ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 5 – REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E ORDENAMENTO TERRITORIAL: ANÁLISES EXPLORATÓRIAS DE CONVERGÊNCIAS
Autores(as)	Ligia Schiavon Duarte Fabio Betioli Contel Renato Balbim
DOI	

Título do livro	BRASIL EM DESENVOLVIMENTO 2013: ESTADO, PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS
Organizadores(as)	Rogério Boueri Marco Aurélio Costa
Volume	1
Série	Brasil: o Estado de uma Nação
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2013
Edição	
ISBN	978-85-7811-185-4
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/ portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

CAPÍTULO 5

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E ORDENAMENTO TERRITORIAL: ANÁLISES EXPLORATÓRIAS DE CONVERGÊNCIAS

Ligia Schiavon Duarte*
Fabio Betioli Contel**
Renato Balbim***

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) reconhece a importância da dimensão territorial na promoção da equidade do uso do território nacional como condição essencial para o desenvolvimento econômico e social da nação, e aponta, explicitamente, a necessidade da ordenação do território no planejamento público.

O conceito de ordenamento territorial se institucionaliza no planejamento estatal com a Carta Europeia de Ordenamento Territorial de 1983 (Conselho da Europa, 1988), entendido como instrumento de redução das desigualdades regionais, organização equitativa do espaço, melhor distribuição das atividades econômicas, proteção ambiental e promoção da qualidade de vida. O documento ressalta a importância de se elaborarem conceitos e princípios comuns, a partir da cooperação entre estados e regiões.

Apesar de a questão regional ser amplamente debatida, tanto na produção de conhecimento científico como na elaboração e na execução de políticas públicas, conceitos como ordenamento territorial, regionalização e região são usados de forma ainda polissêmica nas diferentes políticas setoriais e nos diferentes períodos. Além disso, verifica-se que a formulação de políticas setoriais baseadas na regionalização ocorre de forma desarticulada, mesmo tendo em comum o elemento "território".

Assim, considerando-se a importância que vem assumindo a regionalização de ações e serviços de saúde para o aprimoramento da política de descentralização da gestão da saúde promovida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), este capítulo procura – por meio do reconhecimento de noções de ordenamento territorial, região e regionalização utilizadas nesta política setorial – entender a formulação da política regional inserida na política de saúde pública nacional, elaborada a partir da CF/1988.

* Pesquisadora do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Diretoria de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais (Dirur) do Ipea.
** Professor do Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH/USP) e pesquisador do PNPD na Dirur do Ipea
*** Técnico de Planejamento e Pesquisa da Dirur do Ipea.

Uma iniciativa importante como diretriz para a formulação da política regional é a elaboração da Política Nacional de Ordenamento do Território (PNOT), por parte do Ministério da Integração Nacional. A despeito da efetivação desta política como subsídio à Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR) e aos planos e programas regionais de desenvolvimento, é possível lançar mão do documento elaborado para uma aproximação da compreensão de uma política pública brasileira; no caso, a saúde.

A literatura acerca do conceito de ordenamento do território evidencia que se trata de um conceito polissêmico e impreciso, que remete a realidades distintas. Isto se deve principalmente a ele ser ligado diretamente a processos e experiências específicas de políticas públicas sobre territórios nacionais diversos, respondendo a intenções diversas e realidades múltiplas.

Considerando-se os princípios fundadores da Carta Europeia de Ordenamento Territorial (Conselho da Europa, 1988), o ordenamento deve ser democrático, assegurando a participação de interessados e atingidos; integrado, coordenando políticas setoriais; funcional, considerando os aspectos da realidade para além das determinações administrativas e políticas; e prospectivo, visando ao longo prazo. O documento deixa claro também que o ordenamento do território é, essencialmente, uma questão política. Assim, os objetivos de uma política de ordenamento territorial na lógica do Estado levam à compreensão de um processo amplamente ideológico, que remete a associações políticas e concertações federativas ou nacionais.

Para efeito deste texto, os territórios, compostos por lugares reais, espaços vividos e regiões construídas social e historicamente, devem ser objeto da visão e da operação estratégicas para o desenvolvimento social. Entende-se aqui que somente nesta perspectiva poderão ser estabelecidos no Brasil os marcos de uma política de desenvolvimento regional que beneficie toda a população. Assim, o ordenamento do território é tomado como um mecanismo político que pode assegurar as formas de coesão e as relações entre lugares representados e abrigados em regiões.

Essa perspectiva vem ao encontro da regionalização de ações e serviços da saúde formulada no âmbito do SUS. Na CF/1988, "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988, Artigo 196); ainda, "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único" (*op. cit.*, Artigo 198). Conclui-se, portanto, que este direito constitucional pressupõe uma política de ordenamento territorial, que assegure a coesão e as relações entre lugares e regiões que garantam os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde a toda a população brasileira, diminuindo as desigualdades regionais.

Considerando-se esses pressupostos, colocam-se alguns questionamentos de caráter exploratório, visando-se compreender as possíveis convergências entre o processo de regionalização da saúde e o avanço no entendimento do ordenamento do território no Brasil.

Entre esses questionamentos, pergunta-se como são trabalhados conceitos fundadores como centralidade, polarização, região e regionalização, na saúde e no ordenamento do território em si; quais as bases teórico-conceituais essenciais ao entendimento do ordenamento territorial que tem a saúde como objeto da política pública; e quais os pressupostos metodológicos de uma política pública de saúde que, efetivamente, considere a diversidade regional brasileira.

No intuito de buscar a constituição de respostas, ainda que parciais, para esses amplos questionamentos, este capítulo se estrutura em seis seções. Na seção 2, propõe-se uma revisão sucinta dos conceitos de região e regionalização e, também, de centralidade e polarização. Revela-se, na seção 3, o processo de incorporação, na formulação e na prática da política pública, destes conceitos já tão esmiuçados e aceitos no plano teórico. Também se apresentam os marcos por períodos de desenvolvimento e a incorporação parcial destes avanços teóricos na política de saúde no Brasil. Após esta periodização, intenta-se, nas seções 4 e 5 – a partir do caso específico do sistema de saúde no estado de São Paulo –, realizar um exercício de verificação da aderência da regionalização da saúde à rede urbana do estado representada pela pesquisa Regões de Influência das Cidades (REGIC), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Na seção 4, o tema é apresentado; na seção 5, faz-se um exercício de classificação das regiões de saúde a partir das categorias de polarização propostas pela REGIC para as cidades paulistas. Por fim, na seção 6, são apontadas as considerações finais.

2 OS CONCEITOS DE REGIÃO E DE REGIONALIZAÇÃO

Ao longo da história do pensamento sobre o fenômeno regional, um importante conceito que tem feito parte constante dos debates é a *centralidade*. O principal autor que definiu o conceito de centralidade nos estudos sobre a região foi o geógrafo alemão Walter Christaller (1863-1969). Christaller escreveu sua obra principal em 1933, intitulada *Die zentralen Orte in Süddeutschland* – "Os lugares centrais no sul da Alemanha", tradução nossa –, na qual mostra que o fenômeno da *centralidade* no espaço geográfico era um princípio elementar da organização das regiões (Christaller, 1966). O autor retoma este princípio tanto dos pressupostos da física quanto das teorias do equilíbrio tão bem utilizadas na economia neoclássica, que também lhe serviram de inspiração.[1] Definir o que o autor chamou de *lugares centrais* seria a primeira tarefa para encontrar as denominadas *regiões complementares*. Identificando os lugares centrais – que poderiam ser mais complexos (lugares de *ordem superior*) ou menos complexos (lugares de *ordem inferior* ou *auxiliares*) –, seria possível delimitar a *área de alcance dos bens* ou *serviços* ofertados por estes lugares centrais e, consequentemente, definir-se-iam também suas respectivas regiões complementares.

1. Para Christaller (1966, p. 14, tradução nossa), "A centralização é um princípio de ordem (...) a cristalização da massa ao redor de um núcleo é, tanto na natureza orgânica quanto na inorgânica, uma forma elementar de ordem das coisas que permanecem juntas – uma ordem centralizadora". Assim, "o mesmo princípio centralizador é também encontrado em algumas formas de vida humana em comunidade, predominantemente em certas estruturas organizacionais e expressadas numa forma objetiva invisível. Assim, pensamos em construções simples: a igreja, o centro da cidade, o fórum, a escola – estes são os sinais resultantes de uma ordem centralizadora em vários tipos de comunidade".

