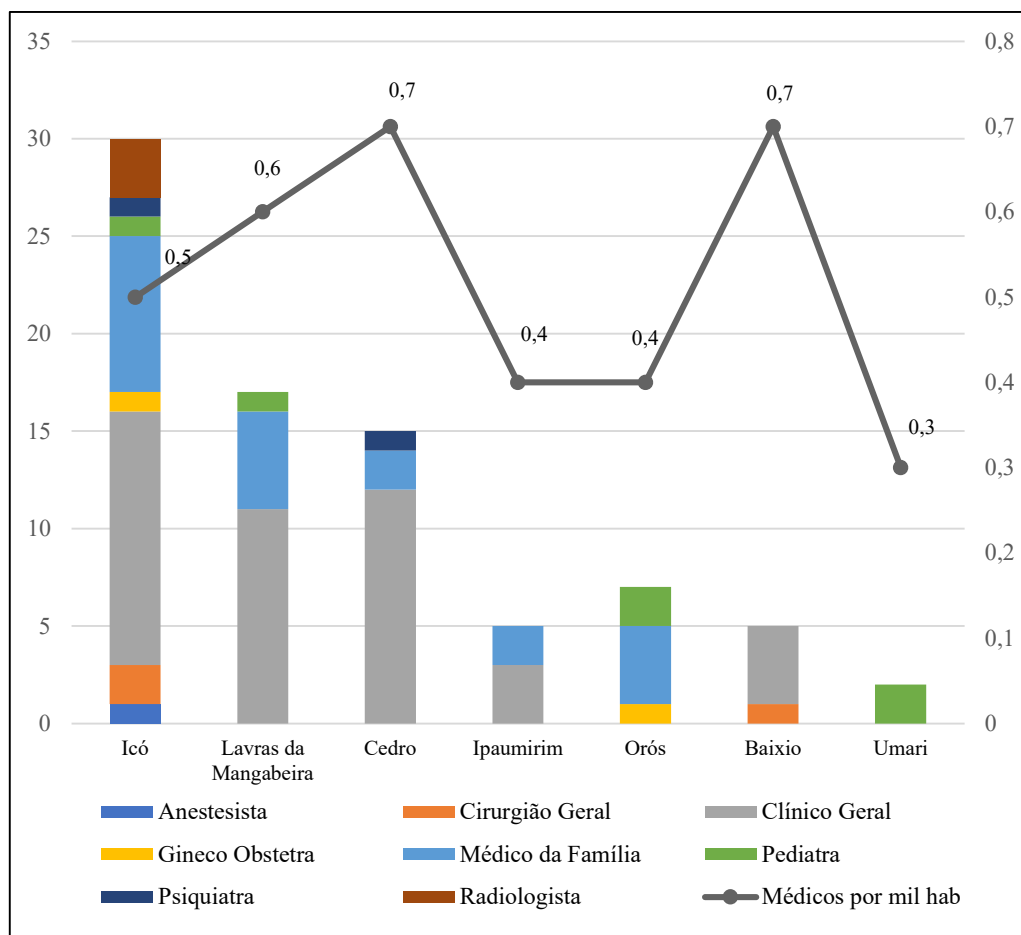
Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

Como é possível observar no Gráfico 1, Icó concentra a maior parte dos estabelecimentos de saúde de sua região, especialmente aqueles de maior densidade tecnológica. Destaque para o Hospital Regional de Icó Prefeito Walfrido Monte, de gestão municipal, o maior equipamento de saúde dessa região com 54 leitos, caracterizado como um Hospital Geral. Soma-se a isso a presença de vários consultórios e clínicas médicas, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Policlínica Regional, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Não obstante essa variedade de equipamentos médico-hospitalares, nenhum deles oferece qualquer tipo de serviço de alta complexidade, bem como a região não apresenta um hospital do tipo especializado. Nos demais municípios, destaca-se, sobretudo, a presença de UBSs pelo fato de serem municípios de pequeno porte e por terem na atenção básica a sua prioridade na gestão de saúde. Nas cidades de Umari e Baixio, por exemplo, não há a presença de uma unidade hospitalar, onde os serviços ambulatoriais de média complexidade são realizados na forma de Unidade Mista de Saúde, feita por uma UBS que funciona 24h por dia.

Icó é o polo de sua de região de saúde e conta com o dobro da população de Lavras da Mangabeira, a segunda maior cidade da região. Portanto, é possível que a rede pública de saúde de Icó esteja sobrecarregada. A fim de elucidar essa possibilidade, podemos comparar a quantidade de médicos por mil habitantes em cada município (Gráfico 2). De acordo com o Ministério da Saúde, como o Brasil possui um sistema universal e gratuito, a taxa “desejável” para o funcionamento do SUS com integridade eficiência é de 2,5 médicos para cada mil habitantes. Assim, buscamos quantificar os médicos da Região de Saúde Icó com base no mês de maio de 2020.

Gráfico 2 - Equipes médicas e quantidade de médicos por mil habitantes – Região de Saúde de Icó

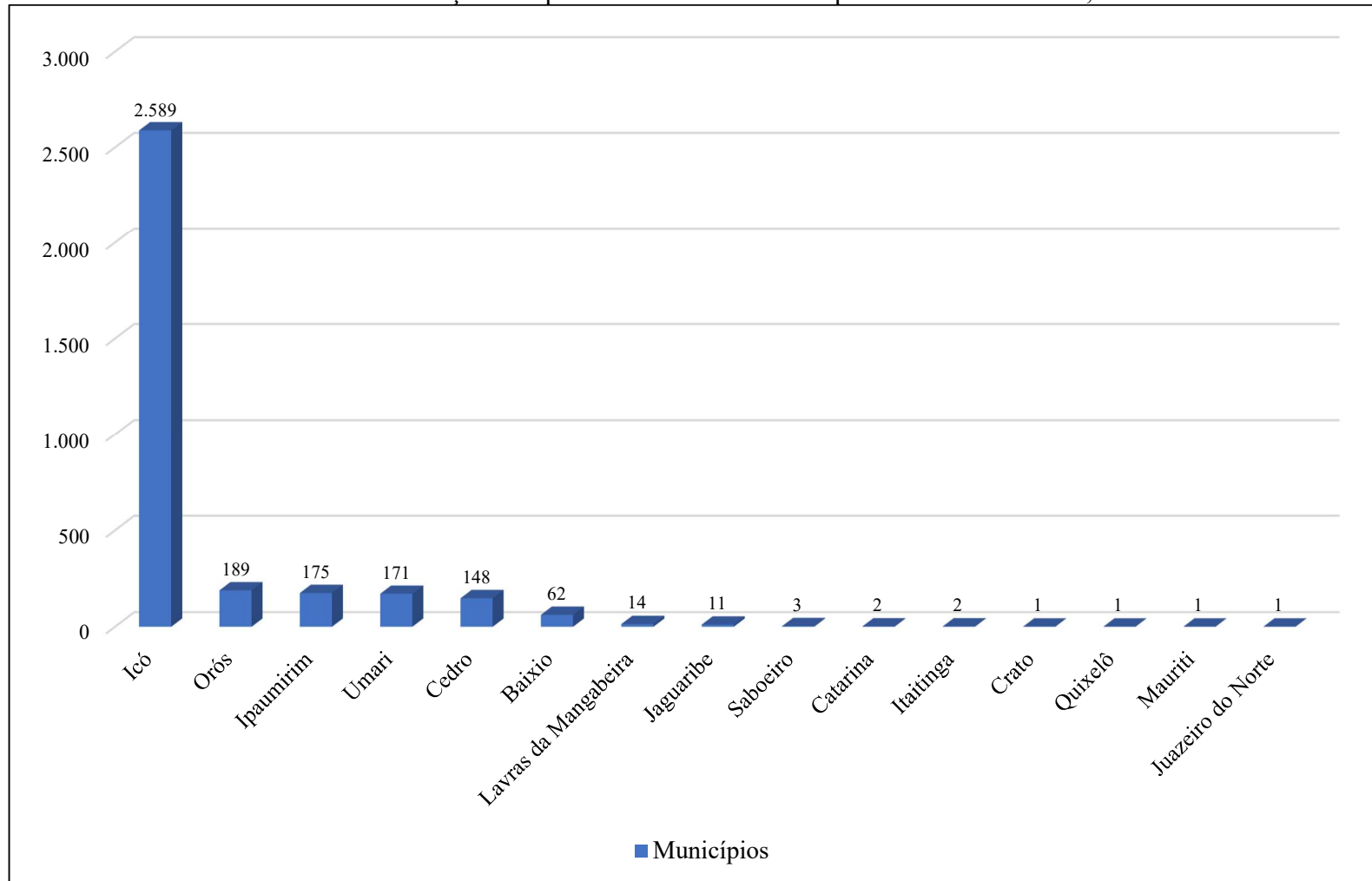


Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

Conforme o Gráfico 2, em Icó o número de médicos é superior ao de todas as demais cidades, bem como a variedade de especialidades médicas. Quando consideramos o quantitativo populacional, todavia, a média de Icó em relação a quantidade de médicos por mil habitantes é inferior a outros municípios como Cedro (0,7), Baixio (0,7) e Lavras da Mangabeira (0,6). Em todas as cidades da região os valores estão muito abaixo do mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde. No caso de Icó, soma-se o fato da cidade receber pacientes de outros municípios, o que contribui para sobrecarregar o seu sistema de saúde.

Em decorrência dessa realidade, é importante demonstrarmos a centralidade regional de Icó a partir da rede de serviços de saúde, especificamente no que tange às internações hospitalares de pacientes de outros municípios. Para tanto, tomamos como parâmetro o total das internações hospitalares no ano de 2019 (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Internações hospitalares na cidade de Icó por local de residência, 2019



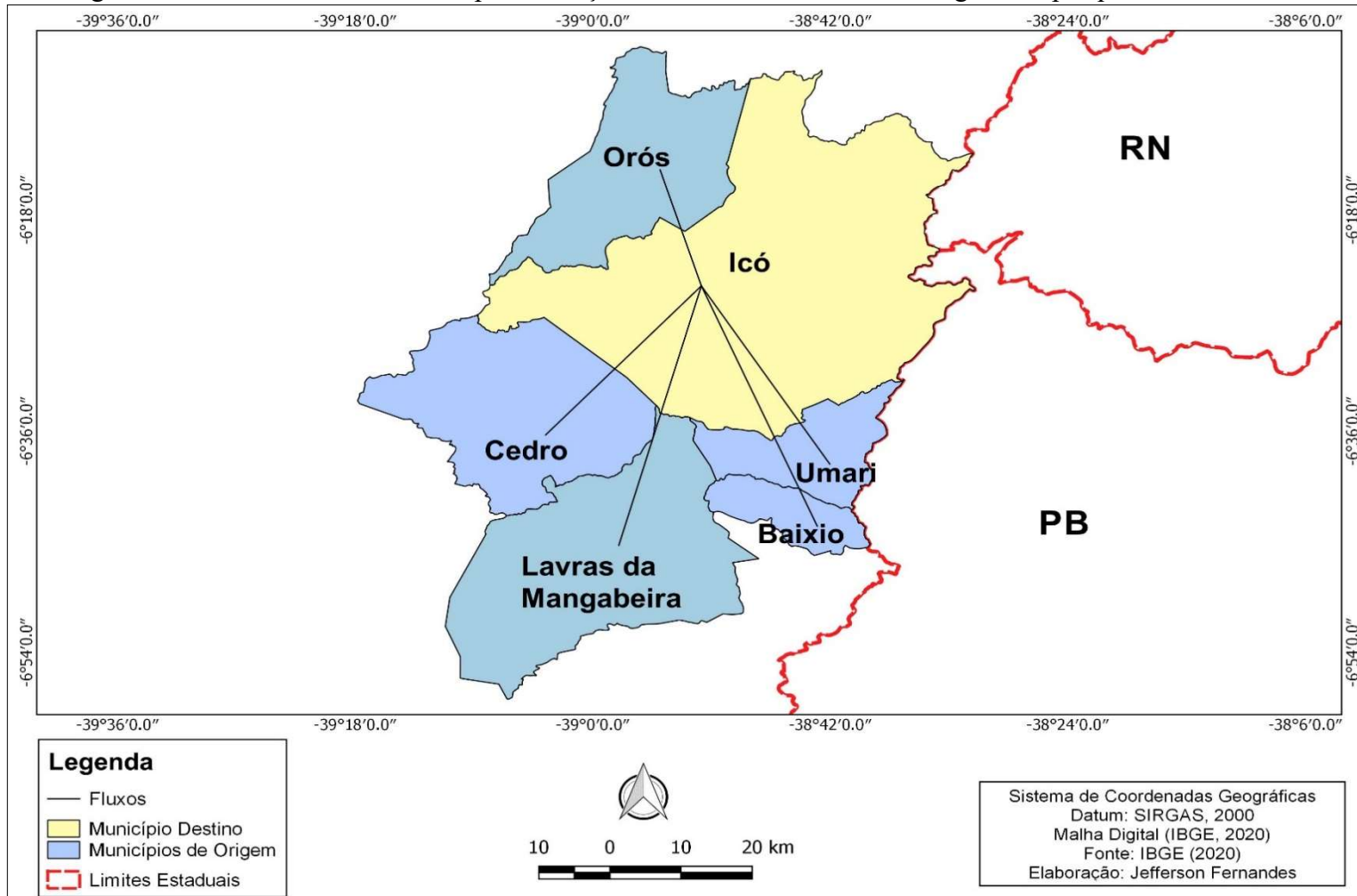
Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

De acordo com o Gráfico 3, das 3.373 internações realizadas na cidade de Icó em 2019, 76% são de pacientes residentes no próprio município. Isso se deve ao fato de Icó ser a cidade mais populosa da região e sede do Hospital Prefeito Walfrido Monte, que funciona como pronto socorro 24h e “porta aberta” para os habitantes do município, uma vez que as internações de pacientes de outras cidades necessitam passar pela central de regulação da microrregião. Outro fator importante são as subnotificações, isto é, pessoas que residem em outros municípios, mas que se apresentam como residentes na cidade de Icó, temendo a possibilidade de não serem atendidas, uma prática bastante comum no sistema de saúde brasileiro.

As demais cidades da microrregião também apresentam números significativos de internações em Icó, exceto Lavras da Mangabeira, que como veremos adiante estabelece maiores relações com a microrregião de Juazeiro do Norte. Nota-se, também, que cidades de outras microrregiões aparecem nos registros, uma vez que os serviços estão organizados em rede, a rede regularizada e a rede espontânea, e por diversos fatores não obedecem necessariamente aos limites microrregionais e os fluxos predeterminados pelos gestores públicos. Em geral, a rede de saúde de Icó não é muito extensa, pois a estrutura do sistema local está voltada para a média complexidade.

Estes dados sobre as internações hospitalares de 2019, quando cruzados com as informações da REGIC 2018, deixa clara a importância do Estado no planejamento e controle do fluxo de usuários na rede SUS. As pessoas entrevistadas pelos Agentes do IBGE nos municípios de Orós, Cedro, Lavras da Mangabeira, Umari e Baixio, destacaram Icó como principal destino para, sobretudo, serviços de baixa e média complexidade, como mostra a Figura 41. Os entrevistados do município de Ipaumirim, todavia, destacaram a cidade de Cajazeiras, na Paraíba, como o principal destino para este tipo de serviço.

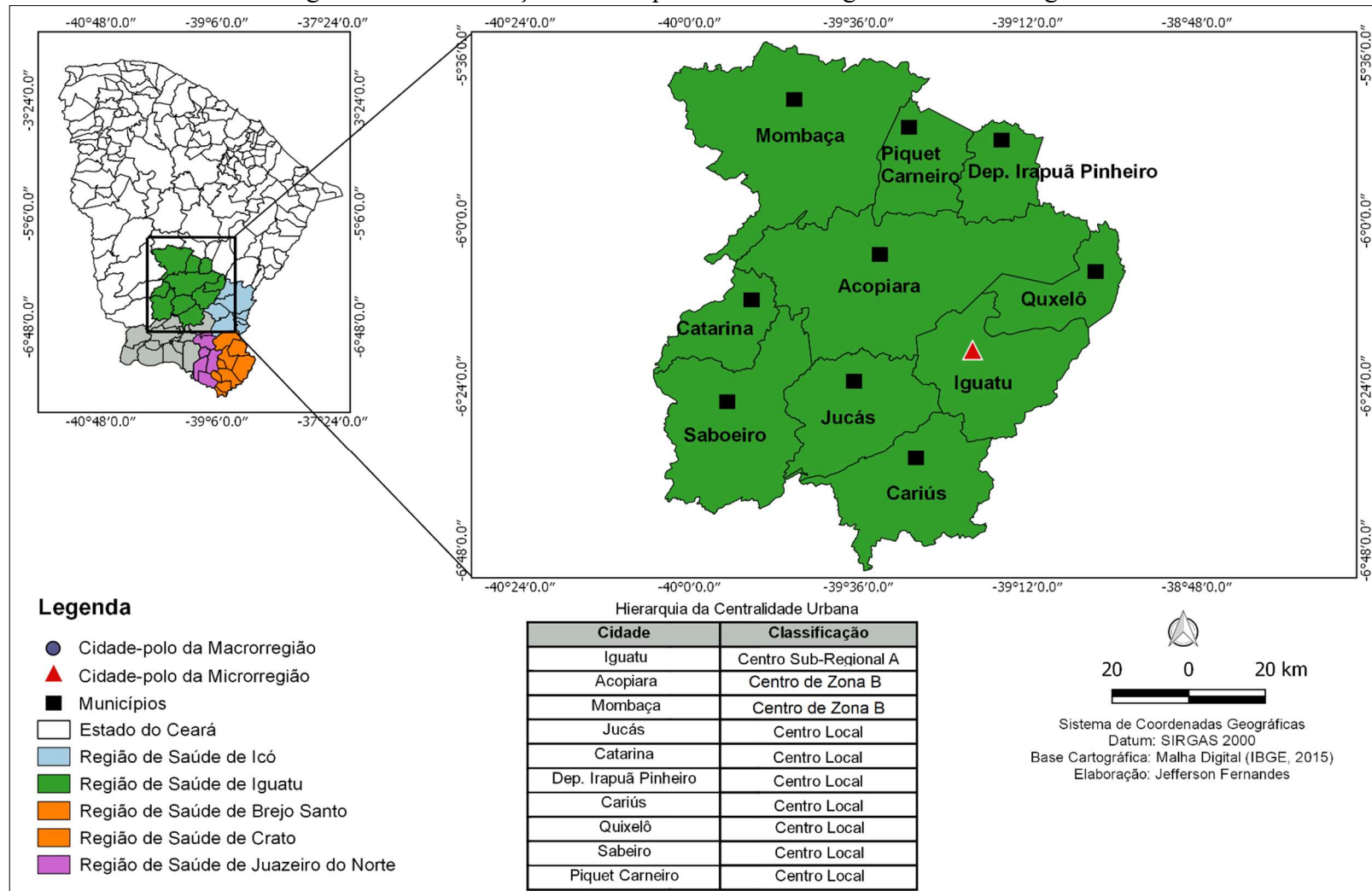
Figura 41 - Redes de deslocamento para serviços de saúde na cidade de Icó segundo a pesquisa REGIC 2018



Elaboração própria a partir da pesquisa REGIC 2018 (IBGE, 2020)

Juazeiro do Norte. Esta região é formada por mais nove municípios: os Centro de Zona B de Acopiara e Mombaça e os Centros Locais de Jucás, Catarina, Cariús, Quixelô, Saboeiro, Deputado Irapuã Pinheiro e Piquet Carneiro (Figura 43).

Figura 43 – Localização e hierarquia urbana da Região de Saúde de Iguatu



Elaboração própria a partir do PDR/SESA 2014 (CEARÁ, 2014) e da pesquisa REGIC 2018 (IBGE, 2020)

Estes municípios estão interligados pelas rodovias estaduais CE 404, CE 375, CE 371, CE 168 e CE 122. De acordo com o censo de 2010, esta região possui 282.683 habitantes, e as estimativas para o ano de 2019 apontam de 313.751. Ainda conforme o IBGE, estes municípios apresentam um forte caráter rural, pois dos dez que compõem a região sete têm a maior parte da população concentrada na zona rural: Acopiara (50,8%), Mombaça (55,3), Catarina (53,5%), Deputado Irapuã Pinheiro (54,6%) Cariús (55,3%), Quixelô (67,2) e Piquet Carneiro (51,9%) (Tabela 10).

Tabela 10 - Região de Saúde de Iguatu - características populacionais

Cidade	População (2010)			Hab/km ²	População Estimada (2019)
	Total	% Urbana	% Rural		
Iguatu	96.495	77,3	22,7	93,76	102.498
Acopiara	51.160	49,2	50,8	22,58	54.270
Mombaça	42.690	44,7	55,3	20,14	43.797
Jucás	23.807	59,4	40,6	25,40	24.833
Catarina	18.745	46,5	53,5	38,50	20.698
Dep. Irapuã Pinheiro	9.095	45,4	54,6	19,33	9.625
Cariús	18.567	44,7	55,3	17,49	18.699
Quixelô	15.000	32,8	67,2	26,81	16.178
Saboeiro	15.752	53,6	46,5	11,39	15.819
Piquet Carneiro	15.467	48,1	51,9	26,31	16.959
Total da Região	291.778	-	-	-	323.376

Elaboração própria a partir de IBGE (2010; 2019)

Nota-se que Iguatu se sobressai como o município mais urbanizado e de densidade demográfica média, de acordo com os parâmetros de Moreira et al (2008). Ao avaliarmos o PIB por setores econômicos (Tabela 11), tal como constatado na Região de Icó, o setor predominante nesta região é o terciário, através das atividades ligadas ao comércio e serviços.

Tabela 11 - Região de Saúde de Iguatu – composição do PIB por municípios

Cidade	PIB por Setores da Economia						
	Total	Agrícola		Industrial		Serviços	
		R\$	%	R\$	%	R\$	%
Iguatu	1.262.881,92	109.948,37	8,7	117.568,82	9,4	1.035.363,93	81,9
Acopiara	345.178,21	35.057,66	10,2	17.008,70	4,9	293.110,88	84,9
Mombaça	291.180,89	26.003,67	8,9	38.630,87	13,2	226.545,78	77,8
Jucás	165.097,48	17.426,29	10,5	8.967,72	5,4	138.702,14	84,1
Catarina	99.981,72	7.598,27	7,6	2.991,38	2,9	89.391,67	89,5
Dep. Irapuã Pinheiro	62.816,47	9.240,15	14,4	4.529,34	7,2	49.046,09	78,4
Cariús	125.022,11	29.495,37	23,5	4.834,89	3,8	90.691,64	72,7
Quixelô	115.527,56	22.872,22	19,9	3.933,30	3,4	88.721,09	76,7
Saboeiro	91.229,97	8.698,89	9,6	2.868,11	3,1	79.662,73	87,3
Piquet Carneiro	108.297,68	14.218,67	13,1	3.653,16	3,4	90.425,12	83,6
Total do PIB da Região				2.313.216,65			

Elaboração própria a partir de IBGE (2016)

Deste modo, apesar de uma forte ruralidade na região, o setor agrícola não possui forte participação na economia local, sendo o maior na cidade de Cariús (23,5%) e o menor em Catarina com (7,6%). O setor industrial, como em quase todo o interior cearense, também apresenta baixos índices em todos os municípios.

Ao considerarmos os referidos aspectos, é importante analisarmos as condições de renda e de vulnerabilidade social da população, tal como visto na região de saúde de Icó, a partir dos indicadores apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 - Região de Saúde de Iguatu – renda domiciliar per capita, famílias cadastradas no programa Bolsa Família e IDHM

Cidade	Renda Domiciliar Per Capita (R\$)	Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família		IDHM
		Nº	% do total da população	
Iguatu	434,67	10.191	29,34	0,677
Acopiara	266,65	8.893	45,87	0,595
Mombaça	243,85	5.914	40,03	0,582
Jucás	232,22	3.914	47,77	0,598
Catarina	246,38	1.659	22,84	0,618
Dep. Irapuã Pinheiro	233,15	1.613	43,51	0,609
Cariús	239,39	2.923	42,33	0,597
Quiixelô	242,27	2.606	45,21	0,591
Saboeiro	220,94	2.468	44,15	0,575
Piquet Carneiro	217,02	2.424	38,00	0,600

Elaboração própria a partir do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2013) e Ministério da Cidadania (BRASIL, 2020)

De acordo com os dados da tabela acima, dos 10 municípios da Região 06 estão na faixa de baixo IDHM: Acopiara (0,595), Mombaça (0,582), Jucás (0,598), Cariús (0,597), Quiixelô (0,591) e Saboeiro (0,575). Destaque para a cidade de Saboeiro, que entre os 184 municípios cearenses ocupa a 171ª posição e entre os 5.570 municípios brasileiros a colocação de número 4.742.

Ao analisarmos a renda per capita dos domicílios em 2010, constata-se que em todos os municípios os valores estão abaixo de R\$ 510,00, valor do salário mínimo no mesmo ano. A maior renda per capita verificada está na cidade Iguatu, com R\$ 437,67, e a menor na cidade de Piquet Carneiro, com R\$ 217,02. Além dos baixos salários, verifica-se que a maioria dos municípios dessa região têm mais de um terço da população cadastrada no programa Bolsa Família.

A cidade de Iguatu (Figura 44) foge um pouco a regra considerando a sua capacidade de polarização regional. A 8ª cidade mais populosa do estado do Ceará, com 96.495 habitantes em 2010 e 102.498 segundo as estimativas para 2019, se constitui como a principal cidade do

médio e alto Jaguaribe, e é considerada uma cidade média por alguns estudiosos da rede urbana cearense como Amora (2004) e Holanda (2011).

Figura 44 - Cidade de Iguatu



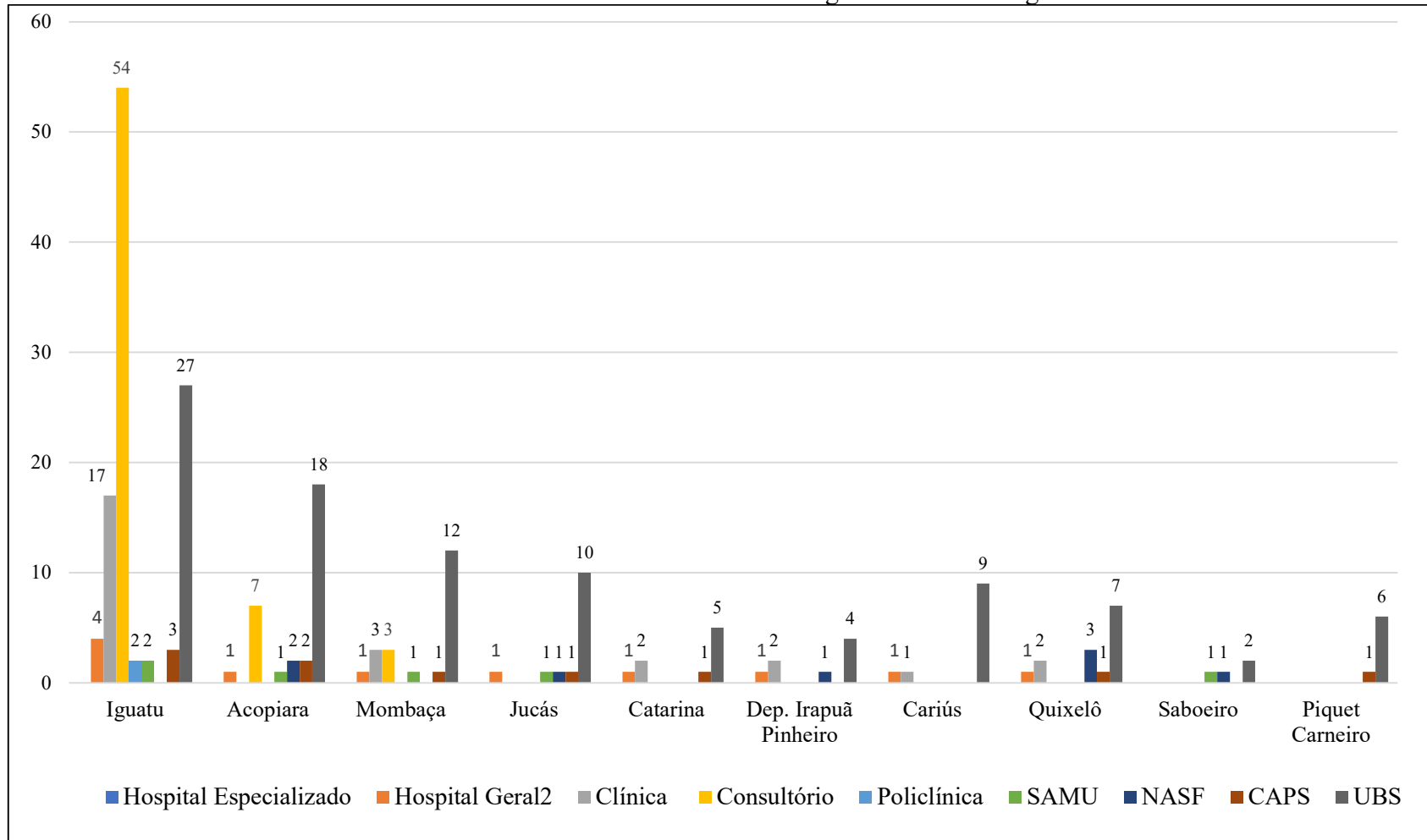
Fonte: <http://blogs.diariodonordeste.com.br/centrosul/cidades/32524/32524>

A importância de Iguatu na rede urbana cearense, alcançada após o período áureo da cotonicultura e a construção da estrada de ferro que passava pela cidade, está ligada ao crescimento populacional e as importantes funções que desenvolve, tendo no comércio e serviços a base econômica principal. A atividade industrial ainda é considerada pequena, com participação de apenas 9,4% no PIB municipal. Souza (2007) narra o contexto de expansão das cidades do interior cearenses e nesse caso da cidade de Iguatu:

As cidades do interior cearense mais bem servidas pelos transportes terrestres, tinham suas praças comerciais mais desenvolvidas, tornando-se, com o tempo, distribuidoras de bens e serviços para suas áreas vizinhas. Como processo de crescimento urbano amplia-se a infraestrutura urbana e diversificam-se os serviços, permitindo a ampliação da área de influência das cidades [...] A cidade de Iguatu constitui-se como principal centro na região do médio e alto Jaguaribe com intensa rede comercial e de serviços nos municípios da área. Mantém relações comerciais com as cidades de Crato e Juazeiro do Norte na região do Cariri, e com Fortaleza, além das ligações com os centros urbanos de Cajazeiras e Campina Grande na Paraíba (SOUZA, 2007, p. 25-28).

Em que pese a centralidade de Iguatu no contexto regional, por abrigar importantes equipamentos urbanos como unidades de ensino superior, bons colégios secundários, lojas, Delegacia Regional, INSS etc., o que aqui nos interessa é evidenciar a sua importância a partir dos serviços de saúde. Para tanto, vejamos a distribuição dos estabelecimentos de saúde em sua região (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Estabelecimentos de saúde – Região de Saúde de Iguatu



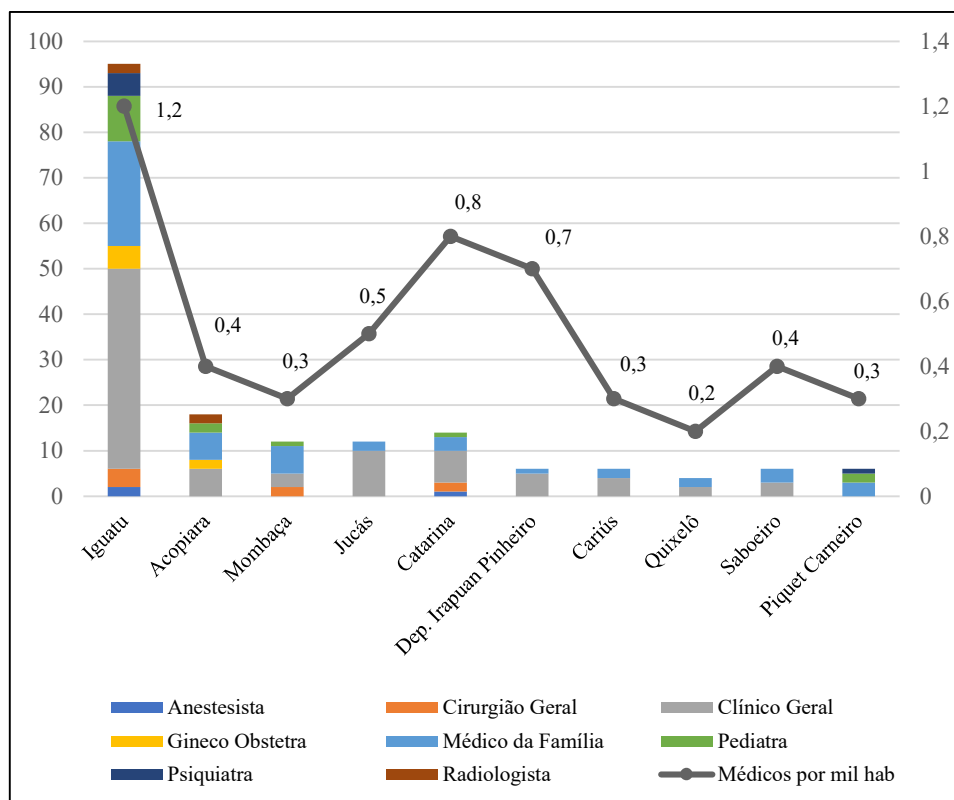
Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

Os dados referentes a distribuição dos equipamentos e serviços de saúde nessa região evidenciam que dos 221 estabelecimentos de saúde com cadastros nos CNES, 109 (49,3%) estão localizados em Iguatu, com destaque para a presença de 17 clínicas e 54 consultórios médicos. Nos demais municípios, a maior parte dos estabelecimentos está ligada à atenção básica. Tal como se observou na Região de Icó, duas cidades não possuem hospitais, pois em Saboeiro e Piquet Carneiro o atendimento à população nos serviços de ambulatório de média complexidade é realizado por uma Unidade Mista, isto é, uma UBS que funciona 24h por dia. Essas unidades, em geral, tem a missão de estabilizar o paciente e direcioná-lo para a cidade de Iguatu. Em Saboeiro, a recente instalação de uma unidade do SAMU tem reforçado esse processo de transferência de pacientes para a cidade polo da região.

Em Iguatu, existem 04 hospitais gerais - Hospital Regional de Iguatu (municipal), Hospital e Maternidade Agenor Araújo (municipal), Hospital São Camilo (privado) e o Hospital São Vicente (privado) -, que totalizam 232 leitos de internação para serviços ambulatoriais de média e alta complexidade e serviços hospitalares de média complexidade.

Tal infraestrutura em saúde requer a atuação de profissionais médicos. O Gráfico 5 mostra a distribuição deste recurso humano nos municípios que fazem parte da Região de Saúde de Iguatu:

Gráfico 5 - Equipes médicas e quantidade de médicos por mil habitantes – Região de Saúde de Iguatu

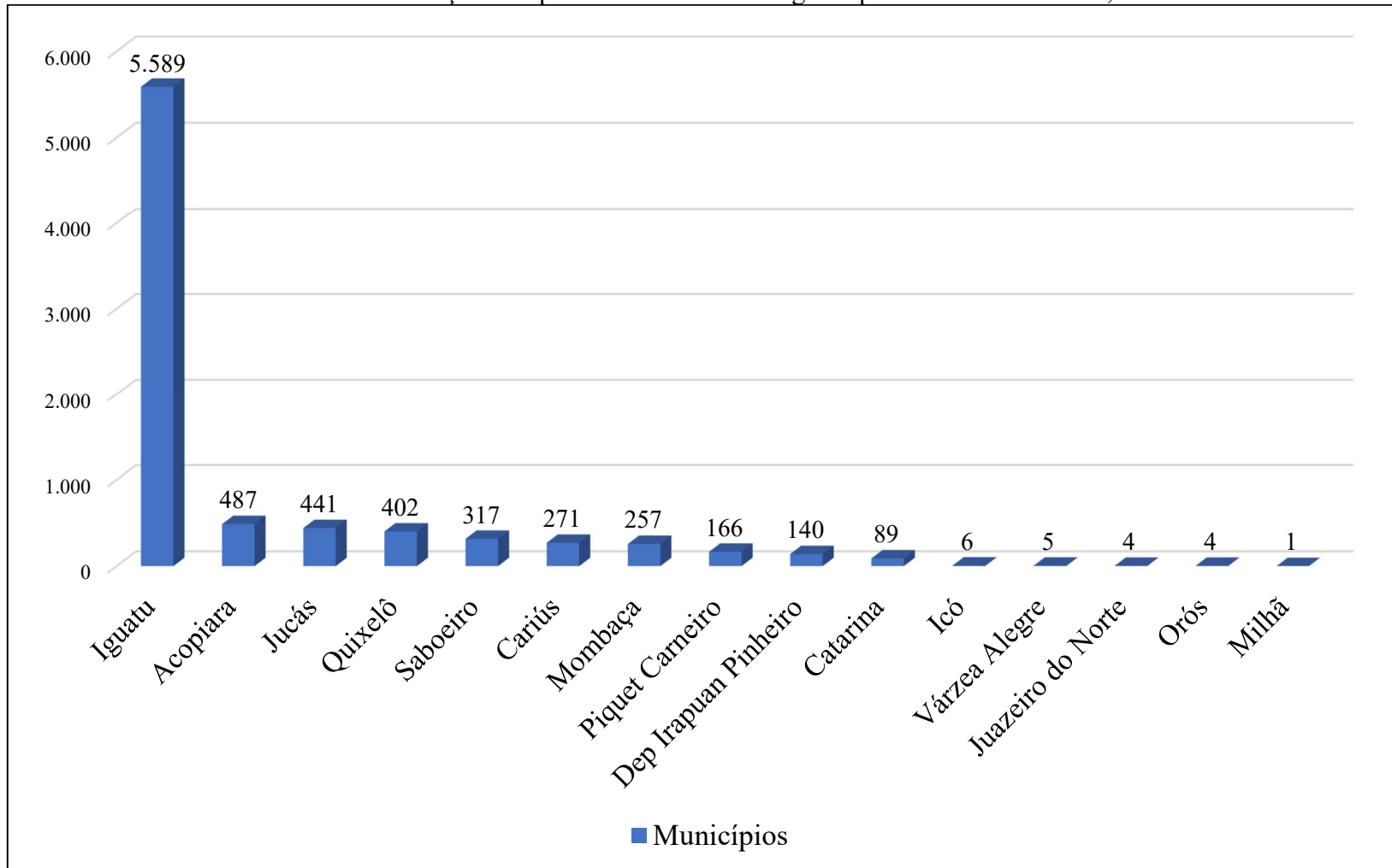


Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

De posse dessas informações, fica clara a centralidade de Iguatu em relação às outras cidades da região, possuindo quantidade bem maior de médicos de várias especialidades. Entretanto, a média de médicos por mil habitantes ainda é muito inferior ao que é recomendado pelas autoridades sanitárias, ou seja, 2,5 médicos por mil habitantes. No contexto regional, observa-se grandes deficiências na atuação destes profissionais, o que implica na baixa oferta de assistência e cuidado à saúde da população.

Nestas condições, é esperável que exista uma alta demanda e sobrecarga na rede SUS, constatado pelo fluxo de pacientes de outros municípios em direção a Iguatu (Gráfico 6). Considerando a rede de deslocamentos a partir das internações hospitalares em 2019, temos o seguinte quadro regional:

Gráfico 6 – Internações hospitalares na cidade de Iguatu por local de residência, 2019

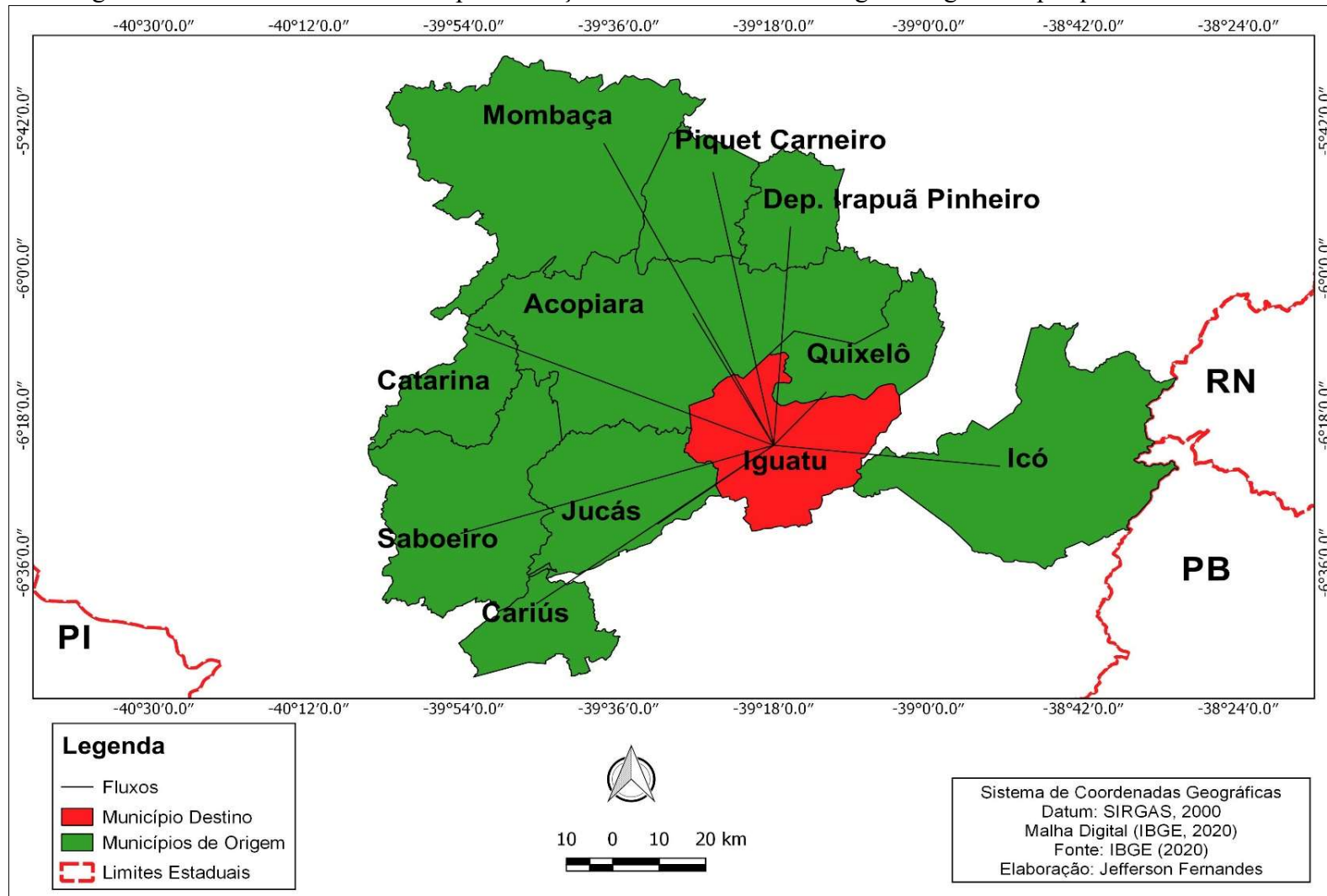


Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

Estes dados mostram que, ao todo, 15 cidades aparecem nos registros de internações em 2019, sendo que das 8.179 internações 5.589 (67,6%) são de pacientes residentes em Iguatu. As razões para esse número são as mesmas já explicadas anteriormente sobre as internações na cidade de Icó. É mister destacar, também, que no total de internações de 2019, 06 são da cidade de Icó, polo da microrregião vizinha. Isto se deve ao fato de Icó contar com apenas 01 hospital geral de referência na região, enquanto a cidade de Iguatu conta com uma maior variedade de serviços.

O conjunto de cidades da microrregião de Iguatu apresentam números elevados de internações, o que evidencia a condição de Iguatu como cidade polo, além é claro de outras cidades pertencentes a outras regiões de saúde. Ao compararmos os dados das internações hospitalares de 2019 com os fluxos identificados na pesquisa REGIC 2018 (Figura 45), nota-se que, com o acréscimo do município de Icó, os deslocamentos para Iguatu correspondem aos municípios integrantes da sua região de saúde.