Para definir a centralidade de um lugar, por seu turno, seria necessário realizar a análise de três variáveis principais, todas ligadas àquilo que o economista Colin Clark viria chamar de "setor terciário":

- profissões: centrais ou dispersas;
- serviços: centrais, dispersos ou indiferentes; e
- bens: centrais, dispersos ou indiferentes.[2]

Concomitantemente ao desenvolvimento de formas de entendimento das regiões baseadas em princípios christallerianos – que embasaram a geografia quantitativa, assim como a ciência regional –, surge uma série de textos e autores que enfatizam ainda mais a importância da vida funcional e da coesão entre as cidades como elemento de definição do que seriam as regiões. É neste sentido, em grande parte, que se desenvolve a teoria dos polos de desenvolvimento de François Perroux e Jacques Boudeville.[3]

Para efeito do desenvolvimento da abordagem regional, pode-se dizer que foi Boudeville (1972; 1973) quem operacionalizou, de forma mais bem-acabada, as propostas teóricas originais de François Perroux. Com ele, a expressão *desenvolvimento polarizado* definitivamente ganhou uma dimensão espacial (Friedmann e Weaver, 1981, p. 174), e todo um instrumental teórico voltado para o planejamento regional é desenvolvido de forma bastante minuciosa.

1) Partindo das definições iniciais de Perroux de espaço econômico – conjunto homogêneo, campo de forças e conteúdo de plano –, Boudeville (1973) advoga que existiriam três tipos possíveis de definição conceitual para a noção de "região".

2) Região homogênea. "Pode-se caracterizar a região por sua maior ou menor uniformidade: ela é mais ou menos homogênea" (Boudeville, 1973, p. 12). Para serem definidas as regiões homogêneas, são utilizados critérios e indicadores descritivos (Boudeville, 1972, p. 29).

3) Região polarizada. "Podemos estudá-la, em segundo lugar, do ponto de vista da interdependência e da hierarquia de suas diversas partes: ela é mais ou menos polarizada" (Boudeville, 1973, p. 12). Para defini-la, são utilizados critérios funcionais (Boudeville, 1972, p. 29).

4) Região-piloto. "Podemos finalmente encarar a região do ponto de vista do centro de decisão e do objetivo colimado, do programa estabelecido: é a região-programa,

2. "Serviços e bens centrais são produzidos e oferecidos necessariamente em poucos pontos centrais, a fim de serem consumidos em vários pontos dispersos. Bens e serviços dispersos são necessariamente produzidos e oferecidos em muitos pontos dispersos (ou em poucos pontos, mas não em pontos centrais), preferivelmente para que sejam consumidos em poucos pontos. Além disso, é também frequente o caso em que um bem não será produzido de forma central, todavia, centralmente oferecido (como é o caso da maior parte dos pontos industrializados), ou que um bem será centralizadamente produzido e dispersamente oferecido (como é o caso dos jornais, que são necessariamente produzidos centralizadamente, mas são comumente oferecidos em qualquer lugar adequado). No primeiro caso, a oferta é central; no último caso, a produção é central" (Christaller, 1966, p. 19, tradução nossa).

3. As contribuições definitivas de François Perroux para o estudo do espaço, das regiões e do fenômeno da regionalização se deram na década de 1950, particularmente em função da publicação de dois textos do autor na revista *Économie appliqué*: *Les espaces économiques*, em 1950; e *Notes sur la notion des pôles de croiassance*, em 1955 (Perroux, 1955). Ambos estão republicados na obra *A economia do século XX* (Perroux, 1967).

> ou região-piloto" (Boudeville, 1973, p. 12). Para definir as regiões-piloto, são utilizados critérios ligados à tomada de decisões que cada parcela do espaço deve poder realizar, no sentido de aumentar as possiblidades de seu desenvolvimento econômico (Boudeville, 1972, p. 29).

Apesar da importância das definições das regiões homogêneas e das regiões polarizadas, ambas são, para Boudeville, no limite do raciocínio, apenas uma maneira de subsidiar a proposição de regiões-programa. Para o autor, "o interesse supremo do espaço homogêneo e do espaço polarizado é tão somente esclarecer uma política e ajudar a construir um espaço piloto (programa) mais aprimorado possível" (Boudeville, 1973, p. 25). E complementa: "a região não constitui um fim em si mesma, e sim um instrumento de bem-estar nacional" (*op. cit.*, p. 55).[4]

Desse modo, pode-se dizer que o processo de regionalização, nesse paradigma criado por François Perroux e Jacques Boudeville, é também uma realização política, de forte componente estatal, resultante de um processo intencional, de fundo econômico. Com as contribuições destes autores, "a regionalização passou a ser considerada como um instrumento de ação, sendo muito mais uma abordagem política, pragmática, do que acadêmica" (Duarte, 1980, p. 14). Como mostra ainda Guy Lassere (1976, p. 414, tradução nossa), neste caso, "a regionalização não é mais que um elemento da estratégia do desenvolvimento, o primeiro estágio de uma organização satisfatória do espaço geográfico".

Mais recentemente, alguns autores procuraram incorporar uma dimensão crítica ao debate regional, ao proporem a definição das regiões a partir das condições da vida social que as animam. Este foi o caso de Armand Frémont (1976), que, ao introduzir a noção de *espaço vivido* na questão regional, procurou definir a região fora do escopo das concepções mais cartesianas até então existentes. Assim procedeu também Alain Reynaud (1981), que propôs o critério das classes socioespaciais para a definição de quais seriam os limites concretos da regionalização do espaço geográfico.

Procurando também uma abordagem crítica para o conceito de região, Milton Santos mostra que, para serem identificadas e terem seu funcionamento explicado, as regiões têm de ser analisadas partindo-se dos seguintes fatores:

- o funcionamento da economia mundial como um todo;
- o papel dos Estados nacionais como elemento central de sua organização; e
- a análise das condições de vida das populações, ou classes sociais, que fazem parte daquele contexto espacial em questão (Santos, 1985, p. 65).

4. Para Harry Richardson, essa definição tripartida de região acabou por se tornar bastante consensual entre os economistas e entre os estudiosos da chamada ciência regional. Segundo o autor, todas as diferentes abordagens nos estudos regionais acabam por trabalhar com estas três possiblidades de definição do conceito: *i)* regiões uniformes ou homogêneas; *ii)* regiões nodais ou polarizadas; e *iii)* regiões de programação ou planejamento (Richardson, 1975, p. 222).

A região seria assim, do ponto de vista teórico, "o lócus de determinadas funções da sociedade total em um momento dado" (Santos, 1985, p. 66) e se definiria "como o resultado das possibilidades ligadas a uma certa presença, nela, de capitais fixos exercendo determinado papel ou determinadas funções técnicas e das condições do seu funcionamento econômico" (*op. cit.,* p. 67).

Para o autor, ainda que alguns discursos teóricos recentes tenham decretado o fim da região, ela é, na verdade, o resultado do próprio avanço da globalização, visto que, a cada progresso da difusão dos vetores da modernidade global, se cria uma correspondente diferenciação dos espaços da superfície terrestre: por mais que a globalização tente homogeneizar o espaço terrestre, ela acaba por fragmentá-lo e regionalizá-lo ainda mais (Santos, 1996, p. 196). Para se identificarem as regiões, portanto, seria necessário partir do *território usado*, ou, em outros termos, definir quais são os principais *usos do espaço* que se dão em cada parcela do território de cada nação. Estes usos tendem a ser definidos pela ação do Estado – nas diferentes escalas, mediante suas normas e políticas públicas; pela ação das empresas – seus circuitos produtivos e seus círculos de cooperação; e pelas formas mais espontâneas de organização cotidiana da população em geral, com suas identidades culturais, seus movimentos sociais e suas formas econômicas não hegemônicas. Este é um quadro sucinto sobre a evolução das noções de centralidade e de polarização, assim como dos conceitos de região e regionalização, que ajuda a entender as formas recentes de tratamento da dimensão territorial do planejamento estatal ou, em outras palavras, do ordenamento territorial enquanto elemento de desenvolvimento nacional. Apesar de fazerem parte de todo um repertório teórico e prático, historicamente construído, sobre o ordenamento territorial, estas noções e conceitos não têm sido utilizados com vigor nas políticas públicas recentes; sobretudo aquelas que têm enorme relação com o território, como é o caso das políticas de saúde. Conforme o texto procura mostrar na seção seguinte, a história do planejamento da saúde no Brasil só recentemente vem incorporando de forma mais decisiva a dimensão territorial em suas propostas.