Figura 45 - Redes de deslocamento para serviços de saúde na cidade de Iguatu segundo a pesquisa REGIC 2018

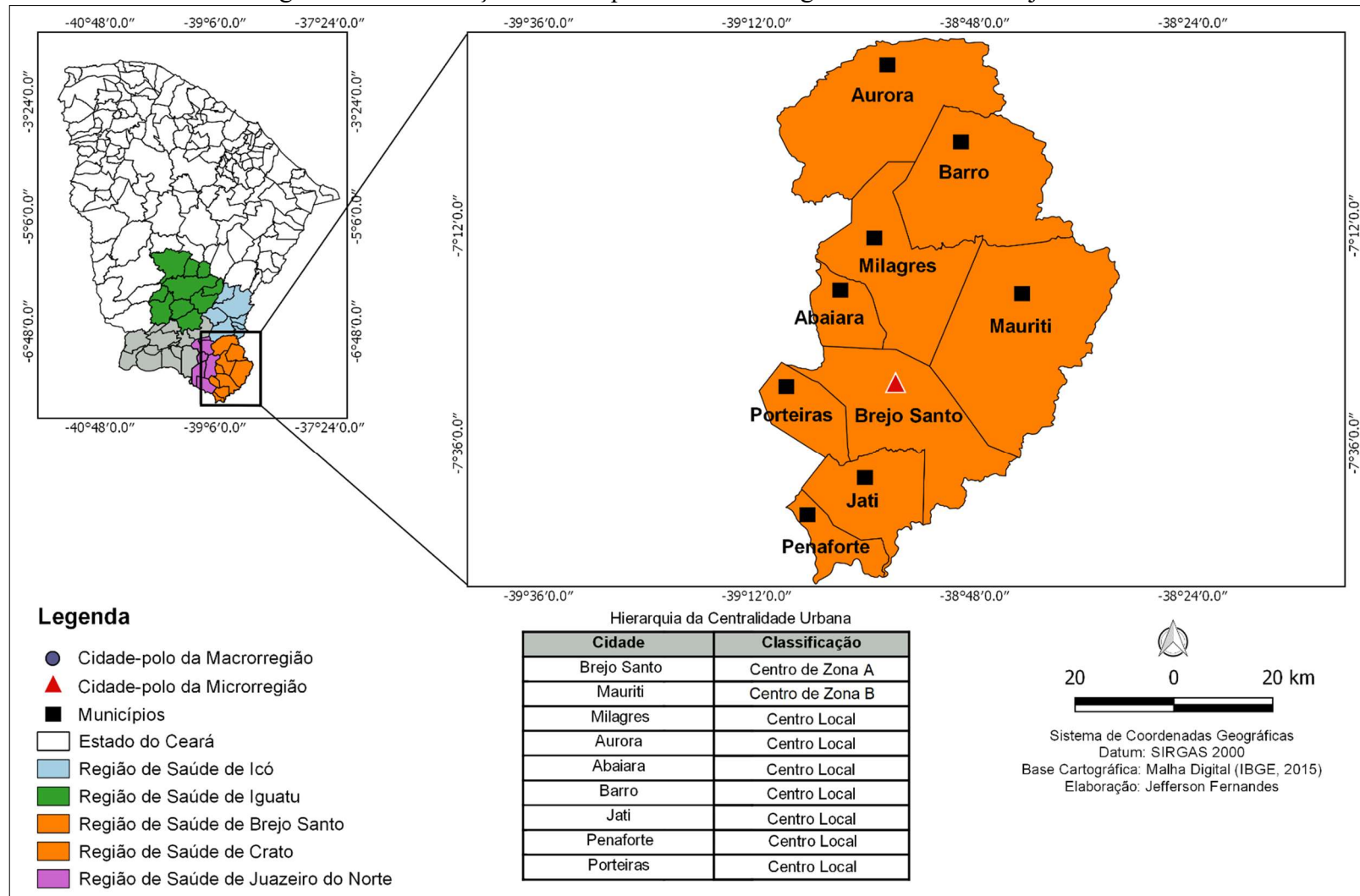


Elaboração própria a partir da pesquisa REGIC 2018 (BRASIL, 2020)

4.3 Região de Saúde de Brejo Santo

A Região de Saúde de Brejo Santo se articula em torno da cidade de mesmo nome, classificada como Centro de Zona A na REGIC 2018 e localizada à 505km da capital Fortaleza e à 64km de Juazeiro do Norte. Compõem esta região de saúde mais 08 municípios: o Centro de Zona B de Mauriti e os Centros Locais de Milagres, Aurora, Abaiara, Barro, Jati, Penaforte e Porteitas (Figura 47).

Figura 47 - Localização e hierarquia urbana da Região de Saúde de Brejo Santo



Elaboração própria a partir do PDR/SESA 2014 (CEARÁ, 2014) e da pesquisa REGIC 2018 (IBGE, 2020)

A integração territorial entres os municípios dessa região ocorre por meio das rodovias BR 116, CE 288, CE 293, CE 297, CE 384 e CE 390. Segundo o Censo de 2010, essa região conta com uma população de 205.272 habitantes e uma estimativa de 216.206 para o ano de 2019 (Tabela 13).

Tabela 13 - Região de Saúde de Brejo Santo - características populacionais

Cidade	População (2010)			Hab/km ²	População Estimada (2019)
	Total	% Urbana	% Rural		
Brejo Santo	45.193	62,7	37,3	68,12	49.477
Mauriti	44.240	52,6	47,4	42,15	47.962
Milagres	28.316	47,8	52,2	46,69	27.512
Aurora	24.566	48,1	51,9	27,73	24.654
Abaiara	10.496	43,3	56,7	58,69	11.737
Barro	21.514	61,1	38,9	30,22	22.680
Jati	7.660	58,6	31,4	21,21	8.111
Penaforte	8.226	77,7	22,3	57,96	9.077
Porteiras	15.061	41,9	58,1	69,22	14.996
Total da Região	205.272	-	-	-	216.206

Elaboração própria a partir de IBGE (2010; 2019)

Ainda conforme o Censo, dos 09 municípios da região 04 possuem mais da metade da população localizada na zona rural: Milagres (52,2%), Aurora (51,9%), Abaiara (56,7%) e Porteiras (58,1%), evidenciando um forte caráter rural da região. As cidades de Penaforte e Brejo Santo, apresentam os maiores índices de população tipicamente urbana, com 77,7% e 62,7%, respectivamente. Uma nota faz-se necessária em relação aos municípios de Milagres e Porteiras ao compararmos a população do Censo de 2010 com as estimativas de 2019, pois nestas duas cidades se verificou a diminuição do seu quantitativo populacional. Tal como observado nas regiões de Icó e Iguatu, a densidade demográfica da região é baixa, com exceção da cidade polo de Brejo Santo com uma taxa média (68,12 hab/km²).

Analisando o PIB por setores da economia (Tabela 14), no entanto, apesar da região ter muitos habitantes na zona rural, o setor agrícola não apresenta números significativos, com exceção do município de Porteiras (27,9%). Assim como nas regiões anteriores é o setor terciário com o comércio e serviços que movimentam a economia regional. No setor industrial, Brejo Santo conta com um percentual de 28,2%, e isso se deve a presença de uma indústria para a produção de cerâmica que ajuda a movimentar a economia da cidade. Das 09 cidades dessa região, 06 apresentam um PIB acima de 80% ligado ao setor de serviços.

Tabela 14 - Região de Saúde de Brejo Santo – composição do PIB por municípios

Cidade	PIB por Setores da Economia						
	Total	Agrícola		Industrial		Serviços	
		RS	%	RS	%	RS	%
Brejo Santo	630.106,97	38.606,18	6,1	177.215,10	28,2	414.284,45	65,7
Mauriti	316.337,04	47.128,70	14,9	18.671,45	5,9	250.536,78	79,2
Milagres	187.952,13	18.074,94	9,6	9.350,55	4,9	160.525,66	85,4
Aurora	162.914,58	14.856,11	9,1	6.231,13	3,6	141.826,76	87,3
Abaíara	69.108,67	4.435,16	7,6	5.875,83	2,9	58.796,33	89,5
Barro	147.325,03	13.890,95	9,4	9.938,37	6,7	123.494,98	83,8
Jati	67.767,52	4.551,62	6,7	2.561,74	3,7	60.653,43	89,6
Penaforte	78.877,33	5.164,45	6,5	5.613,91	7,1	68.098,11	86,4
Porteiras	119.923,05	33.487,20	27,9	5.751,88	4,7	80.683,45	67,4
Total do PIB da Região				1.780.312,32			

Elaboração própria a partir de IBGE (2016)

Os dados sobre a situação econômica e social da população destes municípios (Tabela 15), revela que, com relação ao IDHM, ao contrário das regiões de Icó e Iguatu, nenhum município está situado na faixa de baixo desenvolvimento humano. Todavia, o valor da renda per capita dos domicílios em 2010 e o percentual de famílias cadastradas no Bolsa Família em 2019 indicam um alto índice de pobreza na região. Todos os municípios têm mais 30% da população dependente da transferência de renda do Governo Federal, com destaque para Penaforte, com 63,44%, o mais alto percentual encontrado para o estado do Ceará no período correspondente.

Tabela 15 - Região de Saúde de Brejo Santo – renda per capita, famílias cadastradas no Programa Bolsa Família e IDHM

Cidade	Renda Domiciliar Per Capita (R\$)	Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família		IDHM
		Nº	% do total da população	
Brejo Santo	325,64	6.115	35,19	0,647
Mauriti	236,11	7.851	51,42	0,605
Milagres	261,96	5.221	53,12	0,628
Aurora	255,78	3.943	45,07	0,605
Abaíara	229,74	1.904	44,02	0,628
Barro	254,44	3.203	39,00	0,601
Jati	264,55	1.207	39,33	0,651
Penaforte	271,18	2.329	63,44	0,646
Porteiras	218,44	2.509	48,01	0,622

Elaboração própria a partir do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2013) e Ministério da Cidadania (BRASIL, 2020)

Brejo Santo, enquanto cidade polo da sua região, é apenas a 37ª mais populosa do estado do Ceará, com 45.195 habitantes em 2010 e 49.477 nas estimativas de 2019 (Figura 48). Como esta cidade está localizada a cerca de 50min de distância de Juazeiro do Norte, o setor de comércio não exerce influência sobre as cidades vizinhas, ao contrário do que se verifica em

Icó e Iguatu. É com base nos serviços, sobretudo os da área de saúde, que Brejo Santo se torna uma importante cidade do sul cearense.

Figura 48 - Cidade de Brejo Santo



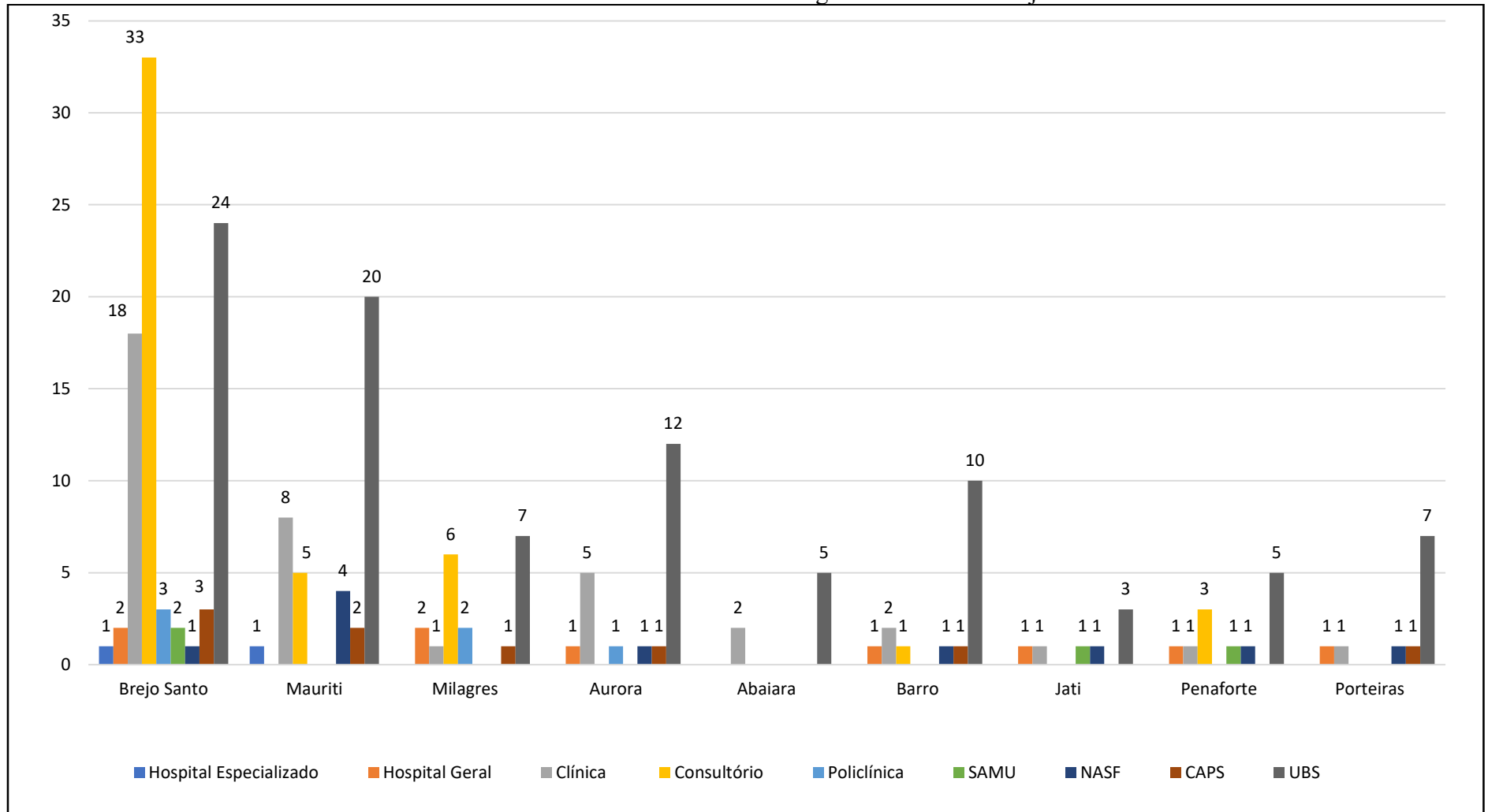
Fonte: <https://www.okariri.com/cariri/brejo-santo-ce-mpce-recomenda-alteracoes-no-edital-do-concurso-publico/>

Brejo Santo é a sede de importantes equipamentos urbanos como Delegacia Regional, INSS, Policlínica Regional, Centro de Especialidades Odontológicas Regional, Departamento Estadual de Transito (DETRAN), bons colégios secundários e abriga um campus da UFCA com os cursos de licenciatura em Biologia, Física, Matemática, Química e Pedagogia, bem como a presença de importantes hospitais.

Uma explicação parcial para que Brejo Santo conte com estes equipamentos urbanos, especialmente os ligados ao setor público, já que a cidade possui praticamente a mesma população da vizinha cidade de Mauriti, é a atuação da família Landim, grupo político de forte destaque na política regional caririense.

Ao observarmos os estabelecimentos de saúde (Gráfico 7), a cidade de Brejo Santo, diferentemente de Icó e Iguatu, possui um Hospital Especializado, o Hospital de Olhos do Ceará, além de dois Hospitais Gerais: a Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima e o Hospital Geral de Brejo Santo, ambos sob administração municipal. O Hospital Geral de Brejo Santo possui Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do Tipo I, portanto, presta serviços hospitalares de alta complexidade. Com essas unidades, Brejo Santo possui 241 leitos de internação. A vizinha cidade de Mauriti, Centro de Zona B, com 44.240 habitantes em 2010 e 47.962 em 2019, também possui um Hospital Especializado, o Hospital Maternidade São José, com 13 leitos de internação.

Gráfico 7 - Estabelecimentos de saúde – Região de Saúde de Brejo Santo

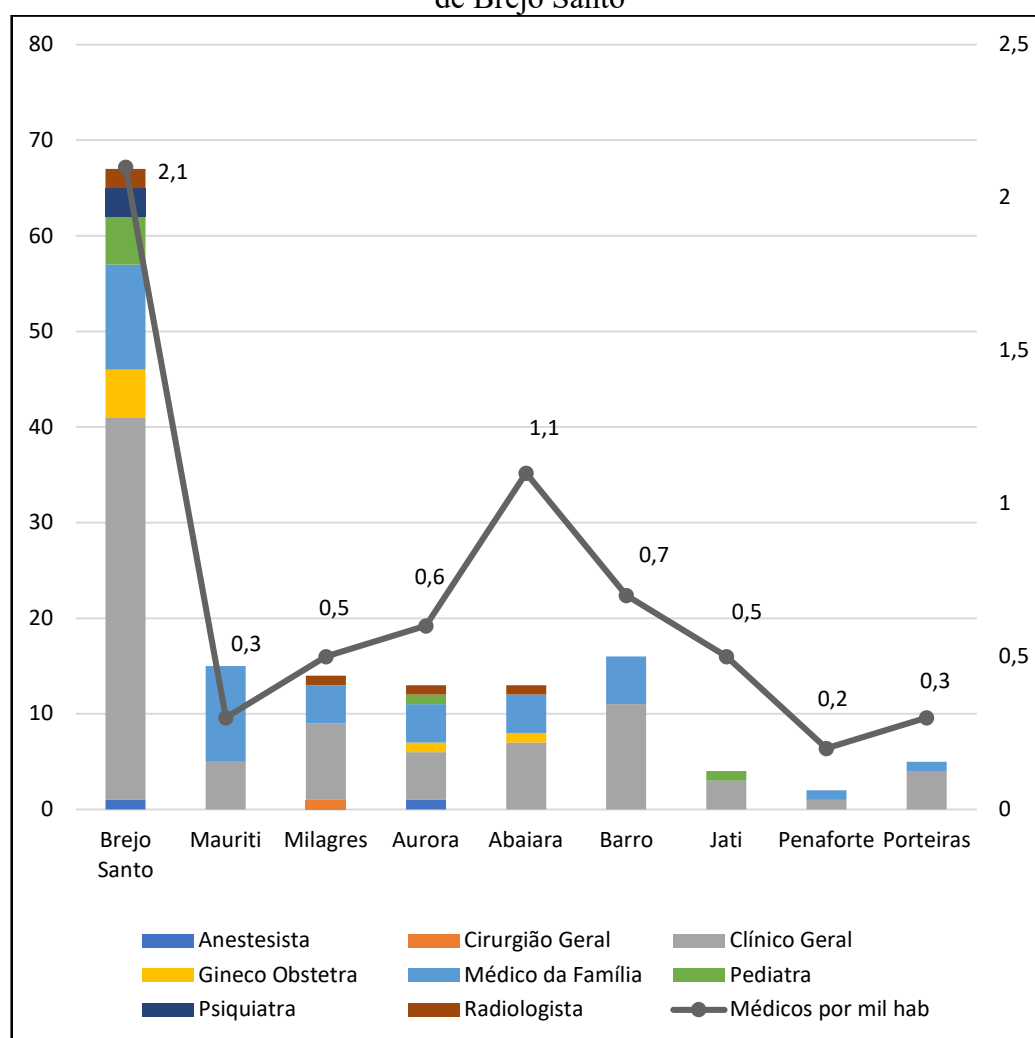


Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

A presença de várias clínicas e consultórios médicos também é uma marca na cidade de Brejo Santo, atuando como complementação para o setor público. Nos demais municípios, assim como nas Regiões de Icó e Iguatu, o sistema de saúde está pautado, sobretudo, na atenção básica através das UBSs. Em Abaiara, município com 10.496 habitantes em 2010 e 11.073 nas estimativas de 2019, os serviços ambulatoriais de média complexidade são realizados por uma Unidade Mista, logo, a cidade não possui um hospital.

Diante dessa configuração regional dos serviços e equipamentos de saúde, a maior parte das equipes médicas concentram-se em Brejo Santo (Gráfico 8). Esta região possui as melhores taxas de médicos por mil habitantes em comparação com as regiões de Icó e Iguatu.

Gráfico 8 - Equipes médicas e quantidade de médicos por mil habitantes – Região de Saúde de Brejo Santo



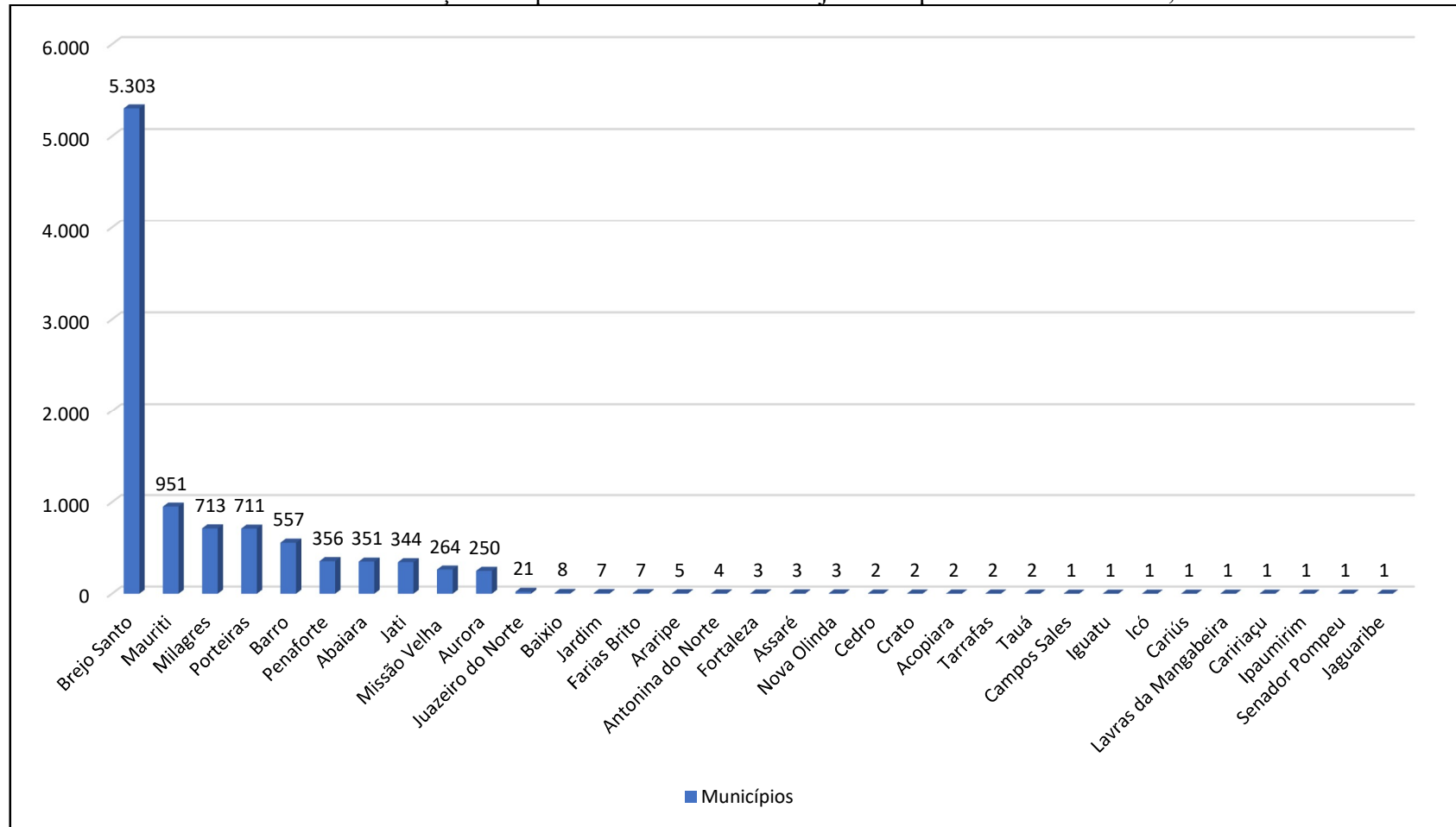
Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

Os dados apontam que Brejo Santo, com 2,1 médicos/1.000 habitantes se aproxima da média recomendada pelo Ministério da Saúde. Na região, as especialidades médicas mais

presentes são os clínicos gerais, que atuam nos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), clínicas e consultórios médicos, e os médicos da saúde da família, atuantes nas UBSs. Nos menores índices sobre a atuação de médicos, destaque para os municípios de Mauriti, Porteiras e Penaforte, com taxas de 0,3, 0,3 e 0,2 médicos/1.000 habitantes, respectivamente.

A partir do que foi exposto, percebe-se que Brejo Santo, apesar de ser uma cidade menor em relação a Icó e Iguatu, apresenta uma melhor infraestrutura no setor saúde e uma maior centralidade regional, o que pode ser evidenciado pelos fluxos resultantes das internações hospitalares em 2019 (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Internações hospitalares na cidade de Brejo Santo por local de residência, 2019



Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

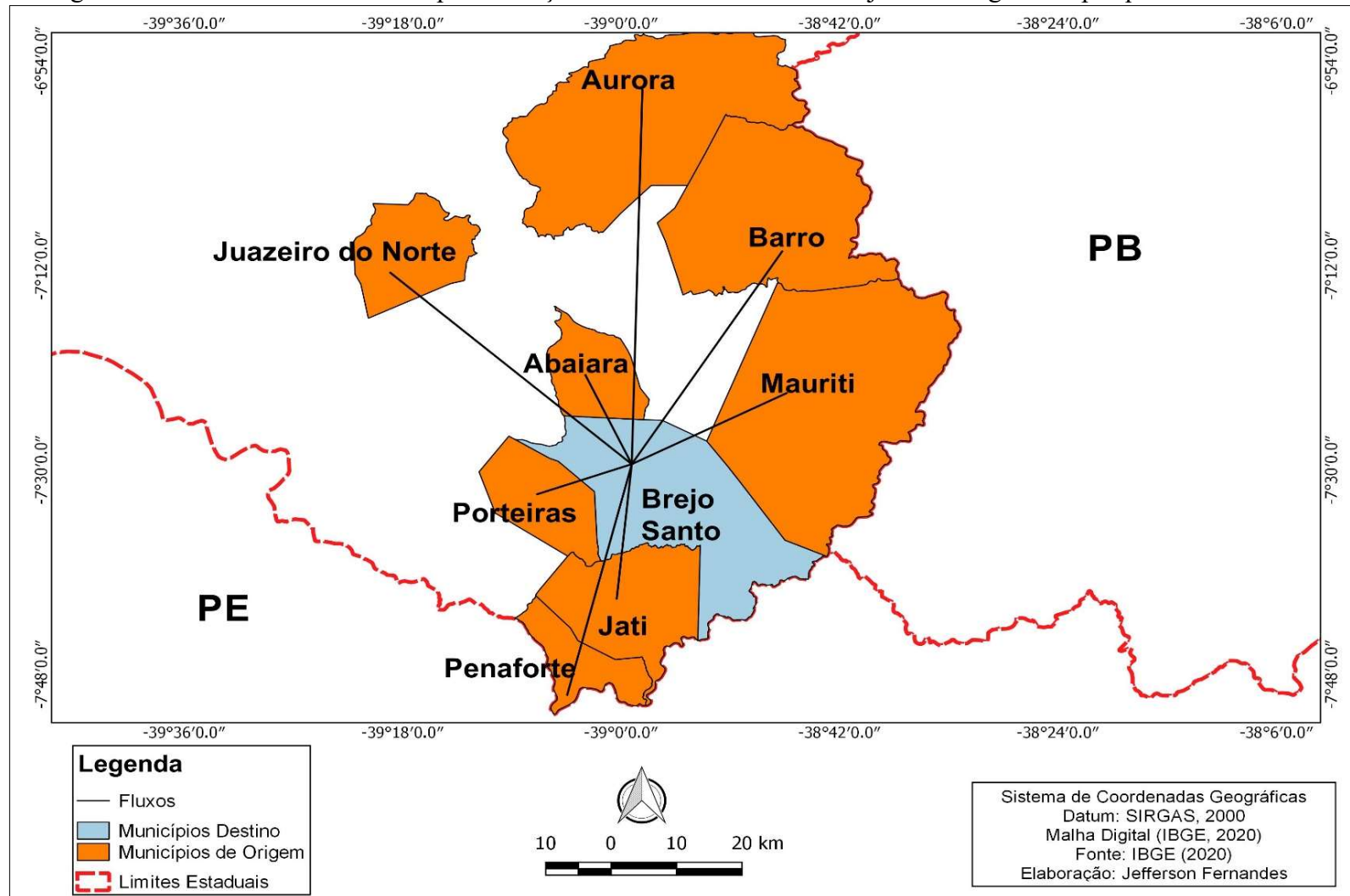
A partir dos dados levantados no DATASUS, nota-se que Brejo Santo possui uma maior influência regional na rede SUS do que Iguatu e Icó. Do total de internações em 2019, 33 cidades aparecem nos registros oficiais, sendo que a maior parte das internações são de pessoas residentes em Brejo Santo, com 5.303 (50,8%) de um total de 9.879. Nas demais posições com maior número de internações, estão as cidades pertencentes a microrregião de Brejo Santo: Mauriti (951), Milagres (713), Porteiras (711) e Barro (577). A cidade de Missão Velha, que pertence a microrregião de Juazeiro do Norte, apresentou um total de 264 internações, superando o total de pacientes internados residentes em Aurora, com 250 habitantes.

Na REGIC 2018, Brejo Santo apresentou um alto índice de centralidade especificamente para serviços de baixa e média complexidade no Cariri. A pesquisa destacou que:

Brejo Santo (CE) ganhou destaque por conta de ajustes realizados para o arranjo populacional formado por Juazeiro do Norte (CE), Crato (CE) e Barbalha (CE). Estes três municípios apresentaram complementariedade nas respostas para saúde de baixa e média complexidade, de maneira que os informantes indicaram os outros componentes do próprio arranjo como principais destinos. Ao realizar o procedimento de adequação das respostas para a unidade do arranjo populacional, no qual se desconsidera citações dentro do próprio arranjo, o único município externo mencionado como destino para serviços de saúde de baixa e média complexidade foi Brejo Santo (CE), a cerca de 60 km do Arranjo Populacional de Juazeiro do Norte – Crato – Barbalha/CE (IBGE, 2020, p. 09).

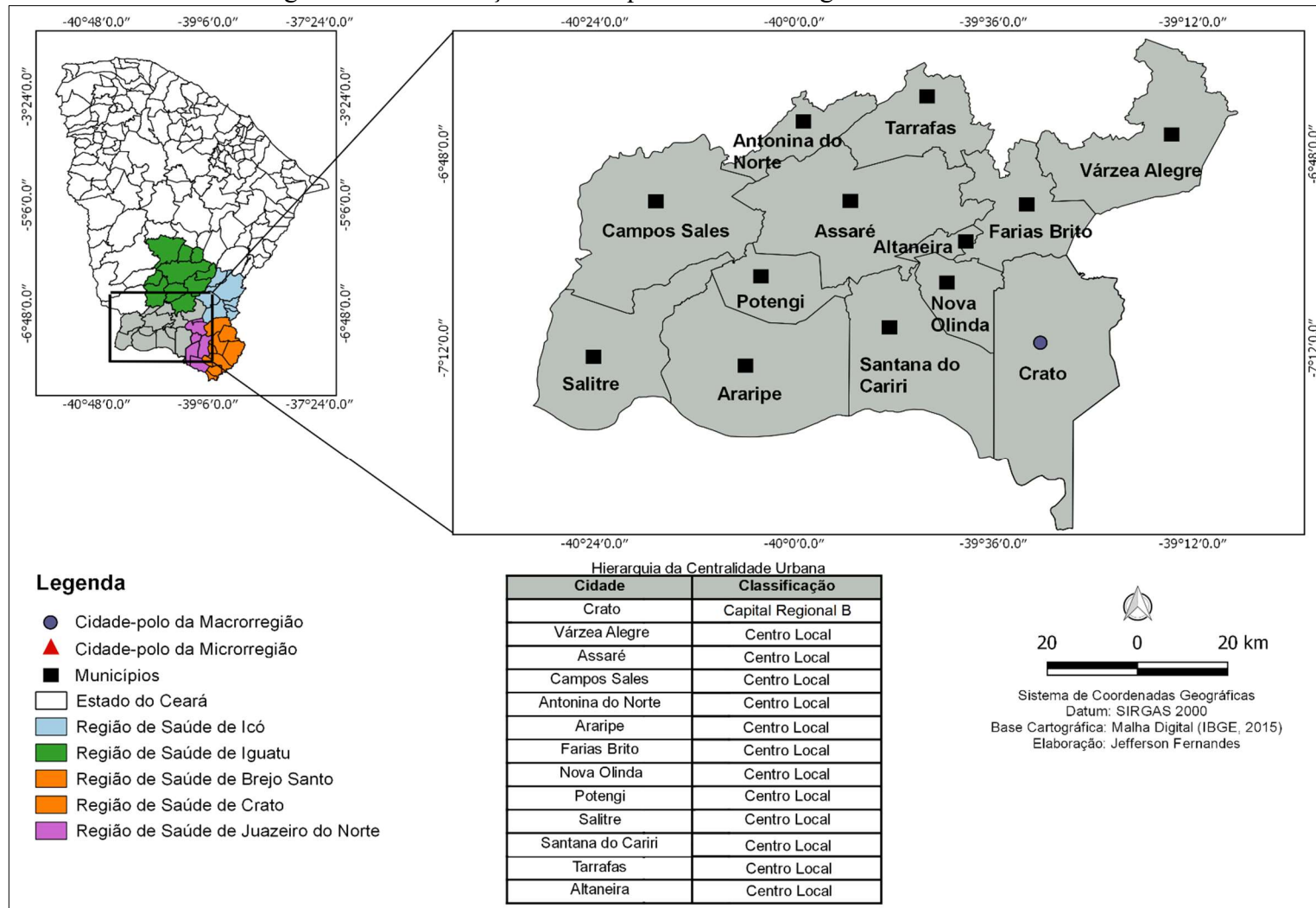
Neste sentido, os entrevistados de Aurora, Barro, Mauriti, Penaforte, Jati, Porteiras, Abaiara e, inclusive, de Juazeiro do Norte, indicaram Brejo Santo como polo de referência para consultas médicas e exames clínicos de baixa e média densidade técnica (Figura 49).

Figura 59 - Redes de deslocamento para serviços de saúde na cidade de Brejo Santo segundo a pesquisa REGIC 2018



Elaboração própria a partir da pesquisa REGIC 2018 (IBGE, 2020)

Figura 61 – Localização e hierarquia urbana da Região de Saúde de Crato



Elaboração própria a partir do PDR/SESA 2014 (CEARÁ, 2014) e da pesquisa REGIC 2018 (IBGE, 2018)

É a mais extensa microrregião de saúde do Cariri, sendo interligada pelas rodovias estaduais CE 122, CE 176, CE 292, CE 375, CE 388 e CE 494.

Segundo dados do Censo de 2010, essa região possui uma população de 328.410 habitantes e as estimativas de 2019 apontam para um total de 349.132 habitantes (Tabela 16). Estes municípios apresentam uma elevada taxa de urbanização, especialmente no município do Crato, que contam com percentual de 83,1% da população vivendo na zona urbana. O número de pessoas localizadas na zona rural é maior em 03 dos 12 municípios: Tarrafas (70,6%), Salitre (59,5%) e Farias Brito (53,4%).

Tabela 16 - Região de Saúde de Crato - características populacionais

Cidade	População (2010)				População Estimada (2019)
	Total	% Urbana	% Rural	Hab/km ²	
Crato	121.428	83,1	16,1	103,21	132.123
Várzea Alegre	38.434	62,1	52,6	45,99	40.721
Assaré	22.445	53,2	46,2	20,11	23.417
Campos Sales	26.506	71,9	28,1	24,48	27.426
Antonina do Norte	6.984	71,5	28,5	26,85	7.353
Araripe	20.685	61,5	38,5	18,81	21.600
Farias Brito	19.007	46,6	53,4	37,74	19.450
Nova Olinda	14.256	68,1	31,9	50,13	15.565
Potengi	10.276	55,6	44,4	30,34	11.045
Salitre	15.453	40,5	59,5	19,21	16.554
Santana do Cariri	17.170	51,3	48,7	20,07	17.700
Tarrafas	8.910	29,4	70,6	19,61	8.592
Altaneira	6.856	72,3	27,7	93,54	7.586
Total da Região	328.410	-	-	-	349.132

Elaboração própria a partir de IBGE (2010; 2019)

Em geral, estes municípios possuem uma baixa densidade demográfica, exceto Crato, com a taxa de 103,21 hab/km² por ser o município mais populoso e desenvolvido economicamente de sua região. A cidade de Tarrafas registrou uma diminuição da sua população se compararmos os dados do Censo de 2010 com as estimativas para 2019.

Analisando a composição do PIB desses municípios (Tabela 17), tal como em praticamente todos os municípios do interior cearense, os setores agrícola e industrial apresentam baixos índices se comparado com o setor terciário.

Tabela 17 - Região de Saúde de Crato – composição do PIB por municípios

Cidade	PIB por Setores da Economia						
	Total	Agricultura		Industrial		Serviços	
		R\$	%	R\$	%	R\$	%
Crato	1.376.163,4	61.695,42	4,4	203.571,96	14,8	1.110.896,6	80,7
Várzea Alegre	297.803,21	22.893,25	7,6	29.176,85	9,7	245.732,55	82,7
Assaré	142.826,55	13.327,13	9,4	6.871,38	4,8	122.627,37	85,8
Campos Sales	189.703,63	9.773,73	5,2	7.422,48	3,9	172.507,23	90,9

Antonina do Norte	48.735,06	1.797,08	3,6	2.066,82	4,2	44.70,17	91,2
Araripe	143.441,11	18.074,91	12,6	5.193,22	3,6	120.172,31	83,7
Farias Brito	125.011,49	16.734,04	13,3	4.760,59	3,8	103.516,67	82,8
Nova Olinda	110.518,09	7.007,26	6,3	10.086,10	9,2	93.424,14	84,5
Potengi	73.035,17	9.679,61	13,3	4.337,91	5,9	59.016,43	80,8
Salitre	102.958,84	18.122,32	16,6	2.623,52	2,5	82.212,76	80,8
Santana do Cariri	103.231,26	12.786,46	12,5	3.907,10	3,7	86.536,31	83,8
Tarrafas	51.593,10	7.734,65	14,9	1.631,43	3,1	42.226,21	81,8
Altaneira	43.468,47	2.787,07	6,5	1.723,30	3,9	38.957,96	89,6
Total do PIB da Região				2.952.221,24			

Elaboração própria a partir de IBGE (2016)

Este processo se observa até mesmo na cidade de Crato, pelas razões já expostas no capítulo anterior. Todos os municípios dessa região apresentam mais de 80% do seu PIB com base no setor de comércio e serviços, especialmente, os serviços ligados à administração pública. Diante desse contexto, as condições de renda e vulnerabilidade social da população da Região de Saúde de Crato não diferem das regiões de Icó, Iguatu e Brejo Santo. Vejamos, assim, os dados da Tabela 18.

Tabela 18 - Região de Saúde de Crato – renda domiciliar per capita, famílias cadastradas no programa Bolsa Família e IDHM

Cidade	Renda Domiciliar Per Capita	Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família		IDHM
	(R\$)	Nº	% do total da população	
Crato	470,46	13.908	31,22	0,713
Várzea Alegre	276,17	6.219	45,56	0,629
Assaré	282,60	4.441	52,33	0,600
Campos Sales	303,68	3.761	42,17	0,630
Antonina do Norte	244,83	1.984	62,27	0,599
Araripe	197,14	3.188	48,08	0,564
Farias Brito	231,88	3.103	45,15	0,633
Nova Olinda	272,10	2.972	56,21	0,625
Potengi	215,12	1.361	37,00	0,562
Salitre	176,75	2.987	57,03	0,540
Santana do Cariri	212,70	3.166	53,51	0,612
Tarrafas	214,72	1.326	43,92	0,576
Altaneira	240,97	1.467	56,84	0,602

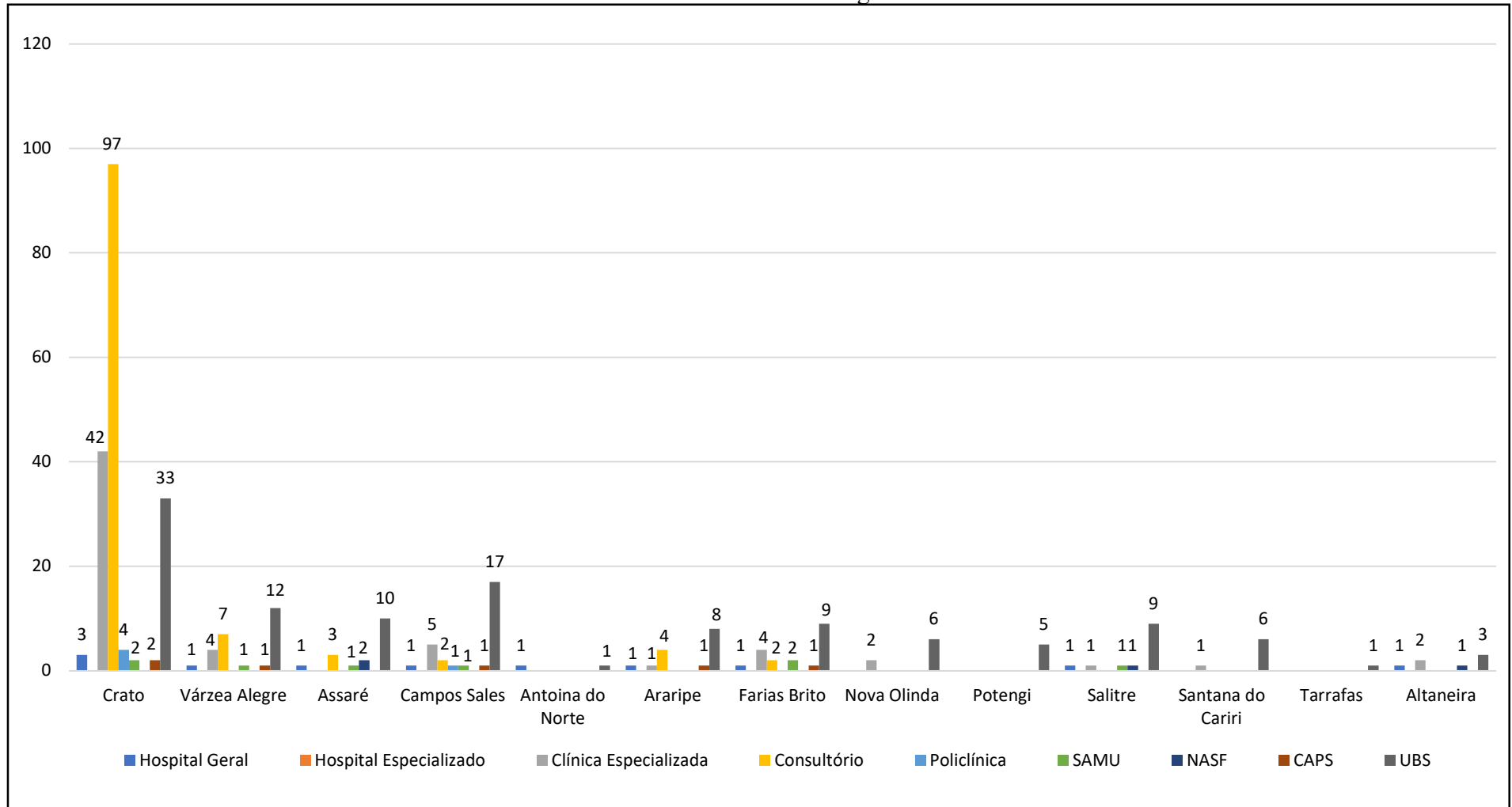
Elaboração própria a partir do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2013) e Ministério da Cidadania (BRASIL, 2020)

Crato se destaca pela maior renda domiciliar da região, com uma renda média de R\$ 470,46, mas ainda abaixo do valor do salário mínimo no ano de 2010 que era de R\$ 510,00. Municípios como Salitre e Araripe apresentaram uma renda domiciliar menor que R\$ 200,00, o que indica um alto índice de pobreza.

Em 2020, todos os municípios desta região de saúde têm mais de 30% das famílias cadastradas no Bolsa Família em 2019, com destaque para Antonina do Norte com 62,27%, um dos maiores índices do estado do Ceará. Considerando os números relativos ao IDHM, que avalia a longevidade, educação e renda, dos 13 municípios dessa região 05 estão na faixa de baixo desenvolvimento humano: Salitre (0,540), Potengi (0,562), Araripe (0,564), Tarrafas (0,576), e Antonina do Norte (0,599).

No ranking do IDHM estadual, o município de Salitre ocupa a última posição e, nacionalmente, encontra-se na colocação de número 5.325 entre os 5.570 municípios brasileiros. Crato, com o índice de 0,713, é caracterizado como sendo de alto desenvolvimento humano, o único de todo o Cariri. De posse destes dados, nota-se que esta é uma região com graves problemas sociais e econômicos, algo que conseqüentemente se reverbera no setor saúde. No capítulo anterior, já evidenciamos a importância regional do Crato e sua história. Ao observarmos a distribuição dos equipamentos de saúde nessa região, a centralidade de Crato no Cariri só se confirma (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Estabelecimentos de saúde – Região de Saúde de Crato



Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

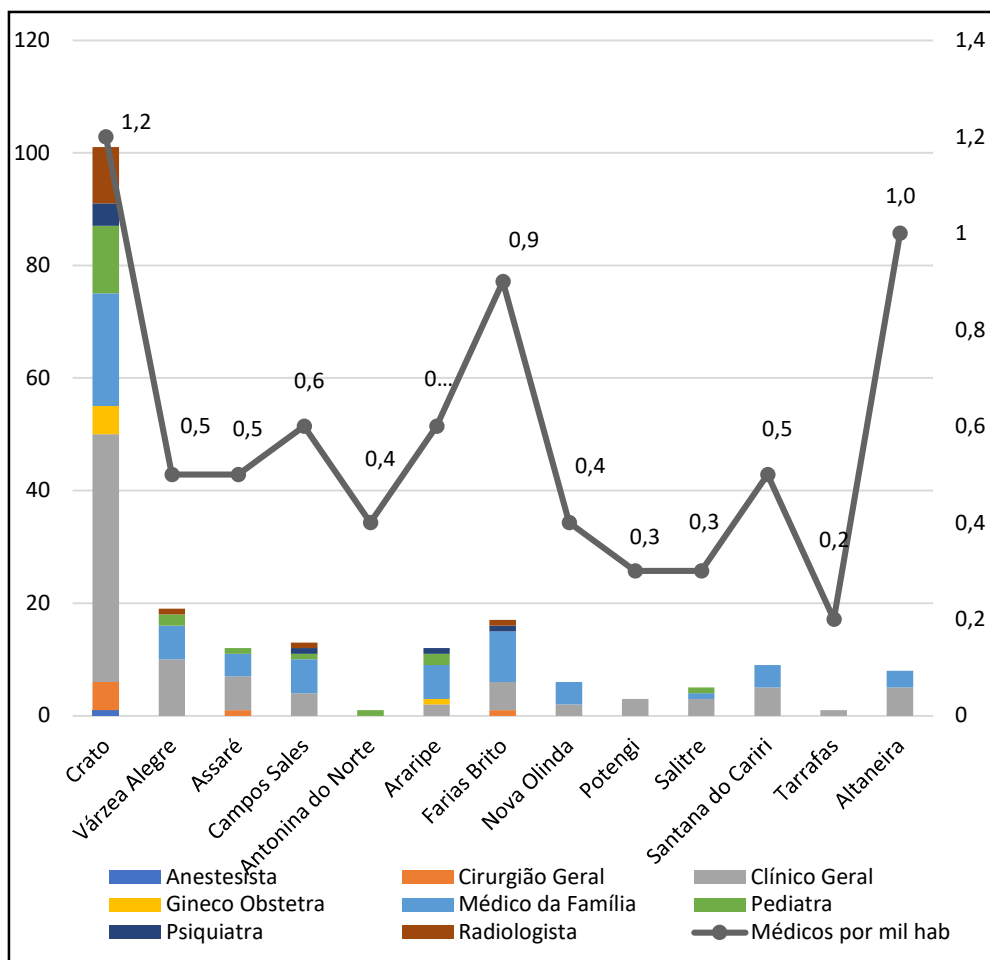
Repetindo o padrão das regiões de Icó, Iguatu e Brejo Santo, Crato possui um sistema de saúde que está mais bem estruturado do que os municípios de sua região, principalmente nos níveis de maior densidade tecnológica. O número de clínicas e consultórios médicos é bastante significativo, com um forte mercado voltado para consultas médicas de média complexidade.