3 A INCORPORAÇÃO DA DIMENSÃO TERRITORIAL DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

A PNOT considera a saúde, junto com a educação, um importante fator de identificação das densidades e do nível de equidade das redes no território nacional, revelando a face social da logística do território. Apesar disso, o estudo *Subsídios técnicos para a definição da Política Nacional de Ordenação do Território* (Brasil, 2006b) não aprofunda a contribuição que a rede de serviços de saúde pode exercer para o ordenamento territorial, seja como vetor de desenvolvimento social e econômico do país, seja como experiência de construção de política. O documento dedica-se a ressaltar brevemente a importância recente da política de descentralização e regionalização dos serviços de saúde promovida pelo SUS, que proporcionou a interiorização dos serviços mais frequentes, sem, no entanto, conseguir ampliar o acesso àqueles serviços mais especializados.

A constatação de que a PNOT faz pouco uso da política de saúde para o debate de construção do ordenamento territorial baseia-se também na desconsideração dos instrumentos elaborados pela política de regionalização das ações e dos serviços de saúde para a análise de ações e instrumentos setoriais e multissetoriais, com rebatimento territorial elaborado no estudo.

Porém, se a PNOT faz pouco uso da experiência da política de regionalização das ações e dos serviços de saúde que vem sendo construída ao longo das duas últimas décadas, tampouco os formuladores da política de saúde se apoiam na discussão mais geral do ordenamento territorial como estruturante para a elaboração da ação do Estado.

Dessa forma, cabe aqui realizar um breve histórico dos marcos legais da política de regionalização da saúde elaborada no contexto do SUS, buscando ressaltar como a formulação desta política se apoiou – ou não – em elementos que remetem às noções de região, regionalização e ordenamento territorial. O intuito desta análise não é apenas contribuir com o debate da importância que o setor de saúde tem para a construção da PNOT, mas também com a discussão da importância da dimensão territorial para a formulação da política da regionalização de ações e serviços de saúde.

Vários autores (Gadelha *et al.*, 2011; Viana, 2011) vêm ressaltando a fragilidade das análises territoriais na formulação da política de regionalização de ações e serviços no âmbito do SUS. Se, por um lado, a noção de regionalização está presente desde a concepção do SUS, quando da CF/1988, por outro, as noções de centralidade, polarização e região vão sendo introduzidas de forma marginal e gradual ao longo do tempo. Isto ocorre, entende-se, porque o objetivo primeiro deste processo de regionalização é a gestão do SUS em si, um processo mais ligado ao componente burocrático da política pública do que se presumiria como rebatimento de uma política setorial de ordenação do território.

Assim, mesmo que o objeto de análise deste estudo seja o arcabouço normativo elaborado a partir da formulação do SUS, cabe recuperar que a regionalização da saúde tem sua gênese no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento (PIASS), elaborado na década de 1970, que teve como norteador a necessidade de gestão colegiada da saúde (Tanaka *et al.*, 1992).

O ordenamento territorial depende da concertação de uma lógica territorial que integre várias dimensões setoriais. Também ao longo da década de 1970, verificou-se uma tentativa de construção de política cuja formulação vai além das tradicionais esferas da saúde. O Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), junto com o Ministério do Interior e com a Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN), elaboraram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), que tinha como intuito estender a cobertura dos serviços básicos de saúde a toda a população e reordenar a oferta dos serviços.

Ao longo da década de 1980, com o processo de redemocratização do país, o projeto de descentralização política ganha força e dá origem ao movimento municipalista de saúde no Brasil. É nesse contexto que o Programa das Ações Integradas da Saúde (Pais),

criado em 1982, se transforma em estratégia denominada ações integradas da saúde (AIS). Elabora-se um arcabouço político-institucional que consolida a formação de diferentes comissões, com o intuito de promover a integração e a articulação da gestão da política entre os diversos atores e as três instâncias federativas.[5] Em 1987, a estratégia das AIS dá lugar ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado a partir da ação dos estados da Federação.

Considerando-se o marco conceitual deste estudo, pode-se afirmar que a formulação das políticas de saúde AIS, SUDS e SUS – que envolveu as primeiras formas de regionalização e municipalização dos serviços de assistência à saúde – dá origem às primeiras noções ligadas à incorporação da dimensão territorial nas políticas do setor, quando propõe os chamados "distritos de saúde".

Assim, os princípios e as diretrizes encontrados nos instrumentos legais, elaborados a partir da CF/1988, indicam um processo ascendente de inclusão de noções ligadas à dimensão territorial de planejamento e ação estatal, como poderá ser visto a seguir.

3.1 A regionalização da saúde no Brasil: uma proposta de periodização

A análise das formas de regionalização de ações e serviços de saúde pode ser pensada fundamentalmente em quatro períodos, balizados pelas leis e portarias elaboradas para conduzir a política nacional de saúde. Esta análise permite verificar que a presença de elementos – ainda tímidos – ligados aos conceitos de região, regionalização e noções de ordenamento territorial foi se intensificando ao longo do tempo.

O primeiro período analisado, que abrange o início da década de 1990, é conformado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, que buscam consolidar os preceitos do SUS quanto à importância do papel dos municípios como principais gestores dos serviços de saúde (Brasil, 1990a; 1990b). A consolidação do papel dos municípios torna-se premente, como forma de responder ao movimento municipalista da saúde gestado na década anterior e ao contexto histórico de valorização da descentralização política.[6]

Assim, verifica-se que, apesar da importância da regionalização apontada na Constituição de 1988 e da reafirmação desta importância nas LOS nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, estes primeiros marcos institucionais desenvolvem muito poucos instrumentos e modelos que visassem a uma verdadeira incorporação da dimensão territorial nas políticas da saúde; modelos necessários para uma política de ordenamento territorial. A Lei nº 8.080/1990 reforça muito mais a orientação da descentralização dos serviços com ênfase nos municípios que a gestão regionalizada. Existem poucos instrumentos neste marco jurídico que remetem à necessidade de organização regionalizada. Um deles é a possibilidade de criação de *consórcios administrativos intermunicipais*.

5. A Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), as comissões interinstitucionais de saúde (CIS), as comissões regionais interinstitucionais de saúde (Cris) e as comissões locais ou municipais de saúde (Clis ou CIMS) (Tanaka *et al*., 1992).

6. Como mostrava José Aristodemo Pinotti, um dos articuladores dessa necessidade de municipalização dos serviços de saúde à época, "é preciso distinguir os vários níveis de atendimento e integrá-los, barateando seu custo; cumpre também regionalizar o sistema, distribuindo os postos de saúde municipais e estaduais em torno dos hospitais existentes. (...) Tudo isso compõe um quadro que exige ampla redefinição política de prioridades, que deverá ser posta em prática a partir da esfera municipal" (Pinotti, 1986, p. 101).

Por ser facultativo, este instrumento não configura uma política de indução à articulação em regiões da totalidade dos municípios nacionais. Também os critérios de transferências de recursos – que tratam do perfil demográfico e das características quantitativas e qualitativas da rede de saúde local – são elaborados de forma muito vaga, não podendo ser considerados como indicadores que remetem claramente à incorporação da dimensão territorial na ação pública e, assim, à orientação do processo de regionalização.

Dessa forma, conclui-se que esse primeiro período é marcado pela ausência dos elementos necessários à identificação de regiões e à construção de políticas de regionalização efetivas.

O período seguinte abrange a institucionalização das normas operacionais básicas (NOBs). Apesar de a primeira NOB ter sido publicada em 1991, neste trabalho se considerou principalmente o resultado das NOBs de 1993 e 1996, por estas representarem os documentos que melhor consolidam as diretrizes que configuram o processo de descentralização e regionalização do período (Brasil, 1993; 1996).

Apesar de o arcabouço jurídico-institucional formado pelas NOBs dar continuidade ao processo de indução da descentralização, baseada principalmente no aprofundamento do papel dos municípios enquanto gestores dos serviços, este pode ser identificado um novo marco institucional na política de regionalização de ações e serviços de saúde. Ainda que não tenham alterado de forma marcante os instrumentos de regionalização apontados pelas LOS, as NOBs sinalizam formalmente a importância política em considerar a baixa cobertura assistencial da população mais pobre – especialmente nas regiões mais carentes –, em contraposição à existência de sobreoferta de serviços em alguns lugares. Também está explicitado na NOB o risco de atomização desordenada do sistema, implicado no maior desenvolvimento de alguns municípios em detrimento de outros, bem como a necessidade de integrar os municípios, a despeito de suas diferentes capacidades.

Apesar de a NOB afirmar que a relação entre os municípios (sistemas municipais) é de responsabilidade dos próprios gestores municipais, ela aponta a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – integrada pelos gestores municipal, estadual e federal – e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – integrada pelos gestores estadual e municipal – como fóruns de negociação. Este marco institucional também aponta a programação pactuada e integrada (PPI) como instrumento de integração, uma vez que é por meio dele que ocorre a reorientação do sistema, definindo a responsabilidade dos municípios de encaminharem – ou de receberem – a população para a efetivação dos serviços de saúde. A norma faz ainda uma breve referência a uma CIB regional.

Mesmo considerando a preocupação com a necessidade de integração entre os municípios como forma de minimizar os desequilíbrios do sistema, as normas não desenvolvem a figura de uma região de saúde. Elas apontam apenas para o aprofundamento do instrumento de consorciamento voluntário entre os municípios, introduzindo alguns elementos de polaridade urbana para o entendimento da dinâmica intermunicipal. Dessa forma, consta na NOB 96 que o consórcio deve ter um município-polo, que conte com uma rede assistencial

adequada e com a complexidade necessária ao atendimento da população convergente, de forma a oferecer resolutividade das ações de atendimento ambulatorial e hospitalar em sua área de abrangência.

Outro elemento que merece destaque na análise desse período é a necessidade dos municípios de definirem sua condição de gestão para o acesso aos recursos do SUS. A orientação das NOBs para a transferência de recursos fundo a fundo – tanto para os estados como para os municípios – depende da condição de gestão, definida pela capacidade técnica e operativa dos diferentes Entes Federativos. É a partir desta condição de gestão que a NOB estabelece responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS. Quando se trata de municípios, em alguma medida, esta condição de gestão considera a polarização exercida por eles, em decorrência da presença de equipamentos de saúde, configurando centros urbanos em relação à rede urbana regional da qual faz parte.

Ainda no que diz respeito ao arcabouço institucional analisado nesse período, vale ressaltar que, devido às mudanças nos critérios de transferências de recursos e nas condições de gestão para a habilitação dos municípios, ocorre uma diferenciação importante relacionada ao perfil de financiamento da política entre a NOB 93 e a NOB 96. Para Viana e Lima (2011a), esta diferenciação pode ser resumida principalmente pela forma de financiamento. Na NOB 93, o financiamento era não redistributivo, baseado na capacidade de produção dos serviços de saúde previamente existentes. Na NOB 96, adotou-se critério mais redistributivo, baseado em transferência *per capita*, via Piso de Atenção Básica fixo, e na adoção do Programa Saúde da Família (PSF).

Pode-se afirmar, então, que a formulação das NOBs busca incorporar de forma mais explícita certas dimensões territoriais no planejamento das políticas de saúde. A preocupação com os desequilíbrios de oferta de serviços de saúde, com existência tanto de lugares carentes quanto de lugares sobreatendidos, introduz de forma mais contundente a condição de política de ordenamento territorial subjacente ao SUS.

Ainda assim, apesar de um marcante avanço na descentralização do SUS, a política de saúde no Brasil chega ao final da década de 1990 sem progressos consistentes na construção de instrumentos que fomentem a capacidade de articulação regional dos municípios e na efetivação de uma política de ordenamento territorial. De fato, os anos 1990 foram marcados muito mais por uma política de descentralização da gestão da saúde, que transferiu a responsabilidade na tomada de decisão para os gestores municipais, que pelo planejamento de uma política efetiva de regionalização de ações e serviços da saúde. Uma das possíveis razões para isto é que a crise de financiamento do Estado, instaurada no início da década, tirou a agenda desenvolvimentista da formulação das políticas públicas. Assim, conforme afirma Viana (2011, p. 45), "a descentralização não se configurou dentro de um projeto estratégico de intervenção econômica e social com vista ao desenvolvimento, acabando por refletir os projetos de enxugamento do Estado e de estabilização macroeconômica".

A regionalização como estratégia da política de saúde somente ganha relevância no início dos anos 2000, com a edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) nº 1/2001 e nº 1/2002. Esta alteração expressiva se evidencia já no título do documento: *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso* (Brasil, 2001). Por se tratar de uma nova forma de institucionalizar a preocupação com a dimensão territorial do planejamento, pode-se dizer que se configuraria assim um terceiro período da política de regionalização de ações e serviços de saúde.

O objetivo da Noas é apresentar diretrizes para o avanço do processo de descentralização em saúde, baseadas na regionalização, com vistas a garantir o acesso de todos os cidadãos brasileiros a ações de saúde resolutivas e de boa qualidade em todos os níveis de atenção. O documento aponta a incapacidade das normas anteriores de transformar as condições ligadas às iniquidades distributivas e à ineficiência alocativa vigentes, decorrentes de dois aspectos principais: *i*) por basearem sua estratégia em séries históricas enviesadas pelo perfil da oferta dos serviços de saúde preexistentes; e *ii*) por definirem a utilização de recursos principalmente pelos mercados de serviços existentes. Estes fatores dificultaram a seleção de prioridades de intervenção e a reorganização da rede.

O documento explicita que, para a superação desses entraves, o processo de regionalização precisa contar com uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal. Estas referências à dimensão territorial, apontadas no objetivo da nova diretriz da política de saúde, sinalizam a aproximação das noções necessárias às políticas de ordenamento territorial e acabam por refletirem-se na elaboração dos instrumentos formulados pela Noas.

A elaboração nesse momento das chamadas regiões de saúde, que, segundo o documento, representam uma efetiva base territorial de planejamento – e não apenas uma referência à estrutura administrava ou operacional da execução das políticas –, é ilustrativa desta maior aproximação da política de regionalização de ações e serviços de saúde com os conceitos básicos do ordenamento territorial.

A região de saúde é um dos conceitos-chave do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência, e abarca outros conceitos-chave, como *módulo assistencial*, *município-sede do módulo assistencial*, *município-polo*, *unidade territorial de qualificação na assistência à saúde* e *microrregião*. Apesar de o conceito de município "polo" ou "sede" guardar a noção de "centralidade" e "área de influência", é importante ressaltar que, na Noas, a classificação dos municípios nestas categorias dependia da sua habilitação nas formas de gestão preestabelecidas: gestão plena no sistema municipal ou gestão plena na atenção básica. Assim, a centralidade do município sempre era medida por questões administrativas ou financeiras, e não pela real polarização que o município exercia na região da qual faz parte. Cabe também destacar que a norma indica conjuntos mínimos de procedimentos que sirvam de referência intermunicipal à definição dos módulos assistenciais e à qualificação das microrregiões.

Pode-se afirmar que, apesar de a Noas apontar a importância que as dimensões territoriais têm para a construção da política de regionalização de ações e serviços de saúde, as definições destas figuras ainda se limitam aos fluxos e equipamentos existentes dentro do próprio setor, não considerando efetivamente os demais elementos apresentados no território. Configura-se, assim, uma política onde as noções de região e regionalização, bem como a da construção de ordenamento territorial, ainda são incipientes.

Para diversos autores (Dourado e Elias, 2011; Viana e Lima, 2011a), apesar das grandes potencialidades dessa norma no sentido de racionalizar o provimento integral de serviços de saúde a toda a população, ela dificultou os processos de construção das relações entre os diferentes atores envolvidos, devido à sua excessiva rigidez, além de uma acentuada fragmentação dos mecanismos de transferências de recursos federais.

Com a mudança político-partidária no comando do governo federal em 2002, passam a ser gestadas novas diretrizes para a política de saúde. Em 2006, é instituído o Pacto pela Saúde. Este documento, junto do Decreto nº 7.508 de 2011, configura o quarto e último marco institucional na análise da política de regionalização de ações e serviços de saúde do SUS (Brasil, 2006a; 2011).

O Pacto pela Saúde, organizado em três diretrizes principais (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão), tem a regionalização como um dos seus eixos estruturantes. As diretrizes voltadas para a regionalização foram detalhadas em um caderno chamado *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS* (Brasil, 2007). Nesse caderno, um dos pressupostos da regionalização é a territorialização, que aponta para a importância na identificação do "território usado", uma vez que considera, além de indicadores demográficos e epidemiológicos, também os equipamentos sociais, as dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, os fluxos assistenciais seguidos pela população, bem como os fatores de identidade cultural regional.

Por esse motivo, o pacto flexibiliza a definição do corte assistencial que deve delimitar uma região de saúde, considerando que os critérios devem ser estabelecidos pelos gestores locais, inclusive no sentido de indicarem metas a serem alcançadas por meio da pactuação regional. Esta pactuação é efetivada pelo colegiado de gestão regional (CGR), do qual participam todos os gestores dos territórios abrangidos pela região de saúde. Cabe aqui destacar que esta é uma importante inovação inserida pelo pacto, uma vez que a CIB regional, instituída na NOB 96, previa uma composição paritária entre representantes das secretarias estaduais de saúde (SES) e das secretarias municipais de saúde (SMS), o que permitia que poucos municípios participassem do processo de decisão. O CGR, por garantir a participação dos gestores de todos os municípios que compõem a região de saúde, possibilitou que o processo de regionalização passasse a ser muito mais representativo da esfera municipal. Além dos CGRs, o pacto prevê o uso do PDR, do Plano Diretor de Investimento (PDI) e da PPI, bem como da CIB, como instrumentos do planejamento regional.