Crato conta com 03 Hospitais Gerais: Hospital e Maternidade São Francisco de Assis, Hospital São Raimundo e a Casa de Saúde e Maternidade São Miguel. Com essas unidades, a cidade possui 423 leitos de internação hospitalar.

Nos demais municípios, observa-se um sistema de saúde de baixa complexidade, com destaque para as cidades de Tarrafas, Santana do Cariri, Potengi e Nova Olinda, onde não há a presença de um hospital, mas sim de UBSs que atuam na forma de Unidade Mista, prestando serviços ambulatoriais de média complexidade 24h por dia.

Nestas condições, a presença de equipes médicas ainda é bastante baixa. Ao observarmos o Gráfico 11, percebe-se que a maioria dos municípios da região de Crato estão em extrema escassez de médicos, com a maioria das taxas entre 0,6 e 0,2 médicos/1.000 habitantes.

Gráfico 11 – Equipes médicas e quantidade de médicos por mil habitantes – Região de Saúde de Crato

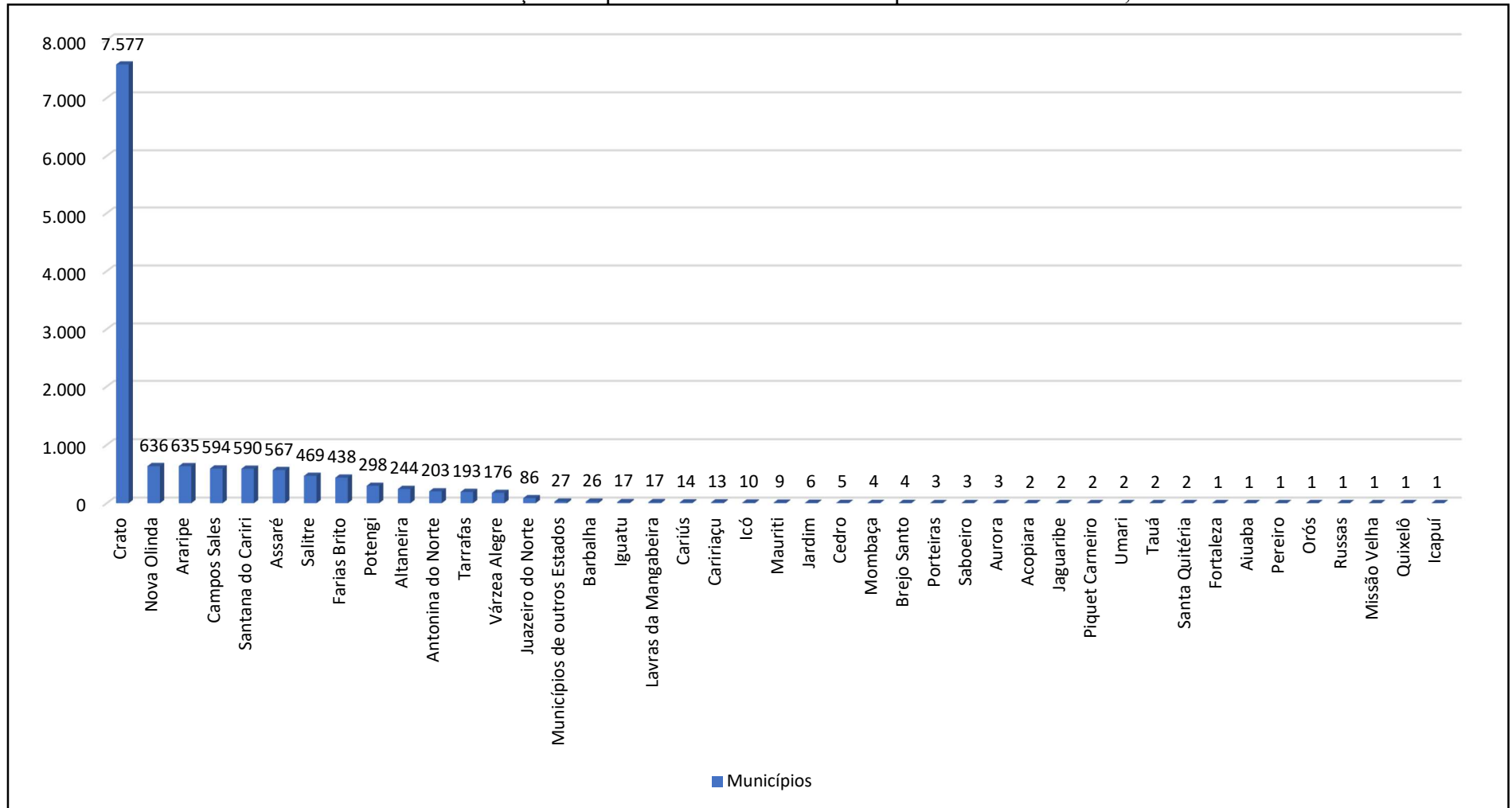


Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

Crato, enquanto cidade polo da sua região, possui uma ampla variedade de especialidades médicas e conta com uma taxa de 1,2, mas ainda distante do mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde. Os clínicos gerais e os médicos da família são os mais presentes na região, pois são especialidades de média e baixa complexidade.

Com esta infraestrutura, em meio a uma região que apresenta carência na assistência médica e recursos físicos, a rede de serviços de saúde do Crato a partir dos fluxos de internações hospitalares em 2019 tende a ser extensa, como pode ser constatado no Gráfico 12.

Gráfico 12 - Internações hospitalares na cidade de Crato por local de residência, 2019



Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

Seguindo a hierarquia dos centros urbanos identificados na REGIC 2018, Crato (Capital Regional B) exerce influência sobre um maior número de cidades em relação a Icó (Centro de Zona A), Iguatu (Centro Sub-Regional A) e Brejo Santo (Centro de Zona A).

A cidade de Crato oferece serviços considerados de alta complexidade, fortalecendo assim a sua posição na rede urbana. Das 12.891 internações realizadas em 2019, 7.577 (58,8%) são de pessoas que se declaram como residentes em Crato. Isto pode ser explicado, por um lado, pela sua dimensão populacional e, por outro, pelo número de pessoas que, apesar de residirem em outros municípios, se declaram como moradores da cidade polo para tentar agilizar o atendimento, o que pode ser feito através do comprovante de residência de familiares e/ou amigos.

Uma nota a ser destacada é que, ao consultarmos os dados sobre as internações e o local de residência dos pacientes no DATASUS, só é possível obtermos os dados a nível estadual. A SESA envia os dados ao Ministério da Saúde que disponibiliza de forma online estas informações. Infelizmente, não podemos mostrar aqui os municípios de outros estados (e quais são eles), que totalizaram 27 internações na cidade de Crato, isso sem contar os casos subnotificados, isto é, pacientes que se dizem como residentes em Crato para ter acesso aos serviços de saúde. Os dados sobre os pacientes de outros estados só podem ser obtidos na consulta dos prontuários dos hospitais de Crato. Quanto aos municípios cearenses, nota-se uma rede de fluxos composta por 42 municípios, sendo a maioria dos atendimentos feitos por aqueles da própria microrregião.

A centralidade de Crato na rede urbana para serviços de saúde se deve, especialmente, ao Hospital São Raimundo e ao Hospital São Francisco de Assis (Figura 52). O primeiro, é referência em urgência e emergência na área de traumatologia e ortopedia, sendo o maior centro transplantador de rins do interior do Nordeste e que dispõe atualmente de 112 leitos de internação hospitalar. Já o Hospital São Francisco de Assis, primeiro hospital de grande porte do Cariri, inaugurado em 1936, fundado pela Diocese do Crato e hoje pertencente à rede São Camilo, é referência nas áreas de clínica médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica, atendendo pacientes de planos particulares e da rede SUS com 224 leitos. Estes hospitais polo recebem, diariamente, pacientes da microrregião de Crato e adjacências (Figura 53).

Figura 52 - Hospital São Raimundo e Hospital São Francisco de Assis, Crato-CE



Fonte: Jefferson Fernandes

Figura 53 – Ambulância do município de Assaré no Hospital São Francisco de Assis, Crato-CE



Fonte: Jefferson Fernandes

A configuração desta rede dos serviços de saúde no Cariri resulta, também, em um complexo jogo de interesses. É o caso das pactuações regionais entre os municípios, com a existência de disputas político-partidárias que se materializam na tentativa do controle do fluxo

de pacientes. Uma matéria publicada no site da Prefeitura de Várzea Alegre em 2016, quando houve a mudança da referida cidade para a Região de Saúde de Icó, ilustra bem essa questão:

A mudança de regional foi iniciada na gestão do prefeito Vanderlei Freire, com o então secretário Fernando Fernandes, que naquele momento entenderam que seria a melhor alternativa para o atendimento da população local a Regional de Saúde de Icó. Havia ainda um ingrediente a mais que favoreceu a decisão, que foi um desentendimento entre Fernando Fernandes e Maria de Lurdes Alencar Barreto - Sanitarista da Regional de Saúde do Crato. Segundo o secretário Fernando Fernandes, a troca de regional de saúde não ocasionaria nenhum prejuízo no atendimento da população. Mas, segundo o prefeito Zé Helder, essa troca de regional tem gerado muitos problemas, especialmente com a transferência de pacientes, quando a regional do Crato impõe dificuldades alegando que a regional à qual Várzea Alegre pertence é a de Icó, para onde o paciente deve ser transferido. "A Secretaria de Saúde do Crato, os hospitais do Crato têm colocado dificuldades para receber os pacientes de Várzea Alegre, alegando que nós pertencemos à regional do Icó", disse (GOVERNO MUNICIPAL DE VÁRZEA ALEGRE 15/11/2017. Disponível em: <https://www.varzeaalegre.ce.gov.br/informa.php?id=485>).

Apesar da existência desta disputa política, o que desvenda as relações de poder na rede SUS, a tentativa de transferir os pacientes de Várzea Alegre para Icó não obteve êxito e, em 2018, Várzea Alegre voltou a pertencer a Região de Saúde do Crato. Este processo mostra que, embora as pactuações influenciem os fluxos de pacientes entre as cidades, é a prática dos sujeitos sociais e o seu movimento no território que definem o desenho final da região.

Na rede urbana dos serviços de saúde, o setor privado também desenvolve estratégias para a formação constante de fluxos. Neste caso, não interessa a origem do paciente, mas a quantidade a ser atendida, onde a doença - sua cura e prevenção, é o que movimenta o mercado. Além dos hospitais privados, que atendem a planos de saúde particulares e vendem parte dos seus serviços ao SUS, o mercado da saúde no Cariri conta com existência de várias clínicas e consultório médicos com serviços de elevada densidade técnica. Estes estabelecimentos, em geral, estão localizados, estrategicamente, próximos aos hospitais polo, e recebem um fluxo diário de pessoas residente nas cidades circunvizinhas (Figura 54)

Figura 54 - Clínicas médicas localizadas em frente ao Hospital São Francisco de Assis, Crato-CE



Fonte: Jefferson Fernandes

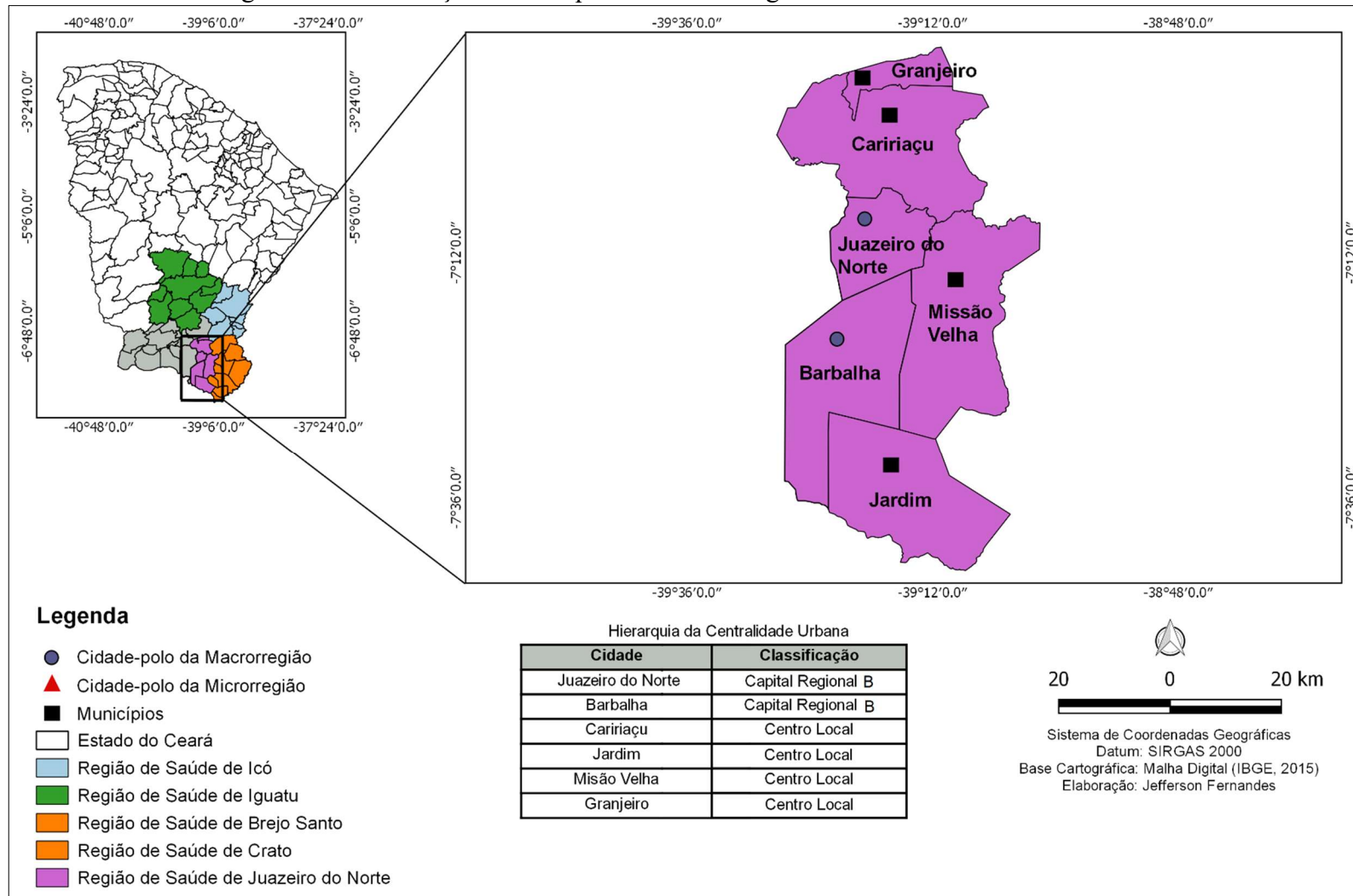
Diante desse contexto, podemos considerar que a cidade do Crato cumpre o papel de importante polo micro e macrorregional de saúde. Quanto à regionalização do IBGE (2017), a cidade do Crato faz parte da Região Geográfica Imediata de Juazeiro do Norte, pois como já evidenciamos no capítulo anterior, apesar de Crato ser uma das principais cidades cearenses, vem sendo ofuscada nos últimos anos pelo desenvolvimento econômico alcançado pela vizinha cidade de Juazeiro do Norte, cuja centralidade regional em termos da oferta dos serviços de saúde será analisada a seguir.

4.5 Região de Saúde de Juazeiro do Norte

A Região de Saúde de Juazeiro do Norte é polarizada por duas cidades que, ao lado de Crato, receberam a classificação de Capital Regional B na REGIC 2018. Juazeiro do Norte e Barbalha formam a sua região de saúde com mais 04 municípios definidos como Centros Locais: Caririaçu, Jardim, Missão Velha e Granjeiro (Figura 55). É a microrregião com a menor extensão territorial do Cariri, mas que concentra a maior parte dos recursos físicos e humanos.

As vias de interligação entre os municípios dessa região são as rodovias estaduais CE 060 e CE 293. Conforme o levantamento do Censo em 2010, essa região conta com uma população de 396.886 habitantes e 429.355 segundo as estimativas para 2019. É a região mais populosa da Macrorregião de Saúde do Cariri, com um terço da população dos 45 municípios.

Figura 55 - Localização e hierarquia urbana da Região de Saúde de Juazeiro do Norte



Elaboração própria a partir do PDR/SESA 2014 (CEARÁ, 2014) e da pesquisa REGIC 2018 (IBGE, 2020)

Conforme já destacado no capítulo anterior, Juazeiro do Norte e Barbalha possuem uma população tipicamente urbana, com percentuais de 96,7% e 68,7%, respectivamente. Já os demais municípios possuem a maior parte da população concentrada na zona rural: Granjeiro (70,5%), Jardim (63,3%), Missão Velha (55,1%) e Caririáçu (46,9%) (Tabela 19).

Tabela 19 – Região de Saúde de Juazeiro do Norte - características populacionais

Cidade	População (2010)			Hab/km ²	População Estimada (2019)
	Total	% Urbana	% Rural		
Juazeiro do Norte	249.939	96,7	3,3	1.004,45	274.207
Barbalha	55.323	68,7	31,3	97,14	59.732
Caririáçu	26.393	53,1	46,9	42,33	26.965
Jardim	26.688	33,7	63,3	48,31	27.174
Missão Velha	34.274	44,9	55,1	53,08	36.442
Granjeiro	4.629	29,5	70,5	46,23	4.844
Total da Região	396.886	-	-	-	429.355

Elaboração própria a partir de IBGE (2010; 2019)

A densidade demográfica de Juazeiro do Norte, por ter uma população vivendo praticamente na zona urbana, é uma das maiores do estado, atrás apenas dos municípios de Fortaleza, Eusébio e Maracanaú. Barbalha, por contar com a segunda maior população desta região de saúde, tem uma densidade de 97,14 hab/km². Os outros municípios, majoritariamente rurais, apresentam baixos índices de densidade demográfica.

A composição do PIB desses municípios segue o padrão regional, com destaque para o setor terciário (Tabela 20). Juazeiro do Norte, cidade mais importante do Cariri, apresenta apenas 0,4% do seu PIB ligado ao setor agrícola e 11,9% ao setor industrial, apesar de ser o terceiro maior polo calçadista do país. O PIB regional em 2016 registrou um valor de R\$ 5.210.771,74, dos quais R\$ 3.284.027,6 são resultantes da economia de Juazeiro, ou seja, 63,2%.

Tabela 20 - Região de Saúde de Crato – composição do PIB por municípios

Cidade	PIB por Setores da Economia						
	Total	Agrícola		Industrial		Serviços	
		R\$	%	R\$	%	R\$	%
Juazeiro do Norte	3.747.106,93	16.226,81	0,4	446.852,58	11,9	3.284.027,6	87,7
Barbalha	775.743,92	91.775,9	11,8	123.554,4	15,9	560.476,4	72,2
Caririáçu	170.357,33	25.491,13	14,9	6.034,01	3,5	138.831,15	81,4
Jardim	170.993,98	20.217,43	11,8	5.007,12	2,9	145.769,32	85,2
Missão Velha	315.978,97	106.339,43	33,4	15.894,82	5,3	193.744,86	61,3
Granjeiro	30.594,11	3.448,39	11,4	1.182,33	3,8	25.962,13	84,8
Total do PIB da Região				5.210.771,74			

Elaboração própria a partir de IBGE (2016)

Um exame das condições de renda das famílias em 2010 (Tabela 21) permite notar que Juazeiro do Norte possui a maior renda domiciliar registrada entre os municípios do Cariri com

R\$ 439,53, mas segue o padrão regional de estar abaixo do valor do salário mínimo à época do Censo que era de R\$ 510,00.

Tabela 21 - Região de Saúde de Juazeiro do Norte – renda domiciliar per capita, famílias cadastradas no programa Bolsa Família e IDHM

Cidade	Renda Domiciliar Per Capita	Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família		IDHM
	(R\$)	Nº	% do total da população	
Juazeiro do Norte	439,53	20.510	24,02	0,694
Barbalha	362,90	6.743	35,55	0,683
Caririaçu	243,10	5.106	56,08	0,578
Jardim	245,09	4.437	52,12	0,614
Missão Velha	293,16	5.675	48,07	0,622
Granjeiro	221,14	961	55,31	0,585

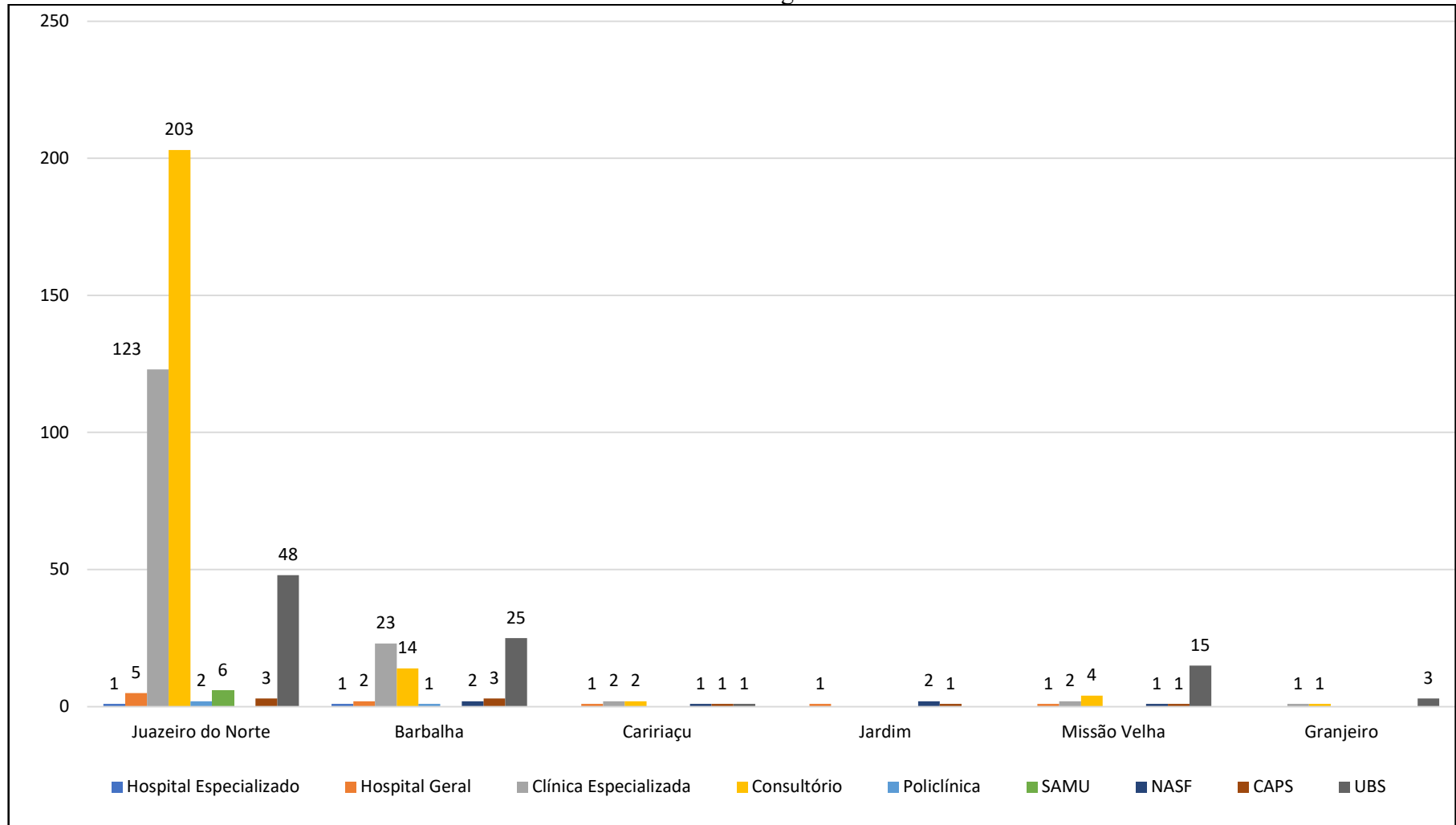
Elaboração própria a partir do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (BRASIL, 2013) e Ministério da Cidadania (BRASIL, 2020)

A situação de pobreza das famílias se confirma ao compararmos o número de famílias cadastradas no Bolsa Família, pois com exceção de Juazeiro do Norte, os demais municípios têm mais de um terço da população vinculada aos benefícios do programa de transferência de renda do Governo Federal.

No tocante ao IDHM, dos 06 municípios dois estão na faixa de baixo desenvolvimento humano: Caririaçu, com 0,578, e Granjeiro, com 0,585. Estes dois municípios apresentam, também, os menores valores para a renda per capita domiciliar em 2010 e os maiores índices de famílias cadastradas no Bolsa Família.

Esta situação de desigualdade socioespacial se reflete na distribuição dos equipamentos de saúde, como podemos notar no Gráfico 13.

Gráfico 13 - Estabelecimentos de saúde – Região de Saúde de Juazeiro do Norte



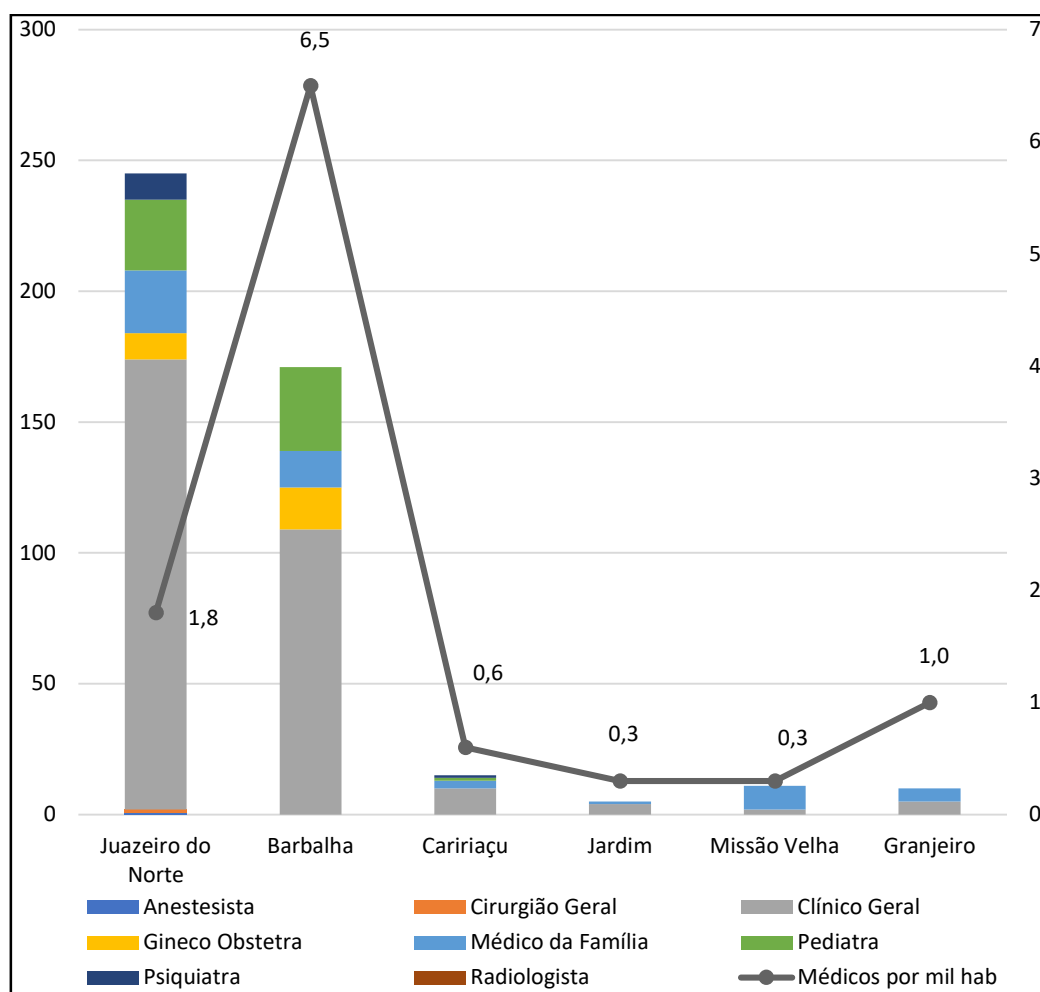
Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

Os dados evidenciam que, Juazeiro do Norte e Barbalha, como é de se esperar, concentram a maior parte dos estabelecimentos voltados para a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar do Cariri. Esta é a razão da centralidade regional de Barbalha, pois como núcleo urbano menor em relação a Crato e Juazeiro do Norte, esta cidade tem no setor saúde a sua principal função urbana.

A dinâmica do setor privado em Juazeiro do Norte pode ser notada pela presença de 203 consultórios e 123 clínicas médicas com cadastro no CNES em 2020. Em Barbalha, existem dois hospitais gerais, o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo e o Hospital e Maternidade Santo Antônio, bem como o Hospital do Coração do Cariri, que se caracteriza como um hospital especializado. Com essas unidades hospitalares, Barbalha possui 392 leitos de internação. Já Juazeiro do Norte conta com cinco hospitais gerais - Hospital Regional do Cariri (estadual), Hospital Maternidade São Lucas (municipal), Hospital Unimed (privado), Hospital Geral Padre Cícero (privado) e o Hospital San Marino (privado) – e um hospital especializado - Hospital Infantil Municipal Maria Amélia Bezerra (municipal), totalizando 485 leitos de internação no município.

Nos demais municípios da Região de Saúde de Juazeiro do Norte, os estabelecimentos estão voltados para a baixa e média complexidade ambulatorial e hospitalar, sobretudo com a presença de UBS e algumas clínicas e consultórios médicos privados. Nesse contexto, faz-se necessário analisarmos a distribuição de médicos no território. (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Equipes médicas e quantidade de médicos por mil habitantes – Região de Saúde de Juazeiro do Norte

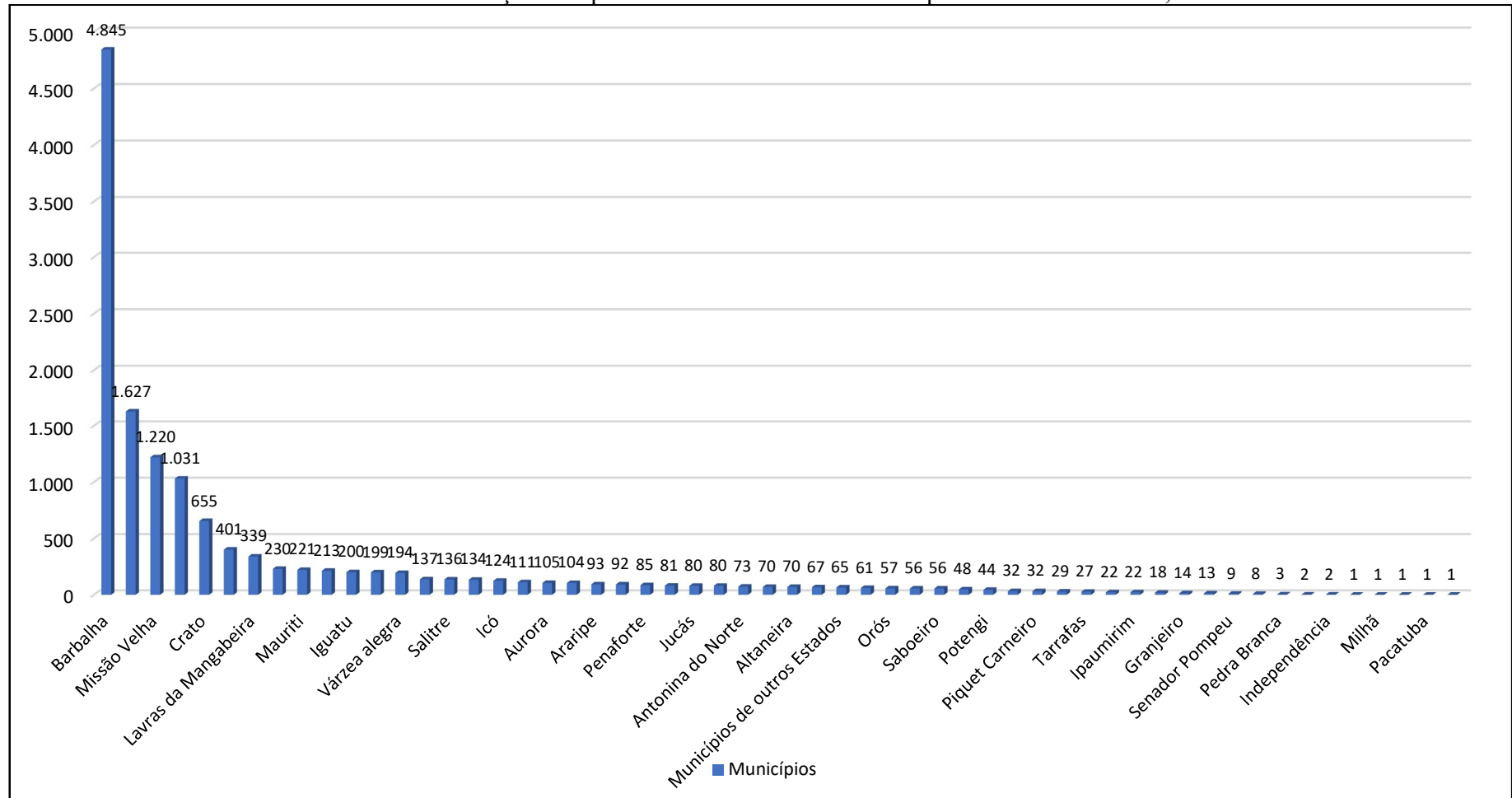


Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

Os dados do Gráfico 14 apontam que Juazeiro do Norte e Barbalha possuem uma ampla gama de especialidades médicas e os maiores índices de médicos por mil habitantes da sua região de saúde. Barbalha, com a incrível taxa de 6,5 médicos/1.000 habitantes, possui uma das melhores médias do país e a maior média verificada no Nordeste, superando as recomendações do Ministério da Saúde. Isto se deve ao fato de Barbalha ser um município de pequeno porte e contar com três hospitais de alta complexidade e um curso de medicina da UFCA.

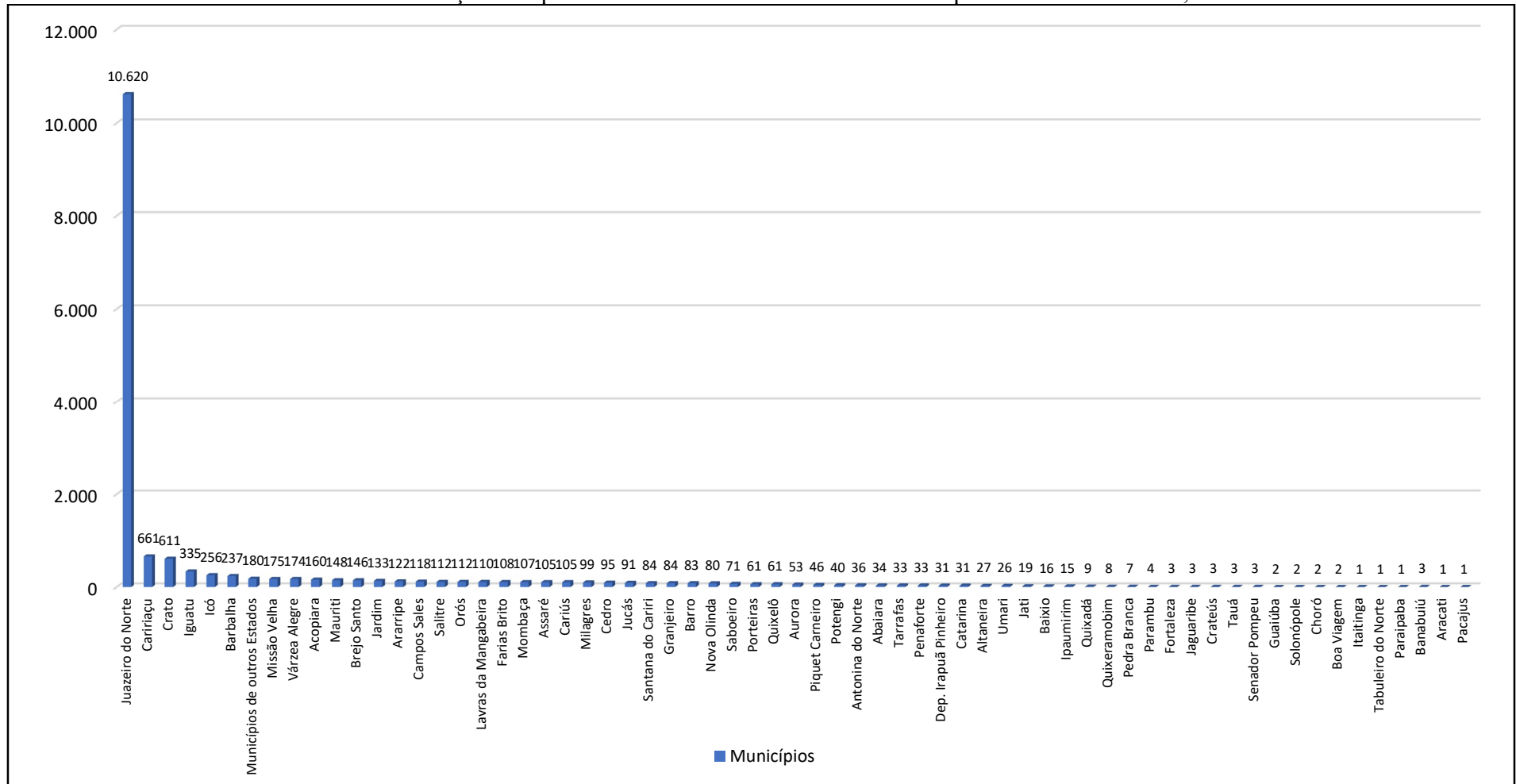
Nestas condições, espera-se que os fluxos de pacientes de outros municípios seja uma constante em Juazeiro do Norte e Barbalha, como mostra os números dos Gráficos 15 e 16. Os resultados para as internações de 2019 corroboram com a hipótese de que Juazeiro e Barbalha possuem uma forte centralidade regional na área da saúde.

Gráfico 15 - Internações hospitalares na cidade de Barbalha por local de residência, 2019



Elaboração própria a partir de dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

Gráfico 16 - Internações hospitalares na cidade de Juazeiro do Norte por local de residência, 2019



Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS/Ministério da Saúde (BRASIL, 2020)

Na cidade de Barbalha foram realizadas 13.644 internações em 2019, das quais 4.835 (35,4%) são de pessoas que se declaram residentes neste município. Os registros mostram que pessoas de 55 municípios cearenses foram atendidas em Barbalha, acrescentando-se ainda as 65 internações de pacientes de outros estados, possivelmente dos estados vizinhos de Pernambuco, Piauí e Paraíba.

Juazeiro do Norte, por sua vez, registrou 15.989 internações em 2019, sendo que 10.620 (64,3%) são de pessoas que se declaram como residentes nesta cidade. Assim como ocorre em relação a Crato e Barbalha, não é possível saber a quantidade de municípios de outros estados, que totalizaram 180 internações na consulta ao banco de dados do DATASUS. Nos registros oficiais, aparecem 64 municípios cearenses, com destaque para as internações de pacientes de cidades polo como Caririaçu, Crato, Icó e Iguatu.

Os fluxos para Barbalha se explicam pela centralidade do Hospital São Vicente de Paulo, do Hospital Santo Antônio e do Hospital do Coração do Cariri (Figura 56). O Hospital São Vicente de Paulo, inaugurado em 1970 pela Paróquia de Santo Antônio, padroeiro de Barbalha, hoje se caracteriza como uma instituição filantrópica sob a administração das Irmãs Beneditinas e, entre outras especialidades, se destaca na região Nordeste por ser referência na área de oncologia, possuindo hoje 235 leitos de internação. O Hospital Santo Antônio também se caracteriza como uma unidade filantrópica, sendo gerido pela Fundação Ótila Correia Saraiva. Esta unidade hospitalar é referência, sobretudo, nas áreas obstétrica e pediátrica e conta com 161 leitos. Já o Hospital do Coração do Cariri, unidade filantrópica especializada e que também está sob a administração da Fundação Ótila Correia Saraiva, atende à demanda de serviços cardiológicos da região com 78 leitos. Estas unidades atraem um fluxo diário de pacientes do sul cearense e dos estados da Paraíba, Pernambuco e Piauí (Figura 57)

Figura 56 - Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Santo Antônio e Hospital do Coração do Cariri, Barbalha-CE



Fonte: Jefferson Fernandes

Figura 57 – Ambulância do município de Barro no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, Barbalha-CE



Fonte: Jefferson Fernandes

Em Barbalha, dada a infraestrutura em saúde e a centralidade regional verificada pelo afluxo de pessoas, o mercado para a prestação de serviços de saúde se mostra promissor através da atuação de várias clínicas e consultórios médicos espalhados na cidade, sobretudo no Bairro Centro, onde está localizado o Hospital São Vicente de Paulo (Figura 58).

Figura 58 - Clínicas médicas no Bairro Centro, Barbalha-CE



Fonte: Jefferson Fernandes

A presença de um curso de Medicina na cidade desde 2001, reforça o papel de Barbalha como importante polo de saúde dos sertões centrais do Nordeste brasileiro. A Faculdade de Medicina da UFCA (Figura 59) forma, anualmente, uma média de 80 profissionais que atuam no Cariri e em outras regiões do país. A instituição oferece, além da graduação, cursos de Residência Médica em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Medicina da Família e Comunidade, Obstetrícia e Ginecologia, Patologia, Pediatria e Mestrado em Ciências da Saúde e Pós-Graduação Multicêntrica em Bioquímica e Biologia Molecular (UFCA, 2019).

Figura 59 - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri, Barbalha-CE



Fonte: <http://www.gazetadocariri.com/2020/04/ufca-realiza-formatura-antecipada-de-37.html>

Esta posição de Barbalha como centro prestador de serviços de saúde no Nordeste é motivo de destaque na imprensa nacional. Regatamos aqui, a título de exemplo, uma matéria publicada no Jornal Nacional em 2010 sobre a potencialidade desta cidade do sul cearense para assistência médica na região (Figura 60).

Figura 60 - Matéria do Jornal Nacional destacando a cidade de Barbalha como centro de referência em saúde no Nordeste

JN NO AR

Barbalha (CE) é um centro de excelência em saúde para o Nordeste

seg, 20/09/10 por alfredo bokel | categoria JN no Ar

Quais são os problemas mais graves do Brasil? É impossível não colocar a saúde entre eles. Mas na pequena Barbalha, na Região Metropolitana do Cariri, interior do Ceará, saúde não é problema, mas sim solução para 65 municípios de quatro estados do Nordeste.

Imagine um hospital limpo, aparelhado, onde médicos e enfermeiros trabalham satisfeitos. Imaginou? Certamente, na sua cabeça, ele não atende pelo SUS, não é? Pois bem. Ande pelos corredores do Hospital São Vicente de Paulo e

encontre alguém que fale mal do atendimento.

O JN no Ar passou algumas horas na instituição de irmãs beneditinas, visitou a oncologia, a maternidade, a UTI e não conversou com nenhum paciente ou médico descontente.

busca no blog

SOBRE O SITE
Aqui você encontra tudo sobre os bastidores do JN no Ar, o projeto especial do Jornal Nacional para as eleições 2010. Uma equipe comandada pelo repórter Ernesto Paglia vai visitar uma cidade de cada estado brasileiro e do Distrito Federal. Histórias não vão faltar. Embarque com a gente.