Para superar a fragmentação no financiamento, o pacto prevê a conformação de cinco grandes blocos para a transferência de recursos federais, sendo eles: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS. O pacto altera também os antigos processos de habilitação dos municípios por capacidade de gestão, orientando a adesão pelos termos de compromisso de gestão (TCGs), que devem ser homologados nas comissões intergestores estadual e federal, o que já pressupõe uma maior interação entre os Entes Federados. No entanto, o contrato formal entre os entes municipais que conformam as regiões de saúde é institucionalizado apenas com o Decreto nº 7.508, em 2011.

Um dos objetivos desse decreto, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, é dar maior segurança jurídica às relações interfederativas. Para isso, o documento prevê o contrato organizativo da ação pública da saúde (COAP), que define responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, formas de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada de ações e serviços de saúde, no âmbito das regiões de saúde. Também cria um instrumento de descrição geográfica, chamado Mapa da Saúde, que distribui os recursos físicos e humanos relacionados ao atendimento da população, bem como orienta as ações e os serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, compondo diversos indicadores para auxiliar no planejamento de gestão e identificação de desequilíbrios regionais. O decreto transformou ainda os CGRs na Comissão Intergestores Regional (CIR) e, além das regiões de saúde, criou a Rede de Atenção à Saúde, como uma nova forma de gestão regional de serviços e ações da saúde.

Considerando-se que este trabalho procura identificar noções de ordenamento territorial na formulação da política de regionalização de ações e serviços de saúde, vale aqui ressaltar que em nenhum momento o Pacto pela Saúde 2006 se refere à figura de município-sede ou município-polo, apesar de manter grande parte das noções de "territorialidade" elaboradas na Noas. Nem ao menos trata de um município "polarizador", que teria um papel diferenciado dentro do recorte territorial, seja a região de saúde, seja a macrorregião de saúde. Uma explicação para isso se encontra na afirmação de Dourado e Elias (2011), que alertam para o risco dos municípios que exercem a função de polos regionais – apresentando maior capacidade instalada na rede assistencial – deterem maior poder de decisão dentro dos colegiados. Para os autores, um espaço de articulação regional pressupõe a participação, em igualdade de condições, de todos os gestores dos municípios, não admitindo hierarquia entre os participantes.

Essa questão evidencia que a maior preocupação dos atores da gestão da saúde foi a criação de instrumentos de gestão das regiões de saúde. Pode-se dizer até que, em alguma medida, a discussão da gestão da região de saúde se sobrepôs à discussão da região em si.

Para avançar nessa discussão, a próxima seção discorre sobre a importância da rede urbana como um conceito e uma realidade da dimensão territorial do país, que pode servir como balizador para a formulação da política de regionalização de ações e serviços de saúde. Para tanto, elegeu-se, por facilidade de acesso aos dados, a análise do estado de São Paulo.

4 REDE URBANA E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SÃO PAULO

O processo de ordenamento territorial brasileiro tem na pesquisa denominada REGIC (IBGE, 2008) um instrumento de auxílio para seu efetivo desenvolvimento. A REGIC é um amplo, atualizado e minucioso estudo das formas de funcionamento da rede urbana brasileira, que possui duas preocupações centrais: definir a hierarquia entre os centros urbanos do território nacional e delimitar as áreas de influência dos principais aglomerados urbanos desta rede hierárquica.

A metodologia utilizada na REGIC consiste em estabelecer inicialmente uma classificação dos centros urbanos, na qual é fundamental a função de gestão do território, considerando-se a presença tanto de órgãos públicos quanto das sedes de empresas. Considera-se que as decisões tomadas por estas instituições públicas e privadas afetam, direta ou indiretamente, uma dada parcela do entorno destes centros de gestão. Além disso, a presença de distintos equipamentos e serviços capazes de dotar uma cidade de centralidade – verificável nas ligações aéreas, nos deslocamentos para internações hospitalares, nas áreas de cobertura das emissoras de televisão, na oferta de ensino superior, na diversidade de atividades comerciais e de serviços, na oferta de serviços bancários e na presença de domínios de internet – também é utilizada para a identificação de centros de gestão do território. Uma vez estabelecidos os principais nós da rede, passa-se à etapa de definição das regiões de influência dos centros, com base nas redes de interação que conectam as cidades. Como as informações secundárias, de fluxos – materiais e imateriais – entre cidades, não têm a abrangência necessária, estas informações foram complementadas por um questionário desenvolvido para a REGIC, aplicado por meio da Rede de Agências do IBGE.

A REGIC, portanto, além de refletir os fluxos gerados no setor de saúde quando considera o número de internações hospitalares financiadas pelo SUS – e o nível de complexidade do serviço de saúde, por meio dos tipos de equipamentos e das especialidades informadas –, também trabalha com os conceitos de *centralidade* e *polarização* determinados pelos demais setores sociais e econômicos que regem a *vida de relações* das regiões.

Partindo desse quadro de referência, teórico e empírico, proposto pela REGIC, considerou-se neste estudo que a verificação da convergência entre a rede urbana e as regiões de saúde, atualmente vigentes no território nacional, pode ser uma importante contribuição para a discussão da política de regionalização de ações e serviços de saúde. Como mostra documento do Ministério da Saúde, a região de saúde é definida 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 de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011). Atualmente, existem 435 regiões de saúde no território brasileiro.[7]

Devido a esse grande número de regiões de saúde, distribuídas pelo extenso e heterogêneo território nacional, e às limitações formais deste capítulo, optou-se por realizar uma

7. Informações retiradas do sítio do Datasus. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040206&item=17>.

primeira verificação exploratória entre a convergência da rede urbana e as 63 regiões de saúde presentes no estado de São Paulo.[8]

A escolha do estado de São Paulo decorre das características de sua rede urbana, considerada a de maior dimensão e complexidade do país, apresentando diversos padrões de centros urbanos que se estruturam em subsistemas com diferentes hierarquias (Santos *et al.*, 2011), sendo possível encontrar diversas aglomerações urbanas, de caráter metropolitano e não metropolitano. A REGIC indica que São Paulo é a grande metrópole nacional, com projeção em todo o país. Sua rede abrange o estado de São Paulo e parte do triângulo mineiro e do sul de Minas Gerais, estendendo-se a oeste pelos estados de Mato Grosso do Sul, de Mato Grosso, de Rondônia e do Acre. Assim, a dinâmica urbana paulista propicia a diversificação necessária para estruturar uma primeira análise de categorias de diferenciação das regiões de saúde. A verificação das convergências entre esta rede urbana e as regiões de saúde é um primeiro passo para a averiguação da pertinência de tal análise.

Assim, o estudo buscou realizar dois objetivos: *i*) propor uma diferenciação das regiões de saúde, elaboradas originalmente no âmbito do SUS, a partir dos diferentes padrões de funcionamento da rede urbana; e *ii*) efetuar uma primeira análise do resultado desta categorização, no sentido de permitir a observação das diferenças na estrutura urbana presente nas regiões de saúde paulistas. Este processo tem como intuito fornecer elementos que ajudem na orientação da implementação das políticas de saúde, a partir de uma política de ordenamento territorial.

A REGIC classificou as cidades brasileiras em cinco grandes níveis hierárquicos, que, por sua vez, foram subdivididos em dois ou três subníveis, listados a seguir.

1) Metrópoles: são os principais centros urbanos do país e caracterizam-se por serem cidades de grande porte e por manterem fortes relacionamentos entre si, além de, em geral, possuírem grande complexidade funcional e extensa área de influência direta. Seus subníveis são: grande metrópole nacional; metrópole nacional; e metrópole.

2) Capitais regionais: com capacidade de gestão no nível imediatamente inferior ao das metrópoles, estas cidades têm área de influência de âmbito regional, sendo referidas como destino, para um conjunto de atividades, por grande número de municípios. Seus subníveis são: capital regional A; capital regional B; e capital regional C.

3) Centros sub-regionais: centros com atividades de gestão menos complexas e área de atuação mais reduzida. Têm dois subníveis: centro sub-regional A; e centro sub-regional B.

4) Centro de zona: cidades de menor porte e com atuação restrita à sua área imediata. Exercem funções de gestão elementares. Seus subníveis são: centro de zona A; e centro de zona B.