SITE DO JN
[Veja as principais notícias do Brasil e do mundo no site do telejornal](#)

POSTS RECENTES
+ Confira os melhores momentos do bate-papo com o repórter Ernesto Paglia

Fonte: <http://g1.globo.com/platb/jnnoar/2010/09/20/barbalha-ce-e-um-centro-de-excelencia-em-saude-para-o-nordeste/>

A cidade do Padre Cícero, por seu turno, exerce forte centralidade regional na área da saúde, especialmente, por abrigar a maior unidade hospitalar do interior do Nordeste: o Hospital Regional do Cariri (Figura 61). Com uma estrutura de 27.126,47 metros quadrados e 312 leitos, a unidade foi inaugurada em 2011, sendo o primeiro hospital público da rede estadual no interior do Ceará. É considerado um dos principais objetos geográficos do espaço regional caririense, e representa uma importante conquista social para a população da região. Seu projeto é resultado da atuação de forças políticas neodesenvolvimentistas durante a primeira década do século XXI, quando se verificou, no território nacional, a expansão e interiorização de equipamentos e serviços de saúde como Hospitais Regionais, UPAS, SAMU etc.

Figura 61 - Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte-CE



Fonte: Jefferson Fernandes

Construído para atender a uma população de 1.500.000 habitantes, o HRC é o centro de referência em alta complexidade para os 45 municípios da Macrorregião de Saúde do Cariri, com destaque, entre outras especialidades, nas áreas de traumatologia ortopedia e acidente vascular cerebral (AVC). Das 15.989 internações ocorridas em Juazeiro do Norte em 2019, o HRC realizou 10.117 (63,3%), o que explica o intenso fluxo de pacientes de outros municípios em direção a este hospital (Figura 62).

Figura 62 - Ambulância do município de Potengi no Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte-CE



Fonte: Jefferson Fernandes

Para além da rede SUS, em Juazeiro do Norte, o fluxo de pessoas em busca de atendimentos médicos faz com que o setor saúde seja um mercado promissor e com grandes oportunidades de negócios. Estabelecimentos privados também exercem uma força centrípeta em relação aos pacientes de cidades circunvizinhas. Existe, portanto, um reforço do nó da rede, onde grupos privados investem na instalação de equipamentos de alta tecnologia, como serviços de imagem e especialidades médicas que são ofertados apenas em Juazeiro do Norte. Tais recursos, inclusive, são muitas vezes vendidos ao Estado, dada a carência do setor público na oferta de determinados serviços. Assim, alguns hospitais e clínicas médicas prestam serviços privados e, paralelamente, prestam serviços conveniados ao SUS.

No Cariri, a concentração dos fluxos de pessoas reside, sobretudo, na área do Triângulo Crajubar, próximo ao Hospital Regional do Cariri, e um empreendimento recente da iniciativa privada em saúde divide as atenções na paisagem urbana local: o Hospital Geral Padre Cícero, antes Hospital das Clínicas e Fraturas do Cariri, adquirido pelo grupo empresarial Hapvida (Figura 63).

Figura 63 - Hospital Geral Padre Cícero, Juazeiro do Norte-CE



Fonte: Jefferson Fernandes

A unidade hospitalar oferece serviços de pronto socorro 24h de clínica médica, pediátrica, ortopedia, cirurgia geral e obstetrícia eletiva para atender a um público de classe média e alta da região. O grupo que já possuía uma clínica na cidade agora investe com um equipamento de grande porte. Em entrevista ao jornal Diário do Nordeste, o depoimento de um executivo do grupo empresarial cearense expressa a ampliação do mercado da saúde no Cariri:

O superintendente de expansão e novos negócios da rede própria do Hapvida, Francisco Souto, reconhece a região do Crajubar como polo da saúde para o Sul do Ceará devido aos hospitais renomados que já têm. “Agora, estamos trazendo o padrão Hapvida para o Sul do Ceará. Acolhimento dos clientes, qualidade na assistência 24h e eficiência operacional estão entre os nossos diferenciais. Nossos hospitais têm programas de qualidade de vida, parto seguro, prevenção, entre outros. Os profissionais renomados na nossa área de atuação estarão no Hospital Padre Cícero para promovermos o que há de melhor e mais moderno na medicina”, afirma (DIÁRIO DO NORDESTE 09/09/2019. Disponível em <http://blogs.diariodonordeste.com.br/cariri/cidades/juazeiro-do-norte/hapvida-atua-com-seu-primeiro-hospital-em-juazeiro-do-norte/24552>).

Em 2018, a Unimed Ceará divulgou um projeto para a construção de um hospital privado de alta complexidade no Cariri. A empresa que já possui uma unidade pediátrica em Juazeiro do Norte, localizada no bairro Santa Tereza, e que recém comprou a Clínica Hospitalar São José, no centro da cidade, anunciou a chegada do Hospital Regional Unimed Cariri para os

próximos anos, orçado em R\$ 60 milhões de reais e com uma estrutura de 15.000 metros quadrados e 120 leitos de internação, o que deverá ser um dos maiores complexos hospitalares Ceará e do interior do Nordeste (Figura 64).

Figura 64 - Projeto de construção do Hospital Regional Unimed Cariri



Fonte: <https://www.unimedceara.com.br/um-projeto-inovador-e-sustentavel/>

Este arranjo espacial formado por fixos e fluxos na área da saúde dotam esta parcela do território cariense de uma forte centralidade regional. As pactuações entre os municípios no sistema público de saúde reforçam tal condição. Se compararmos com a regionalização do IBGE (2017), as Regiões de Saúde de Crato e Juazeiro do Norte se agregam e formam a Região Geográfica Imediata de Juazeiro do Norte (Figura 65), com os acréscimos das cidades de Lavras da Mangabeira (Região de Saúde de Icó) e Aurora (Região de Saúde de Brejo Santo).

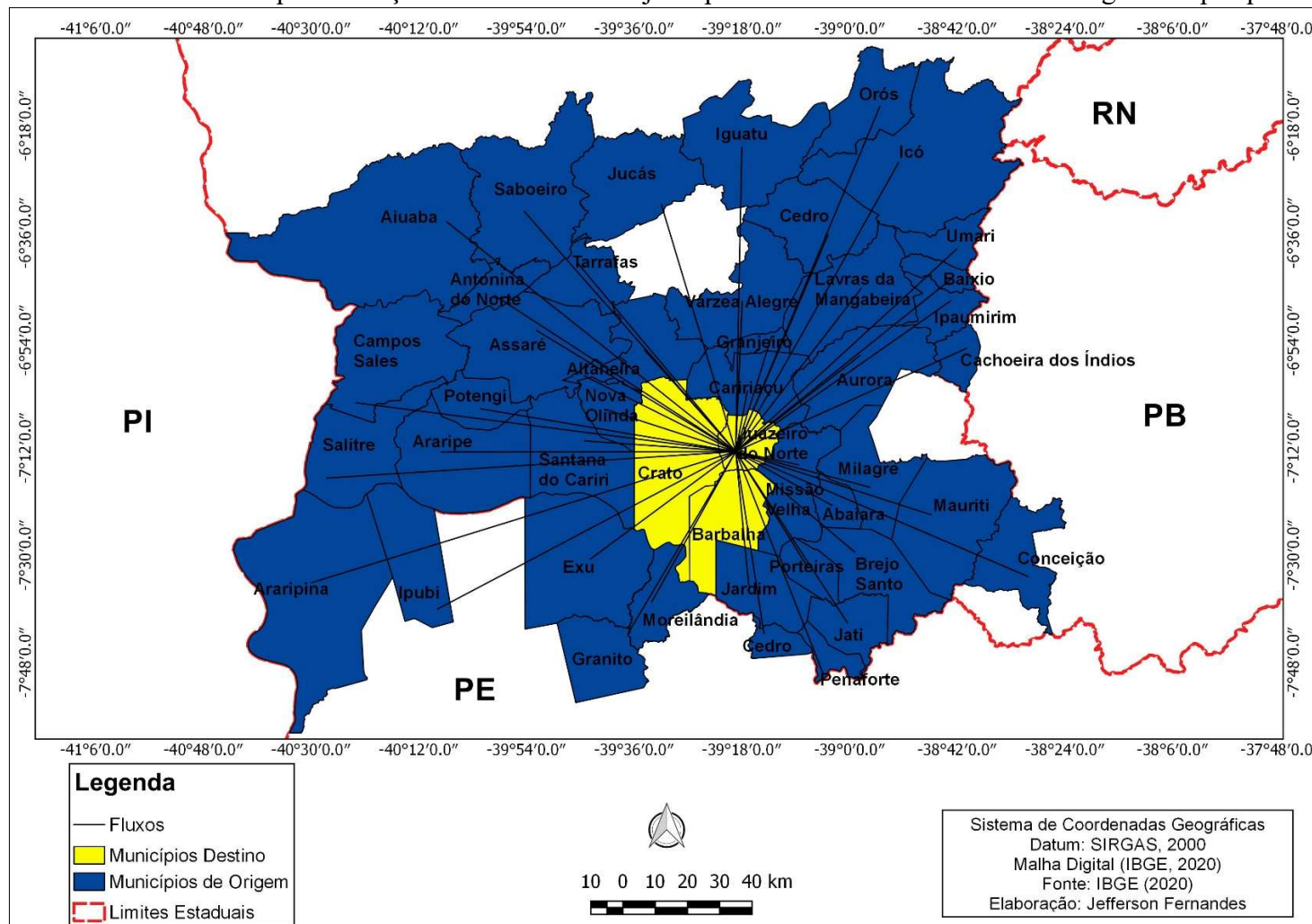
Figura 75 - Região Geográfica Imediata de Juazeiro do Norte



Fonte: IBGE (2017)

Considerando os fluxos da REGIC 2018 (Figura 66), as pessoas residentes em 52 cidades localizadas nos estados do Ceará, do Pernambuco e da Paraíba têm no conjunto Crajubar o seu destino preferencial ao se deslocarem em busca de assistência médica. Nestas condições, Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha se consolidam como polos macrorregionais de saúde para o Ceará e os sertões centrais do Nordeste brasileiro.

Figura 66 - Redes de deslocamento para serviços de saúde no Arranjo Populacional de Juazeiro do Norte segundo a pesquisa REGIC 2018



Elaboração própria a partir da pesquisa REGIC 2018 (IBGE, 2020)

4.6 Notas sobre a pandemia do novo Coronavírus

Em 2020, o mundo foi atingido pela primeira pandemia em tempos da globalização. O novo Coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19, surgiu na China em dezembro de 2019 como uma pneumonia de etiologia desconhecida e, rapidamente, se espalhou pelos territórios do mundo. A integração econômica, com a intensidade dos fluxos aéreos e a mobilidade espacial na rede urbana, trouxe, também, a integração biológica entre os sujeitos sociais.

O movimento geográfico da pandemia durante dos meses de março, abril, maio e junho tem seguido um padrão espacial relacionado à hierarquia dos centros urbanos, atingindo, inicialmente, metrópoles nacionais como São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza. No entanto, a curva de contaminação tem indicado para um aumento acentuado de casos em direção ao interior dos estados, onde o impacto nas pequenas cidades é o novo foco das atenções das autoridades sanitárias devido à falta de uma infraestrutura hospitalar adequada.

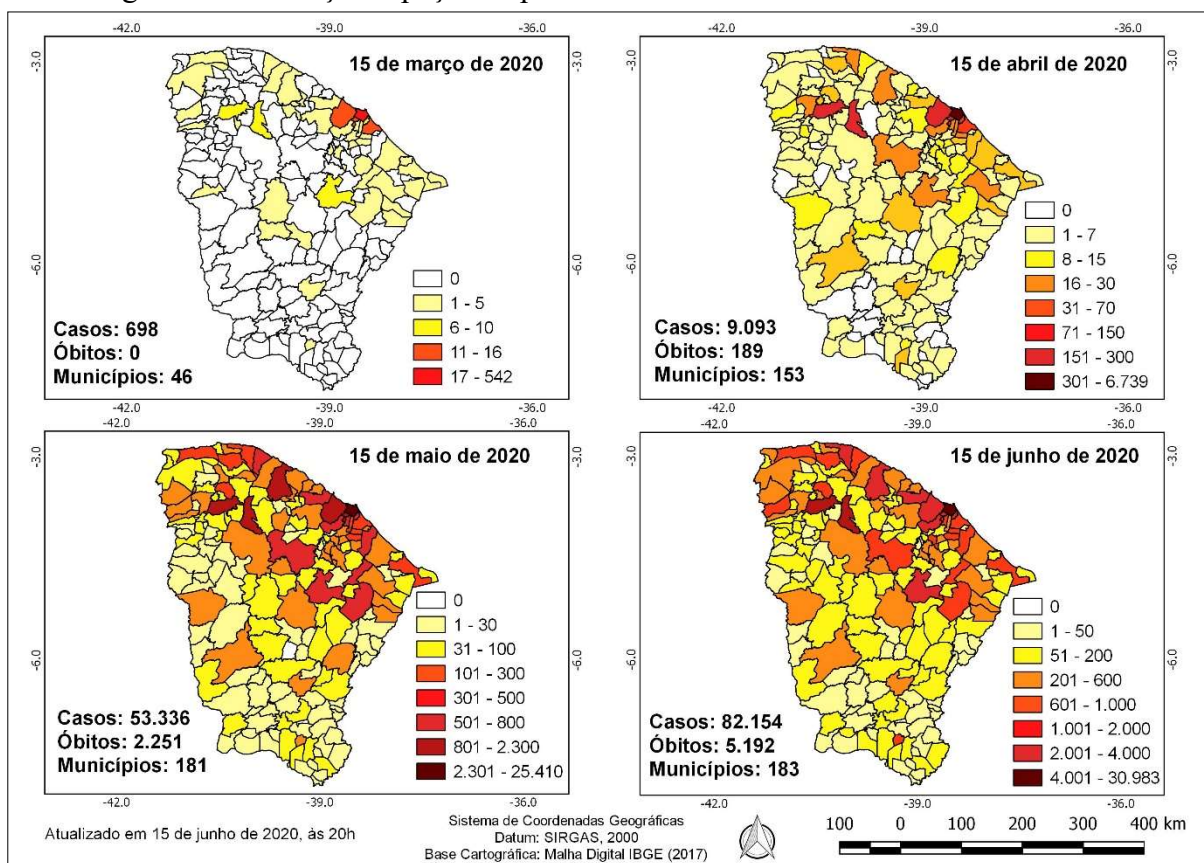
Até o dia 25 de junho de 2020, de acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil contava em seus registros oficiais com 1.114.367 casos e 52.233 óbitos, o que nos torna o segundo país mais afetado pela pandemia, atrás apenas dos Estados Unidos com 2.481.811 casos e 125.712 óbitos. No Brasil, a curva epidêmica ainda segue um ritmo ascendente, e o noticiário internacional já classifica o país como o novo epicentro da pandemia. As dificuldades das autoridades internacionais e, especialmente, das lideranças políticas brasileiras, revelam que estamos diante de uma crise que é, ao mesmo tempo, de saúde pública, econômica, social e uma questão geopolítica. São Paulo (265.145 casos e 12.398 óbitos), Rio de Janeiro (108.883 casos e 8.856 óbitos) e Ceará (105.225 casos e 5.729 óbitos) lideram as primeiras posições no Brasil (BRASIL, 2020).

No Ceará, os primeiros casos confirmados se concentravam em Fortaleza. Polo turístico, comercial e de prestação de serviços, a capital cearense é geradora de uma grande quantidade de fluxos, e embora no Brasil o tráfego aéreo internacional ser mais intenso na região Sudeste, o aeroporto internacional de Fortaleza constitui um importante ponto de conexão entre os Brasil e a Europa, o que facilitou a importação e circulação de pessoas contaminadas. Soma-se a isso a densidade da rede de transporte rodoviário que liga Fortaleza ao interior do estado e a outros pontos do território nacional.

Inicialmente, os casos foram registrados em bairros nobres de Fortaleza como Aldelota e Meireles, com os infectados sendo recém chegados da Europa e dos Estados Unidos, e que transmitiram o vírus aos seus contatos próximos. Decorridos alguns meses, os bairros da

periferia de Fortaleza passam a ser os mais afetados pela crise. Para além da capital, o vírus se espalhou rapidamente para os municípios da região metropolitana e do interior do estado, como mostra a Figura 67.

Figura 67 - Evolução espaço-temporal de casos de Covid-19 no estado do Ceará



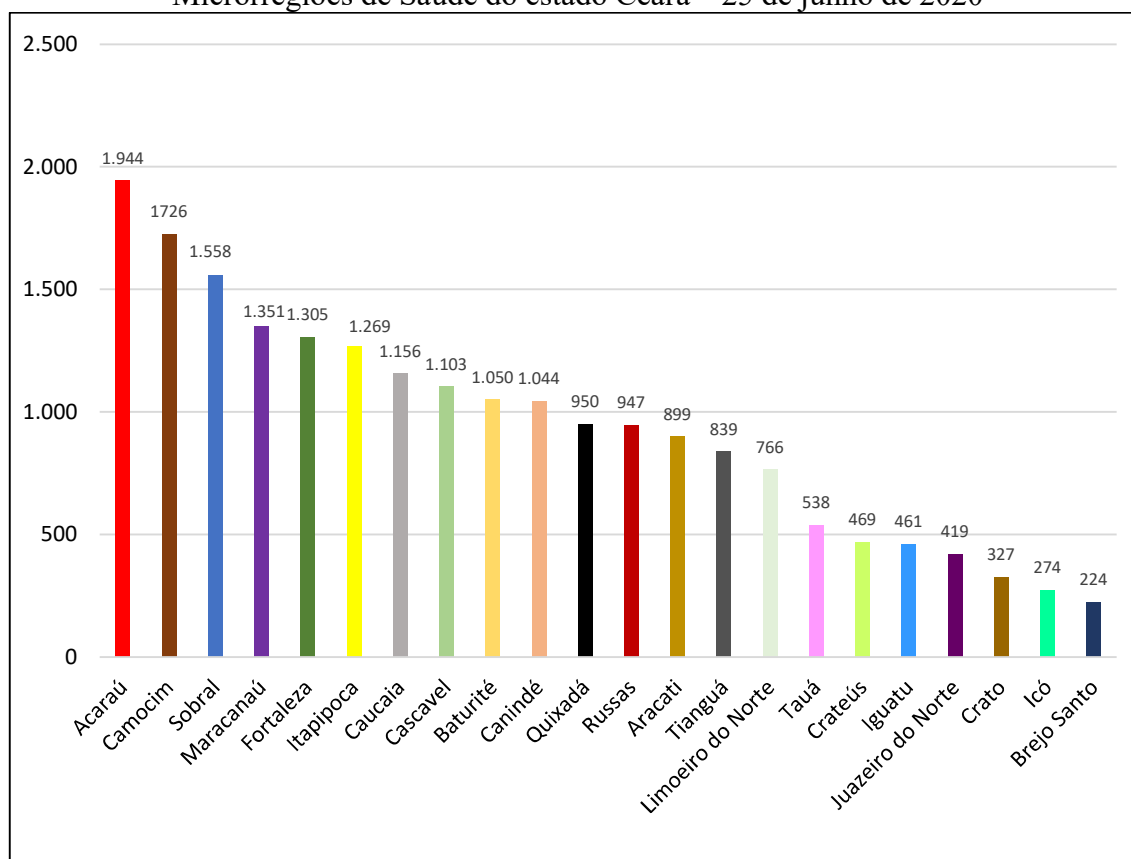
Elaboração própria a partir dos dados da plataforma IntegraSUS/SESA (CEARÁ, 2020)

De acordo com os dados levantados na plataforma IntegraSUS/SESA, que considera a data do início dos sintomas na contagem oficial, no dia 15 de março o SARS-CoV-2 já estava presente em 46 municípios. Isto significa que, antes mesmo do Decreto Estadual nº 33.519 de 19 de março de 2020, que determina o isolamento social e o funcionamento apenas dos serviços considerados essenciais, a transmissão comunitária do vírus já era uma realidade no território cearense.

Estes dados revelam que a maioria dos casos de Covid-19 no Ceará está localizada na região metropolitana de Fortaleza e nos municípios da região norte, com a tendência de uma difusão menos concentrada nas regiões do Cariri, Inhamuns, Sertão Central e Médio Jaguaribe. Em números absolutos, considerando o boletim do dia 25 de junho de 2020, Fortaleza (35.101

casos e 3.266 óbitos), Sobral (6.499 casos e 217 óbitos), Maracanaú (3.607 casos e 209 óbitos) e Caucaia (3.551 casos e 275 óbitos) concentram a maioria dos casos. No entanto, verifica-se uma forte tendência de interiorização e agravamento do quadro epidemiológico nas cidades do interior. Ao considerarmos o coeficiente de incidência por 100.000 habitantes, constata-se que os valores são mais acentuados no interior do estado do que na RMF (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Coeficiente de incidência de casos de Covid-19 (100.000 habitantes) nas Microrregiões de Saúde do estado Ceará – 25 de junho de 2020



Elaboração própria a partir do Boletim Epidemiológico de 25 de junho de 2020 (CEARÁ, 2020b)

Estes números mostram que, até o dia 25 de junho de 2020, as 05 microrregiões de saúde do Cariri apresentam as menores incidências de casos em relação ao total da população. Outro dado a ser destacado é que Granjeiro, pertencente a Região de Saúde de Juazeiro do Norte, e que possui a menor população do estado do Ceará com 4.559 habitantes em 2019, aparece, desde o dia 21 de maio, como o único município cearense que não apresenta casos confirmados de Covid-19.

Apesar de, proporcionalmente, contar com menos casos em relação as demais regiões de saúde do estado do Ceará até o dia 25 de junho de 2020, a pandemia afetou duramente a região do Cariri. O fechamento do comércio e o cancelamento das romarias em importantes

datas religiosas na terra do Padre Cícero, como estratégias para conter a circulação do vírus, deram uma nova feição a paisagem urbana cariense (Figura 68).

Figura 68 - Estátua do Padre Cícero usando máscara como forma de campanha no combate à Covid-19



Fonte: <https://www.opovo.com.br/coronavirus/2020/06/21/entenda-o-decreto-que-estabelece-lockdown-em-juazeiro-do-norte-e-prorroga-isolamento-rigido-em-sobral.html>

Para conter a disseminação regional da Covid-19, foram realizadas barreiras sanitárias nas entradas e saídas de muitas cidades da região (Figura 69), e algumas, como Juazeiro do Norte, decretaram o chamado *lockdown*, o que implicou no fechamento total das vias urbanas e proibição da circulação de pessoas para serviços considerados não essenciais.

Figura 69 - Barreira sanitária na cidade de Mauriti-CE



Fonte: <https://www.mauriti.ce.gov.br/informa.php?id=169#prettyPhoto>

Como a Covid-19 é doença cujos cuidados de pacientes com casos graves requer uma infraestrutura hospitalar complexa, como aparelhos de ventilação mecânica e leitos de UTI, algo que, como vimos anteriormente, os pequenos municípios do Cariri não possuem, os hospitais polo localizados nas cidades de Juazeiro do Norte, Crato, Barbalha, Brejo Santo, Icó e Iguatu são responsáveis pelo atendimento da alta demanda de pessoas contaminadas na região (Figura 70). Assim como na maior parte da rede hospitalar do Brasil, no Cariri, os procedimentos eletivos, ou seja, aqueles que não são considerados de urgência e emergência, acabaram sendo adiados diante da alta procura por leitos para o tratamento de pacientes com Covid-19.