5) Centros locais: cidades cuja centralidade e atuação não extrapolam os limites do seu município, servindo apenas aos seus habitantes.

8. Ver São Paulo (2012).

Nota-se que a REGIC 2007 classificou 554 centros urbanos no estado de São Paulo, e não 645 municípios paulistas (quadro A.1, no apêndice). Isto ocorreu porque o estudo define as áreas de concentração de população (ACPs) como unidades de observação para as grandes aglomerações urbanas. As ACPs são "definidas como grandes manchas urbanas de ocupação contínua, caracterizadas pelo tamanho e densidade da população, pelo grau de urbanização e pela coesão interna da área, dada pelos deslocamentos da população para trabalho e estudo" (Castelo Branco, 2003 *apud* Duarte e Navarro, 2009, p. 79).[9] O pressuposto da identificação destas áreas é que os municípios que as compõem funcionem como um único aglomerado urbano, não fazendo sentido diferenciá-los individualmente.[10]

No estado de São Paulo, a REGIC definiu três ACPs: São Paulo, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto. A primeira delas, que abrange noventa municípios, divide-se em seis subáreas, sendo a cidade de São Paulo seu núcleo principal, e as de Campinas, Santos, São José dos Campos, Jundiaí e Sorocaba os subnúcleos. A ACP de Ribeirão Preto comporta, além do próprio município de Ribeirão Preto, outros três municípios: Sertãozinho, Jardinópolis e Serrana. A ACP de São José do Rio Preto, além do município de São José do Rio Preto, é formada por outros quatro municípios: Bady Bassitt, Cedral, Guapiaçu e Mirassol. Sendo assim, para os 99 municípios que formam as ACPs paulistas, não existirão informações individualizadas neste estudo.

Por esse motivo, foi necessário realizar algumas adaptações na sistematização dos resultados da REGIC 2007 para compatibilizá-la com os 645 municípios paulistas. Optou-se por imputar o nível hierárquico da ACP apenas para o seu núcleo, ou subnúcleos, e considerar os demais municípios como conformadores da área de influência deste. Isto possibilitou que os 645 municípios do estado de São Paulo fossem classificados em um dos cinco níveis hierárquicos da REGIC.

No estado de São Paulo, a cidade de São Paulo, classificada como a grande metrópole nacional, é a que apresenta maior nível hierárquico no país, com projeção em todo o território nacional. Além da capital, outros 84 municípios paulistas apresentaram alguma centralidade.[11]

Assim, como o município de São Paulo é o único classificado como grande metrópole nacional e corresponde sozinho a uma região de saúde, este estudo procurou o padrão de níveis de centralidade das 62 regiões de saúde restantes no estado de São Paulo, considerando a polarização do município de maior nível hierárquico presente no seu recorte territorial.

Considera-se que regiões de saúde que contam com um município cuja área de influência é efetivamente regional e oferece um conjunto de atividades de maior complexidade, como no caso das capitais regionais, apresentam maior possibilidade de suprir sua população com níveis assistenciais da saúde de maior complexidade. Por sua vez, regiões de saúde compostas por municípios que não tenham região de influência – por não oferecerem ativida-

9. Ver Castello Branco (2003).
10. Ver IBGE (2008).
11. Se fossem considerados os municípios que compõem a área de concetração da população (ACP), seriam 175 municípios.

des capazes de polarizar outras cidades –, ou que ofereçam apenas funções elementares, como é o caso dos centros de zona, apresentam maiores dificuldades para ofertar serviços de saúde que vão além de parte da atenção básica. Neste sentido, a ação pública necessita considerar as diferenças da composição da rede urbana das diferentes regiões de saúde na formulação da política de regionalização de ações e serviços de saúde.

Da mesma forma, identificar a existência de mais de um município que apresente centralidade dentro de uma região de saúde também contribui com a formulação de políticas que tenham como objetivo atenuar os desequilíbrios territoriais. Municípios que apresentam alguma centralidade, mesmo que com funções mais elementares, demonstram, em alguma medida, maior potencialidade em receber novas atividades que sejam de interesse da população. Igualmente, regiões de saúde que se encontram em áreas conurbadas, próximas a centros que apresentam grande área de influência – como aquelas localizadas em regiões metropolitanas (RMs) ou aglomerações urbanas –, também apresentam peculiaridades que devem ser consideradas na formulação da política pública.

Categorizar as regiões de saúde pelo nível de polarização dos municípios que as compõem contribui para a formulação de uma política de regionalização de ações e serviços de saúde que tenham como fundamento o ordenamento territorial. Assim, este estudo propõe classificar as regiões de saúde paulistas – exceto a de São Paulo – em quatro *categorias de polarização* dos seus centros urbanos: *polarização ampla*; *polarização média*; *polarização restrita*; e *sem polarização*. Cada uma das três primeiras categorias foram divididas em duas, considerando-se a presença, ou não, de outros centros urbanos de menor porte.

Na última categoria, *sem polarização*, foram identificadas duas situações. A primeira decorre da existência apenas de municípios com centralidade local – ou seja, que atendem apenas aos seus habitantes –, não contando com nenhum município cujo centro urbano polarize outros municípios. A segunda ocorre por ser conformada em grande parte por municípios que pertencem à ACP de São Paulo, fazendo com que não seja possível identificar claramente suas centralidades; assim, este grupo foi chamado de "condição metropolitana".

Na próxima seção, procura-se detalhar essas categorias de polarização dos centros das regiões de saúde do estado de São Paulo.

5 ANÁLISE DAS REGIÕES DE SAÚDE DE SÃO PAULO POR CATEGORIA DE POLARIZAÇÃO DOS CENTROS URBANOS

O território paulista é reconhecido pela grande concentração econômica e populacional em alguns eixos de desenvolvimento históricos do estado. A porção leste do estado concentra as RMs – de São Paulo, de Campinas e da Baixada Santista –, bem como as principais aglomerações urbanas – de São José dos Campos, de Sorocaba e de Jundiaí –, formando uma densa rede urbana e conformando no seu interior a macrometrópole paulista (Emplasa, 2011). Por sua vez, a porção oeste apresenta centros urbanos mais espaçados, de menor complexidade funcional e

com fluxos menos densos entre eles.[12] Este aspecto faz com que, além de grande heterogeneidade populacional e econômica, os municípios do estado apresentem também grande heterogeneidade na sua inserção na rede urbana. É importante chamar atenção para este fato porque municípios de porte populacional ou econômico parecidos podem apresentar diferenças nas suas necessidades e potencialidades, conforme sua posição na hierarquia urbana e pelas características socioeconômicas da região onde se inserem.

A primeira evidência empírica da heterogeneidade na conformação das 63 regiões de saúde paulistas é o número de municípios que as formam. As menores regiões de saúde neste quesito são formadas por apenas quatro municípios (Baixa Mogiana, Limeira, Litoral Norte e Pontal do Paranapanema), enquanto as maiores são formadas por vinte municípios, como as regiões de saúde de São José do Rio Preto e de Sorocaba.

A heterogeneidade entre as regiões também é evidenciada pelo porte populacional e econômico. O ordenamento das regiões de saúde pela participação no total da população do estado demonstra as diferenças populacionais das regiões de saúde, principalmente aquelas localizadas na porção leste do território paulista, próximas aos núcleos metropolitanos ou aos aglomerados urbanos não metropolitanos. Das dez maiores regiões de saúde, consideradas em relação ao porte populacional:

- cinco fazem parte da RM de São Paulo: São Paulo, Alto do Tietê, Grande ABC, Rota dos Bandeirantes e Mananciais;
- duas fazem parte da RM de Campinas: Campinas e Oeste VII;
- uma corresponde à Baixada Santista;
- uma situa-se na aglomeração urbana de Sorocaba: Sorocaba; e
- uma integra a aglomeração urbana de São José dos Campos: Alto Vale do Paraíba.

As dez menores estão espalhadas pela porção oeste do estado (tabela 1).

TABELA 1
Regiões de saúde segundo número de municípios, população e produto interno bruto (PIB) – estado de São Paulo (2010)

As dez maiores regiões de saúde					
		População		PIB	
Regiões de saúde	Número de municípios	Em números absolutos	Participação na população do estado (%)	Em R$ milhões	Participação no PIB do estado (%)
São Paulo	1	11.245.983	27,3	443.600,10	35,6
Alto do Tietê	11	2.660.540	6,5	63.041,03	5,1
Grande ABC	7	2.549.613	6,2	84.829,21	6,8
Rota dos Bandeirantes	7	1.709.234	4,1	78.135,59	6,3

(Continua)

12. Ver Emplasa (2011).

(Continuação)

Regiões de saúde	Número de municípios	População		PIB	
		Em números absolutos	Participação na população do estado (%)	Em R$ milhões	Participação no PIB do estado (%)
As dez maiores regiões de saúde					
Campinas	11	1.663.839	4,0	57.506,60	4,6
Baixada Santista	9	1.662.392	4,0	47.302,45	3,8
Sorocaba	20	1.516.931	3,7	36.978,79	3,0
Oeste VII	11	1.135.319	2,8	40.111,64	3,2
Mananciais	8	985.379	2,4	20.730,85	1,7
Alto do Vale do Paraíba	8	974.242	2,4	33.403,91	2,7
As dez menores regiões de saúde					
Alta Paulista	12	125.620	0,3	1.742,04	0,1
Tupã	8	124.546	0,3	2.156,47	0,2
Alta Mogiana	6	116.096	0,3	2.119,90	0,2
Fernandópolis	13	110.587	0,3	2.720,56	0,2
Jales	16	100.701	0,2	1.611,05	0,1
Extremo Oeste Paulista	5	92.575	0,2	1.125,02	0,1
José Bonifácio	11	91.592	0,2	2.276,91	0,2
Pontal do Paranapanema	4	67.741	0,2	1.378,98	0,1
Alto Capivari	5	56.068	0,1	1.663,94	0,1
Santa Fé do Sul	6	44.245	0,1	806,33	0,1
Estado de São Paulo – total	**645**	**41.223.683**	**100**	**1.247.595,93**	**100**

Fonte: Fundação Seade; IBGE (2010).
Elaboração dos autores.

Também em relação à configuração urbana interna das 63 regiões de saúde paulistas, foi possível verificar a existência de regiões que contam com centros urbanos identificados nas maiores hierarquias da REGIC 2007 e, no outro extremo, recortes regionais formados apenas por municípios classificados como centros locais, cuja centralidade e polarização não extrapolam os limites do seu município, servindo apenas aos seus habitantes (quadro A.2, no apêndice).

A região de saúde de São Paulo é composta unicamente pelo município de São Paulo, que apresenta a maior centralidade identificada na REGIC e é a grande metrópole nacional. Outras 31 regiões de saúde contam com a presença de um município de nível hierárquico relativamente alto: capital regional ou centro sub-regional. Cabe ressaltar que não foi identificada a presença de mais de um destes centros em nenhuma região de saúde – ou seja, todas as regiões de saúde na categoria de *polarização ampla* ou *média* contavam com apenas um centro de maior hierarquia.

Verificou-se também a presença de centros de menor nível hierárquico (centro de zona) em algumas dessas 31 regiões, situação mais frequente nas regiões de saúde de *polarização média*.

Na categoria de *polarização restrita* – ou seja, regiões que contam apenas com centros que exercem funções de gestão básicas –, estão 22 regiões de saúde; catorze delas com apenas um centro desta hierarquia. As demais têm em seu recorte territorial mais de um centro. Destas, apenas a região de saúde de Adamantina apresenta três diferentes centros nos seus limites. As demais regiões contam com dois centros de zona.

Em nove regiões de saúde, não foi possível identificar nenhum centro que sirva de referência a outros centros, e assim foram classificadas como *sem polarização*. No interior deste grupo, existem duas situações bastante distintas. A primeira, que configura duas regiões de saúde (Pontal do Paranapanema e Vale das Cachoeiras), é, de fato, a ausência de centros polarizadores no interior das regiões. A segunda situação é aquela em que grande parte dos municípios contidos nos recortes territoriais pertence a uma configuração urbana fortemente adensada e de grande concentração populacional, os quais são polarizados principalmente por um grande centro próximo, onde os vetores formados pelos fluxos de pessoas e mercadorias não são claramente definidos. Estas regiões de saúde foram definidas como *sem polarização, em condição metropolitana*, estando localizadas em sua maioria na RM de São Paulo.

É possível constatar, então, a diversidade de configurações urbanas nas regiões de saúde paulistas, com cerca de metade delas apresentando um centro urbano com maior capacidade de polarização, devido à maior complexidade dos serviços oferecidos. Nas demais regiões de saúde, a configuração urbana é bastante heterogênea, estando presentes desde aquelas que fazem parte de lógicas metropolitanas – cujas demandas de ações e serviços de saúde estão profundamente relacionadas com a estrutura urbana da metrópole –, até as que não possuem centros urbanos polarizadores, ou cujos centros são muito restritos.

A identificação de tal diversidade nas regiões de saúde pode oferecer elementos para a compreensão de avanços ou restrições na implementação da política de regionalização de ações e serviços de saúde. Mesmo que o sucesso na construção da política esteja profundamente relacionado a diversas questões de naturezas federativa, econômica e social, as características de conformação urbana podem propiciar alguns elementos necessários para a compreensão destas diferentes dimensões, que precisam ser entendidas em conjunto. Procura-se analisar a política por meio de instrumentos – como a REGIC – que promovam o entendimento do espaço geográfico e da totalidade de seus elementos, incluindo seus aspectos materiais (infraestruturas, redes, densidades e fluxos) e seus conteúdos normativos (leis, regras e regulações jurídicas), assim como as populações ativas que dele fazem parte (Santos, 1996).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece ser uma tendência nas políticas e ações do governo federal mais recentes a incorporação paulatina da dimensão territorial do planejamento. Como se procurou demonstrar no início deste texto, desde os albores do pensamento regional, conceitos como centralidade,

polarização e regionalização sempre se mostraram como instrumentos teóricos capazes de ajudar no estabelecimento de políticas eficazes de ordenamento territorial.

Mesmo que a construção da política de regionalização dos serviços de saúde não tenha sido influenciada pelas diretrizes da PNOT, evidenciou-se que a dimensão territorial da ação estatal nesta área foi se tornando mais presente ao longo da formulação de suas políticas próprias. Tal fato pode significar que a identificação da lógica de funcionamento do espaço geográfico – sua rede urbana, suas identidades regionais, suas infraestruturas e seus circuitos econômicos – é inescapável para a construção de uma política que tenha como princípios a universalidade e a integralidade da atenção à saúde, por meio da regionalização.

Contudo, parece evidenciar-se que a política de saúde, assim como outras tantas políticas setoriais que podem – e devem – ser analisadas sobre ótica similar, tem forte capacidade de ordenação do território, ainda que não seja o seu objetivo primeiro. Esta constatação se torna mais evidente quando se constata o vácuo deixado pela não efetivação de uma política de ordenamento territorial no país, papel que caberia à PNOT.

A análise das regiões de saúde a partir das categorizações da REGIC para o estado de São Paulo revela o relativo descolamento existente entre um instrumento de leitura de dinâmicas múltiplas do território – que, portanto, serve para a elaboração e a efetivação de uma política de ordenamento territorial – e as regiões que se revelam um tanto quanto funcionais à gestão do sistema de saúde constituído.

Deve-se, entretanto, ressaltar que a efetivação de uma política regional da saúde, assim como de todas as demais politicas setoriais com efetivo poder de regionalização, contribui de uma maneira ou outra para um ordenamento territorial.

Nesse caso, pensando novamente que o território é composto por espaços reais, vividos e usados, poderiam ser elaborados questionamentos quanto à coesão das divisões regionais propostas pelas diferentes politicas públicas. Sobretudo, poderia ser discutida a aderência entre estas regionalizações e as regiões que se conformam no contexto prático da vida cotidiana e das necessidades dos cidadãos, que, no caso da política de saúde, se querem cobertas e asseguradas universalmente pelo sistema em constituição.

Assim, além da REGIC, que fornece informações da hierarquia das cidades de todo o território nacional, cabe considerar o uso de outras informações que permitam o aprofundamento de análise das relações entre o uso do território e seus ordenamentos, sejam eles parciais, setoriais, ou, como se espera, de caráter mais amplo e geral, considerando os aspectos da realidade para além das determinações administrativas e políticas, como preconiza a Carta Europeia de Ordenamento Territorial.

Nesse sentido, e com vistas à finalização, levantam-se como possibilidade de novas pesquisas as que se utilizam de informações de deslocamento pendular – deslocamentos periódicos de pessoas para trabalhar e estudar em municípios diferentes do de residência –, como uma aproximação do uso do território, e a relação entre estes fluxos cotidianos e as regiões

de saúde e a prestação de serviço à população. Considerar ainda inúmeras outras dinâmicas locais e regionais do território, suas densidades, seus conteúdos normativos, suas demandas, assim como a vida de relações que se estabelece entre as diferentes cidades que constituem sua rede urbana, pode trazer avanços fundamentais para a democratização do planejamento e da execução das políticas públicas nacionais, e não apenas da saúde.