Figura 70 - Unidades de referência para o tratamento de pacientes com Covid-19 no Cariri



Elaborado própria a partir de consulta feita em diversos sites¹⁹

O Hospital Regional do Cariri, que conta a maior infraestrutura médica da região com 85 leitos de UTI, é o principal destino de pacientes contaminados pelo novo Coronavírus. Em Juazeiro do Norte, a construção de um de hospital de campanha no Ginásio Poliesportivo, localizado, estrategicamente, próximo do HRC, veio para reforçar a rede assistencial. Desta vez, ao contrário de outras doenças em momentos anteriores, a sobrecarga sobre o sistema de saúde dificulta a transferência de pacientes residentes nas pequenas cidades caririenses para as cidades polo devido à falta de infraestrutura médico-hospitalar suficiente, um fato que já destaque no noticiário sobre a situação da pandemia na região (Figura 71).

¹⁹ Hospital Regional do Cariri: <https://www.sindicatodosmedicosdoceara.org.br/noticias/795-sindicato-pleiteia-gratificacao-de-covid-19-para-medicos-da-emergencia-do-hospital-regional-do-cariri>. Hospital Santo Antônio: <http://blogs.diariodonordeste.com.br/cariri/cidades/jardim/hospital-santo-antonio-promove-dia-d-de-combate-ao-avc-em-juazeiro-do-norte/25024>. Hospital São Vicente de Paulo: <https://badalo.com.br/featured/hospital-maternidade-sao-vicente-de-paulo-em-barbalha-completa-50-anos-de-servico/>. Hospital São Francisco de Assis: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/regiao/hospital-referencia-no-tratamento-de-pacientes-de-alto-risco-no-crato-recebera-mais-14-leitos-de-uti-1.2142437>. Hospital São Raimundo: http://www.sindsaudeceara.org.br/noticias_detalhes.php?cod_noticia=3851. Hospital Regional Prefeito Walfrido Monteiro Sobrinho: <http://iconarede.blogspot.com/2014/09/ico-ce-tres-pessoas-sao-lesionadas-bala.html>. Hospital Geral de Brejo Santo: <https://www.caririceara.com/crianca-de-01-ano-e-03-meses-morre-apos-da-entrada-no-hospital-de-brejo-santo-socorrida-por-familiares/>. Hospital Regional de Iguatu: <https://mombacanews.com/hospital-regional-de-iguatu-consegue-a-expedicao-do-alvara-sanitario-depois-de-uma-decada/>.

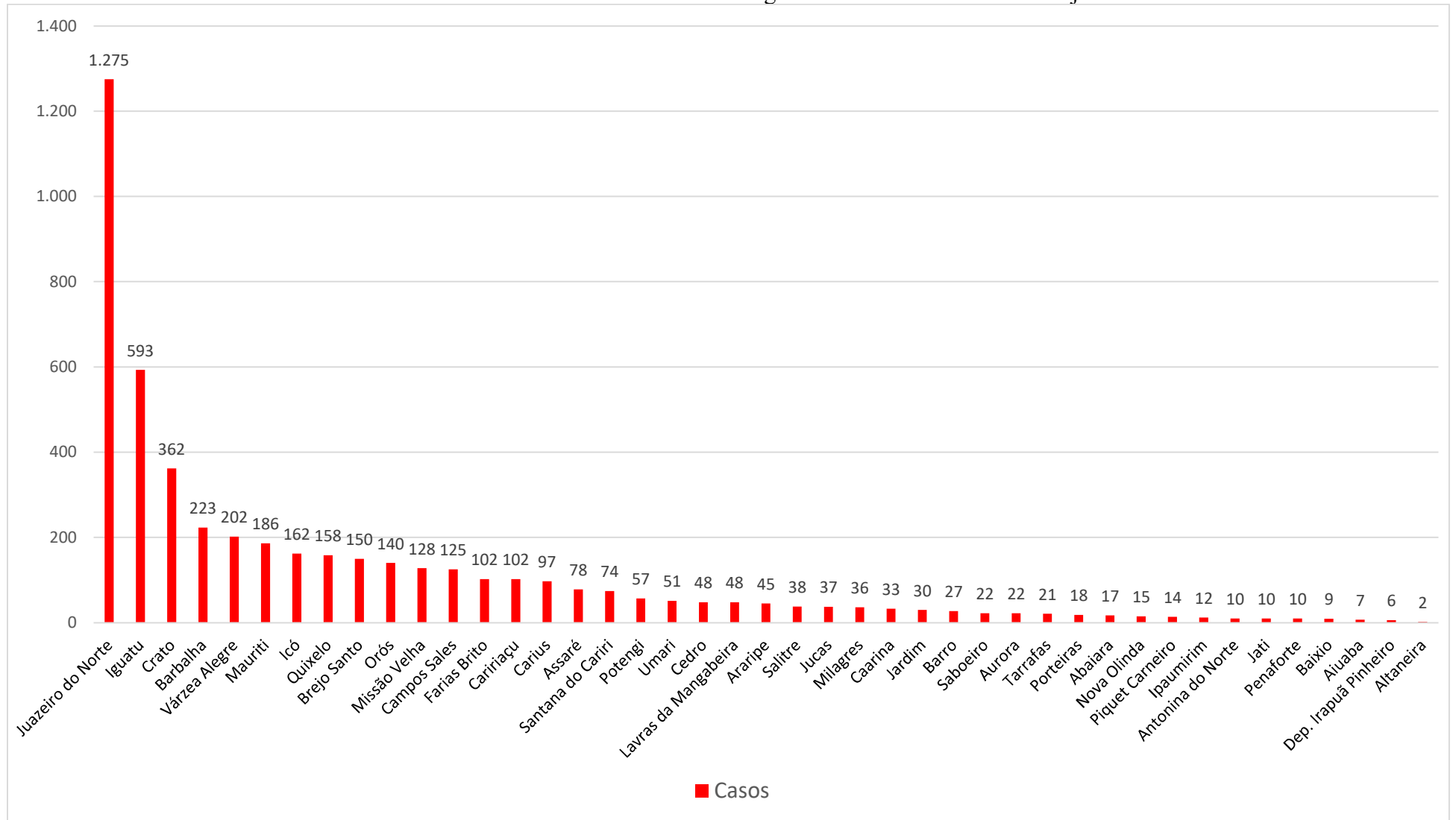
Figura 71 - Manchete do Diário do Nordeste destacando a crise da infraestrutura em saúde no Cariri durante a pandemia de Covid-19



Fonte: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/regiao/iminente-colapso-de-leitos-de-uti-no-sul-do-ceara-preocupa-autoridades-1.2958320>

A análise dos números e da situação da pandemia no Cariri até o dia 25 de junho de 2020 aponta para uma maior ocorrência de casos nas cidades de Juazeiro do Norte (1.275), Iguatu (593), Crato (362) e Barbalha (223), com um aumento exponencial de contaminação em toda a região (Gráfico 18). Entretanto, se considerarmos a distribuição dos casos nos pequenos municípios, onde a maior parte da população encontra-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica e dependem, exclusivamente, da rede SUS para o cuidado à saúde e do traslado até as cidades polo, o efeito da pandemia é ainda maior. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde poderão, assim, afetar em diferentes coeficientes de letalidade associados as desigualdades socioespaciais. Nestas condições, a crise de saúde provocada pela pandemia de Covid-19 exacerbou as fragilidades do sistema regional de saúde e expôs a necessidade de fortalecimentos das redes locais para garantir o atendimento médico-hospitalar à população.

Gráfico 18 — Casos confirmados de Covid-19 na Macrorregião de Saúde do Cariri – 25 de junho de 2020



Elaboração própria a partir do Boletim Epidemiológico de 25 de junho de 2020 (CEARÁ, 2020)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre o acesso aos serviços de saúde é de fundamental importância em qualquer estudo sobre as condições de vida da população. Neste trabalho, buscamos descrever e analisar como as desigualdades no funcionamento da rede SUS estão atreladas as sobreposições e desequilíbrios na rede urbana. Para tanto, nosso recorte espacial foi o Cariri cearense, destacando a centralidade exercida pelo conjunto urbano formado por Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha.

A compreensão das desigualdades regionais no Brasil perpassa, necessariamente, pela análise da sua rede de cidades. Neste sentido, resgatamos os estudos feitos pelo IBGE referentes à questão urbano-regional brasileira desde a década de 1960. Ao longo destas cinco décadas, podemos perceber as mudanças e permanências na estrutura urbana nacional, com fortes diferenças de infraestrutura e de intensidade de fluxos entre as suas regiões, tendo São Paulo, Rio de Janeiro e, recentemente, Brasília, como as principais metrópoles do país. No Nordeste, capitais estaduais como Fortaleza, Recife e Salvador sobrepõem as centralidades de cidades intermediárias localizadas no interior dos estados, o que gera uma dependência da população que vive nas pequenas e médias cidades e, conseqüentemente, expressivos fluxos em direção a estas metrópoles.

No Ceará, há um forte desequilíbrio da sua rede urbana, com a hegemonia da capital Fortaleza em relação ao interior do estado. Cidades como Sobral e o aglomerado Crajubar, definidos como Capitais Regionais, polarizam um conjunto de cidades nas porções sul e norte do estado, mas a rede urbana cearense é formada, em sua maioria, por pequenos núcleos urbanos que apresentam graves carências na oferta de serviços sociais básicos à população.

É nesse contexto que se insere a política de regionalização e hierarquização do SUS, mediante pactuações regionais entre municípios limítrofes. Atualmente, o território cearense está dividido em 05 macrorregiões e 22 microrregiões de saúde, onde o investimento estatal é feito, sobretudo, nas cidades polo que atendem pacientes residentes na própria cidade e a um público oriundo de municípios circunvizinhos.

Foi a partir desta política regional do SUS que nos propomos a investigar o Cariri cearense. Esta porção sul do Ceará, a depender do critério e do agente regionalizador, pode variar a sua extensão e o número de unidades territoriais integrantes. Para o PDR/SESA, que é a regionalização que nos interessa, o Cariri é uma região composta por 45 municípios, sendo a mais extensa regionalização oficial existente.

Para entender o que é ser/pertencer ao Cariri, realizamos uma discussão sobre os seus atributos históricos. A formação socioespacial desta região está diretamente relacionada aos seus aspectos ambientais, sendo um importante vale úmido em meio ao vasto sertão semiárido, ao processo de ocupação do território no século XVIII e, sobretudo, a mística história religiosa em torno da figura de Padre Cícero Romão Batista.

Nestas condições, Crato foi, inicialmente, a principal nucleação urbana do sul do Ceará até o início do século XX, sendo um importante centro de produção agrícola, especialmente a partir da cana de açúcar, e de atividades comerciais e prestação de serviços. Todavia, o “milagre da hóstia” fez de Juazeiro do Norte o maior centro de peregrinação do Nordeste e hoje o antigo lugarejo pertencente ao Crato ocupa a posição de principal cidade do interior cearense.

A expansão das atividades ligadas ao setor de comércio e serviços na região, notadamente a partir da década de 1990, acabou integrando a malha urbana de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha, daí surgindo o acrônimo Crajubar para designar o arranjo espacial formado por estas três cidades. Com um conjunto diversificado de atividades, o desenvolvimento econômico verificado nos últimos anos pelas referidas cidades, principalmente de Juazeiro do Norte, fez com que esta nucleação urbana fosse definida na REGIC 2018 como Capital Regional B, dividindo esta posição no Nordeste com Caruaru (PE), Feira de Santana (BA), Vitória da Conquista (BA) e Itabuna (BA).

Entendemos que a oferta dos serviços de saúde é um dos componentes responsáveis pela importância do Crajubar na rede urbana regional, onde se destacam, também, outros fatores como comércio, ensino superior, turismo etc. Sua capacidade de atrair cidades vizinhas é reforçada pelas condições de vulnerabilidade socioeconômicas da maior parte da população residente nos pequenos municípios do interior do Nordeste. No Cariri, isso foi evidenciado pelo levantamento de dados que mostram o alto percentual de pessoas dependentes do Bolsa Família e a baixa renda per capita domiciliar. Nestas pequenas cidades, a estrutura produtiva está voltada para o pequeno comércio, com destaque para as feiras livres, a agricultura de subsistência, e o setor de serviços, especialmente o funcionalismo público, o que gera uma baixa quantidade de empregos formais.

De posse dos dados coletados no DATASUS, foi possível constatar a existência de grandes áreas com deficiências absolutas de equipamentos e recursos humanos no território cariense, inclusive para serviços assistenciais básicos. Tal condição compromete a capacidade resolutiva do SUS em meio a uma região onde a maioria da população padece com as precárias

condições de vida, dependendo, principalmente, do setor público para ter acesso aos cuidados em saúde.

Os argumentos apresentados neste trabalho nos levam a concluir que as cidades de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha exercem, conjuntamente, forte centralidade no setor saúde, o que nos permite falar da influência do Crajubar, e não somente de Juazeiro do Norte, para o Cariri e adjacências. Destaque para Barbalha, que apesar de ser um centro urbano menor em relação à Crato e à Juazeiro do Norte, tem a sua funcionalidade urbana voltada para a prestação de serviços médico-hospitalares, o que explica o expressivo afluxo de pessoas.

Com a pandemia do novo Coronavírus, as deficiências do sistema regional de saúde foram exacerbadas, e discutir a redução das desigualdades de acesso à rede de saúde é um tema urgente no país, pois a distância entre a oferta e a demanda pode comprometer a sobrevivência dos indivíduos. No Cariri, a concentração da infraestrutura e dos investimentos no arranjo Crajubar para tentar garantir a assistência de média e alta complexidade em saúde é parte da proposta de hierarquização e regionalização do SUS, mas o vazio assistencial nos municípios do seu entorno dificulta as ações para um planejamento mais adequado e resolutivo.

Apesar dos avanços no setor saúde nos últimos anos, vivenciado por meio da expansão e interiorização da infraestrutura médico-hospitalar no Brasil, as desigualdades socioespaciais no acesso aos serviços ainda persistem. O interior do Nordeste, um território densamente povoado, é a área mais afetada pela carência destes serviços, tal como buscamos a partir do contexto regional do Cariri cearense.

As cidades de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha se consolidam como polo de uma expressiva rede urbana para serviços de saúde. Todavia, a análise da distribuição espacial da oferta de equipamentos e serviços médicos no Cariri revelou que ainda há um grande espaço para a atuação dos gestores públicos, como a necessidade de fortalecer as redes locais de saúde e repensar as formas de proteção social à população economicamente mais vulnerável.

REFERÊNCIAS

- AMORA, Zenilde Baima; COSTA, Maria Clelia Lustosa. Olhando o mar do sertão: A lógica das cidades médias no Ceará. In: SPÓSITO, Maria Encarnação Beltrão. (Org). **Cidades médias: espaços em transição**. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 343 – 378.
- ANDRADE, Manoel Correia. **A terra e o homem no Nordeste**. São Paulo, Atlas, 1964.
- BARROS, Luitgarde Oliveira Cavalcanti. **Juazeiro do Padre Cícero a Terra da Mãe de Deus**. 3. ed. Fortaleza: Editora IMEPH, 2013.
- BRASIL, Thomaz Pompeo de Sousa Brasil. **Ensaio estatístico da província do ceará. Tomo II**. Edição Fac-similar (1863). Fortaleza: Fundação Waldermar Alcântara, 1997.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Cidadania. **Bolsa Família e Cadastro Único no seu município**. 2020a. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/>. Acesso em: 16 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 23 fev. de 2006. Seção 1, p. 43-51.
- BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro. Descentralização: o desafio da regionalização para estados e municípios. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo. v. 10, n. 41. 2008.
- CASTRO, Francisca Fernanda Batista de. **Região metropolitana do Cariri frente aos planos estratégicos do governo estadual: um olhar a partir do projeto cidades do Ceará I Cariri Central**. 2017. 204 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2017.
- LIMA JÚNIOR, Francisco do O' de. **Estrutura produtiva e rede urbana no Estado do Ceará durante o período de 1980-2010**. 2014. 296 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

- CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE. **A Regionalização do Estado do Ceará: Uma Proposta de Reformulação**. Fortaleza: IPECE, 2006.
- CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE. **As Regiões de Planejamento do Estado do Ceará**. Fortaleza: IPECE, 2015
- CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE. **Panorama das Regiões Metropolitanas Cearenses**. Fortaleza: IPECE, 2018.
- CEARÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado do Ceará**. Fortaleza: SESA, 2006.
- CEARÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Revisão do Plano Diretor de Regionalização das ações e serviços de saúde**. Fortaleza: SESA, 2011.
- CEARÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Revisão do Plano Diretor de Regionalização das ações e serviços de saúde**. Fortaleza: SESA, 2014.
- CORRÊA, Roberto Lobato. **A rede urbana**. São Paulo: Ática, 1989.
- CORRÊA, Roberto Lobato. **Trajetórias geográficas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.
- CORRÊA, Roberto Lobato. **Estudos sobre a rede urbana**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- DIAS, Leila Cristina. Redes: emergência e organização. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo Cear da Costa; CORREA, Roberto Lobato. **Geografia: conceitos e temas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. p. 141-162.
- DANTAS, Eustógio Wanderley Correia. Rede urbana colonial cearense: uma crítica à noção de rede dendrítica. **Revista do Instituto do Ceará**, Fortaleza, v. 120, p. 145-170, 2006.
- DELLA CAVA, Ralph. **Milagre em Joazeiro**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- GIRÃO, Raimundo Girão. Tentativa de interpretação do Cariri. **Revista do Instituto do Ceará** (Tomo 67), Fortaleza, p. 34-41, 1953.
- GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1017-1025, 2005.
- HAESBAERT, Rogério. **Regional global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- HOLANDA, Virgínia Célia Cavalcante de. Transformações socioespaciais das cidades médias cearenses. **Revista de Geografia (UFPE)**, Recife, v. 28, n. 1, p.6-13, nov. 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Divisão do Brasil em Regiões Funcionais Urbanas - 1966**. Rio de Janeiro: IBGE, 1972.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Regiões de Influência de Cidades - 1972**. Rio de Janeiro. IBGE, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Regiões de Influência de Cidades -1993**. Rio de Janeiro. IBGE, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Regiões de Influência de Cidades - 2007**. Rio de Janeiro. IBGE, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Divisão urbano-regional: procedimentos operacionais**. Rio de Janeiro, IBGE, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 15 ago. 2019

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010. Divisão do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativas da População**. <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-popula-=-resultados>> Acesso em: 03 ago. 2019.

LENCIONI, Sandra. **Região e Geografia**. 2 ed. São Paulo: EDUSP, 2007.

LIMA, Luiz Cruz. Redes de integração do território cearense: dos caminhos da pecuária às estradas virtuais. In: SILVA, José Borzacchiello da; CAVALCANTE, Tércia Correia; DANTAS, Eustógio Wanderley Correia. **Ceará: um novo olhar geográfico**. 2 ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007, p. 36-57.

MARIA JUNIOR, Martha. Os novos investimentos industriais, o comércio e os serviços nas duas últimas décadas em Crato e Juazeiro do Norte: Redefinindo a dinâmica da rede urbana do Cariri cearense. **XII Encontro de Geógrafos da América Latina**. Montevideu: Universidade de la República, 2009.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Métodos Científicos. **Técnicas de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MENEZES, Eidth de Oliveira. O Cariri cearense. In: SILVA, José Borzacchiello da; CAVALCANTE, Tércia Correia; DANTAS, Eustógio Wanderley Correia. **Ceará: um novo olhar geográfico**. 2 ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007, p. 339-363.

NASCIMENTO, Diego Coelho do. **Ser-Tão “metropolitano”: espacialidade e institucionalidade na Região Metropolitana do Cariri**. 2018. 261 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

PEREIRA, Cláudio Smalley Soares. **A nova condição urbana: espaços comerciais e de consumo na reestruturação da cidade - Juazeiro do Norte/CE e Ribeirão Preto/SP**. 2018.

485 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2018.

PEREIRA, Cláudio Smalley Soares. **Centro, centralidade e cidade média: o papel do comércio e serviços na reestruturação da cidade de Juazeiro do Norte/CE**. 2014. 328 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2014.

PETRONE, Pasquale. Contribuição ao estudo da região do Cariri no Ceará. **Boletim Paulista de Geografia**. São Paulo, AGB, n. 19, mar. 1955

PINHEIRO, Irineu. **O Cariri**: seu descobrimento, povoamento, costumes. Fortaleza, 1953.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; Fundação João Pinheiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil de 2013**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013>. Acesso em 15 de julho de 2019

QUEIROZ, Ivan da Silva. **A metrópole do Cariri: institucionalização no âmbito estadual e a dinâmica urbano-regional da aglomeração Crajubar**. 2013. 203 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Urbano) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

RAMIRES, Júlio César de Lima. Cidades Médias e serviços de saúde: algumas reflexões sobre os fixos e os fluxos. In: SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (Org.). **Cidades Médias: espaços em transição**. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 173-186.

RAMOS, Francisco Regis Lopes. **O meio do mundo**: território sagrado em Juazeiro do Padre Cícero. Fortaleza: UFC Edições, 2012.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**: espaço e tempo, razão e emoção. 4ª ed. São Paulo: Edusp, 2012.

SANTOS, Milton. SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, Clayton Borges da; RAMIRES, Júlio Cesar de Lima Ramires. Regionalização da saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v.6 n.1, p.60-79, dez. 2010.

SILVA, José Borzacchiello da. Fortaleza, a metrópole sertaneja do litoral. In: SILVA, José Borzacchiello da; DANTAS, Eustógio Wanderley Correia; ZANELLA, Maria Elisa; MEIRELES, Antônio Jeovah de Andrade. **Litoral e sertão**: natureza e sociedade no nordeste brasileiro. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2006. p. 45-55.

SMITH, Neil. Geografia, diferencia y políticas de escalas. **Terra Livre**, São Paulo, v. 18 n. 19, p.127-146, dez. 2002.

SOARES, Beatriz Ribeiro. Repensando as cidades médias brasileiras no contexto da globalização. **Formação**, Presidente Prudente, n. 6, p. 55-63, 1999.

SOUZA, Maria Salete de. Ceará: bases de fixação do povoamento e o crescimento das cidades. In: SILVA, José Borzacchiello da; CAVALCANTE, Tércia Correia; DANTAS, Eustógio Wanderley Correia. **Ceará: um novo olhar geográfico**. 2 ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007, p. 13-31.

SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. Novas redes urbanas: cidades médias e pequenas no processo de globalização. **Revista Geografia**, Rio Claro, v. 35, p. 51-62, 2010.