REFERÊNCIAS

BOUDEVILLE, J. **Aménagement du territoire et polarisation**. Paris: Éditions M. Th. Génin, 1972.

_____. 1961. **Os espaços econômicos**. São Paulo: Difel, 1973.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Congresso Nacional, 1990a.

_____ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília: Congresso Nacional, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica nº1/1993. Brasília, 1993.

_____. _____. Portaria MS/GM nº 2.203, de 5 de novembro 1996. Norma Operacional Básica nº 1/1996. Brasília, 1996.

_____. _____. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01/2001. Brasília, 2001. Disponível em: <http://tinyurl.com/l7pk9p5>.

_____. _____. Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília: MS, 2006a. Disponível em: <http://goo.gl/2FVGny>.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Subsídios para a definição da Política Nacional de Ordenação do Território (PNOT)**. Brasília: MI, ago. 2006b. Disponível em: <http://tinyurl.com/pnot2006>.

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. v. 3. Brasília: MS, 2007. (Série Pactos pela Saúde 2006). Disponível em: <http://goo.gl/AO3xmY>.

_____. 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 SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/oX7HJ>.

CASTELLO BRANCO, M. L. G. **Espaços urbanos**: uma proposta para o Brasil. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

CHRISTALLER, W. 1933. **Central places in southern Germany**. London: Prentice Hall, 1966.

CONSELHO DA EUROPA. **Carta Europeia de Ordenamento Territorial**. Lisboa: Direção-Geral de Ordenamento Territorial, 1988. Disponível em: <http://tinyurl.com/cartaeuropeia>.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Saúde pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DUARTE, A. C. Regionalização: considerações metodológicas. **Boletim de geografia teorética**, v. 10, n. 20, p. 5-32, 1980.

DUARTE, L. S.; NAVARRO, A. M. As transformações da rede urbana no estado de São Paulo: uma contribuição à luz dos resultados do REGIC 2007. **Boletim regional, urbano e ambiental**, Brasília, n. 3, p. 77-85, dez. 2009. Disponível em: <http://goo.gl/WyY0ah>.

EMPLASA – EMPRESA PAULISTA DE PLANEJAMENTO METROPOLITANO. **Rede urbana e regionalização do Estado de São Paulo**. São Paulo: Emplasa, 2011.

FRÉMONT, A. **La región, espace vécu**. Paris: Flammarion, 1976.

FRIEDMANN, J.; WEAVER, C. **Territorio y función**: la evolución de la planificación regional. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1981.

GADELHA, C. A. G. *et al*. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. 6, p. 3.003-3.016, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Regiões de Influência das Cidades (REGIC) de 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>.

LASSERE, G. Discurso de clausura. *In*: CNRS. **Regionalización y desarrollo**. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1976. p. 407-419.

PERROUX, F. Notes sur la notion de pole de croissance. **Economie appliqué,** n.1-2, p. 307-320, 1955.

_____. 1961. **A economia do século XX**. Lisboa: Livraria Moraes Editora, 1967.

PINOTTI, J. A. A necessidade de integração dos serviços de saúde no município. *In*: QUÉRCIA, O. (Org.). **Municipalismo**. São Paulo: CEPASP; Cidade Press, 1986.

REYNAUD, A. **Société, espace et justice**. Paris: PUF, 1981.

RICHARDSON, H. 1969. **Economia regional**: teoria da localização, estrutura urbana e crescimento regional. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

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

_____. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, S. M. M. *et al*. São Paulo: dinâmica urbano-regional do estado. *In*: PEREIRA, R. H. M; FURTADO, B. A. **Dinâmica urbano-regional**: rede urbana e suas interfaces. Brasília: Ipea, 2011.

SÃO PAULO (Estado). Deliberação CIB nº 64, de 20 de setembro de 2012. **Diário oficial do estado de São Paulo**, n. 179, seção 1, p. 40, 21 set. 2012. Disponível em: <http://tinyurl.com/oegtydf>.

TANAKA, O. Y. *et al*. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no estado de São Paulo. **Saúde pública**, São Paulo, v. 26, n. 3. p. 185-94, 1992.

VIANA, A. L. D. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. *In*: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Orgs.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 27-38.

VIANA, A. L. D; LIMA, L. D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. *In*: _____. (Orgs.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011a. p. 39-63.

_____. (Org.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011b.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

PERROUX, F. 1950. Economic space: theory and applications. *In*: FRIEDMANN, J.; WILLIAM A. (Eds.). **Regional development and planning**: a reader. Cambridge: MIT Press, 1964.

APÊNDICE

APÊNDICE A

QUADRO A.1
REGIC 2007: classificação hierárquica para os municípios do estado de São Paulo

Nível hierárquico	Número de municípios	Municípios
Grande metrópole nacional	1	São Paulo
Capital regional A	1	Campinas
Capital regional B	2	Ribeirão Preto; e São José do Rio Preto
Capital regional C	9	Araçatuba; Araraquara; Bauru; Marília; Piracicaba; Presidente Prudente; Santos; São José dos Campos; e Sorocaba
Centro sub-regional A	10	Catanduva; Barretos; Botucatu; Franca; Jaú; Limeira; Ourinhos; Rio Claro; São Carlos; e São João da Boa Vista
Centro sub-regional B	9	Andradina; Araras; Assis; Avaré; Bragança Paulista; Guaratinguetá; Itapeva; Itapetininga; e Registro
Centro de zona A	19	Adamantina; Amparo; Bebedouro; Birigui; Cruzeiro; Dracena; Fernandópolis; Ituverava; Jales; Jundiaí; Lins; Mogi Guaçu; Olímpia; Penápolis; Santa Fé do Sul; São José do Rio Pardo; Tatuí; Tupã; e Votuporanga
Centro de zona B	34	Aparecida; Apiaí; Auriflama; Bariri; Barra Bonita; Capivari; Espírito Santo do Pinhal; Garça; General Salgado; Guararapes; Ilha Solteira; Itápolis; Itararé; Leme; Lorena; Lucélia; Matão; Mococa; Monte Alto; Monte Aprazível; Orlândia; Osvaldo Cruz; Palmeira d'Oeste; Paraguaçu Paulista; Piraju; Presidente Epitácio; Presidente Venceslau; Rancharia; Santa Cruz do Rio Pardo; São Joaquim da Barra; São Manuel; São Sebastião; Taquaritinga; e Tietê
Centro local	469	Demais municípios

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Regiões de Influência das Cidades (REGIC) 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
Elaboração dos autores.

QUADRO A.2
Convergência entre a rede urbana e as regiões de saúde

Categoria e hierarquia na REGIC	Polarização	Número de municípios	Região de saúde
Metrópole nacional	Centro único	1	São Paulo
Polarização ampla – capital regional	Centro único	7	Alta Sorocabana; Alto Vale do Paraíba; Aquífero Guarani; Baixada Santista; Bauru; Central do Departamento Regional de Saúde (DRS) III; e São José do Rio Preto
	Múltiplos centros	5	Campinas; Central do DRS II; Marília; Piracicaba; e Sorocaba
Polarização média – centro sub-regional	Centro único	7	Bragança; Catanduva; Coração do DRS III; Limeira; Rio Claro; Três Colinas; e Vale do Ribeira
	Múltiplos centros	12	Araras; Assis; Circuito da Fé e Vale Histórico; Itapetininga; Itapeva; Jaú; Lagos do DRS II; Mantiqueira; Norte - Barretos; Ourinhos; Paulo Cuesta; e Vale do Jurumirim

(Continua)

(Continuação)

Polarização restrita – centro de zona	Centro único	14	Alta Mogiana; Alta Paulista; Alto Capivari; Baixa Mogiana; Centro-Oeste do DRS III; Fernandópolis; Horizonte verde; José Bonifácio; Jundiaí; Lins; Litoral Norte; Santa Fé do Sul; Sul - Barretos; e Tupã
	Múltiplos centros	8	Adamantina; Alta Anhanguera; Consórcios do DRS II; extremos oeste paulista; Jales; Norte do DRS III; Rio Pardo; e Votuporanga
Sem polarização – centro local	Nenhum centro	2	Pontal do Paranapanema; e Vale das Cachoeiras
	Condição metropolitana	7	Alto do Tietê; Franco da Rocha; Grande ABC; Mananciais; Oeste VII; e Rota dos Bandeirantes

Fonte: IBGE. Regiões de Influência das Cidades (REGIC) 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
Elaboração dos autores.